

5th



EPAT
Emergency Physicians
Association of Turkey



TRAHED
TRABZON ASSOCIATION OF FAMILY PHYSICIANS



INTERNATIONAL Emergency & Family Medicine CONGRESS

28 November - 1 December 2019 Concorde Luxury Resort Hotel, Cyprus

ABSTRACT BOOK



CONTENTS

GENERAL INFORMATION	3
SCIENTIFIC PROGRAM	4
ORAL PRESENTATIONS	11
POSTER PRESENTATIONS	153
SUMMARY	218

CONGRESS CHAIRMEN

Prof. Dr. Başar CANDER
Dr. Hakan UZUN

SCIENTIFIC SECRETERIAT

Prof. Dr. Mehmet OKUMUŞ
Dr. Burhan YILMAZ

SCIENTIFIC COMMITTEE

Dr. Ahmet Burak ERDEM (Turkey)	Dr. Merabi KVICARIDZE (Georgia)
Dr. Ali YILMAZ(Turkey)	Dr. Mustafa ÖZTÜRK (Turkey)
Dr. Arzu MAMMADOVA (Azerbaijan)	Dr. Mücahit KAPÇI (Turkey)
Dr. Avni Uygur SEYHAN (Turkey)	Dr. Natavan ABBASOVA (Azerbaijan)
Dr. Aytan MAMMADOVA (Azerbaijan)	Dr. Nigar İSMAYİLOVA (Azerbaijan)
Dr. Ayten ALİEVA (Azerbaijan)	Dr. Nihat Müjdat HÖKENEK (Turkey)
Dr. Başar CANDER (Turkey)	Dr. Nino PİRCHALAIŞVİLİ (Georgia)
Dr. Burak KATİPOĞLU (Turkey)	Dr. Oleg SHEKERA (Ukraine)
Dr. Burcu Genç YAVUZ (Turkey)	Dr. Polat DURUKAN (Turkey)
Dr. Burhan YILMAZ (Turkey)	Dr. Renata PAPP (Hungary)
Dr. Bülent GÜNGÖRER (Turkey)	Dr. Reyhane HACİYEVA (Azerbaijan)
Dr. Cihan AKSOY (Turkey)	Dr. Samed SAMEDOV (Azerbaijan)
Dr. Cüneyt ARDIÇ (Turkey)	Dr. Semih KORKUT (Turkey)
Dr. Emine EMEKTAR (Turkey)	Dr. Serdal ATEŞ (Turkey)
Dr. Emre ÖZEL (Turkey)	Dr. Sertaç GÜLER (Turkey)
Dr. Figen COŞKUN (Turkey)	Dr. Sevgül Maydonozcu KARA (TRNC)
Dr. Filiz ÇELİK (Turkey)	Dr. Sevilay VURAL (Turkey)
Dr. Gökhan EYYUPOĞLU (Turkey)	Dr. Sinan ÖZDEMİR (Turkey)
Dr. Guga KASHİBADZE (Georgia)	Dr. Şahin ÇOLAK (Turkey)
Dr. Gunay AGAYEVA (Azerbaijan)	Dr. Şükrü GÜRBÜZ (Turkey)
Dr. Gülşah Çıkrıkçı IŞIK (Turkey)	Dr. Tatjana RAJKOVIĆ (Sırbistan Cumhuriyeti)
Dr. Hakan HAKKOYMAZ(Turkey)	Dr. Teimuraz GOGİTİDZE (Georgia)
Dr. Hakan OĞUZTÜRK (Turkey)	Dr. Teona VARSHALOMIDZE (Georgia)
Dr. Hakan UZUN (Turkey)	Dr. Tinatin KİLASONİA (Georgia)
Dr. Havva Şahin KAVAKLI (Turkey)	Dr. Tijen ŞENGİZER (Turkey)
Dr. Hayri RAMADAN (Turkey)	Dr. Turan SET (Turkey)
Dr. İlham NİYAZOVA (Azerbaijan)	Dr. Umut Yücel ÇAVUŞ (Turkey)
Dr. Jemal PUTKARADZE (Georgia)	Dr. Vepho ODİŞARİA (Georgia)
Dr. Konul SEFEROVA (Azerbaijan)	Dr. Yahya Kemal GÜNAYDIN (Turkey)
Dr. Lale ABDULLAHYEVA (Azerbaijan)	Dr. Yavuz KATIRCI (Turkey)
Dr. Leman XASAYEVA (Azerbaijan)	Dr. Yunsur ÇEVİK (Turkey)
Dr. Mehmet GÜL (Turkey)	Dr. Zaza XACHİPERADZE (Georgia)
Dr. Mehmet KOŞARGELİR (Turkey)	Dr. Zeynep ÇAKIR (Turkey)
Dr. Mehmet OKUMUŞ (Turkey)	

SCIENTIFIC PROGRAM

November 28,2019 Thursday Hall A

Saat	Konu ve Konuşmacılar
14.00 - 16.00	OTELE GİRİŞ
16.00 - 18.00	Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti-Türkiye Cumhuriyeti Azerbaycan Cumhuriyeti-Gürcistan Cumhuriyeti Ukrayna Halk Cumhuriyeti ve Sırbistan Cumhuriyeti Acil Tıp ve Aile Hekimliği Çalıştayı Prof. Dr. Başar CANDER Acil Tıp Uzmanları Derneği Başkanı, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği Eğitim Sorumlusu Dr. Hakan UZUN Trabzon Aile Hekimleri Derneği Başkanı Dr. Konul SEFEROVA Azerbaycan Cumhuriyeti Dr. Teona VARSHALOMIDZE Gürcistan Cumhuriyeti Dr. Oleh SHEKERA Ukrayna Halk Cumhuriyeti Yavuz ATEŞ T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Daire Başkanı Stratejik Yönetim ve Araştırmalar Derneği Başkanı Dr. Sevgül MAYDONOZCU KARA KKTC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Dairesi Koruyucu Sağlık Hizmetleri Birim Sorumlusu
19.00 - 22.00	AKŞAM YEMEĞİ

November 29,2019 Friday Hall A

Saat	Oturum Başkanı	Konu ve Konuşmacılar
09.00 - 10.00		AÇILIŞ KONUŞMALARI Prof. Dr. Başar CANDER Acil Tıp Uzmanları Derneği Başkanı, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği Eğitim Sorumlusu Dr. Hakan UZUN Trabzon Aile Hekimleri Derneği Başkanı Dr. Konul SEFEROVA Azerbaycan Cumhuriyeti Dr. Teona VARSHALOMIDZE Gürcistan Cumhuriyeti Dr. Oleh SHEKERA Ukrayna Halk Cumhuriyeti Yavuz ATEŞ T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Daire Başkanı Stratejik Yönetim ve Araştırmalar Derneği Başkanı Dr. Sevgül MAYDONOZCU KARA KKTC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Dairesi Koruyucu Sağlık Hizmetleri Birim Sorumlusu
10.00 - 10.15		ÇAY-KAHVE ARASI
10.15 - 11.15	Prof. Dr. Başar CANDER Prof. Dr. Zeynep ÇAKIR	Güncel Erişkin ve Çocuk Temel Yaşam Desteği Prof. Dr. Zeynep ÇAKIR Güncel Erişkin ve Çocuk İleri Yaşam Desteği Prof. Dr. Başar CANDER Erişkin ve Çocuk Temel-İleri Yaşam Desteği Püf Noktaları Doç. Dr. Mehmet OKUMUŞ
11.15 - 11.30		ARA
11.30 - 12.50	Prof. Dr. Hakan OĞUZTÜRK Prof. Dr. Yunsur ÇEVİK	Göğüs Ağrılı Hastanın Yönetimi Doç. Dr. Şahin ÇOLAK Akut Koroner Sendromların Tanımlanması Doç. Dr. Şükrü GÜRBÜZ Akut Koroner Sendromların Yönetimi Prof. Dr. Yunsur ÇEVİK Oral Antikoagülan Kullanımına Bağlı Kanamaların Yönetimi Prof. Dr. Hakan OĞUZTÜRK
12.50 - 14.00		ÖĞLE YEMEĞİ

14.00 - 15.00	Prof. Dr. Figen COŞKUN Doç. Dr. Şahin ÇOLAK	Aort Anevrizma Yönetimi Dr. Öğr. Üyesi Avni Uygur SEYHAN Özofagus Perforasyonuna Yaklaşım Yrd. Doç. Dr. Emel ERKUŞ SİRKEÇİ Kardiyak Tamponad ve Pnömotoraks Yönetimi Prof. Dr. Figen COŞKUN
15.00 - 15.15	ÇAY-KAHVE ARASI	
15.15 - 16.35	Prof. Dr. Polat DURUKAN Doç. Dr. Yahya Kemal GÜNAYDIN	Dispne Nedir? Dr. Öğr. Üyesi Hakan HAKKOYMAZ Dispneli Hastanın Acil Yönetimi Dr. Öğr. Üyesi Gülşah ÇIKRIKÇI IŞIK KOAHA Alevlenmesinin Acil Yönetimi Doç. Dr. Yahya Kemal GÜNAYDIN Astım Alevlenmesinin Acil Yönetimi Prof. Dr. Polat DURUKAN
16.35 - 16.50	ARA	
16.50 - 18.10	Doç. Dr. Mücahit KAPÇI Doç. Dr. Yavuz KATIRCI	Yetişkinlerde Akut Bronşitin Acil Yönetimi Doç. Dr. Yavuz KATIRCI Pnömonili Hastanın Acil Yönetimi Uzm. Dr. Bülent GÜNGÖRER Akciğer Grafisinin Yorumlanması Doç. Dr. Mücahit KAPÇI Akciğer Görüntülemesinde USG'nin Yeri Dr. Öğr. Üyesi Burcu GENÇ YAVUZ
19.00 - 22.00	AKŞAM YEMEĞİ	

November 29,2019 Friday Hall B

Saat	Oturum Başkanı	Konu ve Konuşmacılar
10.15 - 11.15	Doç. Dr. Tijen ŞENGEZER Doç. Dr. Emine EMEKTAR	SÖZEL BİLDİRİLER
11.15 - 11.30	ARA	
11.30 - 12.50	Doç. Dr. Cüneyt ARDIÇ Dr. Öğr. Üyesi Hakan HAKKOYMAZ	SÖZEL BİLDİRİLER
12.50 - 14.00	ÖĞLE YEMEĞİ	
14.00 - 18.10	MANUEL TERAPİ Prof. Dr. Cihan AKSOY İmuneks <i>Farma</i>	
18.10 - 19.00	GÜZELLİK ATÖLYESİ Nihal ADAĞ	
19.00 - 22.00	AKŞAM YEMEĞİ	

November 29,2019 Friday Hall C

Saat	Oturum Başkanı	Konu ve Konuşmacılar
10.15 - 11.15	Prof. Dr. Turan SET Doç. Dr. İsmail Okan YILDIRIM	SÖZEL BİLDİRİLER
11.15 - 11.30	ARA	
11.30 - 12.50	Doç. Dr. Tijen ŞENGEZER Doç. Dr. Emine EMEKTAR	SÖZEL BİLDİRİLER
12.50 - 14.00	ÖĞLE YEMEĞİ	
14.00 - 15.00	Dr. Öğr. Üyesi Hakan HAKKOYMAZ Doç. Dr. İsmail Okan YILDIRIM	SÖZEL BİLDİRİLER
15.00 - 15.15	ÇAY-KAHVE ARASI	
15.15 - 17.00	Doç. Dr. Cüneyt ARDIÇ Doç. Dr. İsmail Okan YILDIRIM	SÖZEL BİLDİRİLER
17.00 - 17.15	ARA	
17.15 - 19.00	Doç. Dr. Tijen ŞENGEZER Doç. Dr. Emine EMEKTAR	SÖZEL BİLDİRİLER
19.00 - 22.00	AKŞAM YEMEĞİ	

November 30,2019 Saturday Hall A

Saat	Oturum Başkanı	Konu ve Konuşmacılar
09.00 - 10.00	Prof. Dr. Mehmet GÜL Prof. Dr. Havva ŞAHİN KAVAKLI	Acil Serviste Hipertansiyon Yönetimi Prof. Dr. Mehmet GÜL Akut İskemik İnmenin Acil Yönetimi Uzm. Dr. Gökhan EYYUPOĞLU İntrakraniyal Kanamaların Acil Yönetimi Prof. Dr. Havva ŞAHİN KAVAKLI
10.00 - 10.15	ÇAY-KAHVE ARASI	
10.15 - 11.15	Doç. Dr. Umut Yücel ÇAVUŞ Dr. Öğr. Üyesi Semih KORKUT	Hiperglisemik Hastanın Acil Yönetimi Dr. Öğr. Üyesi Mehmet KOŞARGELİR Hipoglisemik Hastanın Acil Yönetimi Dr. Öğr. Üyesi Semih KORKUT Adrenal Krizin Acil Yönetimi Doç. Dr. Umut Yücel ÇAVUŞ
11.15 - 11.30	ARA	
11.30 - 12.30	Doç. Dr. Mehmet OKUMUŞ Dr. Öğr. Üyesi Burak KATİPOĞLU	Karın Ağrılı Hastanın Acil Yönetimi Uzm. Dr. Emin UYSAL Safrayolu Hastalıklarına Acil Yaklaşım Dr. Öğr. Üyesi Sevilay VURAL İskemik Karın Ağrılı Hastanın Yönetimi Uzm. Dr. Mustafa ÖZTÜRK
12.30 - 13.30	ÖĞLE YEMEĞİ	
13.30 - 14.00	Dr. Hakan UZUN Uzm. Dr. Filiz ÇELİK	KKTC'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Dr. Sevgül MAYDONOZCU KARA
14.00 - 14.30		Azerbaycan Cumhuriyeti'nde Aile Hekimliği ve Acil Tıp Uygulamaları Dr. Konul SEFEROVA
14.30 - 14.45	ÇAY-KAHVE ARASI	
14.45 - 15.15	Dr. Burhan YILMAZ	Demir Eksikliği Anemisi Prof. Dr. Turan SET
15.15 - 15.45		Yaşlılarda Uyku Bozuklukları Doç. Dr. Cüneyt ARDIÇ
15.45 - 16.15		Çocuklarda İdrar Yolu Enfeksiyonları'nın Tanı ve Tedavisi Uzm. Dr. Filiz ÇELİK
16.15 - 16.30	ARA	

16.30 - 16.45	Dr. Emre ÖZEL Doç. Dr. Cüneyt ARDIÇ	Gastro Özofajial Reflü ve Tedavisi Dr. Arzu MAMMADOVA
16.45 - 17.00		Yatalak Hastalarda Enfeksiyondan Korunma Yolları ve Yatak Yarası Tedavisi Dr. Aytan MAMMADOVA
17.00 - 17.15		Birinci Basamakta Hipertansiyon Takibi Dr. Lale ABDULLAYEVA
17.15 - 17.30		Sağlık Turizmi Dr. Teona VARSHALOMIDZE
17.30 - 17.45	ARA	
17.45 - 19.00	Prof. Dr. Turan SET	Akılcı İlaç Kullanımı Dr. Burhan YILMAZ
19.00 - 22.00	AKŞAM YEMEĞİ	

November 30,2019 Saturday Hall B

Saat	TEMEL EKG KURSU
09.00 - 10.00	Temel EKG (Fizyoloji, Kavramlar, Dalgalar) Doç. Dr. Mehmet OKUMUŞ EKG'ye SistematiK Yaklaşım (Hız, Ritim, Aks) Doç. Dr. Mehmet OKUMUŞ A-V İletim Bozuklukları ve İntra-Ventriküler Bloklar Uzm. Dr. Nihat Müjdat HÖKENEK
10.00 - 10.15	ÇAY-KAHVE ARASI
10.15 - 11.15	Atriyal Aritmiler Doç. Dr. Emine EMEKTAR Ventriküler Aritmiler Dr. Öğr. Üyesi Avni Uygur SEYHAN Zor EKG (Klinik Durumlarda EKG) Uzm. Dr. Ahmet Burak ERDEM
11.15 - 11.30	ARA
11.30 - 12.30	AKS'lerde EKG Değişiklikleri Uzm. Dr. Hayri RAMADAN EKG'de Gözden Kaçanlar Doç. Dr. Mehmet OKUMUŞ
12.30 - 13.30	ÖĞLE YEMEĞİ

13.30 - 14.50	EKG'ye Sistematiik Yaklaşım – Pratik Doç. Dr. Mehmet OKUMUŞ A-V İletim Bozuklukları ve İntra-Ventriküler Bloklar – Pratik Uzm. Dr. Nihat Müjdat HÖKENEK Atriyal Aritmiler – Pratik Doç. Dr. Emine EMEKTAR Ventriküler Aritmiler – Pratik Dr. Öğr. Üyesi Avni Uygur SEYHAN
14.50 - 15.00	ÇAY-KAHVE ARASI
15.00 - 16.00	Zor EKG – Pratik Uzm. Dr. Ahmet Burak ERDEM AKS'lerde EKG Değişiklikleri – Pratik Uzm. Dr. Hayri RAMADAN EKG'de Gözden Kaçanlar – Pratik Doç. Dr. Mehmet OKUMUŞ
16.00 - 16.30	SERTİFİKA TÖRENİ
19.00 - 22.00	AKŞAM YEMEĞİ

November 30,2019 Saturday Hall C

Saat	Oturum Başkanı	Konu ve Konuşmacılar
09.00 - 10.00	Doç. Dr. Cüneyt ARDIÇ Dr. Öğr. Üyesi Hakan HAKKOYMAZ	SÖZEL BİLDİRİLER
10.00 - 10.15	ARA	
10.15 - 12.30	Doç. Dr. Tijen ŞENGEZER Doç. Dr. Emine EMEKTAR	SÖZEL BİLDİRİLER
12.30 - 13.30	ÖĞLE YEMEĞİ	

December 1,2019 Sunday Hall A

Saat	Oturum Başkanı	Konu ve Konuşmacılar
09.00 - 11.30	Prof. Dr. Başar CANDER	Acil Tıp ve Aile Hekimliğinde Hukuksal Sorunlar ve Çözümleri Dr. Hakan UZUN Yavuz ATEŞ
11.30 - 12.00	KAPANIŞ KONUŞMASI	
12.00	OTELDEN ÇIKIŞ	

ORAL PRESENTATIONS

ORAL PRESENTATIONS 1

Emergency Department Addiction: Retrospective Analyses of the Frequent Users of the ED

Gülşah ÇIKRIKÇI IŞIK, MD

Assistant Professor of Emergency Medicine, University of Health Sciences Keçiören Training and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Ankara, Turkey

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6067-7051>

gulsah8676@gmail.com

Meral TANDOĞAN, MD

Assistant Professor of Emergency Medicine, University of Health Sciences Keçiören Training and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Ankara, Turkey

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-5407-7092>

reyyanyildirim33@hotmail.com

Tuba ŞAFAK, MD

Emergency Medicine Specialist, University of Health Sciences Keçiören Training and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Ankara, Turkey

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-7329-1513>

dr.tubasafak@hotmail.com

Yunusur ÇEVIK, MD

Professor of Emergency Medicine, Kecioren Training and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Ankara, Turkey

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1325-0909>

yunsurcevik@yahoo.com

Background/aim

Increased emergency department (ED) demand and overcrowding of ED's is a global healthcare system problem [1, 2]. For Turkey the annual number of ED visits is greater than the whole population [3]. A significant portion of this overcrowding was created by "frequent users", a group of patient who contribute toward a disproportionate number of ED visits [4]. Definition of frequent users varies in different studies, however 4 or more ED visits annually is an effective cut-off value to identify this group of patients [5, 6]. The aim in this study is to define the characteristics of frequent users in order to provide efficient and cost-effective suggestions for solving this healthcare system problem.

Material and Method

This study was conducted in a training and research hospital in capital with around 335000 annual number of ED visits after approval of the local ethics committee. All ED visits during 1-year period between 01.01.2018 and 31.12.2018 were investigated retrospectively by using electronic registration system of the hospital. Patients attended to ED ≥ 4 times between this periods were accepted as "frequent user" and included into the study. Patient with less than 4 attendance in a year defined as "control group" and missed data were excluded. Social-history related factors (age, sex, and ethnicity), disease related factors (diagnosis, severity of illness as triage code, average length of stay at ED) and care related factors (insurance status, cost) were investigated. The statistical analysis was performed using the IBM SPSS Statistics for Windows Version 22.0 (IBM Corp. Armonk, NY: USA. Released 2013). After assessing normal distribution using the Kolmogorov-Smirnov test, all variables were described in terms of median and interquartile range (IQR) (25–%75) and categorical variables defined as number and frequencies. Mann-Whitney U

test and Chi-square test were used to determine the difference between the groups. A p value < 0.05 was considered statistically significant.

Results

A total of 335457 ED visits were made in a calendar year of 2018 and when the visits for wound dressing and injection were removed the real ED admittance number was 282586 from a total of 172120 different patient. Total visit number of frequent users was 64651 and total number was 11667 patient (visit ED ≥ 4 times in a year). That means 6.8% of ED patient population makes the 22.9% of all ED visits. Female gender proportion was greater among frequent ED users and frequent users were younger than occasional users. Yellow / red triage code ratio was higher in frequent user group and also median length of hospital stay was significantly longer. Uninsured patient was two times higher at the study group and half of this patient was immigrant or refugees. All results were summarized at table 1.

Conclusion

The use of emergency services is increasing, and frequent users place a significant burden on this patient volume. This study demonstrated that frequent user representing 6.8% of ED patients, and account for 22.9% of all ED visits. This data was similar with the literature [6-8]. It is important to understand the characteristics of this patient group in order to provide efficient suggestions for solving this healthcare problem. In our study, female gender proportion was greater among frequent ED users and frequent users were younger than occasional users. There was also significant difference about welfare status that immigrant and refugees population in frequent users was eighty times higher than the occasional users. However frequent users are a very heterogeneous group and it is impossible to define all the characteristics of them in one study. Therefore more research is needed in order to better understand factors leading to frequent ED use and to develop effective strategies to better meet their complex health care needs.

References

1. Ko M, Lee Y, Chen C, Chou P, Chu D. Prevalence of and Predictors for Frequent Utilization of Emergency Department: A Population-Based Study. *Medicine (Baltimore)*. 2015; 94(29): e1205. doi: 10.1097/MD.0000000000001205. PMID: 26200638
2. Nambiar D, Stoové M, Dietze P. Frequent emergency department presentations among people who inject drugs: A record linkage study. *Int J Drug Policy*. 2017; 44: 115-120. doi: 10.1016/j.drugpo.2017.03.010. PMID: 28511107
3. Solakoglu GA, Karakilic ME, Aciksarli K. Frequent attenders to emergency department in a research hospital in Turkey. *Medeniyet Medical Journal* 2018; 33(3): 158-166doi:10.5222/MMJ.2018.14227
4. van Tiel S, Rood PP, Bertoli-Avella AM, Erasmus V, Haagsma J, van Beeck E, et al. Systematic review of frequent users of emergency departments in non-US hospitals: state of the art. *Eur J Emerg Med*. 2015; 22(5): 306-15. doi: 10.1097/MEJ.0000000000000242. PMID: 25647038
5. Birmingham LE, Cochran T, Frey JA, Stiffler KA, Wilber ST. Emergency department use and barriers to wellness: a survey of emergency department frequent users. *BMC Emerg Med*. 2017; 10;17(1): 16. doi: 10.1186/s12873-017-0126-5. PMID: 28486935
6. Norman C, Mello M, Choi B. Identifying Frequent Users of an Urban Emergency Medical Service Using Descriptive Statistics and Regression Analyses. *West J Emerg Med*. 2016; 17(1): 39-45. doi: 10.5811/westjem.2015.10.28508. PMID: 26823929
7. Castillo EM, Brennan JJ, Killeen JP, Chan TC. Identifying frequent users of emergency department resources. *J Emerg Med*. 2014; 47(3): 343-7. doi: 10.1016/j.jemermed.2014.03.014. PMID: 24813059
8. Kanzaria HK, Niedzwiecki MJ, Montoy JC, Raven MC, Hsia RY. Persistent Frequent Emergency Department Use: Core Group Exhibits Extreme Levels Of Use For More Than A Decade. *Health Aff (Millwood)*. 2017; 1; 36(10): 1720-1728. doi: 10.1377/hlthaff.2017.0658. PMID: 28971916

Table 1: Characteristics of frequent admittance

Characteristics	Frequent visits (n: 64651)	Non-frequent visits (n: 217935)	P value
Gender			
Male	23721 (36.7%)	94335 (43.3%)	<.001
Female	40930 (63.3%)	123600 (56.7%)	
Age	35 (IQR 26 – 49)	38 (IQR 28 -53)	<.001
Ethnicity			
Turkish citizens	63241 (97.8%)	212768 (97.6%)	.006
Foreigners	1410 (2.2%)	5158 (2.4%)	
Triage codes			
Green code	50796 (78.6%)	174425 (80%)	<.001
Yellow / Red code	13855 (21.4%)	43505 (20%)	
Length of stay at ED	4h 32m (IQR 2h 10m – 8h 2m)	4h 29m (IQR 2h 9m – 7h 56m)	.014
Insurance status			
Insured	53318 (82.5%)	200972 (92.2%)	<.001
Uninsured			
Green Card	5739 (8.9%)	16720 (7.7%)	
Immigrants / Refugees	5594 (8.7%)	243 (0.1%)	
Total cost	2,633,985 ₺	12,272,567 ₺	.006
Average cost of one patient	23.17 ₺ (IQR 19.57 – 47.14)	23.18 ₺ (IQR 19.57 – 50)	

*Variables given as number (n) and frequencies or median and inter-quartile range (IQR).

*Abv: ED: emergency department, h: hour, m: minute, ₺: Turkish liras

ORAL PRESENTATIONS 2

The Impact of Social Media and Internet News on the Health Perception of Society in Turkey- A survey study

Gülşah Çıkrıkçı Işık, MD

Assistant Professor of Emergency Medicine, University of Health Sciences Kecioren Training and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Ankara, Turkey

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6067-7051>

gulsah8676@gmail.com

Halit Aytar, MD

Emergency Medicine Specialist, Büyükçekmece Mimar Sinan Public Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4982-699X>

halit.ayt@gmail.com

Yunusur Çevik, MD

Professor of Emergency Medicine, University of Health Sciences Kecioren Training and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Ankara, Turkey

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1325-0909>

yunsurcevik@yahoo.com

Emine Emektar, MD

Associated Professor of Emergency Medicine, University of Health Sciences Kecioren Training and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Ankara, Turkey

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6056-4401>

emineakinci@yahoo.com

Hasan Balıkçı, MD

Emergency Medicine Resident, Kecioren Training and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Ankara, Turkey

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6233-3738>

hacikurit@gmail.com

Objective

The use of social media, which is defined as an internet-based technology that facilitates the sharing of ideas, thoughts, and information through networks and communities, has increased considerably in recent years (1). The Turkey Statistical Office's Household Information Technology (IT) Utilization Research-2018 reported that the frequency of internet use in the 16-74 age group in Turkey was 72.9%, and the most common reason for using the internet was social media (2). Social media has some benefits for health communication, such as being more accessible, shared health information, and the potential to influence health policies and public health. However, conversely, it has certain limitations, such as the lack of reliability, confidentiality, and privacy (3). Aim of the study is to demonstrate impact of health news at social media and internet on the health perception of society, among healthcare related and non-healthcare related participants, under the subheadings of reliability of that news, doctor-patient relationship, patient health attitudes and health advertising and marketing.

Methods

This was a cross-sectional survey study that was carried out in accordance with the regulations of and approved by the local research ethics committee. For the data collection process, an open online-based Turkish language questionnaire was created using Google Forms. Readability of the text was measured as 10 on the Flesch-Kincaid Grade Level test, which means it was suitable for anyone 15 years of age and older. The questionnaire consisted of two sections. The first section collected demographic data, and the second section consisted of questions about attitudes related to social media and internet news that were answered using a Likert scale. Statistical analysis was performed using the Statistical Package for the Social Sciences version 22.0 (SPSS Inc.; Chicago, IL, USA). Demographic data related to participants were expressed as numbers and percentages. After assessing normal distribution by using the Kolmogorov-Smirnov test, all variables were described in terms of median and interquartile range (IQR) (25-75). Responses of the survey compared between the healthcare related and non-healthcare related participants by using Mann-Whitney U test. A p-value of less than 0.05 was considered statistically significant.

Results

Among 1,622 valid questionnaires, 61.6% were female and the median age of the participants was 32 (IQR 26-40). Fifty-five percent of them were married, and 74.4% was university graduated. Sixty-six percent of the participants were healthcare sector related. Nearly one-third of the participants reported spending more than 2 hours per day on social media, and 27.6% mentioned that they encountered health news and advertisements on social media and the internet very often. For all subheadings responses were significantly different among healthcare related and non-healthcare related participants. Full survey wording with the statistical analyses of the responses is presented in Table 1.

Conclusion

The most important result of this study was the finding that the impact of health news and advertisements encountered on social media and the internet in terms of perceptions was

significantly different between the healthcare sector related participants and non-healthcare sector related ones. In general, the non-healthcare related group was amenable to this kind of sharing on social media, and they found such news more reliable and thought of it as part of freedom of thought. Conversely, the healthcare sector related group was more rigid and were generally uncomfortable with such news. The general thought in this group was that such news adversely affects the doctor-patient relationship and is misleading with regard to public health related issues; they also more often believed that such information should be banned.

In general, it is worth mentioning that social media is a powerful weapon for reaching large populations, and social media-based educational approaches could play an important role in patient decision-making, possibly incentivizing patient behavioral changes (4). Therefore, legislative control of health-related content sharing on the internet and social media, in terms of validity and reliability, may be a necessity. In addition, public health stakeholders should use media campaigns to ensure that accurate health information is widely disseminated in order to produce positive changes or prevent negative changes in health-related behaviors in the community (5).

References:

1. Alshakhs F, Alanzi T. The evolving role of social media in health-care delivery: measuring the perception of health-care professionals in Eastern Saudi Arabia. *J Multidiscip Healthc.* 2018; 21;11:473-479. doi: 10.2147/JMDH.S171538.
2. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni Hanehalkı Bilişim Teknolojileri (BT) Kullanım Araştırması, 2018 No: 27819 <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27819> access date: 03.09.2019
3. Moorhead SA, Hazlett DE, Harrison L, Carroll JK, Irwin A, Hoving C. A new dimension of health care: systematic review of the uses, benefits, and limitations of social media for health communication. *J Med Internet Res.* 2013; 23:15(4):e85. doi: 10.2196/jmir.1933.
4. Huesch MD, Galstyan A, Ong MK, Doctor JN. Using Social Media, Online Social Networks, and Internet Search as Platforms for Public Health Interventions: A Pilot Study. *Health Serv Res.* 2016; 51 Suppl 2:1273-90. doi: 10.1111/1475-6773.12496.
5. Wakefield MA, Loken B, Hornik RC. Use of mass media campaigns to change health behaviour. *Lancet.* 2010; 9; 376(9748):1261-71. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60809-4.

Table 1: Full survey wording with responses

Phrases	HC participants	r.	Non-HC participants	r.	P value
Reliability					
P1: I believe that the health news I have encountered on social media and the internet is reliable.	2 (IQR 2-3)		3 (IQR 2-3)		<0.001
P7: I do not find the health news / advertisements that I have encountered on social media and the Internet reliable.	4 (IQR 3-4)		3 (IQR 3-4)		<0.001
	3 (IQR 2-4)		3 (IQR 2-4)		
P2: The news I've encountered on social media and the Internet reduce my trust across the health system.					>0.05
	2 (IQR 2-3)		3 (IQR 2-3)		

P13: The health news I encounter increases my trust across the health system.	1 (IQR 1-2)	2 (IQR 1-2)	<0.001
P5: I find the statements on issues such as vaccines and diet by people who are not health professionals in social platforms informative and correct.	5 (IQR 4-5)	4 (IQR 4-5)	0.001
P22: I find the statement on issues related to public health by non-health professionals in social platforms wrong and misleading.	4 (IQR 3-5)	4 (IQR 3-4.5)	<0.001
P8: I feel the need to investigate the accuracy of this type of health news / advertisements.			<0.001
Doctor-patient relationship			
P4: Health news that I encounter on social media and Internet create a negative prejudice against health workers on me.	2 (IQR 2-3)	2 (IQR 2-3)	>0.05
	3 (IQR 2-4)	3 (IQR 3-4)	>0.05
P11: The health news I've encountered allows me to empathize with health workers and create a positive prejudice against them.	4 (IQR 3-5)	3 (IQR 2-4)	<0.001
P19: I think that the health news that I encounter increases the violence against health workers.	2 (IQR 2-3)	3 (IQR 2-3)	<0.001
P23: I think that the health news that I encounter provides a reduction of violence against health workers by providing deterrence.			<0.001
Attitudes in health issues			
P6: Health news I encounter on social media and Internet affect my hospital and physician choice.	3 (IQR 2-4)	3 (IQR 2-4)	>0.05
P17: While choosing a physician or a hospital, I don't take into account the news I've encountered on social media or the Internet.	3 (IQR 2-4)	3 (IQR 2-4)	0.007
P10: I have to consult with a healthcare professional before applying a recommendation on health news I encountered.	4 (IQR 4-5)	4 (IQR 3-5)	<0.001
	2 (IQR 1-3)	2 (IQR 1-3)	>0.05
P15: If I think that a health recommendation (like diet) that I watch / read is appropriate for myself, I apply it directly without feeling the need to consult a physician.	2 (IQR 1-3)	2 (IQR 2-3)	0.002
P3: When the doctor gives me a prescription, I feel the need to research drug on the internet before using it.			0.002

P16: When I get sick, I feel the need to research my complaints online before I admit a doctor.	3 (IQR 1-3)	3 (IQR 2-4)	<0.001
Social health marketing and advertising			
P9: Unproven health news / product advertisements should be prohibited.	3 (IQR 2-4)	3 (IQR 2-4)	>0.05
P12: I believe that news and advertisements about health should be considered within the scope of freedom of thought.	3 (IQR 2-4)	3 (IQR 2-4)	<0.001
P14: I have received / used the product / application by relying on the health news / advertisements I have encountered.	1 (IQR 1-2)	1 (IQR 1-2)	>0.05
P18: The health news that I have encountered leads me to practice complementary and alternative medicine methods.	2 (IQR 1-3)	2 (IQR 1-3)	0.03
P20: The advertisement of a health attitude/ product by a famous person or usage of that product by that person increase my confidence in the product.	4 (IQR 4-5)	4 (IQR 3-5)	<0.001
P24: I think that the health news and advertisements I encounter are made with material concerns, which reduces my confidence in the product.	5 (IQR 4-5)	5 (IQR 4-5)	0.03
P21: I would like to make sure that the products sold on the internet are approved by the relevant ministries.	3 (IQR 3-4)	2 (IQR 3-4)	<0.001
P25: The health news I've encountered on social media and Internet is bothering me.			1

*Abb: HC: healthcare; r: related; IQR: inter quartile range; P: Phrase

*Likert scale: 1: Strongly disagree/ never; 2: Disagree/ rarely; 3: Undecided/ sometimes; 4: Agree/ often; 5: Strongly agree/ always

ORAL PRESENTATIONS 3

Platelet-to-Lymphocyte Ratio as a Potential Indicator of Infection-Associated Emergency Visits of Renal Transplant Recipients.

Muratoglu M¹, Kayipmaz AE, Kavalci C, Kirnap M, Moray G, Haberal M.

1

From the Department of Emergency, Baskent University Faculty of Medicine, Ankara, Turkey.

Abstract

OBJECTIVES:

Infection-associated emergency department use in renal transplant recipients has been increasing as solid-organ transplant has become a more common treatment method for chronic kidney failure. Platelet-to-lymphocyte ratio has been demonstrated to be significantly elevated in nosocomial infections in patients treated at intensive care units and is positively correlated with duration of hospital stay. In this study, we aimed to determine whether the platelet-to-lymphocyte ratio could be used as an indicator of infection in renal transplant patients presenting to emergency departments.

MATERIALS AND METHODS:

This case-control retrospective study included data from between May 2015 and February 2018. We used the patient information management system to review patient medical records and laboratory test results of study participants.

RESULTS:

Our study included 156 adults in the patient group (recipients with infection) and 170 adults in the control group (recipients without infection). We observed significant differences between patient and control groups in terms of the number of days of hospital stay; leukocyte, neutrophil, and lymphocyte counts; the platelet-to-lymphocyte ratio; and C-reactive protein levels. We plotted receiver operating characteristic curves to determine the sensitivity and specificity of the platelet-to-lymphocyte ratio along with C-reactive protein. The areas under the curve were 0.892 for C-reactive protein and 0.707 for the platelet-to-lymphocyte ratio.

CONCLUSIONS:

For systemic inflammation, platelet-to-lymphocyte ratio can be used in conjunction with other biomarkers as an indicator of inflammation in renal transplant recipients who present with infection-associated causes to emergency departments.

ORAL PRESENTATIONS 4

The role of Perfusion Index and Plethysmography Variability Index (PI-PVI) for predicting dehydration severity in patients with acute gastroenteritis

Emine Emektar, Seda Dağar, Hüseyin Uzunosmanoğlu, Gülşah Çıkrıkçı Işık, Şeref Kerem Çorbacioğlu, Yunsur Çevik

Keçiören Training and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Ankara, TURKEY

Introduction

Acute gastroenteritis (AGE) is one of the causes of mortality and morbidity in all age groups. Irrespective of etiology and mechanism of AGE, dehydration occurs due to fluid losses. Measurement of perfusion index (PI) and plethysmography variability index (PVI) may provide emergency physicians valuable information about hemodynamic of the patient. Our study aimed

to investigate the role of PI and PVI measurement at admission for estimating dehydration severity and determining the possible change in those parameters after fluid replacement among patients presenting to emergency department (ED) with AGE.

Materials and Method

This was a prospective cross-sectional study. Our study consecutively included patients aged 18 years or older who presented to the ED of a tertiary training and research hospital and were diagnosed with AGE between 31.04.2019 and 31.06.2019. AGE was defined as passing watery feces at least three times within 24 hours and/or more than 200 gr for a period shorter than 2 weeks. Patients who were pregnant; who had cardiac arrhythmias; patients in whom PI and PVI could not be measured for any reason; and patients who had henna or nail polish on their fingernails were excluded. The two groups were defined according to the severity of dehydration: mild and moderate/severe dehydration groups. PI and PVI of all patients' values were measured.

Results

180 patients were included in the study. As compared with the mild dehydration group, moderate/severe dehydration group had a significantly lower PI value and significantly higher PVI value on admission ($p<0.001$ for both comparisons). Among moderate/severe dehydration patients, PI value significantly increased and PVI significantly decreased after treatment ($p<0.001$). There was a significant positive correlation between osmolarity and PVI ($r:0.298$ $p=0.007$) and a significant negative correlation between osmolality and PI ($r:-0.259$, $p=0.019$) in the patients with moderate/severe dehydration.

Conclusion

In the present study that we assessed the prognostic value of PI and PVI for determining dehydration severity among patients presenting to emergency department with AGE, we found two important conclusions. Firstly, patients with moderate/severe dehydration had a lower PI value and a higher PVI value at ED admission than those with mild dehydration. It is important to determine the degree of fluid loss among patients with dehydration in the ED. Bedside, noninvasive, easy-to-measure perfusion indexes may be used to determine the severity of dehydration especially in overcrowded emergency services. Secondly, especially among patients presenting with moderate/severe dehydration, we detected an increase in PI value and a decrease in PVI value after fluid resuscitation compared to admission values. Hence, we believe that perfusion indexes may be used in ED for diagnosis and treatment monitoring of the moderate/severe dehydration.

The study show that PI and PVI may be useful for determining the severity of dehydration in acute gastroenteritis and may be use for assessing the response to fluid replacement especially in patients with severe dehydration at ED.

Key words: Acute gastroenteritis, Dehydration, Perfusion index, Plethysmography Variability Index

References

- 1- Graves NS. Acute gastroenteritis. *Prim Care*. 2013;40:727-41.
- 2- Xiao HL, Ma SX, Qi HY, et al. A scoring system for assessing the severity of acute diarrhea of adult patients. *World J Emerg Med*. 2016;7:130-4.
- 3- Hooper L, Abdelhamid A, Ali A, Bunn DK, et al. Diagnostic accuracy of calculated serum osmolarity to predict dehydration in older people: adding value to pathology laboratory reports. *BMJ Open*. 2015;21;5:e008846.
- 4- Kuroki C, Godai K, Hasegawa-Moriyama M, et al. Perfusion index as a possible predictor for postanesthetic shivering. *J Anesth*. 2014;28:19-25.
- 5- Cannesson M, Attof Y, Rosamel P, et al. Respiratory variations in pulse oximetry plethysmographic waveform amplitude to predict fluid responsiveness in the operating room. *Anesthesiology*. 2007;106:1105-11.

6- Pişkin Ö and Öz İİ. Accuracy of pleth variability index compared with inferior vena cava diameter to predict fluid responsiveness in mechanically ventilated patients. Medicine (Baltimore). 2017;96(47):e8889.

ORAL PRESENTATIONS 5

Taner Guven¹, Muhammet Gökhan Turtay², Sukru Gurbuz³

1. Taner Guven, MD: Department of Emergency Medicine, Malatya State Hospital, Malatya, Turkey.

2. Muhammet Gökhan Turtay, Assoc Prof: Department of Emergency Medicine, Medical Faculty of Inonu University, Malatya, Turkey. **(making the presentation)**

3. Sukru Gurbuz, Assoc Prof: Department of Emergency Medicine, Medical Faculty of Inonu University, Malatya, Turkey.

Sudden Onset Abdominal Pain: Spleen Infarction

Abstract

Spleen infarction is rare. It is usually seen in hematological diseases, vascular and thromboembolic disorders. Forty-eight year old female patient presented to our emergency department with the onset of abdominal pain about 2-3 days ago, but with increased abdominal pain for the last 3 hours and nausea and vomiting. Contrast-enhanced abdominal computed tomography (CT) showed almost complete thrombosis in the celiac and partially thrombosis in the SMA. In addition, diffuse ischemia was observed in the spleen. Spleen infarction should be kept in mind in patients presenting to with abdominal pain in the emergency department.

Key words: Splenic infarction, contrast-enhanced abdominal CT, emergency surgery

Introduction

Spleen infarction is rare. It is usually seen in hematological diseases, vascular and thromboembolic disorders. Sudden onset abdominal pain, nausea and vomiting were present and physical examination revealed left upper quadrant defense and rebound. We aimed to present the patient who was admitted to the emergency department with abdominal pain and diagnosed as spleen infarct.

Case Report

Forty-eight year old female patient presented to our emergency department with the onset of abdominal pain about 2-3 days ago, but with increased abdominal pain for the last 3 hours and nausea and vomiting. In the first physical examination, intestinal sounds were sensitized in the normoactive periumbilical region, there was no defense, no rebound, and the left costovertebral angle sensitivity (CVAH) was positive. The patient's blood pressure was 156/78 mm / Hg, pulse 86 / min, sPO2: 97, fever 36.7 C (oxygen in room air). ECG normal sinus rhythm.

Laboratory values of the patient: WBC: 11600 / m3, Hb: 7.5 g / dl, Htc: 29%, PLT: 42 000 / mm3, INR: 1.12, lactate in blood gas: 3.1 mmol / L, ph: 7.36 in blood biochemistry AST: 25 IU / L, ALT: 21 IU / L, GGT: 13 IU / L, Albumin: 3.5 g / dL, Glucose: 402 mg / dL, Ca: 9.1 mg / dL, Na: 133 mmol / L, K: 4.6 mmol / L, Cl: 103 mmol / L, CRP: 0.3 U / L, WBC: 1 / HPF in complete urinalysis, Nitrite negative. She did not have any history of illness or miscarriage. Contrast-enhanced abdominal computed tomography (CT) showed almost complete thrombosis in the celiac and partially thrombosis in the SMA. In addition, diffuse ischemia was observed in the spleen with a hypodense appearance of 5 x 7 cm diameter, which was consistent with infarction (Figure 1).

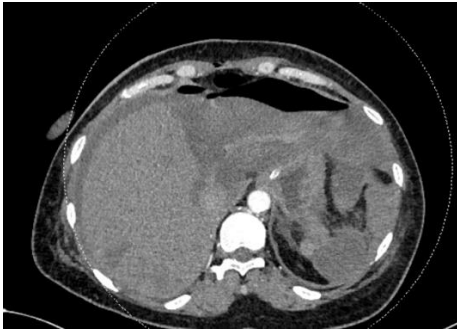


Figure 1. The diffuse ischemia in the spleen

Discussion

Spleen infarction may present with different clinical manifestations. It is usually caused by hematological disorder in patients under 40 years of age, the most common cause is sickle cell anemia. Patients over the age of 40 typically experienced an embolic event (1). Our case did not have any discomfort before and she had sudden abdominal pain.

Other causes of splenic infarction include polycythemia vera (2), Gaucher's disease (3), pancreatitis (4), endocarditis (5) and malignancy (6). Abdominal USG may help in the diagnosis of splenic infarcts with the formation of a demarcation line at the earliest 24 hours later (7, 8). Abdominal tomography is well-delimited, non-contrast, hypodense, with a 75% diagnosis (7, 8, 9). Our patient did not have any previous disease, and she did not have a history of miscarriage. We believe that it is appropriate for the physicians working in the emergency department not to think of urinary tract infection immediately and to ignore splenic infarction without sudden defense and rebound in abdominal pain.

Conclusion

Spleen infarction should be kept in mind in patients presenting to with abdominal pain in the emergency department.

References

1. Jaroch MT, Broughan TA, Hermann RE. The natural history of splenic infarction. *Surgery* 1986;100(4):743-50
2. Downer WR, Peterson MS. Massive splenic infarction and liquefactive necrosis complicating polycythemia vera. *Am J Roentgenol* 1993; 161(1):79-80
3. Hill SC, Damaski BM, Ling A, et al. Gaucher Disease: Abdominal MR imaging findings in forty-six patients. *Radiology* 1992;184(2):561-6.
4. Fishman EK, Soyer P, Bliss DF, et al. Splenic involvement in pancreatitis: spectrum of CT findings. *Am J Roentgenol* 1995;164(3):631-5.
5. Ting W, Silverman NA, Arzouman DA, et al. Splenic septic emboli in endocarditis. *Circulation* 1990;82(5 Suppl):105-9.
6. Jaroch TM, A. Broughan T, Hermann ER, The natural history of splenic infarction. *Surgery*. 1986; 100: 743.
7. Maresca G, Mirk P, De Gaetona AM, et al: Sonographic patterns in splenic infarct. *Journal of Clinic Ultrasound*. 1986; 14: 23.
8. Dahlberg JP, Frecentese FD, Cogbill HT: Cholesterol embolism: Experience with 22 histologically proven cases. *Surgery* 1989; 105: 737.
9. Cohen B.A, Mitty HA, Mendelson DS: Computed tomography of splenic infarction. *Journal of CAT* 1984; 8: 167.

ORAL PRESENTATIONS 6

Taner Guven¹, Muhammet Gökhan Turtay², Neslihan Yucel³

1. Taner Guven, MD: Department of Emergency Medicine, Malatya State Hospital, Malatya, Turkey.
2. Muhammet Gökhan Turtay, MD, Assoc Prof: Department of Emergency Medicine, Medical Faculty of Inonu University, Malatya, Turkey. **(making the presentation)**
3. Neslihan Yucel, MD, Prof: Department of Emergency Medicine, Medical Faculty of Inonu University, Malatya, Turkey.

Diverticulitis: A case report

Abstract

In this case report, we present a patient with left lower quadrant pain who was diagnosed with diverticulitis and sigmoid colon perforation. Our patient was admitted to our emergency department with abdominal pain and fever for 3-4 days. Contrast-enhanced abdominal CT showed multiple millimeter diverticula in the proximal part of the left lower quadrant of the abdomen, with mild edema of the bowel wall and contamination of the surrounding mesentery. Diverticulitis should be considered in the differential diagnosis when the left lower quadrant defense and rebound.

Key words: Left lower quadrant pain, Diverticulitis, Perforation

Introduction

Diverticula are typically 0.5-1 cm in size, sometimes in a single grain and in giant sizes, however, they may be in thousands. Inflammation of one or more diverticula is called diverticulitis. It can be seen in different forms from a well-circumscribed mild condition to a severe clinical picture accompanied by free perforation and generalized peritonitis. In the case of acute diverticulitis, there is an increased localized left lower quadrant. In this case report, we present a patient with left lower quadrant pain who was diagnosed with diverticulitis and sigmoid colon perforation.

Case Report

Our patient was admitted to our emergency department with abdominal pain and fever for 3-4 days. In the previous history, He had coronary artery disease but no other diseases. Vital signs of the patient were pulse: 90 / min, respiratory rate: 22/ min, blood pressure: 115/97 mmHg. Physical examination revealed decreased breathing sounds on the right basal, in cardiac examination was not murmur, widespread tenderness in the abdomen, left lower quadrant defense and rebound were positive, costovertebral angle sensitivity (cvah) was negative. Laboratory values: wbc 26.400, hb 13.9, plt 241,000, inr 1.21, crp 11. Contrast-enhanced abdominal CT showed multiple millimeter diverticula in the proximal part of the left lower quadrant of the abdomen, with mild edema of the bowel wall and contamination of the surrounding mesentery (sigmoid diverticulitis perforation) (Figure 1). The patient was consulted to general surgery and operated urgently.



Figure 1. The multiple millimeter diverticula and sigmoid diverticulitis perforation in contrast-enhanced abdominal CT

Conclusion

Diverticulitis should be considered in the differential diagnosis when the left lower quadrant defense and rebound.

ORAL PRESENTATIONS 7

A Rare Cause of Vertigo in the Emergency Department: Carbon Monoxide Poisoning

Özlem Güler¹, Hakan Hakkoymaz¹

¹:Assistant professor, Kahramanmaraş Sütçü İmam University School of Medicine, Department of Emergency Medicine, Kahramanmaraş, Turkey.

Aim: Carbon monoxide is a molecule that results from incomplete combustion of hydrocarbons. Carbon monoxide binds to hemoglobin, reduces hemoglobin's oxygen carrying capacity and causes cellular hypoxia. Carbon monoxide poisoning is an important cause of mortality and morbidity associated with poisoning all over the world. Poisoning in our country is mostly caused by stoves. Clinical findings may vary depending on the severity of poisoning. In this article, a case of carbon monoxide poisoning discharged with the diagnosis of vertigo is presented.

Case: A 70-year-old man was admitted to the emergency department with complaints of dizziness, nausea and vomiting. The patient stated in his story that his complaints had continued for two days, he had been treated in another hospital the day before and he had come home with relief, he felt good in the evening but his complaints started again in the morning. He had no previous similar episode and was being treated for diabetes, hypertension and COPD. His blood pressure was 95/50 mmHg, pulse rate: 75 / min, respiration rate 16 / min, Fever: 36 °C and SPO₂: 95%. There was not any pathological finding on ECG. Physical examination was normal. The patient's hemogram and biochemical parameters were within normal limits except that his blood glucose was 187 mg / dl. No pathological findings were observed on brain tomography and diffusion MRI. After a while, his wife said that she wanted to be examined for headache and nausea. The patient was diagnosed with hypertension previously and her blood pressure was 155/65 mmHg. Anamnesis was deepened when the patient stated that she had been fatigue for two days, headache and nausea continued since she had woken up in the morning. Upon learning that their house had a stove and that they burned the stove in the evening, a blood gas test was requested. FCOHb levels of the patients were determined 29.1% and 27.9%, respectively. Symptoms of the patients improved with oxygen therapy and they were discharged with recommendations.

Conclusions: Since carbon monoxide is a colorless, odorless, tasteless and non-irritant gas, poisoning may not be noticed. Diagnosis is difficult in patients with mild symptoms such as

headache, dizziness and fatigue. Carbonmonoxide intoxication should be considered in the differential diagnosis if similar complaints exist in other family members of patient.

ORAL PRESENTATIONS 8

Diz burkulma ve gerilmelerinde jones bandajı ve elastik bandajı uygulanmasının ağrı ve fonksiyonel sonuçlarının karşılaştırılması

*Dr.Öğr.Üyesi Tolgahan Kuru

Çanakkale On sekiz Mart Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji A.D./Çanakkale/Türkiye

Amaç:

Travmatik diz gerilme ve burkulmalarında uygulanan tedavi çoğu zaman kulaktan kulağa duyulan, iyi dökümente edilmemiş, alışılmış tedavi uygulamaları ile tedavi edilmektedir(1). Bu tedavilerden biri olan jones bandajı 1915 yılında Robert Jones tarafından tarif edilmiştir(2). Daha sonra Charnley(3) tarafından daha detaylı bir hale getirilen jones bandajı; eklem efüzyonunu baskılamak , kontrollü ve kısıtlı hareket sağlamak için diz yaralanmalarında kullanılmaya başlanmıştır. Bandaj yıllar içerisinde değişik şekillerde kullanılarak, en son olarak cilt üzerine pamuk , sargı bezi işleminin 3 kez tekrarlanarak sarılması ile sık kullanılan bir hale gelmiştir.(Resim 1) Jones bandajı ve elastik bandaj kullanımı diz burkulma ve gerilmelerinde kullanılan standart bir tedavi halini almıştır.(1) Jones bandajının maliyeti elastik bandaja göre daha fazla olduğundan(10 euro civarı) ve uygulanışı elastik bandaja göre daha uzun olduğundan(5 ile 20 dk arası) (1) , biz bu iki yöntemin etkinliğini karşılaştırmaya karar verdik.

Yöntem:

2018-2019 yılları arasında diz burkulma , çarpma , gerilme sebebi ile tarafımıza danışılan , multi travma olmayan , efüzyon ve hareket kısıtlılığı olan , fizik muayenede ve x ray görüntülemeye kırık hat izlenmemiş olgularda ; jones bandajı ve elastik bandajı uyguladığımız hastaları çalışmaya dahil ederken , dizinde konjenital anomalisi olan , travma sonrası alt ekstremitede kırık görülen , steroid veya antikoagülan tedavi alan hastalar , kilitli dize sahip hastalar , daha önceden aynı dizden opere olmuş hastalar çalışma dışı bırakılarak kayıt altına alındı. Toplamda bu kriterlere uyan 36 hastanın 18' ine jones bandajı ve diğer 18' ine sadece elastik bandaj uygulandı. Bu hastalara işlem sonrası 3 hafta boyunca tek destekle mobilize olmasını ve gün içinde dizine elevasyon ve buz uygulaması tavsiye edildi. Hastalar poliklinik kontrollerine çağırıldı. 1. ve 3. hafta poliklinik kontrollerinde vas skorlarına , diz hareket açıklığına , nsaii kullanım miktarına ve hasta konfor derecelerine bakıldı.

Bulgular:

Hastaların 1. Hafta ve 3. Hafta kontrollerindeki vas skorlamaları arasında anlamlı fark görülmedi ($P>0.05$). Hareket açıklığı kontrolleri gonyometre kullanılarak yapıldı ve her 2 kontrolde de anlamlı fark görülmedi. ($P>0.05$). Hasta memnuniyeti için hastalara kullandıkları bandaj memnuniyeti hakkında 1-5 arasında bir skala hazırladık. Skalada 1=çok rahatsız edici 2=az rahatsız edici 3=normal 4=memnun 5=çok memnun idi.(1) Kullanım memnuniyeti açısından her iki bandaj için anlamlı fark saptanmadı. ($P>0.05$). Hastalar nsaii kullanımı açısından karşılaştırıldığında her iki grup için de anlamlı fark görülmedi. ($P>0.05$).

Sonuç:

Literatüre bakıldığında diz gerilme ve burkulmalarında bu karşılaştırmayı yapan birkaç çalışma bulunmaktadır.(1,4) Çalışmamıza bakıldığında her iki grupta benzer hareket açıklığında artış ve benzer ağrı azalması görülmüştür. Nsaii kullanımı ilk hafta elastik bandaj kullanan hastalarda daha az gözükse de 1. Ve 3. hafta kontrollerinde her 2 bandaj kullanan hastalar arasında anlamlı fark

görülmemiştir. Hasta kullanım memnuniyeti açısından elastik bandaj kullananlarda ilk hafta kontrolünde memnuniyet skalası yüksek gözükse de anlamlı fark görülmemiştir. Sonuç olarak sağlık harcamaları her ülke için önemli hale gelen bu senelerde daha çok malzeme kullanılan ve maliyeti daha fazla olan Jones bandajı yerine acilde diz bağ yaralanmalarında sadece elastik bandaj kullanılmasının maliyet açısından ve hasta kullanım açısından daha uygun olduğu kanaatindeyiz.

****Çalışmamız herhangi bir proje desteği veya başka bir araştırma desteği almamıştır**

****Araştırmacının herhangi bir finansal desteği olmamıştır**

Referans

1. Dr Dyfrig L. Hughes, Registrar, Accident and Emergency Department, Derbyshire Royal Infirmary, 12 Dark Lane, Calow, Chesterfield, Derby
2. Jones R. (1921) Injuries of joints. Orthopaedic Surgery of Injuries Oxford University Press, London.
3. Charnley J. (1950) The treatment of fracture without plaster of Paris. In: Closed Treatment of Common Fractures, pp. 28-29. Churchill Livingstone, Edinburgh.
4. Brodel D.J., Axon D.L. & McCollister Evarts C. (1986) The Robert Jones bandage. Journal of Bone and Joint Surgery 68, 776-779.

ORAL PRESENTATIONS 9

The utility of serum microRNA-93 and microRNA-191 levels for determination of injury severity in adult multiple trauma patients

Ozgur Sogut¹, Merve Metiner¹

¹University of Health Sciences, Haseki Training and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey

Keywords: Multiple Trauma, injury severity score, miRNA-93, miRNA-191

Introduction: Various scoring systems exist for evaluation of trauma severity and prognosis in multiple trauma patients. However, these scoring systems inadequately describe injury severity (1). Recent studies showed the utility of microRNA (miRNA) serum levels as a tool for determining injury severity, diagnosis and prognosis in head trauma cases (2-4). However, the applicability of these markers to

multiple trauma cases remains unknown. To date, there have been no studies investigated serum microRNAs in patients with multiple trauma.

The current study aims to (a) determine the expression levels of miRNA-93 and miRNA-191 in the serum of adult patients with multiple trauma, (b) correlate Injury Severity Score (ISS) and Revised Trauma Score (RTS) values with serum miRNA-93 and miRNA-191 levels in these patients,

Methods: Fifty consecutive adult patients with multiple trauma and sixty age- and sex-matched controls were enrolled in a randomized controlled prospective study. The patients were divided into two groups: ISS > 16 (group 1, major trauma) and ISS ≤ 16 (group 2, minor trauma). The miR-93 and miR-191 serum levels were assessed in injured patients and healthy controls using quantitative real-time reverse transcription-PCR. We next evaluated whether miRNAs were differentially expressed between major and minor trauma patients, and determined their utility in assessments of multiple trauma injury, severity and prognosis.

Results: Mean serum miR93 and miR191 levels were significantly elevated in the patients compared to the controls ($p < 0.001$, Table 1). In addition, the mean serum miRNA-93 and miRNA-191 levels of patients with ISS > 16 were upregulated compared to patients with ISS ≤ 16, although the difference was not statistically significant. Serum miRNA-93 levels and ISS values were not significantly correlated in patients with multiple trauma ($\rho = -0.207$, $p = 0.149$; Table 2). In contrast, there was a significant correlation between serum miRNA-191 levels and ISS values ($\rho = -0.320$, $p = 0.023$). Regarding the severity of trauma, no optimal cut-off value for the serum miRNA-93 level was detected. Conversely, an optimal cut-off was established for the serum miRNA-191 level; values below 1.94 indicated severe trauma (AUC: 0,668 [0.511- 0.826]; 65.6% sensitivity, 77.8% specificity; Figure 1).

Table 1. Comparison of age, gender, and serum quantities of miRNA-93 and miRNA-191 between the patient and control groups.

Patient Group	Control Group
---------------	---------------

		Mean $\pm$ SD	Min-Max	Mean $\pm$ SD	Min-Max	p Value*
Age		34.22 $\pm$ 13.53	18-64	35.97 $\pm$ 10.74	19-65	0.171
Gender	Male	42 (84%)		52 (86.7%)		0.449
	Female	8 (16%)		8 (13.3%)		
miRNA-93		3.23 $\pm$ 2.39	1.71-10.83	6.04 $\pm$ 2.43	-1.91-9.07	<0.001
miRNA-191		2.53 $\pm$ 2.32	0.04-9.33	3.56 $\pm$ 2.62	-3.09-9.29	<0.001

Note: Data are expressed in numbers, percentages, mean $\pm$ standard deviation (SD), and minimum and maximum values.

*The Mann-Whitney U test was used to compare the age and gender distribution between groups, and Student's *t*-test was used to compare serum miR-93 and miR-191 levels between groups.

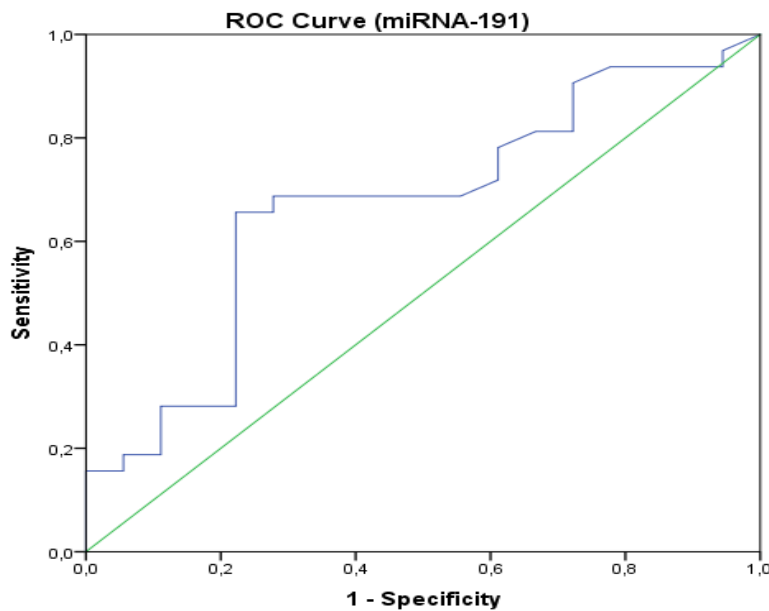
Table 2. Comparison of age, gender, and serum quantities of miRNA-93 and miRNA-191 between patients with ISS ≤ 16 and ISS > 16 groups.

		ISS ≤ 16	ISS > 16	
		Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD	p Value*
Age		33.28 $\pm$ 12.55	35.89 $\pm$ 15.35	0.578
Gender	Male	26 (81.3%)	16 (88.9%)	0.391
	Female	6 (18.8%)	2 (11.1%)	
miRNA-93		6.40 $\pm$ 2.50	5.41 $\pm$ 2.21	0.169
miRNA-191		2.95 $\pm$ 2.48	1.78 $\pm$ 1.84	0.087

Note: Data are expressed in numbers, percentages, mean $\pm$ standard deviation (SD), and minimum and maximum values.

*The Mann-Whitney U test was used to compare the age and gender distribution between groups, and Student's *t*-test was used to compare serum miR-93 and miR-191 levels between ISS ≤ 16 and ISS > 16 groups.

Figure 1. The sensitivity and specificity of serum miRNA-191 levels in determining the severity of trauma according to ISS (AUC, 0.668; CI, 0.511–0.826).



Discussion and Conclusion: MiRNAs are important posttranscriptional regulators of complementary mRNA targets and have been implicated in the pathophysiology of traumatic brain injury (TBI) (5). Clinical and experimental studies have identified miRNAs in serum/plasma (e.g., miR-425-p, -21, -93, -191 and -499) with utility as biomarkers for the

diagnosis, prognosis, and severity assessment of TBI (5-7). Here we present the first clinical trial to investigate whether serum levels of miRNA-93 and miRNA-191 predict trauma severity in multiple trauma patients. Our results show that miRNA-191 and miRNA-93 levels are significantly upregulated in multiple trauma patients compared to controls.

In addition, a significant negative correlation was found between serum miRNA-191 and ISS values. The optimal serum miRNA-191 cut-off value for determining severe trauma was 1.94. The present study indicate that the level of miRNA-191, but not miRNA-93, is a useful biomarker of severe trauma in patients with multiple trauma. Therefore, we recommend the miRNA-191 level and ISS as novel indices of trauma severity in patients with multiple trauma.

References

1. Kauvar DS, Lefering R, Wade CE. Impact of hemorrhage on trauma outcome: an overview of epidemiology, clinical presentations, and therapeutic considerations. *J Trauma*. 2006;60(6 Suppl):S3-11.
2. Martinez B, Peplow PV. MicroRNAs as diagnostic markers and therapeutic targets for traumatic brain injury. *Neural Regen Res* 2017; 12: 1749-61.
3. Liu L, Sun T, Liu Z, Chen X, Zhao L, Qu G, et al. Traumatic brain injury dysregulates microRNAs to modulate cell signaling in rat hippocampus. *PLoS One* 2014; 9: e103948.
4. Redell JB, Moore AN, Ward NH, Hergenroeder GW, Dash PK. Human traumatic brain injury alters plasma microRNA levels. *J Neurotrauma* 2010; 27: 2147-56.
5. Sun W, Julie Li YS, Huang HD, Shyy JY, Chien S. microRNA: a master regulator of cellular processes for bioengineering systems. *Annu Rev Biomed Eng* 2010; 12: 1-27.
6. Redell JB, Zhao J, Dash PK. Altered expression of miRNA-21 and its targets in the hippocampus after traumatic brain injury. *J Neurosci Res* 2011; 89: 212-21.
7. Sabirzhanov B, Zhao Z, Stoica BA, et al. Downregulation of miR-23a and miR-27a following experimental traumatic brain injury induces neuronal cell death through activation of proapoptotic Bcl-2 proteins. *J Neurosci* 2014; 34: 10055-71.

ORAL PRESENTATIONS 10

Relationship between thoracic diameter and cardiopulmonary resuscitation-related thoracic injury

Mehmet Özgür Erdogan¹, Abdullah Algin², Özgür Söğüt³

¹University of Bahcesehir, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey

²University of Health Sciences, Umraniye Training and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey

³University of Health Sciences, Haseki Training and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey

Introduction: According to the 2010 American Heart Association (AHA) guidelines, chest compressions are considered the main component of cardiopulmonary resuscitation (CPR) (1). The 2015 CPR guidelines of the European Resuscitation Council (ERC) and AHA emphasize that the depth of chest compressions should be 5–6 cm. However, iatrogenic injuries caused by chest compressions remain controversial (2,3). Thoracic diameters vary between countries, and whether the depth of chest compressions should be adjusted depending on the size of the chest considering the physical differences between individuals is controversial (4). Thus, we investigated the relationship between thoracic diameters and CPR-related thoracic injury in patients who suffered out-of-hospital cardiac arrest (OHCA) and had return of spontaneous circulation (ROSC) after CPR under the recommendations of the current 2015 AHA and ERC guidelines updated for CPR.

Methods: A total of 127 consecutive out-of-hospital cardiac arrest cases (OHCA; 53 females and 74 males age 20–86 years) with a return of spontaneous circulation (ROSC) after CPR were included in the study. The anterior–posterior diameter (APD), skin-to-skin anteroposterior diameter (SSAD), and transverse diameter (TD) of each patient's chest were measured. Patients were divided into two groups based on the presence or absence of CPR-related chest wall injuries (e.g., rib fracture, costochondral separation, pulmonary contusion, sternum fracture, pneumothorax, and hemothorax). The thoracic diameters (e.g., APD, SSAD, and TD) were compared between the groups.

Results: The thoracic injuries associated with CPR were rib fractures in 89 (71.1%) patients, pulmonary contusion in 65 (51.2%), sternal fracture in 25 (19.7%), pneumothorax in 20 (15.7%), and hemothorax in 21 (16.5%; Table 1). Patients with a rib fracture had lower mean APD and SSAD values (APD: 124.65 ± 18.60 mm vs. 127.72 ± 22.08 mm; SAPD: 231.46 ± 24.61 mm vs. 235.38 ± 22.65 mm) than patients with no rib fracture. Similarly, patients who had costochondral separation had lower APD and SSAD values (APD: 120.37 ± 20.62 mm vs. 126.16 ± 19.56 mm; SSAD: 225.45 ± 24.64 mm vs. 233.45 ± 23.92 mm) than patients with no costochondral separation. However, we did not observe any significant

changes in the patient groups with and without CPR-related chest wall injuries with respect to APD, SSAD, or TD (Table 2).

Table 1. Distribution of thoracic injuries associated with CPR in patients.

Thoracic injuries	n (%)
Rib fracture	89 (71.1)
Sternum fracture	25 (19.7)
Scapula fracture	1 (0.8)
Costochondral separation	13 (10.2)
Pneumothorax	20 (15.7)
Hemothorax	21 (16.5)
Pulmonary contusion	65 (51.2)
Subcutaneous emphysema	3 (2.4)
Pneumomediastinum	2 (1.6)

Note: Data are percentages (%) or n.

Abbreviations: CPR, cardiopulmonary resuscitation.

Table 2. Comparison of thoracic diameters (APD, SSAD, and TD) between patient groups with and without chest wall injuries.

Chest wall injury	Diameter	Mean $\pm$ SD	P
Rib fracture	APD	124.65 $\pm$ 18.60	0.456
	SSAPD	231.46 $\pm$ 24.61	0.982
	TD	251.26 $\pm$ 25.82	0.388
No Rib fracture	APD	127.72 $\pm$ 22.08	
	SSAPD	235.38 $\pm$ 22.65	
	TD	251.36 $\pm$ 20.39	
Sternum fracture	APD	125.74 $\pm$ 19.55	0.960
	SSAPD	232.32 $\pm$ 24.27	0.078
	TD	259.14 $\pm$ 24.21	0.942
No Sternum fracture	APD	125.52 $\pm$ 19.80	
	SSAPD	232.71 $\pm$ 24.08	
	TD	249.37 $\pm$ 23.98	
Costochondral separation	APD	120.37 $\pm$ 20.62	0.351
	SSAPD	225.45 $\pm$ 24.64	0.284
	TD	252.37 $\pm$ 13.25	0.785
No Costochondral separation	APD	126.16 $\pm$ 19.56	
	SSAPD	233.45 $\pm$ 23.92	
	TD	233.45 $\pm$ 23.92	
Pneumothorax	APD	123.72 $\pm$ 20.18	0.657
	SSAPD	228.87 $\pm$ 24.33	0.457
	TD	257.07 $\pm$ 18.65	0.164
No pneumothorax	APD	125.91 $\pm$ 19.65	

	SSAPD	233.34±24.01		
	TD	250.21±25.08		
Haemothorax	APD	125.37±19.16	0.959	
	SSAPD	233.00 ±24.02		0.914
	TD	251.90±19.16	0.440	
No haemothorax	APD	125.61±19.86		
	SSAPD	232.56±24.13		
	TD	251.17± 25.21		
Pulmonary contusion	APD	124.31±18.51		0.464
	SSAPD	231.00 ±23.35		0.434
	TD	254.53±20,08	0.127	
No pulmonary contusion	APD	126.89 ± 20,88		
	SSAPD	234.35 ± 24.78		
	TD	247.90 ±27.71		

Abbreviations: APD, anterior–posterior diameter; SSAD, skin-to-skin anterior–posterior diameter; TD, transverse diameter.

Discussion and Conclusion: This is the first clinical study to investigate the impact of thoracic diameters, including APD, SSAD, and TD values, for predicting chest wall injuries associated with CPR in ROSC-provided OHCA cases. In a study that evaluated CPR-related injuries between 2005 and 2010, the APD values of patients in a severe injury group were 10 mm smaller than those with non-severe injuries.

That study indicated that a compression depth minimum of 50 mm without an upper limit should not be recommended for individuals of Japanese descent who are physically smaller than those of European origin (4). The current study demonstrated that patients who underwent CPR and suffered rib fractures or costochondral separation had smaller APD and SSAD values than those with no rib fractures or costochondral separation. However, a cardiac compression depth of 5–6 cm did not cause CPR-related thoracic injuries in adult patients with smaller thoracic diameters.

Consequently, the iatrogenic thoracic injuries caused by CPR administered according to the ERC CPR guidelines were independent of thoracic APD, SSAD, and TD values.

Keywords: Cardiopulmonary resuscitation, thoracic diameters, thoracic injuries

References

1. Field JM, Hazinski MF, Sayre MR, et al. Part 1: Executive summary: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation 2010;122:640-56.
2. Kim EY, Yang HJ, Sung YM, et al. Multidetector CT findings of skeletal chest injuries secondary to cardiopulmonary resuscitation. Resuscitation 2011;82:1285-8.
3. Smekal D, Lindgren E, Sandler H, Johansson J, Rubertsson S. CPR-related injuries after manual or mechanical chest compressions with the LUCAS™ device: a multicentre study of victims after unsuccessful resuscitation. Resuscitation 2014;85:1708-12.
4. Oya S, Shinjo T, Fujii Y, Kamo J, Teruya H, Kinoshita H. CPR related thoracic injury: a comparison of CPR guidelines between 2005 and 2010. Acute medicine & surgery, 2016; 3:351-5.

ORAL PRESENTATIONS 11

Bir klasik ama ölümcül olabilen hastalık: fournier gangreni

Büşra Bahçeci, Barış Onur Sargın, Emin Uysal

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul, Türkiye

Giriş:

Fournier gangreni genital, perineal, perianal bölgenin anaerop ve aerop bakterilerden kaynaklı, nadir görülen ve hızlı ilerleyen nekrotizan fasiitidir (1). Hastalığın mortalitesi oldukça yüksektir ancak erken tanı ve agresif tedavi ile iyi sonuçlar alabilmek mümkündür. Hastalık daha çok erkeklerde görülmek ile birlikte kadınlarda da bildirilmiştir. Hastaların çoğunda altta yatan konak direncini bozan bir hastalık vardır (DM, alkolizm, immünsüpresif ilaç kullanımı gibi). Fournier gangreni için risk oluşturabilecek vakalar rektal abse, kolon divertikülü, erizipel, perianal fistül, skrotal bölge travması, ürogenital cerrahi olarak sıralanabilir (2). Biz 42 yaşında erkek, alkolizm öyküsü olan fournier gangreni vakasını sunduk.

Olgu:

En son 3 gün önce komşuları tarafından eve girdiği görülen, evinden kötü kokular gelmesi üzerine komşuları tarafından 112 ekiplerine haber verilmesi sonucu acil servise getirilen hastanın genel durumu kötü bilinci konfüze GKS:11, solunumu takipneikti. Hastanın ateşi 39,3°C, O2 saturasyonu %90, kalp atım hızı:138/dk, tansiyon arteriyel: 90/60 mm/Hg olarak ölçüldü. Hastanın fizik muayenesinde skrotal, perineal ve perianal bölgesini içeren inguinal bölgeden batına doğru yayılan hiperemik, ödemli yer yer nekrotizan dokular içeren ve palpasyonla krepitasyon alınan yaygın nekrotizan fasiiti mevcuttu (Figür 1). Hasta hemen acil resüsitasyon odasında yakın takip ve monitorizasyona alındı. Oksijen maskesi ile 5ml/dk O2 desteği ile başlandı. Agresif sıvı tedavisi

olarak serum fizyolojik 20 ml/kg ve geniş spektrumlu antibiyoterapi (seftriakson 2 gr flakon İV, metronidazol 500 mg/100 ml medifleks İV ve gentamisin 160 mg ampul İV) başlandı. Hastanın kan tahlillerinde ise Wbc:22.000/mm³, CRP: 242 mg/L, Üre:132 mg/dl, Kreatinin:2.2 mg/dl, arteriyel kan gazı Ph:7.02, laktat:16 mmol/L idi. Çekilen kontrastsız abdominal ve pelvik CT görüntüsünde skrotal, perineal, perianal, inguinal bölgelerde ve batin alt kadranslarında cilt altı amfizematöz görüntüler tespit edildi (Figür 2). Üroloji, genel cerrahi ve anestezi konsültasyonu istendi. Hasta genel cerrahi ve üroloji bölümleri tarafından agresif doku debridmanı yapılmak amacıyla operasyona alındı. Hastanın operasyon sonrası anestezi ve reanimasyon yoğun bakımına yatışı gerçekleştirildi. Hasta yoğun tıbbi destek ve tedaviye rağmen yatışının yedinci gününde exitus oldu.

Tartışma:

Fournier gangreni nadir görülen bir hastalıktır. Tipik olarak genitoüriner ve anorektal bölgenin polimikrobiyal enfeksiyonu sonrası vasküler nekroz gelişmesi ve bunun ardından lokalize iskemiyeye bağlı bakteriyel enfeksiyonun daha da ilerlemesi sonucu ortaya çıkar. Erkeklerde daha sık görülür (3). Nekrotizan fasiitler mikroorganizmalarının tipine göre üç alt gruba ayrılır; Tip 1 polimikrobiyaldır, anaerop ve aerop bakterilerden oluşur. Tip 2 genellikle streptokok veya stafilokoklardan oluşur. Tip 3 ise vibrio suşlarından oluşur (5). Fournier gangreni sinsi ve çok hızlı ilerleyen bir hastalıktır. Hastamızın komşularının üç gün öncesine kadar hastayı ayakta eve girdiğini gördüklerini ifadesini baz alırsak hastamızın çok kısa bir süre içinde genel durumunun ciddi ölçüde bozulduğunu söyleyebiliriz. Fournier gangreni için immünsüprese durumlarda ciddi risk oluşturur. Fournier gangrenin mortalitesi son yıllarda ciddi düşüş göstermiştir (% 50'lerden % 10'lara gerilemiştir) (1). Bu durumun gerekçesi olarak erken agresif cerrahi debridman, intravenöz antibiyoterapi, ve yoğun bakım tekniklerindeki gelişmeler gösterilebilir (4). Ancak fournier gangreni mortalitesi olan bir hastalık olup, hastamıza vakit kaybedilmeden cerrahi operasyon yapılmasına ve yoğun bakım koşullarında takip edilmesine rağmen exitus olmuştur.

Sonuç:

Fournier gangreni çok hızlı ilerleyen ve mortalitesi yüksek bir hastalıktır. Tanısı klinik şüphe sonucu konulur. Agresif erken cerrahi debridman, antibiyoterapi ve destekleyici tedaviler ile hasta kurtarılabilir. Özellikle DM ve alkolizim gibi immünsüprese durumların varlığında daha dikkatli olunmalı ve klinik şüphe ön planda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Acil servis, Fournier gangreni, Mortalite

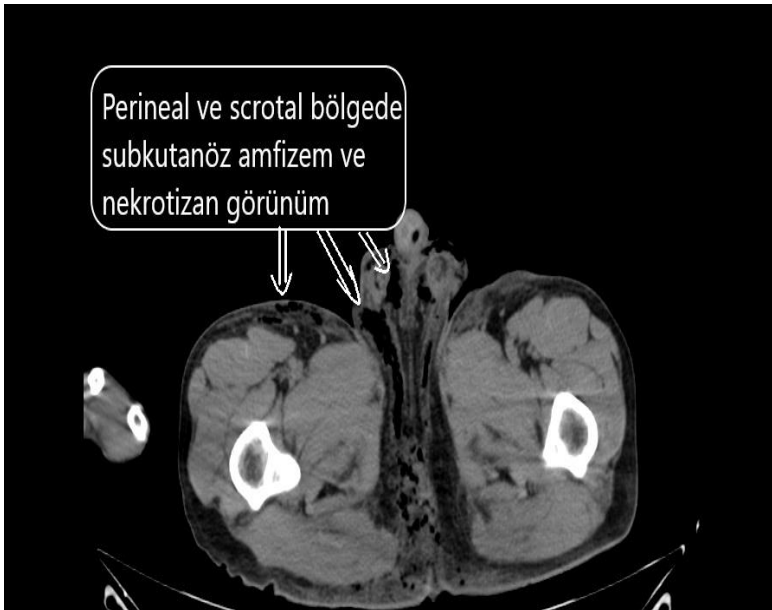
Kaynaklar:

1. Ghodoussipour SB, Gould D, Lifton J, Badash I, Krug A, Miranda G, Loh-Doyle J, Carey J, Djaladat H, Doumanian L, Ginsberg D. Surviving Fournier's gangrene: Multivariable analysis and a novel scoring system to predict length of stay. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2018 May;71(5):712-8.
2. Laucks SS 2nd: Fournier's gangrene, Surg Clin North Am 1994;74(6):1339-52.
3. Althunayyan S, Karamitosos E. Fournier's gangrene in an obese female in third trimester of pregnancy. Saudi Med J. 2018 Apr;39(4):415-8.
4. Sugihara T, Yasunaga H, Horiguchi H, Fujimura T, Ohe K, Matsuda S, Fushimi K, Homma Y. Impact of surgical intervention timing on the case fatality rate for Fournier's gangrene: an analysis of 379 cases. BJU Int. 2012.
5. Taylor GM, Hess DV. Fournier gangrene: a rare case of necrotizing fasciitis of the entire right hemi-pelvis in a diabetic female. Oxf Med Case Reports. 2018.

Figür 1.



Figür 2.



ORAL PRESENTATIONS 12

A Novel Electrocardiographic Sign of Proximal LAD occlusion: De Winter Syndrome

Tuba Betül Ümit¹, Ozgur Sogut¹, Sunay Yıldırım¹

¹University of Health Sciences, Haseki Training and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey

Introduction: Patients with de Winter syndrome, also termed anterior ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI)-equivalent, represent 2% of all patients with acute anterior myocardial infarctions admitted to emergency departments (EDs) (1). The characteristic electrocardiogram (ECG) pattern include an upsloping ST-segment depression > 1 mm at the J point in the precordial leads; tall, prominent, and symmetrically peaked T waves with no classic ST-segment elevation in the precordial leads; and slight ST-segment elevation (0.5 - 2 mm) in the aVR lead (2,3).

Here, we report a rare case of a novel, typical, STEMI-equivalent ECG pattern without obvious ST-segment elevation in a 44-year-old male who presented to our ED with substantial chest pain and a large, acute, transmural anterior myocardial infarction caused by acute occlusion of the left anterior descending (LAD) coronary artery.

Case: A 44-year-old male with a history of heavy smoking and hypercholesterolemia presented to our ED with compressive chest pain 2 days in duration. On physical examination, he was conscious but extremely anxious. His blood pressure was 140/90 mm Hg, his pulse rate was 80 beats/ min, his respiratory rate was 18 breaths/min, and his pulse oximetry reading is SpO₂ 98% on room air. The 12-lead ECG obtained at admission revealed significant ST-segment depression (> 1 mm) at the J point in leads V3-V6, with tall, positively symmetrical T waves. ST-segment elevation (2 mm) was evident in the aVR lead (Figure1). Such an electrocardiographic profile indicated that the patient had de Winter syndrome, an anterior STEMI-equivalent associated with acute occlusion of the LAD coronary artery and no ST-segment elevation in the precordial leads of the 12-lead ECG. Dual antiplatelet therapy with aspirin and a direct-acting P₂Y₁₂ receptor inhibitor (tikagrelor) was commenced in the ED. Urgent, diagnostic coronary angiography revealed total occlusion of the middle of the LAD coronary artery (Figure 2). Percutaneous coronary intervention (PCI) was performed and a 3.0 $\times$ 26 mm drug-eluting

stent was placed, this was successful; arterial blood flow was re-established (Figure 3). After successful reperfusion, the ECG pattern had returned to normal (Fig. 4). As no complication developed in hospital, the patient was discharged free of angina 4 days later. We scheduled smoking-cessation and lifestyle counseling.

Figure 1. The 12-lead electrocardiogram (ECG) taken at the time of admission to the emergency department revealed upsloping ST-segment depression at the J point in leads V2-V6, with prominent T waves and ST-segment elevation evident in the aVR lead.

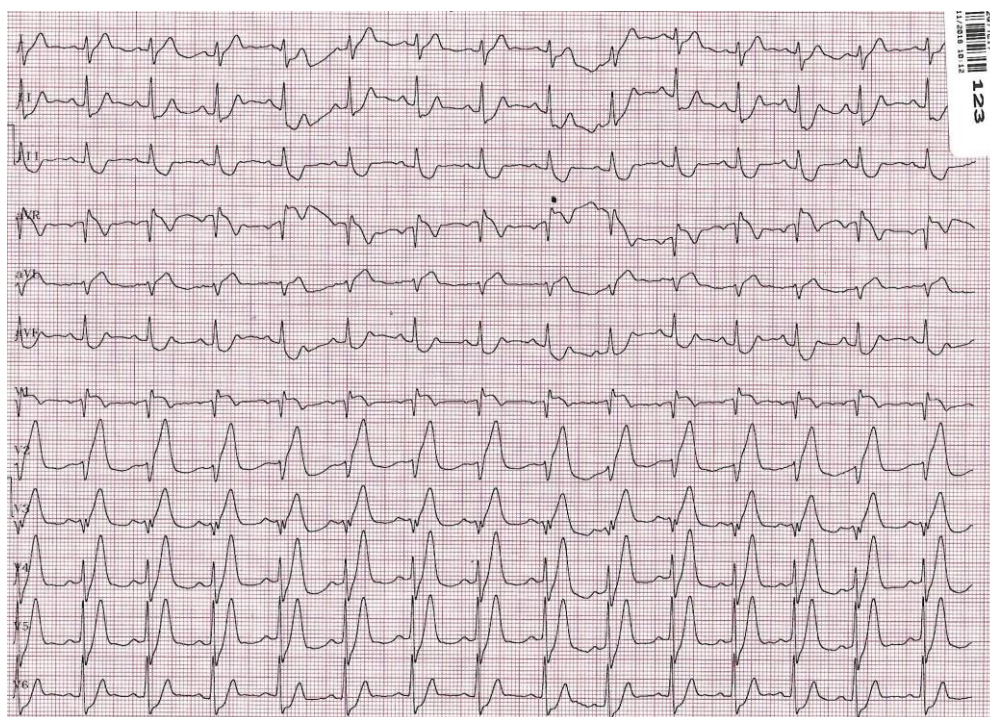


Figure 2. Left coronary angiogram showing a 100% mid LAD coronary artery occlusion (arrow).

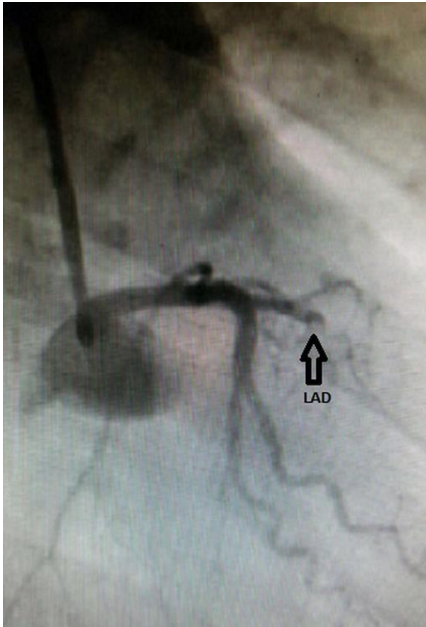


Figure 3. After successful PCI of mid LAD coronary artery, the bloodstream in the artery was re-established (arrow).

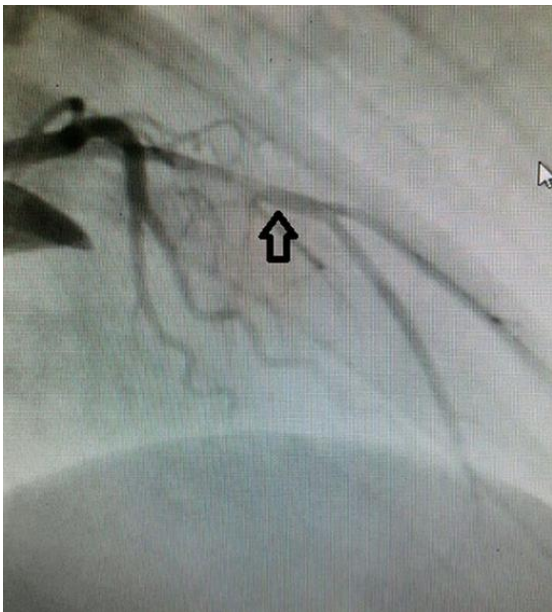
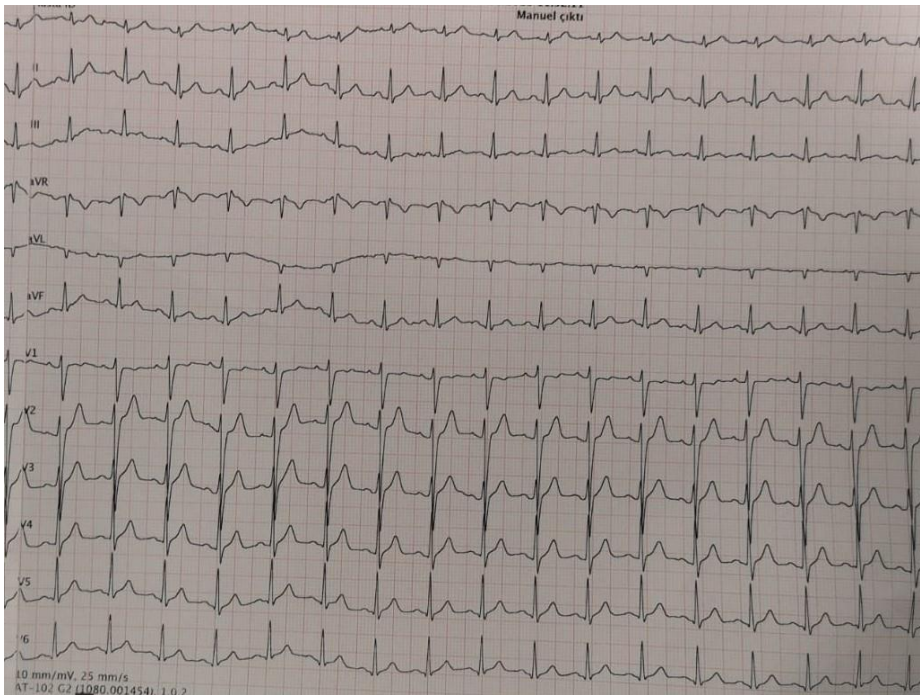


Figure 4. An ECG taken after stent placement, showing complete resolution of the ST-T waves.



Conclusions: Patients with de Winter have a critical obstruction in the LAD coronary artery, causing extensive anterior- wall myocardial infarction. Early recognition of the ECG pattern is of vital importance; such patients must be triaged for emergency reperfusion therapy combined with PCI in order to improve the clinical outcomes of these patients.

Keywords: De Winter syndrome; ECG pattern, STEMI-equivalent; Left anterior descending, coronary artery. Reperfusion therapy

References

1. de Winter RW, Adams R, Verouden NJ, de Winter RJ. Precordial junctional ST-segment depression with tall symmetric T-waves signifying proximal LAD occlusion, case reports of STEMI equivalence. *J Electrocardiol* 2016;49(1):76-80.
2. de Winter RW, Adams R, Verouden NJ, de Winter RJ. Precordial junctional ST-segment depression with tall symmetric T-waves signifying proximal LAD occlusion, case reports of STEMI equivalence. *J Electrocardiol* 2016;49(1):76-80.

3. Martínez-Losas P, Fernández-Jiménez R. de Winter syndrome. CMAJ 2016;188(7):528.

ORAL PRESENTATIONS 13

Prognostic utility of CURB-65 and E-CURB-65 scoring systems in Healthcare Associated Pneumonia patients: short and long-term mortality

Erdem Kurt¹, Rohat Ak²

1. Kahta Public Hospital, Emergency Room, Adıyaman, Turkey
2. Kartal Dr. Lütü Kırda Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey

Background/Aims: The aim of our study is to evaluate whether CURB-65 or expanded-CURB-65 score can be used in Healthcare Associated Pneumonia (HCAP) and subgroups of HCAP patients at the same efficiency. Thirty and 90-day mortality rates of the patients and predictive values of CURB-65 and E-CURB-65 scores were compared.

Material and Methods: This is a retrospective study in patients who presented to Emergency Department between January 2015 to January 2016. All patient charts above 18 years of age were evaluated according to ATS/IDSA pneumonia diagnostic criteria and pneumonia diagnoses were confirmed.

Results: 167 pneumonia patients (27.8%) of all pneumonia cases were grouped as HCAP and 433 (54.4%) were grouped as community-acquired pneumonia (CAP). 43% (N=72) of HCAP patients were classified as nursing home associated pneumonia (NHAP) and 57% (N=95) were classified as HCAP(except NHAP) group. NHAP patients were older than the other groups. HCAP (except NHAP) group had somehow more comorbid diseases when compared with the other groups. However, NHAP group had more unstable vital signs and confusion rates. Hospital and ICU admissions, 30-90-day mortality rates were all significantly higher in NHAP group. E-CURB-65 was found to have better predictive values than CURB-65 for 30-day and 90-day mortalities overall.

Conclusion: According to our results, commonly used scoring systems, CURB 65 and E-CURB 65, are not suitable for HCAP, NHAP and HCAP (except NHAP) patients. NHAP patients have significant worse prognosis compared with CAP and HCAP (except NHAP) in terms of admission to intensive care and 30 and 90-day mortality rates.

Keywords: HCAP, NHAP, E-CURB 65, pneumonia

ORAL PRESENTATIONS 14

27 years old male patient with ST elevation MI

Semih Eriten¹, Şükrü Gürbüz²

- 1- Malatya Eğitim ve Araştırma hastanesi
- 2- İnönü Üniversitesi Acil Tıp Anabilimdalı

The acute coronary syndrome (ACS) refers to any clinical symptom group that is compatible with acute myocardial ischemia and encompasses a clinical spectrum ranging from unstable angina (USAP) and non ST segment elevation myocardial infarction (NSTEMI) to ST segment elevation (1a). In Europe, more than one million patients are admitted to a hospital each year for acute coronary syndrome (ACS). ACS Unstable angina (USAP) is in the form of myocardial infarction (NSTEMI) without ST segment elevation (STEMI) or ST elevation on electrocardiogram (ECG). It

usually involves thrombotic occlusion and there is a complete occlusion of the coronary artery and urgent intervention is required. Without ST segment elevation (NSTEMI), it represents approximately 70% of cases. These patients are more difficult to diagnose than STEMI. In our case, this article was written to emphasize that care should be taken not to overlook the patient presenting with atypical symptoms.

A 27-year-old male patient presented to the district state hospital with fever, sore throat, weakness, malaise, and muscle pain one week ago. arterial blood pressure was 100/80 mmHg and fever was 38.7 degrees. In the district, the patient was diagnosed with acute pharyngitis. The patient was treated with 500 cc saline and oxamfen. When the patient was relaxed, augmentin 1 g and parol tablets were prescribed and discharged.

The patient's complaints did not regress and he was admitted to the emergency department of our hospital for 1 week. The patient presented to our emergency department with pain, weakness and pressure in the chest, and arterial blood pressure was 110/80 mmHg and 38.3 degrees fever. ST segment elevation of leads V1-V6 was present on electrocardiogram. Cardiology consultation was requested immediately and the patient was admitted to coronary intensive care unit. The patient was transferred to the coronary angiography unit without losing time and treated.

STEMI refers to acute coronary syndrome associated with biological markers of myocardial injury accompanied by or after ST elevations in the ECG. The most common symptom is chest pain. However, atypical patients may also present and delay the diagnosis and treatment.

Electrocardiogram (ECG) changes are of great importance in the diagnosis of STEMI. Most patients present with typical ischemic type chest discomfort accompanied by ST segment elevation in a 12-lead ECG, often associated with ST segment depression in other leads. Elevated heart biomarkers confirm the diagnosis of STEMI. Troponin measurements are preferred over other biomarkers due to their superior sensitivity and specificity; However, the decision to administer reperfusion therapy should not wait for the results of cardiac enzyme assays due to the urgent need to initiate such treatment. In addition, echocardiography can be a useful tool to rule out acute STEMI by showing absence of local wall motion abnormalities. In our patient, the absence of typical chest pain or all the body pains and infection symptoms of the patient caused masking of this chest pain was delayed diagnosis and treatment. However, STEMI was diagnosed due to ST segment elevations on electrocardiogram and elevated blood troponin levels. Treatment is also important and life-saving antithrombotic and interventional therapies. However, younger patients have better results than older patients, and male patients have better results than female patients. Many studies have found that women have a higher mortality rate than men following acute myocardial infarction.

In the study conducted by Puymirat E et al., Early diagnosis and treatment methods have decreased the mortality rate of STEMI and NSTEMI patients after acute myocardial infarction in the last 20 years. Mortality rates continue to decrease in STEMI patients until 2015, while mortality in NSTEMI patients has been stable since 2010.

ORAL PRESENTATIONS 15

CARDIAC PACEMAKER INFECTION

Dr. Elif Çelikel, MD, Ankara City Hospital Emergency Clinic

Dr. Ahmet Burak Erdem (SPEAKER), MD, Ankara City Hospital Emergency Clinic

Dr. Afşin Emre Kayıpmaz, MD, Ankara City Hospital Emergency Clinic

Introduction: In recent years, due to cardiac pathologies on the, using cardiac pace has increased with technology. There is a risk of infection in this material, which is foreign to the body.

Aim: Cardiac pace infections can be resolved with rapid diagnosis and appropriate treatment. However, in late cases, mortality can be high as in our case. In patients with cardiac pacing, the possibility of infection should be considered and urgent procedures should be performed.

Ninety-four years old patient with known coronary artery disease, congestive heart failure (CHF), hypertension and atrioventricular complete block; therefore a cardiac pacemaker implanted 6 years ago was admitted to the emergency department. The patient's main complaint was swelling of the pacemaker for the last 15 days.

Her vital signs were stable and her general systemic examination was normal. There was a soft palpable nodular mass of approximately 15x10 cm in the area of the battery pocket in the left pectoral region (Picture 1). In addition, local hyperemia and temperature increase were detected in the skin. Superficial tissue ultrasonography revealed findings consistent with the collection, and these findings were interpreted in favor of abscess at the pace site.

The patient was hospitalized. After the necessary tests, the pace maker was removed. The patient did not develop any complications during the procedure. Aspiration pneumonia developed during her follow-up in the intensive care unit and her general condition gradually deteriorated.

Cardiac pace maker pocket infection is seen in 2-8% of cases. Localized erythema, edema, pain, separation and discharge at the skin site may occur. These patients should be screened for infection and evaluated by echocardiography within 24 hours. Valve / lead vegetation, leakage, abscess, left ventricular function, pulmonary artery pressure and pericardial effusion should be evaluated. (1) Our patient also had minimal pericardial effusion.

Risk factors for infection include young age, male sex, diabetes, chronic renal failure, device infection history, CHF, chronic obstructive pulmonary disease, procedure and device-related factors (2).

Result : Pace maker infection is a high mortality. The device should be removed, pace-worn (if necessary on the other side of the body) and appropriate antibiotherapy should be initiated after the necessary cultures have been taken (3).

Key words: Cardiac, Pacemaker, İnfection

References

- 1) Lead extraction in a patient with infected permanent pacemaker lead. H Yorgun, H Özkutlu, A Oto. Türk Aritmi, Pacemaker ve Elektrofizyoloji Dergisi. 2010: 8;1
- 2) Complete removal as a routine treatment for any cardiovascular implantable electronic device-associated infection. Maximilian P et. Al. The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. 2011;142 (6);p: 1482-1490
- 3) Management and outcome of permanent pacemaker and implantable cardioverter-defibrillator infections. MR Sohail et al. JACC 2007;49(18); p:1851-9



ORAL PRESENTATIONS 16

SPONTANEOUS URETERAL RUPTURE

Dr. Elif Çelikel, MD, Ankara City Hospital Emergency Clinic

Dr. Ahmet Burak Erdem(SPEAKER), MD, Ankara City Hospital Emergency Clinic

Dr.Afşin Emre Kayıpmaz ,MD, Ankara City Hospital Emergency Clinic

Introduction: Ureteral rupture due to interventional procedures (such as ureteroscopy, urinary system stone crushing) can be seen. Spontaneous ureteral rupture is sometimes seen. The underlying pathology should be investigated in these patients.

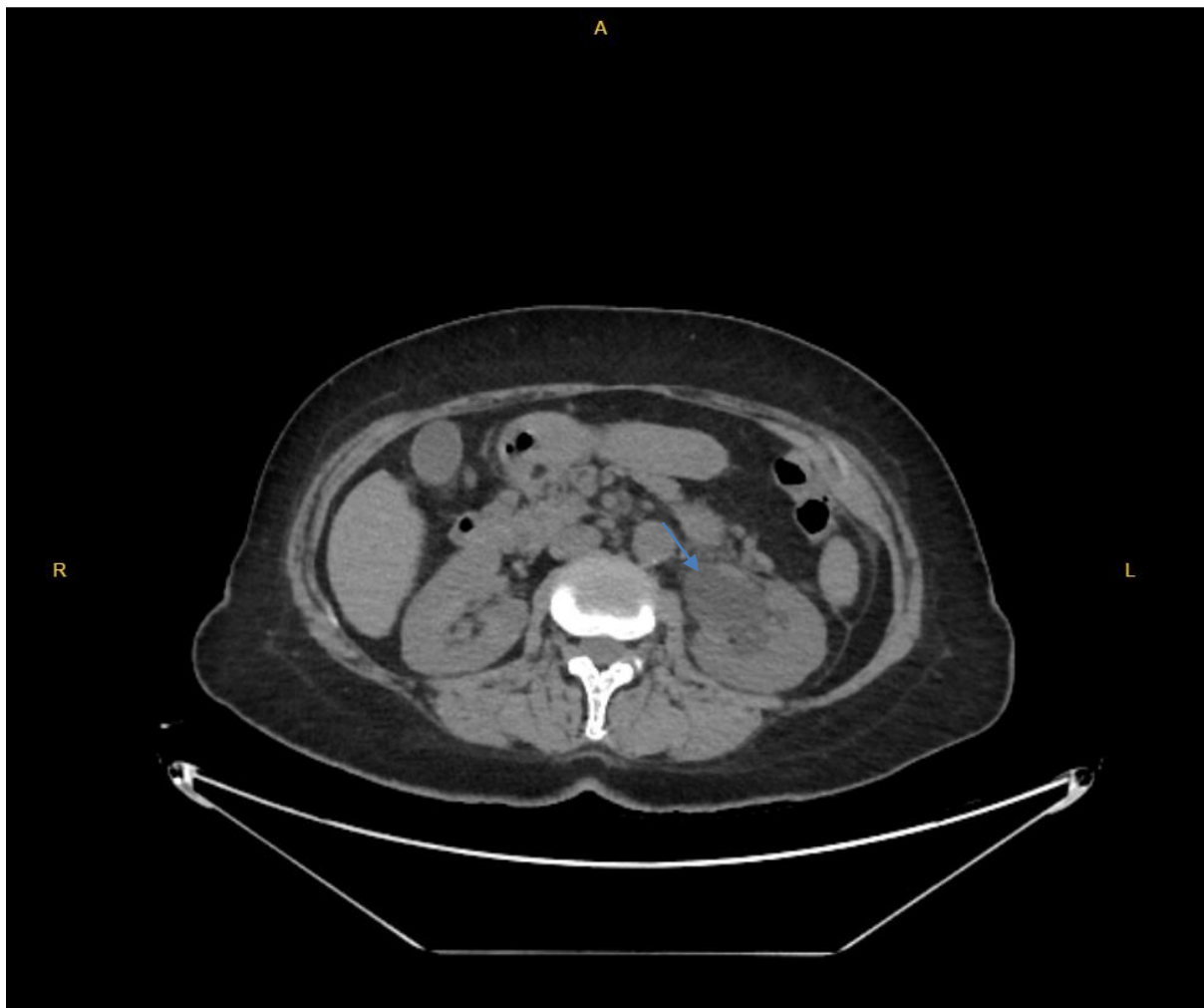
Aim: It is rarely seen in patients presenting with abdominal pain. It can be a result of the absence of detection of abdominal pain-acute abdomen is a condition that should be in our minds.

A 73-year-old female patient was admitted to the emergency department with left side pain for 1 week. After the examinations, it is stated that it is a pound stone and alpha-blocker is started. Abdominal tomography of the patient revealed increased grade 2 hydronephrosis and left kidney and ureteral stone appearance. There was minimal fluid increase in the left perirenal and periurethral areas. Spontaneous ureteral rupture was considered. The patient was admitted to our hospital as the second center. Tomography showed left grade 2 hydronephrosis, dilated left kidney pelvis, thick pelvis and proximal ureter wall, perirenal left, periurethral minimal fluid and reticular density increase in the left urine (picture 1). Anterior perirenal fascia on the left was thick. No stone was detected in this tomography. The patient was also treated with spontaneous ureteral rupture and hospitalized by the urology department. A ureteroreroscopy was performed on the left kidney and a double-j stent was inserted. After 20 days, the patient's stent was removed.

Renal pelvic rupture may be traumatic, iatrogenic, and may be spontaneous rupture secondary to obstetric pressure due to ureteral stone or tumor compression (1-2). The most common cause of non-traumatic ruptures is urinary system stones.

Result: In patients who underwent interventional procedure in the urinary system, rupture may be considered when abdominal pain and hematuria complaints develop after the procedure. The patient is admitted to the emergency department with abdominal pain and hematuria without any interventional procedure. Diagnosis such as spontaneous ureteral rupture may not be considered in the emergency department crowd and intensity. Spontaneous ureteral rupture should be considered in patients without sudden risk of side pain, acute abdomen. As in our case, the patient can come with only side pain without any risk factor.

Key words: Spontaneous, Ureteral, Rupture



REFERENCES

- 1) Spontaneous rupture of the renal pelvis caused by upper urinary tract obstruction .A case report and review of the literature . Huaming Zhang, MD, Guimin Zhuang, MD ,Dongchong Sun, PhD, Tianxing Deng, PhD, Jiawei Zhang, MD. Medicine (2017) 96:50(e9190)
- 2)A Rare Case of Upper Ureter Rupture: Ureteral Perforation Caused by Urinary Retention. Seung-Kwon Choi, Solmin Lee, Sunchan Kim, Tae Gu Kim, Koo Han Yoo, Gyeong Eun Min, Hyung-Lae Lee . Korean J Urol 2012;53:131-133

ORAL PRESENTATIONS 17

Antibiyotik Tedavisi Altında Toplumsal Pnömoniye Sekonder Gelişen Plevral Effüzyonlarda VATS(Videotorakoskopi)'ın Etkinliği

- 1: Gökçen Sevilgen: Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı-Dr. Öğretim Üyesi-RİZE
- 2: Kerim Tülüce: Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı- Dr. Öğretim Üyesi-RİZE ,
- 3: Cüneyt Ardıç: Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı-Doçent Dr.-RİZE

Amaç:

Pnömoniye bağlı plevral effüzyon tedavisinde minimal invazif bir yaklaşım olarak videotorakoskopi(VATS)'nin etkinliği kanıtlanmıştır. Bu çalışmada multiloküle-septalı komplike parapnömonik plevral effüzyon ve ampiyem tedavisinde VATS delokülasyon ve parsiyel dekortikasyon sonuçlarımızı yayınladık.

Yöntem:

2016-2018 yılları arasında antibiotik tedavisi altında pnömoniye bağlı gelişen komplike plevral effüzyon tanısı konan, toraks ultrasonografide(USG) erken dönemde plevral effüzyon ve beraberinde plevral septasyon ve multilokülasyon tespit edilen 51 hastaya VATS delokülasyon, poşların birleştirilmesi ve parsiyel dekortikasyon ameliyatları gerçekleştirildi. Hastalar retrospektif olarak incelendi.

Bulgular:

Hastaların ortalama yaşı 54.21(17-80), 40 erkek ve 11 bayan hastaydı(N=51). Hastaların demografik özellikleri, komorbiditeleri, klinik özellikleri Tablo 1' de belirtildi. Tüm hastalara toraks ultrasonografi(USG) eşliğinde torasentez ile ampiyem ve/veya komplike parapnömonik plevral effüzyon tanısı konuldu. Hastalar uzun süredir geniş spektrumlu antibiyotik tedavi altındaydılar, cerrahi öncesi kullanım süreleri kayıt edildi. Toraks bilgisayarlı tomografi(Resim) ile uyumlu olarak toraks USG' de plevral effüzyon ve multilokülasyon, septasyon görülmesi üzerine videotorakoskopi(VATS) ile delokülasyon, parsiyel dekortikasyon yapıldı, 14 hastada ikinci bir port açıldı, 38 hastaya (%73) ise uniportal-VATS(U-VATS) yapıldı. Majör komplikasyon görülmedi. VATS sonrası torakotomi ile total dekortikasyon yapılan 1 hasta oldu.(%1,9), hastane yatış süresi ortalama 13.23 gün olarak hesaplandı. Klinik ve radyolojik düzelme tüm hastalarda sağlandı.

Sonuç:

Pnömoni, tüm dünyada hekim başvurularının, tedavi giderlerinin, iş-okul günü kayıplarının ve ölümlerin önemli bir kısmından sorumludur ve yüksek mortalite ve morbiditeye sahiptir. Ülkemizde alt solunum yolu infeksiyonları görülme sıklığı %4,2 ve mortalite oranı ile 5. sırada yer

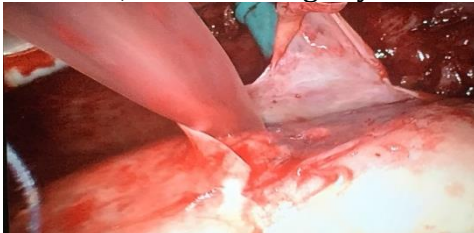
almaktadır. Tedavide gecikmenin morbidite ve mortaliteyi artırdığı bilinmekte, başlangıçta uygunsuz antibiyotik seçimi kötü prognostik faktör olarak öne çıkmaktadır. Toplumsal kaynaklı pnömoni ye sekonder gelişen plevral effüzyon tedavisinde tecrübemize dayanarak özellikle toraks ultrasonografide bilgisayarlı tomografi ile de uyumlu tespit edilen plevral effüzyon ve multilokülasyon varlığında ve fibrinopürülan evrede VATS(Videotorakoskopi) oldukça güvenilir, düşük morbidite ve etkili bir tedavi yöntemidir.

Anahtar kelimeler: Parapnömonik plevral effüzyon, Toraks Ultrasonografi, VATS

ÖZELLİKLER	N= 51 (%)
YAŞ	54.21(17-80)
ERKEK	40
BAYAN	11
SİGARA	14 (%27.4)
KOAH	12 (%23.5)
KALP HASTALIĞI	6 (%11.7)
ASA -3	26 (%50)
ASA -4	3 (%5.8)
U-VATS(TEK PORT)	38 (%73)
AMELİYAT SÜRESİ(DK)	105.73(ort.)
ENTUBE EDİLMEDEN	3
TÜBERKÜLOZ	3
MALİGNİTE	3



Resim 1,2: Toraks Bilgisayarlı Tomografi' de Ampiyem Ameliyat Görünümü



Resim 3: VATS Plevra Soyulması(Dekortikasyon)

ORAL PRESENTATIONS 18

Anaphylactic Shock Due to Non-Ruptured Hydatid Cyst

Akkan Avci, MD (for oral presentation)

Adana City Research and Training Hospital, Department of Emergency Medicine, Adana, Turkey.

Introduction

Hydatid cyst is a zoonotic parasitic infection caused by *Echinococcus granulosus*. Although it is seen in almost all parts of the body, the first and most important location of this parasite is liver and lung. Anaphylactic shock due to hydatid cyst usually develops as a result of rupture of the cyst. In this case, anaphylactic shock caused by ruptured cyst which is not mature is presented.

Case Report

A 29-year-old female patient was brought to the emergency department at around 6 am by her family with ambulance. When she arrived, she was unconscious with GCS: 9, BP: 60 / N, Pulse: 150 / min, SpO₂: 96% and blood sugar: 150 mg/dl. According to information obtained from the relatives of the patient, when she woke up, she had redness and itching all over her body, swelling on her face and foam started to come out of her mouth, then she passed out. She did not have any known illness or medical history. There was no analgesic or other drug use in the last 24 hours. Patient was accepted as in anaphylactic shock and two IV access lines were obtained. 0.9% NaCl IV of 2000 cc was given as a rapid infusion. 0.3 mg adrenaline IV, 70 mg prednisolone, IV, 50 mg ranitidine IV, 45 mg phenylramine IV were given. She was sedated with 3 mg midazolam because of her agitation. ECG was tachycardic in sinus rhythm. B-HCG was 1.5 mIU/mL. Brain computed tomography was unremarkable. Hydatid cyst was detected in abdominal USG. Agents causing multotoxicity were searched with Quick Tox. Amphetamine, barbiturate, benzodiazepine, cocaine, marijuana, methamphetamine, methadone, opiate, oxydone, ecstasy, tricyclic antidepressant were searched and all were negative. The patient responded to medical treatment and her vital signs were BP: 110/67 mmHg, Pulse: 105/bpm. Approximately 3 hours later, patient regained consciousness, cooperated and oriented. Patient remained stable during observation. She was consulted with general surgery for a preliminary diagnosis of hydatid rupture. Abdominal computed tomography was performed and ruptured hydatid cyst was excluded. Echinococcal specific IgE was studied and the result was 43.8 U / ml (very high positive). The patient was admitted to the general surgery clinic with the diagnosis of non-ruptured hydatid cyst.

Conclusion

Among the causes of anaphylactic shock, hydatid cyst is one of the reasons that should be considered in the differential diagnosis. However, according to the literature search we made, we did not find any case of hydatid cyst causing anaphylactic shock without rupture. Hydatid cyst without rupture should be kept in mind in anaphylaxis and shock due to anaphylaxis of unknown cause.

ORAL PRESENTATIONS 19

Simple symptoms and detailed anamnesis; flank pain and Buerger's Disease

Seda DAĞAR, MD

Emergency Medicine Specialist, Kecioren Training and Research Hospital,
Department of Emergency Medicine, Ankara, Turkey

sedadagar@gmail.com, ORCID: 0000-0002-7874-382X

Emine EMEKTAR, MD

Associate Professor of Emergency Medicine, Kecioren Training and Research Hospital,
Department of Emergency Medicine, Ankara, Turkey
emineakinci@yahoo.com, ORCID: 0000-0002-6056-4401
Yunsur ÇEVİK, MD

Professor of Emergency Medicine, Kecioren Training and Research Hospital, Department
of Emergency Medicine, Ankara, Turkey
yunsurcevik@yahoo.com, ORCID: 0000-0003-1325-0909

Introduction

Buerger's disease or thromboangiitis obliterans is a progressive, nonatherosclerotic, segmental, inflammatory vasculitis which is strongly associated with heavy use of tobacco. It mainly affects small and medium arteries of the upper and lower extremities. Therefore, patients with Buerger's disease usually admit to family physicians and emergency physicians with limb pain and claudication. However, the disease can, rarely, involve large central or visceral arteries which can lead to ischemic organ pain (1).

Acute tubular necrosis (ATN) which is the most common cause of intrinsic renal failure, is a disease secondary to ischemic or toxic insults. The pattern of renal injury includes renal tubular cell damage and death. Ischemic ATN is usually caused by hypovolemic and low cardiac output states. Vascular pathologies, in particular renal artery occlusion, which may lead to ischemia can also cause ATN (2).

Here, we present a patient with of ATN due to renal artery occlusion caused by Buerger's disease.

Case Report

A 50-year-old male presented to the emergency department (ED) with abdominal pain, nausea and vomiting for 4 days. He also complained generalized weakness for 2 days. He had only Buerger's disease for 10 years in his past medical history, and there was no drug he had been using chronically. He had undergone an abdominal surgery with bowel resection due to superior mesenteric occlusion 4 years ago, but he had continued smoking. At presentation, his vital signs were blood pressure:117/68 mm/Hg, pulse:87/min, fever:36.7°C, saturation:94%. The physical examination revealed moderate general status, severe abdominal tenderness in the left upper quadrant and left costovertebral angle. The other system examinations were normal. The laboratory results showed; white blood cell count (WBC): $25.4 \times 10^3/\mu\text{L}$, glucose:116 mg/dl, urea:94.9 mg/dl, creatinine:2.76 mg/dl, sodium:138 mmol/L, potassium:3.25 mmol/L, calcium:8.7 mg/dL. Blood gas parameters were in normal range. Urine sediment contained 7 epithelial cells, 8 WBC and 9 red blood cells (RBC) per field. The other laboratory parameters were within normal limits. Intravenous hydration was started. For the differential diagnosis of abdominal pain, intravenous contrast enhanced abdominal computed tomography (CT) and angiography was obtained. CT angiography revealed that there was a crescentic thrombus with a thickness of 7 mm in the abdominal aorta at the infrarenal level and the left renal artery appeared to have occlusion in the distal section. Contrast enhancement in the left renal parenchyma was generally reduced, suggesting acute tubular necrosis (Figure-1). Urology and internal medicine consultation was obtained and the patient with Buerger's disease was referred to a hospital with interventional radiology. It was learned from the records of the hospital he was referred that the patient's complaints and abdominal examination findings regressed at the initial examination. Also, the patient was evaluated by urologist, cardiovascular surgeon and interventional radiologist there, but he refused to take any procedure and left the hospital without permission.

Discussion

Buerger's disease was first described in 1908 as a clinicopathologic vascular entity. Today, the disease is defined as an inflammatory endarteritis that can cause acute vaso-occlusive consequences. The presence of an immunologic phenomenon leading to vasodysfunction and

inflammatory thrombi has been one of the proposed mechanisms for Buerger's disease. Ischemia caused by these occlusive processes is the main reason for the admission to the EDs and family physicians. Because the disease usually affects small and medium sized vessels in extremities, the most common presentation is moderate claudication due to limb ischemia. However, the disease can, rarely, involve large central or visceral arteries. In the literature, there has been rare case reports of thrombosis in visceral vessels and kidney infarction associated with Buerger's disease (3).

Vasculitis like Buerger's disease generally cause chronic progressive artery stenosis rather than acute occlusion in renal arteries. Acute renal occlusion causes flank pain, abdominal pain, fever, nausea, and vomiting. Gross hematuria, oliguria, or anuria may occur; hypertension is rare. After 24 hours, symptoms and signs of acute kidney injury may develop. Acute occlusions usually cause renal infarction. Also, ischemic process can cause acute renal tubular injury (4,5).

ATN, is a disease involving the death of epithelial cells in the renal tubules that results from an acute toxic or ischemic event. Ischemic ATN results when perfusion defect overwhelms the kidney's autoregulatory defenses. Several conditions cause ischemic ATN including hypovolemic states (hemorrhage, gastrointestinal or renal losses, burns, fluid sequestration etc.), low cardiac output states (heart failure, arrhythmia, pericardial diseases etc.), systemic vasodilation (sepsis, anaphylaxis etc.) and disseminated intravascular coagulation. Rarely, a vascular pathology involving renal artery such as renal artery occlusion can be the underlying disease of ATN (2).

Our patient had a history of mesenteric occlusion due to Buerger's disease, showing the predisposition to visceral involvement. On the present admission, his main complaint was flank pain suggested a new large vessel involvement in association with abdomen. After the diagnostic tests, elevated renal function parameters, microscopic hematuria and generalized decrease in contrast enhancement in the parenchyma of the left kidney which suggested ATN were revealed. There was also left renal artery occlusion as the cause of ATN on CT angiography. The most likely cause of the large abdominal vessel occlusion in our patient was considered to be Buerger's disease which had caused mesenteric occlusion in our patient previously.

Treatment of renal artery occlusions depends on the cause. Percutaneous transluminal angioplasty (PTA) plus stent placement or with surgical bypass of the occlusive segment are treatment options in vasculitic pathologies. Interventional radiology is required for these patients. Several factors may affect the outcome of treatment, such as ischemia time, collateral flow, and pre-existing kidney disease.

Conclusion

Renal artery occlusion caused by vasculitis such as Buerger's disease is a rare and often misdiagnosed condition. However, it may lead to serious complications including ATN. Physicians need to consider abdominal organ ischemia due to vessel occlusions in unexplained flank and abdominal pain, especially in patients with risk factors for vascular pathologies. Therefore, obtaining a detailed anamnesis about patients' past medical histories is the key factor for the right diagnosis.

References

- 1- Kobayashi M, Kurose K, Kobata T, Hida K, Sakamoto S, Matsubara J. Ischemic intestinal involvement in a patient with Buerger disease: case report and literature review. J Vasc Surg 2003;38(1):170-4.
- 2- Abuelo JG. Normotensive ischemic acute renal failure. N Engl J Med 2007 Aug 23. 357 (8):797-805.
- 3- Espinoza LR. Buerger's disease: thromboangiitis obliterans 100 years after the initial description. Am J Med Sci. 2009;337(4):285-6.
- 4- Choudhry WM, Nori US, Nadasdy T, Satoskar AA. An unexpected cause of acute kidney injury in a patient with ANCA associated vasculitis. Clin Nephrol 2016 May. 85 (5):289-95.

5- Yun HJ, Kim DI, Lee KH, Hwang WM, Yun SR, Yoon SH. End stage renal disease caused by thromboangiitis obliterans: a case report. J Med Case Rep 2015;19(9)174. doi: 10.1186/s13256-015-0659-8.



Figure-1. Occlusion in the distal section of left renal artery and generally reduced contrast enhancement in the left renal parenchyma, suggesting acute tubular necrosis

ORAL PRESENTATIONS 20

UNEXPECTED ACUTE AORTA DISSECTION WITH ISCHEMIC STROKE

¹Tuba Ekmekyapar, ²Muhammed Ekmekyapar, ³Şükrü Gürbüz, ³Hakan Oğuztürk

¹Neurology Department, Malatya Education and Research Hospital, Malatya, Turkey

²Emergency Medicine Department, Malatya Education and Research Hospital, Malatya, Turkey

³Emergency Medicine Department, Faculty of Medicine, Inonu University, Malatya, Turkey

Introduction

Both acute aorta dissection and ruptured aorta aneurism are prominent causes of death in cardiovascular diseases. This situation, which threatens life, was recently classified as acute aortic syndrome. Acute aortic syndromes are defined as an emergency in the clinic and they may be listed as aorta dissection, intramural hematoma without intimal rupture, penetrant atherosclerotic ulcer and ruptured or almost ruptured aorta aneurism (1). The frequency of developing neurological complications in aortic dissections is reported to be between 2 to 8% (2). Stroke is more common in dissections involving the proximal aorta, but paraparesis is more common in distal aortic dissections due to circulatory impairment in the spinal arteries (2). In our study, we found it worth presenting a case of acute aorta dissection in the ascending aorta that arrived without chest and/or back pain and atypically with left hemiplegia and syncope and caused ischemic stroke.

Case

The 70-year-old male patient was referred to our emergency service from an external center with diagnosis of acute ischemic stroke. The patient had experienced loss of strength on his left side and had syncope one hour before. He had a history of hypertension. In the examination of the patient at the external center, his general status was moderate, the Glasgow Coma Scale score was 10, and the left side of the patient was hemiplegic. After his physical examination, the patient received computerized brain tomography and diffusion MR imaging with the pre-diagnosis of

Cardiovascular system diseases are the most common cause of natural sudden deaths and are mostly seen in middle and older ages. Acute myocardial infarction and coronary artery disease are the most common cardiovascular diseases, however, sudden deaths due to aortic dissection and rupture have been reported less frequently (3).

Aorta dissection is accumulation of blood in the aorta wall with a rupture that occurs in the aorta intima as a result of high blood pressure and the structural anomalies of the aorta wall (4). In diagnosis, aortography, magnetic resonance imaging, transthoracic or transesophageal echocardiography and dynamic computerized tomography are utilized. The diagnosis of aorta dissection is suspected if measurement of the aorta diameter in ECHO reveals valve anomalies, detection of intimal flap and real and pseudo lumens with the dissection membrane. There are two classifications that are used the most frequently for dissection. The DeBakey classification was divided into three types (Type-1, 2 and 3) based on the starting point of dissection. The Stanford classification has two types (Types A and B) based on the involvement of the ascending aorta. The most frequent risk factor for aortic dissection is uncontrolled hypertension (65-75% with history of hypertension). Other risk factors include age, male sex, smoking, previous aortic diseases or aortic valve disease, direct blunt trauma, family history, history of cardiac surgery and usage of intravenous drugs (cocaine or amphetamines) (1).

The most typical symptom is the sudden start of severe chest or back pain. The pain may be sharp, and in the form of tearing or stabbing feelings, and typically different from other reasons for chest pain. Patients typically visit with complaints of tearing chest and back pain, while they may visit with atypical clinical pictures mentioned in our cases such as abdominal pain, syncope, stroke. Sensory loss may also be seen in patients, and this is a neurological symptom which may extend from falling asleep to deep coma. In studies, neurological complications have been reported as 17% in Stanford type A and 5% in Stanford type B (5).

In a review where Suzuki et al. examined type B aorta dissection cases, among the 384 cases, there was spinal cord ischemia in 10 (3%) and ischemic peripheral neuropathy in 8 (2%). It was reported that one patient died in each group (6). In a review where Stewart Collins et al. examined type A aorta dissection cases, among the 617 cases, there was a neurological complication in 171 (29%). While there was a history of cardiac surgery in 23 of these cases, there was none in 148 (7). Stroke especially arises in proximal aorta lesions, while paraplegia emerges with involvement of spinal arteries in cases with distal lesions (by 2-8%). Cerebral infarction may be seen in cases of aorta dissection by 5-10% (8). The neurological state is based on the extent of reduction in blood flow due to brain cerebral circulatory disruption, hypotension or distal thromboembolism. Other than these, a different picture like mesenteric ischemia is seen in 5% of both Type A and Type B aortic dissection patients (9). As it is seen here, Aortic dissection may appear with highly variable clinical pictures. In agreement with the literature, there was also dissection in the proximal aorta (DeBakey type-2, Stanford type-A) in our patient, which led to stroke.

In our case, the patient did not have chest and/or back pain. The arrival of the patient with left hemiplegia and syncope led us to acute ischemic stroke as a pre-diagnosis. However, when the poor clinical status of the patient could not be explained by acute ischemic stroke, we considered aorta dissection by a clinical picture of stroke as the pre-diagnosis. As seen here, we may encounter aorta dissection with several different clinical issues that are impossible to consider at first.

Conclusion

Keeping dissection in mind is the most important factor in the diagnosis of acute aorta dissection. The clinical signs of our cases at the time of admission did not include the typical clinical signs of aorta dissection. The patient did not have chest and/or back pain. This is why appropriate examinations should be carried out by keeping the diagnosis of aorta dissection in

mind in patients who visit emergency services with symptoms that are not expected for aorta dissection such as syncope, altered consciousness, hypotension, atypical abdominal pain and loss of strength in the extremities.

References

- 1- Muhammed Ekmekyapar, Hakan Oğuztürk, Tuba Ekmekyapar, Serdar Derya, Şükrü Gürbüz, M. Gökhan Turtay. Aortic Dissection in Different Clinical Findings: Case Series. Eurasian J Critical Care 2019; 1 (1): 33-38.
- 2- Mumcu S, Akgün M, Örken DN. Nörolojik Bozulma ile Baş Gösteren Aort Diseksiyonu Olguları Türk Nöroloji Dergisi. 2014; 20:51-3.
- 3- Koç, S., Çetin, G., Kolusayın, Ö., Sarı, H.: Adli otopsilerde saptanan patolojik nitelikteki ölümler.1. Adli Bilimler Kongresi. Kongre kitabı. Adana.1994: 242-244.
- 4- Çetin Kürşad Akpınar, Hakan Doğru. İskemik İnme İle Prezente Olan Aort Diseksiyonu: Olgu Sunumu. Turkish Journal of Cerebrovascular Diseases 2015; 21 (3): 200-203.
- 5- Rampoldi V, Trimarchi S, Eagle KA, et al. International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD) Investigators. Simple risk models to predict surgical mortality in acute type A aortic dissection: the International Registry of Acute Aortic Dissection score. Ann Thorac Surg 2007; 83: 55-61.
- 6- Suzuki T, Mehta RH, Ince H, et al. International Registry of Aortic Dissection (IRAD). Clinical profiles and outcomes of acute type B aortic dissection in the current era: lessons from the International Registry of Aortic Dissection (IRAD). Circulation 2003;108 (suppl 1): II312-17
- 7- Collins JS, Evangelista A, Nienaber CA, et al. International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD). Differences in clinical presentation, management, and outcomes of acute type A aortic dissection in patients with and without previous cardiac surgery. Circulation 2004; 110 (suppl 1): II237-42.
- 8- Tuna H, İzgi A Karadağ A, Yıldız M, Kokino S. Akut aort anevrizma diseksiyonu sonrası gelişen parapleji: Bir olgu sunumu. Türk Fizik Tıp Reh Der 2004;50:54-5.
- 9- Di Eusanio M, Trimarchi S, Patel HJ, Hutchison S, Suzuki T, Peterson MD, Di Bartolomeo R, Folesani G, Pyeritz RE, Braverman AC, Montgomery DG, Isselbacher EM, Nienaber CA, Eagle KA, Fattori R. Clinical presentation, management, and short-term outcome of patients with type A acute dissection complicated by mesenteric malperfusion: observations from the International Registry of Acute Aortic Dissection. J Thorac Cardiovasc Surg. 2013;145:3 85-90.

ORAL PRESENTATIONS 21

A CASE REPORT: ANEURYSM OF RUPTURED ABDOMINAL AORTA

¹Muhammed Ekmekyapar, ²Hakan Oğuztürk, ²Şükrü Gürbüz, ³Tuba Ekmekyapar

¹Emergency Medicine Department, Malatya Education and Research Hospital, Malatya, Turkey

²Emergency Medicine Department, Faculty of Medicine, Inonu University, Malatya, Turkey

³Neurology Department, Malatya Education and Research Hospital, Malatya, Turkey

Introduction

Abdominal aorta aneurysm (AAA) are degenerative diseases that are seen the most frequently among aortic pathologies, increase in prevalence with increasing age and usually develop as a result of atherosclerotic alterations (1,2). They are considered to be a life-threatening

pathology due to the risk of rupture. The objective in treatment of AAA is to determine the risk of rupture and reduce rupture-related mortality by intervening before a rupture occurs (3). The option of endovascular aneurysm repair (EVAR) has emerged as a new treatment option today in high-risk but anatomically suitable patients (4). We found it worth presenting the case of a patient who received EVAR treatment after abdominal aorta aneurysm rupture and then discharged with full recovery.

Case

The 81-year-old male patient visited the emergency service with the complaint of abdominal pain that started on the previous day. There was coronary artery disease in the history of the patient. When the anamnesis of the patient was detailed, it was learned that the abdominal pain of the patient started after his grandchild jumped on his abdomen while they were playing, and the patient then had syncope. In the physical examination of the patient, the abdomen was painful and sensitive, while other system examinations revealed natural results. The vital signs of the patient were as, temperature:36.1°C, heart rate:69/min, BP: 88/52mmHg and respiratory rate: 20/min. In the hemogram that was taken from the patient, the WBC count was $12.7 \times 10^9/L$, hemoglobin was 9.5 g/dL, and his biochemical parameters were normal. The follow-up hemoglobin value of the patient was 8.4 g/dL, and it had a tendency towards decreasing. The ECG of the patient revealed normal sinus rhythm, and his troponin value was negative. Rectal palpation was made for the patient who did not have previous history of anemia to check for gastrointestinal system hemorrhage, and the outcome was assessed to be normal stool. For central pathologies, brain CT and diffusion MRI were requested for the patient, and the results were assessed to be normal. Contrasted abdominal CT was requested for the patient who had abdominal pain, and we observed a saccular aneurysmal dilatation containing a mural thrombus reaching 1.5 cm on the wall reaching 5.5 cm in the broadest region starting from the infrarenal level and extending up to the bilateral iliac arteries. Around the described aneurysmal dilatation, on the anterior psoas muscle on the left, in the retroperitoneal distance and the lower left quadrant of the abdomen around the mesenteric fatty tissue, it was possible to notice free fluid densities (aneurysm rupture?) containing dense contents with occasional hyperdense areas (active hemorrhage?) (Figure-1). Cardiovascular surgery consultation was requested for the patient, and the patient was hospitalized at the intensive care unit of cardiovascular surgery. The department of cardiovascular surgery applied EVAR on the patient, and the patient who did not develop any complication as a result of his follow-ups was discharged with full recovery.

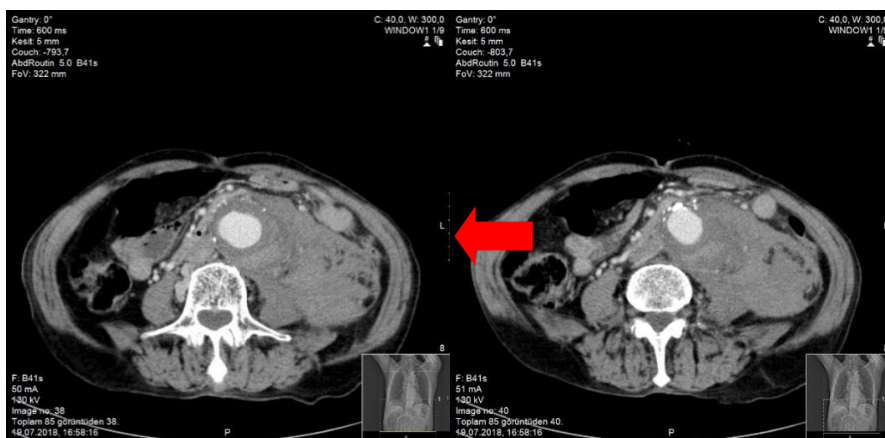


Figure-1: Ruptured aorta aneurysm

Discussion

Abdominal aorta aneurysms are the most frequently encountered type of aneurysms among true aneurysms. Thinness of the medial elastin layer in the infrarenal aorta is a predisposing factor for aneurysm development in this region (5). Ultrasonography is useful in showing the presence of an aneurysm, but the arterial structure is needed to be completely revealed after diagnosis. Contrast tomography is useful in revealing the distribution of the aneurysm and comorbid anomalies. 95% of AAA has infrarenal placement, and there is expansion in the iliac arteries in 50% (1). The aneurysm in our case was also in the infrarenal region.

AAA is usually seen in the age group of 60 and older. Although AAA are the most frequently encountered aortic pathology, 1/3 of cases visit hospitals with ruptures (2). Regardless of the diameter of the aneurysm, the rate of cumulative rupture in five years in all patients is 6-15% (6). Rupture is a natural outcome of AAA, and it has a high mortality rate in comparison to elective surgery. Mortality rates that are related to ruptured aneurysms are clearly associated with the diameter of the aneurysm. The risk of rupture is 1-5% in diameters of 4-5 cm, while this rate increases up to 10-20% in the diameter range of 6-7 cm. The rupture-related mortality rate in aneurysms smaller than 5 cm is 5-14%, whereas this rate was reported as 47-53% for those larger than 5 cm (6). In our case, there was ruptured aorta aneurysm in the infrarenal region.

In treatment of abdominal aorta aneurysm, the life expectancy of the patient and surgery mortality should be kept in mind on the one hand, while on the other hand, risk factors for rupturing should be assessed, and a patient-specific treatment plan should be determined. Research has gained momentum in the last two decades with the help of technological opportunities, and as a treatment model for AAA patients with anatomic suitability and high risk of mortality during surgery, EVAR was developed (7,8). Our case was also considered to be suitable for EVAR, it was applied to the patient, and the patient was discharged with full recovery without any complications. The significant advantages of endovascular stent graft application are that it is less invasive than major surgical intervention, had lower blood loss and need for transfusion, little or no need for mechanical ventilators, decreased intensive care and hospitalization times and no effect on quality of life (9,10).

Two randomized studies named the United Kingdom Endovascular Aneurysm Repair Trial (EVAR-1) and Dutch Randomized Endovascular Aneurysm Management (DREAM) also showed us that the early mortality rates in endovascular graft stent treatment were lower in comparison to those in OAR (open aneurysm repair). In the EVAR-1 and DREAM studies, the mortality rates in the first 30 days were calculated respectively as 2.1% and 1.2% in the endovascular repair groups and 6.2% and 4% in the OAR groups. However, in the long-term follow-ups, EVAR lost this superiority in relation to aneurysm-related mortality rates (11,12).

Conclusion

As a consequence, we should keep aorta aneurysm rupture which may be mortal in mind for patients who visit emergency services with complaints of abdominal pain. Moreover, these patients should be assessed in terms of their suitability for EVAR due to its advantages that include that it is less invasive than major surgical intervention, had lower blood loss and need for transfusion, little or no need for mechanical ventilators, decreased intensive care and hospitalization times and no effect on quality of life.

References

- 1- Dean RH, Yao JST, Brewster DC. Current diagnosis and treatment in vascular surgery. Appleton and Lange, London: 1995.
- 2- Büket S, Atay Y, Çalkavur T, Mahmudov R, Bilkay Ö. Abdominal Aort Anevrizmaları. Büket S, Yağdı T. (editorler). Aort Cerrahisi. 1. Baskı. İstanbul: Yüce Yayınları; 2003. p.345-97.
- 3- Brown PM, Zelt DT, Sobolev B. The risk of rupture in untreated aneurysms: the impact of size, gender, and expansion rate. J Vasc Surg 2003;37:280-4.

- 4- Duarte MP, Maldjian CT, Laskowski I. Comparison of endovascular versus open repair of abdominal aortic aneurysms: a review. *Cardiol Rev* 2009;17:112-4.
- 5- Halloran BG, Davis VA, MeManus BM, Lynch TG, Baxto BT. Localization of aortic disease is associated with intrinsic differences in aortic structure. *J Surg Res* 1995;59:17-22.
- 6- Wolf YG, Bernstein EF. A current perspective on the natural history of abdominal aortic aneurysm. *Cardiovasc Surg* 1994;2:16-22.
- 7- Köksal C, Özcan V, Sarıkaya S, Meydan B, Zengin M, Numan F. Supplemental vascular procedure for endovascular aneurysm repair. *Türk Gogus Kalp Dama* 2004;12:254-8.
- 8- Duarte MP, Maldjian CT, Laskowski I. Comparison of endovascular versus open repair of abdominal aortic aneurysms: a review. *Cardiol Rev* 2009;17:112-4.
- 9- May J, White GH, Yu W, Ly CN, Waugh R, Stephen MS, et al. Concurrent comparison of endoluminal versus open repair in the treatment of abdominal aortic aneurysms: analysis of 303 patients by life table method. *J Vasc Surg* 1998;27:213-20.
- 10- Zarins CK, White RA, Schwarten D, Kinney E, Diethrich EB, Hodgson KJ, et al. Aneurysm Rxstent graft versus open surgical repair of abdominal aortic aneurysms: multicenter prospective clinical trial. *J Vasc Surg* 1999;29:292-305.
- 11- De Bruin JL, Baas AF, Buth J, Prinssen M, Verhoeven EL, Cuypers PW, et al. Long-term outcome of open or endovascular repair of abdominal aortic aneurysm. *N Engl J Med* 2010;362:1881-9.
- 12- Greenhalgh RM, Brown LC, Powell JT, Thompson SG, Epstein D, Sculpher MJ. Endovascular versus open repair of abdominal aortic aneurysm. *N Engl J Med* 2010;362:1863-71.

ORAL PRESENTATIONS 22

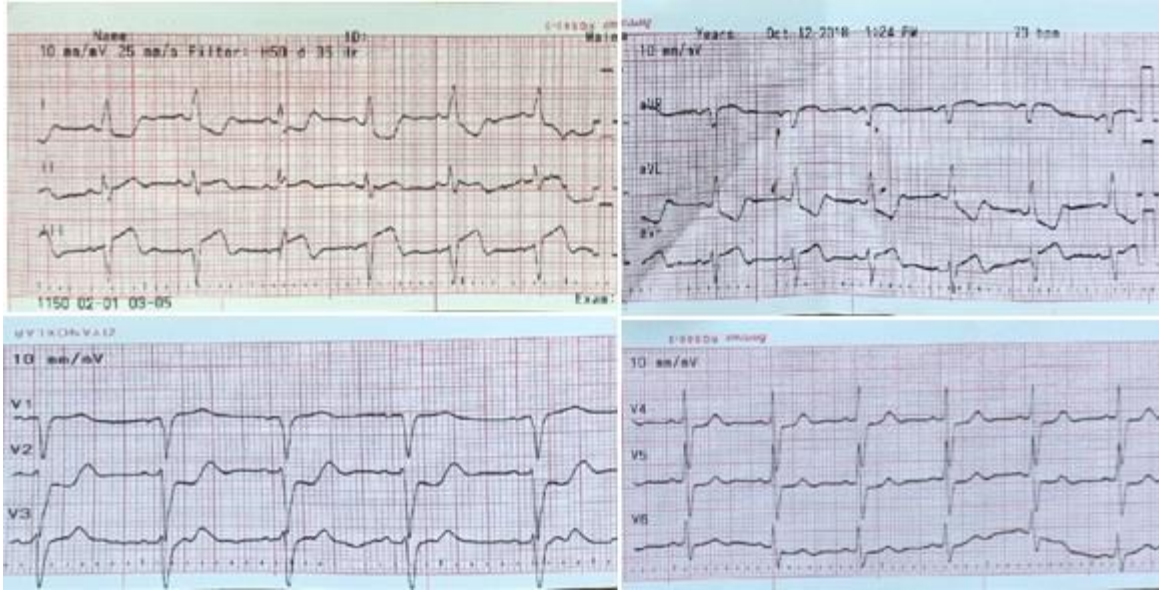
Arı Sokmasına Bağlı Akut Myokard İnfarktüsü: Kounis Sendromu

1. Uzm. Dr. Şule YAKAR (Ünye Devlet Hastanesi)
2. Uzm. Dr. Necmi BAYKAN (Nevşehir Devlet Hastanesi)
3. Dr. Öğr. Üyesi Bahadır TAŞLIDERE (Bezmialem Tıp Fakültesi Hastanesi)

Arı sokmalarına bağlı lokal ve sistemik reaksiyonlar görülebilmektedir. Arı sokması sonrası nadiren görülen alerjik akut miyokard enfarktüsü; Kounis sendromu olarak tanımlanmıştır. Burada arı sokması sonrası acil servise getirilen ve akut miyokard enfarktüsü tanısı alan elli-beş yaş bir erkek olgu sunulmuştur. Acil servis hekimleri arı sokmasına bağlı gelişebilen Kounis sendromunu akılda tutmalı; göğüs ağrısı bulunan olgularda elektrokardiyografi çekmeli ve kardiyak enzim takibini mutlaka yapmalılardır.

Acute Myocardial Infarction Caused by Bee Sting: Kounis Syndrome

Local and systemic reactions due to bee stings can be seen. Allergic acute myocardial infarction which is rarely seen after bee sting is defined as Kounis syndrome. We reported a case of fifty-five year old male patient who was admitted to the emergency department after bee sting and diagnosed as acute myocardial infarction. Emergency department physicians should keep in mind the Kounis syndrome which may develop due to bee sting; In patients with chest pain, electrocardiography should be performed and cardiac enzymes should be followed.



ORAL PRESENTATIONS 23

Akıllı telefon ile travma konsültasyonu: Asetabulum travmasının bilgisayar ve akıllı telefon görüntüleri üzerinden değerlendirilmelerinin karşılaştırılması

1. Dr.Öğr.Üyesi Ramadan ÖZMANEVRA(Bildiriye sunacak yazar), Girne Üniversitesi, Ortopedi ve Travmatoloji AD, Girne/KKTC 2. Dr.Öğr.Üyesi Nihat Demirhan DEMİRKIRAN, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ortopedi ve Travmatoloji AD, Kütahya/TÜRKİYE

Amaç: Kas-iskelet sistemi travmaları acil servis başvurularının önemli bir bölümünü kaplar. Kas iskelet sistemi travmalı hastaların teşhisi ve tedavisinde klinik değerlendirmenin yanında radyografik tetkiklerin dikkatle değerlendirilmesi yol göstericidir. Akıllı telefonlar ve görüntü aktarım uygulamaları özellikle sağlık profesyonelleri arasında daha hızlı ve etkili bir iletişim kurmak amacıyla yaygın şekilde kullanılmaya başlanmıştır. Görüntülerin uzaktan değerlendirilebilmesi sonucu tanı ve tedavinin hızlıca yönetilmesi ile konsültasyon sürecini kolaylaştırabilecek ve hastaların bekleme süresini azaltabilecek bu uygulamaların asetabulum kırıklarında tutarlılık, duyarlılık ve özgüllüğünün incelenmesini amaçladık.

Yöntem: Mayıs 2019-Ekim 2019 tarihleri arasında Acil servise pelvis travması ile başvuran hastalardan BT resmi raporlarına göre asetabulum kırığı bulunan 10 hasta ve herhangi bir kırık saptanmayan 10 hastanın AP pelvis grafileri çalışmaya dahil edildi. Beş farklı ortopedi uzmanına, önce bu grafilerin akıllı telefon (iphone X, 12 megapiksel kamera) ile elde edilen fotoğrafları en yaygın kullanılan iletişim uygulamalarından biri (WhatsApp Messenger sürüm 2.19.110) aracılığıyla gönderildi ve grafilerde kırık saptayıp saptamadıkları soruldu. Ardından bir hafta sonra aynı grafiler yine aynı hekimlere karışık bir sırayla bilgisayar ekranından Pacs sistemi üzerinden gösterilerek aynı sorular tekrarlandı.

Bulgular: Beş ortopedi uzmanının onar adet asetabulum kırıklı grafiyi incelemeleri sonucu Pacs sisteminde duyarlılık %90 iken, whatsapp görüntülerinde duyarlılık %84 olarak saptandı. Yine

onar adet sağlam asetabulumun incelenmesi sonucu özgüllük Pacs sisteminde %98, whatsapp görüntülerinde ise %96 olarak izlendi. Çalışmaya dahil edilen tüm görüntülerin değerlendirilmesi sonucu Pacs sisteminde %94, whatsapp üzerinden incelenen görüntülerde %90 doğrulukla kırık ve sağlam grafileri saptadığı görülmüştür.

Sonuç: Çalışmamızda direkt grafilerin asetabulum kırıklarını saptamada duyarlılık ve özgüllüğü literatürle uyumlu bulunmuştur. Whatsapp üzerinden incelenen görüntülerde de bilgisayardan yapılan incelemelere yakın sonuçlar izlenmiştir. Bu çalışma, akıllı telefon uygulamalarının, nöbetçi acil servis ve ortopedi hekimleri arasında asetabulum travması sonrası konsultasyonu için güvenilir ve hızlı bir araç olarak kullanılabileceğini ve acil servislerde bekleme süresinin azaltılmasına yardımcı olabileceğini göstermektedir.

		Pacs doğru	Pacs yanlış	Whatsapp doğru	Whatsapp yanlış
10 kırık grafi x 5 dr	50 inceleme	45	5 yanlış neg	42	8 yanlış neg
10 sağlam grafi x 5 dr	50 inceleme	49	1 yanlış poz	48	2 yanlış poz
%		Pacs		Whatsapp	
Duyarlılık		90		84	
Özgüllük		98		96	
Doğruluk		94		90	

ORAL PRESENTATIONS 24

Number of Medical Procedures / Services in Ankara City Hospital Emergency Department

Aziz Ahmet Sural², Afşin Emre Kayıpmaz¹

¹ Ankara City Hospital General Surgery Clinic

² Ankara City Hospital Clinic of Emergency Medicine

Introduction

Ankara City Hospital started patient admission on 7 February 2019 as the biggest hospital in Europe. Two tomographies, two radiographs, and one magnetic resonance device are providing a service 24/7. In this report, we aimed to present the number of imaging and simple medical interventions administered in the emergency department of our hospital.

Methods

Between February 7th - October 4th 2019, 173802 patients were provided with health services in the emergency department. The numbers of dressings, injections, electrocardiography (ECG), computed tomography, magnetic resonance imaging, and X-Rays applied to the patients were retrospectively analyzed from the hospital automation system records. Moreover, the analyses that were applied more than once from one patient were included in the numbers.

Table 1. Total numbers of procedures in emergency department

Months	Injection	Dressing	ECG	CT	MRI	X-Ray
February	2825	159	3041	2435	476	5493
March	4869	364	4945	5149	849	10141
April	2883	406	5166	5947	876	10833
May	3131	373	5896	6041	608	10951
June	3074	962	6435	7932	901	13107
July	4351	1146	7419	8321	953	13959
August	5049	1282	7367	9045	918	15178
September	5599	1105	7100	9864	995	16292
October	198	56	279	782	59	1210

Note: The first 4 days of October, and February 7th are included to the datas . **Abb:** ECG: Electrocardiography, CT: Computed tomography, MRI: Magnetic resonance imaging.

Conclusion

The Ankara City Hospital emergency department serves as a 4th level health institution. Our hospital was planned as a center of excellence that accepts many kinds of patient groups from Ankara and various cities around Turkey who need a multidisciplinary approach and advanced examination and treatment. Thus, many complicated patient admissions are observed, which corresponds to the number of procedures and tests performed. As can be seen in the findings of our report, many imaging methods including CT and MRI have been utilized. It is also significant that the numbers of simple medical interventions, such as frequent dressings in primary and secondary health care facilities, are very low compared to the number of patients. This may be an indication that our patients prefer our hospital for more serious health problems.

ORAL PRESENTATIONS 25

Analysis of Consultations Requested by Ankara City Hospital Adult Emergency Department

Bülent Güngörer

Ankara City Hospital Emergency Medicine Department, Ankara. Turkey

Introduction

Ankara City Hospital has been planned in the act of a excellent center as a 4th level health institution of our country and started to serve in Ankara as the date of February. The health care process that started in February 2019 continues to increase. In these health care services, the

consultations requested by the emergency department for other medical departments also have an importance. In this paper, we aimed to present the analysis of the consultations requested by our emergency department within 8 months.

Methods

The consultations requested by Ankara City Hospital adult emergency department between February 2019 and October 2019 were examined retrospectively from the hospital records. The consultations requested more than once from one patient are included in the total number.

Results

Specialties	Consultation Number	Speciality	Consultation Number
Orthopedics	4538	Urology	646
Internal Medicine	3573	Psychiatry	486
General Surgery	3317	Neurosurgery	453
Infectious Diseases	2281	Cardiovascular Surgery	523
Cardiology	2359	Gastroenterology	281
Ophtalmology	2607	Dermatology	201
Ear-Nose-Throat	1565	Thoracic Surgery	178
Plastic Surgery	1472	Nephrology	85
Pulmonology	1012	Gastro-surgery	60
Neurology	975	Hematology	27
Obstetrics-Gynecology	1202		

173802 patients applied to the emergency department of our hospital and 27841 consultations were requested by the related specialties. The total number of simultaneous records was 17844. The most consulted specialty was orthopedics while hematology was the least consulted specialty.

Conclusion

According to the results, we consider that the most requested consultation by the emergency department is orthopedics and traumatology department, and it is related to the fact that many trauma cases were admitted to our emergency service. In addition to this, it is remarkable that the number of internal medicine and general surgery consultations, which are accepted as the main specialties of the medicine, is right after the orthopedics consultations. We have attributed the low number of consultations of the subspecialties to the fact that internal diseases follow many patients related to subspecialties in the emergency internal medicine service and emergency internal medicine intensive care unit for the first 72 hours.

ORAL PRESENTATIONS 26

Epidemiology of Scorpion Envenomation in the Southeast of Turkey

Erdem Kurt¹, Rohat Ak²

1. Kahta Public Hospital, Emergency Room, Adıyaman, Turkey
2. Kartal Dr. Lütü Kırdar Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey

Introduction: Scorpion sting envenomation is a life-threatening emergency and a common public health problem in many regions of the world. The aim of this study was to report the epidemiological features of scorpion envenomation in the southeast of Turkey.

Materials and Methods: In this study, records of 312 patients admitted to Kahta State Hospital Emergency Department between 2018-2019 due to scorpion sting were retrospectively analyzed. General characteristics (age, sex), epidemiological data (location, season, placement), complaints to the hospital, physical examination and laboratory findings, treatment approaches, complications and prognosis were evaluated. Diagnosis of scorpion sting poisoning was based on the history of contact with the scorpion and the presence of existing clinical findings.

Results: The mean age of the patients included in the study was 35.4 ± 22.7 years. Of the patients included, 106 were female and 89 were male. On the other hand, 126 patients were in stage 1, 60 in stage 2, 5 in stage 3 and 4 in stage 4. When the bite sites were examined, it was seen that 3 of them were bitten from head and neck, 45 of them were trunk, 72 of them were upper extremity and 75 of them were bitten from lower extremity part. Eight patients had chest pain, 26 had nausea and vomiting, 5 had shortness of breath, 8 had priapism and 33 had agitation / sweating. 76 patients were treated with venom and 28 patients received alpha blocker. Of the patients, 151 were followed in the emergency department, 39 were in follow-up, and 5 were followed in the intensive care unit.

Discussion: In our country, scorpion stings are especially common in Southeastern Anatolia. Conscious intervention to be applied in scorpion stings, which is still an important health problem for our country, needs to be informed of our people and information of health personnel should be updated.

ORAL PRESENTATIONS 27

Karın Ağrısının Nadir Görülen Nedeni: Nutcracker Sendromu

Selman Yeniocak¹, Mustafa Öztürk¹

1. University of Health Sciences, Haseki Training and Research Hospital, Emergency Department, Istanbul, Turkey.

ÖZET

Giriş: Nutcracker Sendromu (NS), sol renal venin, abdominal aorta ve superior mezenterik arter arasında sıkışmasına bağlı kompleks semptomların eşlik etmesi durumudur. Renal venin sıkışması, obstrüksiyonun distalindeki ven segmentinde genişlemeye ve renal vende basınç artışına yol açar.

Olgu: Otuz yaşında bayan hasta, iki gündür devam eden sol lomber ağrı şikayetiyle acil servise müracaat etti. Fiziki muayenesinde batın sol lomber alanda ve sol alt kadranda hassasiyeti mevcut;

defans ve reboundu yoktu. Tetkiklerinde mikroskobik hematüri tespit edilen hastanın yapılan batin ultrasonografi (USG) görüntülemesinde patoloji izlenmedi. Çekilen intravenöz (iv) kontrastlı abdomen compitürize tomografi (CT)'de Nutcracker Sendromu tespit edildi. Hasta, stent açısından değerlendirilmek üzere kardiyovasküler cerrahi servisine yatırıldı.

Tartışma: NS'nda hastalar, genellikle renal staza bağlı hematürinin eşlik edebildiği sol yan ağrısı şikayetiyle acil servise başvururlar. Ortostatik proteinüri, pelvik konjesyon, erkeklerde solda varikozel gibi yakınma ve bulgular da görülebilir. Semptomlar sıklıkla egzersiz ile agreve olur. Kadınlarda daha sık gözlenir. Hastalar, genellikle yaşamlarının üçüncü veya dördüncü dekatında ilk belirtileri gösterir. Klinik bulguları, sol renal kolik ve abdominal aort anevrizması (AAA) ile karışabilir. Tanıda doppler USG, kontrastlı abdomen CT ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) kullanılabilir. Konservatif tedavi ve cerrahi olmak üzere farklı tedaviler önerilmektedir.

Sonuç: Acil servise hematürinin eşlik edebildiği sol karın ağrısı şikayetiyle başvuran hastalarda NS olabileceği göz ardı edilmemelidir.



Şekil 1: Nutcracker Sendrom'lu hastanın intravenöz (iv) kontrastlı abdomen compitürize tomografi (CT) transvers kesit görünümü.

ORAL PRESENTATIONS 28

Pollaküri ve Karın Ağrısı Eşlik Eden Karın Ağrısının Nadir Bir Nedeni: Epiploik Appendagitis

Mustafa ÖZTÜRK¹ _ Selman YENİOCAK¹

1.Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haseki Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Dahili Tıp Bilimleri Acil Tıp Anabilimdalı, İstanbul

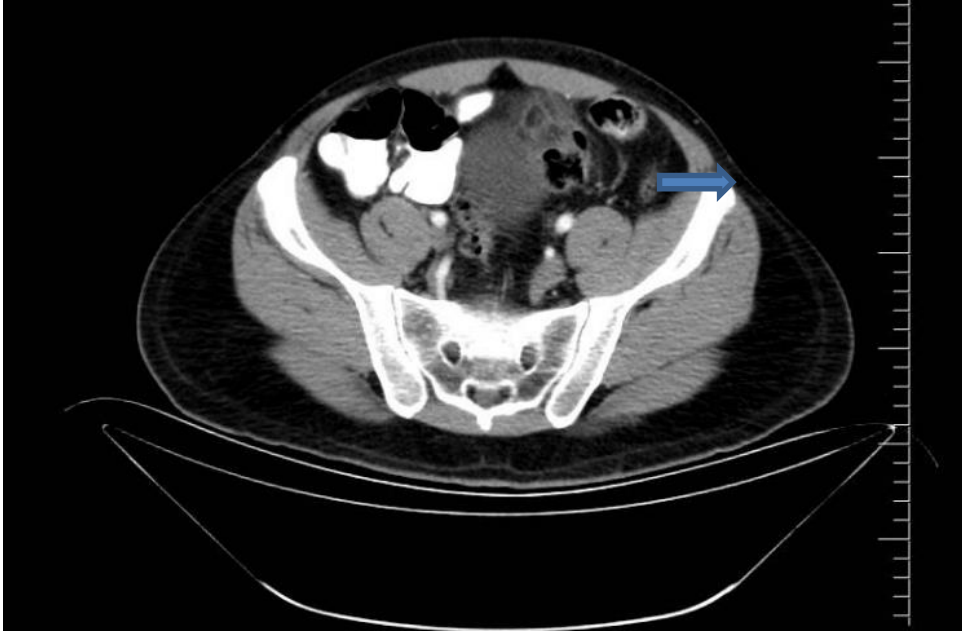
GİRİŞ: Epiploik apendiksler kolonu saran periton tarafından oluşturulmuş, çekumdan rektosigmoid bileşkeye kadar olan kolon segmentleri ve appendiks vermiformis etrafında bulunan içi yağ dolu keseciklerdir. Epiploik appendagitis, kolonun epiploik apendikslerinin torsiyonu ya da spontan gelişen arteriyel trombozu sonucu oluşan, ani başlangıçlı bölgesel karın ağrısına neden olan, genellikle kendi kendini sınırlayan, iyi seyirli nadir bir inflamatuvar hastalıktır.

OLGU: 36 yaşında erkek hasta, 1 haftadır devam eden umbilikal orta hatta devamlı hafif-orta şiddette ağrı ile acile başvurdu. Hikayesinde pollakiüri ve göbek çevresinde kasılma hissi olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde batın sol alt kadranda hassasiyeti mevcut, defans ve rebound saptanmadı. Tetkiklerinde ılımlı lökositoz ve CRP: 25 dışında patoloji saptanmadı. Ateş normaldi. Bulantı-kusma olmadı. Tam idrar tetkiki normaldi. Hastanın yapılan batın ultrasonografi (USG) görüntülemesinde patoloji izlenmedi. İ.V. kontrastlı abdominal BT çekildi. Radyoloji tarafından, mesane sol üst komşuluğunda sigmoid kolondan köken alan 15x22 mm lezyon epiploik appendagitis olarak yorumlandı.

Genel cerrahinin önerisi ile analjezi ile semptomatik takip önerildi. Antibiyoterapi başlanmayan hasta ayaktan takip edildi. Karın ağrısı 5 gün sonra geriledi. Kontrol tetkiklerinde anlamlı patoloji saptanmadı.

TARTIŞMA: Oldukça nadir görülen ve literatürde hematüri ile başvuran tek vaka bildirilen epiploik appendagitis , kolonik anstan köken alan çıkıntının inflamatuvar sürecidir. Sıklıkla karın ağrısının devam etmesi sonrası abdominal bt de saptanmaktadır. Sigmoid kolon ve çekuma ait apendikslerde daha sık görülmektedir.Hastalarda karın ağrısı ani başlar. 37-37,9 arası ateş olabilir. fizik muayenede palpasyonla lokalize hassasiyet vardır. Rebound % 25 olguda pozitif olabilir. Beyaz küre sayısı genellikle normaldir veya hafif yükselmiş olabilir. Vakamızda subfebril ateş ve lokalize hassasiyet vardı. Hastada özellikle tariflenen pollakiüri olması , ağrı bölgesinde kasılma hissi ve devamlı hafif orta ağrının devamlılığı akut batın nedenlerinin ekarte edilmesi gerektiğini ortaya çıkardı. Tam idrar tetkiki ve batın USG normal olması I.V. kontrastlı batın BT ile tanıya gidilmesini sağladı. Literatürde konservatif yaklaşım , semptomatik takip, analjezi ve antibiyoterapi önerilse de akut batın diğer nedenleri açısından ayaktan takip edilmesi önerilir.

SONUÇ: Epiploic appendagitis'in şikayetleri ve fizik muayenesinin alt batın Akut nedenleri ile kolayca karışabilecektir. Kontrol muayene ve tetkiklerle tanıya gidilmesi gereklidir. Klinik şüphe spesifik batın BT bulgusu görülerek giderilmeli ve konservatif yaklaşım ile hasta ayaktan takibe alınmalıdır.



Şekil 1: I.V. kontrastlı batın BT 'de saptanan , mesane sol üst komşuluğunda sigmoid kolondan köken alan 15x22 mm lezyon, epiploik appendagitis

ORAL PRESENTATIONS 29

Turkuaz İdrar: Acetamaprid Zehirlenmesi

Müge Gülen

Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Adana, Türkiye

AMAÇ: Neonicotinoid grup üyelerinden olan acetamaprid; insanlarda düşük toksisite yaratan postsinaptik nikotinik reseptör agonisti bir insektisiddir. Bu vakada acetamaprid alımı sonrasında ciddi toksisite bulguları gösteren ve tüm destek tedaviye rağmen mortalite ile sonlanan bir olgu sunulacaktır.

OLGU: Elliye yedi yaşında erkek hasta acil servisimize ambulansla getirildi. Hastanın yakınlarından alınan anamnezde en son 12 saat önce alkol alırken görüldüğü, yakınları tarafından odada yerde baygın halde bulunduğu ve etrafında Coraggio® (Acetamaprid) isimli mavi renkli tarım ilacı içeren şişenin olduğu öğrenildi. Hasta en yakın hastaneye ambulansla götürülmüş orada kardiyopulmoner resüsitasyon uygulanmış, müdahaleye yanıt veren hasta acil servisimize sevk edilmiş. Hastanın acil serviste yapılan ilk muayenesinde vital bulguları; tansiyon arteriyel: 90/50 mmHg, nabız: 140/dk, vücut ısısı: 36,6°C, solunum sayısı: 12/dk (mekanik ventilatörde), kan şekeri: 462 mg/dl Glasgow Koma Skalası: 3 (E1,M1,V1) idi. Pupiller midriyatik ve ışık reaksiyonu yoktu. Kardiyak muayenesinde dinlemekle kalp ritmik, taşikardikti. EKG'sinde sinüs taşikardisi mevcuttu. Düzeltilmiş QT değeri (QTc): 0,54 sn. QRS:0.10 sn olarak hesaplandı. Nörolojik bakıda ise ağırlı uyarana yanıtsız koma hali mevcuttu. İntrakraniyal bir patolojiyi ekarte etmek amacıyla bilgisayarlı beyin tomografisi (BBT) çekildi. BBT normal olarak değerlendirildi. Hastanın takılan nazogastrik sondasında turkuaz renkli mide içeriği, foley sondasında turkuaz renkli idrarı mevcuttu. Ayrıca elleri ve sakalları da turkuaz rengine boyanmıştı. (Resim 1) Hastanın başvuru anındaki laboratuvar parametreleri Tablo 1' de özetlenmiştir. Hastaya mide lavajı yapıp, aktif kömür uygulandı. Santral venöz basınç takibine göre sıvı tedavisi başlandı. Hipokalemi ve hipokalsemi için potasyum ve kalsiyum replasmanı yapıldı. Hastanın sıvı replasmanına rağmen hipotansiyonu gelişince inotrop tedavi başlandı. İnsektisid alımı nedeniyle hasta atropinize edildi

ve hastaya 2 gr Pralidoksim verildi. Plazmaferez hazırlığı yapıldı. Ancak plazmafereze alınamadan hastada yeniden kardiyopulmoner arrest gelişti. Etkin resüsitasyona rağmen hasta exitus oldu.

SONUÇ: Acetamapridin insanlardaki toksisitesi ile ilgili literatür verileri çok az sayıda olgu sunumlarına dayanmaktadır. Her ne kadar bu grup insektisitlerin insanlar için toksik olmadığı söylene de maruziyet sonrası geç başvurularda kötü sonuçlar gelişebilmektedir. Zehirlenme nedeniyle acil servise başvuran ve sorumlu toksinin bilinmediği durumlarda turkuaz renkli idrar ve vücut salgıları acetamaprid için klinisyeni uyarıcı olmalı ve gecikmeden destek tedaviye başlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Acetamaprid, neonicotinoid, mavi idrar



- Resim 1: a)** Foley sondadan gelen turkuaz renkli idrar
b) Nazogastrik sondadan gelen turkuaz renkli mide içeriği
c) Turkuaz renkli sakallar
d) Ellerde turkuaz renkli boyanma

Tablo 1: Hastanın başvuru anındaki laboratuvar parametreleri

Laboratuvar Parametresi	Başvuru anı değerleri	Referans Aralığı
Hemogram Parametreleri		
White blood cell (WBC)	34.000	4400-9700 /uL

Hemoglobin	11.5	10,6-13,5 g/dl
Platelet	236.000	186000-353000/uL
Biyokimya Parametreleri		
Glukoz	497	74-106 mg/dl
Üre	15.1	16,6-48,5 mg/dl
Kreatinin	0.95	0,5-0,9 mg/dl
Alanin aminotransferaz (ALT)	14.3	0-33 IU/L
Aspartat aminotransferaz (AST)	36.3	0-32 IU/L
Sodyum	140.8	136-145 mmol/L
Potasyum	2.9	3,5-5,1 mmol/L
Kalsiyum	6.7	8.6-10 mg/
Amilaz	137	28-100 IU/L
CK-MB	2.3	0.6 – 6.3 ng/mL
Troponin	0.0189	0-0.0198 ng/mL
Pseudokolinesteraz	6.13	4.62-11.5 U/mL
Kan etanol düzeyi	2	0 mg/dl
Arteriyel Kan Gazı		
pH	6.962	7.35-7.45
pO ₂	134	32-48 mmHg
pCO ₂	66.7	83-108 mmHg
HCO ₃	12.5	22-24 mmol/L
Laktat	9.1	0.5-1.6 mmol/L
Anyon Gap	20.1	8-12 mEq/L
Baz Eksisi	-16,8	-2 /+2 mmol/L

ORAL PRESENTATIONS 30

Acil servise ambulans ile getirilen hastaların

Değerlendirilmesi

Dr.Öğr. Üyesi: Ertuğrul ALTINBİLEK

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği; İSTANBUL

ÖZET

Giriş:

Hastanemizin acil servisine ambulans ile transferi yapılan hastaların demografik ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesini amaçladık.

Materyal ve Metod: Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi'ne bir aylık sürede ambulansla getirilen tüm hastaların yaş, cinsiyet, geliş saatleri, getirildiği yer, getiriliş tanıları, vaka türü, istenilen konsültasyonlar ve hastaların klinik sonuçları hastane bilgi işlem sistemi ve hastanemiz ASKOM birimi sevk kayıtlarından elde edildi.

Bulgular: Acil servisimize ambulans ile bir aylık (Mart 2019) sürede toplam 582 hasta nakli yapılmış olup, bu dönemde acil servisimize başvuran toplam 24750 hastanın % 7,42 sini oluşturmaktadır. Hastaların % 59,5'i (346) erkek, %40,5'i (236) kadın ve tüm hastaların yaş ortalaması 52,0±22,9 idi. Hastalar triaj muayene gruplarına göre sınıflandırıldığında, %63,9' u sarı alan, %36,1' i kırmızı alandaydı. Hastalar en sık 08:00-17:00 saatleri (%45,7) arasında, en az hasta ise 00:00-08:00 saatleri (%25,3) arasında getirildi. Hastaların %80,8'i adli olmayan vaka ve %19,2'si ise adli vaka olarak değerlendirildi.

Sonuç: Hastaların en sık başvuru sebepleri kardiopulmonerdir. Yüksek taburculuk sıklıkları değerlendirildiğinde ambulans personelinin triaj konusunda daha dikkatli olması gerektiği söylenebilir

Anahtar Kelimeler: Acil servis, ambulans, hasta

Giriş

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri, ciddi yaralanmalı ve kritik hastaların acil servislere hızlı tedavi ve naklini sağlamak için kurulmuştur. Günümüzde, aciliyet düzeyi düşük yaralanma veya şikayeti olan hastaların ambulansları daha sık kullanması, hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin kapasitesini zorlanmaktadır [1]. Ambulansların kullanım amaçlarını, uygunluğunu ve ambulans kullanımını etkileyen faktörleri inceleyen çeşitli çalışmalar bulunmaktadır [2]. Ülkemizde ambulans hizmetleri hızla gelişmesine rağmen bu konuda az sayıda araştırma yapılmıştır [3] Bir aylık kesitsel çalışmamızda acil servisimize ambulans ile getirilen hastaların demografik özellikleriyle beraber, başvuru nedenlerini ve klinik sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

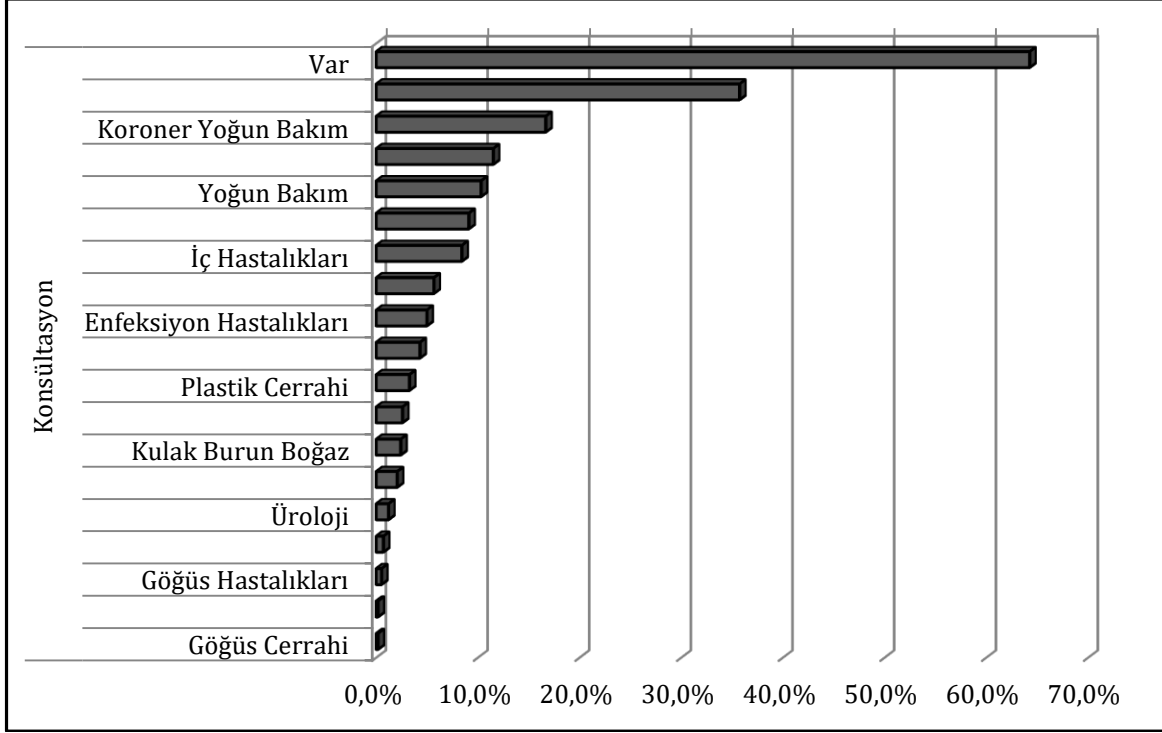
MATERYAL ve METOD

Retrospektif olarak planlanan bu çalışmamızda, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi'ne, 01-03-2019/ 31-03-2019 tarihleri arasında olmak üzere toplam bir aylık süre boyunca, ambulansla getirilen tüm hastalar, herhangi bir dışlama kriteri olmaksızın, çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri (yaş, cinsiyet), Sağlık Bakanlığı'nın sarı, kırmızı ve yeşil olarak adlandırılan renk kodlamasına göre, hangi triaj grubuna girdiği, başvuru saati, geliş tanıları, adli vaka olup olmadıkları, konsültasyon istemi olup olmadığı ve klinik sonuçlanma durumları hastane bilgi işlem sisteminden ve hastan askom sevk kayıtlarından alındı. İstatistiksel analizlerde SPSS for Windows version 22.0 programı kullanıldı. Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan en düşük, en yüksek, frekans ve oran değerleri kullanılmıştır. Analizlerde SPSS 22.0 programı kullanılmıştır.

BULGULAR

01-03-2019/ 31-03-2019 tarihleri arasında acil servisimize ambulans ile toplam 582 hasta nakli yapılmış olup, bu sayı bu dönemde acil servisimize başvuran toplam 24750 hastanın % 7,42'sini oluşturmaktadır. Cinsiyet dikkate alındığında; hastaların % 59,5'i (346) erkek, %40,5'i (236) kadın ve tüm hastaların yaş ortalaması 52,0±22,9 idi. Ambulansın nakil için hastayı aldığı yer bakımından incelediğimizde 512'si (%88)sahadan 70'i (%12) başka bir merkezden sevk şeklinde gerçekleşmiştir. Hastaların %80,8'i adli olmayan vaka ve %19,2'si ise adli vaka olarak değerlendirildi. Hastalar triaj muayene gruplarına göre sınıflandırıldığında %63,9' u sarı alan, %36,1' i kırmızı alandaydı. Başvuru zamanı dikkate alındığında; Hastalar en sık 08:00-17:00 saatleri (%45,7) arasında, en az hasta ise 00:00-08:00 saatleri (%25,3) arasında getirildi.

Hastaların semptomlarına bakıldığında sırayla kardiyak semptomlar 131 (%22,5), nörolojik semptomlar 58 (%10) ve düşme 58 (%10) semptomlu hastalar izlemekteydi. Ateşli silah yaralanması 1 (%0,2) ve 1 (%0,2) elektrik çarpması en son sırada olan başvuru sebebidir Tanısal amaçlı 374 hastadan (%64,3) konsültasyon istenmiş, 208 (%35,7) hastadan konsültasyon istenmemiştir. Bu konsültasyonlar içinde sırayla en sık kardiyoloji 97 (%16,7), ortopedi 67 (%11,5), anestezi reanimasyon 60 (%10,3) konsültasyon istendi. En az konsültasyon göğüs 3 (%0,5) ve göz hastalıklarından 1 (%0,2) istenmiştir (Şekil 1).



Şekil 1: Konsültasyon istenen klinikler

Tetkik ve tedavi sonrasında hastaların 348'i (%59,8) şifa ile taburcu olurken, 224'ü (%38,5) hastaneye yatırıldı, 10 hasta (%1,7) ex oldu. Bir aylık dönemde acil servisten toplamda 224 (%38,5) hastayı ilgili servis veya yoğun bakıma yatışı verilmiş olup en çok yatış 74 (%12,7) ile anestezi yoğun bakıma olmuştur. Tetkik ve tedavi sonrasında hastaların %59,8'i şifa ile taburcu olurken, %38,5'u hastaneye yatırıldı, 10 hasta (%1,7) ex oldu. Yatış kararı verilen 224 (%38,5) hastadan en çok yatış sırasıyla 74'ü (%12,7) anestezi yoğun bakıma, 46'sı (%7,9) koroner yoğun bakıma, 19'u (%3,3) nöroloji kliniğine olmuştur. En az yatış 1 (%0,2) göz hastalıkları servisine olmuştur.

TARTIŞMA:

Hastane öncesi acil tıp hizmetlerinin birincil görevi olay yerinden alınan hastaların ambulans ile acil servislere uygun zamanda ve uygun koşullarda taşınmasıdır. Bunun yanında sağlık kurumları da çeşitli nedenlerle başka sağlık kurumlarına sevk etmek istedikleri hastalar için ambulans hizmetlerini de kullanmaktadır. Ambulans kullanım oranları yaş, hastalık ciddiyeti, coğrafik faktörler, sosyoekonomik durum ve sosyal güvence varlığına göre değişkenlik gösterir. Sağlık Bakanlığı'nın raporuna göre 2006 yılında Türkiye'de 726.000 hasta acil servislere ambulanslar ile taşındı. 2005 yılında ise İzmir'deki tüm yaş gruplarında ambulans kullanım oranı %1.6 olarak

bildirilmiştir.[4] Amerika Birleşik Devletlerinde bu oran %14,2'dir.[4] Atilla ve ark. yaptıkları çalışmada ambulansla acil servise başvuran 17 yaş ve üzeri hasta oranı %4 olarak bildirilmiştir.[5] Bizim çalışmamızda bu oran %7,42 olarak tespit edildi. Genel olarak acil servise başvuran hastalar arasında kadın cinsiyeti daha fazla iken ambulans ile getirilen hastalarda erkek cinsiyeti daha fazladır. Literatürde de erkeklerin daha yüksek oranda ambulans kullanımları ve hastane öncesi acil tıp hizmetlerini aradıkları bildirilmektedir. [6] Çalışmamızda literatüre uyumlu olarak erkek hasta oranı daha yüksek tespit edildi. Yaşlı insanların ambulans hizmetlerine daha çok ihtiyacı olacağı yapılan çalışmaların birçoğunda görülmektedir. [5] Bizim çalışmamızda da yaş ortalaması 52,0±22,9 idi.

Seow ve ark. 21:00-23:00 ve 10:00-12:00 saatleri arasında acil servise ambulansla ulaşan hasta sayısında artış, 00:00-07:59 arasında hem ambulansla hem de ayaktan başvuran hasta sayısında azalma olduğu belirtilmektedir. Bunun yanında mesai dışı saatlerde ambulansla gelen hasta sayısının daha fazla olduğu bildirilmektedir [7]. Çalışmamızda literatüre uyumlu olarak en sık başvurunun 08:00-17:00 saatleri (%45,7) arasında olduğu gösterildi. Ertan ve ark. çalışmasında, en sık acil servise sevk öncesi tanı karın ağrısıyken, bizim çalışmamızda acil servise ambulans ile en sık başvuru nedeni kardiyak yakınmalardır. [8] Ambulansların olay yerinden aldıkları hastaları acil servise taşımaları birincil görevleridir, Atilla ve arkadaşlarının çalışmasında acil servise en sık "olay yerinden" hasta getirildiği gösterilmiştir. [5] Çalışmamızda hastaların %88'inin olay yerinden getirildiği gösterildi.

Ambulans ile getirilen hastaların yüksek taburculuk oranları, Snooks ve ark. yaptığı bir meta-analize göre, ambulansların uygunsuz kullanım kriterlerinde birisi olarak bildirilmektedir. [9] Atilla ve arkadaşlarının çalışmasında acil servise getirilen hastaların üçte ikisinin acil servisten taburcu edildiğini ve bu hastaların yarısına konsültasyon yapılmadan sonlandırıldığını göstermişlerdir. [5] Çelik ve arkadaşlarının çalışmasında acil servise getirilen hastaların hemen hemen yarısından tanısal amaçlı konsültasyon istemi gerekliliği doğduğu da anlaşılmaktadır. [10] Bizim çalışmamızda hastaların %59,8'i acil servisten taburcu edildi ve %35,7 hastadan konsültasyon istenmedi.

Karakaya ve ark. yaptığı çalışmada en çok konsültasyon istenen bölümler sırasıyla iç hastalıkları (%21,1), kadın doğum hastalıkları (%13,7), genel cerrahi (%10,2) olarak saptanmıştır. [11] Bizim çalışmamızda ise en çok konsültasyon kardiyoloji (%16,7), sonrasında ortopedi (%11,5) kliniğinden istenmiştir.

Kılıçarslan ve ark. bir üniversite hastanesinde yaptıkları çalışmada; acil servisten yatış oranı yaklaşık %12,5 olarak bulunmuştur. [12] Çalışmamızda ambulans ile gelen hastada yatış oranı %40,2 olarak tespit edildi. Yatış yapılan hastaları ise %12,7 oranı ile anestezi yoğun bakım ilk sırada gelmiştir.

SONUÇ

Üniversite Hastaneleri ve Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri gibi üçüncü basamak hastaneler bulundukları il merkezleri kadar çevre il ve ilçeler için de referans merkezler olduğundan, bu hastanelere geniş bir yelpazeden hasta sevki olmaktadır.

Kritik hasta transferinde ambulans hizmetleri etkin bir rol oynamakta olup, özellikle yaşlı hastalar hastaneye ulaşımında ambulansı tercih etmektedirler. Fakat yüksek taburculuk sıklıkları değerlendirildiğinde ambulans personelinin triaj konusunda daha dikkatli olması gerektiği söylenebilir.

KAYNAKLAR:

1. Yataklı sağlık tesislerinde acil servis hizmetlerinin uygulama usulve esasları hakkında tebliğ. Sağlık Bakanlığından, Yayımlandığı Resmi Gazete Tarihi: 16/10/2009, Yayımlandığı Resmi Gazete No: 27378 .
2. Acil sağlık hizmetlerinin sunumu konulu Başbakanlık genelgesi. Başbakanlıktan, Yayımlandığı Resmi Gazete Tarihi: 26/04/2008, Yayımlandığı Resmi Gazete No: 26918.
3. Yıldız M, Durukan P. Acil Servise ambulansla transportu yapılan hastaların analizi. Türkiye Acil Tıp Dergisi 2004;4;144-8.
4. Keskinoglu P, Sofuoglu T, Ozmen O, Gündüz M, Ozkan M. Older people's use of pre-hospital emergency medical services in Izmir, Turkey. Arch Gerontol Geriatr 2010;50:356-60.
5. Atilla ÖD, Oray D, Akın Ş, Acar K, Bilge A; Acil Servisten Bakış: Ambulansla Getirilen Hastalar ve Sevk Onamları Türkiye Acil Tıp Dergisi - Turk J Emerg Med 2010;10(4):175-180
6. Kawakami C, Ohshige K, Kubota K, Tochikubo O. Influence of socioeconomic factors on medically unnecessary ambulance calls. BMC Health Serv Res 2007;7:120.
7. Seow E, Wong HP, Phe A. The pattern of ambulance arrivals in the emergency department of an acute care hospital in Singapore. Emerg Med J 2001;18:297-9.
8. Ertan C, Akgün FS, Yücel N. Bir Üniversite Hastanesi Acil Servisine Yapılan Sevklerin İncelenmesi. Türkiye Acil Tıp Dergisi 2010;10: 65-70.
9. Snooks H, Wrigley H, George S, Thomas E, Smith H, Glasper A. Appropriateness of use of emergency ambulances. J Accid Emerg Med 1998;15:212-5.
10. Çelik G, Karakayalı O, Temrel T, Arık YE, İçme F, Sener A; 112 ile Acil Servise Getirilen Vakaların Değerlendirilmesi; Turkish Medical Journal 2012;6(3)
11. Karakaya Z, Gökel Y, Açıkalın A, Karakaya O. Acil Tıp Anabilim Dalı'nda konsültasyon sisteminin işleyişi ve etkinliğinin değerlendirilmesi. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2009;15:210-216.
12. Kılıçaslan İ, Bozan H, Oktay C, Göksu E. Türkiye'de Acil Servise Başvuran Hastaların Demografik Özellikleri. Türkiye Acil Tıp Dergisi 2005;5:5-13

ORAL PRESENTATIONS 31

KORONER ANJİO SONRASI PSOAS VE İLİOPSOAS ABSESİ

Uzm.Dr. Neslihan Ergün Süzer Gebze Fatih Eğitim Araştırma Hastanesi Gebze/Kocaeli

Dr.Öğretim Üyesi Emel Erkuş Sirkeci Yakınoğlu Üniversitesi Tıp Fakültesi KKTC

Psoas kası 12. göğüs ve tüm bel omurlarının transvers çıkıntılarında ve intervertebral disklerinden başlar, omurganın iki yanından aşağı dışa doğru inguinal ligamanın altından geçerek iliak kasın lifleri ile birleşir ve femurda trochanter minora yapışarak sonlanır. Uyluğa fleksiyon hareketi yaptırır. 54 yaşında bayan hasta acil servisimize sağ yan ağrısı ile başvurdu. Hasta bu ağrısının yaklaşık 15 gündür artarak şiddetlendiğini belirtti. Hasta 17 gün önce acil servise göğüs ağrısı ile başvurmuştu. Başvurusunda ta:110/70 nb:75 spo2:98 öyküde dm, ht, sigara kullanımı mevcuttur, kş:170 ilaç kullanımı düzenlidir. Hastanın kan tetkiklerinde troponin, ck, ck-mb hemogram ve biokimya değerlerinin normal sınırlarda olduğu görüldü. Ağrısı gerileyen ve kontrol kardiyak markerları normal görülen hasta kardiyoloji poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi. Ertesi gün kardiyoloji polikliniğimize başvuran hastaya eko ve efor testi yapıldı. Yüksek riskli efor testi sonrası anjio planlandı. Bir sonraki gün anjio yapılan hastada koroner damarların açık olduğu yıllık takip ve kullandığı ilaçların devam etmesi söylenerek taburculuk planlandı. Anjio yapıldıktan bir gün sonra karın ağrıları başlayan hasta kardiyoloji polikliniğine tekrar başvurdu. Bu şikayetlerin olabileceği belirtilen hasta yaklaşık 15 gün sonra

daha da şiddetli bir karın ağrısıyla acil servise başvurdu. Fizik muayenede sağ costovertebral bölgeden sağ inguinal bölgeye doğru uzanan hassasiyet, istemli defans? tespit edildi. Hastanın yapılan kan tetkiklerinde wbc:17000 neutrofil hakimiyeti crp:20 kc enzimleri normal TİT de lökosit ve nitrit negatif görüldü. Hastaya tüm batın bt planlandı. BT raporu: sağ psoas kası boyunca uzanan iliopsoas kasını da tutan en kalın yerinde 5 cm'ye ulaşan kolleksiyon ile buna komşu mezenterde enflamasyon ile uyumlu atenuasyon artışları mevcuttur. Hastaya yatış planlandı. Tanı konulduktan sonra hastaya gentamisin, metronidazol ve seftriaksondan oluşan üçlü antibiyotik tedavisi başlandı. Hastamızın klinik tablosunda bu tedaviye başlandıktan sonra dramatik bir düzelme görülmesi ve 4 gün içinde bütün klinik bulgularının yok olması üzerine hastaneden çıkarıldı.

TARTIŞMA

İliopsoas absesi az görülen ve hayatı tehdit eden bir durum olup retroperitoneal enfeksiyonların nadir görülen bir formudur. Hastalığın non-spesifik semptomlar göstermesi erken tanıyı zorlaştırır. Tedavide gecikme morbidite ve mortaliteyi arttırır.(1) Psoas apseleri primer ve sekonder olarak sınıflandırılır. Primer psoas absesi % 30 oranda görülür ve genellikle gizli bir odaktan bakterilerin hematogen veya lenfatik yolla yayılması sonucu gelişir. Etkenler arasında en sık Staphylococcus aureus görülür. Psoas apselerinin % 70'i sekonder apselerdir ve çevre infekte dokulardan lokal yayılım sonucu ortaya çıkarlar. Sekonder psoas apselerinin en sık nedeni olarak Crohn hastalığı bildirilmekte; rüptüre apandisit, periapendiküler apse, pyelonefrit, böbrek tüberkülozu, kalça septik artriti, Pott hastalığı ve spinal cerrahi sonrası gelişen olgular da bildirilmektedir. Turunç ve arkadaşları tarafından 15 psoas apseli olgunun retrospektif değerlendirildiği çalışmada olgulardan sadece biri primer, diğer 14'ü (% 93.3) sekonder idi(7). Alvarado ve arkadaşları tarafından yapılan bir başka çalışmada açık kolesistektomi ve ana safra kanalı explorasyondan 6 gün sonrası sekonder psoas abse gelişimi görülmüştür(10). Psoas absesi genellikle paraspinal lokalizasyonlu olup bazen fasyanın içinden ilerleyerek kalça ve uyluğa doğru yayılır.) Bel, kasık veya kalça bölgesine ameliyat uygulanan kişilerde psoas absesi gelişme riski yüksektir(4) Bang ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada akupunktur sonrası hastada psoas absesi ve parapleji geliştiği görülmüştür(6).

İliopsoas absesi femur diyafizine doğru ilerleyebildiği için uyluk absesi olan kişilerde retroperitoneal bölgeyi görmek için BT yapılmalıdır.(3,4,5) BT tanı koymada altın standarttır ve ayırıcı tanı ve lezyon sınırlarını belirlemede son derece etkindir.(9)

Biz vakamızda anjio işlemi esnasında hematogen yol ile psoasa ulaşan bakterilerin abseye neden olduğu düşüncesindeyiz.

Sonuç olarak olgumuzda da görüldüğü üzere anjio sonrası hastalarda psoas absesi gelişme riski göz önünde bulundurulmalı bu tür komplikasyonlar unutulmamalı hastayı sık izlemde takip etmeliyiz.

1. Napier-Hemy RD, Jarratt JW, O'Flynn KJ. An "orthopaedic" psoas abscess. Br J Urol 1997;79:291-2.
2. Lee YT, Lee CM, Su SC, Liu CP, Wang TE. Psoas abscess: a 10 year review. J Microbiol Immunol Infect 1999; 32: 40-46.
3. Korovessis P, Petsinis G, Papazisis Z. Unilateral psoas abscess following posterior transpedicular stabilization of the lumbar spine. Eur Spine J 2000;9: 588-90.
4. Melissas J, Romanos J, de Bree E, Schoretsanitis G, Askoxylakis J, Tsiftsis DD. Primary psoas abscess. Report of three cases. Acta Chir Belg 2002;102:114-7.
5. Buttaro M, Gonzalez Della Valle A, Piccaluga F. Psoas abscess associated with infected total hip arthroplasty. J Arthroplasty 2002;17:230-4.
6. Bang MS, Lim SH. Paraplegia caused by spinal infection after acupuncture. Spinal cord. 2006 Apr;44(4):258-9

- 7.Turunç T, Turunç T, Demiroğlu YZ, Çolakoğlu Ş. Psoas absesi olan 15 hastanın retrospektif olarak değerlendirilmesi, Mikrobiyol Bul 2009;43(1):121-5. PMID:19334388
- 8.Ulaş T,Bes C,Paksoy F.Primer Psoas Absesi:Olgu Sunumu Bakırköy Tıp Dergisi 2012;8:197-199.
- 9.Yu li MD,Hiraku MD. Iliopsoas abscess. Cleveland Clinic Journal of Medicine. 2017 November;84(11):833-834.
- 10.Alvarado M,Colindres C. Secondary psoas abscess after an open cholecystectomy and a common bile duct exploration.Int J Surg Case Rep 2019; 63: 53–55.

ORAL PRESENTATIONS 32

The role of Perfusion Index and Plethysmography Variability Index (PI-PVI) for predicting dehydration severity in patients with acute gastroenteritis

Emine Emektar, Seda Dağar, Hüseyin Uzunosmanoğlu, Gülşah Çıkrıkçı Işık, Şeref Kerem Çorbacioğlu, Yunsur Çevik

Keçiören Training and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Ankara, TURKEY

Introduction

Acute gastroenteritis (AGE) is one of the causes of mortality and morbidity in all age groups. Irrespective of etiology and mechanism of AGE, dehydration occurs due to fluid losses. Measurement of perfusion index (PI) and plethysmography variability index (PVI) may provide emergency physicians valuable information about hemodynamic of the patient. Our study aimed to investigate the role of PI and PVI measurement at admission for estimating dehydration severity and determining the possible change in those parameters after fluid replacement among patients presenting to emergency department (ED) with AGE.

Materials and Method

This was a prospective cross-sectional study. Our study consecutively included patients aged 18 years or older who presented to the ED of a tertiary training and research hospital and were diagnosed with AGE between 31.04.2019 and 31.06.2019. AGE was defined as passing watery feces at least three times within 24 hours and/or more than 200 gr for a period shorter than 2 weeks. Patients who were pregnant; who had cardiac arrhythmias; patients in whom PI and PVI could not be measured for any reason; and patients who had henna or nail polish on their fingernails were excluded. The two groups were defined according to the severity of dehydration: mild and moderate/severe dehydration groups. PI and PVI of all patients' values were measured.

Results

180 patients were included in the study. As compared with the mild dehydration group, moderate/severe dehydration group had a significantly lower PI value and significantly higher PVI value on admission ($p<0.001$ for both comparisons). Among moderate/severe dehydration patients, PI value significantly increased and PVI significantly decreased after treatment ($p<0.001$). There was a significant positive correlation between osmolality and PVI ($r:0.298$ $p=0.007$) and a significant negative correlation between osmolality and PI ($r:-0.259$, $p=0.019$) in the patients with moderate/severe dehydration.

Conclusion

In the present study that we assessed the prognostic value of PI and PVI for determining dehydration severity among patients presenting to emergency department with AGE, we found two important conclusions. Firstly, patients with moderate/severe dehydration had a lower PI value and a higher PVI value at ED admission than those with mild dehydration. It is important to determine the degree of fluid loss among patients with dehydration in the ED. Bedside, noninvasive, easy-to-measure perfusion indexes may be used to determine the severity of dehydration especially in overcrowded emergency services. Secondly, especially among patients

presenting with moderate/severe dehydration, we detected an increase in PI value and a decrease in PVI value after fluid resuscitation compared to admission values. Hence, we believe that perfusion indexes may be used in ED for diagnosis and treatment monitoring of the moderate/severe dehydration.

The study show that PI and PVI may be useful for determining the severity of dehydration in acute gastroenteritis and may be use for assessing the response to fluid replacement especially in patients with severe dehydration at ED.

Key words: Acute gastroenteritis, Dehydration, Perfusion index, Plethysmography Variability Index

References

- 1- Graves NS. Acute gastroenteritis. *Prim Care*. 2013;40:727-41.
- 2- Xiao HL, Ma SX, Qi HY, et al. A scoring system for assessing the severity of acute diarrhea of adult patients. *World J Emerg Med*. 2016;7:130-4.
- 3- Hooper L, Abdelhamid A, Ali A, Bunn DK, et al. Diagnostic accuracy of calculated serum osmolarity to predict dehydration in older people: adding value to pathology laboratory reports. *BMJ Open*. 2015;21;5:e008846.
- 4- Kuroki C, Godai K, Hasegawa-Moriyama M, et al. Perfusion index as a possible predictor for postanesthetic shivering. *J Anesth*. 2014;28:19-25.
- 5- Cannesson M, Attof Y, Rosamel P, et al. Respiratory variations in pulse oximetry plethysmographic waveform amplitude to predict fluid responsiveness in the operating room. *Anesthesiology*. 2007;106:1105-11.
- 6- Pişkin Ö and Öz İİ. Accuracy of pleth variability index compared with inferior vena cava diameter to predict fluid responsiveness in mechanically ventilated patients. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96(47):e8889.

ORAL PRESENTATIONS 33

ACİL SERVİSTE ATEŞ ve DÖKÜNTÜNÜN NADİR BİR SEBEBİ: ERİŞKİN STİLL HASTALIĞI

Ahmed Cihad Genç¹, Fevziye Türkoğlu Genç¹, Zeynep Öztürk², Pınar Özatak³, Barış Onur Sargın³, Emel Gönüllü²

¹Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları ABD, Sakarya; ²Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Romatoloji BD, Sakarya; ³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Üç haftadan uzun süren, 38.3° C'nin üzerinde seyreden ateşe nedeni bilinmeyen ateş denilir. Etiyolojisinde enfeksiyonlar (%40), maligniteler (%20), kollajen doku hastalıkları (%20), bunlar içerisinde de en sık akciğer dışı tüberküloz, ikinci sıklıkta Erişkin Still Hastalığı (ESH) vardır. Nedeni belli olmayan ateş etiyolojisinde yer alan, nadir görülen ESH olgumuzu sunmak istedik.

OLGU: 18 yaşında erkek hasta, ateş ve döküntü şikayetiyle acil servise başvurmuş. 3 hafta önce boğaz ağrısı, burun akıntısı, iştahsızlık gibi grip benzeri şikayetleri olmuş, vücut sıcaklığı aralıklarla 38,5- 39,5° C arasında seyretmiş. Dış merkezde başlanan antibiyoterapiden fayda

görmemiş. İntermittan ateşinin devam etmesi ve bu dönemde döküntülerinin olması üzerine hasta



merkezimize başvurdu.

BULGULAR: Başvuru anında 38,5° C vücut sıcaklığı, ellerinde ve vücudunda yaygın maküler, pembemsi döküntüleri vardı. Kardiyopulmoner muayenesinde ral, ronküs, kardiyak odaklarda üfürüm duyulmadı. Hepatosplenomegalisi yoktu. Servikal, aksiyel, inguinal lenfadenopati palpe edilmedi. Artrit tespit edilmedi. Beyaz küresi 17 K/uL (neu:15 K/uL),1 saatlik sedimentasyonu 51, C-reaktif protein 87mg/dL gelmesi üzerine yatırıldı. ANA, Anti HAV, Anti HCV, HBsAg, brucella (rose bengal), mono test, wright testi negatif gelirken; ferritin 10500 ug/L ile yüksek saptandı. Hastaya ESH tanısı ile 1mg/kg/gün, IV metil prednizolon başlandı. Kontrollerinde makrofaj aktivasyon sendromu gelişmeyen hasta şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ: Boğaz ağrısı, intermittan ateş, artrit, raş, lökositoz, ferritin yüksekliği ve akut faz reaktanlarının yüksekliği ESH'nin sık bulgularındandır. Enfeksiyon (tüberküloz, infektif endokardit, brucella, parvovirüs B19 vb.), maligniteler ve diğer bağ doku hastalıkları dışlanmalıdır. ESH, oldukça mortal seyreden makrofaj aktivasyon sendromuna dönüşebileceğinden teşhis, tedavi ve takibinde dikkatli olunmalıdır. ESH'nin spesifik bir tanı testi yoktur. Ateş ile başvuran hastanın ayırıcı tanısında, ayrıntılı anamnez ve fizik muayene ışığında ESH da göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Erişkin Still, ateş, döküntü

ORAL PRESENTATIONS 34

ACİL SERVİSTE AKUT BATININ NADİR BİR SEBEBİ: PERFORE ENTEROBEHÇET OLGUSU

Ahmed Cihad Genç¹, Fevziye Türkoğlu Genç¹, Zeynep Öztürk², Pınar Özatak³, Barış Onur Sargın³, Ali Tamer¹, Emel Gönüllü²

¹Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları ABD, Sakarya; ²Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Romatoloji BD, Sakarya; ³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Behçet hastalığı (BH) Prof.Dr. Hulusi Behçet tarafından ilk kez 1937 yılında tanımlanmıştır. Sistemik inflamasyonla seyreden, her büyüklükteki damarları tutabilen, mukoza, cilt, eklem, ürogenital, kardiyopulmoner ve gastrointestinal (GİS) sistemleri tutabilen tarihi ipek yolu bölgesinde daha sık görülen bir hastalıktır. En sık görülen belirtiler orogenital ülserler olsa da tuttuğu sisteme göre prezente olurlar. BH olan ve acil servise karın ağrısı ile gelen hastamızı sunmak istedik.

OLGU: Onsekiz yaşında kadın hasta, bulantı ve şiddetli karın ağrısı ile geldi. Bilinen BH haricinde bir hastalığı olmadığı ve daha önce hiç operasyon öyküsü olmadığı öğrenildi. BH için bir yıldır azatioprin ve steroid tedavisi almaktaydı.

BULGULAR: Fizik muayenesinde BH'na ait oral ülser lezyon ile beraber batında yaygın hassasiyet ve defansı vardı. Vücut sıcaklığı 36,9°C, TA 110/65, nabız 90/dk idi. Lökostoz ve anemisi yoktu. Ayakta direkt batın grafisinde hava sıvı seviyeleri görüldü, batın bilgisayarlı tomografisinde ince barsaklara ait hava sıvı seviyeleri görüldü. Enterobehçet nedeni GİS multipl perforasyonu ile opere edilerek ileokolik rezeksiyon yapıldı. Hastanın takipleri romatoloji polikliniğinde devam etmektedir.

SONUÇ: Enterobehçet; intestinal sistemde damarların tutulması ve trombozu nedeni intestinal infarktlar ile sonuçlanır. BH'na bağlı GİS tutulumu ve perforasyon en sık dördüncü dekatta görülür ve oral aft görüldükten genellikle 4-6 yıl sonra ortaya çıkmaktadır. Olgumuz daha bir yıl önce BH tanısı almış ve henüz 18 yaşındayken multipl intestinal perforasyon gelişmesiyle dikkat çekiciydi. Bu olgu ile acil servise karın ağrısı ile gelen BH tanılı hastaların akut batın ile karşımıza çıkabileceğini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: enterobehçet, perforasyon

ORAL PRESENTATIONS 35

An Unexplained Non-recurrent Transient Visual Field Loss and Current Management

Elif Ceren YESILKAYA, MD

Department of Ophthalmology, Golbasi State Hospital, Adiyaman, TURKEY

Introduction

Transient visual loss or blurring of vision are common presenting complaints in primary care and emergency services. This report presents a case of non-recurrent transient visual loss in a 28-year-old woman and summarizes the diagnosis and treatment approaches to patients with these visual symptoms based upon the current guidelines.

Case Report

A 28 year-old female presented with bilateral sudden painless transient blurring of vision. She described the visual disturbance as 'the left side of room suddenly became dark' when she tried focusing on a specific object. Her transient blurring of vision lasted for about 45 minutes before she regained her vision. This transient visual loss had been never before. There were no floaters, flashes, eye discharge, or diplopia. She had no headache, vomiting, fever, aura, tinnitus, limb weakness or numbness, vertigo, dysarthria, hearing loss, or constitutional symptoms. Interestingly, the patient is as an ophthalmologist. So, she could seek rapid medical attention.

On examination, her visual acuity was 20/20 (right) and 20/20 (left). Her pupils were reactive bilaterally (4 mm). Her conjunctiva, sclera and cornea were normal. No relative afferent pupillary defect (RAPD) was noted. The Visual Field examinations were conducted using standard automated perimetry. Both eyes of the patient were examined. Visual field testing demonstrated left homonymous hemianopia with right macular sparing (Figure 1a and 1b). Fundus examination for both eyes showed similar unremarkable findings. Neurological examination was unremarkable, with all cranial nerves (mainly CN II, III, IV and VI) and peripheral nerves grossly intact. Her blood pressure was 120/70mmHg and her pulse rate was 75 and in regular rhythm. She was afebrile. All the other systems (respiratory, abdomen and cardiovascular) were unremarkable.

She has history of operated papillary thyroid ca which is well controlled on tablet Levothyroxine 125 mcg OD under a primary care clinic follow up. There was no history of diabetes, hyperlipidemia, cardiovascular disease or transient ischemic attack.

After about 45 minutes, the patient said that her complaints completely disappeared and control visual field testing showed no evidence of homonymous visual field loss (Figure 1c and 1d).

Then, she was admitted to the emergency neurology service for further evaluation. Computed tomography (CT) scan and magnetic resonance imaging (MRI) of the brain were normal. Laboratory studies (included vasculitic and infectious parameters) were also normal. MR angiography (MRA) of brain was unremarkable.

The patient had a good prognosis with no new symptoms occurring after 3 years.

Discussion

This case highlights the importance of getting a proper history and physical examination to identify the possible differential diagnosis of non-recurrent painless transient visual loss especially in primary care and emergency services. Monocular or binocular transient visual loss can be due to a variety of disorders (based upon visual pathway anatomy and etiology: preretinal, retinal- vascular, optic nerve, migrainous, and cerebral causes) that can be benign or having detrimental neurologic or ophthalmologic implications (1).

Pertinent history such as whether the visual loss was monocular or binocular, duration of the symptoms, associated symptoms, precipitating factors and past medical history are vital to clinching the diagnosis. The physical examination should not only include visual acuity but a full visual examination such as visual field, RAPD and funduscopy. The common causes of transient visual loss are amaurosis fugax (the embolic phenomenon in the eye due to retinal arterial occlusion - cardiac disease, vasculitis), ischemic causes such as stroke, and transient ischemic attack, retinal vein occlusion, followed by optic neuropathy (optic neuritis), papilledema and ocular causes such as glaucoma, keratitis and blepharitis. Primary care providers who see these kind of cases should initially rule out thromboembolic events (stroke, transient ischemic attack) and vertebrobasilar circulatory disorders (2-4).

In this case, the patient surprisingly did not have any other symptoms. The most likely underlying mechanism appears to be retinal-vascular. This may be due to transient systemic hypotension or cerebral vascular vasoconstriction. However, this was not demonstrated by the MRA. Although the etiology cannot be explained fully, the most probable diagnosis is reversible cerebral vasoconstriction syndrome for the patient.

Conclusion and key points

Transient visual loss remains a challenging clinical entity to manage for emergency department and family physicians and can be a symptom of various pathology.

There are many differential diagnosis from benign to malign in a wide clinical spectrum. But some serious disorders with a symptom of transient visual loss (Such as stroke/transient ischemia attack/amaurosis fugax, malignant hypertension, retinal vena or artery occlusion, acute glaucoma, papilledema, optic neuritis, intracranial mass) require special attention.

A thorough history and examination including general, ophthalmologic (visual acuity, visual field, RAPD, funduscopy), neurological (CT; MRI, MRA), cardiovascular (ECG, echocardiography) examinations are essential to make a definitive diagnosis.

References

1. Tamhankar MA. Transient Visual Loss or Blurring. Liu, Volpe, and Galetta's Neuro-Ophthalmology: Elsevier, 2019:365-377.
2. Lavallée PC, Cabrejo L, Labreuche J et al. Spectrum of transient visual symptoms in a transient ischemic attack cohort. Stroke 2013;44:3312-3317.
3. Biousse V, Trobe JD. Transient monocular visual loss. American journal of ophthalmology 2005;140:717. e1-717. e8.
4. Chow S, Draman N, Teh W, Azhany Y. Recurrent transient visual loss in a middle aged woman. Malaysian family physician: the official journal of the Academy of Family Physicians of Malaysia 2017;12:42.

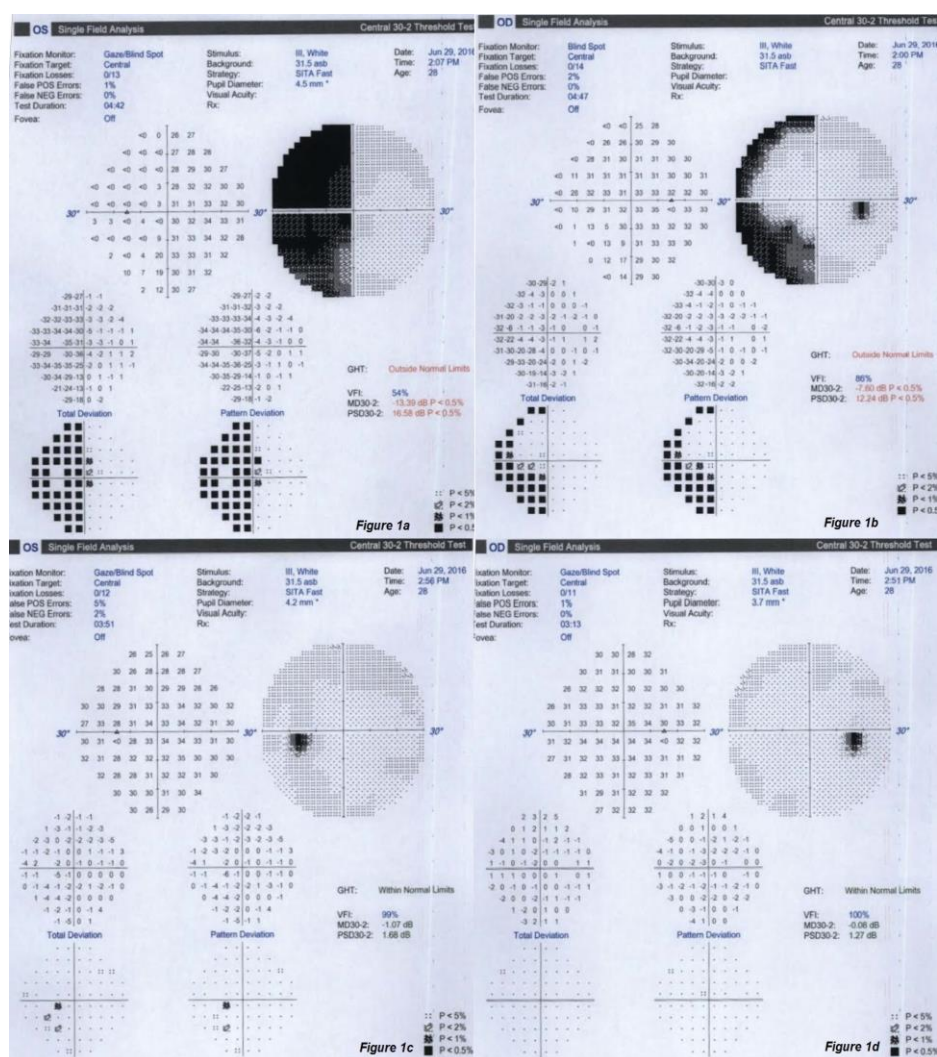


Figure 1: 1a and 1b demonstrate left homonymous hemianopia with right macular sparing. 1c and 1d show no evidence of visual field loss (45 minutes after first visual field testing)

The Effect of Subdural Window on Hemorrhage Detection in Non-Contrast CT

Cansu Öztürk¹, Numan İleriş Çevik¹, Hayri Ramadan²

1. Kecioren Training and Research Hospital, Department of Radiology, Ankara, Turkey

2. Ankara Training and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Ankara, Turkey

Cansu Öztürk: cnsozt@yahoo.com

Numan İleriş Çevik: numancevik@hotmail.com

Hayri Ramadan: **Presenting author**, hayriramadan@gmail.com

Introduction

Non contrast CT (NCT) is first imaging modality for patients presenting with trauma or stroke like symptoms to the emergency or neurology department. Because the standard window settings on CT are relatively wide range, it is known that some subtle lesions may be misdiagnosed. It is known that the window width (W) and level value (L / C) used in CT imaging affect lesion detection and the reliability of the examination (1). Standard window width and center of level in a cranial CT scan is 80 / 35 Hounsfield unit (HU) respectively in general. However, wider window setting, like subdural window (50/130 HU), may increase detection of small subdural hematomas on CT (1). The aim of this study was to determine the contribution of subdural window on CT for detection of intra or extra axial hemorrhage.

Material and Method

Between January - March 2018, all patients with underwent CT because of suspected intracranial hemorrhage were evaluated in this study. Exclusion criteria were history of cranial surgery, ischemic stroke, chronic hemorrhage and could not be evaluated due to various artifacts. Presence or not of intra/extraaxial hemorrhage on NCT were assessed both subdural and normal windows by second year radiology resident between two weeks interval. The presence and localization of intra / extraaxial hemorrhage were recorded in both windows. The final decision of the experienced neuroradiologist was evaluated as the gold standard and the accuracy of the radiology assistant in both windows was investigated.

Results

A total of 140 patients (50 females and 90 males) were included in the study. 33 patients were excluded from the study because of a history of operation, late subacute or chronic hemorrhage and various artifacts. Finally, 107 cases were included in this study. Hemorrhagic lesions were detected as 50 lesions on 35 of 107 patients (Table 1.). Of these lesions, 44 were detected in the standard window and 49 in the subdural window. The subdural window sensitivity was slightly better than standard window for hemorrhagic lesions detection (88% vs 85%). For subarachnoid hemorrhage (SAH) evaluation, the sensitivity of subdural window was prominent higher than standard window (75% vs 50%).

Table1: Distribution of hemorrhagic lesions

Hemorrhagic Lesions	Number of Lesions (50)
---------------------	------------------------

Subdural Hemorrhage	19 (38%)
Epidural Hemorrhage	5 (10%)
Subarachnoid hemorrhage	12 (24%)
Parenchymal Hematoma	11 (22%)
Parenchymal contusion	3 (6%)

Conclusion

Subdural window using may improve hemorrhagic lesion diagnosis on NCT. Consequently, the use of the subdural window in cases suspected with intra/extraxial hemorrhage may facilitate the diagnosis, especially for resident. Further studies with larger patient cohorts could aid the assessing for impact of diagnostic accuracy and therapeutic decision.

ORAL PRESENTATIONS 37

WORK ACCIDENT AND INTRATHORACIC FOREIGN BODY

Uzman Dr Mehmet ÜNALDI

SBÜ Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Kocaeli,Türkiye

Sunum tercihi : **Sözel bildiri**

WORK ACCIDENT AND INTRATHORACIC FOREIGN BODY

Objective: Trauma due to work accidents are still important today. Multiple trauma is most important leading cause of death in especially young adults. Multiple traumas containing thoracic are most common cause of death in young adults in our country and around the world. In this study we aimed to three cases reports of thoracic injuries depending on the piercing and cutting tool and other reasons

Case Reports : Case 1: 29 year-old man was brought to the emergency department with foreign body (building bar) in the chest as a result of falling from high . His general condition was moderate, open mind, oriented and cooperated. The blood pressure: 120/80 mm-Hg, pulse: 100/min. The entrance of the foreign body was from right axillary region into chest right. It was progressing retrosternal into the left thoracic cavity and was present submuscular termination on the left. The foreign body was removed with bilateral anterior thoracotomy and VATS exploration by Thoracic Surgery department's emergency operation performing. Following the palliative care unit he was discharged at postoperative a week.

Case 2: 45 year-old male patient with intrathoracic foreign body (building nail) due to falling high building was brought to the emergency department. His general condition was good, vital signs were stable. The about 10 centimeter length building nail half of bogged in the intrathoracic region in fourth intercostal space on medial left breast was determined on physical examination. It had no determined hemopneumotorax on the first radiological evaluation of patient and the foreign body was removed by local anesthesia. The patient was discharged from a 48-hour post observation following no pathologic observation in the control CT evaluations.

Case 3: 27-year-old male patient was admitted to the emergency department because of foreign body (drawing pin) aspiration during working. The general condition was good, conscious, orientated, cooperative and vital signs were stable. Respiratory sounds were natural and other systemic examinations were normal. Foreign body was detected in the left lower lobe on thorax CT, and fiberoptic bronchoscopy was performed firstly and foreign body was detected in the superior segment of the left lower lobe. But the foreign body could not be moved by forceps. Because of subsequent rigid bronchoscopy revealed that the body was well placed in the

subsegmental mouth and could not be moved, intrapulmonary body was removed by left thoracotomy.

Conclusion: Thoracic trauma is an important part of the emergency department. Penetrating thoracic trauma can lead to hemothorax, pneumothorax, heart and large vessel injuries and requires immediate intervention. Approximately 20-30% of all thoracic trauma are as a result of penetrating thoracic trauma. Penetrating trauma often occurs with firearms and stab wounds. Thoracic trauma may be due to foreign body aspiration as in 3th case.

ORAL PRESENTATIONS 38

Assoc. Prof. Gülhan KURTOĞLU ÇELİK¹⁻² MD, Asist. Prof. Gül PAMUKÇU GÜNAYDIN¹⁻² MD.,
Asist. Prof. Çağdaş YILDIRIM¹⁻² MD, Research Asist. Abdullah Emre YURTTUTAN¹⁻² MD, Prof
.Hakan Oğuztürk² MD, Prof. Şervan GÖKHAN¹⁻² MD, Asist Prof. Alp ŞENER¹⁻² MD,
Assoc. Prof. Mehmet ERGİN¹⁻² MD

1. Ankara Yıldırım Beyazıt University, School of Medicine, Department of Emergency
Medicine, Ankara

2. Ankara City Hospital, Department of Emergency Medicine, Ankara

A YOUNG ISCHEMIC STROKE

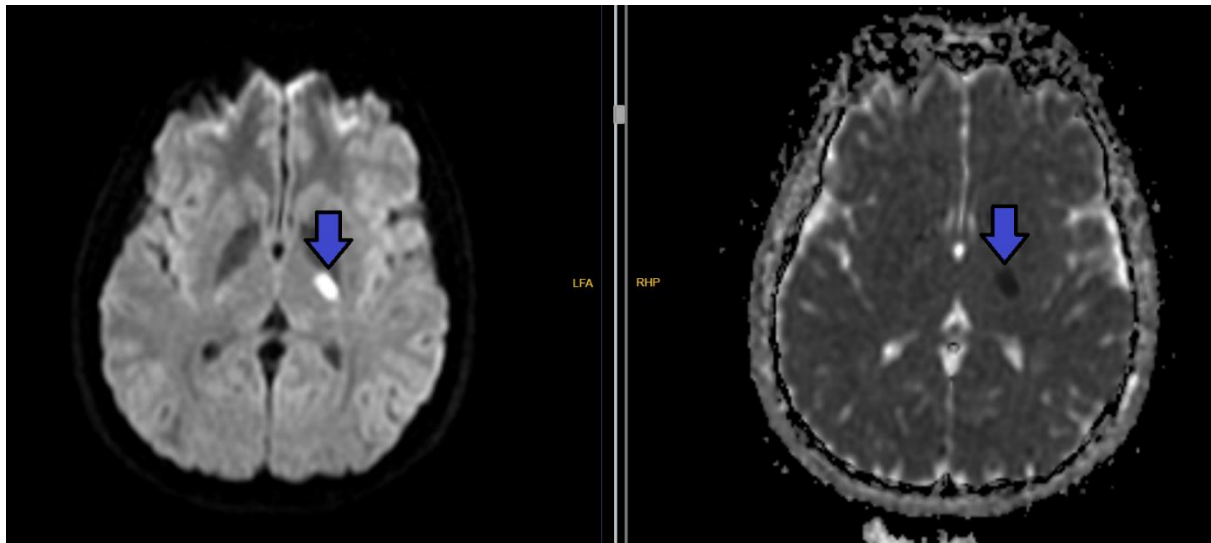
A YOUNG ISCHEMIC STROKE

INTRODUCTION: Stroke cases are daily encountered very often at the emergency service. These cases which are one of the most important reasons of morbidity and mortality and which affect life quality of people considerably are usually seen in the population above 45 years of age and its incidence increases with increasing age. Cases under 45 years of age are seen between 3-10 per hundred thousand. When life expectancy and life quality are considered, its results are more dramatic. In this case, a 22 years old case with ischemic stroke who came to our emergency service was presented.

THE CASE: 22 years old female patient came yesterday with the complaint of numbing of right arm, not being able to grasp, lisping which started suddenly. The patient's general condition was good at arrival, she was oriented, cooperated, gcs was 15, arterial blood pressure: 130/68 mm/Hg, pulse rate: 87 beats/min, fever: 36,5 °C spo2: 97, electrocardiography: normal sinus rhythm, extremities were warm and pulses were palpable. According to the medical history, his father had bypass due to acute coronary syndrome at 50 years of age. In the neurological examination: speech normal, right arm motor 2-3/5, hand motor 2-3/5, no sensory loss, no asymmetry on the face, cranial nerve examination were natural, cerebellar tests were natural. No additional drug usage and no additional illness. Full blood, biochemistry, hemostasis, cardiac panel, blood gas were normal. Her unenhanced computed brain tomography was taken. In her tomography: Hypodense area was observed in the neighborhood of left thalamus lateral area in the internal capsule posterior leg which was compatible with acute ischemia. No finding of hemorrhage was seen. Diffusion magnetic resonance imaging was performed in order to confirm ischemic stroke. Acute diffusion limitation was detected in the area which was seen as hypodense in computed tomography. (Figure 1 blue arrow) Her diagnosis was made as ischemic stroke. The patient was consulted by neurology department, she was hospitalized at the service for treatment, follow-up and etiological examination. In the examination, her echocardiography, carotis color doppler ultrasonography, vertebral artery color doppler ultrasonography and 24 hours electrocardiographic holter results were normal. Protein c and s activity was at normal level,

genetic tests which were performed in direction to thrombophilia were normal too. The patient was followed up with antiagregant treatment.

Figure 1. The patient's Ax DWI and ADC MR images



RESULT: Ischemic stroke cases at young age may be seen at the emergency service even if it's unusual. If stroke is not considered in these patients, diagnosis can be delayed and this may cause deterioration of the patient's process. Considering that the expected lifespan is long, results of stroke at young age is worse from the point of both the patient and the patient's family. Early diagnosis is needed in order to avoid recurrence, investigation is needed in order to determine etiology. Thinking that neurological symptoms are related with psychiatric diseases in young patients will cause delay in diagnosis, thus stroke has to be included among our pre-diagnoses independently of the patient's age.

Referances

1. Analysis Of 1008 Consecutive Patients Aged 15 To 49 With First-Ever Ischemic Stroke: The Helsinki Young Stroke Registry J Putaala, AJ Metso, TM Metso, N Konkola, Y Kraemer... - Stroke, 2009 - Am Heart Assoc

2. Clinical Outcome in 287 Consecutive Young Adults (15 To 45 Years) With Ischemic Stroke D Leys, L Bandu, H Henon, C Lucas... - Neurology, 2002 - AAN Enterprises

ORAL PRESENTATIONS 39

Assoc. Prof. Gülhan KURTOĞLU ÇELİK1-2MD, Asist. Prof. Fatih TANRIVERDİ1-2MD, Asist. Prof. Gül PAMUKÇU GÜNAYDIN1-2 MD, Research Asist. Abdullah Emre YURTUTAN1-2, Asist. Prof. Alp ŞENER1-2 MD, Prof. Şervan GÖKHAN1-2MD, Assoc. Prof. Afşin Emre KAYIPMAZ 2 MD, Asist. Prof. Çağdaş YILDIRIM1-2MD

1. Ankara Yıldırım Beyazıt University, School of Medicine, Department of Emergency Medicine, Ankara

2. Ankara City Hospital, Department of Emergency Medicine, Ankara

FACIAL PARALYSIS WHICH APPEARS ONLY BY DYSMOTILITY IN THE LOWER LIP

INTRODUCTION: Facial nerve lower neuron paralysis which affects only one sided muscle groups of the face with acute onset and with unknown origin is called facial paralysis. Even if many factors are blamed in its etiology, according to the up-to-date information, it comes to existence due to inflammation which will develop in the facial nerve as a result of reactivation of Herpes Simplex Type 1 virus. The reason of occurrence of affection in the facial nerve can be explained by that, facial nerve has a longer bone channel in comparison with other cranial nerves and bone channel, especially labyrinth segment has a narrow structure. In this case, focal paralysis case which applied to the emergency service and which was developed after squeezing abscess under the lip was presented.

THE CASE: 40 years old male patient has squeezed his abscess under the left lip by using his hand one day ago. He applied with the complaint of abirritation under the left lip and asymmetry on the face which developed the day after. He had Diabetes mellitus type 2 and hypertension in his history. His vital signs: Blood pressure: 130/100 mmHg, fever: 36,5 °C, SPO2: 98, pulse rate: 78 beats/min. Neurological examination: glasgow coma scale: 15, oriented, cooperated. In cranial nerve examination, motor deficit was detected in the left half of the lip. (FIGURE 1) His cerebellar tests were natural. In the skin examination, 1x1 cm hyperemic lesion was seen under the lip's left side. (FIGURE 1) Full blood, biochemistry, hemostasis and elisa tests were natural. No pathology was detected in the patient's unenhanced computed tomography scan of the head and diffusion MR. Opinion was received from dermatology department regarding skin lesion and the patient's lesion was evaluated as herpetic and 5 days of treatment with acyclovir 200 mg/ day was suggested. The patient was consulted by otolaryngology department regarding facial paralysis and 1 mg/kg/day prednol treatment was added the patient's treatment. His ambulatory treatment was regulated and he was discharged from the hospital. The patient was called for control after one week, his complaints have begun to remit the day after and he has recovered totally in 7 days.

FIGURE 1: Herpetic lesion and facial movements of the case



RESULT: Facial paralysis is one of the common causes of admission to the emergency service. It progresses generally facial asymmetry which affects both upper and lower lip. It may sometimes be dependent on observable causes as in our case, but sometimes a observable reason can 't be detected. Retraction of central reasons is important. The patient's follow-up after ambulatory treatment has to be done properly. As long as the underlying causes of the facial lesions are not identified, the patient has to apply to the polyclinic and be treated.

Referances

1. Herpes Simplex Virus İn İdiopathic Facial Paralysis (Bell Palsy) KK Adour, DN Bell, RL Hilsinger - Jama, 1975 - Jamanetwork.Com
2. Facial Nerve Paralysis Induced By Herpes Simplex Virus İn Mice: An Animal Model Of Acute And Transient Facial Paralysis T Sugita, Y Fujiwara, Ş Murakami... - Annals Of Otology ..., 1995 - Journals.Sagepub.Com

ORAL PRESENTATIONS 40

İleri Yaş Bireylerin Bisiklet Kazalarının Değerlendirilmesi

Uzm. Dr. Nihat Müjdat HÖKENEK¹

1 Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

Amaç

Bu çalışmanın amacı acil servise başvuran 55 yaş üstü hastalarda bisiklet kazalarının demografik özelliklerini ve sonuçlarını değerlendirmektir.

Yöntem

Çalışmada yöntem olarak 2019 haziran ağustos ayları arası 3 aylık dönemde bisiklet kazası nedeni ile acil servise başvurmuş 55 yaş üstü hastaların retrospektif taranması kullanılmıştır. Hastalar , yaş, cinsiyet, kaza tarihindeki yağış durumu, hafta içi veya haftasonu olmasına, gündüz ya da gece (08:00-17:00 veya 17:00-08:00) , mortalite ve travma bölgesine göre değerlendirilmiştir. Veriler JASP 0.10.2.0 programı ile analiz edilmiştir. Ki kare testi ve tanımlayıcı analizler kullanılmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında p<0.05 düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular

Çalışmamıza 59 hasta katıldı. Bunlardan 37'si (%62.712) erkek 22'si (37.288) kadın cinsiyetinde idi. Yapılan çalışmada hastaların yaş ortalaması 65.644±7.339 Tespit edildi. Çalışmamızda 17 hasta haftasonu, 42 hasta hafta içi kaza geçirmiş olarak bulundu. Hastalardan 46'sı gündüz (08:00-17:00) , 13 tanesi akşam (17:00-08:00) saatlerinde kaza geçirdiği anlaşıldı. Hafif yağmurlu ve sağnak olan birer gün tespit edilirken, bulutlu gün sayısı 31 , hiç yağış olmayan gün sayısı 24 tespit edildi. İncelediğimiz 59 hastadan 4 (%6.78) ünde kaza neticesi mortalite ile sonuçlanırken 55 (%93.22) hasta hayatta kalmıştır. Çalışmamızda yüz bölgesindeki yaralanmalarda hastalardan 3'ü (%5.085) frontal fraktür, 2'sinde (%3.39) nazal fraktür ve 2'sinde (%3.39) maxiller fraktür tespit edildi. Kazalardan 1'inde (%1.695) subdural hematoma gözlenirken 1'inde (%1.695) epidural hematoma, 2'sinde (%3.39) intraparakranial kanama , 5'inde (%8.475) kafa kemiği fraktürü izlendi. Vertabral incelemede 2 (%3.39) hastada lomber vertebra yaralanması izlendi. İncelemeye katılan hastalardan sadece 1'inde (%1.695) batin yaralanması o da barsak perforasyonu olarak izlendi. En sık yaralanmalar hastaların ekstremitelerinde izlendi. Üst ekstremitelerde el bilekte 8 (%13.559) , ön kolda 4 (%6.780) , dirsekte 4 (%6.780) , kolda 5 (%8.475) ve omuzda 3 (%5.085) hastada yaralanma izlendi. Alt ekstremitelere baktığımız zaman hastaların 7'si (%11.864) ayak bilek,

6sı(%10.169) kruris, 6sı(%10.169) diz, 2 si(%3.390) kalça ekleminde yaralanmış olarak tespit edildi.Torak yaralanması açısından hastalardan 1inde(%1.695) kot fraktürü, 1inde(%1.695) ise torasik laserasyon izlendi.Kaza sonucu mortalite ile sonuçlanan 4 hastada sırasıyla 2sinde(%3.39) intraparakimal kanama, 1inde(%1.695) subdural hematoma , 1inde(%1.695) epidural hematoma izlendi.Hastalarda mortalite ile gündüz gece, cinsiyet arası ilişki incelendiğinde anlamlı bir sonuca rastlanmadı($p>0.05$). Mortalite ile anlamlı ilişki sadece kranyal yaralanmalar ve hava durumunun bulutlu olması arasında saptandı($p<0.05$).

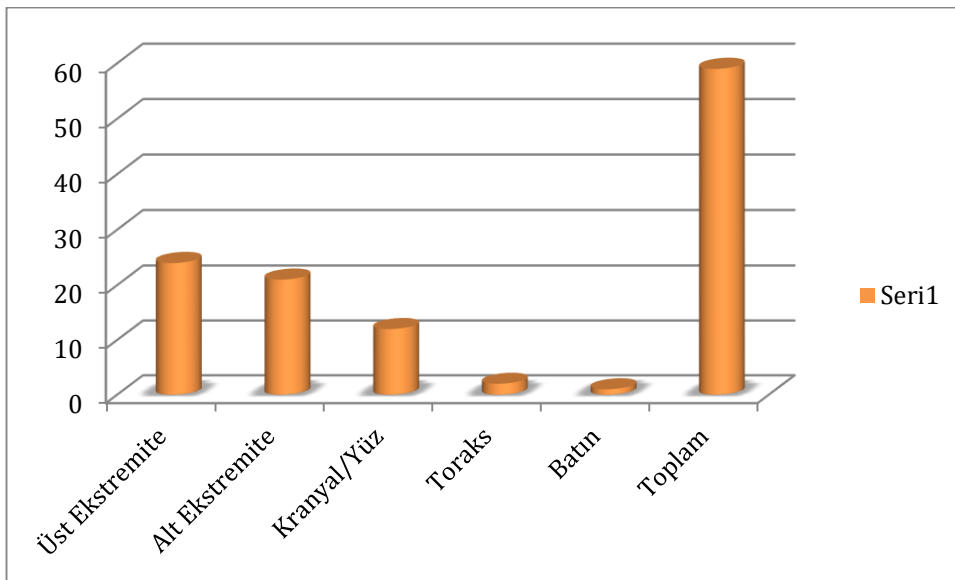
Sonuç

Acil servise bisikletten düşme nedeni başvuran 55 yaş üstü 59 hastayı incelediğimiz çalışmamızda 3 aylık veriyi kullanmış bulunmaktayız.Hasta sayısının azlığı, bazı değişkenlerin sadece 1 hastada görülmesi, çalışmamızdaki kısıtlılıklar olarak bahsedilebilir.

Bisiklete bağlı kazalar günden güne tüm dünyada artmaktadır(1).Bisiklet hem sağlık açısından faydalı olması, hem ekonomik bir yöntem olması ile toplumda yer edinmiş bir ulaşım aracıdır.Fakat çalışmalar her yaş grubunda bisiklet sürücüsü için kaza riskinin , araba sürücüsünden yaklaşık 7.4 kat yüksek olduğunu göstermiştir(2). Çalışmamız 55 yaş üzeri bisiklet sürücüsü kişilerin kaza , yaralanma ve hangi hava durumu, gün koşullarında kazaların yapıldığını araştırmak için yapılmıştır.

En sık yaralanma gündüz saatlerinde olmuştur.Bu durum bisiklet sürücülerinin genel anlamda gündüz saatlerini tercih etmesi ile de açıklanabilir.Yaralanmalar daha sık olarak hafta içi gerçekleşmiştir.Her ne kadar şehir insanları için hobi olarak bisiklete haftasonu binilse de , hafta içi 5 gün olması , haftasonunun 2 gün olması bu sonucu doğurmuş olabilir.

Hastalarda en sık gözlenen yaralanma görülen vücut bölgesi yaralanmaları benzer çalışmalarda olduğu gibi bizde de üst ekstremitelerde yaralanması olmuştur(2).Özellikle el/el bilek yaralanması 8 hastada, ayak ayak/ayak bilek yaralanması 7 hastada, sonrasında bacak ve dizde 6 şar hasta, kolda 5 dirsek ve ön kolda 4 hastada yaralanma tespit edilmiştir(Figür 1).



Figür 1:Yaralanma sıklığının vücut bölgesine göre dağılımı.

Hava durumu olarak bulutlu günler ile mortalite arasında anlamlı ilişki saptanması kazaların %52.54'ünün bulutlu günlerde olması ile ilişkilendirilebilir (Tablo 1). Çünkü bu durum yaşanan coğrafyadaki hava durum sıklığı ile de ilişkilidir.

Mortalite	Bulutlu		p	Total
	0	1		
Yok	24.000	31.000	55.000	
	43.636 %	56.364 %	100.000 %	
Var	4.000	0.000	4.000	
	100.000 %	0.000 %	100.000 %	
Total	28.000	31.000	59.000	
	47.458 %	52.542 %	0.029	100.000 %

Tablo 1:Mortalite ile bulutlu günler arasındaki ilişki.

Mortalite gözlenen her 4 hastanın da kranyal yaralanma sonucu vefat ettiği tespit edilmiştir.Yaşlı hastalarda travmatik beyin hasarından ölümler hali hazırda gençlerden daha fazla olduğu bildirilmiştir(3).Bu sonuç bizim çalışmamız ile koreledir.

Sonuç olarak çalışmamız 55 yaş üstü hastalarda mortalite ile kafa travması ve bulutlu hava durumu arasında anlamlı ilişki tespit etmiştir. Daha geniş popülasyonu içeren yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler:Bisiklet kazası, İleri Yaş, Travmatik beyin hasarı

Referanslar

1. Simmons E, Kay M, Ingles A, Khurana M, Sulmont M, Lyons W. Evaluating the economic benefits of nonmotorized transportation: case studies and methods for the nonmotorized transportation pilot program communities. United States. Federal Highway Administration. Office of Planning; 2015.
2. Kingma J, Duursma N, Duis HJT. The aetiology and long-term effects of injuries due to bicycle accidents in persons aged fifty years and older. Perceptual and motor skills. 1997;85(3):1035-41.
3. Dagher JH, Costa C, Lamoureux J, De Guise E, Feyz M. Comparative outcomes of traumatic brain injury from biking accidents with or without helmet use. Canadian journal of neurological sciences. 2016;43(1):56-64.

ORAL PRESENTATIONS 41

ACİL SERVİSE AKUT SOLUNUM YOLU PROBLEMİ İLE BAŞVURAN VE SİĞARA KULLANAN HASTALARIN SİĞARAYI İÇME DAVRANIŞI VE SİĞARAYI BIRAKMA NİYETİ

Uzm.Dr.Nazmiye Koyuncu¹ , Uzm.Fzt.Gönül Koyuncu², Uzm.Dr.Nihat Müjdat Hökenek³

- 1- Haydarpaşa Numune EAH Acil Tıp Kliniği, İstanbul/Türkiye
- 2- Sultan Abdulhamit Han EAH Fizik Tedavi Kliniği, İstanbul/Türkiye
- 3- Kartal Dr. Lütfü Kırdar EAH Acil Tıp Kliniği, İstanbul/Türkiye

Özet:

Giriş: Sigara bağımlılığı, tüm dünyada önlenabilir ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır. Tütün salgınına bağlı olarak 20. yüzyılda 10 milyon kişi ölmüştür. 2000'li yıllar ise geçmişten gelen risk yüküyle zirve yapmıştır. Dünya Sağlık Örgütü acil önlem alınmadığı takdirde, 2030 yılına gelindiğinde her yıl %80'i gelişmekte olan ülkelerden olmak üzere 8 milyondan fazla ölüm görüleceğini bildirmektedir.

Amaç: Bu çalışmanın amacı hastanemiz acil servisine sigaradan kaynaklanan veya sigara ile kötüleşen herhangi bir akut solunum yolu problemi ile başvuran ve sigara kullanmakta olan hastaların sigara içme davranışı, sigarayı bırakma niyetleri ile demografik ve klinik özelliklerini incelemektir.

Yöntem: Bu çalışma Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniğinde prospektif, gözlemsel bir araştırma olarak yapıldı. Çalışmaya bir aylık bir dönem içinde üst veya alt solunum yolu enfeksiyonu, KOAH akut atağı gibi akut bir solunum yolu şikayeti ile başvuran, sigara kullanan, çalışmaya alınma kriterlerine uygun tüm hastalar alındı. Kişinin yaş, cinsiyet gibi sosyodemografik özellikleri, sigarayı kullanım süresi, miktarı, daha önceki bırakma girişimleri gibi sigara içme davranışının özellikleri ve sigarayı bırakma niyetleri sorgulandı.

Bulgular:

Yetmiş dokuzu kadın (% 27,4) olmak üzere toplam 288 hasta çalışmaya alındı. Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 45+44'dir. Yetmiş sekiz hastanın (% 27) en az bir sistemik hastalığı vardı. Elli dokuz hastada (%20.5) ailede sigara ile ilişkilendirilen kanser hastası vardı ya da olmuştu. İki yüz on üç hasta daha önce en az bir sefer yardımcı ya da yarımsız sigara bırakma girişiminde bulunmuştu. Hastaların % 11 i günde 1-10 arası, %54'ü 11-20 arası, %20 si 20-30 arası ve %13'ü 30 sigaradan fazla içiyordu. Yirmi üç hasta (% 8) ölünceye kadar sigara kullanmaya devam edeceğini söylüyordu. %81 bir ara bırakmayı düşündüğünü ama o zamanın henüz gelmediğini söyledi. %10 hasta ise bu konu üstüne düşünmediğini belirtti.

Sonuç: Sigara ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Amerikan Acil Tıp Hekimleri Birliği ve diğer bazı kuruluşlar acil servislerde tedavi alan ve sigara kullanmakta olduğunu bildiren tüm hastalara acil serviste çalışan doktor ve hemşireler tarafından sigarayı bıraktırma danışmanlığı verilmesini önermektedir. Yapılan bazı çalışmalarda acil servislerde özellikle sigara ile ilgili veya sigaradan kötüleşen akut bir sağlık sorunu varlığında kişinin sigarayı bırakma niyetinde artış olduğu gösterilmiştir. Bu durumda acil servisten yapılacak sigarayı bıraktırma amaçlı görüşme gibi bazı girişimler hastaların sigarayı bırakma girişiminde etkili olabilecektir.

Anahtar kelimeler: Sigara, acil servis, niyet, solunum yolu problemi

ORAL PRESENTATIONS 42

0-18 yaş bisiklet travması nedeniyle acil servise başvuran hastaların demografik incelemesi

Avni Uygur Seyhan¹

1. Kartal Dr. Lütfi Kırdar SUAM Acil Tıp Kliniği, İstanbul, Türkiye

Amaç: Bu çalışmada, acil servise başvuran çocukluk çağı bisiklet kullanımına bağlı travma olguları değerlendirilerek hastaların demografik verilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmanın verileri Mart 2019 ve Mayıs 2019 tarihleri arasında Kartal Dr. Lütfi Kırdar SUAM Acil Tıp Kliniği'ne başvuran 491 bisiklet travmalı olgunun retrospektif olarak dosyalarının taranması sonucunda elde edildi. Bisiklet kazasına bağlı travmalı bu olgular yaş, cinsiyet, yaralanma şekli gibi faktörler açısından değerlendirildi. Elde edilen veriler formlardan bilgisayar ortamına aktarıldı. İstatistiksel inceleme için SPSS (Statistical Package for Social Sciences, version 15.0 for Windows) programı kullanıldı.

Bulgular: Acil servisimize bisiklet kazası nedeniyle başvuran 491 olgunun 175'i (%35.6) kız, 316'sı (%64.4) ise erkekti. Yaş ortalaması 8.38 ± 3.46 idi. Olguların çoğunluğu hafta içi (n:298) ve gündüz saatlerinde (n:363) acil servise başvurmuştu. Olgular intrakranyal kanama açısından incelendiğinde; 4 olguda subdural kanama, 1 olguda epidural kanama ve 1 olguda intraparakranyal kanama olduğu tespit edildi. Maksillofasiyal travması olan hastaların; 56'sında frontal kemik kırığı, 7'sinde zıgoma kırığı, 27'sinde mandibula ve 12'sinde maksilla kırığı görüldü. Spinal travma açısından değerlendirilen olguların; 10'unda servikal, 2'sinde torakal, 9'unda lomber vertebra hasarı tespit edildi. Ortopedik yaralanmalar açısından değerlendirilen hastaların ise; 2'sinde pelvis, 4'ünde klavikula, 32'sinde omuz, 54'ünde kol, 39'unda ön kol, 66'sında dirsek, 70'inde diz, 39'unda ayak-ayak bileği ve 1106'sında el-el bileği travması olduğu görüldü. Olgularımızın hiçbirinde batin içi solid organ yaralanması ve toraks travması mevcut değildi. Olgularımızdan hiçbirinde ölüm görülmedi.

Sonuç: Bisiklet kazaları sonucunda kafa travması, ekstremitte travması, abdominal ve ürogenital sistem travmaları gibi yaralanmalar, gidon yaralanmaları ve nadiren ölüm gerçekleşebilmektedir. Meydana gelen travmanın şiddeti yanında etkilediği sistem ve bunun sonucunda ortaya çıkan organ hasarları prognoz üzerine etkilidir. Bisiklet yaralanmalarında, bisikletten düşme sırasında olan sıyrıklar dışında büyük bir patoloji saptanamaz. Ancak karın, toraks ve üriner sistemdeki künt travmaların oluşturduğu hasar dıştan tahmin edilemeyecek kadar büyük olabilir. Bu nedenle bisiklet travmaları hiçbir zaman hastanın dış görünüşü dikkate alınarak önemsiz olarak değerlendirilmemelidir. Hastanın yakınmaları ve ayrıntılı klinik bakı ile tüm sistemler incelenmelidir. Taburcu edilecek hastaların kask, eldiven, gözlük, gibi koruyucu araçların kullanımı konusunda bilinçlendirilmesi sağlanmalıdır.

ORAL PRESENTATIONS 43

Useful Electrocardiogram Indexes For Predicting The Etiology of Dyspnea At Emergency Service

Alper Karakus, MD

Department of Cardiology, Besni State Hospital, Adiyaman, TURKEY

Objective

Revealing the etiology of dyspnea without by using echocardiography and NT-pro BNP in patients who admitted to the emergency department still remains a challenging clinical entity . The electrocardiogram (ECG) signs of right ventricular hypertrophy (RVH) may help to differentiate the diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and heart failure (HF) in patients

with complaints of dyspnea at emergency service. Therefore the aim of the study was to evaluate that recommended ECG criteria of RVH can predict etiology in patients with dyspnea.

Methods

A total of 145 consecutive patients with dyspnea were screened for this study. Thirty seven patients diagnosed with HF or COPD included in the analysis. R:SV1, R:SV1 > R:SV3, R:SV1 > R:SV4, ventricular activation time, and R:SV5 to R:SV1 parameters recommended by the AHA/ACCF/HRS for diagnosis of RVH on ECG were checked in all patients. Then, clinical assessment, laboratory examination, echocardiography and pulmonary function test were routinely performed. According to the diagnosis of dyspnea, 37 patients were divided into 2 groups: group 1, dyspnea with HF (n = 22) and group 2, dyspnea with COPD (n = 15).

Results

The following parameters were significantly different between group 1 and group 2. R:SV1 > 6 mm, R:SV5 > 10 mm, R:SV5 to R:SV1 > 10 (P ≤ 0.01). These parameters were significantly higher in the group 2 than in the group 1. Furthermore, the ROC analysis showed that all these parameters predict diagnosis in favor of COPD. The AUC values range from 50% to 67% (P ≤ 0.01 for all the parameters).

Conclusion

R:SV1, R:SV5 and R:SV5 to R:SV1 (ECG signs of RVH) may be useful for diagnosis in favor of COPD in patients with complaints of dyspnea at emergency service.

ORAL PRESENTATIONS 44

INCIDENTAL MEDIAN ARCUATE LIGAMENT SYNDROME

Adil Emre GEZER, MD1,2, Asst. Prof. Çağdaş YILDIRIM1,2, Assoc. Prof. Afşin Emre KAYIPMAZ2
1 Ankara Yıldırım Beyazıt University, Department of Emergency Medicine, Ankara, Turkey
2 Ankara City Hospital, Department of Emergency Medicine, Ankara, Turkey

INTRODUCTION: Median arcuate ligament syndrome (MALS) is also called celiac artery compression syndrome or Dunbar syndrome. Median arcuate ligament develops due to low blood flow to the gastrointestinal tract due to compression of the proximal celiac artery at the aortic outlet. Patients are usually asymptomatic. Symptomatic patients have increased epigastric pain with expiration, nausea, vomiting after meals and loss of weight. In this case report, we aimed to present a median arcuate ligament syndrome in a patient admitted to the emergency department after a traffic accident.

CASE: 22-year-old woman had a car accident two days ago. The patient was discharged from another hospital when no pathology was detected. The patient was admitted to the emergency department because of nausea, vomiting and epigastric pain after eating. On physical examination, vital signs were stable. Blood pressure: 120/70 mmHg, pulse: 72 beats / min, spo2: 99%. His abdominal examination revealed tenderness in the epigastric region. No defense or rebound was detected. Contrast-enhanced abdominal tomography was performed. Abdominal tomography revealed a median arcuate ligament syndrome that compresses the celiac artery (Figure 1). When the patient's history was deepened, it was learned that she had complaints of epigastric pain, nausea, vomiting and weakening after eating for many years and that he had been followed up in the gastroenterology polyclinic and had not been diagnosed. The patient was diagnosed as median

arcuate ligament syndrome on abdominal tomography and was discharged with the recommendation of general surgery control.

CONCLUSION: MALS is a rare clinical condition. It should be considered and treated in the differential diagnosis especially in the presence of epigastric pain, nausea and weakening in young patients. Celiac color Doppler USG, conventional angiography and multislice CT can be used for diagnosis.

Keywords: Median Arcuate Ligament Syndrome, Celiac Artery, Dunbar syndrome



Figure 1: White arrow indicates compression of median arcuate ligament on celiac artery

Referances

1. Clinical impact of collateral circulation in patients with median arcuate ligament syndrome Subin Heo, Hye Jin Kim, Bohyun Kim, Jei Hee Lee, Jinoo Kim, and Jai Keun Kim. *Diagn Interv Radiol.* 2018 Jul; 24(4): 181–186. 2018 Jun 25. doi: 10.5152/dir.2018.17514
2. A Study Of Incidental Findings Of Median Arcuate Ligament Syndrome Detected On Emergency Computed Tomography Of Abdomen *International Journal of Anatomy and Research* 4(2):2222-2226 · April 2016 with 66 Reads DOI: 10.16965/ijar.2016.182

ORAL PRESENTATIONS 45

A Rare Cause of Abdominal Pain in the Emergency Department

Faruk BU YU K, MD1,2, Asst. Prof. Çağdaş YILDIRIM1,2, Prof. Ayhan O ZHASSENEKLER1,2, Assoc. Prof. Afşin Emre KAYIPMAZ2, Asst. Prof. Gül Pamukçu GU NAYDIN1,2, Assoc. Prof. Gülhan Kurtoğlu ÇELİ K1,2, Asst. Prof. Fatih Ahmet KAHRAMAN1,2, Prof. Şervan GO KHAN1,2
1Ankara Yıldırım Beyazıt University, Department of Emergency Medicine, Ankara, Turkey
2Ankara City Hospital, Department of Emergency Medicine, Ankara, Turkey

INTRODUCTION: Portal vein thrombosis is a rare pathology that requires early diagnosis and treatment in symptomatic patients due to the risk of mesenteric ischemia. The underlying cause is usually myeloproliferative diseases. Sepsis, abdominal surgery, intra-abdominal infections, liver cirrhosis, primary or secondary liver tumors, hypercoagulability syndromes, connective tissue diseases and Behçet's disease are other causes of portal vein thrombosis. Treatment options vary from conservative anticoagulant therapy to surgical thrombectomy. In this case, we aimed to present a case of portal vein thrombosis in a patient with a history of intra-abdominal surgery.

CASE: 59-year-old female patient presented to our emergency department with complaints of abdominal pain and right flank pain. It was learned from her history that her complaints started one week earlier, increased in the upper middle and right upper parts of the abdomen, and there was no relationship with hunger. Her general condition was good, conscious and cooperative. Physical examination revealed epigastric and right upper quadrant tenderness. Other physical examination findings were normal. She had a history of operation 4 years ago due to urinary incontinence. Her chronic diseases were hypertension, diabetes and goiter. D-Dimer was 3. Other laboratory findings were within normal limits. Abdominal computed tomography of the patient revealed that; An acute thrombus extending from the main portal vein to the proximal of right and left lobar branches in liver was observed. In addition, thrombus leading to partial obstruction and diameter increase from confluence level to superior mesenteric vein lumen; thrombus leading to acute total thrombosis extending to ileocolic and left colic branches of superior mesenteric vein. (Figure 1). Patient was admitted to the general surgery service. During her 1 week stay in the general surgery department, she was started on enoxaparin and warfarin, and was discharged.

CONCLUSION: Portal vein thrombosis can cause abdominal pain and may have serious fatal consequences. Diagnosis can be made by Doppler imaging of portal vein in emergency department. Mesenteric vein obstruction and its complications should be ruled out in cases of acute PVT. Patients with these findings should be urgently consulted with general surgery. If patient has faint symptoms, good general condition, normal whole blood count and liver function tests and good oral intake, he/she can be followed by arranging anticoagulation therapy.

Keywords: Thrombosis, Portal vein, Superior Mesenteric vein

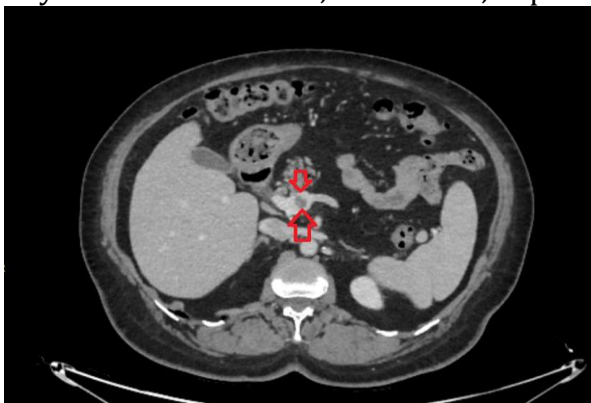


Figure 1: Red arrows indicate thrombosis in portal vein

Referances

1. Portal vein thrombosis in a child with essential thrombocythemia seven years after diagnosis. Chatterjee G, Yadav SP. *Pediatr Hematol Oncol*. 2019 Nov;36(8):510-513. doi: 10.1080/08880018.2019.1665153. Epub 2019 Nov 13.
2. Acute Portal Vein Thrombosis Diagnosed with Point-of-care Ultrasonography. Wells D, Brackney A. *Clin Pract Cases Emerg Med*. 2017 Jan 24;1(1):50-52. doi: 10.5811/cpcem.2016.11.32979. eCollection 2017 Mar.

ORAL PRESENTATIONS 46

ACİL SERVİSE BAŞVURAN AKUT SEREBROVASKÜLER HASTALIK TANILI HASTALARIN GERİYE DÖNÜK DEĞERLENDİRİLMESİ

Uğur Bilgay Kaya¹, Havva Şahin Kavaklı^{1,2}, Hakan Oğuztürk¹, Bilge Karaca¹

1. Ankara Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği
2. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp AD

Amaç: Akut Serebrovasküler Hastalık (SVH) yaşamı tehdit eden önemli acil durumlar arasındadır. Özellikle, SVH hasta grubunun %85'i gibi büyük bir kısmı iskemik SVH hastalarından oluşmaktadır. İskemik SVH hastalarında “zaman = beyin dokusu” bakış açısıyla hastalara yaklaşımları büyük önem taşımaktadır. İnme merkezi olarak çalışan hastanemizde acil servisimize başvuran SVH hastalarının geriye dönük inceleyerek raporlamayı amaçladık. Bu verileri paylaşarak gerek aile hekimlerinde, gerekse acil tıp sistemi içinde yer alan tüm sağlık personeli ve hekimlerde farkındalığın artırılmasını sağlayarak SVH hastalarının morbidite ve mortalitelerinin azaltılmasına katkıda bulunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Bu klinik çalışma 09.10.2019 ile 09.11.2019 tarihleri arasında acil servisimizde SVH tanısı kesinleşmiş ve yoğun bakım ihtiyacı olan toplam 44 vakanın geriye dönük bilgileri incelenerek yapılmıştır. Veriler SPSS istatistik programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmada yer alan 44 vakanın 21'i erkek ve 23'ü kadın hastalardan oluşmaktadır. Hastaların yaş ortalaması 73.65 ± 12.17 olup minimum 39 yaş ve maksimum 92 yaş olarak tespit edilmiştir. 37 hasta iskemik SVH grubunda iken; geri kalan 7 hasta hemorajik SVH grubunda yer almaktaydı. Tüm hastalara beyin tomografisi çekilmişken; 25 hastada ek olarak manyetik rezonans görüntüleme yapıldığı belirlendi. Hastaların %31.1'inin asetil salisilik asit (ASA), %11.1'inin varfarin, %6.8'inin ASA ile birlikte klopidoğrel, %4.5'inin apiksaban, %2.2'sinin enoxaparin kullanmakta olduğu tespit edildi. Hastaların %44.4'lük kısmının ise herhangi bir antiagregan veya antikoagülan ilaç kullanmadığı saptandı. 17 hastanın EKG'sinde atriyal fibrilasyon izlendi. Sadece iskemik SVH grubu açısından bakıldığında %40.5'inde atriyal fibrilasyon gözlemlendi. İskemik SVH grubunda %18.9 hastaya tromboektomi uygulandığı, %5.4 kısmına ise trombolitik verildiği belirlendi. Tüm hastaların %75.6'lık kısmına medikal tedavi verildiği, %15.6'lık kısmına tromboektomi yapıldığı, %4.4'lük kısmına trombolitik uygulandığı, %2.2'lik kısmına ise eksternal ventrikül drenajı yapıldığı tespit edildi. Hastaların acil başvuru sırasında SKB iskemik SVH grubunda 152.67 ± 28.54 , hemorajik SVH grubunda ise 195 ± 62.48 olup her iki grup arasında anlamlı istatistiksel fark saptandı ($p < 0.05$). Benzer şekilde iskemik SVH grubunda DKB 81 ± 17.76 iken, hemorajik SVH grubunda 105.71 ± 35.14 değerlerinde olup her iki grup arasında anlamlı istatistiksel fark saptandı ($p < 0.05$).

Sonuç: Serebrovasküler hastalıkların risk faktörlerinin kontrol altında tutulmasına dikkat edilmelidir. Tüm sağlık personelinin akut SVH yönetiminde hızlı ve uygun tedavi konusunda yüksek farkındalık ve iş birliği içinde olması önemlidir.

Anahtar kelimeler: serebrovasküler hastalık, iskemik, hemorajik

ORAL PRESENTATIONS 47

ACİL SERVİSTE SOLUNUM YETMEZLİĞİ HASTALARININ GERİYE DÖNÜK DEĞERLENDİRİLMESİ

Havva Şahin Kavaklı^{1,2}, Caner Hoyladı¹, Uğur Bilgay Kaya¹

1. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp AD
2. Ankara Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

Amaç: Solunum sıkıntısı ile acil tıp kliniklerine sık başvuru olmakta ve bu hastaların acil servislerde önemli bir oran oluşturduğu bilinmektedir. Hastanemiz acil servisine başvuran solunum sıkıntısı olan hastalarımızın kayıtlarını geriye dönük inceleyerek raporlamayı amaçladık.

Yöntem: Toplam 28 solunum sıkıntısı olan hasta çalışmaya dahil edildi, hasta kayıtlarının geriye dönük verileri alınarak SPSS istatistik programı ile analiz yapıldı.

Bulgular: Hastaların %57.1'i erkek, %42.9'u ise kadın hasta olarak saptandı. Hastaların yaş ortalaması 72.10 ± 12.02 olarak hesaplandı. Hastaların oksijen saturasyonu ortalama $\%68.10 \pm 27.81$; laktat ortalama 2.1 ± 1.77 olarak belirlendi. Tip 1 solunum yetmezliği hastaların %46.4'ünde, tip 2 solunum yetmezliği ise hastaların %53.6'sında olarak tespit edildi. Hastaların kronik hastalık öyküsüne bakıldığında %7.1'i KOAH, %10.7'si kalp yetmezliği, %3.6'sı KOAH ile beraber diğer kronik hastalıklara da sahip olan, %21.4'ü ise kalp yetmezliği ile beraber diğer kronik hastalıklara da sahip olan hastalardan oluştuğu izlendi. Tüm hastaların %42.9'u kırmızı alanda; %57.1'i ise sarı alanda tedavi aldığı saptandı. Hastaların %14.3'lük kısmı NIMV ihtiyacı, %3.6'lık kısmı IMV ihtiyacı olurken, geri kalan mekanik ventilasyon ihtiyacı olmadığı izlendi. Diğer medikal tedaviler yönünden bakıldığında %21.4'lük kısmı yalnızca bronkodilatör tedavi, %28.6'lık kısmı bronkodilatör tedavi ile beraber steroid tedavisi, %10.7'lik kısmı bronkodilatör tedavi ile beraber steroid ve nitrat tedavisi, %17.9'luk kısmı diüretik tedavi, %7.1'lik kısmı diüretik ve nitrat tedavisi ve geri kalan diğer tedavilerle yönetildi. Hastaların acilde kalma sürelerine bakıldığında, %42.9'unun 24 saatin üzerinde olduğu, %14.3'ünün 12-24 saat üzerinde kaldığı, %28.6'sının 6-12 saat arasında kaldığı, geri kalan hastaların ise 6 saat altında acil serviste kaldığı gözlemlendi. Hastaların son durumları incelendiğinde %35.7'lik kısmının yoğun bakım ünitesine yattığı, %21.4'ünün servislere yattığı, geri kalan grupta ise acil gözlemde tedavi edilerek taburcu edildiği ve 1 hastanın yaşamını yitirdiği tespit edildi.

Sonuç: Solunum yetmezliği hastaları acil servislerde sık karşılaşılan; mekanik ventilasyon ve yoğun bakım takibi gibi özellikli tedaviler gerektiren hastalardır. Bu hastaların acil servislerde kalma sürelerinin kalite ölçütlerinin dışında ve optimal olmaktan uzak olduğu görülmektedir. Bu hastaların yönetiminde yeni politikaların geliştirilmesi sonuçları iyileştirecektir. Acil serviste kalış sürelerinin azaltılmasına dair yeni politikaların geliştirilmesi acil servislerin yükünün azaltılmasına olanak sağlayacaktır. Ayrıca incelenen hastalardaki yoğun bakım ve servis yatış oranlarının fazlalığı, getirmiş olduğu iş yükü ve maliyet açısından kronik hastalıkların önlenmesi ile ilgili halk sağlığı politikalarının da ne kadar önemli olduğunun göstergesidir.

Anahtar kelimeler: solunum yetmezliği, mekanik ventilasyon, tedavi

ACİL SERVİSE BAŞVURAN SPİNAL TRAVMALI HASTALARIN GERİYE DÖNÜK İNCELENMESİ

Havva Şahin Kavaklı^{1,2}, Hasan Şahin¹, Yasin Doğan¹, Uğur Bilgay Kaya¹

1. Ankara Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği
2. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı

Amaç: Spinal travma hastaları gerek hastane öncesi, gerekse hastanelerdeki acil tıp klinikleri ve ilgili diğer klinikler açısından özenle yönetilmesi gereken hasta grubudur. Bu aşamalarda spinal travmalı hastaya uygun ve bilimsel yaklaşım kalıcı sakatlık ve ölümleri azaltacaktır. Travma merkezi işlevi gören hastanemizde acil serviste takip ve tedavi edilen spinal travmalı hastaları geriye dönük inceleyip raporlayarak paylaşmayı amaçladık.

Yöntem: Çalışma Ankara Şehir Hastanesi acil tıp kliniğine başvuran toplam 54 spinal travmalı hastaların verilerinin geriye dönük incelenmesi ile yapılmıştır. Veriler SPSS istatistik programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Toplam 54 hastadan 31'i erkek, 23'ü ise kadın olarak kaydedildi. Hastaların yaş ortalaması 52.79 ± 19.88 olarak tespit edildi. Hastaların %54.5'i yüksekte düşmeye bağlı travma, % 41.8'i araç içi trafik kazası, geri kalanı ise araç dışı trafik kazası sonucu spinal travmaya maruz kalmıştı. Hastaların spinal travmaları lokalizasyon yönünden incelendiğinde %12.7'lik kısmı izole servikal, %10.9'luk kısmı izole torakal, %50.9'luk kısmı izole lomber, % 16.4'lük kısmı ise torakolomber, %5.5'i ise servikotorakal vertebral travma olarak tespit edilmiştir. Hastaların radyolojik görüntülemelerinde %30.9'u vertebra korpus fraktürü, %18.2'si vertebra korpus fraktürü ve transver proses fraktürü, %43,6'sı ise izole vertebra transvers proses fraktürü, geri kalanları ise vertebranın diğer yapılarının fraktürü şeklinde saptandı. Hastaların % 90.7'si konservatif tedavi alırken, % 9.2'si operasyona alınarak tedavi edildi. Hastaların son durumlarına bakıldığında %58'lik kısmının acil gözlem sonrası taburcu olduğu, %32.7'sinin servise yattığını, %5.5'inin ise yoğun bakım ünitesine yatışının yapıldığı tespit edildi. Sadece 1 hastanın spinal travma dışındaki nedenler ile hayatını kaybettiği görüldü.

Sonuç: Spinal travma bakımı olay yerinden yoğun bakım şartlarına kadar bir zincirin halkaları gibi görülmelidir. Hem hastane öncesi hem de acil tıp klinikleri ve diğer ilgili kliniklerce yönetimleri hızlı ve uygun şekilde yapılmalıdır.

Anahtar kelimeler: spinal vertebra, travma, acil tıp

"Comparison of radiography and computed tomography in emergency department evaluation of ankle trauma"

Mustafa Avcı¹, Nalan Kozacı¹, Serkan Yuksel², Ibrahim Etli³, Yavuz Yilmaz¹

¹ University of Health Sciences, Antalya Education and Research Hospital; Department of Emergency Medicine, Antalya/Turkey.

² University of Health Sciences, Antalya Education and Research Hospital; Department of Radiology, Antalya/Turkey.

³ University of Health Sciences, Antalya Education and Research Hospital; Department of Orthopedics and Traumatology, Antalya/Turkey.

Aim: The aim of this study was to compare computed tomography (CT) and radiography (XR) images of patients presented to the emergency department with ankle trauma and undergone CT imaging, and to describe the fractures for which XR is insufficient and the characteristics of these fractures.

Materials and Methods: This retrospectively designed study included patients presented to the emergency department with ankle trauma between January 2016 and December 2017. Patients who had ankle trauma, who performed XR and CT imaging were included in the study. The XR and CT images were reinterpreted by a radiologist.

Results: Three hundred and sixteen patients were enrolled in the study. Of the patients, 137 (43.4%) had fracture on XR and 168 (53.2%) had fracture on CT. The most common bone fractures were detected lateral malleolus and distal tibia fractures. The sensitivity and specificity of XR in detecting fracture compared to CT were 75% and 93%, respectively (Table 1). Sixty-three (20%) of the patients had two simultaneous fractures. The sensitivity and specificity of XR in detecting two simultaneous fractures were 56% and 94%, respectively. Twelve (3.8%) of the patients had distal tibial, medial malleolus and lateral malleolus fractures (trimalleolar fracture). The sensitivity and specificity of XR in detecting trimalleolar fracture were 17% and 100%, respectively.

Table 1. The sensitivity and specificity rates of radiography to detect fractured bone.

Bone	Sensitivity %	Specificity %	AUC	95% CI
Distal tibia	57	97	0.771	0.700-0.843
Medial malleolus	63	98	0.807	0.716-0.897
Distal fibula	100	98	0.990	0.980-1.000
Lateral malleolus	58	97	0.780	0.7093-0.851
Talus	30	98	0.646	0.464-0.827
Calcaneus	71	99	0.852	0.764-0.940

AUC: area under the curve, CI: confidence interval

Conclusion: XR has a low sensitivity in identifying ankle fractures. The sensitivity is much lower in cases of two simultaneous fractures and trimalleolar fractures. Therefore, CT imaging should be preferred in patients with complex ankle injuries.

Key words: Ankle injury; computed tomography; emergency service, hospital; x-ray.

ORAL PRESENTATIONS 50

"Normotansif Bir Hasta Aort Diseksiyonu Olabilir mi?"

Mustafa Avcı¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Antalya, Türkiye

Giriş

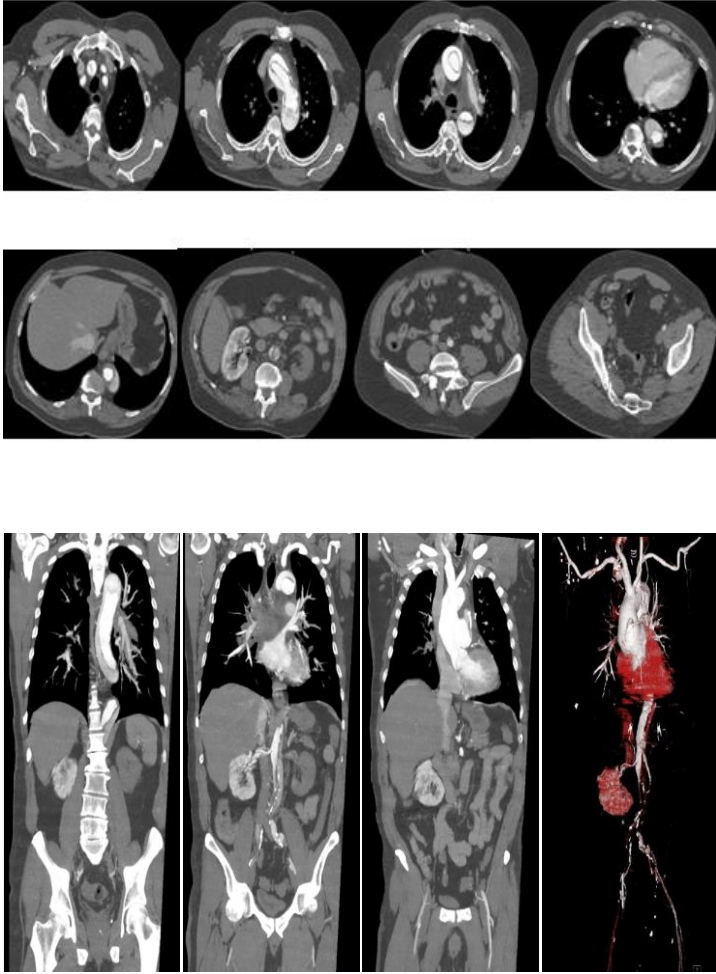
Aort diseksiyonu, aortun media tabakasının intima tabakasından ayrılmasıdır. Hızlı tanı ve tedavi gerektiren ve mortalitesi yüksek olan bir kardiyovasküler acildir. 50 yaş üzerinde ve erkeklerde daha sık görülmektedir.¹ Aort diseksiyonunun yıllık insidansı yaklaşık olarak milyonda 5-20'dir.² Kontrol altında olmayan hipertansiyon en sık nedendir.³ Etiyolojide yer alan diğer

nedenler; bağ doku hastalıkları, biküspid aort, aort koarktasyonu, bilinen aort anevrizması, gebelik, aortanın inflamatuvar ve dejeneratif hastalıkları, otoimmün hastalıklar, Turner sendromu, Noonan sendromu, polikistik böbrek ve künt karın travmasıdır.^{3,4} Aort diseksiyonu sınıflamasında kullanılan Stanford sınıflaması fonksiyonel etkilenmeyi, De Bakey sınıflaması ise diseksiyonun yayılımını gösterir. Stanford sınıflamasına göre aort diseksiyonları iki gruba ayrılır. Tip A asendan aortayı etkilerken tip B'de asendan aorta tutulmaz.^{5,6} De Bakey sınıflaması ise üç tipe ayrılır. De Bakey sınıflamasında Tip 1 ve 2 Stanford sınıflamasında tip A'ya denk gelir. Bu sınıflamalar hastalığın tanısı yanı sıra tedavi protokollerinin belirlenmesinde de kullanılır.⁴ Başlıca klinik, yırtılır tarzındaki çok şiddetli göğüs ve/veya bel ağrısıdır. Aort dallarının tutulmasına bağlı olarak alt ekstremitelerde duyu ve motor değişiklikler, karın ağrısı, iki kol arası kan basıncı farklılıkları ve ani kan basıncı değişiklikleri de görülebilmektedir.⁷ Ağrı olmaması (%10 olguda) ya da bazı kardiyak, nörolojik veya ekstremita iskemisi bulgularının varlığı şeklinde atipik bulgularla da kendini gösterebilir.⁸ Ekstremita nabızlarında farklılık vakaların %80'inde yoktur.

Aort diseksiyonlarında nörolojik komplikasyon gelişme sıklığının %2-8 arasında olduğu bildirilmiştir.⁶ Diseksiyonlarda perfüzyon bozukluğuna bağlı olarak myokard enfarktüsü, mezenter iskemisi, senkop, hipotansiyon, baş ağrısı, akut böbrek yetmezliği, bacak ağrısı, kolda monoparezi, inme ve paraparezi gelişebilir.^{4,6} Proksimal aortayı tutan diseksiyonlarda inme ön planda görülürken, distal aortayı tutan diseksiyonlarda spinal arterlerde ortaya çıkan dolaşım bozukluğu ile paraparezi daha sık görülür.⁶ Serebral perfüzyon bozukluklarına bağlı olarak hastalarda senkop ve bilinç değişiklikleri gelişebilir.^{6,9} Aort diseksiyonu tanı ve tedavide acil bir durumdur. İlk 24 saatte ölüm riski her saat başı %1 artar.^{5,10} Erken tanı ve tedavi mortalite ve morbiditeyi belirgin olarak azaltır.¹¹ Tanıda aortagrafi, manyetik rezonans görüntüleme, transtorasik-transözafagial ekokardiografi, dıanmik bilgisayarlı tomografi kullanılır.¹²

Olgu

62 yaş erkek hasta, 1 saat önce ani başlayan her iki omuzda, göğüste, karında ve sağ bacakta ağrı ve soğuk terleme şikâyeti ile başvurdu. Özgeçmişte hipertansiyon dışında özellik yoktu. Vital bulguları alındı; Tansiyon arteriyel: sol kol 120/80, sağ kol 110/80 mm/Hg, nabız: 105/dk, SaO₂: 98 ve ateş: 36,8°C saptandı. Fizik muayenede Glaskow koma skalası skoru: 15, bilinç açık, oryante koopere, nörolojik intakt, dört ekstremita nabızı dolgun ve eşit saptandı ve terleme dışında bulguya rastlanmadı. EKG: 103/dk, NSR idi. Kan testlerinde CRP: 6,2 mg/L, glukoz: 145 mg/dL, kreatinin: 1,4 mg/dL, kan üre azotu (BUN): 29 mg/dL, karaciğer fonksiyon testleri: olağan, WBC: 12,8 10³/mm³, hemoglobin: 12,3 g/dL, hematokrit: 38%, neutrofil: 8,3 10³/mm³ ve high sensitif troponin T: 127 ng/L saptandı. Hastanın yerinde anterior-posterior akciğer grafisi çekildi ve mediastende ve aort gölgesinde hafif düzeyde genişleme görüldü. Takibinde hastanın omuz ve karın ağrısı geçti, vücut sol yarısında uyuşma şikâyeti başladı ve sağ alt ekstremita olan ağrı daha da şiddetlendi. Hastanın ikinci fizik muayenesinde sağ alt ekstremitesinde akut arter tıkanıklığı bulguları ve vücut sol yarısında hafif düzeyde duyu kaybı tespit edildi. Kontrol tansiyon arteriyel sağ 110/70 ve sol 120/70 mm/Hg saptandı. Hastanın ekokardiyografisi bir kardiyolog tarafından yapıldı: Asendan aortada diseksiyon flebi ile uyumla görüntü izlendiği, orta düzeyde aort yetmezliği olduğu, sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonun % 65 olduğu ve perikardiyal effüzyon saptanmadığı rapor edildi. Kardiyolog acil operasyon için kalp ve damar cerrahisi ile görüşülmesini ve beta bloker tedavi başlanmasını tavsiye etti. Hastaya beyin ve kontrastlı toraks, tüm abdomen tomografisi taraması yapıldı: hastanın asendan, arcus ve desenden aortunu tutan, sağ arteria karotis communis'e ve sağ arteria iliaca communis'a ilerleyen, sol renal akımı bozan, renal arterler düzeyi altında akıma izin vermeyen aort diseksiyonu saptandı, hastanın sol böbreğinde kontrast tutulumu yoktu ve her iki arteria femoralis kolletarel akımlar ile doluyordu (Şekil 1). Kalp damar cerrahisi tarafından hasta operasyona alındı, operasyon başarılı geçti. Hasta post-op 6 gün yoğun bakımda ve 10 gün serviste takip edildi, sonrasında şifa ile taburcu edildi.



Şekil 1. Hastaya ait kontrastlı toraks ve abdomen tomografi taramasının aksiyal ve koronal görüntüleri.

Tartışma

Aort diseksiyonu hayatı tehdit eden acil bir tablodur. Hastalar sıklıkla çok şiddetli göğüs ve bel ağrısı tanımlar ve olgumuzun şikâyetleri içerisinde bilateral omuz ağrısı- göğüs ağrısı ve karın ağrısı vardı. En sık etiyolojik neden kontrolsüz hipertansiyondur. Olgumuzda hipertansiyon mevcuttu fakat başvuru anında hasta normotansifti. Yakınmalarının ağrı ile başlaması, saatler içerisinde monoparezi tablosunun oluşması olguda spinal etkilenmeyi düşündürdü. Olgu muhtemel paraparezi olabileceği fakat sağ alt ekstremitede akur arter bulguları olmasının nörolojik bulguları baskılamış olabileceği düşünüldü. Ekokardiyografisinde asendan aortada diseksiyon flebi ile uyumlu görüntü izlenmesi, toraks ve tüm abdomen tomografisi taramasında: hastanın asendan, arcus ve desenden aortunu tutan, sağ arteria karotis comminis'e ve sağ arteria iliaca communis'a ilerleyen diseksiyona ait görünüm ile hastaya aort diseksiyonu tanısı konuldu. Olgumuzda gelişen monoparezi tablosunun diseksiyona bağlı olarak ortaya çıkan spinal arterlerin beslenme bozukluğuna bağlı olduğu veya diseksiyonun sağ arteria karotis comminis'e ilerlemesine bağlı olabileceği düşünüldü.

Sonuç olarak aort diseksiyonunu acil servise tipik ya da atipik semptomlarla başvurabilir, bu durum tanının atlanmasına ve yüksek oranda mortaliteye neden olabilmektedir. Vasküler risk

faktörleri olan hastalarda göğüs, omuz ve bel ağrısı ile senkop, hipotansiyon, görme kayıpları, paraparezi ve akur arter tıkanıklığı bulgularının varlığı gibi semptomların bir arada olması durumunda aort diseksiyonu ayırıcı tanı içerisinde yer almalıdır.

Kaynaklar

1. Açıklın A, Satar S, Akpınar O, Kuvandık G, Sarı A, Kanadaşı M et al. Aort diseksiyonu: bir üniversite hastanesi acil servisine başvuran hastalarda iki yıllık klinik deneyim. Türkiye Acil Tıp Dergisi. 2005;5:32- 5.
2. Akpınar ÇK, Doğru H. Aortic Dissection Presenting with Ischemic Stroke: A Case Report. Turkish Journal of Cerebrovascular Diseases 2015; 21 (3): 200-203. doi: 10.5505/tbdhd.2013.52724
3. Hagan PG, Nienaber CA, Isselbacher EM, Bruckman D, Karavite DJ, Russman PL et al. The International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD): new insights into an old disease. JAMA. 2000;283:897-903.
4. Akgün FS, Turtay MG, Dişli OM, Oğuztürk H, Doğan M. Bacak ağrısıyla karakterize akut aort diseksiyonu Genel Tıp Derg. 2011;21:155-7
5. Imamura H, Sekiguchi Y, Iwashita T, Dohgumori H, Mochizuki K, Aizawa K et al. Painless acute aortic dissection; diagnostic, prognostic and clinical implications. Circ J. 2011;75:59-66
6. Mumcu S, Akgün M, Örken DN. Nörolojik Bozulma ile Baş Gösteren Aort Diseksiyonu Olguları Türk Nöroloji Dergisi. 2014; 20:51-3
7. Amaro S, Urrea X, Gómez-Choco M et al. Uric acid levels are relevant in patients with stroke treated with thrombolysis. Stroke 2011;42(1):28-32.
8. Heo SH, Lee SH. High levels of serum uric acid are associated with silent brain infarction. J Neurol Sci. 2010; 15;297(1-2):6-10.
9. van Zeggeren L, Waasdorp EJ, van de Worp BH, Meijer ST, Moll FL, de Borst GJ. Painless transient paraparesis as the solitary manifestation of aortic dissection. J Vasc Surg. 2011;54:1481-4
10. Golledge J, Eagle KA. Acute aortic dissection. Lancet. 2008;372:55-66.
11. Gaul C, Dietrich W, Erbguth FJ. Neurological symptoms in aortic dissection: a challenge for neurologists. Cerebrovasc Dis. 2008;26:1-8.
12. Balal M, Demir T, Bıçakcı Ş. An aortic dissection case presenting with paraparesis. Cukurova Med J 2017;42(1):200-202. DOI: 10.17826/cutf.280509

ORAL PRESENTATIONS 51

"The Measurement of Elderly Volunteers' Optic Nerve Sheath Diameters by Ocular Ultrasonography"

Mustafa Avcı¹, Nalan Kozacı¹, Erdal Komut², Seval Komut³, Gulsum Caliskan¹, Gul Tulubas¹

¹ Department of Emergency Medicine, University of Health Sciences, Antalya Education and Research Hospital, 07100, Antalya, Turkey

² Department of Radiology, Hitit University Medical School, 19040, Corum, Turkey

³ Department of Emergency Medicine, Hitit University Medical School, 19040, Corum, Turkey

Background and Aim: The optic nerve is a component of the central nervous system, and the optic nerve sheath is connected to the subarachnoid space. For this reason, intracranial pressure (ICP) increases are directly transmitted to the optic nerve sheath. Knowing the normal optic nerve sheath diameter (ONSD) range in a healthy population is necessary to interpret this measurement as a sign of intracranial pressure in clinical practice and research. In this study, we aimed to

determine the standard ONSD value in healthy adults aged 65 years of age or older who had not previously been diagnosed with a disease that could increase the ICP.

Materials and Methods: The right and left ONSD values and ONSD differences were compared, according to the gender of the patients. The patients were divided into 3 groups, according to their age. The age groups were assigned as follows: Group 1: 65–74 years of age; Group 2: 75–84 years of age; and Group 3: 85 years of age or older. The ONSDs and the ONSD difference between the left and right eyes of Group 1, Group 2 and Group 3 were compared.

Results: The study included 195 volunteers. The mean ONSD of both eyes was 4.16 ± 0.69 mm, and the difference between the ONSD of the left and right eyes was 0.16 ± 0.18 mm. There was no difference between genders in terms of right ONSD, left ONSD, mean ONSD and ONSD difference between the left and right eyes. There was no correlation between age and ONSD and ONSD difference. When the age groups and ONSD were compared, no difference was found between the groups (Table 1).

Table 1. Mean and standard deviation of the optic nerve sheath diameter in different age groups.

Age Groups	Right ONSD	Left ONSD	Mean ONSD	ONSD Difference
	Mean $\pm$ SD (mm)	Mean $\pm$ SD (mm)	Mean $\pm$ SD (mm)	Mean $\pm$ SD (mm)
	Min–Max (mm)	Min–Max (mm)	Min–Max (mm)	Min–Max (mm)
	%95 CI (LB–UB)	%95 CI (LB–UB)	%95 CI (LB–UB)	%95 CI (LB–UB)
P	0.981	0.907	0.964	0.522
65–74 (n = 104)	4.15 ± 0.69	4.20 ± 0.71	4.17 ± 0.69	0.15 ± 0.17
	2.4–5.9	2.6–5.9	2.5–5.8	0–0.7
	4.02–4.29	4.06–4.33	4.03–4.30	0.1–0.2
75–84 (n = 68)	4.14 ± 0.71	4.15 ± 0.71	4.14 ± 0.70	0.17 ± 0.18
	2.2–6.5	2.3–5.9	2.3–6.2	0–0.8
	3.97–4.31	3.98–4.32	3.97–4.31	0.1–0.2
>85 (n = 23)	4.12 ± 0.72	4.18 ± 0.67	4.15 ± 0.68	0.17 ± 0.19
	2.3–5.3	2.7–5.2	2.7–5.2	0–0.8
	3.81–4.43	3.89–4.47	3.85–4.44	0.1–0.2

ANOVA test, ONSD: optic nerve sheath diameter; P: significance level of the test; LB: lower bound; UP: upper bound.

Conclusions: In conclusion, the ONSDs of both eyes do not vary with age in healthy adults aged 65 years or older. ONSD does not vary between genders. The calculation of ONSD difference can be used to determine ICP increase.

Keywords: elderly population; emergency service; hospital; intracranial pressure; ocular ultrasonography; optic nerve sheath diameter; ONSD

ORAL PRESENTATIONS 52

"Variability of optic nerve sheath diameter in acute ischemic stroke"

Nalan Kozaci¹, Mustafa Avcı¹, Gulsum Caliskan¹, Serkan Yuksel²

¹Department of Emergency Medicine, University of Health Sciences, Antalya Education and Research Hospital, Antalya, Turkey

²Department of Radiology, University of Health Sciences, Antalya Education and Research Hospital, Antalya, Turkey

Background and Aim: Stroke is the third leading cause of death and the first cause of disability in the world. It holds an important place in hospital admissions and health expenses in the industrialized world. The aim of the study was to evaluate the relationship between optic nerve

sheath diameter and the findings of brain computerized tomography scans and brain diffusion-weighted imaging and investigate the variability of optic nerve sheath diameter measured by ultrasonography in acute ischemic stroke.

Methods: Patients who had acute ischemic stroke were included in Group A. Healthy adults were included in Group B as the control group. In addition, according to computerized tomography scans and diffusion-weighted imaging findings, Group A was divided into three subgroups. Patients with normal computerized tomography and diffusion-weighted imaging were included in Group 1, patients with normal computerized tomography and ischemic area on diffusion weighted imaging were included in Group 2, and patients with ischemic area on computerized tomography and diffusion weighted imaging were included in Group 3.

Results: A total of 100 patients were included in Group A and 100 healthy adults included in Group B. The optic nerve sheath diameter values of Groups A and B were 5.4 ± 0.6 and 4.2 ± 0.4 mm ($p < 0.001$), respectively (Table 1). The optic nerve sheath diameter cut off value for detection of acute ischemic stroke was determined as 4.7 mm. The sensitivity and specificity at this cut off value were determined as 89% and 90%, respectively (Figure 1). According to computerized tomography scans and diffusion-weighted imaging findings, there were 18 patients in Group 1, 56 patients in Group 2, and 26 patients in Group 3. Time from onset of symptoms to presentation to emergency department was shortest in Group 1 (3.0 ± 1.8 h). The widest optic nerve sheath diameter was calculated in Group 3 (optic nerve sheath diameter: 5.7 ± 0.6 mm).

Table 1. Comparison of ONSD values of Group A and Group B

Group	ONSD (mm)		ONSD difference(mm)	
Group A	5.4 ± 0.6	$P < 0.001$	0.29 ± 0.06	$P < 0.001$
Group B	4.2 ± 0.4		0.07 ± 0.06	

ONSD: optic nerve sheath diameter

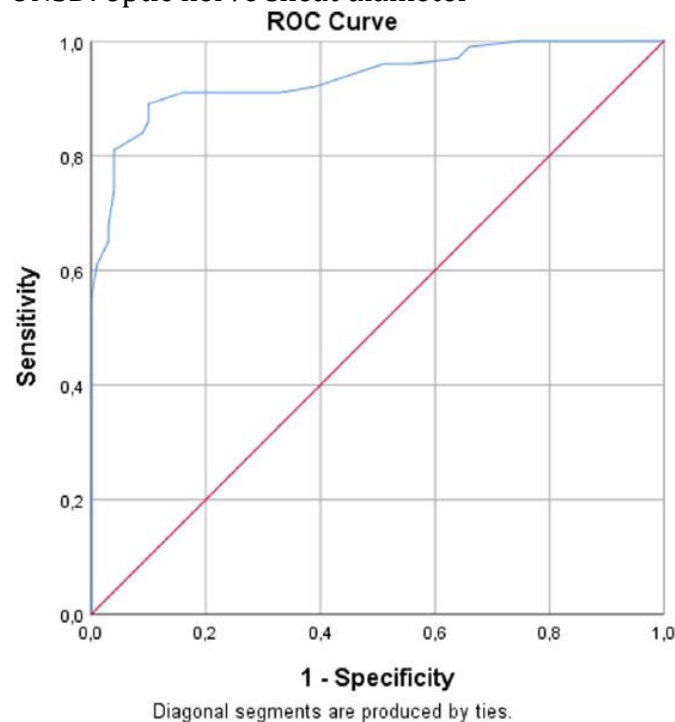


Figure 1. Receiver operating characteristic (ROC) curve of ONSD in acute ischemic stroke.

Conclusion: This study demonstrates that the optic nerve sheath diameter increases in acute ischemic stroke and it increases earlier than computerized tomography and diffusion-weighted imaging alteration occur. Therefore, optic nerve sheath diameter can be applied to assist the diagnosis of acute ischemic stroke with other imaging techniques with equivocal/negative results

and determination of appropriate treatment, especially in cases with normal computerized tomography scan and diffusion-weighted imaging.

Keywords: Acute ischemic stroke; computerized tomography; diffusion-weighted imaging; optic nerve sheath diameter

ORAL PRESENTATIONS 53

Aslıhan Mete Yıldırım¹, İsmail Okan Yıldırım²

Malatya Training and Research Hospital, Department of Internal Medicine, Malatya İnönü University Medical Faculty, Department of Radiology, Malatya

A rare cause of hypertension; Arteriovenous fistulas of the kidney

Introduction

Arteriovenous fistulas of the kidney are rare. they are classified as acquired or idiopathic. Acquired type often occurs after percutaneous nephrostomy or percutaneous needle biopsy procedures. arteriovenous fistulas are asymptomatic but a small number of them may develop heart failure and hypertension.

Case Report:

A 36 year old female patient admitted to the Emergency Service because of a severe headache. His physical examination findings were normal except for his blood pressure was 240/120 mmHg and his heart rate was 90 bpm. After giving 10 mg amlodipin and 4 mg cardura treatment in emergency conditions, the blood pressure was 150/100 mmHg during the night. the patient whose blood pressure levels did not reach normal range was referred to cardiology and internal medicine outpatient clinics for searching about the secondary hypertension. her plasma aldosterone, plasma renin and uriner catecholamine levels were normal. There was an increase in systolic flow velocity in doppler ultrasonography for renal artery stenosis and no significant stenotic segment was observed. The patient who had a history of renal biopsy 1 week ago was decided to undergo renal angiography. renal angiography showed fistula tract between the left interlober artery and renal vein. fistula. The fistula line was closed by endovascular coil embolization in the same session. Her blood pressures reach normal levels in the follow ups after the procedure in the same day without any antihypertensive treatment.

Discussion:

Acquired arteriovenous fistulas can lead to ischemia by reducing kidney circulation. this can lead to an increase in renin secretion, leading to a sudden onset of blood pressure in 40% of patients. renal arteriovenous fistula should be considered in hypertensive patients with a history of renal intervention. endovascular coil embolization is an effective treatment modality.

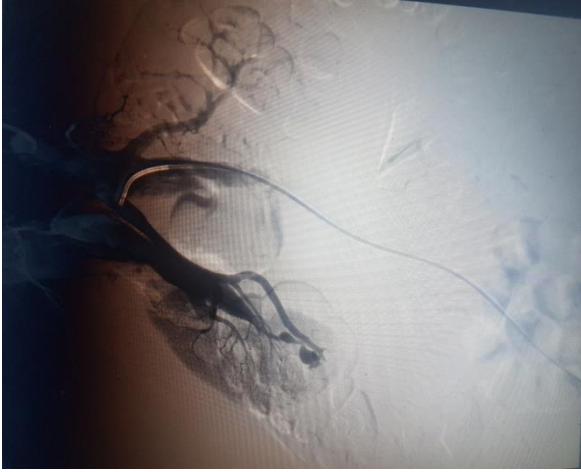


Fig 1. Angiogram shows renal arteriovenous fistula



Fig 2. After coil embolization

ORAL PRESENTATIONS 54

CAUTION to FAKE ALCOHOL

Miray Tümer¹ Specialist (S.) Emergency Medicine (E.M.), **Ahmet Burak Erdem¹** S.E.M., Habibe S. Özensoy¹ S.E.M., Hakan Oğuztürk Professor Doctor E.M.

1.Ankara Şehir Hastanesi - ANKARA

Introduction:

Methanol intoxication is a common condition observed after failed suicide attempts via oral methyl alcohol intake¹. In addition, cases of methanol poisoning may be encountered due to the consumption of alcohols produced illegally.

In this report, acute methanol intoxication due to the consumption of illegally produced alcohol resulting in blurred vision, abdominal pain and death will be discussed².

Case:

A 43-year-old male patient was admitted to our emergency room with abdominal pain. Patient stated loss of vision approximately 12 h drinking 200 cc of a home-made alcoholic beverage. At the time of admission, patient was mentally incapacitated and confused. His vital signs were

determined to be as follows: blood pressure 90/70 mmHg, heart rate 130 /min, SpO2 87%, pH: 6.65 in blood gas; HCO³⁻ : 2.7, base deficit: -34.6, blood glucose: 507 mg/dl, urea: 41 mg/dl, creatinine :2.1 mg/dl, AST: 523 IU/L, ALT: 649 IU/L, LDH 1049, Amylase: 243, leukocyte: 23900 /mm³. Ethanol level was measured to be within normal range (<132 mg/dl). Patient was diagnosed with methanol intoxication. He was intubated. The patient was urgently hemodialyzed. NaHCO₃ was given to the patient at 1 mEq/kg, in the follow-up, 10% by volume ethanol aqueous solution was given to the patient intravenously (IV). Subsequently, IV ethanol infusion treatment of 1.5 ml/kg.h was applied.

Patient was continuously treated in the intensive care unit and died on the fifth day of hospitalization.

Result:

Methanol is metabolised to toxic metabolites such as formaldehyde and formic acid following ingestion. Symptoms of acute methanol intoxication usually occur within 12-24 h of methanol uptake. Methanol poisoning has been reported to cause loss of vision, coma, severe metabolic acidosis and death when untreated³.

Emergency physicians should consider the possibility of methanol intoxication in patients with inadequate anamnesis, lack of consciousness, metabolic acidosis, increased anion deficit and neuro-ophthalmologic findings and should start treatment appropriately.

References:

1. Blanco M, Casado R, Vazquez F, Pumar JM. CT and MR imaging findings in methanol intoxication. Am J Neuroradiol 2006;27:452-4.
2. Halavaara J, Valanne L, Setälä K. Neuroimaging supports the clinical diagnosis of methanol poisoning. Neuroradiology 2002;44:924-8.
3. Nurieva O, Kotikova K. Severe Methanol Poisoning with Supralethal Serum Formate Concentration: A Case Report. Med Princ Pract 2015;24:581-583

ORAL PRESENTATIONS 55

Öksürük ile gelen akciğer infiltrasyonlu hastada enfeksiyon veya inflamasyon ayrımı bazen çok zor olur.

Selma Aydoğan Eroğlu, başasistan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Giriş:

Öksürük en sık gözlenen solunumsal şikayettir. Aile hekimleri veya acil servislere başvuran hastalarda, öksürük ve akciğer grafisinde infiltrasyon olduğunda diğer bulgular eşliğinde enfeksiyon veya inflamasyon kaynaklı olup olmadığı değerlendirilir. İnterstisyel akciğer hastalığı (sarkoidoz dahil) inflamatuvar akciğer hastalığı olup çoğunlukla pnömoni tanısı ile enfeksiyon hastalığı olarak tedavi edilir. Her iki durumda tedavi birbirinden farklı iken, hekimlere tedavi kararında çok hızlı yardımcı olabilecek rutin tetkikler için olumlu bir veri paylaşılmamıştır.

Amaç:

Çalışmada göğüs hastalıkları dal eğitim hastanesi polikliniğine öksürük yakınması ile başvuran interstisyel akciğer hastalığı (İAH, sarkoidoz) tanısı olan hastaların ve pnömoni hastaların rutin kan tetkiklerinin enfeksiyon ve inflamasyon ayırımında hekime yol gösterici olup olmadığı araştırıldı.

Yöntem:

Geriye dönük gözlemsel kesitsel çalışma kurgusunda, göğüs hastalıkları eğitim dal hastanesinde 1 ocak 2016 ve 31 mayıs 2019 tarihleri arasında bir göğüs hastalıkları hekiminin poliklinikte baktığı öksürük yakınması ile gelen interstisyel akciğer hastalığı (İAH, sarkoidoz) ve pnömoni tanısı alan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, hemogram değerleri, bakılan biyokimya değerleri, C-reaktif protein değerleri kayıt edildi. Hemogramda nötrofil mutlak değeri lenfosit mutlak değerine bölünerek nötrofil lenfosit oranı (NLO); platelet sayısını lenfosit sayısına bölerek platelet lenfosit oranı (PLO) ve platelet (PLT) sayısını ortalama platelet hacmi (MPV) ne bölerek PLT/MPV oranı hesaplandı. Hastaların inflamasyonlu (İAH, Sarkoidoz) ve enfeksiyonlu (Pnömoni) olmasına göre 2 grup oluşturuldu. Grupların demografik özelliklerine göre NLO, CRP değerleri karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışma döneminde 1745 tetkik istenen hasta arasından inflamasyon grubunda İAH-Sarkoidoz tanılı 212 (Erkek 64, %30.2) ve enfeksiyon grubunda pnömoni tanılı 189 hasta (Erkek 110, %58.2) çalışmaya alındı. İnflamasyon ve enfeksiyon grubunda ortalama yaşlar sırasıyla 56 (45-65) ve 60 (43-73) (p=0.007) idi. Tablo 1 de grupların lökosit, PLT/MPV, NLO, PLO ve CRP değerleri özetlendi. Her iki grupta ki değerler benzer bulundu.

Tablo 1. Öksürük yakınmalı hastalarda enfeksiyon ve enfeksiyon dışı nedenlerde inflamatuvar belirteçler									
	Çalışma Grupları								p değeri
	İAH ve Sarkoidoz				Pnömoni				
	N	Ortanca	25%	75%	N	Ortanca	25%	75%	
Lökosit	171	7,80	6,10	9,50	152	8,20	6,54	10,08	0.31
MPV	171	8,30	7,70	9,00	151	8,40	7,60	9,10	0.80
PLTMPV	171	31,20	23,69	40,76	151	33,19	25,91	42,63	0.21
NLO	170	2,42	1,76	3,56	146	2,42	1,85	3,83	0.50
PLO	170	133,01	105,45	183,33	140	135,19	102,71	181,84	0.65
CRP	66	8,0	3,2	15,8	74	9,1	3,2	22,1	0.62

Sonuç:

Polikliniğine öksürük yakınması ile başvuran, hastaneye yatırılması gerekmeyen interstisyel akciğer hastalığı (İAH, sarkoidoz) ve pnömonisi olan hastaların rutin kan tetkiklerindeki lökosit, CRP, NLO, PLO gibi bio-belirteçler enfeksiyon ve inflamasyon ayırımında hekimlere yol gösterici olmayabilir. Hastaların klinik durumlarında ciddiyet arttığında, hastaneye yatırımları gerektiğinde inflamatuvar belirteçlerin inflamasyon ve enfeksiyon ayırımında yol gösterici olup olmadığı araştırılabilir.

TIROİD NODÜLLERİNDE İNCE İĞNE ASPIRASYON BİYOPSİSİ SONUÇLARIMIZ

ORHAN ÇİMEN¹

¹Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD

AMAÇ:

Tiroid nodülleri toplumda yaygın olarak görülmektedir. Erişkin nüfusun %10'a yakınında fizik muayene ile tiroid nodüllerini tespit etmek mümkündür. Tiroid ultrasonografi görüntüleme yöntemi ile , nüfusun yarıya yakınında tiroid nodülü tespit etmek mümkündür. Tiroid nodüllerini irdelemekdeki ana neden, tiroid nodüllerinin %5 kadarında mevcut olan var olan malignite potansiyelini berteraf etmektir. Tiroid ince iğne aspirasyon biyopsisi tiroid nodülünün malignite potansiyelinin tetkik edilmesinde vazgeçilmez bir yöntem olup,tiroid hastalarına uygulanacak tedavi yönteminin belirlenmesinde önem arz etmektedir. Retrospektif olarak gerçekleştirdiğimiz çalışmamızda ,tiroid ince iğne aspirasyon biyopsisi sonuçlarımızın patolojik sınıflandırmasını yaparak başarı oranını araştırmayı amaç edindik.

YÖNTEM:

Son beş yılda fakültemiz hastanesinde ultrasonografi eşliğinde alınarak patoloji labaratuvarımızda incelenen tiroid ince iğne aspirasyon materyallerinin patoloji sonuçları sınıflandırıldı.

BULGULAR:

Çalışmaya dahil edilen toplam 2124 olgunun 1387 sinin benign, 487 sinin non diagnostik, 118 sinin önemi belirsiz atipi veya önemi belirsiz folliküler lezyon, 9 unun folliküler neoplazi veya folliküler neoplazi şüphesi,98 inin kuşkulu sitoloji, 29 unun malign sitoloji olarak rapor edildiği tespit edildi.

SONUÇ:

Tiroid ince iğne biyopsi sonuçlarımızın , çalışmaya dahil edilen olgulardan sadece %22,9 da non diagnostik olarak rapor edildiği, %87,1 olgu olası malignite potansiyelleri hakkında fikir verdiği, tedavi yönteminin belirlenmesinde etkili olduğu sonucuna varıldı. Gerek biyopsilerin tek hekim tarafından yapılamaması, gerek biyopsi materyallerinin tek hekim tarafından incelenememesi,gerek ise cerrahi tedavi uygulanan tüm olguların hastanemizde cerrahi tedavilerinin yapılmaması nedeni ile biyopsi sonuçlarının karşılaştırılamaması sebeplerinden ötürü daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

OLGU SUNUMU-NÖROLOJİK MOTOR DEFİSİT İLE GELEN HASTADA İCA DİSEKSİYON SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ DR.LÜTFİ KIRDAR KARTAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ACİL TIP ANA BİLİM DALI

*Serdar Hekimsoy, Nurhayat Başkaya, Münire Hande Gölgeli, Avni Uygur Seyhan

GİRİŞ

Acil servise başvuran hastaların %5'inin nörolojik semptomları vardır.Nörolojik aciller uzun ve kısa dönem sonuçları bakımından oldukça yıkıcıdır.Nörolojik kliniği olan bir hastanın tanı ve tedavisi en kısa zamanda konulmalı ve gelişmiş merkezlere transferi yapılmalıdır.

OLGU

Gece sol kolda uyuşma ile acile gelen hasta semptomları iki saat önce başlamış.Hastanın gelişinde GKS:12 TA:150/80 KŞ: 270..Dakikalar içinde bilinç bulanıklığı daha da derinleşen hasta kırmızı alana çekiliyor.Kırmızı alanda GKS:5 hasta solunum yolu güvencesi açısından entübe ediliyor.Beyin BT'de akut hemorajik hadise yok.Çekilen Bt anjiografide sağ servikal ICA disseksiyonu??

TARTIŞMA VE SONUÇ

Acil servise nörolojik defisitle başvuran hastanın nörolojik aciliyeti belirlenmeli tanı koyulmalı ve en kısa zamanda tedavisine başlanmalıdır. Nörolojik defisitle gelen hastanın kliniğinin birden fazla nedene bağlı olabileceği unutulmamalıdır.

ORAL PRESENTATIONS 58

OLGU SUNUMU-ANTİBİYOTİK KULLANIMI SONRASI VÜCUTTA DÖKÜNTÜ STEVENS-JOHNSON SENDROMU

SBÜ,İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi

*Serdar Hekimsoy, Rohat Ak, Münire Hande Gölge, Avni Uygur Seyhan

GİRİŞ

Stevens-Johnsons Sendromu (SJS) yüksek ateş, pürülan konjunktivit, eroziv stomatit ve jeneralize ekzantemli cilt lezyonları ile karakterize bir hastalıktır.Hastalık tüm yaş, ırk ve cinsiyeti tutabilir. Stevens-Johnsons Sendromu'nun insidansı milyonda 1.2 olarak bildirilmiştir.

OLGU

Acil servise iki gün önce aldığı antibiyotik sonrası gelişen vücutta daha çok sırtta ve göğüste yaygın olan döküntü şikayetleriyle gelen hasta.GKS:15 TA:197/98 NABİZ:100 ATES:37 SAT:96 Fizik Muayenesinde Uvula ödemi yok, Akciğer seslerinde ral ronküs brokospazmı yok, vücutta yaygın döküntü. Dermatolojik acillerinden STEVENS-JOHNSON sendromu düşünülen hasta dış merkez dermatoloji kliniğine yatırıldı.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Acil servise vücutta döküntü ile gelen hastalarda anamnez iyi alınmalı yakın zamanda ilaç alımı sorgulanmalı dermatolojik aciller her zaman aklımızın bir köşesinde olmalı.



ORAL PRESENTATIONS 59

OLGU SUNUMU- ACİL SERVİS'E TRİGEMİNAL NEVRALJİ SEBEBİYLE BAŞ AĞRISI İLE GELEN HASTANIN TAKİBİNDE AKUT İSKEMİK SVH GÖRÜLMESİ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi
*Münire Hande Gölgeli, Serdar Hekimsoy, Egemen Sav, Avni Uygur Seyhan

GİRİŞ

Trigeminal Nevralji, paroksizmal seyreden sinir trasesi boyunca kısa elektrik çarpar gibi olan ve acil servislere sık başvuru sebebi olan bir kronik baş ağrısı tipidir. Tek taraflı, kısa şimşekvari ağrılar ile karakterize, ani başlayıp ani sonlanan ve trigeminal sinirin bir veya iki dalının dağılım alanı ile sınırlı yani yüzde altında ve elmacık kemikleri etrafında veya çene çevresinde tek yanlı bir durumdur. Ağrı genelde yüz yıkama, traş olma, sigara içme, konuşma ve/veya diş fırçalama (tetik faktörler) gibi önemsiz uyaranlarla ortaya çıkabildiği gibi, sıklıkla kendiliğinden de olabilir. Tedavide Karbamezapin, Oksakarbazepin kullanılabilir.

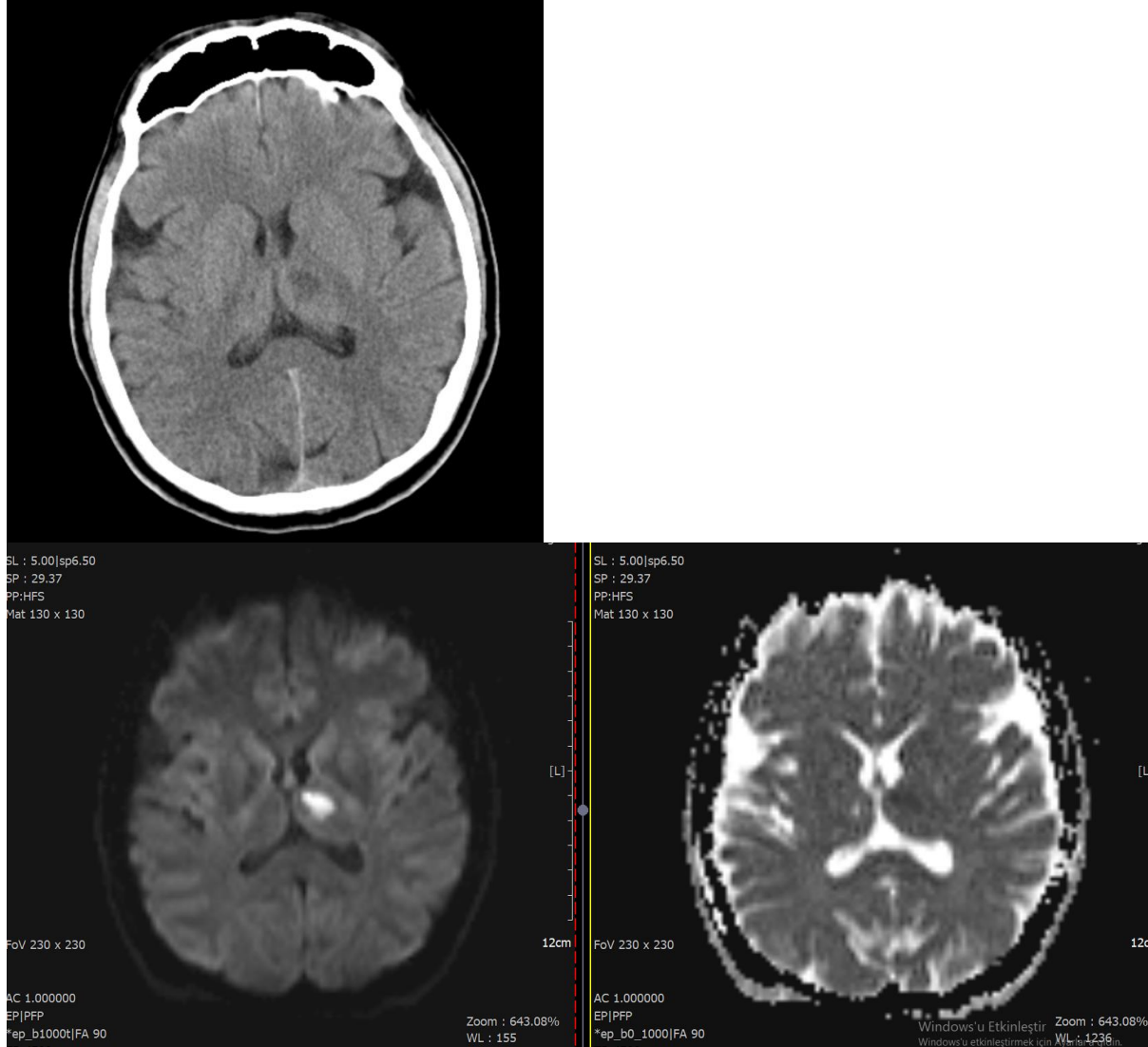
OLGU

40 yaşında erkek hasta bilinen trigeminal nevralsi hastası acil servisimize şiddetli baş ağrısı şikayeti ile ayaktan başvuruyor. Özgeçmişinde trigeminal nevralsi dışında hastalık öyküsü yok. GKS:15 oryante ve koopere olan hastanın vital bulguları, tansiyonu 130/80 mmHg, nabız 98, oda havası saturasyonu 99, parmak ucu ölçülen kan şekeri 101, ateşi ise 36 derecedir. Nörolojik Muayenesinde ense sertliği yok, ataksi yok, ekstremitelerde motor ve duyu defisit izlenmemekte diğer sistem muayeneleri doğal. Laboratuvar bulgularında hemogram 13.8 , WBC:10, CRP:3.2 , INR:1 olmak üzere diğer laboratuvar bulgularında da akut patolojik bulgu izlenmedi. Hastaya acil servis sarı alanda analjezik tedavi uygulandı takibe alındı. Analjezi ile semptomları gerilemeyen kusması olan ve takibinde motor afazisi olan hastaya akut iskemik svh açısından yaklaşıldı. Çekilen beyin tomografisinde akut hemorajik patoloji olmayan hastaya nöroloji konsültasyonu

istendi. Sol talamik bölgede akut difüzyon kısıtlılığı çekilen difüzyon MR ile tespit edilen hastanın NHISS skoru 4-5 bt anjiosu çekildi, trombektomi yapılan hasta hastanemiz nöroloji servisine interne edildi.

SONUÇ VE TARTIŞMA

Baş ağrısı tüm acil servis başvurularının %3-5'ini oluştursa da sadece az bir kısmının altında hayatı tehdit edici sebepler yatmaktadır. Nörolojik semptom ile acil servise başvuran hastalarda akut hadiseler için özellikle allert olmak gerekmektedir. Hastaların başvuru semptomları düzelmeden externasyon düşünülmemeli, gerekli takip süresi sağlanılmalıdır.



ORAL PRESENTATIONS 60

Evaluation of CURB-65 Scoring System In Community-Acquired Pneumonia In The Emergency Department

Emre GÖKÇEN¹, Sevilay VURAL¹, Levent ALBAYRAK¹

¹ Department of Emergency Medicine, Faculty of Medicine, Yozgat Bozok University, Yozgat, Turkey

Introduction: Community-acquired pneumonia is an out-of-hospital pulmonary parenchymal infection that develops during daily life and is an important cause of morbidity and mortality in

adults (1). Although the incidence varies with age, it is more common in very young and advanced ages (2). Some studies have identified an increase in the incidence and mortality of community-acquired pneumonia as age increases. In the United States, it has been reported that the expenditure for the treatment of community-acquired pneumonia exceeds \$ 12 billion per year (3). For community-acquired pneumonia; risk factors that facilitate the occurrence, weighting factors that increase mortality and criteria requiring hospitalization have been defined. In addition, some scoring systems are used to determine the hospitalization indications and progress of the patients. Although these rules are helpful, they are not considered to be of higher priority than physician judgement(4). On the other hand, due to the difficulties experienced in diagnosis and treatment, patients have to be unnecessarily hospitalized and have to receive excessive treatment. In order to minimize the problems experienced in this diagnosis and treatment, various pneumonia grade scoring and treatment guidelines are published. In Turkey, the Turkish Thoracic Society first published a guideline for diagnosis and treatment of pneumonia in 1998 which was updated in 2002 and 2009 (5). In this study, we aimed to evaluate the effectiveness of CURB-65 scoring system in discharge and hospitalization and its use in clinical practice.

Material method: Patients older than 18 years of age who were admitted to the emergency department (ED) of our hospital between November 2019-November 2018 and diagnosed as pneumonia were retrospectively analyzed. The diagnosis of community-acquired pneumonia (CAP) was made in accordance with the Turkish Thoracic Society Adult Diagnosis and Treatment Consensus Report (TTD-TGP-UR). Patients included in the study were grouped by calculating their CURB-65 scores. Demographic data such as age, sex and comorbidity were recorded. Disposition status of the patients from ED were recorded. Curb-65 score, disposition status and demographic data of the patients were analyzed comparatively. Cases with stenosis or aspiration-induced pneumonia, active malignancy and chemotherapy or radiotherapy were excluded. Patients with a history of hospitalization within the last 4 weeks were excluded from the study. Statistical analysis of the data obtained from the study was performed using IBM SPSS Statistics 22.0 software (SPSS Inc, Chicago, IL, USA). Variables were expressed as averages with standard deviation or median at interquartile intervals.

Results: Eighty-eight (57%) male and 36 (43%) female patients with a mean age of 51.4 ± 15.6 years were included in the study. The most common comorbidities associated with pneumonia were chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in 28 (33.3%) cases, hypertension (HT) in 23 (27.4%) and diabetes mellitus (DM) in 18 (21.4%), coronary artery disease (CAD) in 13 (15.5%), and chronic renal failure (CRF) in 8 (9.5%). The presence of comorbidities was observed in 85% of the patients who received ICU hospitalization. According to CURB-65, 19 (22.6%) cases were in group 0, 24 (28.6%) in group 1, 26 (31%) in group 2, 7 (8.3%) in group 3, 5 (6%) in group 4 and 3 (3.6%) in group 5. ICU hospitalizations were 8% of the second group, 86% of the third group, and 100% of the 4th and 5th groups according to CURB-65 classification. When CURB-65 was taken into consideration, 75% (41) of the patients hospitalized due to pneumonia were recommended as inpatient treatment and 25% (14) of them were considered to be outpatient treatment. According to the CURB-65 scoring, the mean age was 41 ± 10.2 in the first group, 62.7 ± 10.2 in the second group, 62.71 ± 10.7 in the third group, 66.6 ± 7 in the fourth group and 71 ± 6.1 in the fifth group.

Discussion: Pneumonia in the community is more common in socioeconomically developing countries and its incidence is 20-30% in developing countries and 3-4% in developed countries. Although the incidence of the disease varies depending on age, it increases significantly in very young and old individuals. (2, 6). An increase in the number of comorbidities with aging is expected. Studies have shown that comorbid diseases varying between 33.3% and 54% in patients with CAP. These values increase between 79.2% and 82% in patients with CAP requiring ICU treatment. (7). In our study, this rate was 85% in the ICU group, similar to the literature. In our

study, ICU hospitalizations were 8% in the second group, 86% in the third group, and 100% in the 4th and 5th groups according to CURB-65 classification. Among ICU hospitalizations, the mean age was 62.71 ± 10.7 in the third group, 66.6 ± 7 in the fourth group and 71 ± 6.1 in the fifth group. In our study, we observed that age and comorbid diseases increased as CURB-65 score increased. It has been shown in the literature that the rate of hospitalization of patients with CAP is high. It is thought that this is due to the tendency of physicians to predict higher risk in patients with CAP than the severity of the disease (8-10). In our study, it was detected that 25% of patients hospitalized for CAP could be treated as outpatients when grouped according to CURB-65. In a study conducted in which they evaluated compliance with the National pneumonia diagnosis and treatment guidelines, it was shown that compliance increased over the years and with this increase, hospitalization of Group 1 and Group 2 patients decreased according to the community pneumonia diagnosis and treatment guidelines of thorax Association adults and children (8).

Conclusion: CURB-65 is a preferred scoring system for evaluating the necessity of inpatient treatment in patients with CAP because the evaluation criteria have a short list and they are easily applicable even in primary care centers.

References

1. Watkins RR, Lemonovich TL. Diagnosis and management of community-acquired pneumonia in adults. Mortality. 2011;100:12.
2. Shah BA, Ahmed W, Dhobi GN, Shah NN, Khursheed SQ, Haq I. Validity of pneumonia severity index and CURB-65 severity scoring systems in community acquired pneumonia in an Indian setting. The Indian journal of chest diseases & allied sciences. 2010;52(1):9.
3. Colice GL, Morley MA, Asche C, Birnbaum HG. Treatment costs of community-acquired pneumonia in an employed population. Chest. 2004;125(6):2140-5.
4. Rello J. Demographics, guidelines, and clinical experience in severe community-acquired pneumonia. Critical care. 2008;12(S6):S2.
5. Derneği TT, Kongresi Y. Erişkinlerde toplumda gelişen pnömoni tanı ve tedavi uzlaşısı raporu. Turk Thorax J. 2009;10(Suppl 9):1-12.
6. Torres A, Dorca J, Zalacain R, Bello S, El-Ebiary M, Molinos L, et al. Community-acquired pneumonia in chronic obstructive pulmonary disease: a Spanish multicenter study. American journal of respiratory and critical care medicine. 1996;154(5):1456-61.
7. Özlü T, Bülbül Y, Özsu S. Ulusal verilerle toplum kökenli pnömoniler. Tüberküloz ve Toraks Dergisi. 2007;55(2):191-212.
8. Fidan A, Kiral N, Erdem İ, Eren A, Saraç G, Çağlayan B. Toplum kökenli pnömonilerde hastane mortalitesi ve ulusal pnömoni tanı ve tedavi rehberine göre değerlendirme. Toraks Dergisi. 2005;6(2):115-21.
9. Wilkinson M, Woodhead MA. Guidelines for community-acquired pneumonia in the ICU. Current opinion in critical care. 2004;10(1):59-64.
10. Aronsky D, Dean NC. How should we make the admission decision in community-acquired pneumonia? Medical Clinics. 2001;85(6):1397-411.

ORAL PRESENTATIONS 61

Evaluation of Head Trauma In The Emergency Department According To Age And Glasgow Coma Scale: An Epidemiological Study

İbrahim Çaltekin¹, Sevilay Vural¹

¹Department of Emergency Medicine, Yozgat Bozok University, Yozgat, Turkey

Aim: Head trauma is one of the main causes of death and disability worldwide. However, brain damage does not develop in every head trauma (1). Glasgow Coma Scale (GCS) is used as the main determinant of traumatic brain injury, traumatic or non-traumatic coma, cerebrovascular events, cardiac arrest, and all toxic exposures in terms of severity and effect of the event (2). As head trauma is also an important health problem in childhood, the elderly population is more susceptible to head trauma and has higher injury severity scores in case of same trauma vector (3). While most of the minor head trauma patients can be discharged without sequelae, some of the patients require surgical intervention. Early diagnosis of intracranial pathologies with computed tomography (CT), followed by early surgery, is very important for morbidity and mortality (4, 5). As a result, hospitalization and surgical decision of head trauma cases are usually made by imaging methods (6).

In this study, we aimed to investigate the relationship of age and GCS distributions with hospitalization (ward/intensive care unite), emergency department (ED) observation of the patients with head trauma regardless of imaging methods.

Material and Methods: All head trauma cases admitted to Yozgat Bozok University, Faculty of Medicine ED between September 2018 and September 2019 were retrospectively analyzed. A total of 194 patients whose data were obtained, were included in the study. Patients' age, gender, trauma mechanism, GCS score at the time of admission and ED discharge status were evaluated. Age groupings of patients were evaluated as; 0-2, 3-10, 11-17, 18-64 and >65 years. Disposition of the patients was examined in four groups as ward hospitalization, intensive care unit (ICU) hospitalization, ED observation, and discharge. GCS of the patients were divided into three groups as mild (13-15), moderate (9-12) and severe (3-8). Patients with missing information on the electronic file, additional injuries or multiple organ injuries and exitus cases were excluded from the study.

Statistical analysis was performed using SPSS (version 20, SPSS, Chicago, IL). The data were expressed as mean $\pm$ SD and in percentile. The distribution of the variable data was determined using visual (histograms, probability plots) and analytical methods (Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk's test). The Mann-Whitney U test was utilized for the non-parametric numerical data while the Student t-test was adopted for the parametric numerical data. Categorical data were compared through the use of the Chi-square test or Fisher's exact tests.

Results: A total of 194 [125 (64.4%) male and 69 (35.6%) female] patients were included in the study. The youngest of the patients was 2 months old, the oldest was 88 years old and the mean age was $28,15 \pm 26,32$. Forty-two (26%) patients were in the 0-2 age group, 28 (14.4%) in the 3-10 age group, 33 (17%) in the 11-17 age group, 59 (30.4%) in the 18-64 age group and 32 (16.5%) patients over 65 years old. When GCS groups were examined, 180 (92.8%) patients were in mild (13-15) group, 3 (1.5%) were in moderate (9-12) group and 11 (5.7%) were in severe (3-8) group. The mean value of GCS was found to be 14.29 ± 2.41 . When the type of injury as a result of head trauma was examined, it was found that uncomplicated head trauma developed in 173 (89.2%) patients. The cranial pathologies were observed as isolated head bone fracture in 7 (3.6%), epidural hemorrhage in 5 (2.6%), subdural hemorrhage in 2 (1%), subarachnoid hemorrhage in 1 (0.5%), intracranial edema and hematoma in 2 (1%), multiple cranial pathologies in 4 (2.1%). When the patients were examined according to the seasons, it was found that the highest application rate was 33.5% in the summer months when trauma cases increased the most.

Table 1. The demographic data of the head trauma patients.

Variables	n	Mean ±Std. deviation
Age	194	28,15±26,32
	n	Percent
Gender		
Men	125	64,4%
Women	69	35,6%
Total	194	100%
Age distrubution		
0-2	42	26%
3-10	28	14,4%
11-17	33	17%
18-64	59	30,4%
≥65	32	16,5%
GCS groups		
Mild (13–15)	180	92,8%
Moderate (9–12)	3	1,5%
Severe (3–8)	11	5,7%
Type of injury		
Isolated head bone fracture	7	3,6%
Epidural hemorrhage	5	2,6%
Subdural hemorrhage	2	1%
Subarachnoid hemorrhage	1	0,5%
Intracranial edema and hematoma	2	1%
Multiple head trauma	4	2,1%
Uncomplicated head trauma	173	89,2%
Seasonal variations		
Spring	40	20,6%
Summer	65	33,5%
Autumn	53	27,3%
Winter	36	18,6%

When the causes of the most severe injuries were examined, it was determined that traffic accidents (18.6%) and fall from height (5.2%) were the most common causes. Other causes of head trauma were falling from the same-level (55.7%), assault (7.2%), firearm injury (0.5%) and blunt injury (12.9%).

The disposition of the patients from ED was analyzed according to GCS. ICU hospitalization was found significantly higher than the rest of disposition status as GCS decreased ($p < 0.05$). The relationship between disposition and age showed that as the age decreased, the rate of ward hospitalization significant higher when compared with the rest of disposition status (6.65 ± 5.13 , $p = 0.04$).

Table 2. Evaluation of GCS groups, age distribution and hospitalization status of the patients

age distribution	GCS Groups			Total
	1 (13-15)	2 (9-12)	3 (3-8)	
0-2	41(%97,6)	1(%2,4)	0	42(%100)
3-10	27(%96,4)	0	1(%3,6)	28(%100)
11-17	31(%93,9)	1(%3)	1(%3)	33(%100)
18-64	54(%91,5)	1(%1,7)	4(%6,8)	59(%100)
≥65	29(%90,6)	1(%3,1)	2(%6,2)	32(%100)
hospitalization status		n	Mean ±Std. Deviation	
service hospitalization	age	8	6,65±5,13	
	GCS	8	13,13±1,46	
intensive care unit hospitalization	age	13	38,54±26,34	
	GCS	13	5,77±2,35	
emergency department observation	age	55	28,98±27,26	
	GCS	55	14,95±0,23	
discharged	age	118	28,07±26,14	
	GCS	118	15±0,00	

GCS: Glaskow Coma Scale

Discussion: The most common cause of head trauma in the world is traffic accidents. In our country, approximately 2 in 3 of the traumas occur due to traffic accidents. This is followed by falls and gunshot wounds respectively. In addition, head traumas are the third leading cause of death in our country (7-9). Consistent with the literature, in our study, it was found that injury status was more severe especially in traffic accidents and falls from height cases.

The GCS score is the summation of three independent parameters: eye-opening (GCSE, 1– 4); verbal response (GCSV, 1–5); and motor response (GCSM, 1– 6). The highest score is 15 points and the lowest score is 3 points. (10, 11). In our study, the mean GCS was found to be 14.29 ± 2.41 , and the patient who scored 3 points and scored 15 points was also identified. As mentioned above, lower GCS is also more connected with traffic accidents and falls from height.

Head trauma was observed in every age group due to the increasing population and increasing life expectancy (4). In our study, the youngest patient was 2 months old and the oldest was 88 years old.

It was determined that ICU hospitalization increases with decreasing GCS, and ward hospitalization of the patients increases with decreasing age. This can be explained by the fact that, as mentioned in the literature, the younger patients of the same trauma are less affected than older patients (4). In addition, Şimşek et al. were found that 87.5% of pediatric head trauma cases had high discharge rates with value of 15 GCS. (12). In the study conducted by Işık et al., it was found that male subjects were more frequently affected by trauma, similar to our study (13).

The retrospective design of our study is the main limitation of our study. Prospective further studies are needed on this subject.

Conclusion: As many studies showed, CT is the main diagnostic determinant of head trauma cases for the evaluation and the decision of follow-up, hospitalization or surgery. However, other than CT findings, we found that ICU hospitalization increases with decreasing GCS, and ward hospitalization of the patients increases with decreasing age in trauma cases.

References

1. Stanley RM, Hoyle Jr JD, Dayan PS, Atabaki S, Lee L, Lillis K, et al. Emergency department practice variation in computed tomography use for children with minor blunt head trauma. The Journal of pediatrics. 2014;165(6):1201-6. e2.
2. Gill MR, Reiley DG, Green SM. Interrater reliability of Glasgow Coma Scale scores in the emergency department. Annals of emergency medicine. 2004;43(2):215-23.

3. Güneytepe Üİ, AYDIN ŞA, Gökgöz Ş, Özgüç H, Ocakoğlu G, Aktaş H. Yaşlı travma olgularında mortaliteye etki eden faktörler ve skorlama sistemleri. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2008;34(1):15-9.
4. Cagetti B, Cossu M, Pau A, Rivano C, Viale G. The outcome from acute subdural and epidural intracranial haematomas in very elderly patients. *British journal of neurosurgery*. 1992;6(3):227-31.
5. Stiell IG, Wells GA, Vandemheen K, Clement C, Lesiuk H, Laupacis A, et al. The Canadian CT Head Rule for patients with minor head injury. *The Lancet*. 2001;357(9266):1391-6.
6. Teasdale GM, Murray G, Anderson E, Mendelow AD, MacMillan R, Jennett B, et al. Risks of acute traumatic intracranial haematoma in children and adults: implications for managing head injuries. *Bmj*. 1990;300(6721):363-7.
7. ÇIRAK B, Berker M, ÖZCAN OE, ÖZGEN T. Kafa travmalarının etken ve sonuçlarına bir bakış: epidemiyolojik bir çalışma. *Ulus Travma Derg*. 1999;5:90-2.
8. Karasu A, Sabancı PA, Cansever T, Hepgül KT, İmer M, Dolaş İ, et al. Epidemiological study in head injury patients. *Ulusal travma ve acil cerrahi dergisi= Turkish journal of trauma & emergency surgery: TJTES*. 2009;15(2):159-63.
9. Kırış T, İş M, İmer M, Güleç İ, Hepgül K, Ünal F, et al. Nöroşirurjide travma pratiği, prospektif epidemiyolojik çalışma. 1998.
10. Sternbach GL. The Glasgow coma scale. *The Journal of emergency medicine*. 2000;19(1):67-71.
11. Kerby JD, MacLennan PA, Burton JN, McGwin Jr G, Rue III LW. Agreement between prehospital and emergency department glasgow coma scores. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 2007;63(5):1026-31.
12. Şimşek O, Hiçdönmez T, Hamamcıoğlu MK, Kılınçer C, Parsak T, Tiryaki M, et al. Çocukluk çağı kafa travmaları: 280 olgunun retrospektif değerlendirmesi. *Ulus Travma Derg*. 2005;11(4):310-7.
13. Işık HS, Bostancı U, Yıldız Ö, Özdemir C, Gökyar A. Kafa travması nedeniyle tedavi edilen 954 erişkin olgunun retrospektif değerlendirilmesi: Epidemiyolojik çalışma. *Ulus Travma Derg*. 2011;46-50.

ORAL PRESENTATIONS 62

Does The Presence Of A Family History Of Migraine Have An Impact On Migraine Characteristics And The Number Of Admissions To The Emergency Department?

Mehmet Hamamcı¹, Sevilay Vural²

¹Department of Neurology, Yozgat Bozok University, Faculty of Medicine, Yozgat, Turkey

²Department of Emergency Medicine, Yozgat Bozok University, Faculty of Medicine, Yozgat, Turkey

Aim: Few studies in the literature have reported that the clinical features of migraine patients with migraine in their families may be different than those without migraine in their families. The aim of this study was to compare the clinical features of migraine patients with and without a family history of migraine and to evaluate the annual rates of migraine-related disability and emergency department (ED) admissions.

Materials and Methods: The study included 121 episodic migraine patients aged 18-65 years who met the criteria of the 2018 International Headache Classification. The patients were evaluated with detailed systemic and neurological examinations, body mass indexes were calculated, clinical and demographic data, the annual number of ED admissions, The six-item Headache Impact Test (HIT-6) and Migraine Disability Assessment (MIDAS) scores were recorded.

Results: The gender distribution of the migraine patients with migraine family history was 76.1% (n=51) for female, 23.9% (n=16) for male; in the negative family history group it was 79.6% (n=43) vs 20.4% (n=11) and this difference was not statistically significant (p=0.809). The mean age of migraine onset for positive and negative family history was 24.85±7.97 and 28.46 ± 6.17 years, respectively. The positive family history group had a statistically significant earlier age of onset of the disease (p=0.006). The positive family history group had higher HIT and MIDAS scores than negative family history group (p=0.035, p=0.011, respectively). There was no significant difference between the rates of annual ED admission between the two groups (p>0.05).

Conclusion: While the positive family history group had more severe migraine course, we did not find any significant difference in the number of ED admissions. The reason for the study results may be due to the long-term experience and awareness of the patients on migraine and knowing when to consult an emergency physician. On the other hand, it may make the disease more ordinary in daily life for the positive family history group due to longer exposure, which can be a very important variable. This may cause a delay in the recognition of secondary headaches that may accompany migraine. Further studies are needed on this subject to clarify the effects of our results.

Keywords: Migraine, headache, family history, disability.

ORAL PRESENTATIONS 63

MAISONNEUVE KIRIĞI

Serkan Doğan, Büşra Bildik, Ertuğrul Ak, Sema Kırmızı, Şervan Kurt, Başar Cander
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

GİRİŞ
Ekstremita travmaları acil servise sık başvuru nedenlerinden biridir. Özellikle ayak bilek travmaları yolda yürürken dahi karşılaşılabilen burkulma, incinme vb çeşitlerle oluşan travmalarıdır. Kas, kemik, bağ doku ve eklem yaralanması gelişebilen bilek travmalarında başvuruda ağrı, hareket kısıtlılığı şişlik ödem ve deformite gözlemlenebilir. Maisonneuve kırığı ayak bileği kırığına eşlik eden fibula 1/ 3 proksimal kırığı olarak bilinir. Pronasyon - dış rotasyon tipi yaralanma mekanizmasıyla oluşur. Biz bu vakamızda özellikli bir kırık türü olan maisonneuve kırığı tanısı alan hastamızı sunmak istedik.

VAKA

64 yaş erkek hasta araç dışı trafik kazası nedeniyle acil servise başvurdu. Bilinen hipertansiyon, carotis darlığı ve hepatit c öyküsü mevcut. Kaza anında hastanın sol ayak bileği araç ile kaldırım arasında sıkıştığı ve sonrasında yere düştüğü öğrenildi. Fizik muayenesinde sol ayak bileğinde medial malleol bölgesinde, sol diz lateralinde ve sol fibula alt uç bölgesinde şişlik ve hassasiyet, sol ayak 4.-5. parmaklar arasında 1 cm lik lineer kesisi mevcut idi. Direk grafi ile yapılan değerlendirmede sol tibia alt uç medialde nondeplase fraktür sol fibula distal uçta oblik deplase fraktür ve sol tibia proksimal uçta deplase fraktür tespit edildi. Maisonneuve kırığı olarak değerlendirildi. Ortopedi ile konsulte edildi. Atel uygulanan ve operasyon önerilen hasta ortopedi servisine yatırıldı.



SONUÇ

Ayak bilek travmalarında eklem anatomisi ve görüntüleme zorlukları nedeniyle ciddi patolojiler gözden kaçabilir. Ayak bileği burkulması gibi günlük hayatta sıkça gözleyebildiğimiz travmalarda operasyon endikasyonu bulunan kırıklar oluşabilir. Bu hastaların muayene bulgularının dikkatle değerlendirilmesi ve şüphelenen patolojiye göre uygun grafilerin istenmesi ve sonrasında cerrahi operasyon endikasyonu olan kırıkların atlanmasını engelleyecektir.

ORAL PRESENTATIONS 64

THE COMPARISON OF RISK SCORES FOR DETERMINING THE RISK OF ACUTE CORONARY SYNDROME IN EMERGENCY DEPARTMENT

Hasan Aydın¹, Muhittin İşsever², Fatih Savran³, Mehtap Bulut⁴

¹ Medipol University Hospital, Emergency Medicine, Istanbul

² Medipol University Hospital, Emergency Medicine, Istanbul

³ Bakırköy Sadi Konuk Research and Training Hospital, EMERGENCY MEDICINE, Istanbul

⁴ Medipol University Hospital, Emergency Medicine, Istanbul

ABSTRACT

INTRODUCTION: We aimed to compare the efficacy of HEART (History, ECG, Age, Risk factors, Troponin) and HEARTS3 (HEART+Sex, Serial 2-hour ECG, and Serial 2-hour delta troponin) HEART and HEARTS3 scoring systems to identify high-risk patients for major adverse cardiac events (MACE) in emergency department (ED) patients with chest pain.

MATERIALS & METHODS: This study is a single-center prospective observational cohort study. The study included 239 patients who admitted to the ED with chest pain between 9TH Oct,2015 and 13th July, 2016, who agreed to participate in the study, who is 18 years of age and older and who did not diagnosed with ST elevation MI (STEMI). MACE consists of: acute myocardial infarction (AMI), percutaneous coronary intervention (PCI), coronary artery bypass graft (CABG) and death due to any cause. HEART and HEARTS3 scores were calculated for each patient

and their predictive abilities for MACE were examined using the receiver operating curve (ROC) to compare their diagnostic performance.

RESULT: The mean age of 239 patients in the study was 47.91 ± 13.93 years. The vast majority of patients (72.4%) were male. In the ROC analysis, predictive power for MACE was high for both scores, but the area under of a ROC curve (AUC) values were 0.943 (95% CI 0.905-0.968) for HEART score and 0.990 (0.968-0.999) for HEARTS3 score respectively. It has been observed that the AUC value for the HEARTS3 score is higher than the value obtained for the HEART score.

DISCUSSION: Coronary Artery Disease is one of the leading causes of deaths today¹. It is important to diagnose the disease at an early stage. It is recommended to use these scoring systems together with troponin levels in the management of patients who present to the ED with chest pain and are at low risk for acute coronary syndrome (ACS)². Fesmire et al.³ reported that patients with MI have high HEART and HEARTS3 scores and both scores have significant predictive value for development of MI³. We foresaw that the HEART and HEARTS3 scores could be used to identify low-risk patients for ACS, at the same time these scoring systems can allow us to discharge patients without doing cardiac stress testing, advanced cardiac tests and cardiac imaging.^{1,3-9}

KEYWORDS: chest pain, MACE, emergency, heart score

REFERENCES:

1. Backus BE, Six AJ, Kelder JH, Gibler WB, Mol FL et al. Risk Scores for Patients with Chest Pain: Evaluation in the Emergency Department. *Current Cardiology Reviews*. 7: 2-8, 2011.
2. Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Hand M, et al. ACC/AHA Guidelines For The Management Of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction-Executive Summary: A Report Of The American College Of Cardiology/American Heart Association Task Force On Practice Guidelines (Writing Committee To Revise The 1999 Guidelines For The Management Of Patients With Acute Myocardial Infarction). *Circulation*. 110(5);588-636, 2004.
3. Francis M, Fesmire MD, Erik J, et al. Improving Risk Stratification In Patients With Chest Pain: The Erlanger HEARTS3 Score. *Am J Med*. 30:1829-37, 2012.
4. Backus BE, Six AJ, Kelder J, Bosschaert MAR, Mast EG et al. A Prospective Validation Of The HEART Score For Chest Pain Patients At The Emergency Department. *International Journal Of Cardiology*. 168: 2153-2158, 2013.
5. Backus BE, Six AJ, Kelder JC, Mast TP, van den Akker F et al. Chest pain in the emergency room: a multicenter validation of the HEART scores. *Crit Pathw Cardiol* 2010;9:164-71
6. Six AJ, Backus BE, Kelder JC. Chest pain in the emergency room: value of the HEART score. *Neth Heart J* 2008; 16:191-8
7. Mahler SA, Hiestand BC, Goff DC, et al. Can the HEART score safely reduce stress testing and cardiac imaging in patients at low risk for major adverse cardiac events. *Crit Pathw Cardiol* 2011;10:128-33.
8. Six AJ, Louise C, Backus BE, Greenslade J, Parsonage W, et al. The HEART score the Assessment of Patient With Chest Pain in the Emergency Department. *Crit Pathw Cardiol* 2013; 12: 121-26
9. Leite L, Baptista R, Leitão J, Cochicho J, Breda F, et al. Chest pain in the emergency department: risk stratification with Manchester triage system and HEART score. *BMC Cardiovascular Disorders* 2015: 12872-015-0049-6

Asist. Prof. Fatih TANRIVERDİ1-2 MD, Asist. Prof. Alp ŞENER MD1-2, Assoc. Prof. Gülhan KURTOĞLU ÇELİK1-2 MD, Asist. Prof. Fatih Ahmet KAHRAMAN1-2 MD, Assoc. Prof. Afşin Emre Kayıpmaz2 MD, Prof. Şervan GÖKHAN MD1-2, Prof. Hakan Oğuztürk MD1, Assoc. Prof. Mehmet ERGİN 1-2 MD.

1. Ankara Yıldırım Beyazıt University, School of Medicine, Department of Emergency Medicine, Ankara

2. Ankara City Hospital, Department of Emergency Medicine, Ankara

Perianal Abscess Which is Presented by Disseminated Subcutaneous Emphysema

Introduction: Perianal abscess formation results from infection originating in anal crypts and then extending into anal glands in the intersphincteric plane. Symptoms are very severe because of the anal localization. Traditional management of perianal abscess involves early incision, drainage, curettage, antibiotic therapy and sitz bath/1s.

In our case the patient applied with abdominal pain and in his examination with palpation, there was a finding of disseminated subcutaneous emphysema, because of that we wanted to present this case.

Case Report: 57 years old male patient applied with abdominal pain, nausea, vomit and fever. In the patient's history, DM and HT exists. It was seen that he had undergone hemorrhoid treatment one month ago. The patient's blood pressure was 110/70 mmHg, pulse rate was 110 beats/minute, his fever was 38,5. In the physical examination, disseminated subcutaneous emphysema was observed by palpation in the abdominal area, there was disseminated tenderness in the abdominal area, no rebound and defence existed. In rectal palpation, there was soft palpable mass. In his laboratory results, wbc: 22.12 k/ul, biochemistry parameters were normal, CRP was high. In the tomography, disseminated emphysema was observed in the soft tissues of the anterior abdominal wall, scrotum, gluteal muscles and left abdominal flank wall. There was peripheral-enhancing abscess which contained intensive air-densities and densities which looked like feces in the anal area at around the level of 3-7 o'clock at the intersphincteric distance. In the rectal wall there was the impression the abscess was fistulised by defect at the level of 5 o'clock. Rectum was pushed to the right side. The patient was consulted by general surgery and he was prepared for urgent surgery and he was operated.

Discussion and Result: Perianal abscess. Diagnosis is made quickly by through careful inspection of perianal area and physical examination by finger. Most common examination findings are swelling, redness on the skin and tenderness under palpation. In our case, perianal abscess was fistulised to the skin and disseminated subcutaneous emphysema in the abdominal area was found as a rare finding. Abscess could not be found in the early period. We think that patient-doctor cooperation and close follow-up of patients are important in perianal abscess illness in order to prevent complications at a later period.

Key Words: Subcutaneous Emphysema, Perianal Abscess, Fistula.



Referances

1. [A rare differential diagnosis of perianal abscess].Scholtes B, Zähringer M, Schäffer M.Chirurg. 2019 Jul;90(7):585-587. doi: 10.1007/s00104-019-0971-8. German. No abstract available.
2. [A Case of Rectal Cancer Presenting with Perianal Abscess]. Machida T, Ohta S, Kakimoto Y, Toyoda A, Endou Y, Murakami O.Gan To Kagaku Ryoho. 2019 Jan;46(1):88-90. Japanese

ORAL PRESENTATIONS 66

Asist. Prof. Fatih TANRIVERDİ1-2MD, Asist. Prof. Alp Şener1-2MD, Assoc. Prof. Mehmet Ergin 1-2MD, Asist. Prof. Fatih Gül PAMUKÇU GÜNAYDIN 1-2 ,MD Assoc. Prof.Afşin Emre Kayıpmaz2 MD, Prof .Hakan Oğuztürk 2 MD, Asist. Prof. Fatih Ahmet KAHRAMAN1-2 , Prof. Şervan GÖKHAN1-2MD

1.Ankara Yıldırım Beyazıt University, School of Medicine, Department of Emergency Medicine,Ankara

2.Ankara City Hospital, Department of Emergency Medicine,Ankara

Truncus Brachio Sephalicus Thrombosis Which Occurs By Visual Loss In The Eye

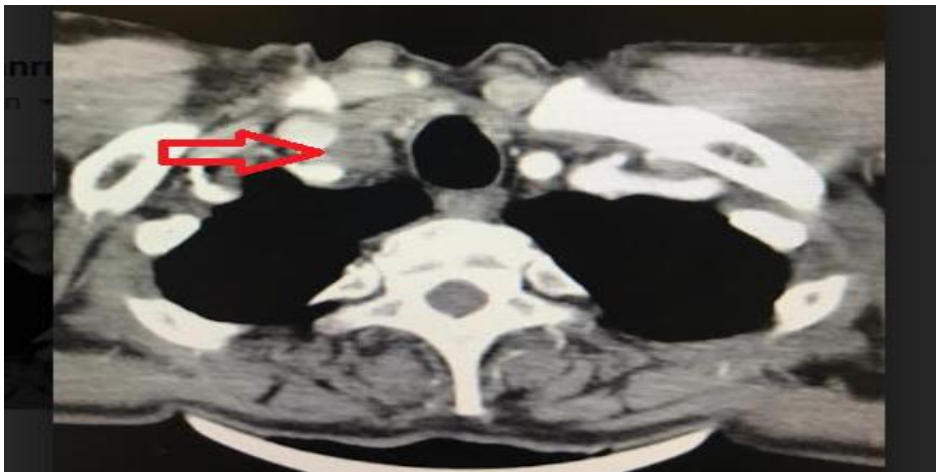
Introduction: In approximately 20% of young stroke cases, thrombus is responsible for dissection of the internal carotid artery (ICA).In our case, temporary visual loss has occurred due to truncus brachio sephalicus and thrombosis in right internal carotis artery.

Case Report: 57 years old male patient has applied to the emergency service with visual loss in the right eye. The patient's vitals were stabile at his arrival. But his systolic blood pressure has been measured as 20 mmHg lower. There was no special point in his history. His sinus rhythm was normal in his EKG. In the physical examination his neurological examination was natural except he had blurred vision and 50 percent visual loss in the right eye. The patient's kidney function tests were natural. The patient's ophtalmoscopy was natural. His computed tomography scan and MR of the brain were normal. Upon that, thorax and neck angiography were taken, right-sided truncus brachio sephalicus and thrombosis in the right internal carotis artery were observed on these. The patient was consulted by neurology, antiagregant treatment was suggested. The

patient was consulted by Cardiovascular Surgery. They suggested carotis doppler USG and no flow was observed in the right internal carotis and there was 70% narrowing in the left side. The patient was hospitalized at Cardiovascular Service and antiagregant treatment was started together with Clexane. It was seen that the patient's visual loss was over later on and he was given appointment to place elective carotis stent.

Discussion and Result: In the cerebrovascular accidents (SVO) internal carotis thrombosis are established and reported increasingly. In acute ischemic strokes, most of the arterial occlusions are opened by time through endogenous thrombolysis, but this recanalisation occurs too late that it may not have any clinical benefit. In acute ischemic accidents the aim of early thrombolytic treatment is to ensure recanalisation in a way to prevent irreversible ischemic changes. Our case was lucky and he has recovered probably by endogenous thrombolysis without any sequela.

Key Words: Truncus Brachio Cephalicus, Thrombosis, SVO,



Referances

1. Spontaneous dissection of the cervical internal carotid arterDr Bahram Mokri MD Thoralf M. Sundt Jr MD O. Houser Wayne MD David G. Piegras **MDpublished:** February 1986<https://doi.org/10.1002/ana.410190204>
2. Internal carotid artery dissection in a community. Rochester, Minnesota, 1987-1992. WI Schievink, B Mokri, JP Whisnant - Stroke, 1993 - Am Heart Asso

ORAL PRESENTATIONS 67

Asist. Prof. Fatih TANRIVERDİ1-2 MD, Assoc. Prof. Afşin Emre Kayıpmaz2 MD, Asist. Prof. Fatih Ahmet KAHRAMAN1-2 MD Prof. Şervan GÖKHAN1-2MD, Prof. Ayhan ÖZHESENEKLER 1-2 MD, Asist. Prof. Çağdaş YILDIRIM 1-2 ,MD , , Asist. Prof. Gül PAMUKÇU GÜNAYDIN1-2 MD, , Assoc. Prof. Mehmet ERGİN 1-2MD,

1. Ankara Yıldırım Beyazıt University, School of Medicine, Department of Emergency Medicine, Ankara

2. Ankara City Hospital, Department of Emergency Medicine, Ankara

The Patient Who Applied With Palpitation Giant Paraesophageal Hernia:

Introduction: Hiatus hernia means that the stomach or other intra-abdominal organs bulge up into the chest or mediastinal cavity through oesophageal hiatus. As a result of the pressure which is applied by intra-abdominal organs on the chest cavity, variable clinical symptoms and findings occur especially in the respiratory, cardiac and digestion systems. In our case, the patient has applied with palpitation after the meal and paraesophageal hernia has been established in the examinations.

Case Report: 69 years old female patient applied to the emergency service with sticking feeling and palpitation after the meal. In the patient's history there were HT and previously known hiatus hernia. Her vital findings were stable and in her EKG her sinus rhythm was normal and her laboratory examinations were normal too. Despite that, by considering the patient's age too, she was consulted by cardiology service. In her Echocardiography, a structure which was pressing upon the left atrium was noticed. In her contrast-enhanced tomography, nearly all of the stomach was observed inside the thorax through a wide sized defect at the level of diaphragmatic hiatus and it was tortuous. Hernia was pressing upon the left atrium and descending aorta. The patient was consulted by general surgery and gastroenterology. Since after 4 hours the patient's sticking feeling was over and her cardiac enzyme test results were normal, endoscopy appointment was made for her for the next week and she was suggested to take liquid food and she was discharged from the hospital.

Discussion and Result: These kind of patients are generally asymptomatic or they apply to Internal Medicine Clinics with the complaints such as chest pain, dyspnea, palpitation due to pressure on mediastinum. As in our case, these pathologies are being established by chance as a result of further examinations which are applied since the complaints continue after the patients are followed by medical treatment for long time. When the patients apply with the complaints of cardiac dysfunction and respiratory dysfunction, first of all aortic aneurysm, cardiac or oesophageal tumor must be considered for most of the patients. In our case, surgical treatment has been suggested after endoscopy because of pressure upon the left atrium and descending aorta.

Key Words: Giant Paraesophageal Hernia, Palpitation, After The Meal.



Referances

- 1 Paraoesophageal hiatus hernia: surgery for all ages.MT Hallissey, DA Ratliff, JG Temple - Annals of the Royal College ..., 1992 - ncbi.nlm.nih.gov
- 2 Paraoesophageal hiatus hernia FH Ellis, RE Crozier, JA Shea - Archives of surgery, 1986 - jamanetwork.com

ORAL PRESENTATIONS 68

Asist. Prof. Fatih TANRIVERDİ1-2MD, Prof. Şervan GÖKHAN1-2MD, Prof Ayhan ÖZHESENEKLER 1-2 MD, Asist. Prof. Fatih Ahmet KAHRAMAN1-2 MD , Prof .Hakan Oğuztürk 2 MD, Assoc. Prof.Gülhan KURTOĞLU ÇELİK1-2MD, Asist. Prof. Alp ŞENER1-2 MD , Asist. Prof. Gül PAMUKÇU GÜNAYDIN1-2 MD.

1.Ankara Yıldırım Beyazıt University, School of Medicine, Department of Emergency Medicine,Ankara

2.Ankara City Hospital, Department of Emergency Medicine, Ankara

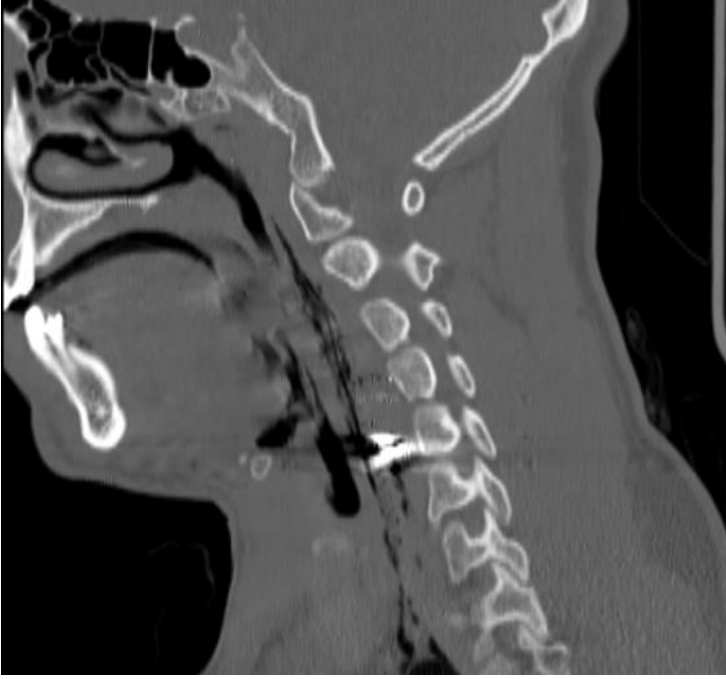
Trachea Rupture and Pneumomediastinum After Gunshot Injury on The Right Eye

Introduction: Trachea and esophagus injuries due to blunt or penetrating traumas are rarely seen injuries and they are life-threatening pathologies. Since trachea is cervicothoracic-located organ, it may get affected by blunt or penetrating traumas both in cervical and also thoracic area. Even if it is a flexible organ, since its distention pressure is low, its endurance against penetrating and blunt injuries is low. In our case, although the patient was injured from his right eye by gunshot, the bullet has followed a different course and it has been directed downwards and it has caused rupture in trachea and pneumomediastinum.

Case Report: 30 years old male patient was brought to the emergency service by 112 due to gunshot injury on his right eye by his own pistol with the aim of suicide. The patient's vitals were stable at his arrival. His BP was 110/60 mmHg, pulse rate was 100 beats/minute, saturation was 92. In the physical examination right eye was perforated with total loss of tonus and he had a serious swelling on the right side of his face. In the patient's other examinations, he had subcutaneous emphysema in the neck area. In his tomography, it was observed that globus integrity in his right eye was totally lost, there was fracture in maxilla and ethmoids, disorder rupture ? in trachea at C5-6 level and air values around these structures. Vascular structures were preserved. Pneumomediastinum appearance exists in thorax. The patient was consulted by the department of thoracic surgery and he was hospitalized at thoracic surgery intensive care unit for bronchoscopy.

Discussion and Result: In the cases which pneumomediastinum and subcutaneous emphysema develop after thorax trauma, necessary examinations must be performed in terms of a more serious injury. The bullet has followed a different course in our patient even if it was entered through the eye-socket. Because of that in the primary examination detailed examination must be performed absolutely and fatal diagnoses should not be missed out. It may be inevitable to perform surgical intervention if necessary directed to the underlying cause in the treatment of the illness. But if there is no injury in the trachea, main bronchia or esophagus, preferred approach has to be protective and supportive.

Key Words: Gun-Shot Injury, Trachea Rupture, Pneumomediastinum



Referances

Tracheal rupture complicating emergent endotracheal intubationCM Fan, PCI Ko, KC Tsai, WC Chiang... - The American journal of ..., 2004 - Elsevier

2. Membranous tracheal rupture after endotracheal intubation

CH Marty-Ané, E Picard, O Jonquet, H Mary - The Annals of thoracic surgery, 1995 – Elsevier

3. Spontaneous pneumomediastinum: a report of 25 casesI Abolnik, IS Lossos, R Breuer - Chest, 1991 – Elsevier

ORAL PRESENTATIONS 69

Asist. Prof. Fatih TANRIVERDİ1-2 MD, Asist. Prof. Çağdaş Yıldırım1-2 MD, Assoc. Prof.Gülhan KURTOĞLU ÇELİK1-2 MD, Asist. Prof. Fatih Ahmet KAHRAMAN1-2,MD Assoc. Prof.Afşin Emre Kayıpmaz2 MD, Asist. Prof. Alp ŞENER1-2 MD , Asist. Prof. Gül PAMUKÇU GÜNAYDIN1-2 MD. Assoc. Prof.Mehmet ERGİN 1-2MD,

1.Ankara Yıldırım Beyazıt University, School of Medicine, Department of Emergency Medicine,Ankara

2.Ankara City Hospital, Department of Emergency Medicine,Ankara

SUBDURAL HEMATOMA RARE FORM INTERHEMISPHERIC SUBDURAL HEMATOMA

Introduction:

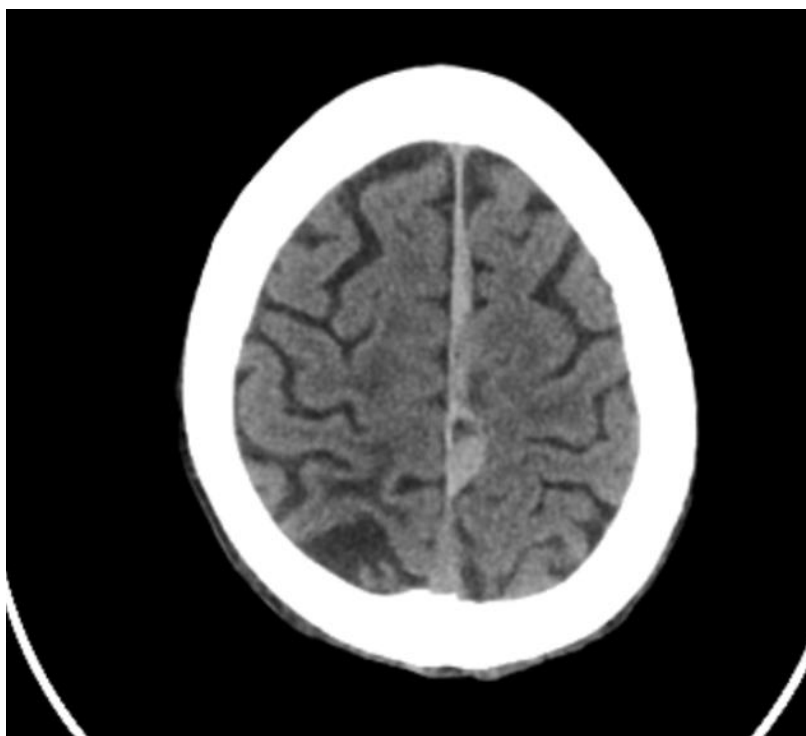
Acute interhemispheric subdural hematomas are one of the rare complications of head traumas. Patients apply to the hospital with hemiparesis on the counter side, change in the level of consciousness, focal or generalized seizures, language disorders, ataxic gait, oculomotor

dysfunction. Both conservative treatment and surgical approach are suggested equally. But if there is deterioration in neurological findings, hematoma has to be removed surgically.

Case Report: 81 years old male patient, he had complaints of nausea, vomit and loss of strength which started two days before his application. In his medical history, there was falling on flat surface five days ago. There was no special detail in his background. He had no chronic drug usage history. When the patient was evaluated at the Emergency Service, he was conscious, oriented and cooperated. In his neurological examination, his cranial nerve examinations were intact. In the patient's brain tomography, hyperdense lesion was seen on the interhemispheric area. Acute interhemispheric subdural hematoma was detected on the patient and he was hospitalized at Brain And Nerve Surgery Service. Since he had no complaints of increased intracranial pressure and since the neurological examination was normal, surgical intervention was not considered for the patient. CT scan (Computed tomography scans of the head) was performed for the patient two times as every other day. Since there was no increase in the sizes of hematoma in the CT scans, the patient was discharged from the hospital and he was invited for control.

Discussion and Result: Most probable mechanism of the development of posttraumatic interhemispheric subdural hematoma is related with traumatic venous rupture which usually contains parasagittal bridge veins which are strained by tangential forces which result from frontal and occipital effect. In our case, no cerebral contusion or fracture which accompanies ISH have been detected. There is no unanimity regarding its ideal therapy yet.

Key Words: Interhemispheric, subdural, hematoma



Referances

nterhemispheric acute subdural hematoma: a computed tomographic manifestation of child abuse by shaking

2. Interhemispheric subdural hematoma: Case report AH Fruin, GL Juhl, C Tylon - Journal of neurosurgery, 1984 - thejns.org

ORAL PRESENTATIONS 70

Asist. Prof. Fatih TANRIVERDİ1-2MD, Assoc. Prof. Gülhan KURTOĞLU ÇELİK1-2MD, Assoc. Prof. Mehmet ERGİN 1-2 MD, Asist. Prof. Alp ŞENER1-2,MD, Prof. Hakan OĞUZTÜRK2 MD, Asist. Prof. Fatih Ahmet KAHRAMAN1-2 MD, Asist. Prof. Gül PAMUKÇU GÜNAYDIN1-2MD, Prof. Şervan GÖKHAN 1-2 MD.

1. Ankara Yıldırım Beyazıt University, School of Medicine, Department of Emergency Medicine, Ankara

2. Ankara City Hospital, Department of Emergency Medicine, Ankara

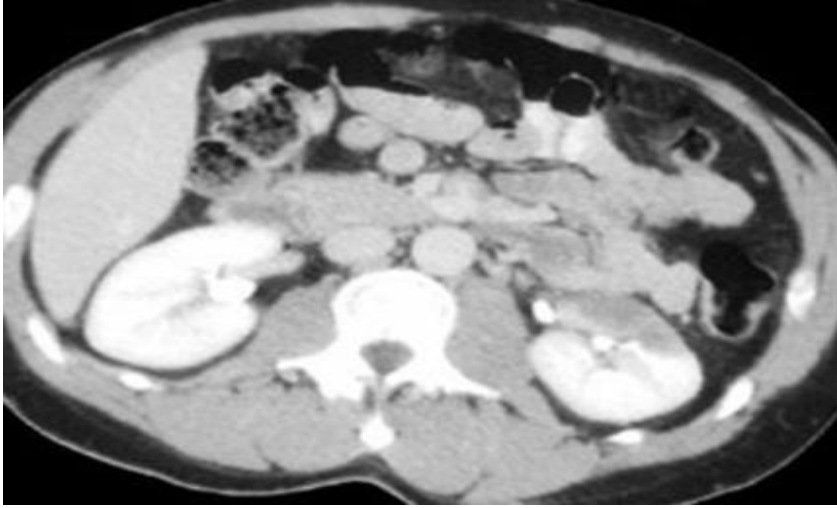
Renal Infarct Case Which is Presented by Flank Pain:

Introduction: Acute renal infarct is quite rare and thromboembolism plays major role in its etiopathogenesis. Most important risk factors in acute renal infarct are; atrial fibrillation, atherosclerosis, previous emboli history and heart diseases. It generally affects elderly group and it is gender neutral. The patients generally have non-specific symptoms like flank pain, upper abdominal pain, nausea, vomit and fever. Since the clinical picture is not specific, making a diagnosis is delayed in many cases.

Case Report: 78 years old male patient applies to the emergency service with the complaint of flank pain. The patient's vitals were stable at arrival. It was found out that he had atrial fibrillation and he used Dabigatran etexilate in his history. His blood pressure was 110/60 mmHg, pulse rate was 120 beats/minute, saturation was 95. He had atrial fibrillation in his EKG. In his physical examination, he had right-sided costovertebral angle tenderness. The patient's kidney function tests were normal. He had 9 leucocytes and 10 erythrocytes in his urine test. His urinary ultrasound was normal. But since the patient's pain didn't stop, contrast-enhanced tomography was taken for the abdominal area and disseminated tortuous progress was observed in renal artery from the beginning of the aorta exit. Filling defect was observed in the left renal artery lower pole anterior segmental branch. Decrease in contrasting and hypodense view were observed in the left kidney lower pole anterior section parenchyma and it was evaluated in support of renal infarct. Surgical intervention was not thought for the patient who was evaluated by urology and cardiology. Clexan was started and the patient was hospitalized at the service.

Discussion and Result: In distinctive diagnosis of renal infarct, the following clinical pictures accompanied by abdominal pain may be counted: ureteral calculi, pyelonephritis, mesenteric ischemia, genital diseases, acute appendicitis. Non-specific clinical and laboratory findings cause delay in diagnosis and irreversible damage in renal functions.

Key Words: Renal Infarct. Atrial Fibrillation, Flank Pain.



Referances

1. CT Appearance Of Renal İnfarct.JR Haaga, SC Morrison - Journal Of Computer Assisted Tomography, 1980 - Europepmc.Org
2. CLINICAL MANIFESTATIONS OF HEMORRHAGIC RENAL INFARCT.: REVIEW OF LITERATURE. REPORT OF A CASE.G Halperin - Archives Of Internal Medicine, 1908 - Jamanetwork.Com

ORAL PRESENTATIONS 71

Asist. Prof. Fatih TANRIVERDİ 1-2MD, Assoc. Prof.Afşin Emre Kayıpmaz2 MD, Prof. Şervan GÖKHAN MD1-2, Asist Prof. Gül PAMUKÇU GÜNAYDIN1-2 ,MD, Asist. Prof. Alp ŞENER1-2 MD , Asist. Prof. Fatih Ahmet KAHRAMAN1-2 MD , Assoc. Prof.Gülhan KURTOĞLU ÇELİK1-2 MD, Prof Ayhan ÖZHASENEKLER 1-2MD

1.Ankara Yıldırım Beyazıt University, School of Medicine, Department of Emergency Medicine,Ankara

2.Ankara City Hospital, Department of Emergency Medicine, Ankara

MECHANICAL BLOCKAGE AS THE REASON OF INTERRUPTED URINARY STREAM .

INTRODUCTION; Urinary catheter is a sterile tube that is used to release urine which is formed in the urinary bladder. Urine is collected in a special sack after it exits from the urinary bladder by a rubber tube. Permanent bladder catheterization is made in order to eliminate acute and chronic urine retention and to keep the patients clean, if they can't use disposable underpad.

CASE; 88 years old male patient was brought by 112 emergency medical service since there was no urine outflow from the permanent urinary catheter for 2 days. The patient who was confined to bed at home due to known cerebrovascular disease (sva) had no other illness. The patient who was being followed-up by permanent urinary catheter had vital signs as blood pressure 100/70, pulse 95, temperature 37.3 °C at arrival. In the physical examination of the patient the motor muscle strength in the right upper and lower extremities was 1/5 due to previous sva, no abdominal distension defense rebound. There were no additional characteristics in physical examination findings of urine retention. As it was learned from the patient's relatives, patient's

urinary catheter bag was changed 2 days ago by themselves. When the part which Foley catheter connects with the bag was examined, it was seen that the cover of the bag was not removed. When the bag was uncovered, urine outflow was seen from the patient's Foley catheter. There was no abnormality in the patient's biochemical and urinary examinations and his relatives were explained in detail how to change urinary drainage bag and he was discharged from the emergency service.

RESULT; Foley catheter should be applied especially by health care providers. But urinary drainage bags of the patients who have permanent Foley urinary catheter may be changed by the patient's relatives too. But patients' relatives should be explained in detail about how to change Foley urinary drainage bag. In our case since the patient's relatives didn't uncover the urinary drainage bag, the patient had urine retention.



Referances

1. Obstructive uropathy TY Tseng, ML Stoller - Clinics in geriatric medicine, 2009 - geriatric.theclinics.com
2. Urinary tract infection associated with conditions causing urinary tract obstruction and stasis, excluding urolithiasis and neuropathic bladder CF Heyns - World journal of urology, 2012 - Springer

ORAL PRESENTATIONS 72

AKCİĞER LEZYONLARININ TANISINDA BİYOPSİ MATERYALLERİ İLE SİTOLOJİK MATERYALLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Ferda KESKİN ÇİMEN¹ Şafak ERSÖZ²

1 Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji AD

3 Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji AD

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Akciğer kanseri bugün dünyadaki en yaygın kanserdir (tüm yeni kanser vakalarının % 12.6'sı, kanser ölümlerinin % 17.8'i). Erkeklerin hastalığa yakalanma olasılığı kadınlardan 2,7 kat daha fazladır. 2000 yılında yaklaşık 1.2 milyon yeni vaka tespit edildi ve akciğer kanseri nedeniyle 1.1

milyon ölüm yaşandı. 2030'da, akciğer kanserinden ölecek insanların sayısının 10 milyon olacağı tahmin ediliyor (1).

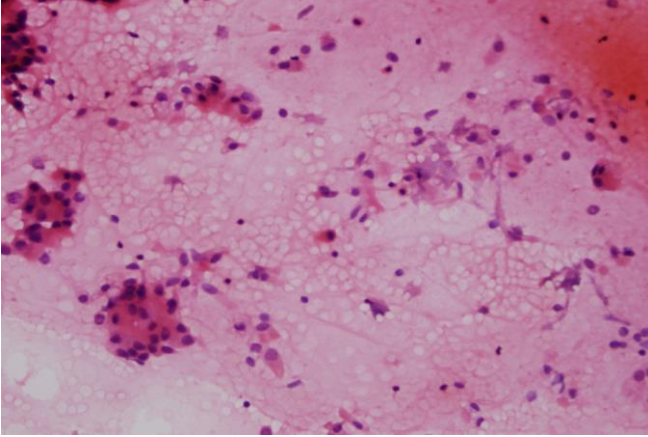
Akciğer kanseri erkeklerde en sık görülen kanserdir ve Amerika Birleşik Devletleri'nde kadınlarda kanser nedeni ile yaşanan ölümlerin ikinci önde gelen nedenidir. (2). Skuamöz hücreli Akciğer karsinom tipi % 45 oranla en sık görüleni iken, % 2 oranındaki büyük hücreli akciğer karsinomu türü ise en az sıklıkla görülenidir. Küçük hücreli ve adenokanser tipleri ise yaklaşık % 20 oranında görülür (3).

Sigara içmek % 94 oranı ile akciğer kanseri sebepleri arasında ilk sırada yer almaktadır (4). Akciğer kanseri insidansı yaşla birlikte artmaktadır ve hastaların çoğu 50-70 yaşları arasında yer almaktadır (5).

Akciğer kanserine tanısında klinik bulgular, tanısal görüntüleme yöntemleri ve biyokimyasal parametreler önemlidir. Ancak bu yöntemler benign ve malign lezyonları birbirinden ayırmaz. Bu nedenlerden dolayı histopatolojik inceleme ve sitoloji tanıda önemlidir.

Akciğer kanseri tanısında sitolojik yöntemler ciddi yer almaktadır. Merkezi yerleşimli endobronşiyal hastalıklar için % 88'den fazla duyarlılığa sahiptir. Solunum sistemi hastalıklarının tanısında; sitolojik yöntemler olarak bronşiyal fırçalama, bronşiyal aspirasyon, bronkoalveolar lavaj ve transbronşiyal-transtorasik ince iğne aspirasyon (FNA) yöntemleri kullanılır. Bu yöntemler benign / malign akciğer lezyonlarının farklılaşmasında önemli bir rol oynar. Biyopsinin mümkün olmadığı durumlarda, sitopatolojinin önemi artar. Sitoloji ve histoloji yöntemleri arasındaki genel uyumluluk % 50 ile % 90 arasında değişmektedir. (6,7).

Bu çalışmanın amacı, sitolojik bulguları eşzamanlı olarak biyopsi yöntemleri ile elde edilen tanımlarla karşılaştırmak ve doğruluk oranını tespit etmektir.



Resim 1: Normal akciğer sitolojisinde hücresel elementler (H&E x40)

3. MATERİYALLER VE METODLAR

2004-2010 yılları arasında KTÜ Tıp Fakültesi patoloji bölümünde , yaşları 18-85 (yaş ortalaması 59.7, standart sapma 12.5), 495'i erkek, 115'i kadın toplam toplam 610 olgunun transtorasik ince iğne aspirasyon sitolojisi, bronşiyal fırçalama, bronşiyal lavaj ve bronkoalveolar lavaj yöntemleriyle elde edilen sitoloji sonuçları, bronkoskopi veya ameliyat materyal biyopsi sonuçları ile karşılaştırıldı. H & E , PAP ve Giemsa boyama yöntemleri uygulandı. İstatistiksel yöntem olarak yüzde ve aritmetik ortalama kullanılmıştır.

4. SONUÇLAR

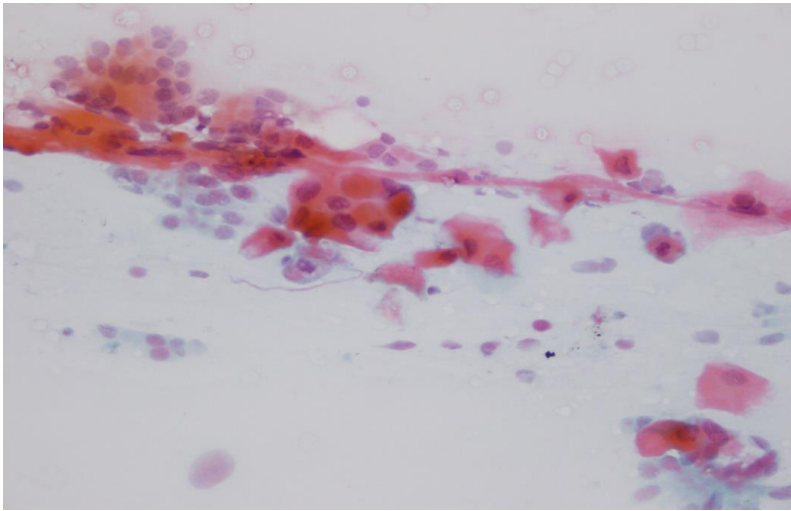
Biyopsi eşdeğerleri olan 495 erkek (% 81.1) ve 115 kadın (% 18.9) dahil olmak üzere 610 olgunun sitolojik-histopatolojik sonuçları ve bazıları çoklu sitolojik tanı yöntemleri kullanılarak

karşılaştırıldı. 610 olguda 423 (% 69) bronş fırçalama, 469 (% 77) bronş aspirasyon, 128 (% 21) bronkoalveolar lavaj ve 48 (% 8) transtorasik ince iğne aspirasyon sitolojisi vardı. 21 olguda rezeksiyon materyali, 16'sına (% 2,6) lobektomi, 5 olgusuna (% 0,8) pnömonektomi yapıldı. Tablo 1'de, bronşiyal fırçalama malzemelerinin sonuçları aynı vakaların biyopsi sonuçlarıyla karşılaştırıldı.

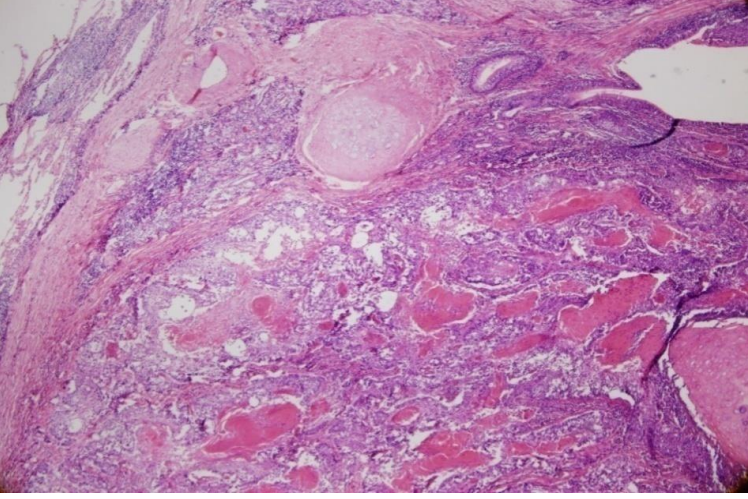
Bronşiyal fırçalama (423 hasta)	Biyopsi-benign	Biyopsi-malign
Sitoloji-benign (181 hasta) (%42)	130 (%71)	51 (%29)
Sitoloji-malign (242 patients) (%58)	27 (%11)	215 (%89)

Tablo 1: Bronşiyal fırçalama sitoloji sonuçlarının aynı olguların biyopsi sonuçlarıyla karşılaştırılması.

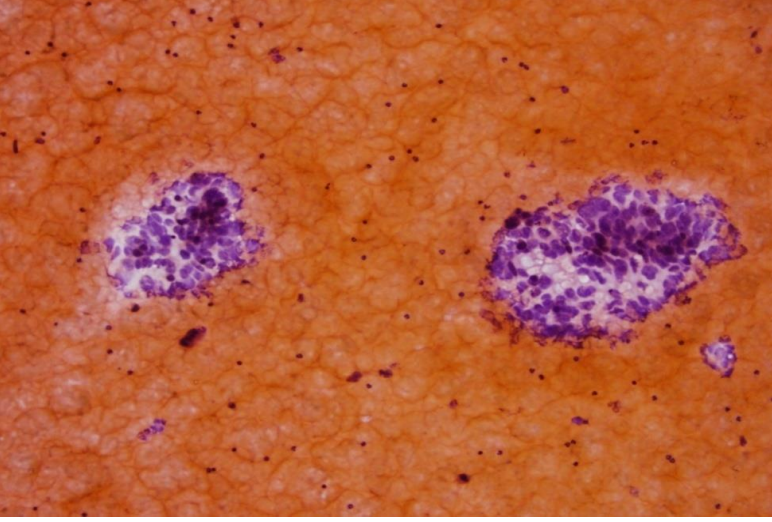
Sitopatolojik ve histopatolojik sonuçların morfolojik görünümü Resim 2,3,4,5,6 ve 7



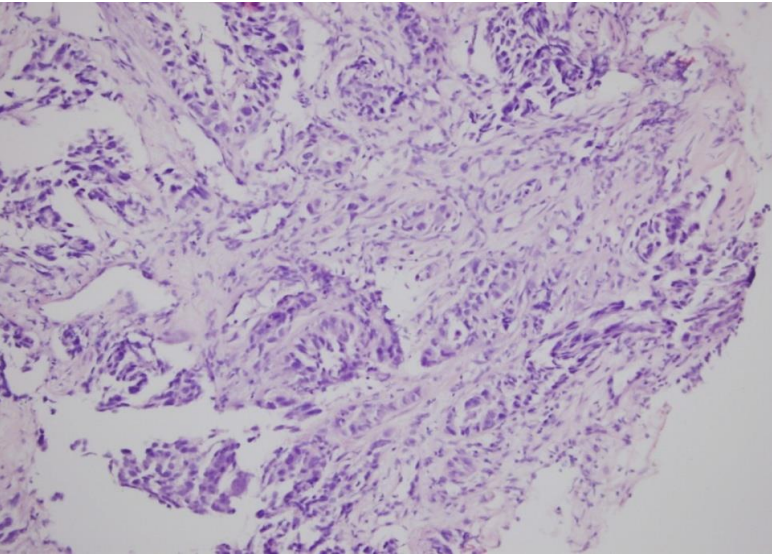
Resim 2: Skuamöz hücreli karsinomda keratinize sitoplazmalı atipik skuamöz hücreler (PAP x400)



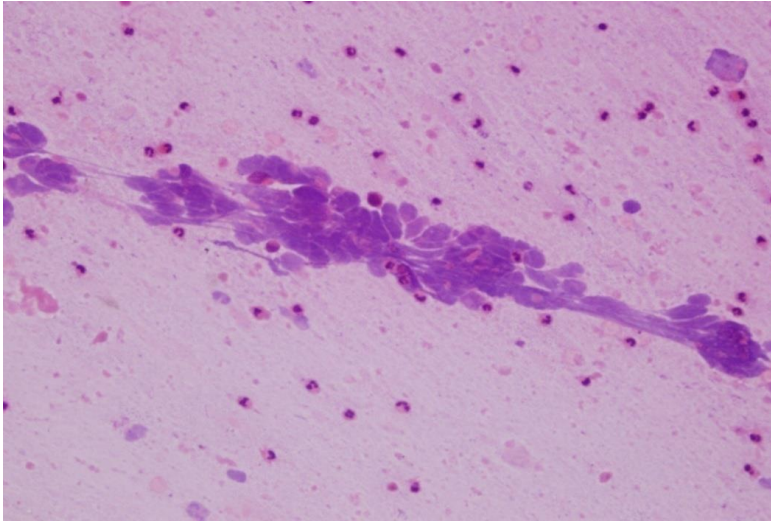
Resim 3: Yaygın glob kornea oluşumları ile iyi farklılaşmış skuamöz hücreli karsinom (H & E x100)



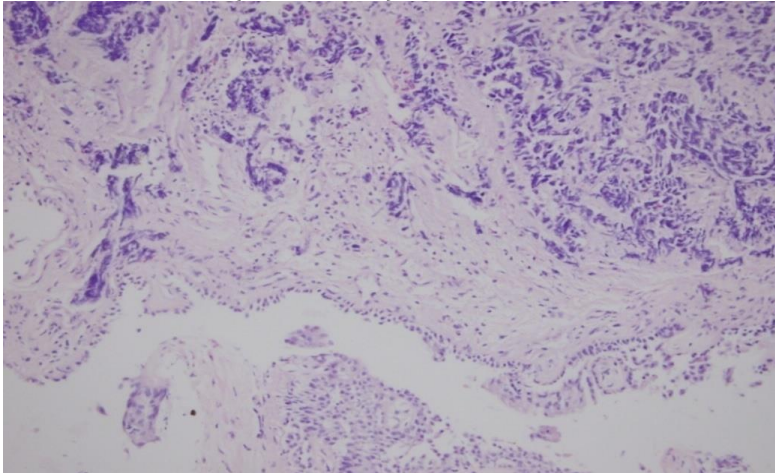
Resim 4: Kumaş benzeri bir yapı oluşturan atipik epitel grupları. (PAP x200)



Resim 5: İyi diferansiye adenokarsinom (H & E x200)



Resim 6: Sıkışık, hiperkromatik çekirdek, dar sitoplazma ile atipik Hücreler (H & Ex400)



Resim 7: Şekil 6'da, küçük hücreli karsinom morfolojisinin histopatolojisi gözlenmektedir.H & E x200)

Bronşiyal fırçalama yöntemi sonucu 30 olgunun biyopsi sonuçları şüpheli sitoloji olarak rapor edildi; 15 olguda benign, 7 olguda skuamöz hücreli karsinom, 3 olguda adenokarsinom, 4 olguda küçük hücreli karsinom ve 1 olguda küçük hücreli karsinom yoktu.

Bu bulgulara ek olarak bronşiyal fırçalama ile histopatolojik sonuçlar arasındaki uygunluk şu şekilde belirlendi;

% 80.8 duyarlılık,% 82.8 özgüllük,% 88.8 Olumlu Öngörüşel Değer,% 71.8 Olumsuz Öngörüşel Değer,% 81.5 Tanı Doğruluk.

Tablo 3'te, bronşiyal aspirasyon materyallerinin sonuçları aynı vakaların biyopsi sonuçlarıyla karşılaştırıldı.

Bronşiyal aspirasyon 469	Biyopsi-benign	Biyopsi-malign
Sitoloji-benign (373) (%79. 5)	201 (%53. 8)	172 (%46. 2)

Sitoloji-malign (96) (%20.5)	8 (%8)	88 (%92)
---------------------------------	-----------	-------------

Tablo 2 : Bronşiyal aspirasyon materyallerinin sonuçlarının aynı olguların biyopsi sonuçlarıyla karşılaştırılması.

Bronşiyal aspirasyonu şüpheli sitoloji olarak bildirilen 18 olgunun biyopsi sonuçları; 6 olguda benign, 5 olguda skuamöz hücreli karsinom, 2 olguda adenokarsinom, 2 olguda küçük hücreli adenokarsinom, 1 olguda atipik epitel hücreleri, 1 olguda kanser infiltrasyonu, 1 olguda akciğer karsinomu olduğu bildirildi.

Bu bulgulara ek olarak bronşiyal aspirasyon ile histopatolojik sonuçlar arasındaki uygunluk şu şekilde belirlendi;

% 33.8 duyarlılık,% 96.1 özgüllük,% 91.6 Pozitif Öngörüşel Değer,% 91.6 Negatif Öngörüşel Değer,% 61.6 Teşhis Doğruluk

Tablo 3 de , Transtorasik ince iğne aspirasyon sonuçları ,aynı vakaların biyopsi sonuçları ile karşılaştırıldı.

RTFN(48)	Biyopsi-benign	Biyopsi-malign
Sitoloji -benign (3) (%1)	2 (%67)	1 (%33)
Sitoloji -malign (45) (%99)	5 (%11)	40 (%89)

Tablo 3: Transtorasik ince iğne aspirasyon sonuçları ,aynı vakaların biyopsi sonuçları ile karşılaştırılması.

Bu bulgulara ek olarak, RTFN ve histopatolojik sonuçlar arasındaki uygunluk şu şekilde belirlenmiştir;

% 97.5 duyarlılık,% 28.5 özgüllük,% 88.8 Pozitif Öngörüşel Değer,% 66.6 Negatif Öngörüşel Değer,% 87.5 Teşhis Doğruluk.

Bronkoalveolar lavaj materyallerinin sonuçları, Tablo 4'teki aynı vakaların biyopsi sonuçlarıyla karşılaştırıldı.

BAL (128)	Biopsy-benign	Biopsy-malign
Cytology-benign (121) (%95)	100 (%83)	21 (%17)
Cytology-malign (7) (%5)	1 (%14)	6* (%86)

Table 4: Comparison of the results of bronchoalveolar lavage materials with the biopsy results of the same cases.

Bu bulgulara ek olarak, bronkoalveolar lavaj ve histopatolojik sonuçlar arasındaki uygunluk şu şekilde belirlendi;

% 22.2 duyarlılık,% 99 özgüllük,% 85.7 Olumlu Tahmini Değer,% 82.6 Olumsuz Tahmini Değer,% 82.8 Tanı Doğruluk.

5. TARTIŞMA

Akciğer kanseri bugün dünyadaki en yaygın kanserdir (tüm yeni kanserlerin% 12.6'sı, kanser ölümlerinin% 17.8'i). Erkeklerin hastalığa yakalanma olasılığı kadınlardan 2.7 kat daha fazla (1). Akciğer kanserini teşhis etmek için kullanılan tekniklerin kombinasyonlarına bazen ihtiyaç duyulur. Hangi yöntemin veya kombinasyonun daha yüksek olduğunun tanınması hala tartışmalıdır. SinchitaRoy - Chowdhuri ve arkadaşları, (8) bu tartışmayı katı organ tümörlerinde eşzamanlı ince iğne aspirasyonu ve nuve iğne biyopsilerini karşılaştırarak bitirmeye çalıştı. Tüm bu çabalara rağmen, küçük hücreli dışı akciğer kanserinin (KHDAK) doku temelli moleküler testi için prosedürlerin optimize edilmesi konusunda Avrupa'da bile hala bir fikir birliği yoktur. Bu teknikler arasında bronşiyal fırçalama, bronkoskopi sırasında görülen yüzeysel şüpheli lezyonlardan sitolojik örnekler almak için kazıma prensibine dayanmaktadır (10). Hastaların üçte birinden fazlasının teşhisi tek başına sitolojik örnekleme ile konulabilir. (11). Karahallı E ve diğ. bronkoskopide görülebilir tümörler üzerinde yapılan bir çalışmada kitle, submukozal lezyonlar ve infiltratif lezyonlar olarak sınıflandırılmış endobronşiyal lezyonlar. Yıkama, fırçalama, forseps biyopsi yöntemlerini kullanan çalışma sonucunda forseps biyopsisinin% 82.7'sinde, transbronşiyal iğne aspirasyonunun% 68.6'sında, fırçalama yönteminin% 68.4'ünde, yıkama yönteminin% 31.6'sında olumlu sonuçlar elde edildi. Forseps biyopsisi ve fırçalama sitolojisi kombinasyonu bronkoskopinin tanınması değerini% 82.7'den% 88.8'e yükseltti. Forseps biyopsi yöntemine yıkama yönteminin eklenmesi tanınması değeri arttırmaz ve transbronşiyal iğne aspirasyonu tanınması değeri% 1 artırır. Çalışma sonucunda forseps biyopsisine fırçalama yönteminin eklenmesinin bronkoskopi ile görünür akciğer kanseri için en iyi tanı stratejisi olduğu vurgulanmıştır (12). Başlangıçta pulmoner alveoler proteinoz, kistik fibroz ve persistan astım gibi pulmoner hastalıklarda bir tedavi yöntemi olarak kullanılan BAL, akciğer kanseri, pulmoner tüberküloz ve interstisyel akciğer yaralanmalarının değerlendirilmesinde sıklıkla güvenli bir teşhis yöntemi olarak kullanılır. BAL ile sitolojik örnekleme, malign hücrelerin pulmoner epitel hücrelerinden pul pul dökülmesi gerçeğine dayanır (10,13). Biyopsilerin alınmadığı durumlarda elde edilen tek malzeme olması önemini arttırmaktadır (14). Aynı anda yapılan biyopsilere verilen tanımlarla karşılaştırılarak doğruluk oranının saptanması, BAL sitolojisinin etkinliğinin bir göstergesidir. Baur ve diğ. Çok rağbet gören BAL ve bronş fırçalama yöntemlerini histopatolojik biyopsilerle karşılaştırarak akciğer kanserinin tanınması değerini gözlemlemeye çalıştım. 196 hasta ile yapılan çalışma sonucunda bronşiyal fırçalama tekniğinin duyarlılığını% 87,3, özgüllüğü% 97,6, BAL duyarlılığını% 39,4, özgüllüğü% 89,6, ilaveten BAL'ın pozitif prediktif değeri olarak belirlediler. % 68.3, negatif prediktif değer% 72.3, teşhis doğruluğu% 71.4 idi. Morfolojik tiplendirmede bronşiyal fırçalama tekniğinin BAL'dan daha iyi olduğunu gördüler. Çalışma sonucunda bronşiyal fırçalama tekniğinin tanı ve tiplendirmede üstün olduğu sonucuna varmışlardır (10). Genel olarak, daha az farklılaşmış anaplastik hücreler, kütleli farklılaşmış hücrelerden daha gevşek tutar. Bu nedenle daha fazla hücre, daha az farklılaşmış lezyonlardan bronş boşluğuna düşer. Benign hücrelerden farklılaşmada önemli özelliklerin kaybında ve bronş boşluğuna düşen bu malign hücrelerin morfolojik tiplendirmede dejeneratif değişiklikler vardır. Bu faktörlerin hepsi BAL'ın tanınması değerini etkiler (10). Çalışmamızın sonuçlarını literatürle karşılaştırdığımızda, farklı tanınması değerlerinin bu nedenlerden kaynaklandığını görüyoruz.

Fiberoptik bronkoskopi sırasında elde edilen yıkama materyallerinin akciğer kanseri yaklaşımlarında değeri ve önemi hala tartışmalıdır. Yıkama işleminin biyopsi ve fırçalamaya kıyasla ne zaman yapılması gerektiği açık değildir. Santral yerleşimli akciğer kanserlerinin bronkoskopik değerlendirmesi sırasında sitoloji ve biyopsilerin birlikte kullanılması, küçük hücreli veya küçük hücreli dışı akciğer kanserinin evrelemesinde tanınması kolaylık sağlar.

Bazı araştırmacılar, periferik akciğer kanseri tanısında biyopsi bazlı histopatolojik bir tekniğe bronşiyal fırçalama ve yıkama tekniklerinin eklenmesinin,% 12-30 arasında değişen oranlarda duyarlılığı ve özgüllüğü arttırdığını bildirmiştir (15). Farklı sitolojik değerlendirmeler, farklı bronkoskopi aletleri ve malzeme tedarik teknikleri ve farklı lokalizasyonlardan farklı sayıda örnek kullanımı sitoloji sonuçlarını etkilemektedir (16). Literatürdeki çalışmalar ve çalışmamız karşılaştırıldığında, bronşiyal yıkama sitolojisinin tanısal değerinin bu nedenlerle farklı şekilde belirlenmesi mümkündür.

Transtorasik ince iğne aspirasyon biyopsisi (TFNAB), akciğer hastalıklarının tanısında sıklıkla kullanılan düşük komplikasyon oranına sahip basit ve etkili bir tanı yöntemidir.

610 hastanın sitolojisi ve biyopsi sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi ve bu çalışmada sitolojik materyallerin tanısal doğruluk oranını eşzamanlı biyopsi tanıları ile akciğer kanseri için karşılaştırmayı amaçladık. 610 olguda 423 (% 69) bronşiyal fırçalama, 469 (% 77) bronşiyal aspirasyon, 128 (% 21) bronkoalveolar lavaj ve 48 (% 8) transtorasik ince iğne aspirasyon sitolojisi vardı.

Fırçalama sitolojisinin duyarlılığı% 80.8, özgüllüğü% 82.8, pozitif prediktif değeri% 88.8, negatif prediktif değeri% 71.8, diagnostik doğruluk değeri% 81.5 olarak belirlendi, bu oranlar histopatolojik değerlendirmede literatürle uyumluydu Fırçalama yöntemiyle elde edilen materyaller, aynı vakalardaki biyopsi materyallerinin histopatolojik değerlendirmeleri ile karşılaştırıldı.

Aynı olguların biyopsi materyallerinin histopatolojik değerlendirmeleri, BAL metodu ile elde edilen materyallerin sitolojik değerlendirmeleri ile karşılaştırıldı, böylece BAL sitolojisi% 22.2,% 99, pozitif prediktif değeri% 99, % 82,6 negatif prediktif değeri ve% 82,8 tanısal doğruluğunu, oranlarımız literatürden düşüktür. Literatürde BAL'ın tanısal başarısının malign büyümenin ayırıcı evresinden, elde edilen sitolojik materyallerin morfolojisinin korunmasından ve bronştan örnekleme yapan hekimin teknik becerisinden etkilendiği vurgulanmaktadır.

Biyopsi materyallerinin histopatolojik değerlendirmeleri, bronşiyal aspirasyon yöntemi ile elde edilen aynı vakaların materyallerinin sitolojik değerlendirmeleri ile karşılaştırıldığında, bronşiyal aspirasyon sitolojisi% 33,8,% 96,1, özgüllük değeri 91,6 %, negatif prediktif değeri% 53.8 ve% 61.6 tanısal kesinliği, bizim oranlarımız literatürden düşüktü. Literatürde farklı sitolojik değerlendirmelerin farklı bronkoskopik aletlerin ve malzeme alma tekniklerinin kullanımı ve farklı lokalizasyonlardan farklı sayıda örneklemeden kaynaklandığı belirtilmektedir.

TFNAB yöntemi, akciğer lezyonlarının tanımlanması için başka bir yöntemdir. Frank Schneider ve diğ. (17), transtorasik bilgisayarlı tomografi kılavuzlu iğne biyopsisi (CNB) ve ince iğne aspirasyon (FNA) biyopsi örneklerinin moleküler test için eşit derecede uygun olup olmadığını belirlemeyi amaçlamıştır.

Biyopsi materyallerinin histopatolojik değerlendirmeleri, TFNAB yöntemiyle elde edilen aynı vakaların materyallerinin sitolojik değerlendirmeleri ile karşılaştırıldığında, TFNAB sitolojisinin duyarlılığı% 97,5, özgüllüğü% 28,5, pozitif prediktif değeri% 88,8, negatif; prediktif değer% 66,6 ve tanısal doğruluk oranı% 87,5'tir.

Akciğer kanseri tanısında sitolojik yöntemlerin güvenli, ucuz, yüksek tanısal değere sahip olduğu ve bu çalışmaya göre akciğer kanseri tedavisinin planlanmasında başarıyla kullanılabileceği sonucuna vardık.

KAYNAKLAR

1. Department of Gender, Women and Health Family and Community Health. Gender in Lung Cancer and smoking research. World Health Organization2005.

2. Köktürk N, Yeğin D, Ulukavak Çiftçi T, Bilgin Mullaoglu S, Öztürk C. Akciğer Kanserlerinde Epidemiyolojik Özellikler Yıllar İçinde Değişim Gösteriyor mu? Türk toraksdergisi, Aralık 2004, Cilt 5, Sayı 3, Sayfa (lar) 137-142 .
3. TurkishThoracic Society, LungandPleuralMalignanciesStudyGroup. Pattern of lungcancer in Turkey 1994-1998. Respiration 2002;69:207-10.
4. Halilçolar H, Tatar D, Ertuğrul G, Çakan A, Gayafoğlu M, Kömürcüoğlu B. Epidemiyoloji. In: Akkoçlu A, Öztürk C, eds.,Akciğer kanserinde multidisiplineryaklaşım. Toraks Kitapları, Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi;1999:17-22.
5. İtil O. Akciğer kanserlerinin epidemiyolojisi ve etyolojisi. Haydaroğlu A (editör). Akciğer Kanseri: Tanı ve Tedavi. Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 2000: 15-34.
6. Barut F, Özdamar ŞO. Bronkoalveolar lavaj-transbronşiyal biyopsi tanılarının karşılaştırılması,Türkiye Klinikleri J MedSci 2007;27:179-183.
7. Piaton E, Djelid D, DuvertB,Sequentialuse of bronchialaspirates, biopsyandwashings in thepreoperativemanagement of lungcancers. Cytojournal 2007; 4:1-7 .
8. SinchitaRoy – ChowdhuriConcurrentfineneedleaspirationsandcoreneedlebiopsies: a comparativestudy of substratesfornext-generationsequencing in solid organ malignancies. Modern Pathology volume30, pages499–508 (2017).
- 9.Manfred Dietel.Diagnosticproceduresfornon-small-celllungcancer (NSCLC): recommendations of theEuropeanExpertGroup. BMJ Journals: November2015 ;10.1136.
10. Gaur D S. Efficacy of Broncho-AlveolarLavageandBronchialBrushCytology in DiagnosingLungCancers. Journal of Cytology. 2007; 24: 73-77
11. Skov, Birgit G. MD PairedComparison of PD-L1 Expression on CytologicAndHistologicSpecimensFromMalignancies in theLungAssessedWith PD-L1 IHC 28-8pharmDx and PD-L1 IHC 22C3pharmDx. AppliedImmunohistochemistry&MolecularMorphology: August 2017 - Volume 25 - Issue 7 - p 453–459.
12. Karahalli E. Usefulness of various diagnostic techniques during fiber optic bronchoscopy forendoscopy callyvisiblelug cancer:shouldcytologicexaminations be performedroutinely?Respiration 2001;68:564-565.
13. Tang CC. Value of bronchoalveolarlavagecombinedwithtransbronchiallungbiopsy in thediagnosis of peripherallungcancer. ChangGung 2000 Nov;23 (11):695-700.
- 14.Figen BARUTÇU. Bronkoalveolar lavaj-Transbronşiyal biyopsi tanılarının karşılaştırılması.Türkiye Klinikleri J MedSci 2007;27:179-183.
15. Kawaraya M. Evaluation of variouscytologicalexaminationsbybronchoscopy in thediagnosis of peripherallungcancer. British Journal of Cancer.2003; 89: 1885-1888.
16. V H F Mak. Value of washingsandbrushings at fiberopticbronchoscopy in thediagnosis of lungcancer. Thorax 1990;45:373-376.
17. Frank Schneider .Adequacy of CoreNeedleBiopsySpecimensandFine-NeedleAspiratesforMolecularTesting of LungAdenocarcinomas.AmericanJournal of ClinicalPathology, Volume 143, Issue 2, 1 February 2015, Pages 193–200.

ORAL PRESENTATIONS 73

ST SEGMENT ELEVATION DUE TO CARDIAC COMPRESSION BY A GIANT HIATAL HERNIA

¹Şiho Hidayet, ²Şükrü Gürbüz

¹İnönü University, Turgut Özal Medical Center, Department of Cardiology, MALATYA

² İnönü University, Turgut Özal Medical Center, Department of Emergency Medicine, MALATYA

Introduction: Hiatal hernia is the herniation of abdominal organs via the esophagial hiatus to the chest cavity. It may be congenital or acquired. Although most cases are asymptomatic, nausea, vomiting, postprandial fullness, chest pain, dyspnea may also be seen. Retrocardiac air is typical in patients with suspected diagnosis with or without air fluid level on the chest X-ray. In this case report, we aimed to present a rare case in the literature who presented to the emergency department with ECG change (ST elevation) due to compression of the mediastinal hernia in the cardiac cavities.

Case Report: A 48-year-old male patient with no known history of coronary artery disease was admitted to the emergency department with chest pain, nausea and vomiting. Electrocardiography showed 1 mm ST elevation in leads II, III and aVF without reciprocal ST depression. Transthoracic echocardiography revealed a mass that compressed the left atrium. The wall motion of the left ventricle showed normal contraction without asynergy. A contrast dynamic thorax CT was taken on the patient, whose complaints were ongoing. A multislice CT showed mediastinal herniated gastric fundus that compresses the cardiac area and contains levels. After the stomach contents were evacuated, the patient's complaints regressed. Control electrocardiography showed complete regression of st elevation. The patient was transferred to the surgical clinic for surgery. The patient subsequently underwent laparoscopic hiatal hernia repair, and Nissen fundoplication. The patient was discharged on postoperative day 3.

Conclusion: We suggest that hiatal hernia should be considered in the differential diagnosis of STE, and gastric decompression provides rapid and effective clinical and electrocardiographic improvement.

ORAL PRESENTATIONS 74

ALVEOLER KANAMA

Doğanay Can, Ömer Faruk Türkoğlu, Gülcan Çağlar, Sema Kırmızı, Ramiz Yazıcı, Başar Cander
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ

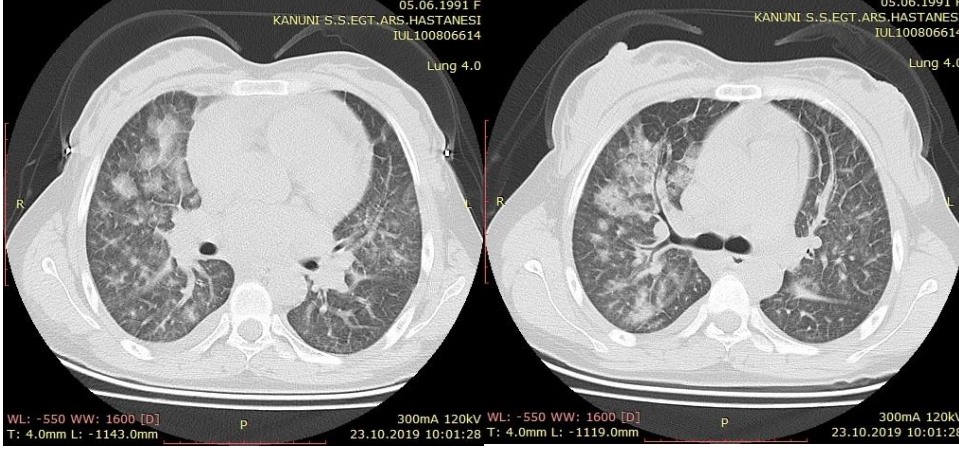
Alveoler hemoraji nadir görülen fakat hayatı tehdit edici bir dizi olayın komplikasyonu olarak ortaya çıkan bir durumdur. Diffüz alveoler hemoraji(DAH) genellikle bir grup immün kökenli heterojen hastalığa bağlı olarak gelişir ve alveoler septal hasardan masif hemorajiye kadar uzanan bir spektrumda seyredir. DAH tanısı klasik triadın varlığını içerir: Anemi, hemoptizi ve akciğer görüntülemesinde yeni ortaya çıkan bilateral alveoler infiltratlar. Biz bu sunumumuzda ileri tetkik sonucunda Goodpasture sendromu olduğunu öğrendiğimiz bir alveolar hemoraji vakasını ele aldık.

OLGU

Bilinen hastalık öyküsü olmayan 28 yaşında kadın hasta acil servisimize nefes darlığı, kanlı öksürük şikayeti ile başvuruyor. Hastanın yapılan muayenesinde bilinç açık oryente koopere cilt soluk görünümde solunum sesleri bilateral kaba, ral mevcut. Hastanın bakılan vital değerlerinde sat02:78 ta:170/80 olarak saptanması üzerine hastaya noninvaziv mekanik ventilasyon desteğine başlandı. Akciğer görüntülemesi(fig1,fig2) alveolar hemoraji ile uyumlu olarak görülen hastanın laboratuvar tetkiklerinde hemoglobini:7.4 bun:86 kreatinin:6.69 ve idrarında mikroskopik hematüri tespit edildi. Anestezi ve göğüs hastalıkları ile konsülte edilen hastaya steroid ve antibiyoterapi başlanarak ileri tetkik tedavi amacıyla yoğun bakım ünitesine yatırılıp yapıldı.

SONUÇ

Goodpasture sendromu DAH ve glomerülonefrite yol açan bir hastalıktır. Alveol ve glomerül bazal membranındaki tip IV kollajene karşı gelişen antikorlar bu hastalıktan sorumludur. Etyolojisi bilinmez ancak inhale hidrokarbonlar veya viral hastalıkların özellikle influenzanın risk faktörü olabileceği söylenmiştir. Birçok hasta progresif dispne, yaygın alveoler infiltratlar, hipoksemi ve hemoptizi ile başvurur. Özellikle genç erişkinlerde hemoptizi ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda akla getirilmeli ve uygun tedavi en kısa süre içerisinde başlanmalıdır.



(Fig1,fig2)

ORAL PRESENTATIONS 75

Atipik HÜS'e Acil Genel Yoğun Bakımda Plazmaferez ile Müdahale

Ramiz Yazıcı, Bensu Bulut, Hilmi Kaya, Doğanay Can, Dilek Atik, Başar Cander

Giriş

Atipik hemolitik üremik sendrom (aHÜS) trombotik mikroangiopatilerin nadir görülen bir şeklidir. Kötü seyirli bir sendrom kabul edilen aHÜS olgularında özellikle akut dönemlerinde %25'e varan oranlarda ölüm riski mevcuttur ve yine olguların %50' sinde son dönem böbrek yetersizliği ile sonuçlanır. Komplemanın alternatif yolağının kontrolsüz aktivasyonu sonucu oluştuğuna inanılan aHÜS olgularında tüm klinik bulgulardan da yine bu kontrolsüz kompleman aktivasyonu sorumlu tutulmaktadır. Tedavi seçenekleri arasında 3 yada 5 günlük plazmaferez uygulaması da bulunmaktadır.

Biz, bu olguda atipik HÜS vakasının acil genel yoğun bakım yönetimini tartıştık.

Olgu

Acil servisimize 19 yaşında bayan hasta nöbet ön tanısı ile hastanemize bağlı alt merkezden 112 Acil Sağlık Hizmetleri vasıtası ile nakledildi. Medikal özgeçmişinde kronik hastalığı olmadığı anlaşılan hastanın 2 gündür baş ağrısı kusma şikayeti olduğu, olay günü kasılma olması nedeniyle acil servise başvurduğu öğrenildi. Nörolojik muayenede bilinç konfüze, pupiller izokorik, ense sertliği şüpheli pozitif, GKS:14 uykuya meyilli postiktal şeklinde değerlendirildi. Yapılan görüntüleme tetkiklerinden beyin BT'de ve Beyin Difüzyon MR'da akut patoloji görülmemiştir. Acil servise başvurusundaki ilk kan tetkik sonuçları; kreatinin:2,34 üre:74 total bilirubin: 1.50 direk bilirubin: 0,49 indirek bilirubin:1,01 Hgb:10,5 plt:101 gelmiştir. Ön tanılar içinde HÜS ve TTP düşünülen hasta dahiliyeye konsulte edilmiştir. Dahiliye tarafından plazmaferez önerilen hasta acil yoğun bakımımıza yatırılmış ve plazmaferez tedavisi başlanmıştır. Steroid başlanan hasta için ADAMTS13 tahlili gönderilmiş ve negatif saptanmıştır. Renal biyopsi sonrası aHÜS tanısı konulan hasta takiplerinde diürezisi varken nefes darlığı başlaması ve dinlemekle bilateral ral duyulması üzerine dahiliye ve anesteziye konsulte edilmiş yüklenme

bulgularının ilaç tedavisine rağmen düzelmemesi üzerine hasta hemodiafiltrasyon için üst basamak yoğun bakıma devredilmiştir.

Sonuç

Mortalitesinin yüksek seyretmesi nedeni erken tanı ve tedavisi önemli olan aHÜS ü tanılarımızda düşünmeli ve plazmaferезin medikal tedavinin yanında uygulanması gereken yaşam kurtarıcı bir tedavi olabileceği unutulmamalıdır.

ORAL PRESENTATIONS 76

BATINA BİSİKLET GİDONU ÇARPMASI SONUCU OLUŞAN PANKREATİK LASERASYON:OLGU SUNUMU

Ayla Köksal, Ömer Faruk Türkoğlu, Talha Gürkan, Doğanay Can, Gülcan Çağlar, Başar Cander
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

Giriş:Batın travmaları mekanizmasına göre penetran ve künt olarak sınıflandırılmaktadır ve travma nedeni ile ölümlerin %15-20 nedenidir. Pankreasın künt travma ile yaralanması nadir olup tüm karın yaralanmalarının %2'sinden azını oluşturmaktadır. Tanının erken konması ve pankreas yaralanmasının derecelendirilmesi gelişebilecek komplikasyonlar ve mortalite açısından önemlidir. Bilgisayarlı tomografi (BT) batın içi organ yaralanmalarında majör görüntüleme yöntemidir.

Olgu:Daha önce bilinen hastalık öyküsü olmayan 8 yaş erkek hasta yakınları tarafından bisikletten düşerken bisiklet gidonunun karnına çarpması sonrası başlayan karın ağrısı şikayetiyle acil servise getirildi.Vital bulguları tansiyon:115/70 sP02:96 nabız:92 ateş:36.7 idi.Fizik muayenesinde inspeksiyonda özellik yoktu. Batında eipgastrik hassasiyet mevcuttu.Defans(-), rebound(-), diğer sistem muayeneleri tabii idi.Biyokimya parametreleri Amilaz:104 Lipaz:177. İlk Hb:12.3 Wbc:17k idi. Batın BT sinde:Pankreas gövde-kuyruk kesiminde pankreas kalınlığında artış ve peripankreatik yağlı dokuda bu alanda sıvı izlendi.Ayrıca bu lokalizasyonda pankreas parankimi kontrastlanmasında azalma dikkati çekmiş olup bulgular pankreatik laserasyon ile uyumlu olarak değerlendirildi..Çocuk cerrahisi ile konsülte edilen hastaya takip amaçlı servis yatışı önerildi ve hastanın çocuk cerrahisi servisine yatışı yapıldı.

Sonuç:Batın travması ile başvuran hastalarda izole pankreas yaralanmaları nadir olup özellikle karaciğer, mide, duodenum ve dalak yaralanmalarına %70-90 oranında eşlik eder. Künt pankreas yaralanmalarının 2/3'ü gövde kesiminde ve geriye kalan kısmı ise eşit olarak baş, boyun ve kuyruk kesiminde izlenir1 .

Bizim olgumuzda pankreasın gövde-kuyruk kesiminde yaralanma izlenmiş olup diğer organ yaralanmaları eşlik etmemekteydi. Pankreas yaralanmasının klinik triadı üst karın ağrısı, lökositoz ve amilaz yüksekliğidir. Künt travma sonrasında ısrarcı hiperamilazemi varlığı pankreas yaralanması açısından uyarıcı olmalıdır .

Bilgisayarlı tomografi künt karın travmalı hastada ilk görüntüleme yöntemi olarak kullanılır ve pankreas yaralanmasına bağlı komplikasyonları ortaya çıkarabilir. Sunduğumuz olguda US'de pankreas yaralanması ayırt edilemedi. Bilgisayarlı tomografi incelemesi hangi organda ve hangi derecede yaralanma olduğunu gösterdi.

Küçük ve yüzeysel parankimal zedelenmelerin tedavisi konservatif olup tüm pankreas yaralanmalarının %68-87'sini oluşturmaktadır. Ancak çevre vasküler yapılarıdaki ve pankreatik kanaldaki yaralanmalarda cerrahi yaklaşım gerekmektedir. Pankreatik kanal yaralanmasının tespiti cerrahi gerekliliği belirlemek ve uygulanacak cerrahi yöntemi seçmek açısından önemlidir.

Bu açıdan bakıldığında US ve BT tanıyı koymada yetersiz olabilmektedir. Pankreas kalınlığının %50'sinden az olan laserasyonlarda duktal yaralanma çoğunlukla gözlenmez. Ancak derin pankreatik yaralanmalara duktal laserasyon sıklıkla eşlik eder. Sunduğumuz olguda, çevre vasküler yapılarda herhangi bir yaralanma tespit edilmedi. Sonuç olarak, klinik triad bulunan ve pankreatik yaralanma şüphesi olan olgularda BT, yaralanmayı ve eşlik eden patolojileri gösteren değerli bir yöntemdir.

ORAL PRESENTATIONS 77

Bilateral Serebellar Enfarkt

Ramiz Yazıcı, Bensus Bulut, Hilmi Kaya, Ramazan Ünal, Dilek Atik, Başar Cander

Giriş

Serebellar infarktlar beyin infarktları arasında % 1.5- 4.2, posterior dolaşım infarktları arasında ise % 47 oranında görülür. Serebellar infarktlar en sık PICA (Posterior İnfirior Serebellar Arter) ve SCA (Superior Serebellar Arter) alanlarında görülmektedir. Serebellar infarktlar posterior fossada gelişen ödemin etkisi ile beyin sapına bası oluşturarak, obstrüktif hidrocefali ve akut intrakranial basınç artışına yol açarak fatal olabilmektedir. Bilateral serebellar infarktlar oldukça enderdir. Bu infarktların sebebi net olarak saptanamamıştır. Bilateral PICA enfarktlarının her iki serebellar hemisferi besleyen sol vertebral arterden çıkan PICA stenozundan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Biz, bu olguda PICA alanında görülen Bilateral Serebellar Enfarkt vakasının acil yönetimini tartıştık.

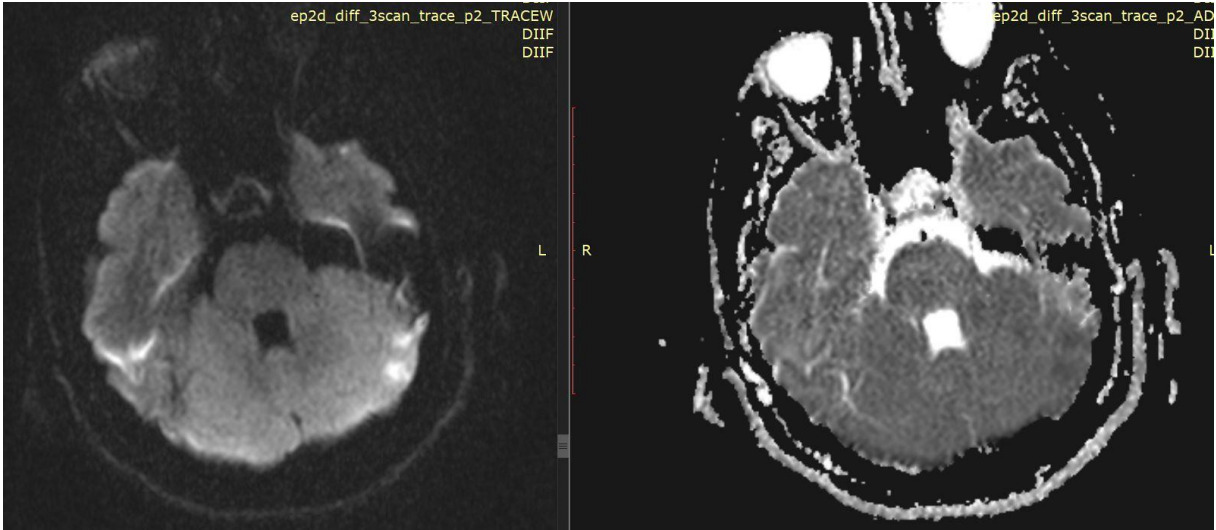
Olgu

Acil servisimize 53 yaşında kadın hasta sabah başlayan konuşma bozukluğu nedeniyle 112 Acil Sağlık Hizmetleri tarafından getirildi. Medikal özgeçmişinde 3 yıl önce iskemik SVO geçirdiği ve varfarin sodyum kullandığı öğrenilmiştir. Nörolojik muayenesinde bilinç uykuya meyilli, hasta sesli uyarı ile uyanıyor, anlamlı cevap veriyor bırakılınca uyuyor şeklindeydi. Konuşma minimal dizartik, sol kol ve bacakta 4/5 kas gücü (sekel) şeklinde değerlendirildi. Yapılan görüntüleme tetkiklerinden; beyin bilgisayarlı tomografide ve beyin difüzyon MR'da akut patolojiye rastlanılmadı. Hasta müşahadeye alınarak nöroloji ile konsülte edildi. 6 saatlik müşahade sonrası kontrol nörolojik muayenesinde belirgin değişiklik olmayıp hastanın başvuru anındaki nörolojik bulgularının devam ettiği anlaşıldı. Çekilen kontrol beyin difüzyon MR'da bilateral serebellar enfarkt tespit edildi (RESİM 1 - 2). Kan tetkiklerinde INR:15 (08-1,2) olup diğer kan sonuçları fizyolojik sınırlarda idi. Nöroloji ile konsülte edilen hasta ileri tetkik ve tedavi amacı ile nöroloji yoğun bakımına yatırışı yapıldı.

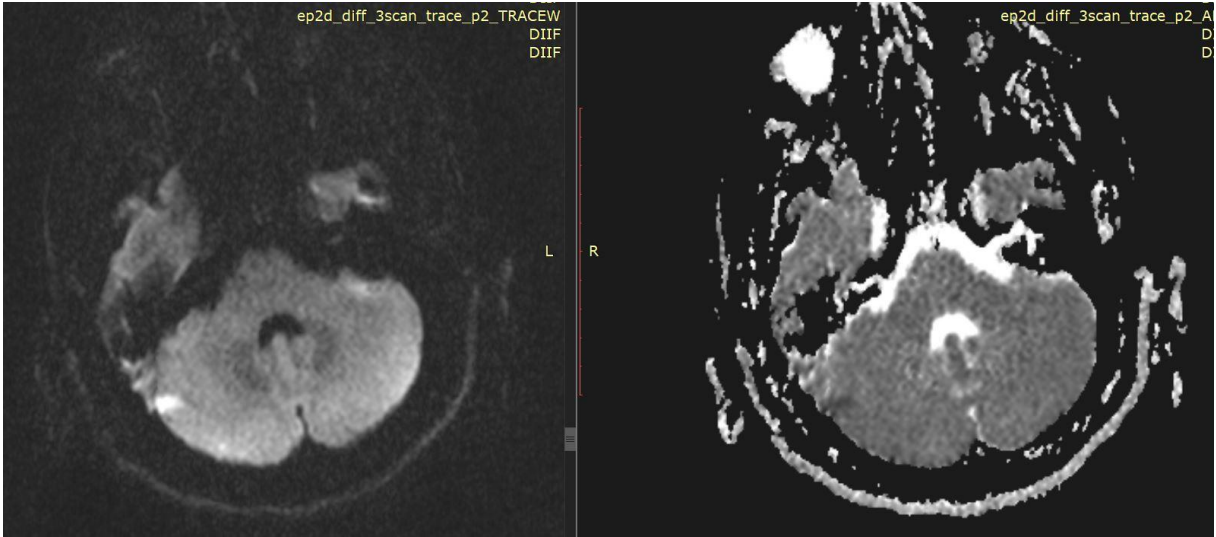
Sonuç

Sonuç olarak, akut serebellar enfarkt düşündürülen ataksi diplopi bozulmuş serebellar testler gibi bulgular olmaması, ilk yapılan görüntüleme tetkiklerinde akut patolojiye rastlanılmaması ve kan koagülasyon değerlerinin normalin çok üstünde olması nadir görülen bilateral akut enfarkt tanısını zorlaştırmıştır. Dikkatli klinik gözlem ve şüphe bu tip nadir görülen vakaların teşhisinde önemlidir.

RESİM 1



RESİM 2



ORAL PRESENTATIONS 78

Dalak Enfarkt

Bensu Bulut, Ramiz Yazıcı, Hüseyin Mutlu, B.Serra Koçkan, Dilek Atik, Başar Cander

Giriş

Splenik infarkt nadir görülen bir dalak patolojisidir. Etiyolojisi araştırıldığında genellikle başka hastalıkların komplikasyonu olarak meydana geldiği anlaşılmaktadır. Splenik infarktın, üçte birinden fazlasının sebebi atrial fibrilasyon ve atrial trombusu olanlardır. Diğer nedenler arasında hematolojik, vasküler, anatomik ve diğer nedenlerdir. Litaraturde vaka sunumları olarak karşımıza çıkmaktadır.

Biz, bu olguda karın ağrısı ile acil servise başvuran ve dalak enfarktı tanısı alan vakamızın acil serviste yönetimini tartıştık.

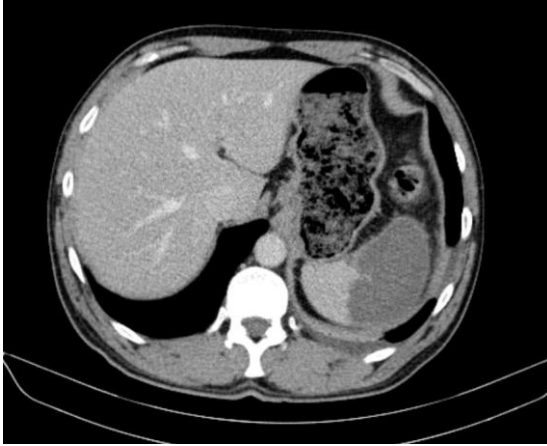
Olgu

Acil servisimize 50 yaşında erkek hasta karın ağrısı şikayeti ile acil servisimize başvurdu. Medikal özgeçmişinde aritmi-atrial fibrilasyon, derin ven trombozu hastalıkları olduğu antikoagülan tedavisi için aldığı warfarin sodyum'u bir süredir almadığı öğrenildi. Anamnezde karın ağrısının 3 gündür olduğu, gittikçe arttığı, ağrının yer değiştirmedeği, gaz gaita çıkışının olduğu ara ara bulantı kusmalarının olduğu bilgisi elde edildi. Fizik muayenede genel durumu iyi bilinci açık koopere oryante batında özellikle solda belirgin üst kadranda hassasiyet mevcut olup defans/rebound yoktu. Vitalleri fizyolojik sınırlar içinde olan hastanın ilk bakılan kan tetkikleri WBC:16,75 HB:11,3 PLT:310bin CRP:11,6 olup diğer bakılan parametrelerde anlamlı değişiklik yoktu. INR değeri 0,99 olup normal (0,8-1,2) sınırlardaydı. Çekilen kontrastlı batın bilgisayarlı tomografisinde Dalak üst zonda anteriorda yaklaşık 5x6 cm boyutlarında kontrast tutulumu göstermeyen hipodens alan izlenmiştir (dalak enfarktı?) (RESİM 1). Acil cerrahi müdahale açısından genel cerrahi ile istişare ettiğimiz hastayı kardiyak etyolojik sebepler açısından kardiyoloji ile de konsülte ettik. ileri tetkik ve tedavi amacıyla dahiliye servisine interne ettik.

Sonuç

Nadir görülen dalak enfarkt vakalarında hastaların %67'sinde sol üst kadranda ağrı görülür. Ağrı, hastaların yarısında bir haftadan az yarısında bir haftadan uzun sürelidir. Bulantı, kusma, erken doyma tipik semptomlar arasındadır. Hastamızda ara ara devam eden karın ağrısı ve buna eklenen bulantı kusma şikayetleri vardı. Non spesifik semptomlarla prezente olan dalak enfarkt karın ağrısı ile gelen hastalarda akılda tutulması gereken bir tanıdır.

RESİM 1

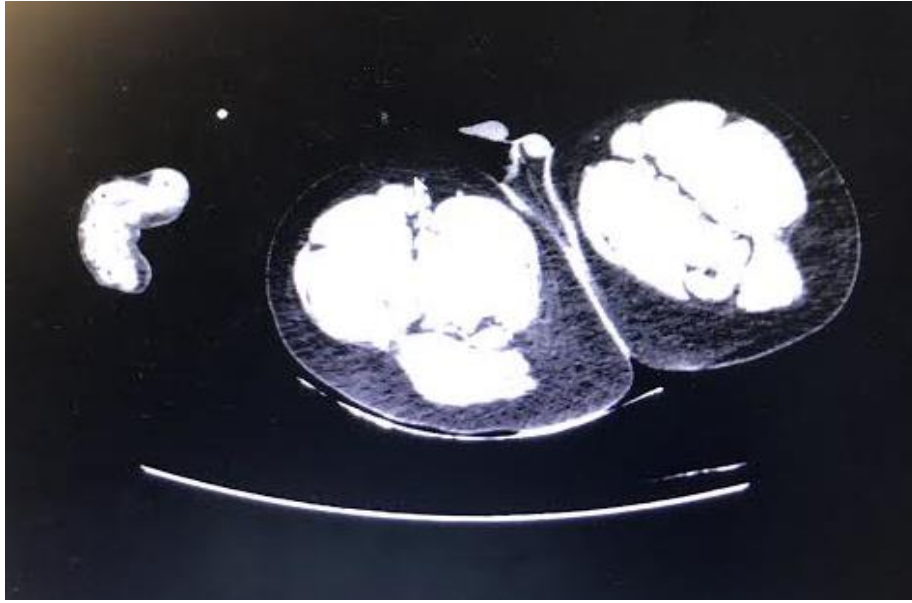
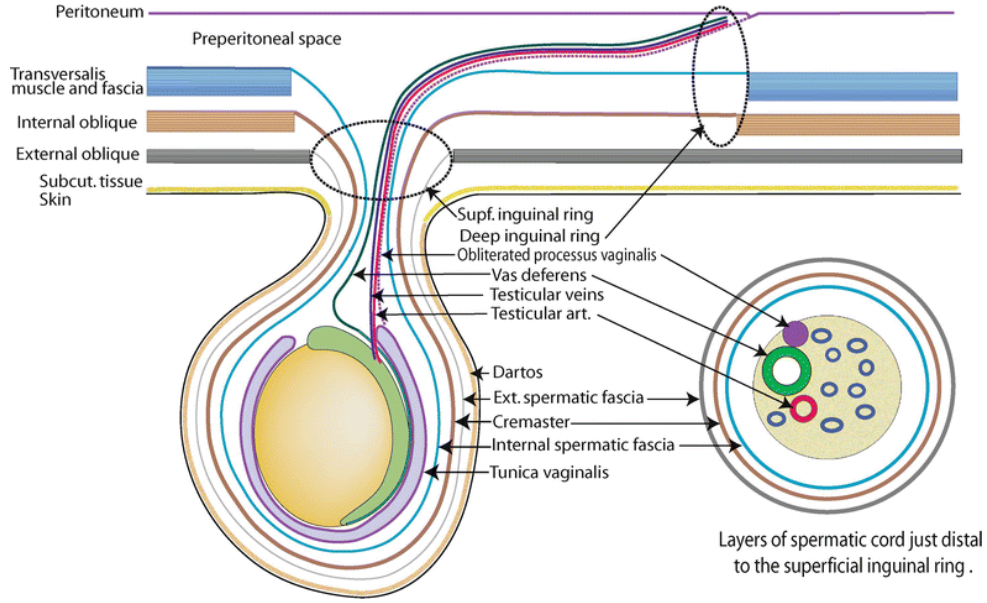


ORAL PRESENTATIONS 79

Acil Servise Delici Kesici Alet Yaralanması Sonucu Skrotal Rüptürü Olan Hasta
Gülcan Çağlar, Sema Kırmızı, Doç. Dr. Ramazan Güven, Prof. Dr. Başar Cander

Giriş

Skrotum testisleri çevreleyen, ince derili kesedir ve katmanlardan oluşur. Testisleri ve spermatik kordları içinde taşır. Testislerin asılı olduğu spermatik kordların içinde kan damarları, sinirler, kas fibrinleri ve duktus-vas deferens (testisten ayrılan spermatozoidlerin geçiş yolu) bulunur. Spermatik kord abdomene inguinal kanaldan geçerek girer.



Skrotal travmalar künt ve penetran olarak ikiye ayrılır. Künt travmalar kavga sırasında pelvik bölgeye tekme vurma veya sportif aktivitelerde top çarpması, ata biner tarzda yüksekten düşme gibi nedenlerle meydana gelebilmektedir. Künt travmalar sonucu testis torsiyonu, hematosel, testis rüptürü ve /veya skrotal hematom olabilir. Penetran yaralanmalar ise delici kesici aletler, bıçak veya kurşun ile oluşan yaralanmalardır.

Olgu Sunumu

Bilinen hastalık öyküsü olmayan madde? alkol? bağımlılığı olduğunu ifade eden 30 yaşında erkek hasta tarafımıza delici kesici alet yaralanması sonucu skrotal penetran travma nedeni ile

getirilmiştir. Hastanın ilk bakıda fizik muayenede skrotum dışında herhangi bir delici kesici alet yaralanma izi veya darp izine rastlanmamıştır. Hastanın yapılan genital muayenesinde her iki skrotal kesede sağda daha geniş ve derin olmak üzere delici kesici alet izine rastlanmıştır. Sağda yaklaşık 3 cm'lik düzgün kenarlı kesi, geniş hematoma alanı ve sağ testisin tamamına yakınının dışarda olduğu gözlenmiştir, solda da yaklaşık 0,5 cm'lik kesisi mevcuttu. Hastaya görüntüleme olarak skrotal doppler ve batin içi yaralanması olup olmadığı ekartasyonu için IV kontrastlı pelvis BT istendi.

Hastanın tetanoz profilaksisi, antibiyoterapisi, hidrasyonu eş zamanlı planlandı. Görüntülerde testislerde damar yaralanması, batin içi organ yaralanması olmadığı tespit edildi. Hasta üroloji tarafından acil operasyona alındı. Ürolog tarafından travma sırasında oluşabilecek künt travmaya da bağlı hastaya testislerinin zarar görmesi sonucu testislerinin alınabileceği riski anlatıldı. Operasyon sonrası testislerde hasar olmadığı ve sadece skrotal onarım yapıldığı önerildi.

Sonuç

Erkek dış genital organlarının travmatik yaralanmaları nadir görülmesine rağmen doğru tanı ve acil tedavisi önemlidir. Genitoüriner travmaların cinsel yaşam, fertilité, psikolojik durum ve yaşam kalitesi üzerinde etkisi olan önemli sonuçları bulunmaktadır. Bu tür travma vakalarının doğru tanısı ve uygun tedavilerinin sağlanması için acil hekimleri, ürologlar ve radyologların ortak çalışması desteklenmelidir.

ORAL PRESENTATIONS 80

FAZLA TEMİZLİK ZARARLIDIR

Ayla Köksal , Doğanay Can , Hilmi Kaya , Gülcan Tanrıku, Sema Kırmızı, Ömer Faruk Türkoğlu, Başar Cander

Sağlık Bilimleri Üniversitesi , Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi , Acil Tıp Kliniği

GİRİŞ

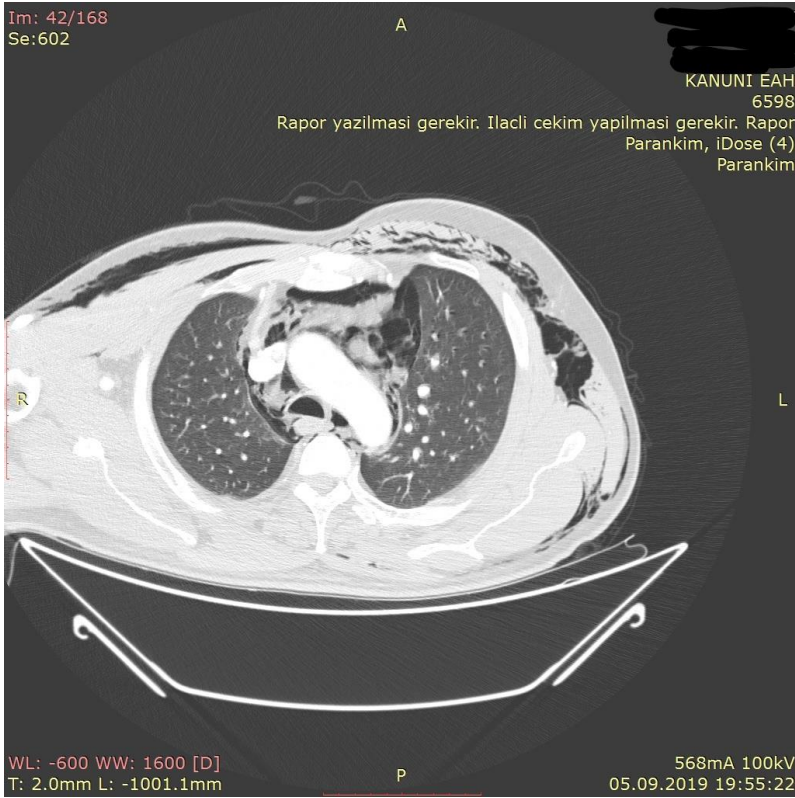
Göğüs travmaları akciğer ve kardiyak yaralanma açısından risk oluşturduğundan hayatı tehdit eden travmalardır. Pnömotoraks hemotoraks pnömomediastinum perikardiyal tamponad ve kardiyak yaralanlar göğüs travması sonucu oluşabilir. Hastanın travma sonrası gelişen göğüs ağrıları dikkatle incelenmelidir. Biz bu vakamızda göğüs travması sonrası pnömomediastinum gelişen bir vakamızı sunmak istedik.

VAKA

42 yaş erkek hasta acil servisimize göğüs ağrısı sol kolda uyuşma ve şişlik şikayeti ile başvurdu. Hastanın bilinen bir hastalık öyküsü mevcut değildi. Öyküsünde üstü kirlendiği için basınçlı hava ile temizlik yapan bir temizleyici ile üstünü temizlediği ve ağrı şikayetinin bu olaydan sonra başladığı öğrenildi. Fizik muayenesinde solunum sesleri olağan göğüs ön duvarında krepitasyon mevcut kalp sesleri derinden geliyor ek ses üfürüm yok batin rahat defans rebound yok nörolojik muaynesi olağan idi. Ekg si normal sinüs ritmi idi. Yapılan görüntülemelerinde pnömomediastinum ve cilt altı amfizem ile uyumlu görünüm olması üzerine göğüs cerrahinin bulunduğu bir merkeze sevkı sağlandı.

SONUÇ

Pnömomediastinum travma sonrası , cerrahi ve endoskopik girişimler sonrası oluşabilen ve hayatı tehdit eden bir durumdur. Hastanın geçmişinde travma öyküsü var ise hastanın akciğer görüntülemeleri mutlaka yapılmalıdır. Bu tarz hastalar kardiyak etkilendirme ve solunumun takibi açısından dikkatle izlenmelidir.



ORAL PRESENTATIONS 81

Akut Karının Nadir Nedeni: Güdük Apendisit

Ramiz Yazıcı, Bensu Bulut, Hilmi Kaya, Cesareddin Dikmetaş, Dilek Atik, Başar Cander

GİRİŞ: Karın ağrısı ile gelen hastalarda akut apandisit sık karşılaşılan acil cerrahi girişim gerektiren patolojilerdendir. Daha önceden apendektomi öyküsü olması nedenli tanısı zor ve atlanması kolay olan güdük apandisit ise nadir saptanan geç apendektomi komplikasyonudur. Biz bu vakayı akut güdük apandisitinin karın ağrısı ile gelen apendektomi öyküsü olan hastalarda karın ağrısının nadir bir nedeni olması nedenli sunmayı amaçladık.

OLGU: 31 yaş bayan hasta karın ağrısı nedenli acil servisimizde başvurdu. Özgeçmişinde apendektomi hariç özellik olmayan hastanın geliş vitallerinde patoloji saptanmadı. Tetkiklerinde lökositoz olan hastanın batin USG u gaz nedenli değerlendirme suboptimal olup apandiektomi öyküsünü doğrulamıştır. Batin BT sinde çekum etrafında kirlenme görülüp akut apandisit ile uyumlu gelmiştir. Genel cerrahiye konsulte edilen hastanın antibiyoterapisi başlanarak takibe alınmıştır.

SONUÇ: Karın ağrısı olan özgeçmişinde apendektomi öyküsü olan hastalarda da akut güdük apandisit olarak adlandırdığımız güdük bölgesi kaynaklı akut inflamasyon olabileceği unutulmamalı ve tanılar arasında nadir bir tanı olan akut güdük apandisit de düşünülmelidir.

ORAL PRESENTATIONS 82

Hepatik Arter Rüptürü

Ramiz Yazıcı, Bensu Bulut, Hüseyin Mutlu, Ayla Köksal, Dilek Atik, Başar Cander

Giriş

Hepatik arter rüptürü sıklıkla hepatik arter anevrizma zemininde gelişen ve hayatı tehdit eden bir klinik durumdur. Hepatik arter anevrizması en sık (%80) ekstrahepatik arterlerde görülmektedir. Etiyolojik faktör olarak en fazla sorumlu tutulan ise aterosklerozistir. Travma ve pankreatitis yalancı anevrizmalar için iyi bilinen etiyolojik faktörlerdir. Özellikle Travma sonrası hepatik arter psödoanevrizması, künt karaciğer travmasının nadir görülen gecikmiş bir komplikasyonudur. Doğal süreçleri tam açıklanmamış olmasına rağmen, acil müdahale ile ilişkili yüksek mortalite agresif bir yaklaşımı gerektirmektedir. Semptomatik veya ruptüre anevrizması olan hastalarda cerrahi yaklaşım kesin olarak gerekmektedir.

Biz, bu olguda Gastrointestinal sistem kanaması tanısı ile acil servisimize nakledilen, etiyolojik zemininde travma ve anevrizma olmayan Hepatik arter rüptürü vakasının acil yönetimini tartıştık.

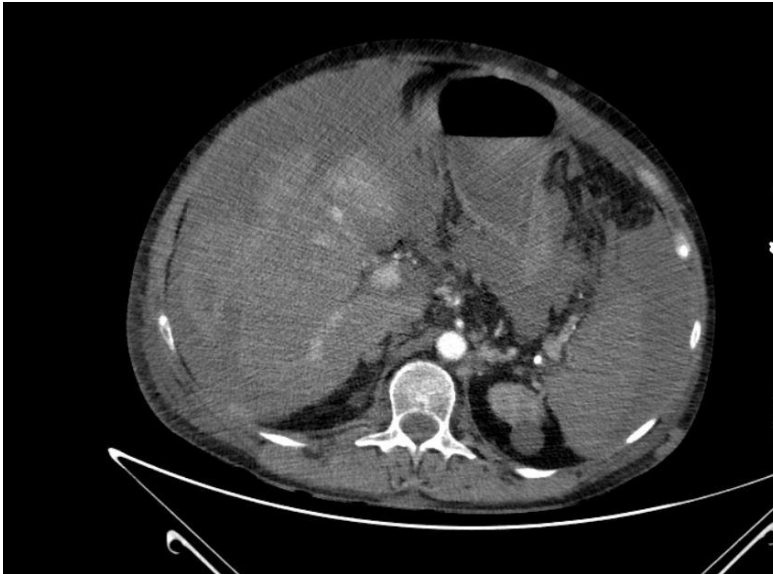
Olgu

Acil servisimize 63 yaşında bayan hasta gastrointestinal sistem kanaması ön tanısı ile hastanemize bağlı alt merkezden 112 Acil Sağlık Hizmetleri tarafından nakledildi. Medikal özgeçmişinde bilinen kalp kapak replasman operasyonu ve buna bağlı konjestif kalp yetmezliği öyküsü olduğu öğrenildi. Fizik muayenede genel durumu kötü bilinci açık koopere oryante cildi terli batında defans/rebound yok ptö ++/++ RT:NGB şeklindeydi. Vitallerinden hipotansif taşikardik olduğu anlaşılan hasta resüsitasyon odasına alındı ve sıvı resüsitasyonuna başlandı. İlk bakılan kan tetkikleri WBC:12,1 HB:5,1 PLT:165bin şeklinde olup nakledilen merkezdeki HB değerine göre HB değerinin 3 birim düştüğü tespit edildi. Çekilen kontrastlı batın bilgisayarlı tomografisinde Karaciğer konturları lobüledir. Safra kesesinde toplam boyutu 12 mm ölçülen taşlar izlendi. Karaciğer ve dalak etrafında serbest sıvı izlendi. Karaciğer inferioru düzeyinden başlayarak sağ parakolik boşluk ve pelvis boyunca uzanan yüksek dansiteli serbest sıvı izlendi (Hemorajik?) Pelviste yaygın serbest sıvı izlendi (RESİM 1). Genel Cerrahi Hekimi ile konsülte edilen hasta hepatik arter rüptürü tanısı ile acil ameliyathaneye çıkarıldı.

Sonuç

Literatüre bakıldığında travma veya anevrizma hikayesi olmaksızın hepatik arter rüptürü çok nadir görülen ve nedenini saptayamadığımız hemoglobinin düşüşü olan vakalarda aklımıza gelmesi gereken bir tanıdır.

RESİM 1



KAFA TRAVMASI İLE GELEN EKTOPIK GEBELİK RÜPTÜRÜ: OLGU SUNUMU

Ayla Köksal, Ömer Faruk Türkoğlu, Hasan Çam, Doğanay Can, Sema Kırmızı, Başar Cander
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

Giriş: Ektopik gebelik; gebelik kesesinin uterus kavitesi dışında bir yere implante olması durumudur. En önemli risk faktörü geçirilmiş ektopik gebelik olup çok büyük bir çoğunluğu tuba uterinaya implante olmaktadır. Geç tanı konulması durumunda ciddi maternal morbidite ve mortalite nedenidir. Ovarian gebelik, ektopik gebeliğin nadir şekillerinden biridir. Doğal yollar ile gerçekleşen her 7000- 16.000 konseptusta bir ovarian gebelik oluşmakta ve bu tüm ektopik gebelik olgularının %1-3 kadarına denk gelmektedir.(1) Karın ağrısı ve vajinal kanama en sık semptomlar olmakla birlikte senkop, halsizlik gibi atipik semptomlar ile de başvuru olabilir.

Olgu: Bilinen hastalık öyküsü olmayan G2P2 35 yaş kadın hasta şiddetli ishal-kusma ve senkop sonrası kafa travması geçirmesi üzerine 112 ekiplerince acil servise getirildi. Vital bulguları tansiyon:70/45 sPO2:96 nabız:110 ateş:36.7 KŞ:140

Fizik muayenesinde inspeksiyonda; soluk görünümde, genel durum orta, travmaya bağlı çene altında 2 cm transvers kesi mevcut, bilinç açık, GKS:15 idi. Nörolojik muayenesi doğal, batin muayenesinde özellikle alt kadranda hassasiyet mevcut defans(-), rebound(-) idi.

SAT:22 gün önce olan gebelik şüphesi olmadığını, 9 yıldır RİA lı olduğunu belirten hastadan B-Hcg dahil hemogram-biyokimya ve görüntüleme istendi. Abdomen USG de:sağ adneksiyel alanda 5 cm çapında yoğun içerikli kist izlendi(hemorajik kist?) Batin içerisinde tüm kadranda serbest sıvı mevcut idi. Batin alt kadranda kalınlığı 5 cm ye varan heterojen eko yapısında koleksiyon ile uyumlu görünüm izlendi.

Biyokimya parametreleri; KCFT:N BFT:N CRP:N WBC:N Hb:9.4 **B-Hcg:7150** olan hasta ektopik gebelik rüptürü ön tanısıyla ivedilikle kadın doğum ile konsülte edildi ve zaman kaybetmeksizin ameliyathaneye alındı.

Sonuç: Ektopik gebelik insidansı yaklaşık %2 olup en sık 35-44 yaş arası görülür(2) Birinci trimester anne morbiditesi ve mortalitesinin en sık nedenidir(3) Ovarian gebelik, ektopik gebeliğin nadir bir formudur. Genel olarak ovarian gebelik, ovumun over içinde fertilize olması ya da fertilize ovumun sekonder olarak overe implante olması sonucu gelişir. Ovarian ektopik gebelik gelişimi için klasik risk faktörleri dışında, intrauterin araç kullanımı daha fazla öne çıkmaktadır. Bizim vakamızda da 9 yıldır RİA mevcut idi.

Ektopik gebelik tanısı normal gebeliklere göre düşük serum Beta hCG düzeyi ve transvajinal ultrasonografide intrauterin gebelik kesesi görülmemesi ile konmaktadır. Transvajinal ultrasonografi ektopik gebelik tanısında oldukça efektifir(4). Fakat ovarian gebelik tanısını ameliyat öncesinde koymak hala zordur.

Sonuç olarak ektopik gebelik adet rötari, karın ağrısı ve vajinal kanama ile başvuran hastalarda akla getirilmesi gereken fakat atipik semptomlar ile de başvuru olabileceğinin unutulmamasının çok büyük önem arz ettiği bir durumdur.. Tanının gecikmesi ciddi morbidite ve mortalite sebebi olabilir.

Kaynaklar: 1. Marcus SF, Brinsden PR. Primary ovarian pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer: report of seven cases. Fertil Steril 1993; 60: 167-9. [CrossRef]

2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Ectopic pregnancy--United States, 1990-1992. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1995; 44:46.

3. Grimes DA. The morbidity and mortality of pregnancy: Still risky business. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1994;170(5):1489-94.
4. Condous G, Okaro E, Khalid A, Lu C, Van Huffel S, Timmerman D, et al. The accuracy of transvaginal ultrasonography for the diagnosis of ectopic pregnancy prior to surgery. Human reproduction. 2005;20(5):1404-9.

ORAL PRESENTATIONS 84

ÖZEFAGUSTA YABANCI CİSİM

Doğanay Can, Ömer Faruk Türkoğlu, Gülcan Çağlar, Sema Kırmızı, Ramiz Yazıcı, Başar Cander
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ

Özofagus yabancı cisimleri, ciddi morbidite ve mortaliteye yol açan durumlardır. Yutulan yabancı cisimler yaş gruplarına ve yöresel özelliklere göre değişkenlik göstermektedir. Yabancı cisim yutmaları en sık 6 ay ile 6 yaş arası grupta görülür. İleri yaşlarda görülen yabancı cisimlerde morbidite ve mortalite riski daha fazladır. Protez dişi olanlarda çiğneme yeteneği ve hassasiyeti daha zayıftır. Tüm gastrointestinal yabancı cisimlerin %28-68'ini özofagus yabancı cisimleri oluşturur. Hastaların şikayetleri değişken olmasına rağmen en sık görülen semptomlar disfaji ve odinofajidir. Biz bu sunumumuzda endoskopik müdahale gerektiren özofagusta yabancı cisim vakasını ele aldık.

OLGU

Bilinen hastalık, geçirilmiş operasyon öyküsü olmayan 76 yaşında kadın hasta acil servisimize boğazda takılma hissi ve yutkunma sırasında ağrı şikayeti ile başvuruyor. Hastanın yapılan muayenesinde bilinç açık oryante koopere solunum sesleri doğal, vital bulguları doğal sato2:97 olarak saptandı. Alınan anamnezde hasta akşam yemeği sonrası kayısı yediği ve aniden boğazında takılma ve ağrı hissettiğini ifade etti. Ön tanıda özefagusta yabancı cisim düşünülen hastadan radyografide özellik olmaması üzerine boyun toraks tomografisi istendi. Hastanın yapılan bt görüntülemelerinde proksimal özefagusta yaklaşık 23x19 mm boyutlarında yabancı cisim tespit edildi(fig1, fig2). Özofagus proksimalinde tamama yakın tıkanıklık tespit edilmesi üzerine endoskopi birimine haber verildi ve yabancı cisim endoskopi aracılığı ile çıkarıldı.

SONUÇ

Özofagus yabancı cisimlerinin %70'i krikofaringeus kası seviyesinde, %15'i torasik özofagusta ve %15'i ise gastroözofagial bileşkede yerleşir. Birçok yabancı cisim gastrointestinal sisteme zarar vermeksizin spontan olarak bağırsak yoluyla çıkar. Ancak ciddi tıkanıklığa sebep olan cisimlerde komplikasyon gelişme durumuna göre endoskopik ya da cerrahi müdahale gerekebilir. Erken dönemde çıkartılmayan yabancı cisimler erozyon, perforasyon, retrofarengial apse ve pulmoner komplikasyonlara yol açabilir. Bu nedenle yabancı cisim tıkanıklıklarında dikkatli olmak gerekmektedir.



ORAL PRESENTATIONS 85

PRES Sendromu

Ramiz Yazıcı, Bensus Bulut, Burce Serra Koçkan, Ertuğrul Ak, Dilek Atik, Başar Cander

Giriş

Posterior reversible ensefalopati sendromu (PRES), baş ağrısı, mental durum değişiklikleri, görme bozuklukları, parezi, mide bulantısı, nöbet gibi semptomlarla birlikte görülür. Tanısı nörolojik muayene ve radyolojik görüntüleme yöntemleri ile konulabilen geçici bir klinik tablodur. Bulgular akut olarak belirebileceği gibi birkaç günlük süreçte tedrici olarak gelişebilir. Patofizyolojik mekanizması henüz tam bir netlik kazanmamıştır. Literatürde geniş bir yaş aralığında ve birçok nedene bağlı olarak geliştiği bildirilmiş vakalar olmasına rağmen Gebelik toksemisi, organ transplantasyonu, immünsüpresif tedaviler, sistemik inflamatuvar yanıt sendromu (SIRS), otoimmün hastalıklar, porfiri, kemoterapi tedavileri ve şok sonrası vakalar bildirilmiştir. Tanıda radyolojik olarak bilgisayarlı tomografi (BT) ve/veya manyetik rezonans görüntülemelerinde (MRG) bilateral parietal ve oksipital loblarda daha belirgin olmak üzere yaygın ödem saptanır. Literatüre bakıldığında hızlı tanı ve tedavi yapıldığı durumlarda hastaların hızla iyileştiği görülmektedir.

Biz, bu olguda PRES Sendromu vakasının acil yönetimini tartıştık.

Olgu

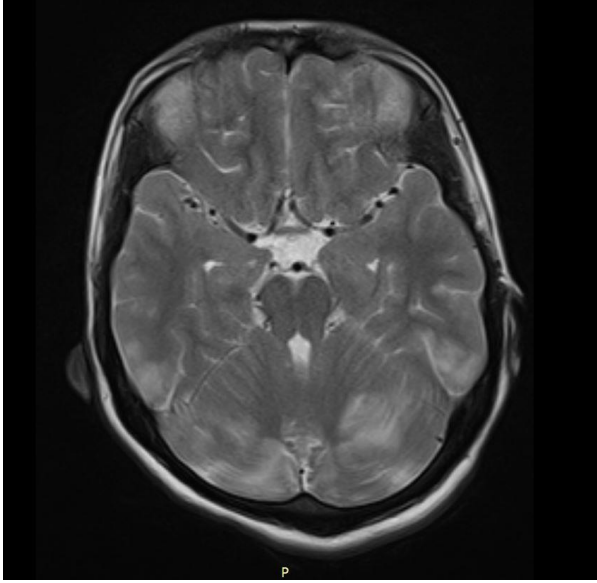
Acil servisimize 18 yaşında bayan hasta nöbet? / status epilepticus? ön tanıları ile hastanemize bağlı alt merkezden 112 Acil Sağlık Hizmetleri vasıtası ile nakledildi. Medikal özgeçmişinde kronik hastalığı olmadığı anlaşılan hastanın 2 gündür baş ağrısı kusma şikayeti olduğu, olay günü kasılma olması nedeniyle acil servise başvurduğu öğrenildi. Nörolojik muayenede bilinç konfüze, pupiller izokorik, ense sertliği şüpheli pozitif, kelime çıktısı yok, tekli emir alıyor, ağrılı uyarı ile ekstremiteleri çekiyor (GKS:10) şeklinde değerlendirildi. Yapılan görüntüleme tetkiklerinden beyin BT'de akut patoloji görülmemiştir, beyin MR'da Serebellumda temporal loblarda ve oksipitoparietal bölgede daha hafif derecede olmak üzere vertekse yakın frontal loblarda kortekste ve subkortikal beyaz cevherde bant tarzında T2A FLAIR sekansta hiperintens sinyal değişiklikleri izlenmektedir. Serebellar folyalar hafif genişlemiştir. Lateral ventrikül korpusları hafif genişlemiştir şeklinde sonuçlanmıştır (RESİM 1). Kan tetkik sonuçları da göz önüne alınarak ayırıcı tanılar açısından İntaniye, Beyin cerrahisi ve Dahiliye branşları ile konsülte edildi. Acil genel yoğun bakıma interne edilerek tetkik ve tedavilerine devam edildi.

Deksametazon 4x4mg, Levetirasetam 2x500mg tedavileri ile 3 gün takip edildi. Yoğun bakım takibi tamamlanan hasta nöroloji servisine yatırıldı. Nakil öncesi nörolojik muayenesi; şuur açık, hafif apati hali, sınırlı koopere, 4 ekstremitte yer çekimini yeniyor şeklindeydi.

Sonuç

Sendromun kliniğinde spesifik olmayan bulgular olması nedeniyle bu durum diğer klinik tanımlarla sıklıkla karışabilmekte ve gereksiz ve/veya yanlış tedavilerin uygulanmasına neden olabilmektedir. Radyolojik olarak parietal ve oksipital bölgelerde daha belirgin olmak üzere yaygın serebral ödem ile karakterize geçici bir durumdur. Ancak, tanı ve tedavinin gecikmesi durumunda status epileptikus, intrakranial kanama ve masif iskemik enfarkt oluşumu gibi komplikasyonlar sonrasında ciddi morbidite ve mortalite ile seyredebilmektedir.

RESİM 1



ORAL PRESENTATIONS 86

CROHNA BAĞLI PSOAS APSESİ:

Ramiz Yazıcı, Bensus Bulut, Hilmi Kaya, Ayla Köksal, Dilek Atik, Başar Cander

GİRİŞ:

Nadir rastlanan bir enfeksiyon olan psoas absesi (PA), psoas ve iliak kasları çevreleyen fasiya içerisinde süpüratif sıvı birikmesi olarak tanımlanır(1). Psoas kası; sigmoid kolon, apendiks, jejunum, üreter, abdominal aorta, böbrekler ve vertebrae ile yakın komşuluk içinde olup bu organların enfeksiyonu psoas kasına yayılım gösterebilmektedir(2). Klasik bulguları ateş, karın ağrısı, bel ağrısı ve yürümede aksama olarak görülmektedir (3,4). Primer ve sekonder olarak sınıflandırılan pa'nın etyolojisine bakıldığı zaman saptanan en sık nedenlerinin pott hastalığı ve crohn hastalığı olduğu görülmüştür.(5) PA nadir görülen, genellikle geç tanı konulan, mortalitesi ve morbiditesi yüksek olan bir hastalık olmasından(6) dolayı bu vakayı sunmayı istedik.

VAKA:

Karın ağrısı ateş bulantı şikayetleriyle acilimize başvuran 26 yaş erkek hastanın öyküsünden bir sene önce crohn hastalığı tanısı aldığı öğrenilmiştir. Geliş vitalleri doğal olan hastanın fizik muayenesinde sağ üst kadranda hassasiyet olması dışında patolojik bulgu saptanmamıştır. Kan tetkiklerinde WBC=15.29 CRP=234 dışında ek özellik olmayan hastanın istenen batın tomografisinde sağ psoas kasında ve kas lateral komşuluğundaki retroperitoneal yağlı doku içerisinde toplam vertikal uzunluğu 12 cm ,transvers çapı 9 cm ölçülen multikompartmanlı birbiri

ile ilişkili apse ile uyumlu hava değerleri içeren periferik kontrastlanan koleksiyonlar gözlenmiş ve periçekal yağlı dokuda inflamatuvar dansite artışları izlenmiştir. Girişimsel radyoloji, genel cerrahi tarafından konsulte edilen hastanın apsesi girişimsel cerrahi tarafından drene edilmiş ve sonrasında genel cerrahi tarafından yatışı yapılmıştır.

SONUÇ: Mortalite ve morbiditesinin yüksek olması nedeniyle, acile karın ağrısı şikayeti ile gelen özellikle crohn tanısı olan hastalarda PA akılda tutulması gereken bir tanıdır.

KAYNAKLAR:

- 1-http://mikrobiyolbul.org/managete/fu_folder/2009-01/2009-43-01-121-125.pdf
2. Mallick IH, Thoufeeq MH, Rajendran TP. Iliopsoas abscesses. Postgrad Med J 2004;80: 459-462.
3. Kandış H, Çakır Z, Ilıca A.T ve ark. Acil Serviste Bir Psoas Apsesi Olgusu. Akademik Acil Tıp Dergisi 2008;7:38-40.
4. Malhotra R, Singh K.D, Bhan S. Primary pyogenic psoas abscess of the psoas muscle. J Bone Joint Surg 1992;74;278-284.
5. Bodakçı M N, Hatipoğlu N K, Dağgüllü M at all Etiological factors of psoas abscesses Journal of Clinical and Experimental Investigations 2014; 5 (1): 59-63
6. Ataus S, Alan C, Önder AU ve ark. Psoas abscess. Cerrahpaşa J Med 2000;31:89-93.

ORAL PRESENTATIONS 87

ACİL SERVİSE KARIN AĞRISI İLE GELEN RECTUS KASI HEMATOMU TANISI ALAN HASTA

Gülcan Çağlar, Sema Kırmızı, Doç. Dr. Ramazan Güven, Prof. Dr. Başar Cander

Akut başlangıçlı karın ağrılı hasta, acil serviste sık karşılaşılan hasta gruplarından. Akut karın ağrısı, bilinen batin travması ve yaklaşık olarak 20 haftalık gebeliği olan kadın hastalar dışında '1 haftadan' daha kısa süreli karın ağrılarıdır. Akut karın ağrılarında en sık nedeni nonspesifik karın ağrılarıdır. Bunu sırasıyla apandisit ve safra yolları hastalıkları nedenli ağrılar takip eder. Nonspesifik karın ağrıları tüm tetkik ve incelemelere rağmen tanısı konmayan ağrılardır. Akut karın nadirde olsa hastaların hayatlarını tehdit edebilecek nedenlerden kaynaklanmaktadır. Örneğin abdominal aort anevrizması. Bunları ayırmak ve tanıya hızlı ulaşmak için iyi fizik muayene, detaylı anamnez önemlidir.

Acil servisimize akut başlangıçlı karın ağrısı ile başvuran ve rektus kası hematomu tanısı alan hastayı istedik.

Olgu Sunumu

66 yaşında erkek bilinen SVO ve DVT nedenli coumadine kullanım öyküsü olan travma öyküsü bulunmayan yaklaşık 2-3 saat önce ani başlayan karın ağrısı nedeni ile başvuran hasta. Fizik muayenesinde sağda daha şiddetli olmak üzere batin hassasiyeti, rebound olmayan yaygın defansı mevcut. Bilinen SVO ve DVT nedenli coumadin kullanıyor, başka hastalık öyküsü ve safra kesesi ile ilgili bilinen bir tanısı yok. Hastanın sağ tarafta ağırlıklı olan ağrısı nedeni ile hastada ilk etapta safra kesesi patolojilerine bağlı tanılar düşünüldü. Hastadan kan tetkikleri ve ilk etapta görüntüleme olarak batin USG istendi. Tetkiklerde hastanın INR' si 2,4. Çekilen batin USG'sinde batin sağ tarafta orta hatta, abdominal kas planları içerisinde 77x32x81 mm ölçülen septasyonlar içeren sıvı lokülasyonu izlendi. Rektus kası hematomu? şeklinde değerlendirilmiştir. Aynı anda yapılan yüzeysel doku USG'sinde de hastanın ağrı tariflediği sağ üst kadranda yapılan incelemede karın ön duvarı kasları posterior komşuluğunda yaklaşık 8x9 cm boyutlarında heterojen, hipoekoik alan dikkati çekmiştir. Ön planda kas içi hematom lehine değerlendirildi. Kas içi yer kaplayıcı

lezyon ekartasyonu içinde batın tomografisi çekildi. Çekilen batın tomografisinde sağ rectus abdominis kası içerisinde 9x8,5x5,5 cm boyutlarında yumuşak doku yapılanması izlenmiştir. Rectus kılıf hematomu lehine yorumlanmıştır. Bunun üzerine genel cerrahinin görüşü alınarak, hastaya servis yatışı planlandı.

Sonuç

Acil servislere akut batın tablosu ile başvuran hastalarda öncelikle hayatı tehdit eden hastalıklar ekarte edilmelidir. Ayırıcı tanılarda çok karşılaşılan hastalıkların yanında özellikle kan sulandırıcı kullanan hastalarda bu tarz kanama odakları görülebileceği akılda bulundurulmalıdır.

ORAL PRESENTATIONS 88

TEKRAR TEKRAR ABSE

Ramazan Ünal, Doğanay Can ,Gülcan Tanrıku, Sema Kırmızı , Ömer Faruk Türkoğlu , Başar Cander

Sağlık Bilimleri Üniversitesi , Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi , Acil Tıp Kliniği

GİRİŞ

Vücudumuz bir enfektif ajan ile karşılaştığında farklı immun cevaplar sergilemektedir. Bu yanıtlar enfektif ajanı vücutta elimine etmeye yönelik olup bazen de enfekteksiyonu yayılmasını önlemek için enfekte bölgeyi sınırlar ve abse dediğimiz çevre dokulardan kese tarzında doku ile sınırlı içerisi cerahat ile dolu formasyonu oluşturur. Vücudumuzun çeşitli yerlerinde oluşabilen abseler bulundukları yere göre semptomlar gösterirler. Biz bu vakamızda karın ağrısı şikayeti ile gelen ve psoas apsesi tanısı alan bir hastamızı sunmak istedik.

VAKA

26 yaş erkek hasta bilinen chron hastalığı mevcut acil servisimize karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Chronn nedeniyle immusupresif ajan tedavisinde olduğu öğrenildi. Şikayetlerinin 1 gündür olduğu ve ateş bulantı semptomlarının eşik ettiği öğrenildi. Fizik muayenesinde genel durum iyi bilinç açık oryante koopere solunum sesleri olağan kalp sesleri olağan batında sağ üst kadranda hassasiyeti mevcut defans rebound yok nörolojik muayenesi olağan olan hastanın geliş vitalerinde ateşi ve taşikardisi mevcut idi. Bilinen geçirilmiş psoas absesi ve cerrah girişim öyküsü olan hastanın tetkiklerinde lökositozu ve crp yüksekliği mevcuttu ve görüntülemelerinde sağ psoas kasında ve kas lateral komşuluğunda retroperitoneal yağlı doku içerisinde vertikal uzunluğu 12 cm transvers çapı 9 cm ölçülen ve multikopartmanlı hava değerleri içeren apse ile uyumlu koleksiyon alanı izlendi. Dahiliye ve girişimsel radyoloji ile konsulte edilen hastaya drenaj uygulandı ve dren katateri ile takibe alındı. Antibiyoterapi başlandı.Alınan örneklemede yapılan vücut sıvısı kültüründe escherichia koli ile uyumlu üreme saptandı. Hasta dahiliye servisine interne edildi.

SONUÇ

Acil servislere her gün yüzlerce hasta ateş şikayeti ile başvurmaktadır. Ateş odağını bulmak her zaman kolay değildir . özellikle immunsuprese durumları bulunan hastalarda odağı bulmak için ileri tetkik ve görüntülemeler düşünülmeli ve hastalara sepsis ,menenjit , vb gibi hayati risk teşkil eden enfeksiyonların tanısının konulması ve uygun tedavinin başlanması önemlidir.

ORAL PRESENTATIONS 89

Trakonya balığı tarafından ısırılması sonucu acil servise başvuran hasta
Ayla KÖKSAL, Gülcan ÇAĞLAR, Sema KIRMIZI, Prof.Dr. Başar CANDER

Giriş

Ülkemiz, zehirli balık sokmaları açısından nispeten güvenli olarak kabul edilir. Ancak havanın ve özellikle deniz suyu sıcaklığının artması ile Süveyş kanalı yoluyla okyanuslardan Akdeniz'e doğru yeni balık türlerinin geldiği, bu türlerden bazılarının da ölümcül sokmalara neden olabileceğini anlatan vaka bildirimleri olmuştur. Dünyada bazı zehirli balık sokmalarına karşı antivenomlar üretilmiş olsa da ülkemizde balık sokması/ısırmasına karşı herhangi bir antivenom bulunmamaktadır.

Ülkemizde görülen zehirli balıklardan olan trakonya balığının zehri, solungaç kapağı üzerinde bulunan operküler dikende ve 1.dorsal yüzgeçte bulunan 5-8 dorsal dikende bulunur. Trakonya zehirlenmeleri ani bir ağrı, yanma ve iğneleme şeklinde ortaya çıkmaktadır. Bu bulguların süresi hastaya, balığın cinsine ve mevsimlere göre değişmektedir.



Olgu Sunumu

Bilinen hastalık öyküsü olmayan 70 yaşında erkek hasta, hastane başvurusundan yaklaşık 4 saat önce balık tutarken trakonya balığı sokması sonucu acil servisimize ayakta başvurmuştur. Fizik muayenede sol el 3. parmak distal falanksta yaklaşık 0,5 cm aralıkla 2 adet batma izi görülmüştür. Çevresi ekimotik, 3.parmağın tamamı ve elin dorsal yüzünde kızarıklık, şişlik, ısı artışı ve hassasiyet mevcuttu.



Anafilaktik reaksiyon bulgusu görülmedi. Hastaya ilk etapta semptomatik analjezi, hidrasyon, tetanoz profilaksisi ve antibiyoterapi uygulandı. 114 Zehir Danışma hattı ile görüşülerek ellerinde

antivenom olmadığı öğrenildi. Hastanın takip ve tedavisinde semptomatik tedavi önerildi. Zehirin etkilerinin yaklaşık 1 saatte başlayıp tüm vücudu etkileyen ağrı ve karıncalanma olabileceği, ağrı süresinin aylarca (3-6 ay) olabileceği ifade edildi. Isırılan yerin yaklaşık 40 °C suda hatta hastanın dayanabileceği en üst sıcaklıktaki suyun içerisinde tutulması gerektiği böylece ağrı yayılımının yavaşlatılacağı söylendi. Hasta ağrı kontrolü, anafilaktik reaksiyon, rabdomiyoliz ve kardiyak etkileri açısından asemptomatik en az 48 saat takip önerildi. Hasta bu konular hakkında bilgilendirilerek yaklaşık 48 saat asemptomatik takip edildikten sonra acil servisten taburcu edilmiştir.

Sonuç

Zehirli balık sokmaları ülkemizde çok sık görülme de acil servislerde karşılaşılabileceği unutulmamalı ve tedavi yaklaşımları akılda bulundurulmalıdır. Özellikle zehirli balık sokmalarında ilk yapılması gerekenin ısırılan/sokulan bölgenin sıcak suya daldırılması veya suya sokulamayacak bölgelerinde mümkün olan en yüksek sıcaklıkta tutulmasıdır.

ORAL PRESENTATIONS 90

YAŞLILARDA İŞLEVSEL KISITLILIK İLE KOMORBİDİTE VE MORTALİTE İLİŞKİSİ

V.Selçuk Engin, Ramiz Yazıcı

Amaç:

Toplumdaki her bireyin en üst düzeyde sağlık potansiyeline ulaşması için, bireylerin bu potansiyel ile aralarındaki bariyerleri kaldırma çabasına gereksinim vardır.

İşlevsel kısıtlılık, yaşlılarda sağlık durumunu değerlendirmede önemli bir ölçüttür. Sosyoekonomik olarak dezavantajlı insanlarda fiziksel kısıtlılık, orta yaşlardan ileri yaşlara doğru iki katına çıkmaktadır. Kronik hastalıklar, ağrılı osteoartrit, depresyon, bilişsel gerileme yanında ileri yaş, kadın cinsiyet, eğitim düzeyi düşüklüğü de işlevsel kısıtlılık ile ilişkili bulunmuştur. Bunlara yönelik korunmada, birinci basamak anahtar konumdadır.

Bunun için doğru stratejilerin geliştirilmesine veri sağlayacak çalışmalar gereklidir.

Aile hekimliği hizmeti alan engelli yaşlı nüfusun hangi değişkenlerde farklılık gösterdiğini araştırmak için bu kesitsel çalışma yapıldı.

Gereç ve Yöntem:

2011 yılı başından 2017 yılı sonuna kadar Melek Hatun Aile Sağlığı Merkezi'ne bizzat veya bir yakını aracılığıyla başvuran ardışık 1209 yaşlı hasta çalışmaya alındı. Hastalara kurumda veya evde kapsamlı geriatrik değerlendirme uygulandı. Veriler SPSS ile değerlendirildi. Engellilik durumu ile sayısal değişkenlerin ilişkisi Student's t test ile araştırılırken, kategorik olanlarda ki-kare testi uygulandı. Tüm testlerde p değeri 0,05 anlamlılık sınırı olarak alındı.

Bulgular:

Yaş ortalaması 73,52 (±7,4) olan 739 (%61,1) kadın ve 470 (%38,9) erkek çalışmada yer aldı. 767 olgu (%63,4) kurumda, 442 (%36,6) evlerinde görüldü. Bedensel engellilik tanımına uyan 174 (%14,4) olgu saptandı. Engelli olgular anlamlı derecede daha yaşlıydılar (77,06 ±8,06). Aynı zamanda, anlamlı olarak daha düşük saat çizme, mini mental durum değerlendirmesi, Tinetti

denge ve Tinetti yürüyüş skorlarına sahiptiler. Hemoglobın düzeyleri daha düşük, depresyon skorları ve kullandıkları ilaç sayıları daha yüksek bulundu. Kategorik değişkenlerden engellilikle anlamlı derecede ilişkili bulunanlar okur yazar olmama, takip süresinde ölüm, dul olma, Beden kitle indeksi < 18,5 olma, eve bağımlılık, ortostatik hipotansiyon, ortostatik taşikardi, öyküde: depresyon, demans, inkontinans, baş dönmesi, düşme, uyku bozuklukları, inme, kalp yetmezliği, kardiyomegali, periferik arter hastalığı, major travma, patolojik kırık, osteoporoz, kronik ağrı, böbrek yetmezliği, sigara öyküsü, sigara içme, alkol alma, iştahsızlık, çiğneme ve yutma zorluğu, patolojik zayıflama, yetersiz sıvı alımı oldular.

Sonuç:

Bu bulgular, engelli yaşlılarda komorbidite ve mortalite riskinde artışın yanısıra, bu yaşlı hasta grubunun farklı sağlık sorunları ve gereksinimleri olduğunu göstermektedir. Longitudinal çalışmalarla bağımlı hale gelmeyi kolaylaştıran faktörlerin ortaya konması koruyucu hekimlik çabalarında yol gösterici olacaktır.

Anahtar kelimeler: Kapsamlı geriatrik değerlendirme, fiziksel kısıtlılık, aile hekimliği

POSTER PRESENTATIONS

POSTER PRESENTATIONS 1

Hipotansiyon ve bradikardi ile klinik prezente olan aort disseksiyon olgusu

Dr. Veysi Siber¹, Dr İrem Şahin¹, Uzm. Dr. Sertaç Güler¹, Doç. Dr. Mehmet Okumuş¹

¹ Ankara Eğitim ve Araştırma hastanesi Acil Tıp Kliniği

Giriş

Göğüs ağrısı acil servise sık başvuru yakınmalarındandır. Hipotansif ve bradikardik ile başvuran hastalarda sıklıkla ilaç kullanımı saptanmaktadır. Biz oldukça nadir görülen hipotansif ve bradikardik ile prezente olan aort disseksiyon olgusunu sunduk.

Bulgular

47 yaşında erkek hasta batıcı vasıfta, sol omuza ve kola yayılan, 1 saattir başalayan göğüs ağrısı yakınması ile acil servise başvurdu. Kan basıncı sağ kol 85/35 mm/Hg, sol kol 90/40 mm/Hg, nabız 40/dk, vücut sıcaklığı 36.5°C, O₂ satürasyonu %98 olarak ölçüldü. Komorbid hastalığı olmayan hastanın ilaç ve bal yeme öyküsü yoktu. Elektrokardiyogramında sinüs bradikardisi mevcuttu.(Şekil 1)Fizik muayenesinde; solunum sesleri olağan, S1 S2 ritmik üfürüm yoktu. Bilateral distal nabızlar açık ve eşitti.

Beyaz küre ölçümü 12,5 uL, hemoglobin 16,5 g/dl, kreatinin 1,26 mg/dl, CK-MB 2,26 uq/L (<4.94), hs Troponin T 10,41 uq/L (<14) saptandı. Venöz kan gazında ph 7,20 PCO₂ 48,8 mmHg, PO₂ 79,2 mmHg HCO₃ 17 mmol/L SO₂ 93 idi.

Yatak başı yapılan ekokardiyografisinde; asendan aorta geniş saptanıp şüpheli disseksiyon flebi görülmesi nedeni ile anjiyografisi çekildi. De Bakey Tip 1 aort disseksiyonu saptandı.(Şekil 2) Hasta kalp damar cerrahi tarafından opere edildi, 5 gün yoğun bakım ünitesinde takip edildikten sonra 6.gün kalp damar cerrahisi servisine alındı 5 gün sonra şifa ile taburcu edildi.

Tartışma

Aort disseksiyonu yüksek mortalite ve morbidite ile seyreden, hızlı tanı ve tedavi gerektiren bir durumdur. Aort disseksiyonundan şüphelenildiği zaman tanısını koymak zor değildir. Ancak tipik Aort Disseksiyonu semptomları olmadığı zaman ilk değerlendirmede Aort Disseksiyonu düşünülmemekte, semptomların başlangıcı ile tanı konması arasında geçen süre uzamakta, ölüm oranı artmaktadır. Yeşilaras ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Aort Disseksiyon olgularının ilk vital bulguları oranları: % 72,4 oranında hipertansif – normotansif. % 89,4 oranında normokardik – taşikardik. %61,7 oranında takipneik iken bizim vakamız daha nadir olarak görülen hipotansif – bradikardik – normal solunum sesleri ile geldi.

Sonuç

Hipotansif ve bradikardik nadir aort disseksiyon prezentasyonu olup, göğüs ağrısı olan tüm hastalarda aort disseksiyonu ayırıcı tanı olarak düşünülmelidir.

POSTER PRESENTATIONS 2

Acute abdominal pain caused by hematometra in a 36 years old female: a case report

Dr. Ertan Zan¹, Dr. Volkan Yetiş²

¹ A Private Clinic Obstetrics And Gynecology, Alanya, Turkey.

² Malatya Training and Research Hospital Emergency Department, Malatya, Turkey.

Aim: The aim of this case report is to present the hematometra case that one of the rarely cause of acute abdominal pain at emergency medicine.

We report a case of a young woman with surgical history of 3 C-section and 3 D&C who presented as acute abdomen due to hematometra.The patient was evaluated in different branches

considering the complaint in external clinics and symptomatic treatment was initiated with the diagnosis of renal colic. It has been learned that the patient had no menstrual period for 7 months. In this period, in external clinics, medroxyprogesteronacetate was given to the patient twice, and when the patient was not menstruated, cyclic estradiolvalerat + norgestrel was given for 3 months, but the patient was not menstruated following these treatments. The patient presented to our emergency department with severe abdominal pain for 20 days. According to the transvaginal ultrasonography, significant fluid collection in the uterine cavity and stenosis of the cervical canal were observed. The blood tests: Beta hCG negative (for the differential diagnosis of intrauterine or ectopic pregnancy), FSH: 5, E2: 595 (differential diagnosis of postmenopausal bleeding) The patient was hospitalized with the diagnosis of hematometra + cervicalstenosis. Under anesthesia and USG guidance, the cervix was passed by gentle pressure with hysteroscopy, approximately 100cc clotted blood was drained from the uterine cavity with carman cannula and the material was sent to pathology. After the intervention, the patient's complaints rapidly regressed. The pathology report presented as benign endometrial proliferation. The patient was menstruated normally after 29 days.

Conclusion: Abdominal pain in emergency departments can be a sign of many diseases. Hematometra should be considered as a rare possibility in any female patient presenting with acute abdominal pain and with a history of secondary amenorrhea, especially after pregnancy is ruled out. Transvaginal ultrasonography has an crucial role in the diagnosis of hematometra.

Keywords: Hematometra, acute abdomen, ultrasonography

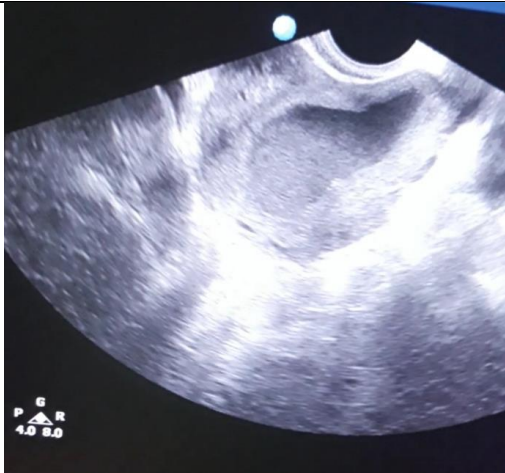


Figure 1. Transvaginal scan showed the hypoechoic collection in the endometrial cavity clearly.

POSTER PRESENTATIONS 3

Aile Hekimliği'nde, gebe kadınların ilk başvurularında; VDRL, Hepatit B, Hepatit C, HIV seropozitifliklerinin taranmasının önemi açısından yapılan istatistiksel çalışma

Dr. Ertan Zan¹, Dr. Volkan Yetiş², Dr. Bülent Duran

¹Özel Tıp Merkezi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı, Alanya, Türkiye.

²Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi, Malatya, Türkiye

³Özel Ada Tıp Hastanesi, Tüp Bebek Merkezi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Prof. , Sakarya, Türkiye

Amaç: Aile Hekimliğine başvuran gebe kadınlarda ilk kontrolde VDRL, Hepatit B, Hepatit C ve HIV seropozitifliğini belirlemenin erken tanı ve tedavideki önemini ortaya koymak amacıyla, bu enfeksiyonların güncel oranlarını tespit etmek.

Yöntem: 2018 yılında Ocak-Temmuz ayları arasında Sakarya ili Adatıp Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniklerine başvuran 604 gebe kadının VDRL, HBsAg, Anti HBs, Anti HCV, Anti HIV sonuçları retrospektif olarak araştırıldı. Kontrol grubu olarak aynı yaş grubunda gebe olmayan 228 kadının sonuçları kullanıldı. Sonuçlar; ayrıca, ülkemizin farklı bölgelerinde yapılmış olan önceki çalışmalarla karşılaştırıldı.

Bulgular: Her iki grupta da VDRL ve HIV pozitif olguya rastlanmadı. Diğer parametreler için oranlar benzer bulundu. Gebelerde Anti HBs, Anti HCV seropozitifliği sırasıyla % 5,6 ve % 8,3 olarak bulundu. Kontrol grubu kadınlarda seropozitiflik sırasıyla % 5,8 ve % 8,8 olarak bulundu.

Sonuç: Hepatit B ve C, Sifiliz ve HIV kaynaklı enfeksiyon hastalıklarının erken tanısı özellikle gebelik döneminde büyük önem taşımaktadır. Bu noktada, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzman Hekimleri kadar Aile Hekimleri'nin de rolü büyüktür. Sağlık Bakanlığımızca tarama, önleme ve kontrol programları belirlenmiş olup algoritma tabloları oluşturulmuştur. Hedef; farkındalığın artırılması ile enfekte anneden bebeğe bulaşın önlenmesi, doğum öncesi testlerin yapılması, hamilelik sırasında hastalığın takibi, gerekli durumlarda tedavi uygulanması, güvenli doğum, gerekli durumlarda doğum sonrasında yenidoğana aşı ve immunglobulin uygulanmasıdır. Bu sebeple tüm gebelerde ilk başvuruda bu hastalıklar taranmalıdır. Gebede hangi parametrelerin taranacağı konusunda, toplumdaki oranlarının bilinmesi büyük önem taşımaktadır. HBsAg pozitiflik oranı ülkemizde çeşitli bölgelerde yapılan çalışmalarda da benzer aralıklarda bulunmuştur. İlginç olarak Anti HCV oranlarının gebe ve kontrol grubunda HBsAg oranlarından yüksek çıkmış olması Hepatit B aşılmasının başarısını göstermektedir. Anti HCV yüksekliği bu hastalığın aşısının olmayışı ve korunmasız cinsel ilişki ile açıklanabilir ($p < 0,1$). Bu çalışmada özellikle VDRL ve HIV seropozitifliği olmayışı ülkemiz açısından cinsel yolla bulaşan bu hastalıkların nedeni olarak çok eşlilik ve evlilik dışı ilişkilerin azlığıyla açıklanabilir. Tarama kolaylığı ve bir kısmında tedavi ve aşı seçeneklerinin oluşu sebepleriyle, gebelikte bu enfeksiyonların taramaları, anne sağlığı ve fetüse bulaş önleme amacıyla mutlaka yapılmalıdır.

POSTER PRESENTATIONS 4

ACİLDE BULANTI VE KUSMANIN METABOLİK NADİR BİR NEDENİ: CİDDİ HİPONATREMİ-SHEEHAN SENDROMU

Fevziye Türkoğlu Genç¹, Ahmed Cihad Genç¹, Barış Onur Sargın², Tezcan Kaya¹

¹Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları ABD, Sakarya; ²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Sheehan sendromu, intrapartum veya postpartum hemoraji sonrası hemen ya da yıllar sonra ortaya çıkabilen, ön hipofiz bezinin nekrozu sonucu ortaya çıkan nadir bir hastalıktır. Semptomlar nekroze hipofiz dokusuyla ilgili olarak eksik olan hormona, hormonun eksiklik düzeyine ve süresine göre değişkenlik gösterir. Ayrıca Sheehan sendromu emty sella sendromunun önemli nedenlerindendir. Biz de acil servise ciddi hiponatremi ile gelip Sheehan sendromuna bağlı hipofizer yetmezlik tanısı alan hastamızı sunmak istedik.

OLGU: 81 yaşında kadın hasta acil servise halsizlik, bulantı, baş dönmesi şikayetiyle gelmiş. Hipertansiyonu için kandesartan-hidroklorotiyazid 16mg/12.5mg/gün kullanmaktayken 1 yıl önce hiponatremi nedeni amlodipin 10mg/güne geçilmiş. Ancak mevcut şikayetleri gerilememiş ve bulantı kusmasının artması üzerine tekrar merkezimize başvurmuş. 4 normal doğum, son doğumunu 36 yaşında yapmış, bebeğini emzirmiş ancak bir daha menstrüasyon olmamış, menapoza girmiş.

BULGULAR: Fizik muayenesinde bilinç açık, koopere ve oryante, TA 125/80, nabız 80/dk, vücut sıcaklığı 36,7 C iken sistem muayenelerinde belirgin özellik yoktu. Labratuvar tetkiklerinde

glukoz 74 mg/dL, üre 23 mg/dL, kre 0,65 mg/dL, ALT 9 U/L, AST 18 U/L, Na 116 mg/dL, K 4,4 mg/dL, Cl 94 mmol/L, CA 8,8 mg/dL saptandı. Övolemik olan ve etiyolojide hiponatremi yapacak bir ilaç kullanmayan hasta; uygunsuz ADH sendromu, malignite, paraneoplastik sendrom, hipofizer yetmezlik ön tanıları ile hospitalize edilerek malignite ekarte edildi. Ön hipofiz hormonları serum kortizolü 2,8 mcg/dl (3,7-19,4), ACTH 19,3 pg/ml (0,1-50), TSH 2,25 uIU/mL (0,35-4,94), sT4 7,7 pmol/L (9-19), sT3 4,74 pmol/L (2,6-5,6), FSH 4,42 mIU/ml (72-133,4), LH 1,1 mIU/ml (16-61,99), prolaktin 11,21 ng/nl (5,18-26,53) ölçüldü. Panhipopituitarizm tanısı konulan hastanın hipofiz MR'ında hipofiz bezi sella tabanında ince bir bant şeklinde izlendi. Prednizolon ve levotiroksin başlandıktan sonra hiponatremi ve şikayetleri tamamen geçti.



SONUÇ: Panhipopituitarizm tanısı, parsiyel hormon yetersizliklerine göre daha nadirdir. Klinik tablo; koma, halsizlik, yorgunluk, iştahsızlık ve bulantı gibi geniş spektrumla prezente olabilir. Spesifik olmayan belirti ve bulgular nedeniyle tanı koymak güçtür. Erken menapozda girmiş, hiponatremisi olan hastalarda nedenin Sheehan sendromuna bağlı hipopituitarizm olabileceği acil serviste akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sheehan Sendromu, empty sella

POSTER PRESENTATIONS 5

NEDENİ BİLİNMEYEN ATEŞ, NONSPESİFİK DÖKÜNTÜ ve SADECE PROKSİMAL İNTERFALANGEAL EKLEM ARTRİTİ İLE PREZENTE OLAN İNFEKTİF ENDOKARDİT OLGUSU

Ahmed Cihad Genç¹, Fevziye Türkoğlu Genç¹, Zeynep Öztürk², Didar Şenocak¹, Barış Onur Sargın³, Emel Gönüllü²

¹Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları ABD, Sakarya; ²Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Romatoloji BD, Sakarya; ³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Tanı almamış romatoid artrit, sistemik lupus eritematozus, erişkin still hastalığı, reaktif artrit, infektif endokardit acil servise benzer klinik bulgular ve laboratuvar özelliklerle başvurabilir. Halsizlik, ateş, döküntü, artrit gibi klinik bulgular ile başvuran hastaların ayırıcı tanıılarını hızlıca değerlendirmek ve tedaviye hemen başlanmasını sağlamak için bu olgumuzu sunmak istedik.

OLGU: Kırk bir yaşında kadın hasta ateş, halsizlik, bacaklarda döküntü, el ekleminde şişlik ve ağrı şikayetleriyle acil servise başvurdu. Ateş ve halsizliği yaklaşık 3 ay önce grip benzeri tablo ile başlamış ve dış merkezlerde toplamda 3 sıra antibiyoterapi almış. Elinde artrit ve alt ekstremitelerde döküntü gelişmesi üzerine acil servisimize başvurmuş. Özgeçmişinde kronik bir hastalığı olmadığı öğrenildi.

BULGULAR: 39,5°C ateşi olup, normotansifti. Kardiyak muayenesinde 3/6 sistolik üfürüm duyuldu. Alt ekstremitelerde eritema noduzum tarzında olmayan, basmakla solan maküler döküntüsü vardı. Sağ el 3.proksimal interfalangeal eklemden aktif artriti haricinde başka bir bölgede artriti yoktu. İnfektif endokarditle uyumlu cilt lezyonu yoktu. Beyaz küre 8 K/uL, hemoglobin 11gr/dL, 1 saatlik sedimantasyon 49, CRP 82 mg/L idi. Dış merkezdeki akut faz reaktanlarında 3 sıra antibiyoterapiye rağmen gerileme olmamış, artritis ve non-spesifik döküntülerin de eşlik etmesi üzerine reaktif artritis, erişkin still hastalığı, enfektif endokardit ön tanıları ile yatırıldı. Ekokardiyografide mitral kapak üzerinde, anteriorda, 1,5mmX5mm boyutlarında fibriller, uzun ve hareketli yapıda vejetasyon, mitral kapakta rüptür görüldü. Vankomisin 1gr/gün intravenöz başlanarak opere edildi. Şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ: Nedeni bilinmeyen ateşin en sık sebebi olan infeksiyon (%40), maligniteler (%20) ve romatizmal hastalıklar (%20) ayırıcı tanıda düşünülerek dışlanmalıdır. Benzer klinik tablo ile prezente olan hastalıkların spesifik bulguları hekime başvuru anında bir arada görülmeyebilir. Bu vakamız ateş, halsizlik, eklem ağrısı gibi nonspesifik şikayetlerle gelen hastalarda ayrıntılı anamnez ve fizik muayenenin doğru tanıya gitmedeki önemini vurgulamak için örnek olmuştur.

Anahtar kelimeler: İnfektif endokardit, nedeni bilinmeyen ateş

POSTER PRESENTATIONS 6

STOMATİT ve PANSİTOPENİNİN NADİR BİR NEDENİ: METOTREKSAT İNTOKSİKASYONU

Ahmed Cihad Genç¹, Fevziye Türkoğlu Genç¹, Zeynep Öztürk², Barış Onur Sargın³, Emin Uysal³, Ceyhan Varım¹, Emel Gönüllü²

¹Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları ABD, Sakarya; ²Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Romatoloji BD, Sakarya; ³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Antiproliferatif folik asit antagonisti olan metotreksat (MTX); kronik inflamatuvar hastalıklar ve malignite tedavisinde kullanılır. Romatoid artritis (RA) tedavisinde düşük dozda kullanılır. DNA ve adenozin sentezini azaltır, toksikasyonunda oral mukoza, gastrointestinal sistem, kemik iliği gibi hızlı çoğalan dokuları etkileyerek; stomatit, özofajit, pansitopeni gelişebilir. RA hastalarında kemik iliği depresyonu ile pansitopeni gibi hematolojik toksisite prevalansı %1-3 arasındadır. Biz de acil servise boğaz ağrısı ve yeni gelişen pansitopeni ile prezente olan hastamızı sunmak istedik.

OLGU: Altmışyedi yaşında kadın hasta halsizlik, 2 gündür artan boğaz ağrısı ve buna bağlı yutkunamama şikayetiyle acil servise başvurdu. 3 ay önce evre 2 endometrium adenokarsinomu nedeniyle opere edilmiş ancak henüz maligniteye yönelik radyo-onkolojik tedavi almamış. Eklem ağrıları sonrasında RA tanısı ile 1 hafta önce prednol 16mg/gün, haftada bir gün MTX 2,5mg tablet, 1x4, folik asit 5mg tablet peroral kullanması önerilmiş.

BULGULAR: Fizik muayenesinde ağız içinde iltihaplı yaralar, diz ve dirsek bölgelerinde ekimozlar görüldü. Akciğer oskültasyonunda ral duyulmadı, batında hepatosplenomegalisi yoktu, insizyon skarları mevcuttu. Servikal, aksiyel ve inguinal lenfadenopati palpe edilmedi. Dış merkezde 1 hafta önce bakılan tam kan tetkikinde sitopeni saptanmamışken merkezimizdeki beyaz küresi 2,3 K/uL, nötrofili 0,4 K/uL, lenfositleri 1K/uL, hemoglobini 7,9 g/dl, plateletleri 45 K/uL saptandı. CRP 3 mg/L, 1 saatlik sedimentasyon hızı 58 idi. Acil periferik yaymasında atipik hücre görülmeyip trombosit sayısı ve lökosit formülü tam kan tetkiki ile uyumluydu. Hastaya MTX 10mg/gün/hafta önerilmesine rağmen 7 gündür her gün 10mg kullandığı öğrenildi. Stomatiti de olan hastada MTX toksisitesi düşünülerek yatırıldı. MTX'a ara verilip filgrastim (G-CSF) 48 milyon ünite 1x1 subkutan, folik asit 5mg 1x1, flukonazol tb 2x1 başlandı. 1 hafta içinde stomatiti gerileyerek pansitopenisi düzeldi.

SONUÇ: Enfeksiyonlar, malignite, bağ doku hastalıkları ve ilaçlar kemik iliğini baskılayarak pansitopeni ile prezente olabilir. Tedavisi; mümkünse altta yatan nedenin ortadan kaldırılmasıdır. Hastanın bu tabloya yol açabilecek tedavisiz malignite tanısının da olması MTX toksisitesinin atlanmasına neden olabilirdi. Kullanılan ilaçların doğru kullanılıp kullanılmadığı dahil, doğru anamnez ve fizik muayenenin tanı koymadaki önemini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: metotreksat intoksikasyonu, pansitopeni

POSTER PRESENTATIONS 7

SKUAMÖZ HÜCRELİ AKCİĞER KARSİNOM İLİŞKİLİ NADİR BİR PARANEOPLASTİK SENDROM: DİRENÇLİ CİLT KAŞINTISI

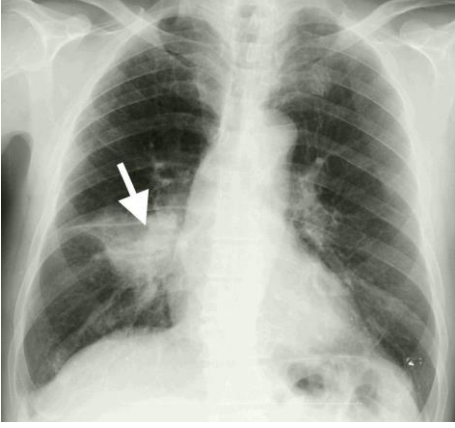
Ahmed Cihad Genç¹, Fevziye Türkoğlu Genç¹, Zeynep Öztürk², Barış Onur Sargın³, Emin Uysal³, Emel Gönüllü²

1Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları ABD, Sakarya; 2Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Romatoloji BD, Sakarya; 3Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Akciğer maligniteleri için cilt bulgularında çomak parmak, diffüz hiperpigmentasyon, vena cava süperior sendromuna bağlı siyanoz, pruritus (kaşıntı) olsa da literatürde belirtilmiş spesifik patognomik deri bulgusu yoktur. Akciğer malignitelerinde primer tümörden salgılanan maddeler paraneoplastik sendromlara yol açarak bağdokusunda çomak parmak, deride pigmentasyon, kılınma, pruritusa yol açabilirler. Bu bulgular hastalığın seyri sırasında görülebilirken nadiren de ilk tanı anında alarm semptom olarak ortaya çıkabilir. Biz de inatçı, yaygın, cilt kaşıntısı ile polikliniğe başvuran ve akciğer malignitesi tanısı alan hastayı sunmak istedik.

OLGU: Altmışbir yaşında erkek hasta, 1 haftadır vücudunda yaygın, ilaçla geçmeyen kaşıntı şikayetiyle geldi. 4 gün önce hekimine başvurmuş. Mepiramin maleat, lidokain Hcl ve deksantenol içeren jel kullanmasına rağmen kaşıntısında bir gerileme olmamış. Özgeçmişinde beş yıldır bilinen hipertansiyonu mevcut, 50 paket/yıl sigara içicisiydi. Amlodipin 5mg/gün kullanmaktaydı.

BULGULAR: Fizik muayenesinde ikteri yoktu, alın, karın, sırt ve her iki ekstremitesinde kaşıntı izleri mevcuttu. Sol akciğerin tamamında solunum sesleri eşit oskulte edildi ancak sağ akciğer apeksinde solunum sesleri duyulurken bazale inildikçe sesler azalıyordu. Batında hepatosplenomegali, hassasiyet yoktu. Kostavertebral açı hassasiyeti yoktu. Sistem sorgusunda özellik yoktu. Labratuvarında beyaz küre 11 K/uL, hemoglobin 13,3 g/dl, platelet 248 K/uL, üre 23mg/dl, kreatinin 0,8 mg/dl, sodyum 140mmol/L, potasyum 4,3mmol/L, total bilirubin 0,4 mg/dl, CRP 46mg/L (normal:5mg/L), 1 saatlik sedimentasyon hızı 31 olarak saptandı. Akciğer grafisinde sağ hiler bölgede kitle ile uyumlu opasite görüldü. Hepatobiliyer USG'sinde patolojik görünüm izlenmedi. Pruritusun ön planda kronik myeloproliferatif hastalıklar, hiperüremi ve kolestaza bağlı olmadığı, maligniteye bağlı paraneoplastik sendrom olabileceği düşünülerek hasta yatırıldı. Kitleden alınan biyopsi squamoz hücreli akciğer karsinomu olarak raporlandı. Hastanın takip ve tedavisi devam etmektedir.



SONUÇ: Pruritusun cilt hastalıkları, enfeksiyon, parazit ajanlar, dermatozlar, malignite, hiperüremi, kolestaz gibi birçok nedeni olabilir. Akciğer malignitesinde ilk tanı anında pruritus görülmesi oldukça nadirdir. Yaygın ve inatçı kaşıntı şikayeti ile gelen hastada; anamnez fizik muayene ile uyumluysa nadir bir sebep olarak akciğer malignitesi akla gelmelidir.

ANAHTAR KELİMELEER: kaşıntı, akciğer malignitesi

POSTER PRESENTATIONS 8

Nontraumatic Perihepatic Subcapsular Hematoma

Ass. Dr. Melis ÇEBİN¹, Uzm. Dr. Nihat Müjdat HÖKENEK¹, Dr. Öğr. Üyesi Avni Uygur SEYHAN¹

1-Department Of Emergency Medicine, University Of Health Sciences, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Training And Research Hospital, İstanbul, Turkey

Introduction

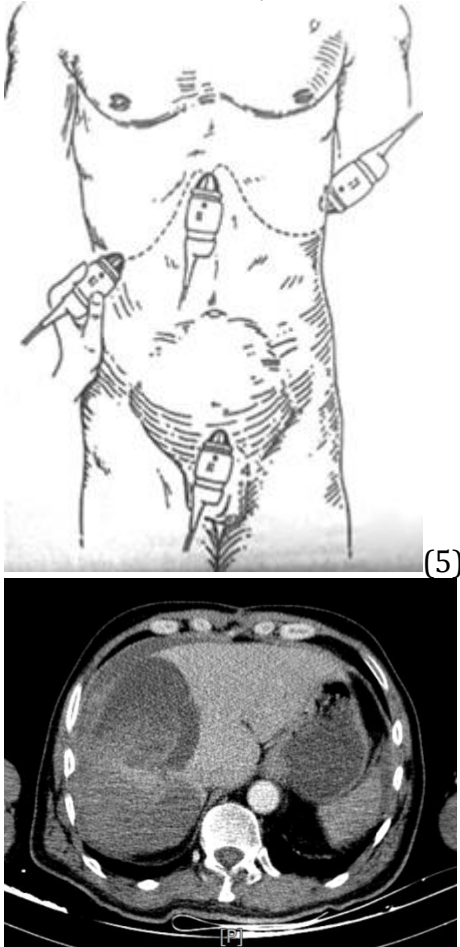
It has been estimated that almost 50% adults have experienced abdominal pain (1, 2) and it accounts for 5–10% of all emergency visits (3, 4). Anamnesis and physical examination findings may guide us in the diagnosis of intraabdominal pathologies with a wide range of diagnoses when planning which imaging method to choose when and when to present with abdominal pain. Focused assessment with sonography in trauma (FAST); trauma, as well as in cases where ultrasonography cannot be reached, it can be a guide for an emergency doctor. We will discuss a case diagnosed with this imaging technique.

Case Report

A 53-year-old man was admitted to the emergency department with vomiting, abdominal and right shoulder pain. Anamnesis revealed that he had been using coumadin for aortic valve replacement 2 months ago. His vital signs were a body temperature of 36,3 °C, Blood pressure of 140/85 mmHg, respiratory rate of 20/ minute and Spo2 of 89%. Physical examination revealed tenderness and defense in the right upper quadrant. FAST ultrasonography was performed as an imaging method that would lead us to a rapid diagnosis due to the patient had severe pain, tachycardia and tachypnea. There was a difference in density in the liver. This heterogeneity in the coumadinized patient was evaluated as liver hemorrhage. FAST showed no free fluid in the abdomen. INR value was 5.1. The patient was given Human Prothrombin Complex. The diagnosis was confirmed by the detection of perihepatic subcapsules free fluid by IV contrasted abdominal computed tomography. The diagnosis was confirmed by the detection of perihepatic subcapsular free fluid at IV contrasted abdominal computed tomography. Control INR was 1.42 and the patient was internalized by general surgery. During the follow-up, the patient's hemorrhage and symptoms improved and he was discharged.

DISCUSSION AND CONCLUSION

Possible intraabdominal hemorrhages should be ruled out in coumadinized patients presenting with abdominal pain. Our patient's use of coumadin, right upper quadrant tenderness in the abdomen, right shoulder pain indicating diaphragmatic irritation (kehr sign) caused us to suspect liver hemorrhage. The FAST method, which was primarily used in trauma examination, has enabled us to recognize liver hemorrhage in this patient. We suggest that solid organs such as the liver and spleen can also be evaluated during FAST examination, thus shortening the diagnostic time and initiating treatment more rapidly. Perhaps in the near future solid organ examination may be included in FAST and E-FAST. With the widespread use of FAST in emergency departments, patients have the chance of early diagnosis and treatment. If emergency medicine doctors increase their experience with this simple method, they can diagnose not only trauma but also any kind of abdominal pathology and decrease morbidity and mortality. Further studies are needed on this subject.



1. Hyams JS, Burke G, Davis PM, Rzepski B, Andrulonis PA. Abdominal pain and irritable bowel syndrome in adolescents: a community-based study. *The Journal of pediatrics*. 1996;129(2):220-6.
2. Heading R. Prevalence of upper gastrointestinal symptoms in the general population: a systematic review. 1999.
3. Brewer RJ, Golden GT, Hitch DC, Rudolf LE, Wangenstein SL. Abdominal pain: an analysis of 1,000 consecutive cases in a university hospital emergency room. *The American journal of surgery*. 1976;131(2):219-23.

4. Kamin RA, Nowicki TA, Courtney DS, Powers RD. Pearls and pitfalls in the emergency department evaluation of abdominal pain. Emergency medicine clinics of North America. 2003;21(1):61-72, vi.
5. Chaudhry R, VSM AG, Narayanan R. Focused abdominal sonography in trauma (FAST). Medical journal, Armed Forces India. 2007;63(1):62.

POSTER PRESENTATIONS 9

Safra Taşı İleusu

Ass. Dr. Melis ÇEBİN¹, Uzm. Dr. Nihat Müjdat HÖKENEK¹, Dr. Öğr. Üyesi Avni Uygar SEYHAN¹

1 Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

Giriş:

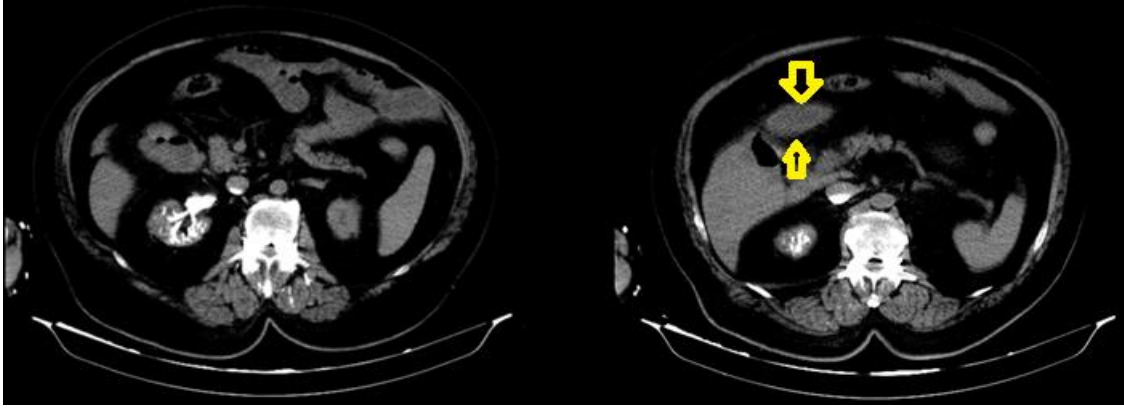
Safra taşı ileuse acil servislerde ileus tanısını koyarken alttaki etyolojiyi aydınlatmakta zorlandığımız bir tanıdır.Çoğunlukla intraoperatif tanı alan bu durumdaki bir hastayı sunacağız.

Vaka:

74 yaşında erkek hastanın bulantı, kusma, karın ağrısı ve solunum sıkıntısı şikayeti ile acil servise başvurdu.Fizik muayenesinde batında yaygın hassasiyet ve her kadranda defans mevcut idi. Hastanın ilk değerlendirilmesinde vital bulguları, tansiyon:170/110 nabız:140 atım/dk , dakika solunum sayısı:40/dk, sat02:80 olarak değerlendirildi.Hasta ajite , soğuk, soluk ve terli görünümdeydi. Solunum paterni yüzeysel, aktif kusması ve aspirasyonu olan hastaya RSİ protokolüne göre acil entübasyon uygulandı. Hastaya nazogastrik sonda takıldı. 2500 ml dilatasyon mayisi geleni oldu. Yapılan görüntüleme tekniklerinde sol intrahepatik safra yollarında dilatasyon ve aerobilia izlendi. Hasta genel cerrahi tarafından acil operasyona alındı. Takibinde yoğun bakıma alınan hasta , yatışının 7. gününde pnömoniye sekonder septik şok tablosu nedeniyle vefat etti.

Tartışma:

Safra taşı ileusunda bulgular non-spesifik olduğundan kesin tanı sıklıkla operasyon esnasında konmaktadır. Aerobilia; safra taşı ileusunda preoperatif tanıda yardımcı radyolojik bulgudur ve %30-40 oranında saptanabilir(1,2)(Resim 1). Bu radyolojik bulguya; ince bağırsaklarda hava-sıvı seviyesi ve ektopik safra taşı da eklenirse Rigler triadı olarak adlandırılır(3). Safra taşı ileusu kolelitiazisi olan hastalarda nadir görülen bir barsak tıkanması nedenidir, tüm kolelithiyazis olgularının %0,3-0,5'inde görülür(4) ve yüksek mortalite riski taşımaktadır. Safra kesesi-safra yolları ile intestinal sistem arasında meydana gelen fistüle bağlı olarak, safra taşlarının intestinal sisteme geçmesi sonucunda oluşur. En sık kolesistoduodenal (%76) fistül görülür ve obstrüksiyon en sık terminal ileumda saptanır (%80) (5,6,7) Safra taşı ileusunda intestinal tıkanıklığı gidermek için genelde acil cerrahi gerekmektedir. Cerrahide enterotomi yapılmasının yanında kolesistektomi ve fistül onarımı da yapılmaktadır (8,9)



Resim 1: Safra kesesinde aerobilia sarı oklarla gösterilmiştir.

Referanslar

- 1.Way LW. Surgical diagnosis and treatment. Biliary tract. Current. 10th edition; Appleton and Lange 1994: 553-554
- 2.Yamada T, Alpers DH, Owyang C, et al. Textbook of gastroenterology. Diseases of the biliary tree-Biliary fistula. JB Lippincott Company; 1991: 2013
- 3.Rigler LJ, Borman CN, Noble JF. Gallstone obstruction. Pathogenesis and roentgen manifestations. JAMA. 1941; 117: 1753-9
- 4.Metehan Gümüş, Hatice Gümüş, Fehmi Çelebi. Safra Taşı İleusu. AÜTD 2002; 34: 47-49.
5. Cooper SG., Sherman SB., Steinhardt JE., Wilson JM., Richman AH., Bouveret's syndrom :Diagnostic considerations. JAMA1987;286:226.
6. Reisner RM., Cohen JR., Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases.Am Surg 1994; B 60:441
7. Khaira HS., Thomas DR. , Gallstone emesis and ileus caused by common hepatic duct-duodenal fistula.Br J Surg 1994; 81: 723)
8. Atıl Çakmak ve arkadaşları. Gallstone Ileus: Report Of Two Cases. Turkish Journal of Geriatrics 2011; 14 (1) 75-78.
- 9.Savaş Yakan, Ömer Engin, Tahsin Tekeli ve arkadaşları. Gallstone ileus as an unexpected complication of cholelithiasis: diagnostic difficulties and treatment. Turkish Journal of Trauma&Emergency Surgery 2010;16 (4):344-348.

POSTER PRESENTATIONS 10

A demonstrative case of cholecystitis

Mazlum Kılıç¹, Rohat Ak²

1. Fatih Sultan Mehmet Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey
2. Kartal Dr. Lütfi Kırdar Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey

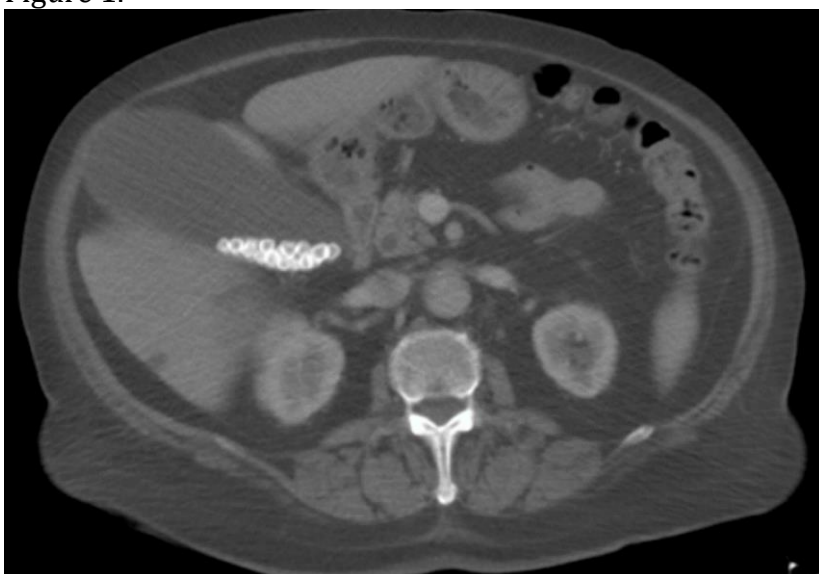
Introduction: Acute cholecystitis is a clinical manifestation of stones in the gallbladder section, often called Hartman's pouch, as a result of obstruction in the gallbladder neck or cystic duct. Gallstones are the most important cause of acute and chronic inflammatory gallbladder diseases. Gallstone diseases are a common problem in developed countries. Autopsy and clinical examination revealed gallstones in at least 10% of adults. The prevalence is parallel to age. It is

more common in women than in men. In this case, we wanted to discuss a demonstrative case with many stones in the gallbladder.

Case: An 83-year-old female patient presented to the emergency department with complaints of stomach and back pain. Her history revealed that her complaints started after feeding in the morning. Vital signs at admission were as; fever: 37.4 C, TA: 185/79 mmHg, Nb: 85 / min and sO₂: 96%. Physical examination revealed increased bowel sounds, widespread tenderness in the abdomen and murphy (+) in the right upper quadrant. Other system findings are normal. Leukocyte: 17,400 / mm³ (4,000-10,000 / mm³), hemoglobin: 11.2 g / dl (12,00-14,00 g / dl) platelet: 322,000 mm³ (100,000-400,000 / mm³) CRP: <0,10. mg / L (0-0.5 mg / L) Creatinine: 0.99 mg / dl (0.75-1.25 mg / dl) Blood urea nitrogen: 22 mg / dl (8.9-20.6 mg / dl). Troponin <10 (0-28 pq / ml). The other parameters were within normal limits. Intravenous (iv) contrast enhanced abdominal computed tomography revealed a hydropic gallbladder with numerous millimetric stones in the sac lumen (Figure 1). The patient was consulted with the general surgery clinic. Appropriate antibiotics and analgesics were initiated and hospitalized with the diagnosis of acute cholecystitis.

Discussion: Acute cholecystitis is an acute inflammatory disease of the gallbladder, the most common cause being gallstones. Gallbladder stones are a common disease and its incidence increases with age. The incidence of this disease is 11–15% in women under the age of 50, 3–11% in men, and 10–15% in the average adult population. This rate can be as high as 50% in women and 15% in men. Increased incidence of cholelithiasis with age increases the incidence of acute cholecystitis. In patients with clinically suspected acute cholecystitis, the diagnosis should be confirmed by radiological imaging. Acute cholecystitis can be classified as mild, moderate and severe in terms of clinical severity. Patients with symptoms of acute cholecystitis have indications of hospitalization for medical evaluation, supportive therapy, and surgical consultation. Surgical consultation should be sought for the planning of elective cholecystectomy in patients with recurrent biliary colic complaints. In addition, gastroenterology consultation is required for ERCP (Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography) if the primary bile duct obstruction is suspected.

Figure 1.



A rare cause of ileus: acute appendicitis

Mazlum Kılıç¹, Rohat Ak²

1. Fatih Sultan Mehmet Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey
2. Kartal Dr. Lütü Kırda Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey

Introduction: Ileus is a clinical condition caused by disruption of the peristalsis of the small and large intestines or obstruction due to mechanical reasons. Basic findings of ileus; abdominal pain, inability to remove gas and feces, nausea, vomiting and abdominal distension. The addition of fever, acidosis, superficial respiration and tachycardia to these findings suggests that perforation or strangulation usually develops requiring urgent surgical intervention. Because the causes, clinical course and treatment of ileus are different, they should be distinguished from each other.

Case: A 38-year-old man was admitted to the emergency department with abdominal pain, nausea and diarrhea. It was learned that abdominal pain started 1 day ago. The patient's medical history was unremarkable. He wasn't on drugs.

On admission, vital signs were as; fever: 36.7 C, TA: 148/76 mmHg, Nb: 88 / min and sO₂: 95%. In the abdominal examination, intestinal sounds were increased in the natural appearance and there was widespread tenderness in the abdomen, defender and rebound in the right lower quadrant. Other system findings are normal. Leukocytes 15,100 / mm³ (4,000-10,000 / mm³), CRP <0.10 mg / L (0-0.5 mg / L) and other parameters were within normal limits. Intravenous (IV) contrast enhanced abdominal computed tomography revealed an inflamed appendix with calcified fecalitis in the lumen of the cecum posterior, reaching an 11 mm axial diameter (Figure 1). The patient was consulted with the general surgery clinic. Appropriate antibiotics and analgesics were started and hospitalization was performed.

Discussion: Intestinal obstruction is the partial or complete inhibition of the passage of the intestinal contents towards the distal within the gastrointestinal tract. Intestinal obstruction is an important cause of emergency abdominal surgery; it can cause high morbidity and mortality if not treated properly. Intestinal obstructions can be classified as mechanical intestinal obstruction, paralytic ileus or intestinal pseudo-obstruction according to their mechanism of formation. Acute appendicitis is inflammation due to obstruction of the lumen of the appendix. It starts from the innermost layer, the mucosa and spreads along the appendix wall. Patients usually present with right lower quadrant pain, nausea, vomiting and loss of appetite. It is the most common acute abdominal disease. It is common between the ages of 10-30. If left untreated, gangrene then perforation develops. Despite the development of imaging methods, the diagnosis is still made clinically.

Figure 1.



POSTER PRESENTATIONS 12

Approach to shoulder dislocation

Mazlum Kılıç¹, Rohat Ak²

1. Fatih Sultan Mehmet Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey
2. Kartal Dr. Lütfi Kırdar Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey

Introduction: Although shoulder dislocations are one of the oldest subjects in medical history, the correct treatment of this problem is still being discussed. Static and dynamic anatomical structures provide shoulder stability. In order to develop instability in the shoulder, more than one structure should be insufficient. Today, there is no consensus on the approach and treatment of this pathology. Especially after reduction, fixation methods and durations may vary from one center to another.

Case: A 47-year-old male patient presented with emergency right shoulder pain and deformity. In his story, he said that he had a deformity after a sudden movement on his right shoulder and she could not move his shoulder. The patient did not describe nausea and vomiting of head trauma. There was no feature in her medical history. Her family history was unremarkable. He wasn't on drugs. In the emergency admission vital signs; Fever: 36.6 ° C, TA: 134/70 mmHg, Nb: 88 / min and sO₂: 99% respiration rate: 10 / min. Physical examination revealed epaulette sign on the right shoulder and limitation of movement. The humeral head was palpated anteriorly. On neurovascular examination, her pulse was open, equal, and there was no hypoesthesia. Muscle

strengths could not be evaluated due to current deformity. Other system examinations were normal. A direct radiograph of the patient showed that the right humerus head was dislocated anteriorly (Figure 1). After analgesia, the shoulder was reduced by flexion-adduction-external rotation. After reduction, neurovascular examination was repeated and velpau bandage was performed. Reduction was observed on the control radiograph of the patient. The patient was called to the orthopedic outpatient clinic for follow-up.

Discussion: The flexion-adduction-external rotation method is a simple, non-traumatic, effective, and sufficient procedure for the reduction of shoulder dislocation. Since the method is practical and easy to learn, it can be easily used by orthopedic assistants and emergency department physicians. Therefore, if reduction is to be attempted without anesthesia, we believe that this method is one of the first methods to remember.

Figure 1.



POSTER PRESENTATIONS 13

Bilateral Mandible Fracture

Mazlum Kılıç¹, Rohat Ak²

1. Fatih Sultan Mehmet Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey
2. Kartal Dr. Lütüf Kırdar Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey

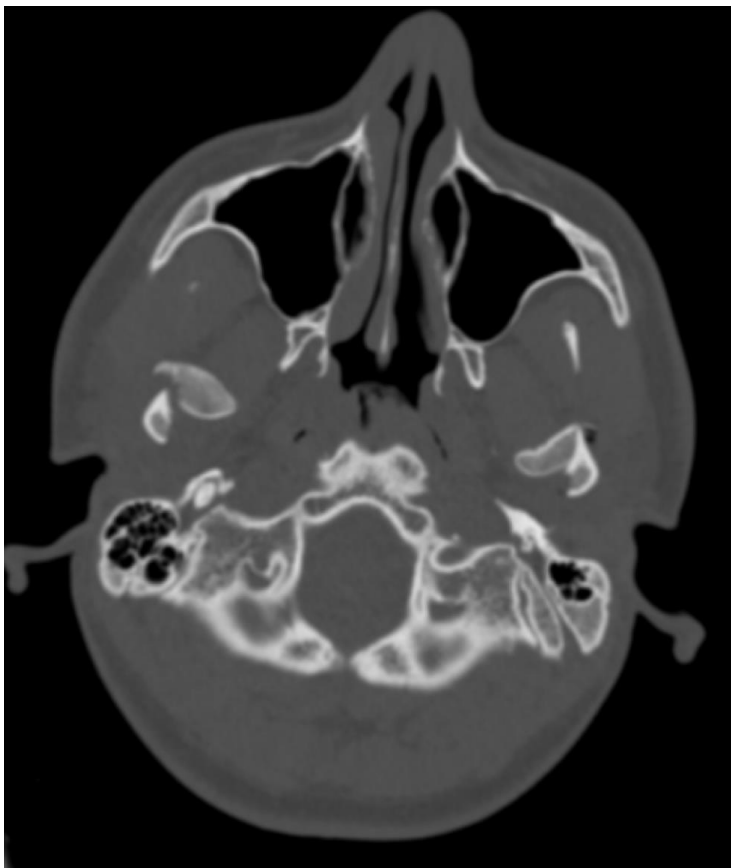
Introduction: Jaw fracture treatment is as old as medical history. The earliest records are based on ancient Egyptian manuscripts. Mandible fractures are one of the most common facial fractures.

Given the position of the jaw in relation to the rest of the skull, it is not surprising that it occurs with high frequency. Correction of these fractures is important not only for cosmetic purposes but also for proper functioning of chewing and speaking.

Case: A 19-year-old male patient was admitted to the emergency department with a complaint of seizure. His history revealed that he had 2 generalized tonic-clonic seizures at home and fell on his face. There was no feature in her medical history. His family history was unremarkable. He wasn't on drugs. In the emergency admission vital signs were as; fever: 36.5 ° C, TA: 108/72 mmHg, Nb: 99 / min and sO₂: 99% respiration rate: 10 / min. In physical examination; His general condition was good and his speech was minimally dysarthric. The incision was approximately 5 cm in the submental region. There were 2 incisions of 1 cm in the left hand distal phalanges. Other system examinations were normal. His ECG showed normal sinus rhythm and no ischemic finding. Computed tomography (CT) was performed. CT showed displaced fracture lines on both mandible and anteromedial luxation on both mandible (Figure 1). Neurology was evaluated by seizure and plastic reconstructive surgery for mandible fracture. The treatment was regulated.

Discussion: In our country, maxillofacial trauma is evaluated by different disciplines such as otorhinolaryngology, head and neck surgery, plastic and reconstructive surgery and dentistry jaw surgery and differences in treatment approaches can be seen. In order to achieve successful results as well as aesthetically, the trauma physician should be informed about the patient's evaluation, pathophysiology and radiology of the fracture, appropriate approach to the fracture and appropriate surgical equipment.

Figure 1.



Diffuse alveolar hemorrhage due to warfarin use

Mazlum Kılıç¹, Rohat Ak²

1. Fatih Sultan Mehmet Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey
2. Kartal Dr. Lütü Kırdar Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey

Introduction: Diffuse alveolar hemorrhage (DAH) is a life-threatening condition caused by bleeding into the alveoli due to capillary destruction of the alveolar septa. It usually occurs in the form of hemoptysis, anemia, diffuse pulmonary infiltration and acute respiratory failure. Although warfarin is a common drug with different bleeding complications, it rarely causes diffuse alveolar hemorrhage. In this case, we aimed to present a patient with DAH due to uncontrolled warfarin use.

Case: A 50-year-old male patient was admitted to the emergency department with respiratory distress. His medical history included ischemic stroke, atrial fibrillation, chronic renal failure, hypertension, and parkinson's disease. Her family history was unremarkable. He was on warfarin. Vital signs on admission were as; fever: 36.0 ° C, TA: 154/110 mmHg, Nb: 71 / min and sO₂: 93%. Pulmonary sounds were coarse and bilateral rales were observed up to the middle zones. ECG: There was no ischemia sign in normal atrial fibrillation rhythm. Other system findings were normal. Laboratory tests showed; leukocytes: 11,700 / mm³ (4,000-10,000 / mm³), hemoglobin: 8.4 g / dl (12,00-14,00 g / dl) platelet: 70,000 (100,000-400,000 / mm³) CRP: 12,5 mg / ml. L (0-0.5 mg / L) Creatinine: 5.58 mg / dl (0.75-1.25 mg / dl) Blood urea nitrogen: 73 mg / dl (8.9-20.6 mg / dl). INR: too high to be measured. The other parameters were within normal limits. In the past examinations, kidney values were found to be of similar heights. Computed tomography (CT) was planned for differential diagnosis of dyspnea. CT showed severe alveolar hemorrhagic contusion in both lungs (Figure 1). The patient was thought to have DAH due to warfarin-induced INR, and K-vitamin, Human Prothrombin Complex (Factor II / VII / IX / X) and tranexamic acid were administered for INR elevation. Respiratory distress continued and the patient was intubated and transferred to intensive care unit.

Discussion: As a result; In patients with warfarin due to underlying cardiac pathologies, anemia, respiratory failure, bilateral alveolar infiltration in lung imaging, and impairment of coagulation parameters should be carefully evaluated and the development of DAH should be considered. If DAH is diagnosed clinically and radiologically, it should be known that the disease can progress rapidly and it should be remembered that effective and aggressive treatment practices can reduce mortality rates significantly.

Figure 1.



POSTER PRESENTATIONS 15

Emphysematous Cystitis

Mazlum Kılıç¹, Rohat Ak²

1. Fatih Sultan Mehmet Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey
2. Kartal Dr. Lütfi Kırdar Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey

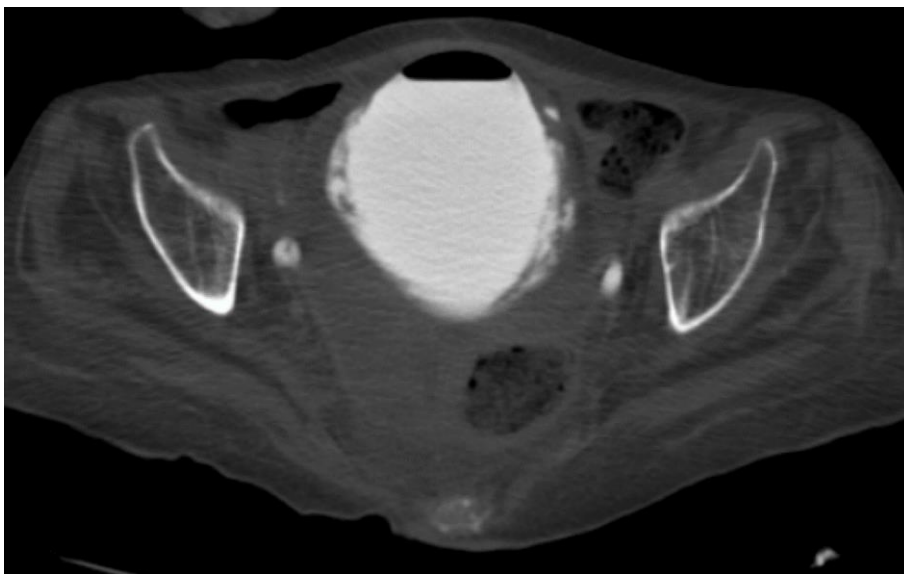
Introduction: Emphysematous cystitis (ES) is a complicated urinary tract infection characterized by accumulation of gas in the bladder lumen and bladder wall. It usually occurs with gas-forming microorganisms. The incidence is increased in diabetic women and in people with bladder instrumentation. Clinical findings may vary from asymptomatic cases to fatal conditions. Although no clear distinction is made clinically, the diagnosis is made by imaging methods. In this case, we present a case who presented to the emergency department with complaints of hematuria and fatigue and was diagnosed by computed tomography (CT).

Case: A 74-year-old male patient was admitted to the emergency department with hematuria and fatigue. In the family history; there was no feature. He didn't use anticoagulants. The vital signs at admission were as; fever: 36.8 ° C, TA: 107/46 mmHg, Nb: 125 / min and sO₂: 98% respiratory rate: 10 / min. Physical examination revealed bilateral costovertebral angle sensitivity. In laboratory tests, leukocytes: 7,400 / mm³ (4,000-10,000 / mm³), hemoglobin: 6.7 g / dl (12,00-14,00 g / dl) platelet: 176,000 (100,000-400,000 / mm³) CRP: 15.14 mg / L (0-0.5 mg / L) creatinine: 1.11 (0.72-1.25 mg / dl) blood urea nitrogen: 29 mg / dl (8.9-20.6 mg / dl). INR: 2.16 (0.75-1.27) Erythrocyte: (+++), leukocyte: (+++) in complete urinalysis. The other parameters

were within normal limits. Three-way bladder catheter was inserted and macroscopic hematuria was seen. The patient has hematuria with air bubbles. The patient was treated with ceftriaxone 1 g 2x1. Computed tomography (CT) was performed for differential diagnosis of hematuria. CT showed increased trabeculation in the bladder mucosa and air densities in the bladder lumen. (Figure 1). He was admitted to the urology clinic with the diagnosis of emphysematous cystitis.

Discussion: It can be said that ES, which has no specific clinical findings that cannot be easily diagnosed by routine approach, can be diagnosed with high suspicion and thus serious complications such as bladder necrosis, emphysematous pyelonephritis and urosepsis can be prevented. The physician should be careful and give due attention to the serious complications that ES may cause, especially in patients with risk factors. CT is also the most appropriate method for diagnostic imaging in ES.

Figure 1.



POSTER PRESENTATIONS 16

Hunan hand syndrome

Mazlum Kılıç¹, Rohat Ak²

1. Fatih Sultan Mehmet Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey
2. Kartal Dr. Lütfi Kırdar Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey

Introduction: Hunan hand syndrome, a form of painful contact dermatitis, is a rare finding. The main ingredient in peppers is capsaicin, which leads to the clinical state of Hunan hand syndrome. Hunan hand syndrome often occurs in cooks and hot pepper workers after the preparation or use of peppers. Contact with other body parts reveals the terms "Hunan nose", "Hunan eye" and "Chili Willie".

Case: A 24-year-old female patient presented to the emergency department with the complaint of burning hands. Story of chopping peppers at home 1 hour ago after burning the complaint that he put his hands in ice water, but learned that the pain applied to the emergency. There was no feature in her medical history. Her family history was unremarkable. She wasn't on drugs. Vital signs in the emergency department; Fever: 36.6 ° C, TA: 144/70 mmHg, Nb: 88 / min and sO₂: 99% respiration rate: 10 / min. Physical examination revealed hyperemia and partial circulatory disturbance at both fingertips (Figure 1). Other systemic examinations were normal. Her hands were washed with plenty of water in the emergency room. After washing, lidocaine containing pomade was administered. The patient was reevaluated 30 minutes after ointment. The patient was discharged from the emergency department with pain control.

Discussion: Capsaicin, found in the fruits of Capsicum plants such as capsicum, jalapenos and habaneros, is a hydrophobic, colorless, odorless compound that binds with pain receptors and causes intense heat or burning sensation. Capsaicin is an important molecule due to its selective effects on myelin-free C-fibers and small amounts of myelinated A δ fibers and mammalian primary sensory neurons, particularly hot thermal receptors and polynodal nociceptors. In humans, local administration of capsaicin to the skin causes transient, burning pain and hyperalgesia by activation and sensitization of primary afferent C fibers and possibly A δ neurons. At home treatments, when hands are dipped in cold water or vegetable oils, it is seen that vegetable oils provide longer-term relief from burning in hands, while immersion in cold water provides more relaxation at the beginning. Another tried method is washing with antacids. Food soda is another chemical that can be used. Fluokinonide containing topical anesthetics are the prominent ones. Decontamination with water for the eye, topical anesthetics and cool compresses can alleviate pain. A rare multimodal approach with continuous stellate ganglion block and gabapentin may be required in cases where pain and burning persist in rare cases, and cold compress, local ice water treatment and fluokinonide administration are insufficient.

Figure 1.



Lung contusion after animal attack

Mazlum Kılıç¹, Rohat Ak²

1. Fatih Sultan Mehmet Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey
2. Kartal Dr. Lütfi Kırdar Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey

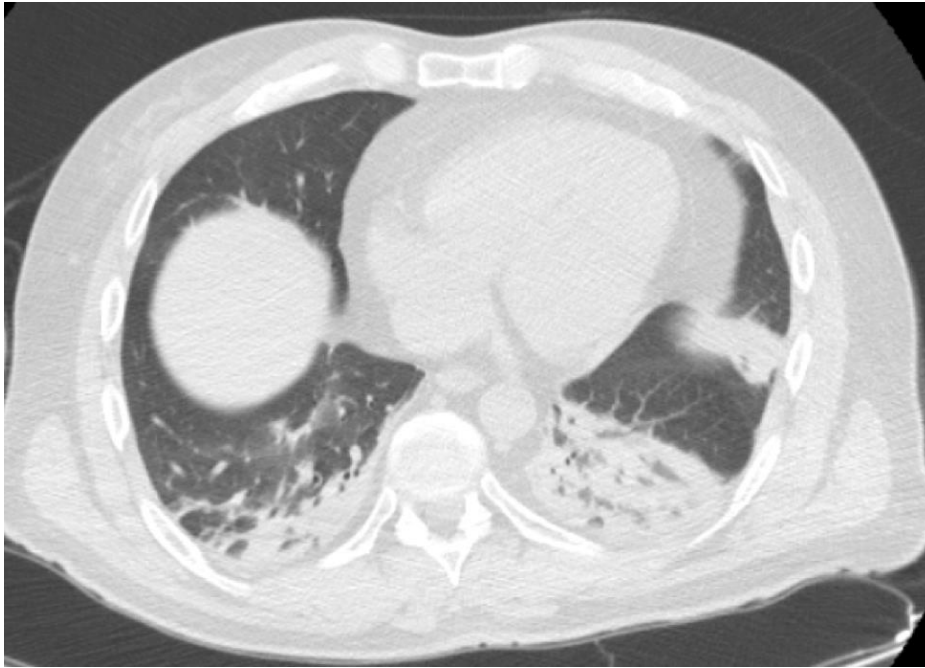
Introduction : Thoracic traumas range from simple rib fractures to major vascular injuries. Knowing the cause and mechanism of trauma is important for the correct orientation of the thoracic surgeon. The most important principle in the evaluation of patients with thoracic trauma is to determine the severity of injury with a general assessment with appropriate priorities. Life-threatening causes should be identified with a systemic approach and treated promptly.

Case: A 51-year-old male patient was admitted to the emergency department with trauma by animal attack. He described chest pain. The patient's medical history was unremarkable. He wasn't on drugs. Vital signs on admission were Fever: 36.5C, TA: 137/74 mmHg, Nb: 96 / min and sO₂: 96%. In physical examination GCS: 15, conscious, cooperative, orientated. There was widespread tenderness with palpation and bruising in the left hemithorax. Respiratory sounds were decreased in the left lung basals. Other system findings were normal.

Intravenous (IV) contrast computed tomography showed contusion areas and rib fractures in the lower lobes of both lungs (Figure 1). The patient received analgesic therapy and supplemental oxygen therapy and was admitted to the thoracic surgery clinic.

Discussion: Most patients with severe thoracic trauma develop lung contusion. Among the potentially fatal thoracic traumas, lung contusion is the most common pathology. Damage to the lung parenchyma may be localized to the neighboring region of the chest wall trauma or may be generalized to the opposite lung. Conditions in which contusion is generalized may also be called traumatic pneumonitis or wet lung. The patient may have no symptoms during the first 6-12 hours after trauma. Therefore, the pre-diagnosis of pulmonary contusion should be kept in mind in posttraumatic patients. In case of suspected pulmonary contusion, the patient should be internalized. A few hours after the trauma, the patient develops shortness of breath and non-productive cough. Respiratory rate per minute was increased in patients who developed contusion. Local or generalized rales and wheezing are heard during auscultation. Generally, chest X-ray taken immediately after the trauma may not reveal any pathology. Radiological changes may take 18-24 hours after trauma.

Figure 1.



POSTER PRESENTATIONS 18

Patella fracture

Mazlum Kılıç¹, Rohat Ak²

1. Fatih Sultan Mehmet Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey
2. Kartal Dr. Lütfi Kırdar Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey

Introduction: Patella is the largest sesamoid bone in the body. Patella located in the quadriceps tendon; it increases the power of the quadriceps by extending the lever arm, protects the femoral condyles and provides aesthetic appearance to the knee. Patella fractures, which may occur by direct and indirect mechanisms, constitute approximately 1% of all skeletal fractures. Although it can be seen in every age group, they are common between 30-50 years of age. Men are seen 2 times more than women. Although it can occur in both knees, bilateral is not common.

Case: A 63-year-old male patient was admitted to the emergency department with pain in the right knee. In his story, he said that he could not maintain his balance while standing on a motorcycle and fell with the engine. The patient did not describe nausea and vomiting of head trauma. There was no feature in her medical history. Her family history was unremarkable. He wasn't on drugs. Vital signs in the emergency department were as; fever: 36.6 ° C, TA: 144/70 mmHg, Nb: 88 / min and sO₂: 99% respiration rate: 10 / min. Physical examination revealed palpation of the right knee and crepitation. Extension of knee joint was limited. Other system examinations were normal. Right patellar fracture was detected on direct X-ray. Extremity computed tomography (CT) was performed. CT showed multiple fractures and dislocation of the patella (Figure 1). The patient was hospitalized by the orthopedic clinic.

Discussion: Patella fractures should be considered in patients with a direct high energy pulse to the anterior part of the knee, who cannot open the knee actively or fall straight after the fall. Classification of patella fractures as dissociated and undifferentiated is more useful in terms of treatment plan. The treatment of patella fractures depends on the type of fracture, the size of the fracture fragments, the integrity of the extensor mechanism and the smoothness of the joint face. The aim of the treatment of patella fractures is to obtain a functional extensor mechanism with a smooth joint surface, complete and painless range of motion. The main surgical indications for adult patella fractures are; Bone fractures with more than 3 mm dissociation or stepping of more than 2 mm, all extensor mechanism injuries with or without bone avulsion, osteochondral fractures in which displacement or free body falls into the joint, open fractures, patella fracture accompanied by compartment syndrome.

Figure 1.



Postrenal acute renal failure

Mazlum Kılıç¹, Rohat Ak²

1. Fatih Sultan Mehmet Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey

2. Kartal Dr. Lütü Kırdar Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey

Introduction: Acute renal failure is mainly divided into 3 parts, but the most common cause is pre-renal causes and post-renal causes are seen in about 5% of cases. Post-renal causes can be detected mostly by imaging methods. In this case, we aimed to present a patient with prostate-induced postrenal aby who had surprisingly hydronephrosis and glob on imaging.

Case: A 66-year-old male patient was admitted to the emergency department with decreased urination and nausea. He was followed by urology due to benign prostate hypertrophy. His family history was unremarkable. he was not taking any medication. Vital signs on admission were as; fever: 36.0 ° C, TA: 184/82 mmHg, Nb: 71 / min and sO₂: 97%. On physical examination, GCS: 15 was conscious, cooperative, orientated. Lungs and heart sounds are natural. There was no comfortable defender or rebound in the abdomen. Palpation revealed bladder in the abdomen and no costavertebral angle sensitivity. On rectal examination, the ampule was empty and the prostate was palpable. ECG: In normal sinus rhythm, there were no signs of tachycardia or ischemia. Other system findings were normal. Leukocytes: 6,200 / mm³ (4,000-10,000 / mm³), hemoglobin: 7.4 g / dl (12,00-14,00 g / dl) platelet: 168,000 (100,000-400,000 / mm³) CRP: 0,31 mg / day. L (0-0.5 mg / L) Creatinine: 10.91 mg / dl (0.75-1.25 mg / dl) Blood urea nitrogen was > 125 mg / dl (8.9-20.6 mg / dl). In complete urinalysis, the density was 1.015 (1.010-1.025), erythrocyte (negative), leukocyte (++) , protein (negative), ph: 5.5. The other parameters were within normal limits. Abdominal computed tomography (CT) was planned for differential diagnosis of abdominal pain. Abdominal CT showed severe dilatation in both renal calyces, globe in the bladder, and prostate gland size (Figure 1). The patient was admitted to the urology clinic with the diagnosis of postrenal acute renal failure.

Discussion: Acute renal failure is a clinical condition in which renal function rapidly deteriorates, but KDIGO guideline results in an increase in serum creatinine values of 0.3 mg / dl and above within 48 hours and / or a 1.5-fold increase in serum creatinine values known or predicted to develop within 7 days. and / or urine output less than 0.5 ml / kg / h over 6 hours. Acute renal failure can often be classified as pre-renal, renal and post-renal, and their incidence is approximately 50-70%, 20-40%, 5%, respectively. Although rare, post-renal acute renal failure can lead to end-stage renal failure if not diagnosed and treated rapidly. It is done. Early diagnosis and appropriate treatment are important in the prevention of morbidity and mortality due to ARF. In postrenal ARF, obstruction is urgently needed to improve renal function.

Figure 1.



POSTER PRESENTATIONS 20

Psoas abscess

Mazlum Kılıç¹, Rohat Ak²

1. Fatih Sultan Mehmet Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey
2. Kartal Dr. Lütfi Kırdar Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey

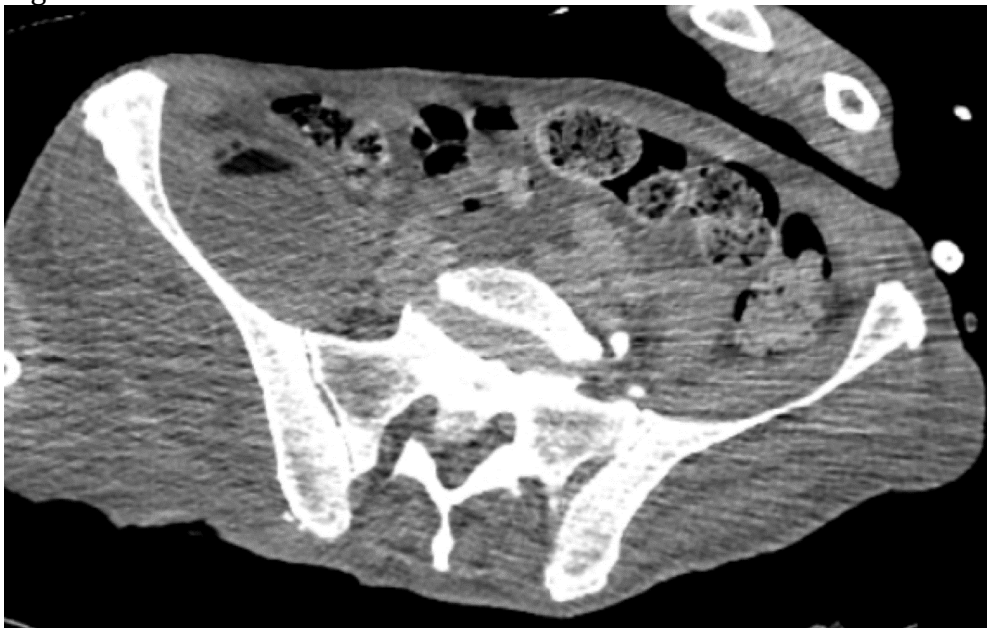
Introduction: The psoas muscle starts from the transverse protrusions and intervertebral discs of the 12th thoracic and entire lumbar vertebrae, goes outward from both sides of the spine, passes under the inguinal ligament, joins with the fibers of the iliac muscle, and ends up adhering to the trochanter minora. The task is to make the thigh flexion movement. Psoas abscess (PA) is a very rare condition and it is often difficult to diagnose because of the lack of a unique clinic and confusion with the findings of primary disease, especially in secondary cases.

Case: A 71-year-old male patient presented to the emergency department with complaints of weakness, abdominal pain. Because of advanced dementia in his history, it was not known exactly when abdominal pain started. He did not describe loss of consciousness, head trauma, headache, dizziness, urine and stool incontinence. His history and family history were unremarkable. On

admission, his vital signs were as; fever: 36.0 ° C, TA: 134/86 mmHg, Nb: 89 / min and sO₂: 96% respiratory rate: 10 / min. In physical examination; Abdominal tenderness, palpation right lower quadrant tenderness palpation. No defense or rebound. There was limited right flexion. Other system findings are normal. Other system findings were normal. Leukocytes: 9,500 / mm³ (4,000-10,000 / mm³), hemoglobin: 7.2 g / dl (12,00-14,00 g / dl) platelet: 179,000 (100,000-400,000 / mm³) CRP: 13.22 mg / L 0-0.5 mg / L) Creatinine: 1.24 mg / dl (0.75-1.25 mg / dl) Blood urea nitrogen: 32 mg / dl (8.9-20.6 mg / dl). On complete urinalysis, erythrocytes (+++) and leukocytes (++) were found. The other parameters were within normal limits. Non-computed tomography (CT) was planned for abdominal pain and differential diagnosis. CT showed a 61 x 52 mm abscess formation within the iliopsoas muscle adjacent to the right iliac bone, with air densities at the anterior surface (Figure 1). An appropriate antibiotherapy regimen was initiated and the patient was admitted to the infectious diseases clinic.

Discussion: Antibiotherapy and drainage are recommended together for the treatment of psoas abscess. Initially, antibiotic selection is based on possible infectious agents. In cases where abscess drainage and culture cannot be performed or are considered to be primary until the result of culture, effective antibiotics for staphylococci should be initiated. However, in secondary cases that are thought to be accompanied by gastrointestinal, spinal or perirenal pathology, combination therapy should be initiated appropriate to Gr (-) enteric bacilli and anaerobes.

Figure 1.



POSTER PRESENTATIONS 21

Rectus sheath hematoma after cough

Mazlum Kılıç¹, Rohat Ak²

1. Fatih Sultan Mehmet Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey
2. Kartal Dr. Lütfi Kırdar Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey

Introduction: Acute abdominal pain is one of the common causes of admission to the emergency department. Rectus sheath hematoma (RSH) is the accumulation of blood into the rectus abdominis muscle sheath as a result of rupture of the rectus muscle or epigastric vessels. RSH is a relatively rare condition in acute abdominal pain. Trauma, anticoagulant drugs, drug injections, hematological and bleeding disorders, straining and increase in intra-abdominal pressure, pregnancy and hypertension may occur due to various reasons. Anticoagulant therapy is the most common predisposing factor. In this case report, we aimed to present RSH developed after cough.

Case: A 53-year-old female patient was admitted to the emergency department with a complaint of left groin pain after coughing. In her anamnesis, the left groin pain started after cough, cough passed but left groin pain continued, she said. There was no history of trauma. The patient's medical history was unremarkable. She didn't use anticoagulants. Vital signs on admission were as; fever: 36.5C, TA: 126/79 mmHg, Nb: 86 / min and sO₂: 98%. Physical examination revealed tenderness with palpation in the left lower quadrant of the abdomen. Defender did not rebound. Other system findings were normal. Leukocytes 10,300 / mm³ (4,000-10,000 / mm³), hemoglobin 13.2 g / dl (12,00-14,00) CRP: 0,49 mg / L (0-0,5 mg / L), liver and Other parameters, including renal function tests, were within normal limits. Intravenous (IV) contrast enhanced abdominal computed tomography showed an increase in thickness of the left rectus muscle of the anterior abdominal wall. Hemoglobin 11.3 g / dl (12.00-14.00) was measured on the control hemogram of the patient. The patient was diagnosed as RSH (Figure 1). The patient was admitted to the general surgery clinic for follow-up and treatment.

Discussion: RSH is a difficult but well documented clinical condition. History, previous treatment and previous drug use should be questioned well. The male to female ratio is 3: 1 and is most common in the fifth decade. Patients most often present to the emergency department with abdominal pain that does not exceed the midline of the abdomen, localized to the lower abdomen and usually begins slowly. RSH is 2% of unexplained abdominal pain. It is often seen in the right lower quadrant. RSH rarely occurs in healthy people after coughing. In patients presenting to the emergency department with abdominal pain, history should be questioned well and rectus sheath hematoma should be considered in the differential diagnosis.

Figure 1.



POSTER PRESENTATIONS 22

Renal infarction

Mazlum Kılıç¹, Rohat Ak²

1. Fatih Sultan Mehmet Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey

2. Kartal Dr. Lütü Kırdar Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey

Introduction: Renal artery thrombosis is a rare clinical condition with high morbidity and mortality. Since it does not have a specific and sensitive sign, it can easily be missed if not considered in the differential diagnosis. In case of clinical suspicion, the patient is diagnosed by further investigation. The prevalence of patients admitted to the emergency department is reported as 0.02 / 1000. We aimed to present a case of acute renal artery thrombosis who presented to our emergency department with right side pain.

CaseA 77-year-old female patient was admitted to the emergency department with the complaint of right side pain. She vomited once, had fever and dysuria. She had no previous history of renal stones and trauma. Her medical history included diabetes mellitus, hypertension and chronic heart failure. Vital signs on admission were as; fever: 36.0 ° C, TA: 132/55 mmHg, Nb: 96 / min and sO₂: 98%. On physical examination, there was right costovertebral angle sensitivity. ECG: In normal sinus rhythm, there were no signs of tachycardia or ischemia. Other system findings were normal. Laboratory tests showed; leukocytes: 11,300 / mm³ (4,000-10,000 / mm³), hemoglobin: 14.4 g / dl (12,00-14,00 g / dl) platelet: 256,000 (100,000-400,000 / mm³) CRP: 3.43 mg / ml. L (0-0.5 mg / L) Creatinine: 1.17 mg / dl (0.75-1.25 mg / dl) Blood urea nitrogen: 21 mg / dl (8.9-20.6 mg / dl) LDH: 291 U / L (125- 220 U / L). Leukocytes and erythrocytes were not detected in the complete urinalysis. The other parameters were within normal limits. Contrast-enhanced abdominal computed tomography (CT) was planned for differential diagnosis of abdominal pain. Abdominal CT showed patchy hypodense areas in the right renal parenchyma that did not give a clear nerve (Figure 1). The patient was diagnosed as renal infarction and emergency intervention was not considered by interventional radiology and cardiovascular surgery.

Discussion: Renal infarction is a rare clinical condition that is rarely seen and often diagnosed. In the differential diagnosis, nephrolithiasis, acute pyelonephritis, acute myocardial infarction, mesenteric ischemia, incarcerated hernia, pulmonary thromboembolism, space-occupying lesions are confused and the diagnosis is overlooked. However, in the event of high clinical suspicion, it is diagnosed by further investigations. In the literature, LDH elevation was found in the majority of thromboembolism cases. Thrombolytic therapy is recommended in the first 90 minutes of acute renal infection; Thrombolytic therapy is not recommended in patients admitted for more than 90 minutes because the ischemia tolerance of the kidney is exceeded.

Figure 1.



POSTER PRESENTATIONS 23

Rhabdomyolysis after epileptic seizure

Mazlum Kılıç¹, Rohat Ak²

1. Fatih Sultan Mehmet Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey
2. Kartal Dr. Lütfi Kırdar Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey

Introduction: Rhabdomyolysis is a clinical and laboratory syndrome that occurs as a result of the incorporation of muscle cell contents into the circulation after striated muscle damage. The clinical picture is very variable. It may be asymptomatic elevation of the enzyme, as well as life-threatening renal failure and severe electrolyte imbalance. It may occur due to very different etiology. In this case, we aimed to present a patient with rhabdomyolysis after epileptic seizure.

Case: A 27-year-old male patient was admitted to the emergency department with seizures. No leakage of urine. He had a postictal period after a seizure. He wasn't on drugs. His family history was unremarkable. Vital signs on admission were as; fever: 36.0 ° C, TA: 111/63 mmHg, Nb: 96 / min and sO₂: 96%. On physical examination, GCS: 15 was conscious, cooperative, orientated. Lungs and heart sounds are natural. No abdominal defensive or rebound. Other system findings were normal. Leukocyte: 17,800 / mm³ (4,000-10,000 / mm³), hemoglobin: 15.9 g / dl (12,00-14,00 g / dl) platelet: 256,000 (100,000-400,000 / mm³) CRP: 3.2 mg / day L (0-0.5 mg / L) Creatinine: 1.1 mg / dl (0.75-1.25 mg / dl) Blood urea nitrogen: 9 mg / dl (8.9-20.6 mg / dl) Calcium (Ca): 9.07 mg / dl (8.5-10.5 mg / dl) Phosphate 4.2 mg / dl (2.3-4.7 mg / dl) bicarbonate 25.3 mEq / L (22-26 mEq / L) LDH: 622 U / L (125-220 U / L) creatine kinase (CK): 4267 U / L (<200 U / L). CK value: 10877 U / L and 18912 U / L were measured in the follow-up. Myoglobinuria was present in the complete urinalysis. The other parameters were within normal limits. Central imaging was performed. No feature was found on imaging. The patient was evaluated by internal medicine for rhabdomyolysis. The patient had a significant increase in CK values and was internalized by the internal medicine clinic with the diagnosis of rhabdomyolysis secondary to seizure.

Discussion: Rhabdomyolysis is a syndrome characterized by intracellular muscle content mixed with blood as a result of muscle necrosis. The etiology is basically; (i) traumatic or muscular compression-related causes (eg crush syndrome or long immobilizations); causes (eg drugs or toxins, infections or electrolyte disturbances). The clinical picture may range from asymptomatic creatine kinase elevation to electrolyte imbalance, acute renal failure and disseminated intravascular coagulation. Inadequate fluid intake, nausea, vomiting, diarrhea and analgesic use accelerate the development of acute renal failure. Treatment options include the elimination of the causative agent of muscle damage, adequate urine output by hydration and diuretics, and alkalization of urine.

POSTER PRESENTATIONS 24

Spontaneous renal hematoma

Mazlum Kılıç¹, Rohat Ak²

1. Fatih Sultan Mehmet Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey
2. Kartal Dr. Lütfi Kırdar Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey

Introduction: Spontaneous renal subcapsular hematoma is a rare but life-threatening clinical condition. Treatment depends on the patient's clinical course as well as the pathology established at the time of diagnosis. In this case, a case of spontaneous renal subcapsular hematoma is reviewed in the light of the literature and the etiology, diagnosis and treatment stages are discussed.

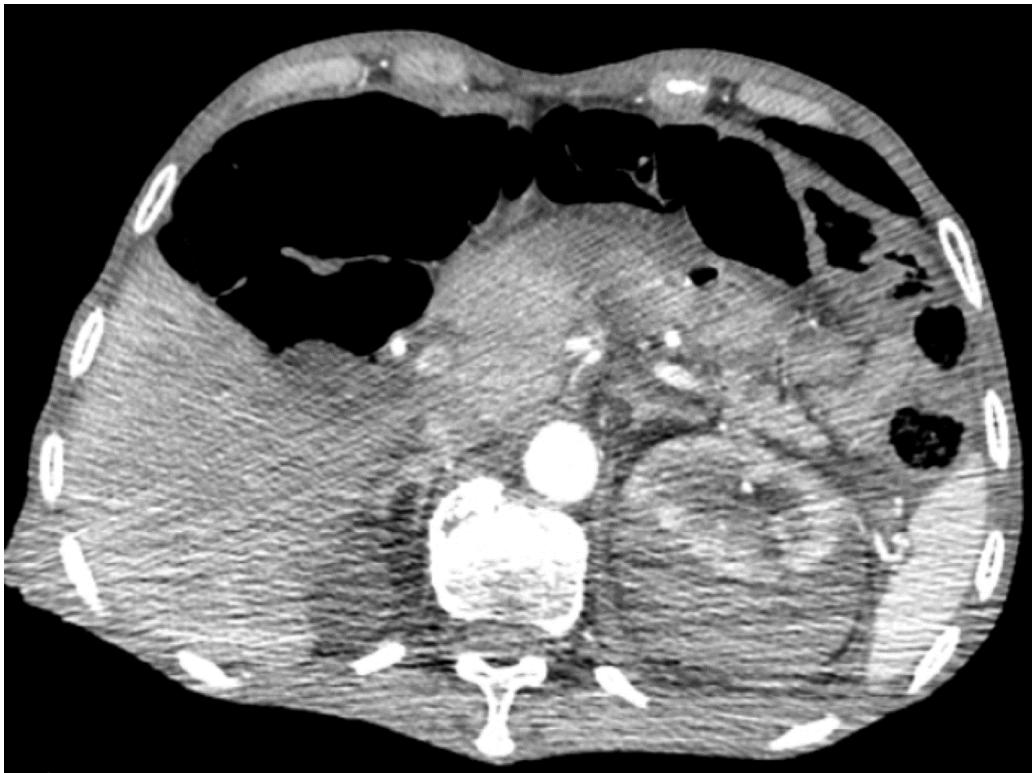
Case: An 85-year-old male patient was admitted to the emergency department with fever and vomiting. He had no previous history of renal stones and trauma. There was no recent surgical

intervention. He had a history of cerebrovascular disease and chronic heart failure. He was using anticoagulants for his current illnesses. His family history was unremarkable. Vital signs at admission were as; fever: 37.9 ° C, TA: 137/57 mmHg, Nb: 59 / min and sO₂: 96%. On physical examination, GCS: 15 was conscious, cooperative, orientated. Lungs and heart sounds are natural. No abdominal defensive or rebound. Left costavertebral angle sensitivity. ECG: There was no ischemia in normal sinus rhythm. Other system findings were normal.

Laboratory tests showed; leukocytes: 18,200 / mm³ (4,000-10,000 / mm³), hemoglobin: 11.7 g / dl (12,00-14,00 g / dl) platelet: 309,000 (100,000-400,000 / mm³) CRP: 4.37 mg / ml. L (0-0.5 mg / L) Creatinine: 0.71 mg / dl (0.75-1.25 mg / dl) Blood urea nitrogen: 12 mg / dl (8.9-20.6 mg / dl) LDH: 530 U / L (125- 220 U / L).). INR: 1.4 (0.75-1.27) Leukocyte (++) erythrocyte (+++) was found in the complete urinalysis. The other parameters were within normal limits. Contrast-enhanced abdominal computed tomography (CT) was planned for differential diagnosis of abdominal pain. Abdominal CT revealed a left perirenal hematoma (Figure 1). The patient was hospitalized by urology clinic with the diagnosis of renal hematoma.

Discussion: Spontaneous subcapsular hematoma is a very rare pathology in organs with anatomical capsule. Kidney is one of the anatomical structures in which subcapsular hemorrhage can be observed, and the patient may not have any clinical symptoms and may present with life-threatening bleeding. The emergency physician should have the necessary knowledge and equipment for the diagnosis, treatment and evaluation of these patients.

Figure 1.



A Baby Boy Falling in an Unfortunate Object

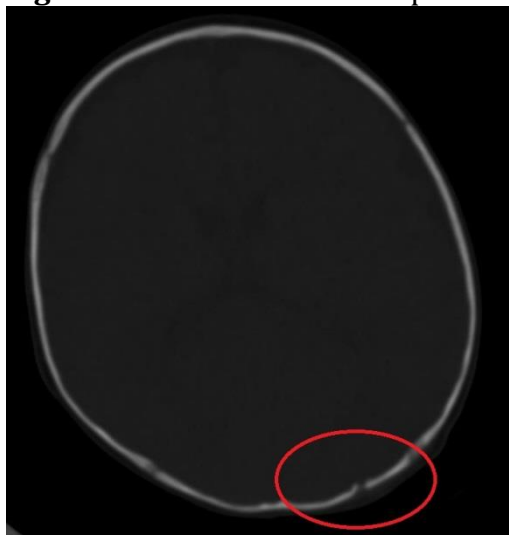
Sevilay Vural¹, Levent Albayrak¹, İbrahim Çaltekin¹, Emre Gökçen¹, Dilek Atik¹, Nuray Kılıç¹

¹Department of Emergency Medicine, Faculty of Medicine, Yozgat Bozok University, Yozgat, Turkey

Introduction: Although head trauma is a common form of injury for the pediatric group, penetrating head injuries are very rare. We report a 12 month-old baby who presented with a non-missile penetrating head injury.

Case report: A 12 month-old male baby was brought to the emergency department by his parents. The parents claimed that he injured with a nail on a wood piece penetrating into his skull after a ground-level fall while walking. The nail was removed by his father on the scene of the accident. The physical examination revealed a punctate incision in the left occipital region. There was no bleeding lesion, hematoma or swelling on the area. The baby was conscious, alert and agitated. No pathological finding was detected during the neurological examination. The brain CT showed 0.5 cm occipital cortex discontinuity compatible with his lesion (Figure 1). There was no intracranial parenchymal or vascular pathology. The patient was admitted to the neurosurgery ward for observation for 24-hour. He was discharged with healing.

Figure 1. The brain CT of the patient showing punctate entrance point of the nail.



Conclusion: The penetration mechanism is divided into high and low-velocity injuries. Low-velocity injuries often show local and limited damage unlike high-velocity injuries like gunshot and missile injuries. Low-velocity injuries can be due to knife, nails, metal poles, ice picks, and power drills. Even keys, pencils, and chopsticks may cause penetrating trauma. The pediatric group is more susceptible to low-velocity penetrating head injuries due to their softer skull cortex and the presence of open suture lines.

Key-words: Child, head injury, fall, occipital fracture.

Avulsion fracture of a rare anatomical location for an adult: Tibial tubercle

Sevilay Vural¹, Levent Albayrak¹, İbrahim Çaltekin¹, Emre Gökçen¹, Dilek Atik¹, Hasan Burak Kaya¹

¹Department of Emergency Medicine, Faculty of Medicine, Yozgat Bozok University, Yozgat, Turkey

Introduction

“Avulsion” term is used when a broken bone piece pulled off by the tensile force of tendons or ligaments. They compromise the function and movement of the affected joint. Tibial tubercle fractures are rare and constitute only 3% of proximal tibial fractures. This condition, which is usually seen in pediatric patients, is extremely rare in adults.

Case report

A 29 year-old male patient was brought to the emergency department due to sledgehammer trauma on his right knee at the workplace. His vital parameters were normal. In the physical examination, there was pain and swelling on the right tuberculus tibiae. The range of motion was normal. No neurovascular deficit was detected. A lateral and anterior view X-ray of the right tibia imaging was performed. An avulsion fracture of tuberosity was detected (Figure 1). The patient was consulted to the orthopedics department. They recommended cold application, extremity elevation, angle-adjustable knee brace and orthopedic polyclinic control after 1 week. The patient was discharged with recommendations.

Figure 1. The lateral view of the knee.



Conclusion

Tibial tubercle avulsion fractures are extremely rare trauma in adults. They usually occur due to injury to the knee occurring in adolescence, during the transitional phase of physeal closure just prior to completion of growth. Surgery is the first choice for anatomical reduction and stable fixation to ensure anatomical healing in most of the cases. However, medical and conservative treatment methods can be preferred rarely as in our patient.

Key-words: Tibial tubercle, avulsion fracture, emergency department, adult.

POSTER PRESENTATIONS 27

Care for the child in your car

Sevilay Vural¹, Levent Albayrak¹, İbrahim Çaltekin¹, Emre Gökçen¹, Dilek Atik¹, Mikail Kuşdoğan¹

¹Department of Emergency Medicine, Faculty of Medicine, Yozgat Bozok University, Yozgat, Turkey

Introduction

The classic adult seatbelt composes of two parts; shoulder and lap belt. To keep kids as safe as possible on the road, adults should choose the seat that's best suited to their age, height, and weight. There are three main types of car seats: infant car seats, convertible car seats (including 3-in-1 and all-in-one models), and booster seats. Kids should use booster seats which raise children's seating position so that the car's seat belt fits them until they're at least 8 years old and 140 cm tall.

Case

A 6-year-old girl involved in a head-on collision was brought to our emergency department by ambulance. The patient was the only passenger using a lap seat belt in the rear seat while her father (the driver) and mother were sitting in the front of the car with wearing lap and shoulder seatbelts. A belt-like extending bruising line at the level of the umbilicus (Seatbelt sign) on the abdomen was noticed during her physical examination. The rest of the abdominal and thorax examinations were normal. She was oriented with a GCS of 14. There was motor deficit (5/5), anesthesia and lost of reflexes on her lower extremities. Her vitals were as a blood pressure of 90/60 mmHg, O2 saturation of 98 %, heart rate of 86 beats/min. No laboratory test abnormality was detected. Lomber CT revealed dislocation facet joints and lamina fractures of L1 and L2 (**Figure 1**). She required an immediate neurosurgical operation. Marked anterior disruption of the dura was observed during the surgery except for the fractures and bilateral dislocation of the L1-L2 facet joints. An open reduction and posterior spinal stabilization with transpedicular screws (T11-T12,L1,L2), L1-L2 laminectomy, and dynamic rod placement were performed, the torn dura was gathered. Imaging revealed the stable alignment of her lumbar hardware. Her post-operational neurologic examination showed 4/5 muscle strength with return of reflexes. But a hemoglobin drop was detected during the follow-up after the operation. The control abdominal CT showed intra-abdominal free fluid reaching 2 cm. The patient was referred to a pediatric intensive care center. She had a laparotomy for intestinal perforation on her 3th day. Her parents were suffered only from minor injuries.

Figure 1. The sagittal view of the lomber CT of the patient.



Conclusion

Motor vehicle crashes continue to be the leading cause of death for children 4 years and older, although the increased awareness of child passenger safety in vehicles. The seatbelt (lap seatbelt) syndrome describes an injury pattern infrequently seen in restrained passengers in motor vehicle collisions. It occurs when sudden deceleration forces coupled with compression of the lap belt around the abdomen causes abdominal wall bruising, intra-abdominal injuries, and spinal

fractures. Childhood spinal traumas are less rare than adults and constitute 5-10% of all spinal traumas. The avoiding of belt-positioning booster seats, improper use of 3-point belts or using only lap seatbelt increases the risk of spinal and abdominal injuries by 45% in motor vehicle accidents in children aged 4-9 years.

Key-words: Motor vehicle accident, spinal injury, lumbar dislocation, improper seatbelt use, pediatric, emergency department, intra-abdominal organ injury.

POSTER PRESENTATIONS 28

If your patient is a child, swallowed objects are always possible

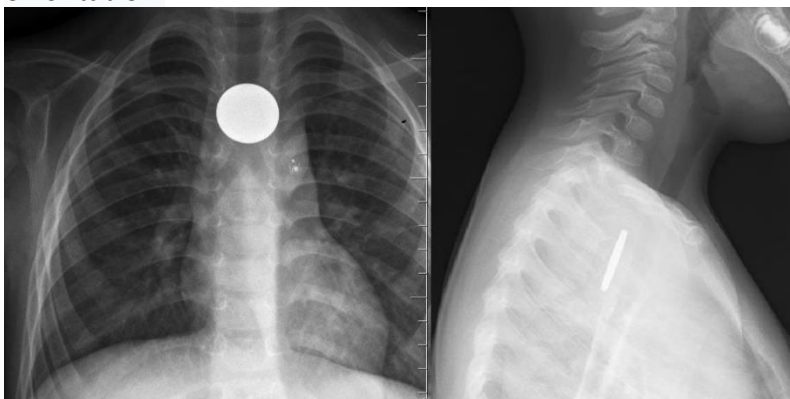
Sevilay Vural¹, Levent Albayrak¹, İbrahim Çaltekin¹, Emre Gökçen¹, Dilek Atik¹, Nuray Kılıç¹

¹Department of Emergency Medicine, Faculty of Medicine, Yozgat Bozok University, Yozgat, Turkey

Introduction: Swollen foreign bodies are common pediatric presentations in emergency departments, especially in children between the aged 1-3 years. In cases of sudden shortness of breath, inability to swallow, and/or cyanosis, caregivers should be alert. Early recognition and interventions are the key elements for preventing mortality and morbidity in out-of-hospital or in-hospital settings.

Case: A mentally retarded 3-year-old boy was brought to the emergency department by his family due to inability to consume solid foods for the last 2 days. The family declared that the child was vomiting immediately after feeding with solid foods. The general condition of the boy was good. He didn't suffer from abdominal pain, fever, dyspnea or trauma. His abdominal and respiratory examinations were in normal range. The routine hematologic, biochemical tests and chest x-ray were ordered. The chest radiograph revealed a radiopaque round-shaped object with 1.5 cm in diameter (**Figure 1**). The parents stated that they did not witness any swallowed object. A foley catheter (16 FR) was inserted via orogastric way and the tip was inflated when the level of the object was passed. The catheter was gently withdrawn. A 50 cent coin was placed in front of the balloon of the Foley catheter. A control chest x-ray was performed which showed no more foreign body or additional pathology. The patient was discharged with healing after the confirmation of consuming liquid and solid foods.

Figure 1. The AP and lateral view of the chest X-rays showing the foreign object and its orientation.



Conclusion: The evaluation is much more difficult when it comes to children and mentally retarded groups due to the limitations in expressing themselves. The patients who swallowed foreign objects do not always present in the acute stage or with dramatic life-threatening symptoms.

Key-words: Emergency department, foreign body ingestion, child.

POSTER PRESENTATIONS 29

Safety pin is not always safe

Sevilay Vural¹, Levent Albayrak¹, İbrahim Çaltekin¹, Emre Gökçen¹, Dilek Atik¹, Hasan Burak Kaya¹
¹Department of Emergency Medicine, Faculty of Medicine, Yozgat Bozok University, Yozgat, Turkey

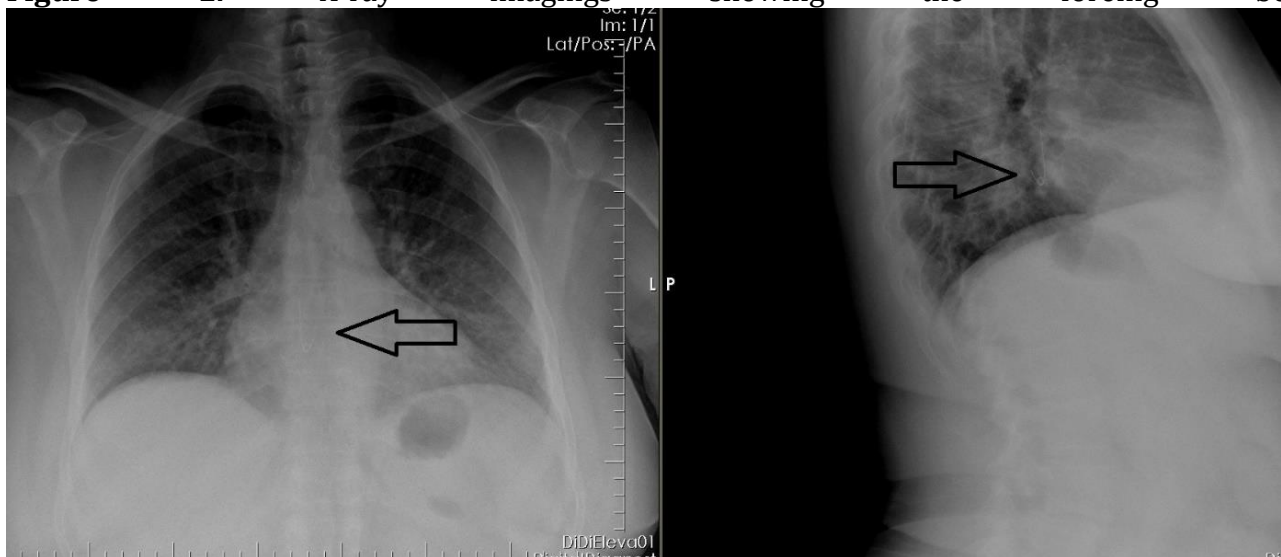
Introduction

Foreign body ingestion is a frequent presentation in children aged 6 months to 6 years. In adults, ingested foreign bodies generally occur with food. Bones of fish and chickens are common examples. Treatment is determined according to the type of material ingested, physical and clinical status of the patient.

Case report

A 53-year-old female patient admitted to the emergency department with the complaint of swallowing a safety pin. She claimed that she swallowed it 15 minutes ago while holding the safety pin holding in her mouth. The vitals were detected as a blood pressure of 180/100 mmHg, a heart rate of 80/min, a saturation of 98%. The oropharynx was assessed as natural, both hemithoraxes in the respiratory system participating equally in the respiration. No rales and rhonchi were detected. The abdomen examination did not show any tenderness, defense or rebound. The X-ray imagings revealed that the foreign body was in the thoracic region. The thorax CT was performed to determine whether the foreign body was located in the bronchus or esophagus. It revealed that the safety pin was stuck in in the middle 1/3 of the esophagus due to its open status. The patient was consulted with general surgery. The patient underwent emergency endoscopy. During the endoscopy, the foreign body was removed without any complication. The patient was admitted to the general surgery department for follow-up.

Figure 1. X-ray imagings showing the foreing body.



Conclusion

Ingested foreign bodies generally pass smoothly through the gastrointestinal tract, but only a few are scheduled for endoscopy and surgery. Emergency esophagogastroduodenoscopy (EGD) is performed when the esophagus is completely obstructed, and the object to be removed has a sharp point or edge (due to the risk of perforation with mediastinitis or peritonitis). The history of the patient and the physical examination in the emergency department guide to determine the further imaging and the appropriate consultation.

Key-words: Foreign body ingestion, child, emergency medicine.

POSTER PRESENTATIONS 30

You can trust “Calcium treatment”: The dramatic ECG correction

Sevilay Vural¹, Levent Albayrak¹, İbrahim Çaltekin¹, Emre Gökçen¹, Dilek Atik¹, Mikail Kuşdoğan¹

¹Department of Emergency Medicine, Faculty of Medicine, Yozgat Bozok University, Yozgat, Turkey

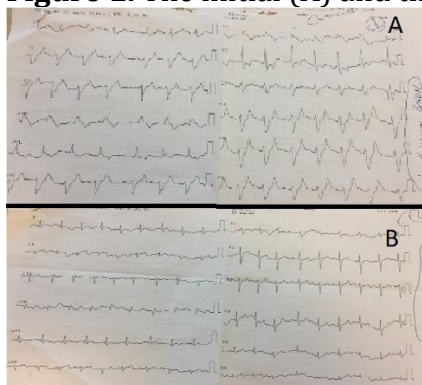
Introduction

Hyperkalemia (serum K⁺ > 5.5 mmol/l) is one of the most important and life-threatening metabolic emergencies in emergency departments due to cardiac arrhythmias and conduction abnormalities. Severe hyperkalemia is frequently seen in patients with chronic renal failure or end-stage renal disease. The common complains are palpitations, nausea, muscle weakness, or paresthesia. Electrocardiography (ECG) can show “classic” findings such as tall 'tented' T waves, prolonged PR intervals, or expanded QRS complexes in cases of moderate or severe hyperkalemia. In this case, we discussed a patient with hyperkalemia and ECG changes due to acute renal failure.

Case

A 57 year-old male patient presented with fatigue, and decubitis ulcers in the perianal region. His medical history was remarkable for operated colon cancer with rectal metastasis with a colostomy pouch. The vital parameters were normal. But the ECG showed wide QRS complex and tall tented T wave (Figure 1A). The blood gas analysis showed a pH of 7.299, pCO₂ of 29.2, pO₂ of 40.8, K⁺ of 9.33 mEq/L, glucose of 64 mg/dL. The patient was monitored and hyperkalemia treatment protocol started. The patient had a large volume of urine output. After 30 milliliters of 10% calcium gluconate was given intravenously in 10 minutes, the sharp T waves and wide QRS complex returned to normal dramatically (Figure 1B). Then iv glucose-insulin and nebulized salbutamol were administered to performed. The biochemical analysis revealed BUN:101.6 mg/dL, Cr:12.57 mg/dL, K⁺ :8.33 mEq/L and Na⁺:128 mEq/L. The patient was hospitalization to ICU for emergency dialysis after the dialysis catheter was replaced.

Figure 1. The initial (A) and the post-treatment ECG (B) of the patient.



Conclusion

A 5-step approach is recommended in the treatment strategy; cardiac protection, introducing potassium into the cell, removing potassium from the body, monitoring serum K + and glucose levels, and preventing a recurrence. Intravenous (iv) calcium salts (calcium chloride/gluconate) are the first steps in cardiac protection for preventing the development of VT-VF.

Key-words: Hyperkalemia, emergency department, tall tented T waves, ECG.

POSTER PRESENTATIONS 31

Acute aortic dissection

Mazlum Kılıç¹, Rohat Ak²

1. Fatih Sultan Mehmet Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey

2. Kartal Dr. Lütü Kırdar Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey

Introduction: Acute aortic dissection is difficult to diagnose and has a high mortality rate. The aortic wall consists of three layers called intima, media and adventitia. Aortic dissection is defined as the distal separation of the intima layer in the direction of blood flow as a result of the rupture between the intima layer and the media layer in the aortic wall. Degeneration of the media layer in the aortic wall consisting of elastic fibers and muscle cells is considered predisposing for dissection.

Case: A 53-year-old male patient was admitted to the emergency department with sudden onset epigastric pain. His history revealed that she was completely normal and could do her own things before the complaints started. He stated that she could not lie on his back because of the pain after his complaint had begun and when he tried to lie down, his pain was exacerbated. He had a history of hypertension. His family history was unremarkable. He was on antihypertensitis. Vital signs at admission were as; fever: 36.0 ° C, TA: right: 137/62 mmHg, left: 164/79 mmHg, Nb: 65 / min, and sO₂: 96% respiration rate: 24 / min. In physical examination GCS: 15, conscious open orientation cooperative. Lungs and heart sounds are natural. No abdominal defensive or rebound. ECG: No ischemic change in normal sinus rhythm. Other system findings were normal. Laboratory tests showed; leukocytes: 19,000 / mm³ (4,000-10,000 / mm³), hemoglobin: 16.4 g / dl (12,00-14,00 g / dl) platelet: 287,000 (100,000-400,000 / mm³) CRP: 0.13 mg / L Creatinine: 1.18 mg / dl (0.75-1.25 mg / dl) Blood urea nitrogen: 21 mg / dl (8.9-20.6 mg / dl) LDH: 221 U / L (125-220 U) / L). The other parameters were within normal limits. Contrast-computed tomography (CT) was performed for chest pain and differential diagnosis. CT showed changes in the aorta starting from the arch level and extending to the proximal distal left iliac artery (Figure 1). Blood pressure control was provided and the patient was transferred to cardiovascular surgery.

Discussion: Aortic dissection, which is difficult to diagnose clinically and laboratoryly, is easily bypassable and has a high mortality rate, is a disease that should be paid attention especially by emergency physicians. Apart from the typical complaints such as double arm blood pressure difference, continuous and sharp chest and back pain, especially in elderly and hypertensive patients; aortic dissection may also occur in patients with atypical symptoms such as abdominal pain, leg pain, side pain, hematuria.

Figure1:



POSTER PRESENTATIONS 32

Acute Appendicitis

Mazlum Kılıç¹, Rohat Ak²

1. Fatih Sultan Mehmet Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey
2. Kartal Dr. Lütfi Kırdar Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey

Introduction: Acute appendicitis is one of the most common causes of acute abdomen. Appendectomy is the most frequently performed intra-abdominal surgery. In the diagnosis of acute appendicitis, a careful and good physical examination with a well-taken anamnesis is very important. In addition, various laboratory and imaging techniques can be used to diagnose acute appendicitis. However, the diagnosis is mainly based on history and clinical findings. Laboratory and imaging techniques support, but never rule out, the diagnosis of acute appendicitis. In this case, only the physical examination of our patient was significant, and his history, laboratory and imaging results were found to be normal.

Case: A 43-year-old male patient was admitted to the emergency department with abdominal pain, nausea and vomiting. His history revealed that his complaints started in the morning, his pain started in the epigastric region and then collected in the right lower quadrant. He stated that he had anorexia and mild fever but did not measure his temperature. The patient's medical history was unremarkable. He wasn't on drugs. There was no trait in the family history. On admission, vital signs were as; fever: 36.3 C, TA: 126/97 mmHg, Nb: 88 / min and sO₂: 95%. In physical examination GCS: 15, conscious, cooperative, orientated. In the natural appearance of the abdomen decreased bowel sounds; Other system findings are normal.

Laboratory tests showed; leukocyte: 15,500 / mm³ (4,000-10,000 / mm³), hemoglobin: 14.8 g / dl (12,00-14,00 g / dl) platelet: 236,000 (100,000-400,000 / mm³) Creatinine: 0.8 mg / dl 0.75-1.25 mg / dl Blood urea nitrogen: 11 mg / dl (8.9-20.6 mg / dl) AST: 18 (5-34 U / L) ALT: 18 (0-55 U / L) CRP: 0.19 (0) -0.5 mg / dl). The other parameters were within normal limits. Intravenous (iv) contrast enhanced abdominal computed tomography was normal. The patient was discharged with ultrasound in the morning. The patient was admitted to the emergency department again because his complaints did not regress and abdominal imaging was performed again. Intravenous (IV) contrast enhanced abdominal computed tomography revealed intense inflammation and fluid in the right lower quadrant periceal fat tissue (Figure 1). The patient was consulted with the general surgery clinic. Appropriate antibiotics and analgesics were started and hospitalization was performed.

Discussion: Today, as a result of the fact that the physician becomes more dependent on laboratory results, it prevents the examination findings to be given the value they deserve. Based on our case, it is necessary to remind our physicians that the information they will obtain from a careful examination may be diagnostic for many diseases but especially for acute appendicitis.

Figure1:



POSTER PRESENTATIONS 33

Acute mesenteric ischemia

Mazlum Kılıç¹, Rohat Ak²

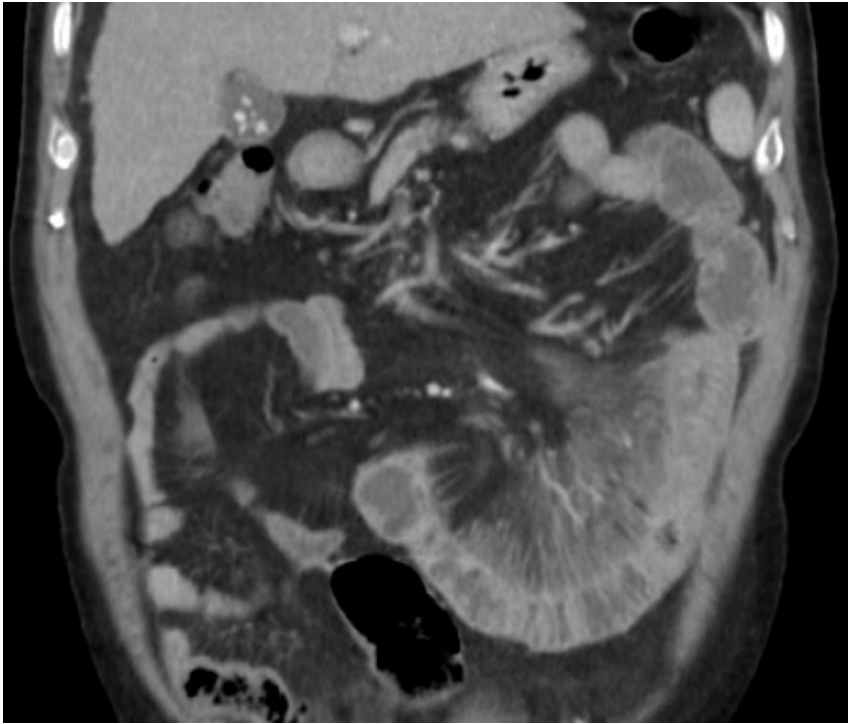
1. Fatih Sultan Mehmet Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey
2. Kartal Dr. Lütü Kırdar Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey

Introduction: Acute mesenteric ischemia, first described in the late 15th century, is the most common vascular disease of the small intestine. It is seen in elderly patients accompanied by important comorbidities. The most important factor determining mortality is the presence of intestinal necrosis and the length of the necrotic bowel segment. Skeptical approach and early diagnosis increase treatment success.

Case: A 65-year-old male patient was admitted to the emergency department with sudden onset abdominal pain, nausea and vomiting. In his history, it was learned that his complaints started in the morning, had nausea and vomited 10 times. He didn't describe fever. He had diarrhea 3 times. He had a history of bypass and atrial fibrillation 9 years ago. He was on warfarin. There was no trait in the family history. Vital signs on admission were as; fever: 37.3 C, TA: 126/97 mmHg, Nb: 133 / min and sO₂: 97%. In physical examination GCS: 15, conscious, cooperative, orientated. Lungs and heart sounds are natural. There was no comfortable defender or rebound in the abdomen. ECG: Atrial fibrillation, tachycardia and no ischemia. Other system findings were normal. Laboratory tests showed; leukocytes: 8,700 / mm³ (4,000-10,000 / mm³), hemoglobin: 10.8 g / dl (12,00-14,00 g / dl) platelet: 145,000 (100,000-400,000 / mm³) Creatinine: 1.01 mg / dl 0.75-1.25 mg / dl) Blood urea nitrogen: 25 mg / dl (8.9-20.6 mg / dl) AST: 26 (5-34 U / L) ALT: 15 (0-55 U / L) CRP: 1.99 (0) -0.5 mg / dl). INR: too high to be measured. The other parameters were within normal limits. Intravenous (iv) contrast enhanced abdominal computed tomography showed mesenteric ischemia (Figure 1). The patient was consulted with the general surgery clinic. Appropriate antibiotics and analgesics were initiated and hospitalized for surgery.

Discussion: Acute mesenteric ischemia (AMI) is an uncommon pathology, usually seen in the elderly, which is life-threatening, with high mortality rates despite advances in diagnosis and treatment and reported in very different rates (30-97%) in the literature. Atypical symptoms in this disease, the presence of predisposing diseases, delayed surgical intervention due to difficulties in diagnosis cause high mortality. Intestinal blood flow is impaired as a result of mesenteric vascular insufficiency due to atherosclerosis, mesenteric artery embolism, generalized vasospasm and mesenteric vein thrombosis. Doubt and early diagnosis in AMI, recovery of circulation before bowel necrosis are the factors affecting prognosis.

Figure1:



POSTER PRESENTATIONS 34

Acute pancreatitis with normal serum amylase and lipase

Mazlum Kılıç¹, Rohat Ak²

1. Fatih Sultan Mehmet Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey
2. Kartal Dr. Lütfi Kırdar Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey

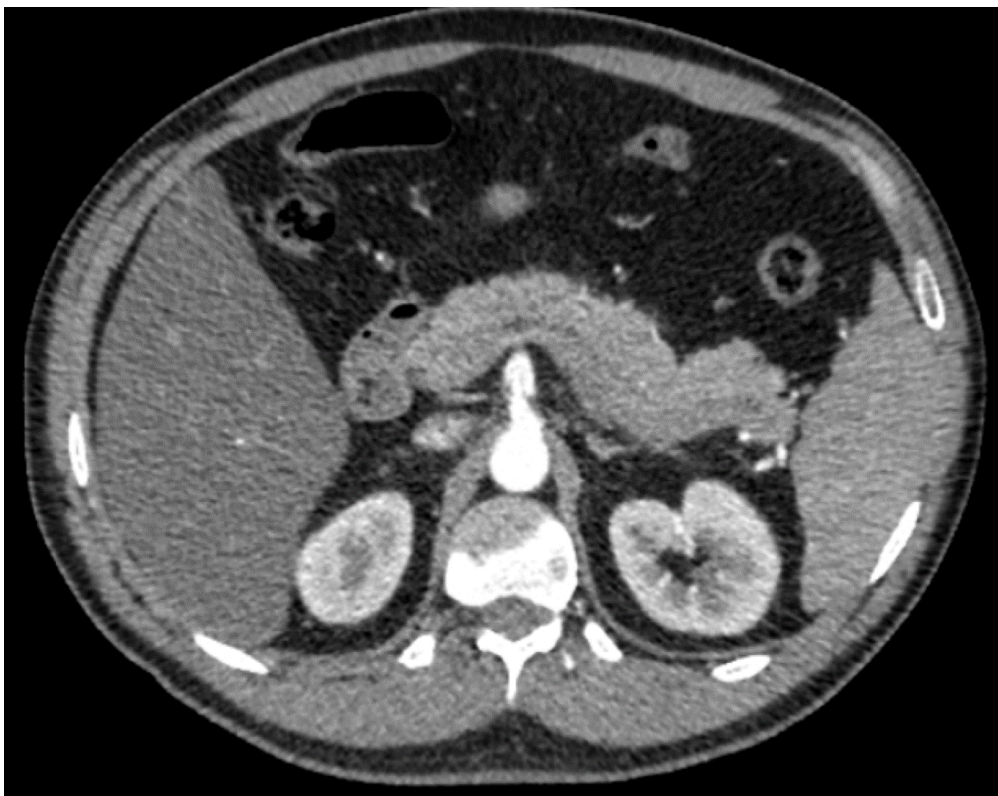
Introduction: Acute pancreatitis is an acute inflammation of the pancreas. The disease is characterized by pathological changes of varying severity, ranging from mild form of edematous pancreatitis to severe necrotizing pancreatitis. Therefore, the prognosis of the disease is also variable. In 85-90% of the cases, mild and self-limited pancreatitis attacks caused by edematous interstitial inflammation, and severe pancreatitis disease develop in 10-15%. In severe pancreatitis, local or systemic complications with high mortality may occur. In this case, we aimed to present a pancreatitis patient with normal laboratory values.

Case: A 36-year-old male patient was admitted to the emergency department with abdominal pain and nausea. His history revealed that he had nausea that started two hours before his admission to the hospital. He hadn't used alcohol in 7 years and he was a social drinker. He had no history of gallstones. The patient's medical history was unremarkable. He wasn't on drugs. There was no trait in the family history. Vital signs at presentation were as; fever: 36, C, TA: 177/137 mmHg, Nb: 77 / min and sO₂: 95%. In physical examination GCS: 15, conscious, cooperative, orientated. The intestinal sounds were reduced in the abdominal natural appearance and epigastric diffuse tenderness was present in the abdomen. There was no defender and rebound. Other system findings were normal. Laboratory tests showed; leukocytes: 13,300 / mm³ (4,000-10,000 / mm³), hemoglobin: 16.7 g / dl (12,00-14,00 g / dl) platelet: 235,000 (100,000-400,000 / mm³) CRP: 0.15

mg / day. L (0-0.5 mg / L) Creatinine: 0.91 mg / dl (0.75-1.25 mg / dl) Blood urea nitrogen: 9 mg / dl (8.9-20.6 mg / dl) AST: 25 (5-34 U / L) ALT: 56 (0-55 U / L) amylase: 38 (25-125 U / L) lipase: 13 (8-78 U / L) LDH: 149 (125-220 U / L) glucose: 101 (70-105 mg / dl). The other parameters were within normal limits. Intravenous (IV) contrast enhanced abdominal computed tomography showed increased pancreatitis density (Figure 1). The patient was consulted with the internal medicine clinic. Appropriate antibiotics and analgesics were started and hospitalized in the internal medicine department.

Discussion: Contrast-enhanced abdominal CT imaging should be performed in patients presenting to the emergency department with typical abdominal pain, although patients with amylase and lipase values are normal in the diagnosis of pancreatitis. Normal amylase lipase values do not rule out pancreatitis. Patients with pancreatitis with typical belt pain and CT should be treated with an internal patient.

Figure1:



POSTER PRESENTATIONS 35

Carbon monoxide intoxication due to hookah

Mazlum Kılıç¹, Rohat Ak²

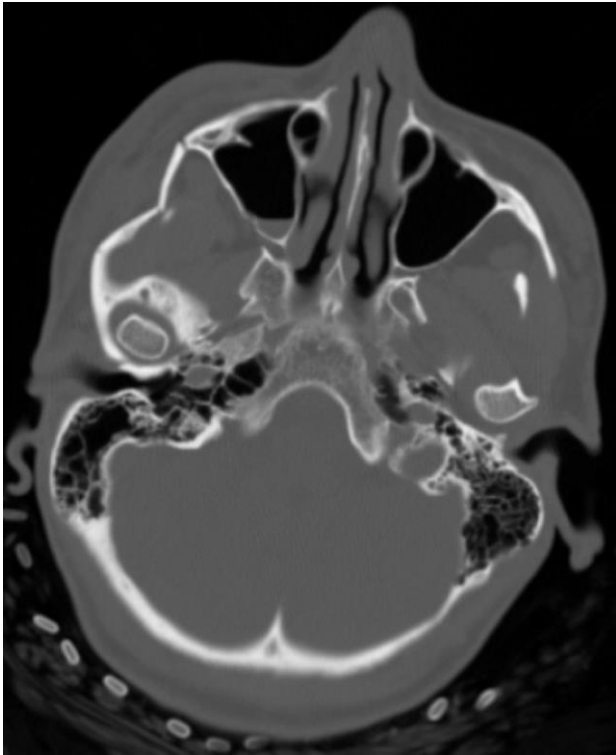
1. Fatih Sultan Mehmet Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey
2. Kartal Dr. Lütü Kırdar Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey

Introduction: Carbon monoxide (CO) intoxication is rare in hookah smokers. CO intoxication usually begins with nonspecific complaints such as nausea, loss of appetite and fatigue. After prolonged exposure, altered consciousness may even develop cardiopulmonary arrest. In this case, we aimed to present a patient who had complete syncope due to CO intoxication after smoking a hookah.

Case: A 45-year-old female patient was admitted to the emergency department with the complaint of fainting that developed after smoking a hookah. Her history revealed that she had fainted after passing dizziness that she had smoked a hookah in the cafe 2 hours before admission to the hospital. The patient's medical history was unremarkable. She wasn't on drugs. There was no trait in the family history. Vital signs on admission were as; fever: 36, C, TA: 113/73 mmHg, Nb: 77 / min and sO₂: 96%. In physical examination GCS: 15, conscious, cooperative, orientated. Neurological examination intact. Right zygoma palpation sensitivity mouth opening restricted periorbital edema and ecchymosis present. Heart sounds was rhythmic. No lung sounds, no rales, no rhoncus. Other system findings are normal. Laboratory tests showed; leukocytes: 15,100 / mm³ (4,000-10,000 / mm³), hemoglobin: 12.4 g / dl (12,00-14,00 g / dl) platelet: 351,000 (100,000-400,000 / mm³) CRP: 0,4 mg / ml. L (0-0.5 mg / L) Creatinine: 0.8 mg / dl (0.75-1.25 mg / dl) Blood urea nitrogen: 18 mg / dl (8.9-20.6 mg / dl) AST: 46 (5-34 U / L) ALT: 35 (0-55 U / L) pH: 7.47 sO₂: 96 (95-99%) pCO₂: 33 (32-48 mmHg) in blood gas HCO₃: 25 (22-26 mEq / L) CO : 21% (0.5-1.5%). The other parameters were within normal limits. Computed tomography showed displaced fracture in the right zygomatic arch (Figure 1). The patient was evaluated by the plastic surgery clinic. It was evaluated as carbon monoxide intoxication and sent to the center where hyperbaricoxygen treatment was applied.

Discussion: CO intoxication cases due to hookah smoking applied to emergency services especially in winter, and complaints of headache, nausea and dizziness. The patient's history usually includes the presence of confined spaces such as cafes. These people have no complaints a few hours before going to the cafe. Therefore, anamnesis should be deepened and CO intoxication should be considered in patients presenting with such non-specific complaints. Hookah use has increased in recent years, especially in the young population. Due to this increase, CO intoxication is an important diagnosis that should be kept in mind in patients presenting to the emergency department with nonspecific complaints such as fatigue, fatigue, fainting.

Figure1:



POSTER PRESENTATIONS 36

CT negative subarachnoid hemorrhage

Mazlum Kılıç¹, Rohat Ak²

1. Fatih Sultan Mehmet Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey
2. Kartal Dr. Lütü Kırdar Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey

Introduction: Subarachnoid hemorrhage (SAH) is a condition in which blood passes to cerebrospinal fluid (CSF). It usually occurs after aneurysm rupture (85%). SAH should be managed quickly and accurately. Headache is the most common cause of admission to the emergency department in SAH. The rate of misdiagnosis in SAH patients admitted to the emergency department is reported as 5%. In this case, we aimed to present a patient with headache who had normal brain tomography and diagnosed as SAH with lumbar puncture.

Case: A 53-year-old male patient presented to the emergency department with severe headache. His history revealed that headache had started 3 days ago and was exacerbated. He said that this was the most severe headache of his life and he vomited once. Fever and chills did not describe the focus of infection. The patient had no history of trauma and no carbon monoxide exposure. He had hypertension. His family history was unremarkable, he was not taking any medication. Vital signs on admission were as; fever: 36.0 ° C, TA: 146/95 mmHg, Nb: 95 / min and sO₂: 95%. On physical examination, GCS: 15 was conscious, cooperative, orientated. There is no IR + / +

isochoric motor sensory deficit in neurological examination. Lungs and heart sounds are natural. There was no comfortable defender or rebound in the abdomen. On rectal examination, the ampule was empty and the prostate was palpable. ECG: In normal sinus rhythm, there were no signs of tachycardia or ischemia. Other system findings were normal. Laboratory tests showed; leukocytes: 10,400 / mm³ (4,000-10,000 / mm³), hemoglobin: 14.7 g / dl (12,00-14,00 g / dl) platelet: 211,000 (100,000-400,000 / mm³) CRP: 0,49 mg / ml. L (0-0.5 mg / L) Creatinine: 0.96 mg / dl (0.75-1.25 mg / dl) Blood urea nitrogen: 16 mg / dl (8.9-20.6 mg / dl). INR: 0.9 (0.75-1.27) Carboxyhemoglobin: 1.2%. The other parameters were within normal limits. Computed tomography (CT) was performed for the differential diagnosis of headache and was found to be normal. Headache persisted and lumbar puncture (LP) was planned. Xanthochromic appearance was detected in CSF material (Figure 1). The patient was evaluated as CT negative SAH. The patient was evaluated by the neurosurgery and neurosurgery clinics.

Discussion: The most commonly used radiological examination in patients admitted to the emergency department with severe headache clinic is non-contrast CT. However, the absence of SAH in noncontrast series does not exclude the presence of aneurysm, although it may exclude the diagnosis of ruptured aneurysm. Lumbar puncture is a guide for SAH in CT negative patients.

Figure 1:



Deep neck infection

Mazlum Kılıç¹, Rohat Ak²

1. Fatih Sultan Mehmet Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey
2. Kartal Dr. Lütü Kırda Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey

Introduction: Deep neck infections are infections that begin in the potential cavities of the neck and have a rapid onset that can rapidly develop into abscess formation if left untreated. In cases where early diagnosis or insufficient treatment is applied, deep neck infections cause serious complications due to their proximity to vital structures.

Case: A 27-year-old male patient was admitted to the emergency department with complaints of dysphagia and difficulty in breathing. It was learned that his complaints started about an hour ago. He has no history of tooth sensitivity pain, anorexia and mild fever, but does not measure fever. The patient's medical history was unremarkable. He wasn't on drugs. There was no trait in the family history. On admission, vital signs were as; fever: 36.5 C, TA: 140/80 mmHg, Nb: 108 / min and sO₂: 95%. In physical examination GCS: 15, conscious, cooperative, orientated. Oropharynx natural. Diffuse crepitation was performed by palpation under the skin in the neck. Heart sounds no arrhythmic murmur. Pulmonary sounds were normal and no rhonchus. No defensive rebound in the natural view of the abdomen. Other system findings are normal. Laboratory tests showed; leukocytes: 10,200 / mm³ (4,000-10,000 / mm³), hemoglobin: 10.2 g / dl (12,00-14,00 g / dl) platelet: 223,000 (100,000-400,000 / mm³) Creatinine: 0.78 mg / dl 0.75-1.25 mg / dl) Blood urea nitrogen: 12 mg / dl (8.9-20.6 mg / dl) AST: 31 (5-34 U / L) ALT: 18 (0-55 U / L) CRP <0.10 (0) -0.5 mg / dl). The other parameters were within normal limits. Intravenous (iv) contrast-enhanced computed tomography showed diffuse air appearance at the lower neck level, which was distributed between the facial planes by surrounding all vascular structures and trachea (Figure 1). The patient was consulted with otolaryngology clinic. Appropriate antibiotics and analgesics were started and he was admitted to the ENT service.

Discussion: Deep neck infection (DNI) is characterized by the development of infection in the potential spaces between cervical fascia. Today, widespread use of antibiotherapy and improved imaging techniques have resulted in a significant reduction in the incidence of DNI and life-threatening complications due to DNI. However, especially in the elderly and individuals with systemic diseases such as diabetes, DNI is still seen frequently and can be mortal. Deep neck infections can cause many life-threatening complications such as mediastinitis, airway obstruction, jugular vein thrombosis, pneumonia, pleural effusion and septic shock.

Figure 1:



POSTER PRESENTATIONS 38

Diagnose pneumothorax by ultrasound

Mazlum Kılıç¹, Rohat Ak²

1. Fatih Sultan Mehmet Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey
2. Kartal Dr. Lütfi Kırdar Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey

Introduction: The use of ultrasonography in lung pathologies is not as common as that in pleural pathologies. Due to difficulties in sonographic imaging of the lung, findings are predominantly based on imaging of artifacts. Ultrasonography has gained importance in the evaluation of emergency cases recently due to its advantages such as widespread usage, low cost, bedside usage and real-time imaging, and no radiation exposure.

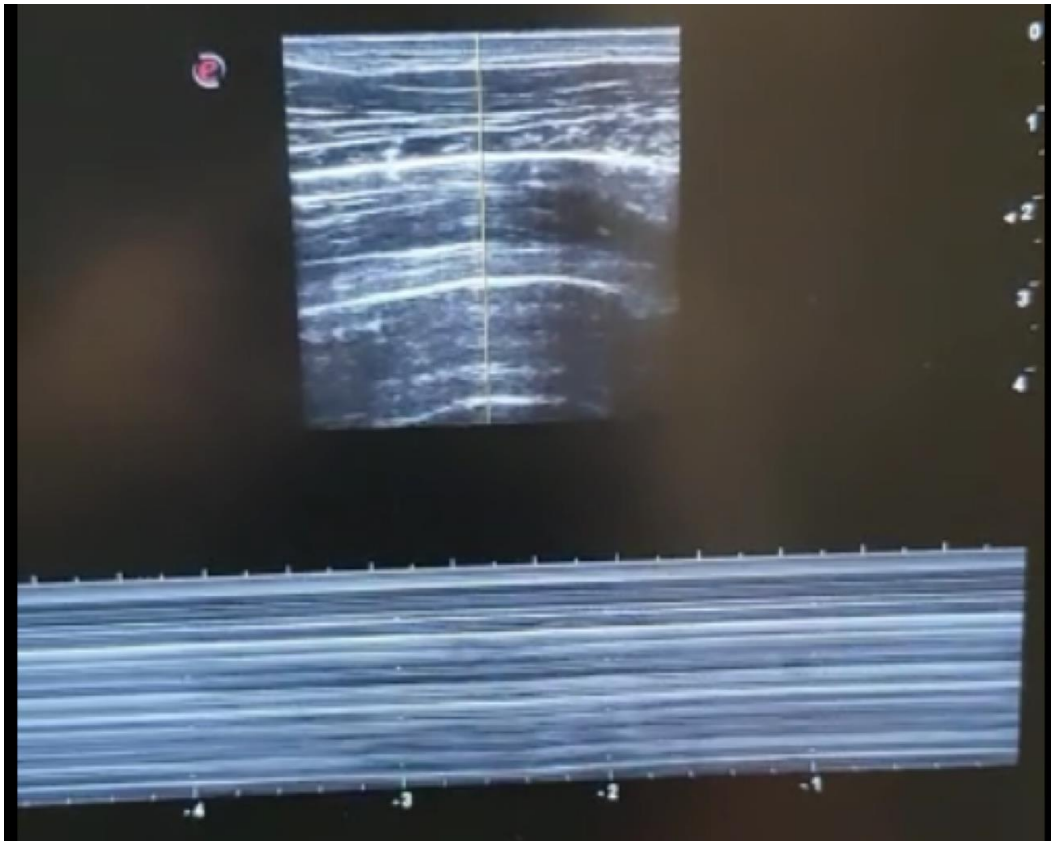
Case: A 20-year-old male patient was admitted to the emergency department with complaints of increased pain in his right chest. It was learned that his complaints started yesterday evening. He did not have a history of pneumothorax. He was tall and thin. Cough did not describe sputum. The patient's medical history was unremarkable. He wasn't on drugs. There was no trait in the family history.

Vital signs on admission were as; fever: 37.4 C, TA: 118/91 mmHg, Nb: 108 / min and sO₂: 95%. In physical examination GCS: 15, conscious, cooperative, orientated. Heart sounds no arrhythmic murmur. Pulmonary sounds decreased in the right apex, no rales, no rhonchi. No defensive rebound in the natural view of the abdomen. ECG: no ischemic finding in normal sinus rhythm. Other system findings are normal. Laboratory tests showed; leukocytes: 17,200 / mm³ (4,000-10,000 / mm³), hemoglobin: 17.2 g / dl (12,00-14,00 g / dl) platelet: 253,000 (100,000-400,000 / mm³) 0.75-1.25 mg / dl) Blood urea nitrogen: 11 mg / dl (8.9-20.6 mg / dl) AST: 15 (5-34 U / L) ALT: 12 (0-55 U / L) CRP <0.10 (0-0.5 mg / dl). The other parameters were within normal limits.

There was no gliding sign on the bedside lung ultrasound. M-mode ultrasound showed a barcode sign. The patient was diagnosed with pneumothorax (Figure 1). The patient underwent tube thoracostomy and was admitted to the thoracic surgery department.

Discussion: Although the use of thoracic ultrasonography in the emergency department is limited, it is easily accessible and very helpful in the differential diagnosis given the limited duration of emergency intervention and diagnosis. Therefore, its use and awareness should become widespread.

Figure 1:



POSTER PRESENTATIONS 39

Epidural hemorrhage

Mazlum Kılıç¹, Rohat Ak²

1. Fatih Sultan Mehmet Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey
2. Kartal Dr. Lütfi Kırdar Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey

Introduction: Brain haemorrhage refers to bleeding in the brain tissue (intracerebral) or between the surrounding membranes and bone (subarachnoidal, subdural, epidural). These hemorrhages

can be traumatic, which can be caused by a blow to the brain for any reason, as well as hypertension and any other systemic disease. In this case, we aimed to present epidural hemorrhage after trauma.

Case: A 36-year-old male patient presented to the emergency department with head trauma. In his story, he stated that his complaint was after alcohol intake and he did not remember exactly how to he fell. He didn't use anticoagulant medication. There was no trait in the family history. Vital signs at presentation were as; fever: 36, C, TA: 127/77 mmHg, Nb: 87 / min and sO₂: 95%. On physical examination, GCS: 14, prone to drowsiness, semicooperating, oriented pupillary isochoric light reflex + / + no motor deficit. There is dermabrasion and bleeding in the left occipitoparietal region. No cervical tenderness in the neck. Other system findings are normal. Laboratory tests showed; leukocyte: 12,700 / mm³ (4,000-10,000 / mm³), hemoglobin: 14.2 g / dl (12,00-14,00 g / dl) platelet: 181,000 (100,000-400,000 / mm³) Creatinine: 0.79 mg / dl 0.75-1.25 mg / dl) Blood urea nitrogen: 14 mg / dl (8.9-20.6 mg / dl) AST: 23 (5-34 U / L) ALT: 22 (0-55 U / L). The other parameters were within normal limits. Computed tomography revealed epidural bleeding in the left posterior parietal region (Figure 1). The patient was consulted with brain surgery. The patient was transferred to the brain surgery clinic for emergency surgery.

Discussion: Epidural hemorrhage occurs between the thick membrane of the brain (dura) and bone. They occur as a result of injury to the vessels on the dura after trauma, usually accompanied by a fracture of the skull bone. They occur in 0.2-0.6% of all head traumas. The clinic is presented in three ways, the first is the lucid interval, the second is completely closed and does not open at all, and the third is blurred of consciousness. The treatment is follow-up or surgery according to the amount of blood accumulated between the dura and the bone and the degree of pressure to the brain. If there is a small amount of blood accumulation, the patient can be followed up under close observation. If the decision is surgical, it should be applied very quickly. Surgically, the blood between the dura and bone is drained and the bleeding locus is stopped.

Figure1:



POSTER PRESENTATIONS 40

Liver hydatid cyst

Mazlum Kılıç¹, Rohat Ak²

1. Fatih Sultan Mehmet Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey
2. Kartal Dr. Lütü Kırdar Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey

Introduction: Liver hydatid cyst is a parasitic disease which is common in many countries of the world. Since most cases are asymptomatic, they often occur incidentally by ultrasound (US), tomography (CT) or magnetic resonance imaging (MRI). Once the differential diagnosis is made and the type of hydatid cyst is determined, the options for treatment are clear.

Case: A 68-year-old female patient was admitted to the emergency department with abdominal pain and nausea. In her history, she complained of nausea and vomited once. It was learned that the pain passed from time to time. The patient's medical history was unremarkable. She wasn't on drugs. There was no trait in the family history. Vital signs at presentation were as; fever: 36, C, TA: 177/137 mmHg, Nb: 77 / min and sO₂: 95%. In physical examination GCS: 15, conscious, cooperative, orientated. The intestinal sounds were reduced in the abdominal natural appearance and epigastric diffuse tenderness was present in the abdomen. There was no defender and

rebound. Other system findings were usual. Laboratory tests showed leukocytes: 18,400 / mm³ (4,000-10,000 / mm³), hemoglobin: 13.3 g / dl (12,00-14,00 g / dl) platelet: 181,000 (100,000-400,000 / mm³) CRP: 2.31 mg / L 0-0.5 mg / L) Creatinine: 0.76 mg / dl (0.75-1.25 mg / dl) Blood urea nitrogen: 10 mg / dl (8.9-20.6 mg / dl) AST: 17 (5-34 U / L) ALT: 16 (0-55 U / L) LDH: 179 (125-220 U / L). The other parameters were within normal limits. Intravenous (IV) contrast-enhanced abdominal computed tomography revealed a calcified mass in the right lobe of the liver that was compatible with a stage 4-5 hydatid cyst with a diameter of 5 cm (Figure 1).

Discussion: The main principles in the treatment of hepatic hydatid cysts are killing and / or removing the intermediate host form of the parasite that causes the disease, preventing the complications that may be caused by the cyst, emptying and closing it without problems. The ideal treatment should ensure complete cure of the disease, and the morbidity and mortality should be minimal. The emergency medical professional should know that calcified liver cysts are not operated and should not be concerned when discharging the patient.

Figure1:



POSTER PRESENTATIONS 41

Orbital cellulitis after rhinoplasty

Mazlum Kılıç¹, Rohat Ak²

1. Fatih Sultan Mehmet Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey
2. Kartal Dr. Lütfi Kırdar Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey

Introduction: Infection of the orbital tissues can be seen at any age, but it is a more common clinical condition in the pediatric age group. Since there may be vision and even life-threatening complications, rapid diagnosis and treatment should be performed. Periorbital infections are classified according to anatomical location and severity. Orbital cellulitis is an infection that is located behind the orbital septum. Spread of infection from structures adjacent to the orbit, trauma or surgical result of the infectious agent, direct inoculation to the orbit, or hematogenous spread from the distal focal area may develop after dental infection.

Case: A 38-year-old female patient presented to the emergency department with the complaint of redness in both eyes and swelling of the face. She had a history of septorhinoplasty 7 days ago. She stated that the swelling had started three days ago. There were no features in her history and family history. She wasn't on drugs. On admission vital signs were as; fever: 36.5 ° C, TA: 110/71 mmHg, Nb: 78 / min, and sO2: 97% respiratory rate: 12 / min. In physical examination GCS: 15, open consciousness, cooperative orientation. No palpation lymphadenopathy in head and neck examination. The oropharynx have a natural appearance and no uvula edema. There is widespread edema on the face. Facial palpation is painful, redness and heat increase (Figure 1). Ciprofloxacin 400 mg 2x1 was started as treatment. The patient was consulted with ophthalmology clinic, otolaryngology and infectious diseases clinic. He was admitted to the infectious diseases clinic with the diagnosis of orbital cellulitis.

Discussion: The most common cause of orbital cellulitis is the local spread of infection in the sinuses adjacent to the orbit. It has a clinical picture characterized by redness of the eyelids and eyes, decreased visual level, limited eye movements, chemosis, pupil light reactions, orbital pain and proptosis. Subperiosteal and orbital abscesses may occur depending on the severity of the infection. Intra-orbital infections due to venous anastomoses and anatomic proximity may cause complications that increase morbidity and mortality, such as cavernous sinus thrombosis and brain abscess.

Figure 1:



Pneumocephalus due to lumbar puncture

Mazlum Kılıç¹, Rohat Ak²

1. Fatih Sultan Mehmet Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey
2. Kartal Dr. Lütü Kırdar Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey

Introduction: Pneumocephalus is rarely seen after lumbar puncture (LP). Pneumocephalus has been reported to occur in patients undergoing spinal anesthesia by lumbar spinal catheter. It is also known that lumbar drainage usually causes or increases pneumocephalus in patients with posttraumatic cerebrospinal fluid (CSF) fistula.

Case: A 65-year-old male patient presented to the emergency department with severe headache. In his history, it was learned that he underwent LP and headache exacerbated after LP. Fever and chills did not describe the focus of infection. There was no history of trauma. There were no features in his history and family history. he was not taking any medication.

Vital signs on admission were as; fever: 36.0 ° C, TA: 165/85 mmHg, Nb: 95 / min and sO₂: 95%. On physical examination, GCS: 15 was conscious, cooperative, orientated. No stiff neck. Lungs and heart sounds are natural. There was no comfortable defender or rebound in the abdomen. ECG: In normal sinus rhythm, there were no signs of tachycardia or ischemia. Other system findings were normal. Laboratory tests showed; leukocytes: 10,400 / mm³ (4,000-10,000 / mm³), hemoglobin: 14.7 g / dl (12,00-14,00 g / dl) platelet: 211,000 (100,000-400,000 / mm³) CRP: 0,49 mg / ml. L (0-0.5 mg / L) Creatinine: 0.96 mg / dl (0.75-1.25 mg / dl) Blood urea nitrogen: 16 mg / dl (8.9-20.6 mg / dl). INR: 0.9 (0.75-1.27) Carboxyhemoglobin: 1.2%. The other parameters were within normal limits. Computed tomography (CT) was planned for the differential diagnosis of headache. On brain CT, the air-densities in the quadrigeminal cistern on the left were noted (Figure 1). Anti-edema and analgesic treatment was started. The patient was admitted to the neurosurgery clinic.

Discussion: The presence of air in the intracranial space is defined as pneumocephalus. It was first described by Chiari in 1884. The most common cause of pneumocephalus is head trauma. Pneumocephalus rarely develops after LP. Pneumocephalus may occur in the intracranial area in epidural, subdural, subarachnoid and intraparenchymal compartments. Pneumocephalus after lumbar puncture occurs more frequently in subarachnoid and intraventricular distance as in our case. During LP, the air passing through the spinal subarachnoidal space moves upward and passes through the foramen luschka and magendie to the intracranial and subarachnoidal space. As a result; Pneumocephaly rarely develops after lumbar puncture. This complication should be considered especially in patients with refractory headache and whose neurological picture regresses after LP and CT should be taken for diagnosis.

Figure1:



POSTER PRESENTATIONS 43

Pulmonary abscess

Mazlum Kılıç¹, Rohat Ak²

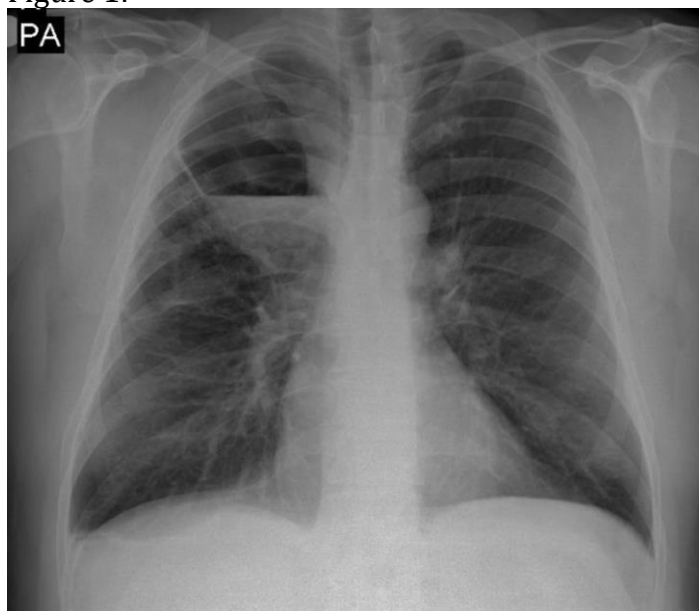
1. Fatih Sultan Mehmet Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey
2. Kartal Dr. Lütfi Kırdar Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey

Introduction: Pulmonary abscess is a localized suppurative lesion caused by pyogenic microorganisms causing tissue necrosis and cavity formation in the lung parenchyma. They are classified as primary and secondary in terms of etiology and clinic and these two subgroups are distinguished in terms of diagnostic features and treatment. In this case, we aimed to present a patient who presented with nausea and vomiting and diagnosed as lung abscess.

Case: A 55-year-old male patient was admitted to the emergency department with nausea and vomiting. It was learned that his complaints started yesterday evening. He described vomiting 1 time and vomiting contained abundant phlegm. He stated that he had anorexia and mild fever but did not measure his temperature. The patient's medical history was unremarkable. He wasn't on drugs. There was no trait in the family history. Vital signs on admission were as; fever: 37.4 C, TA: 118/91 mmHg, Nb: 108 / min and sO₂: 95%. In physical examination GCS: 15, conscious, cooperative, orientated. Heart sounds no arrhythmic murmur. Pulmonary sounds were rales up to tachypneic coarse and bilateral middle zones. No defensive rebound in the natural view of the abdomen. Other system findings are normal. Laboratory tests showed; leukocytes: 25,500 / mm³ (4,000-10,000 / mm³), hemoglobin: 14.5 g / dl (12,00-14,00 g / dl) platelet: 216,000 (100,000-400,000 / mm³) 0.75-1.25 mg / dl) Blood urea nitrogen: 14 mg / dl (8.9-20.6 mg / dl) AST: 17 (5-34 U / L) ALT: 18 (0-55 U / L) CRP: 23.37 (0) -0.5 mg / dl). The other parameters were within normal limits. Lung X-ray revealed lung abscess (Figure 1). The patient was consulted with chest surgery clinic. Appropriate antibiotics and analgesics were started and hospitalized in the thoracic surgery department.

Discussion: Patients typically show signs of upper respiratory tract infection. High fever, cough, and often toxic appearance. Chest pain may accompany the picture. Hemoptysis is the precursor of the discharge of the necrotic contents of the abscess cavity. This first symptom is followed by purulent sputum production in purulent and sometimes abscesses due to anaerobes. With the opening of the abscess in the bronchus, vomiting may be abundant. Pulmonary abscess is recognized by the appearance of air-fluid level in the lung film. Occasionally, atelectasis, pneumothorax, pleural thickening may obscure the typical cavity image. In addition, if the abscess cavity is opened to the pleural cavity, it is possible to encounter pneumothorax and pyopneumothorax image on direct radiography. Nowadays, computerized thoracic tomography (CT), which enables us to better monitor the cavitory image, has become more widely used.

Figure 1:



Stevens Johnson Syndrome

Mazlum Kılıç¹, Rohat Ak²

1. Fatih Sultan Mehmet Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey
2. Kartal Dr. Lütfi Kırdar Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey

Introduction: Stevens Johnson Syndrome (SJS) is a rare but life-threatening mucocutaneous disease. It was first described by two American doctors Steven and Johnson in 1922 with acute purulent conjunctivitis, severe stomatitis and erythema multiforme-like skin lesions in two children. It is characterized by mucosal involvement due to widespread epidermal necrosis and keratinocyte apoptosis, which is often caused by drugs.

Case: A 58-year-old male patient was admitted to the emergency department with redness of his arms and legs after taking medication. He had a history of rashes on his arms and legs after taking 20 diazepam 5 mg tablets for suicidal purposes 6 days ago. Vital signs at presentation were as; fever: 36, C, TA: 127/77 mmHg, Nb: 95 / min and sO₂: 95%. On physical examination, GCS: 15 was conscious, cooperative, orientated. No rhythmic murmur of heart sounds. No lung sounds, no rales, no rhonchi. There was no comfortable defender or rebound in the abdomen. He had purpuric limbs and erode and ulcerated lesions on the contact areas. It was evaluated as subcutaneous hemorrhage. Active cutaneous bleeding focus was not observed (Figure 1). Other system findings were normal. Laboratory tests showed; leukocytes: 12,400 / mm³ (4,000-10,000 / mm³), hemoglobin: 14.1 g / dl (12,00-14,00 g / dl) platelet: 169,000 (100,000-400,000 / mm³) CRP: 3,98 mg / ml. L (0-0.5 mg / L) Creatinine: 0.71 mg / dl (0.75-1.25 mg / dl) Blood urea nitrogen: 9 mg / dl (8.9-20.6 mg / dl) AST: 19 (5-34 U / L) ALT: 16 (0-55 U / L) INR 0.96 (0.75-1.27). The other parameters were within normal limits. The patient was admitted to the dermatology service.

Discussion: The most common cause of SJS is drug use. Various factors have been blamed on the development of drugs and SJS. The most important of these is the activation of Fas antigen responsible for apoptosis by drugs. In addition, there is a decrease in the clearance of reactive metabolites in patients with slow acetylating activity due to a slowdown in drug metabolism. Consequently, cell-associated cytotoxicity occurs against the epidermis. More than one hundred drugs are associated with the development of SJS. Although there are different results in various studies, the most commonly responsible agents are antibiotics, anticonvulsants and NSAIDs. In 1995, Roujeau et al. Found that sulfonamides were the most common drugs causing SJS. In conclusion, it should be kept in mind that SJS is a rare but life-threatening disease and it is an immune reaction against many of the most commonly used drugs that can reduce mortality with appropriate and rapid treatment.

Figure1:



POSTER PRESENTATIONS 45

Supine hypotensive syndrome

Mazlum Kılıç¹, Rohat Ak²

1. Fatih Sultan Mehmet Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey
2. Kartal Dr. Lütfi Kırdar Education and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey

Introduction: Intraabdominal masses are usually asymptomatic and sometimes insidious or sometimes clinically surprising in size and volume. When their size is too large, signs of acid, abdominal distention and compression may occur due to tumor secretion. They may cause hypotension due to inferior vena cava press and even diaphragm and cause respiratory distress.

Case: An 82-year-old female patient presented to the emergency department with dyspnea and inability to lie on her back. In her history, it was learned that despite the swelling in the abdomen, there was a weakening in the trunk and extremities, excessive fatigue, and she could not perform her daily activities. She said that when she turned to the left, she could breathe more easily and her complaints regressed. The patient had a history of parkinson's disease. She wasn't on drugs. There was no trait in the family history. Vital signs at presentation were as; fever: 36, C, TA: 101/59 mmHg, Nb: 69 / min and sO2: 90%. GKS: 15, conscious, cooperative, orientated. On physical examination, the abdomen was highly distended and had tenderness in palpation, and auscultation revealed hypoactive bowel sounds. There was no defender and rebound. Other system findings were normal. When the patient was turned to the left, dyspnea and hypotension regressed. Laboratory tests showed; leukocytes: 5,100 / mm³ (4,000-10,000 / mm³), hemoglobin: 8.9 g / dl (12,00-14,00 g / dl) platelet: 287,000 (100,000-400,000 / mm³) CRP: 8,61 mg / day. L (0-0.5 mg / L) Creatinine: 0.7 mg / dl (0.75-1.25 mg / dl) Blood urea nitrogen: 15 mg / dl (8.9-20.6 mg / dl) AST: 8 (5-34 U / L) ALT: 6 (0-55 U / L). The other parameters were within normal limits. Intravenous (IV) contrast-enhanced abdominal computed tomography showed a 20 cm wide lobulated irregularly contoured mass extending from pelvis to right hypochondrium in the abdomen (Figure 1). Contrast-enhanced thoracic CT revealed no pneumonia or pulmonary embolism to explain dyspnea. The patient was admitted to the general surgery clinic.

Discussion: Supine hypotensive syndrome has been reported in pregnant women and patients with giant abdominal mass due to varying degrees of compression in the inferior vena cava. There are several clinical indicators to help explain the pathological process in all cases, such as peripheral edema, dyspnea, orthopnea, decreased exercise tolerance, abdominal tension, hypotension, worsening of oliguria and increased jugular pressure. Subclinical IVC syndrome may develop in most people with liver and kidney cysts in addition to ovarian cysts. This syndrome is sometimes compensated primarily by the appropriate intravascular volume and hemostatic mechanisms caused by the activation of the sympathetic system. The absence of characteristic signs and symptoms of congestive heart disease does not rule out potentially hemodynamically significant IVC syndrome. When these mechanisms (compensation mechanisms) are disrupted, there may not be full compensation and signs of reduced venous return may become apparent. Supine hypotensive syndrome is more common in advanced trimester pregnant. However, it is a rare diagnosis that should be kept in mind in cases with giant intraabdominal masses.

Figure1:



POSTER PRESENTATIONS 46

KURU İĞNE TEDAVİSİ SONRASINDA GELİŞEN ANİ PNÖMOTORAKS

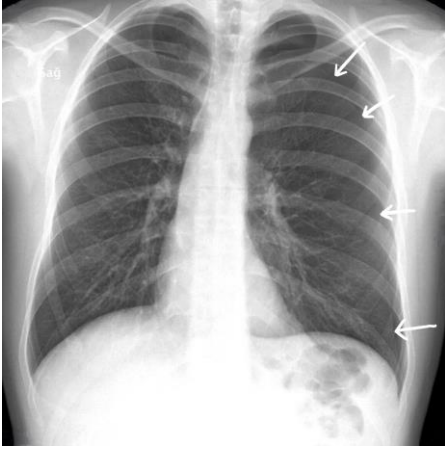
Fevziye Türkoğlu Genç¹, Ahmed Cihad Genç¹, Pınar Özatak², Barış Onur Sargın², Dilara Sargın³, Ceyhun Varım¹

¹Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları ABD, Sakarya; ²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, İstanbul; ³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları ABD, İstanbul

GİRİŞ: İntramüsküler stimülasyon ya da herhangi bir ilaç veya solüsyon içermediğinden kuru iğne tedavisi de denilen yöntem, en sık miyofasiyal ağrı tedavisinde kullanılan, minimal invaziv bir yöntemdir. Çeşitli sebeplerle gerilen miyofasiyal tetik noktanın oluşturduğu bölgesel ağrılara uygulanır. Biz de bu vakamızda kuru iğne uygulamasından sonra gelişen ani nefes darlığı olduğumuzu sunmak istedik.

OLGU: 34 yaşında erkek hasta, ani gelişen nefes darlığı şikayeti ile acil servise başvurdu. Daha önce böyle bir nefes darlığı şikayetinin olmadığını, aniden başladığını, sırt ağrısının da olduğunu belirtti. Yakın zamanda uçak yolculuğu yapmamış. Myofasiyal ağrı sendromu haricinde bilinen kronik bir hastalığı olmadığını ve hiç sigara içmediğini belirtti. Hasta myofasiyal ağrıları için daha önce 8 seans kuru iğne tedavisi almış. Uygulayıcı kuru iğne tedavisinde rutinde kullanılan kısa ve daha ince iğne yerine 40mm, 27 gauge iğne kullanmış. Son seans sol sırt postero-apikal bölgeye uygulanmış ve seans sonrası yaklaşık 15 dakika sonra nefes darlığı başlamış.

BULGULAR: SO₂:90, TA:125/75, nabız:110/dk olan hastanın sol akciğeri solunuma katılmamakla birlikte solunum sesleri alınamıyordu. Kardiyak muayenesinde taşiaritmisi mevcuttu. Pretibial ödemi yoktu ve alt ekstremiteler nabızları bilateral eşit palpabildi. Hastanın boyu 183cm, kilosu 78 kg ve sigara içicisi değildi. EKG: sinüs ritmi, taşikardik olduğu görüldü. Posterior-anterior akciğer grafisinde sol pnömotoraks saptandı (Resimde pnömotoraks beyaz oklarla gösterilmiştir). 2ml/dk nazal oksijen tedavisi başlanarak hospitalize edildi ve invaziv işleme gerek kalmadan takip edilerek şifa ile taburcu edildi.



SONUÇ: Miyofasiyal ağrı tedavisinde son yıllarda iğneleme tedavileri artan oranda kullanılmaktadır. Akupunktur, ilaç enjeksiyonları, kuru iğne tedavileri bunlardan birkaçıdır. Akupunkturda iğneler belli noktalara batırılarak, belli bir süre beklenir; kuru iğne tedavisinde ise iğne gergin olan kaslara uygulanır ve hemen çıkarılır. Bu tip yöntemler her ne kadar minimal invaziv bir yöntem sayılsa da kişisel deneyime ve ekipmana bağlı olduğu, pnömotoraks gibi komplikasyonlara neden olabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: kuru iğne, pnömotoraks

POSTER PRESENTATIONS 47

Nadir Bir Olgu: Elektrik Çarpmasına Bağlı Yüksekten Düşme

Dr. Öğr. Üyesi Göksu Afacan

Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi – Acil Tıp Kliniği

1. GİRİŞ:

Genel olarak bir kimsenin adımını atarak çıkamayacağı yerler yüksek olarak kabul edilir. Yüksekten düşme riski ise, birisinin seviye farkı nedeniyle düşerek yaralanma riskidir. Yükseklik kavramı göreceli olup kişiden kişiye değişmektedir. Yükseklik kavramı çeşitli şekillerde tanımlanmıştır. Bir insanın denge noktası 2. bel omurudur. Literatürde, çoğunlukla bel hizasını geçen yerler yüksek olarak kabul edilmektedir. Eğer omuz veya göz hizasından daha uzun bir cisimle karşılaşırsanız, bu cisim sizin için yüksek olacaktır. Ortalama bir insanın boyundan daha uzun yerler yüksek yerler, böyle yerlerde çalışmak da yüksekte çalışmaktır. Yüksekten düşme, trafik kazalarından sonra en sık travma sebebi olarak karşımıza çıkarken; çocukluk yaş grubundaki düşmeler, ensık travma sebebi olarak izlenir (1). Özellikle yüksekten düşme sonucu görülen travmalar morbidite ve mortalitesi yüksek olan bir toplum sağlığı sorunudur (2). Bu konuda tedavi edici hizmetler yanında koruyucu önlemler de oldukça önem taşımaktadır (3). Dünyada ve ülkemizde yüksekte çalışma esnasında meydana gelen iş kazalarında yüksekten düşme, bütün ölümcül vakalar içerisinde motorlu taşıt kazalarından sonra ikinci sırada yer almaktadır. Zehirlenme, boğulma, yangın ve yanıkların toplamı bile düşme sonucu ölümlere yetişememiştir (4). Kırsal kesimlere baktığımız zaman; Amerika Birleşik Devletleri'nde kırsal kesimdeki travmaya bağlı ölümlerin epidemiyolojisini araştıran bir çalışmada, yüksekten düşmeye bağlı ölümler %20 gibi büyük bir oranda tespit edilmiştir (5). Tüm teknolojik gelişme ve uygulamalara karşın dikkatsizlik nedeniyle veya insan hayatı için geliştirilmiş emniyet tedbirlerini almadan çalışan birçok insan hayatını kaybetmekte, sakat kalmakta ya da ciddi şekilde yaralanmaktadır (6). Travma vakaları

hem hızlı hem de doğru teşhislerin konulmasının aynı anda en önemli olduğu tıbbi vakalardır. Biz de bu bilgiler ışığında elektrik çarpması sonucu yüksekten düşen bir olguyu sunmayı amaçladık.

2. OLGU:

35 yaşında elektrik teknikeri olarak çalışan erkek hasta, acil servise elektrik çarpmasına bağlı yüksekten düşme şikayeti ile başvurdu. Geldiğinde bilinç açık ancak oryantasyon ve kooperasyon tam değildi. TA:90/60 mmHg Nabız: 128 Sat: %85 (oda havasında) ateş: 36 derece idi. Hastanın sağ hemitoraksında ağrı ve alt ekstremitelerde kuvvet kaybı mevcuttu. Babinski bilateral alınmadı. Hastanın alt ekstremiteleri muayenesi olumsuz sonuçlandı. Yapılan görüntüleme yöntemleri sonrasında sağ 11. Kot ve 11.Torakalvertebrafraktürü sağ oksipitalde hemorajik kontüzyon ve lineer fraktür ile birlikte parankimal ödem, sağ akciğerde hemotoraks ve kontüzyon ile uyumlu görünümü mevcut. MR’da TH10-11 de dislokasyon, TH11 fraktürü TH11 seviyesinde cordlaserasyonu ile uyumlu görünüm mevcut. Genel Cerrahi, Beyin Cerrahisi ve Göğüs cerrahisi ile konsülte edilen hastaya acil cerrahi girişim düşünülmüdü. Elektrik çarpmasına bağlı kardiyak etkilenme olduğu düşünülen hastaya Kardiyoloji tarafınca Troponin takibi önerildi. Hastanın genel durumunda ve bilinç düzeyinde kötüleşme olması üzerine (sat: %70 (oda havasında) Nabız: 128, TA: 80/60 mmHg (sıvı ve inotropik destek altında)) hasta anestezi ve reanimasyon bölümüne interne edildi. Yoğun Bakım şartlarında bilinç kapalı, GKS:6, siyanoze, maske O2 ile SpO2: %65, solunum düzensiz ve apne atakları mevcut. TA: 45/30 mmHg, Nabız: 43 olması üzerine hasta entübe edilmiş, mekanik ventilatöre bağlanmış, sıvı ve inotropik desteği düzenlenmiş, %100 O2 desteğine rağmen hastanın satürasyonlarında düzelme olmamakla birlikte kalp tepe atımı da alınamayan hastaya KardiyopulmonerResüstasyon uygulanmış ancak hasta kaybedilmiştir.

3. SONUÇ:

Ülkemizde ve tüm dünyada iş kazaları önemli bir mortalite ve morbidite sebebidir. Yüksekten düşme ise tüm travma olgularına genel olarak bakıldığında trafik kazalarından sonra en sık travma sebebidir.Biz de iki travma mekanizmasına sahip böyle bir olguyu sunarak farkındalık yaratmayı amaçladık.

4. KAYNAKLAR:

1. Taviloğlu K. Aydın A. Çuhali BD.”et al” Ulusal Travma Dergisi 2001; 7(3):146-150).
2. Arslanalp M., Kaya K., Kaya Ö.; Yüksekte Çalışma Ve Düşme; Nisan 2005: (1-6)
3. Arıboğan A. ve Birbiçer H.; Ç.Ü.T.F. Anesteziyoloji Anabilim Dalı Reanimasyon Ders Notları.)
4. Oktay C.;Multi Travmalı Hastaya Yaklaşım ve Son Gelişmeler; Acil Tıp Dergisi; Ekim 2000; 73-95)
5. Campbell J.E., BTLIS; Basic PrehospitalTraumaCare; Prentice-Hallİnc.,1988,23 42.)
6. Morimoto S, Okaishi K, Nakahashi T, “et al” Prevention of hipfracture in theelderly. ClinCalcium. 2003 Feb;13

POSTER PRESENTATIONS 48

ACİL SERVİSE ALKOL ALIMI KUSMA İLE GELEN HASTADA GÖRÜLEN DİRENÇLİ HİPOGLİSEMİ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi
*Münire Hande Gölgeci, Serdar Hekimsoy, Dilara Özmen, Avni Uygur Seyhan

GİRİŞ

Sadece metanol veya benzeri toksik alkoller değil etanol zehirlenmeleri de sıklıkla acil servise başvuran intoksikasyon grubunda ve bu hastaların başvuru oranları azımsanmayacak düzeyde. Uygulamalar arasında farklılıklar olmakla beraber hastaların daha hızlı ayıldığını ve toparladığını ve böylece acil serviste daha kısa süre kaldığını düşünerek bu hasta grubuna normal salin infüzyonu uygulaması yapılmaktadır. Alkol intoksikasyonu ile gelen hastada vital bulgulara dikkatli olunmalıdır.

OLGU

37 yaşında kadın hasta alkol alımı sonrası bilinç bulanıklığı, kusma şikayetleriyle 112 ile acil servise başvurdu. Travma izine rastlanmadı. GKS:13-14, tansiyonu 134/76 nabız 76 oda havası saturasyonu 97 ateşi 36 ' derece ölçülen parmak ucu kan şekeri 45 idi. Çekilen EKGsinde ritm bozukluğu veya iskemik değişikliğe rastlanılmadı. Yakınlarından alınan anamneze göre hasta başvurusundan 4 saat önce bira ve vodka ağırlıklı olmak üzere alkol tüketiminde bulunmuş, öz geçmişinde meme kanseri dışında özellik yok, bilinen herhangi bir diyabet hastalığı bulunmamaktadır. Hastaya IV dektroz verildi. Moniterize edildi. Çift damar yolu açıldı bir yandan da sıvı infüzyonuna başlandı. Labaratuar testlerinde alınan venöz kan gazında pH 7.29 HCO₃ 18 sat 69 olarak tespit edildi. Alınan hemogram ve biyokimya tetkikinde akut bir patoloji saptanmadı.

iv hidrasyon ve dektrozlu mayi tedavisi sonrası bakılan kontrol kan şekeri 135 olan hasta takibe alındı. Kontrol kan gazında ph:7,34 HCO₃ 20 sat 92 olarak ölçüldü. Hasta yakın kan şekeri takibine alındı. 30 dk sonra bakılan kan şekeri 67 ölçülen, orali tolere edemeyen hasta dirençli hipoglisemi olarak kabul edildi. Dahiliye ile konsulte edildi. Hipogliseminin takibi açısından dahiliye servisine interne edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Hemen hemen her gün acil servislere alkol intoleransı, alkol alımı gibi hastalar gelmekte, hastanın anamnezine ve fizik muayene bulgularına dikket edilmesi gerektirmektedir.

POSTER PRESENTATIONS 49

ANTİBİYOTİK KULLANIMI SONRASINDA GELİŞEN ANAFİLAKSİ

SBÜ,İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi

*SHekimsoy,MHGolgeli,EOymak,AUSeyhan

GİRİŞ

Anafilaksi, duyarlı kişilerde yabancı antijenle karşılaşma sonucunda oluşan, hızla seyreden ve ölümcül olabilen bir sendromdur. Genellikle daha önceden duyarlılaşmış mast hücresi ve bazofillerden, Ig E aracılığı ile salınan pek çok biyolojik aktif mediatörün çeşitli organları etkilemesi ile ortaya çıkar.

OLGU

Acil servise antibiyotik kullanımı sonrası kusma baş dönmesi şikayetleriyle 112 ile getirilen hasta. Geliş vitalleri kan basıncı:82/62 nabız:75 ateş:36.6 saturasyon:99(oda havası) parmak ucu ölçülen kan şekeri : 145 Akciğer sesleri doğal ral ronküs wheezing yok bronkospazmı yok ciltte döküntüsü yok. Fizik Muayenede uvula ödemi mevcut, hastaya intramüsküler 0.5 mg adrenalin yapıldı.Hastanın hipotansiyonu devam etmesi üzerine hastaya 0.01mg/kg adrenalin infüzyon açıldı. Hastanın infüzyon sonrası kontrol

TA:110/60 NAB:90 ATEŞ:36 Labaratuar tetkiklerinde anlamlı bir patolojik bulgu olmayan hastanın acil serviste takibi sırasında herhangi bir semptom görülmedi. Acil servisten, acil servise başvurması gereken durumlar anlatılarak ve alerji polikliniği bölümünden kontrole gitmesi önerilerinde bulunularak taburcu edildi.
TARTIŞMA VE SONUÇ

Acil servise anafilaksi semptomlarıyla gelen hastanın tedavisi dakikalar içinde yapılmalı. Tedaviye cevap veren hastalar gözlemden sonra etkenle temasın önlenmesi konusunda bilinçlendirilmeli. Hasta allerjen tespiti ve ileri tedavi için alerji polikliniğine yönlendirilmeli.

POSTER PRESENTATIONS 50

Title: Delirium After Diclofenac Potassium Intake

Begum Seyda Avcı¹, Akkan Avcı², MD (for oral presentation)

¹Adana City Research and Training Hospital, Department of Internal Medicine, Adana, Turkey.

²Adana City Research and Training Hospital, Department of Emergency Medicine, Adana, Turkey.

Delirium After Diclofenac Potassium Intake

Introduction

Delirium or acute confusional state is a transient cognitive disorder. It is an emergency situation due to its high morbidity and mortality rate. Achieving the best clinical outcome is based on early diagnosis and accurate assessment of symptoms.

Delirium is not a disease, but a syndrome with similar symptoms to other diseases. Delirium is defined as a transient, usually reversible, neuropsychiatric abnormality that causes cerebral dysfunction with clinically wide range of manifestations. Delirium can develop because of drugs and in this presentation, delirium after diclofenac potassium was noted.

Case report

A 61-year-old man went to the hospital with ear and headache 1 day ago. Diclofenac potassium tb was given as antipyretic and analgesic. Patient was brought to our emergency room with complaint of blurred consciousness by his wife and children. At the time of patients admission to emergency department, his GCS was 13 (E4M5V4), he was disoriented and non-cooperated. Pupillary were isochoric, direct and indirect light reflex were bilaterally positive. Pathological reflexes were negative and nuchal rigidity was absent. Arterial BP was 170/80 mmHg, pulse: 92 / min, fever: 37.6 ° C, and SpO2 was 97% at time of admission. Pulmonary auscultation was normal, S1 and S2 (+) were rhythmic and abdominal examination was unremarkable. Brain CT taken in the emergency department was normal. Patient was consulted with neurology. Cranial MRI with IV contrast was planned. However, MRI could not be performed because the patient's weight was over 120 kg. Due to detection of otitis media in right ear, antibiotherapy and hydration were started. Patient was sedated with midazolam and haloperidol because he was agitated, aggressive and constantly trying to remove his IV line. The patient regained consciousness at the 12th hour of observation. No sedative agent was required in observation period. Patient was in stable general condition and discharged with full recovery at 48th hour.

Conclusion

Delirium is a condition with high mortality and morbidity that can occur even with single dose drug use. It should be kept in mind in patients presenting to the emergency department with blurred consciousness when there is no neurological organic pathology. Questioning of drug use that may cause delirium is important in reaching the diagnosis.

HYPONATREMIA DUE TO GABAPENTIN USE: A CASE REPORT

Hüseyin UZUNOSMANOĞLU, MD

Emergency Medicine Specialist, Kecioren Training and Research Hospital,
Department of Emergency Medicine, Ankara, Turkey

Emine EMEKTAR, MD

Associate Professor of Emergency Medicine, Kecioren Training and Research Hospital,
Department of Emergency Medicine, Ankara, Turkey

Introduction:

Sodium is one of the most important cation in the human body. Hyponatremia, defined as a serum sodium concentration below 135 mEq/L, is usually caused by a failure to excrete water normally.(1,2) The most common cause of euvoletic hyponatremia is Syndrome of Inappropriate Antidiuretic Hormone (ADH) Release (SIADH). (3) It is a condition defined by the unsuppressed release of ADH from the pituitary gland or nonpituitary sources or its continued action on vasopressin receptors. Gabapentin is an anticonvulsive that is widely used for a number of indications at present: diabetic neuropathy, neuropathic pain of other causes, epilepsy, etc.(4) Several drugs are known to cause SIADH; however, there are only few reported cases in which SIADH was induced by gabapentin. In this report, we describe a case that we believe it may be gabapentin-induced hyponatremia.

Case:

A 82-year-old woman was admitted to our emergency department (ED) for headache, nausea and weakness. Her past medical history was significant for chronic obstructive lung disease, hypertension and recurrent herpes zoster. On admission, she was taking tiotropium bromide, ACE inhibitor, calcium channel blocker and gabapentine for these chronic diseases. There was bronchospasm in lung auscultation, except that, her physical exam was normal. Vital signs were normal. No signs of overload, edema or dehydration were detected. The inferior diameter of the vena cava was measured as 2 cm. In laboratory values, other biochemical markers were found to be normal despite significant hyponatremia. CBC revealed the following: WBC 10.2, hematocrit 39, hemoglobin 13.3, and platelets 207.000. Chemistry panel revealed the following: sodium 124 mEq/L, potassium 4.4 mEq/L, chloride 89, urea: 42.8, creatinine 0.96, and glucose 130. Troponin I level was negative. Urine sodium level was 38 mEq/day. We examined her past laboratory values and saw that her previous sodium level (which was measured last month) was normal. When we questioned her relatives, we learned that she started taking gabapentin few days ago for recurrent herpes zoster pain. Whereupon, we started thinking that gabapentin may have caused hyponatremia in our patient. Thereafter, the patient was considered SIADH and consulted to internal medicine.

Criteria suggesting SIADH in a patient are as follows:

- Significant decrease in serum sodium level (124mEq/L).
- Despite significant hyponatremia and low sodium diet (low sodium diet due to hypertension), urine sodium level was found to be 38 mEq /day.
- No hypotension, dehydration or clinical edema.

The patient was hospitalized by the Internal Medicine Department and was discharged after discontinuation of gabapentin, normal liquid and salt diet and normal serum sodium levels.

Discussion:

Gabapentin is a structural analog of γ -aminobutyric acid, which is an anticonvulsant drug. The mechanism of action of gabapentin is inhibition of voltage-gated calcium channels containing the $\alpha_2\delta$ subunit. (6) Gabapentin is widely using for neuropathic and post-herpetic pain treatment. The underlying pathophysiology of hyponatremia associated with Gabapentin and other anticonvulsant drugs has not been fully clarified. Drug-induced SIADH can occur owing to an increased sensitivity to ADH in the nephron or an increase in ADH production. (4) Increased ADH activity impairs the ability of the kidney to dilute urine, resulting in decreased excretion of ingested water and a highly concentrated and decreased urine volume. (2,5) Patients with SIADH present with a euvolemic status because the excess water distributes evenly throughout the body's fluid compartments. (5)

In conclusion, hyponatremia should be considered and closely monitored when initiating gabapentin therapy. In addition, it is important for clinicians to suspect the drug as a potential cause of hyponatremia, particularly in the absence of another causative explanation, even though the agent is not generally known to induce SIADH.

References:

1. Adrog   HJ, Madias NE. Hyponatremia. N Engl J Med 2000; 342:1581
2. Rose BD, Post TW. Clinical Physiology of Acid-Base and Electrolyte Disorders, 5th ed, McGraw-Hill, New York 2001. p.720
3. Bartter FC, Schwartz WB: The syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone. Am J Med 42: 790-806, 1967
4. Spigset O, Hedenmalm K: Hyponatremia and the syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion (SIADH) induced by psychotropic drugs. Drug Saf 12: 209-225, 1995
5. Foote EF. Syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion and diabetes insipidus. In: Tisdale JE, Millder DA, editors. Drug-induced diseases, prevention detection and management. Bethesda, MD: American Society of Health-System Pharmacists; 2005. pp. 611–624.
6. Sills GJ. The mechanism of action of gabapentin and pregabalin. Curr Opin Pharmacol. 2006;6(1):108–113

SUMMARY

SUMMARY 1

Akut Koroner Sendromların Yönetimi

Prof. Dr. Yunsur Çevik

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp AD. Keçiören SUAM, Acil Tıp Kliniği

Akut Koroner sendromların yönetimi algoritmik olarak, hava yolu, solunum ve dolaşımın değerlendirilmesi ile başlamalıdır. Kısa ve odaklanmış anamnez ile ağrı ve ilişkili semptomlar sorgulanmalı, acil saptanması gereken AKS dışı nedenlerin (aort disseksiyonu, pulmoner emboli...gibi) varlığı dışlanmaya çalışılmalıdır. Hasta başında resüsitasyon ekipmanları hazır tutulmalı, ilk 10 dakika içerisinde 12 derivasyonlu EKG alınarak yorumlanmalıdır. Damar yolu açılarak kardiyak belirteçler için kan alınmalıdır. Hipoksemi varsa (Saturasyon <90 veya $pO_2 < 60$) oksijen verilmelidir. Enterik kaplı olmayan Aspirin başvuruda derhal 300 mg olarak kullanılabilmektedir. Kontrendikasyonu olmayan ve şiddetli iskemik ağrı, hipertansiyon, kalp yetmezliği işaretleri bulunan hastalara 5 dk arayla 3 kez sublingual 0.4 mg, sonrasında persistan ise intravenöz nitrogliserin uygulanmalıdır. Şiddetli ağrısı bulunan olgularda başlangıçta 2- 4 mg, şiddetli devam eden durumlarda 2-8 mg, 5 -15 dakika aralıklarla morfin sülfat yapılabilir. Bu ajan sempatik stimülasyonu azatarak ağrı, anksiyeteyi azaltır. Yine katekolamin artışıyla ilişkili iş yükü artışı engellenir, ancak antiplateletlerin etkisini de azaltabileceği unutulmamalıdır. Kalp yetmezliği, düşük CO, artmış kardiyojenik şok riski, 2.-3. derece blok, kokain ve metamfetamin toksisitesi, aktif astma ve reaktif hava yolu hastalığı gibi kontrendikasyonları olmayan hastalara ilk 24 saatte beta bloker de verilmelidir. Bu amaçla metoprolol, karvedilol, bisoprolol kullanılabilir. Yine ilk 24 saatte 80 mg Atorvastatin vermeye başlanmalı LDL hedefi 70 mg/dL altı olmalıdır. Yine kontrendikasyonu olmayan özellikle EF'si %40'dan düşük , diabetik, hipertansif ön yüz MI'larda ACE inhibitörleri de akılda tutulmalıdır.

ST elevasyonlu MI'larda perkutan koroner girişim veya fibrinolitik kararları hızlıca verilmelidir. Semptom süresi 12 saatin altında olanlar en bilinen endikasyondur. Ancak semptomların süresi >12 saat, devam eden iskemik semptomlar, hemodinamik anstabilite, ölümcül kardiyak aritmiler de perkutan koroner girişimden çok önemli fayda alacak gruptur. 48 saate kadar da uygulama yapılabilmekte, bu saatten sonra asemptomatik hastalara PKG yapılması kontrendike kabul edilmektedir. Eğer PKG 120 dakika içerisinde yapılamayacaksa ve kontrendike değil ise derhal fibrinolitik tedavi verilmelidir. Burada hedef 10 dakika içerisinde (tanı-bolus litik arası süre) başlanmasıdır. Fibrinoliz sonrası da başarısız olgularda kurtarıcı PKG düşünülmelidir. Başarılı fibrinoliz sonrası da 2-24 saat diliminde anjiyografi yapılmalıdır.

PKG planlanan olgularda aspirine ilaveten güçlü antiplatelet ajanlardan biri tedaviye eklenmelidir. Tikagrelor 180 mg yükleme, 90 mg günde iki kez veya, Prasugrel 60 mg yükleme, 10 gün/gün veya, Klopidoğrel 600 mg yükleme, 75 mg/gün (tikagrelor veya prasugrel yok veya kontrendikeyse) kullanılabilir. Hemorajik inme öyküsü, oral antikoagülan kullanımı, orta-ileri derece karaciğer hastalığı varlığında prasugrel veya tikagrelor kullanılmamalıdır. İnme veya GİA öyküsü olanlarda ise prasugrel kontrendikedir. 75 yaş üzeri ve 60 kg altında olanlarda da tercih edilmez, kullanılacaksa yarı doz verilmelidir. Fibrinolitik tedaviyle beraber verilecekse öneri klopidoğrel iken, herhangi bir reperfüzyon yapılmayanlarda tikagrelor tercih edilebilir. PKG rubunda antikoagülan olarak unfraksiyone heparin veya alternatif olarak düşük molekül ağırlıklı heparin veya bivaluridin verilebilir. Unfraksiyone heparin, 70-100 U/kg bolus (GPIIb/IIIa inh planlanmadıysa) veya 50-70 U/kg iv bolus (GPIIb/IIIa inh ile birlikte), enoksaparin ise 0.5 mg/kg iv bolus, takiben 1 mg/kg 12 saat arayla kullanılır.

Fibrinolitik uygulandıysa antiplatelet ajan aspirin yanında klopidoğrel 300 mg olmalıdır. Antikoagülan olarak da enoksaparin seçilebilir.

ST elevasyonu olmayan MI'larda karar verilmesi gereken invaziv işlem yapılıp yapılmayacağı ve zamanlamasıdır. Troponin değeri negatif olan, özellikle yüksek risk kriterleri yokluğunda düşük risk skoru (TIMI 0 veya 1, GRACE <109) belirlenen bayan hastalarda iskemi odaklı yaklaşım seçilebilir. Oysa ki, refrakter anjinası olan, elektriksel veya hemodinamik olarak stabil olmayan, kalp yetmezliği

semptom ve bulguları bulunan hastalarda acil invaziv (2 saat içinde) işlem planlanmalıdır. İnvaziv planlanan olgularda antiplatelet olarak öneri Tikagrelor 180 mg yükleme, 90 mg günde iki kez veya, klopidoğrel 300-600 mg yükleme, 75 mg/gün olmaktadır. Prosugrel koroner anatomi görülmeden verilmemelidir. Antikoagülan olarak enoksaparin tercih edilebilir. Unfraksiyone heparin veya bivalirudin de verilebilir. ST elevasyonsuz AKS olgularında fibrinolitiklerin yeri yoktur.

Kaynaklar

1. Ibanez B, James S, Agewall S, et al. ESC Scientific Document Group. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2018 ;39(2):119-177
2. Roffi M, Patrono C, Collet JP, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. ESC Scientific Document Group. Eur Heart J. 2016 Jan 14;37(3):267-315

SUMMARY 2

AKUT KORONER SENDROMDA EKG

Dr. Hayri RAMADAN

AEAH Acil Tıp Kliniği

Akut koroner sendrom (AKS); Koroner kan akımında ani azalmaya bağlı gelişen, akut miyokard iskemisi ve/veya infarktı ile uyumlu çeşitli durumları tanımlayan bir terimdir.

ST elevasyonu olmayan AKS'da

- ✓ ST segment depresyonu
- ✓ T dalga inversiyonu
- ✓ U dalga inversiyonu olmaktadır

ST segment depresyonunda;

- ✓ ≥ 2 birbirini takip eden derivasyonda J noktasında ≥ 0.5 mm horizontal veya aşağı doğru giden ST depresyonu miyokardiyal iskemiye işaret etmektedir
- ✓ ≥ 1 mm ST depresyonu daha özgündür ve daha kötü prognozu ifade eder
- ✓ ≥ 3 derivasyonda ≥ 2 mm ST depresyonu yüksek NSTEMI olasılığı ile birlikte ve anlamlı bir mortaliteyi gösterir (30 gün içerisinde %35 mortalite)

T dalga inversiyonu aşağıdaki durumlarda miyokardiyal iskeminin kanıtıdır

- ✓ En az 1 mm derinliğinde
- ✓ Baskın R dalgaları olan (R/S oranı >1) ≥ 2 birbirini takip eden derivasyonda mevcut
- ✓ Dinamik – eski EKG’de yok veya zaman içerisinde değişiyor ise
- ✓ III, aVR ve V1’de T dalga inversiyonu normal bir varyanttır

Non spesifik ST-T değişiklikleri

- ✓ < 0.5 mm ST çökmesi
- ✓ < 1 mm T dalga inversiyonu
- ✓ T dalga düzleşmesi
- ✓ Yukarı eğimli ST çökmesi

Patolojik Q Dalgası kriterleri

- ✓ > 1 mm genişlikte
- ✓ > 2 mm derinlikte
- ✓ QRS kompleksinin derinliğinden $> \%25$
- ✓ > 2 mm’den derin Q dalgası III ve aVR normal varyant olarak görülebilir

ST Elevasyonu Kriterleri

- ✓ 2 komşu derivasyonda J noktasında ≥ 0.1 mV yeni ST elevasyonu (V2-3 dışında)
- ✓ V2-V3 derivasyonlarında

- ✓ <40 yaş erkeklerde ≥ 0.25 mV
- ✓ >40 yaş erkeklerde ≥ 0.20 mV
- ✓ Bayanlarda ≥ 0.15 mV

Anterior ST Eleve MI

- ✓ Sol ön inen arterin (LAD) tıkanıklığı sonucu
- ✓ Enfarkt alanı geniş
- ✓ Sol ana koroner arter (LMCA) ve Wellens sendromu da anterior iskemi ile seyreder
- ✓ Prekordiyal derivasyonlarda (V1-6) ve ($\pm$) yüksek lateral derivasyonlarda (I ve aVL) Q dalga formasyonu ile ST segment elevasyonu
- ✓ İnferior derivasyonlarda resiprokal ST çökmesi (özellikle III ve aVF'de)

Lateral ST Eleve MI

- ✓ Sol ventrikül lateral duvarı LAD ve Cx ile beslenir
- ✓ Genellikle anterior MI ile birlikte
- ✓ Lateral derivasyonlarda ST elevasyonu (I, aVL, V5-6)
- ✓ İnferior derivasyonlarda resiprokal ST depresyonu (III ve aVF)
- ✓ LAD tıkanıklığına bağlı **anterolateral** STEMI
- ✓ Cx tıkanıklığına bağlı **inferior-posterior-lateral** STEMI
- ✓ D1, OM veya ramus intermedius gibi daha ufak dal arterlerinde tıkanıklığa bağlı **izole lateral** infarkt

İnferior ST Eleve MI

- ✓ Tüm MI'ların %40-50'sini oluşturur
- ✓ %40'ında eş zamanlı sağ ventrikül infaktı, nitratlara bağlı ciddi hipotansiyon
- ✓ %20'sinde 2. veya 3. derece AV blok ve bradikardi
- ✓ II, III, aVF derivasyonlarında ST elevasyonu
- ✓ II, III, aVF'de ilerleyici Q dalga gelişimi
- ✓ aVL'de resiprokal ST depresyonu (+/- I. derivasyon)
- ✓ %80 RCA ve %18 Cx lezyonu

Sağ Ventrikül ST Eleve MI

- ✓ II, III, aVF derivasyonlarında ST elevasyonu
- ✓ II, III, aVF'de ilerleyici Q dalga gelişimi
- ✓ aVL'de resiprokal ST depresyonu (+/- I. derivasyon)
- ✓ %80 RCA ve %18 Cx lezyonu
- ✓ Tanı için ilk olarak şüphe gerekli
- ✓ İnferior MI varlığında
- ✓ **V1'de ST elevasyonu** – direkt olarak sağ ventriküle bakan tek standart EKG derivasyonu
- ✓ **III. derivasyonda > II. derivasyondan ST elevasyonu** – III. derivasyon II. derivasyondan daha sağ tarafa dönük olduğundan sağ ventrikül tarafından üretilen hasar akımına daha duyarlıdır
- ✓ ST elevasyonu V1>V2
- ✓ **V1'de ST elevasyonu + V2'de ST çökmesi** birlikteliği sağ ventriküler MI için oldukça özgüdür
- ✓ V1'de ST segmenti izoelektrik hatta ve V2'de ST segmenti belirgin olarak çökmüş ise
- ✓ Sağ ventriküler infarkt sağ taraf derivasyonlarında (V3R-V6R) ST elevasyonu varlığı ile doğrulanır

Posterior ST Eleve MI

- ✓ Posterior infarktüs STEMI'lerin %10-15'i

- ✓ Inferior veya lateral infarkt'larla birliktelik siktir ve geniş bir miyokard hasarının göstergesi
- ✓ Posterior miyokard 12 derivasyonlu EKG'de görülemez
- ✓ Posterior MI V1-3'te aşağıdaki değişiklikler aracılığı ile desteklenmektedir:
- ✓ Horizontal ST depresyonu
- ✓ Uzun ve geniş R dalgaları (> 30 ms)
- ✓ Yukarı dönük T dalgaları
- ✓ V2'de dominant R dalgası (R/S oranı > 1)

SUMMARY 3

Dispneli Hastanın Acil Yönetimi

Dr. Gülşah ÇIKRIKÇI IŞIK
SBÜ Keçiören SUAM

Dispne Amerikan Toraks Derneği tarafından niteliksel olarak çeşitli yoğunlukta duyuların oluşturduğu öznel solunum rahatsızlığı deneyimi olarak tanımlanmaktadır. Daha basit bir anlatımla ise nefes darlığı olarak tanımlanabilir. Dispne prevalansı acillerde 2.7% kadardır. Dispne tek bir mekanizmaya bağlı olarak gelişmez bu yüzden ayırıcı tanısı zordur. Hava yolu hastalıkları, kardiyak nedenler, pulmoner nedenler, vasküler patolojiler, nöromusküler bozukluklar ve daha birçok farklı neden dispneye neden olabilir. Bu kadar geniş bir yelpazede ayırıcı tanı düşünülürken zamanında geçmekte olduğu bilinmeli ve acil serviste ivedi müdahale edilmesi gereken tanılar göz önüne alınarak bir yönetim şeması oluşturulmalıdır.

Dispnesi olan hastada takipne, taşikardi, stridor, yardımcı solunum kaslarının kullanımı, konuşmada güçlük, paradoks abdominal kasların kullanımı gibi durumlar varsa kırmızı bayraklar olarak Kabul edilmekte ve hastaların hemen güvenlik çemberine alınıp müdahaleye başlanması gereklidir. Hasta stabil hale getirildikten sonra ise bir dedektif gibi tüm semptom ve bulgular incelenerek ayırıcı tanıya gidilmelidir. Tanıda EKG, akciğer direkt grafi, biyomarkerlar ve görüntüleme yöntemlerinden de faydalanılır. Dispne ile gelen hastada primer bakıda tansiyon pnomotoraks, kardiyak tamponad ve hava yolu obstrüksiyonu gibi tanıların konması ve tedavileri gerekir. Dispne ile gelen tüm hastalarda oksijen desteği sağlanmalı ve hasta ileri hava yolu gerekliliği açısından değerlendirilmelidir. Hastalarda non invazif mekanik ventilasyon ihtiyacı değerlendirilmeli eş zamanlı olarak kontraendikasyonları da akılda tutulmalıdır. NIMV başarısız olduğu veya kontraendike olduğu durumlarda ise invazif ventilasyona geçilmelidir.

Dispne ile acil servise başvuran hastada akla gelmediğinde atlanabilecek önemli bir tanı da pulmoner embolidir. Son kılavuzlarda PE de yönetim kılavuzunu belirleyen değişken hastanın hemodinamik stabilitesi olup; kardiyak arrest, obstruktif şok ve persistan hipotansiyon durumları hemodinamik instabilite kabul edilmekte bu durumlarda reperfüzyon tedavisi önerilmektedir. Tanı koyma sürecinde de hasta yüksek riskli grupta ise BT anjiyografi ile tanının doğrulanması önerilirken, düşük risk grubunda D-dimer tanıyı ekarte etmede yüksek sensitif bir test olarak kullanılmaktadır. Son kılavuz ayaktan takip edilebilecek hastaları da belirtmiş klinik uygulamalara netlik kazandırmıştır.

SUMMARY 4

AKILCI İLAÇ KULLANIMI

Aile Hekimi Dr. Burhan YILMAZ
Trabzon Aile Hekimleri Derneği 2.Başkanı
Arsin Aile Sağlığı Merkezi

Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ), insanların en büyük hakkı olarak sağlık ve sağlığa erişmekte eşitlik ilkesinden hareketle, ilaca erişebilirliğin uzun vadeli ve tüm sağlık politikasının bir parçası olarak öne çıkarılması gerektiği üzerinde durmuştur.

Öğrenim Hedefleri ; Akılcı ilaç Kullanımı(AİK) tanımı ,gerekliliği, kapsayıcılığı, yapılan uygulama hataları, yürütülen faaliyetler, Eczacı ve Eczanelerin ilaç kullanımında yeri ve önemi, 2011 yılı Ulusal eylem planı, Türkiye ilaç ve Tıbbi cihaz kurumu "Reçete Bilgi Sistemi", ilaçların saklanması idi.

Dünyada ve Ülkemizde yanlış , gereksiz ,etkisiz ve yüksek maliyetli akılcı olmayan ilaç kullanımı sonucu ciddi halk sağlığı sorunları oluşmaktadır. Hastalık ve ölüm oranlarında artış , ilaç yan etkilerinin artması ,kaynakların yanlış tüketilmesi sonucu temel ilaçlara erişememe , tedavinin ekonomik ve sosyal maliyetinin artması gibi bir çok sorun ortaya çıkmaktadır.

Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili çalışmalar 1985 yılında Nairobi’de DSÖ toplantısı ile başlamıştır. Akılcı ilaç kullanımı(AİK);kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre; uygun ilacı, uygun süre ve dozda , kendilerine ve topluma en düşük maliyetle sağlayabilmeleri olarak tanımlanmıştır.

Akılcı ilaç kullanımı gerekliiği; uygunsuz ilaçların kullanılması, pahalı ilaç kullanılması, güncel rehberlere uygun olmayan ilaçların reçete edilmesi, gereksiz enjeksiyon tercihleri, gereksiz antibiyotik kullanımları, ağrı kesiciler, vitaminlerin kullanılması, hastalara yeterli bilgi verilmemesi, Reçetelerin doğru bilgiyi içermesine özen gösterilmemesi, Eczanelerin ilaç verme ve bilgilendirme konusunda yeterli davranış sergilememesi, sağlık personelinin ilaç uygulama hataları, ilaç üretimi ve dağıtımı gibi alt yapı sorunlarından doğmuştur.

Akılcı ilaç Kullanımında Dünyada ve Ülkemizde Durum ; Ekonomik Kalkınma ve işbirliği örgütü (OECD)2008 raporuna göre sağlığa ayrılan pay; ABD’de %16.4, İngiltere’de 8.8, Türkiye’de %6.1 iken sağlık harcamalarının içinde ilacın payı aynı ülkelerde sırasıyla %12.3, %12.2 ve ülkemizde %46 olarak bildirilmiştir. **Dünya genelinde** en çok satılan ilaçlar; Kalp Damar Hastalıkları %19.3, Santral Sinir Sistemi Hastalıkları %15.8, Metabolik Hastalıklar %15.3, Antibiyotikler %9.9 iken **Türkiye’de** Antibiyotikler %19, Ağrı Kesiciler %12, Antiromatizmal ilaçlar %11, Soğuk Algınlığı %8.6 ,Vitaminler %7.3 oranında kullanılmaktadır.

Türkiye’de AİK Faaliyetleri; Yaklaşık 25 yıldır sürdürülmektedir.12 Ekim 2010 tarihinde Akılcı ilaç kullanımı birimi ve 19 Mart 2012 tarihinde Türkiye ilaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Bünyesinde Akılcı ilaç Tedarik Yönetimi ve Tanıtım Dairesi kurulmuştur.

Akılcı ilaç kullanımı için **sağlık kuruluşlarında hastaların farkındalığının sağlanması adına** ; Afiş ve Broşür hazırlanması ,dağıtılması, Telefonlarda bekleme anonsları, Görsel ve işitsel mesajlar yayınlanması, Asansör Kapılarının giydirilmesi **İllerde Sağlık Müdürlükleri bünyesinde** akılcı ilaç kullanımı il temsilcilerinin belirlenmesi ve kurulunun oluşturulması, Hastane akılcı ilaç kullanımı ekiplerinin yapılandırılması, **topluma yönelik** alışveriş merkezleri, okullar, meslek odaları, iletişim araçları (radyo, televizyon, gazete gibi) ile çalışmalar önem kazanmaktadır.

İllerde Sağlık personeline yönelik “Akut tonsillofarenjit akılcı antibiyotik kullanımı”,”influenza tanılı hastalarda akılcı ilaç kullanımı projeleri yapıldı. Proje kapsamında eğitim, laboratuvar yöntemi ve kitlerin dağıtımı gerçekleştirildi. **Hastane çalışanlarına yönelik** cerrahi profilaksi rehberi hazırlanması ve eğitimler verilmesi ,ilaç-ilaç, ilaç-besin etkileşimleri ve özel gruplarda ilaç kullanımını içeren rehberler ve broşürlerin hastane eczacıları tarafından hazırlanması önem kazanmaktadır.

Hekimler için; Tıp ve Diş Hekimliği Eğitim müfredatına AİK eklenmesi, Asistan Uzmanlık Eğitimlerine AİK eklenmesi, Aile Hekimleri için uzaktan eğitimlerinde AİK yer verilmesi, Bilimsel toplantılarda bu konunun işlenmesi, AİK konuşmacı ve Eğitici havuzunun oluşturulması, RBS işlerliğinin arttırılması ve E-reçete sistemi ile koordineli çalışan ilaçların

yan etkileri ilaç etkileşimleri ile ilgili uyarı verebilen bir sistemin oluşturulması gibi faaliyetler yürütülmektedir.

Akılci İlaç Kullanımında Taraflar; Hekimler, Eczacılar, Hemşireler, Hasta, Hasta yakınları, üreticiler, Düzenleyici otoriteler ve medya v.b

Akılci Olmayan İlaç Kullanımı Etkileri; Hastaların tedaviye uyumunun azalmasına, ilaç etkileşimlerine, ilaçlara direnç gelişmesine, tedavi maliyetlerinin artmasına neden olur.

Eczanelerin Yeri ve Önemi; Eczacı hastanın ilacı kullanmadan önce son karşılaştığı kişidir. İlaç kısa ürün bilgisi doğrultusunda yeterli bilgilendirme ve işaretleme yapılmalı, ilaçların reçetelenmesi, kullanılması ve tedavinin sonuçlanması sürecinde en önemli ve en kolay basamak eczanelerdir.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından akılci ilaç kullanımının teşvik edilmesi için 12 temel müdahale önerilmektedir. Ülkemizde Akılci ilaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2011 yılında başlatılmış olup ilaçların uygun kullanılması hedeflenmiştir. Bu faaliyet ile 8 yılda Aile Hekimlerinin Antibiyotik bulunan reçete yüzdeleri %34.94' den %24.97'e düşmüştür. Trabzon ilinde bu oran %21.3 olmuştur. Türkiye ilaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Reçete Bilgi Sistemi üzerinden düzenli tutulmakta olan verilere ulaşılmaktadır.

Akılci ilaç Kullanımında Nelere Dikkat Edilmeli; Hekimin doğru tanı koyması, ilaçsız ya da ilaçlı etkin tedavi verilmeli, reçete düzenlenmeli, Güncel tanı ve tedavi klavuzları takip edilmeli, ilaç ve allerji öyküsü bilinmeli, hasta hasta yakını ilaç ve besin etkileşimleri hakkında bilgilendirilmeli, ilaçlar yaşlılarda , çocuklarda , Hamilelikte, Karaciğer ve Böbrek yetmezliğinde dikkatli kullanılmalı, ilaçların saklanma koşullarına, uygun süre ve dozda kesintisiz kullanılmasına dikkat edilmeli, doktor ve Eczacının bilgisi dışında tablet yada kapsüller gelişigüzel kullanılmamalı, hastaların kendi kendine doz azaltıp artırmaması yada iyi hissettiğinde ilacı kesmemesi gerekmektedir.

İlaç tüketimi ülkelerin sağlık giderlerinde önemli bir paya sahiptir. Bu pay ülke ekonomilerinde ciddi bir yük oluşturmaktadır. Akılci ilaç kullanımı ile bu yükün azaltılması hedeflenmekte ve de ilaçların istenmeyen yan etkilerinin önüne geçilmiş olur.

Kaynaklar:

1- www.akilciilac.gov.tr

2- Türkiye ilaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu,

3- <https://trabzonism.saglik.gov.tr>

4- <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-7771/akilci-ilac-kullanimi.html>

5- *WHO Policy Perspectives on Medicines: september 2002

6- Conference of Experst on the Rational Use of Drugs, Word Health Organization ,Nairobi Kenya,WHO/CONRAD/WP/RI/25-29.12.1985

SUMMARY 5

ZOR EKG (KLİNİK DURUMLARDA EKG)

Dr. Ahmet Burak ERDEM

Ankara Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği

Brugada Sendromu

İlk defa 1992'de Brugada kardeşler tarafından tanımlanmıştır. Sodyum kanallarındaki gen mutasyonu sorumludur. 35 - 45 yaş arası erkeklerde daha sıklıkla görülür. Senkop ve ani kardiak arrest çoğunlukla ilk başvuru nedenidir. Ani ölümlerin % 4-12'den, yapısal kalp hastalığı ölümlerinin ise % 20'den sorumludur. V1-V2-V3' te ST segment ve J noktası yüksekliği, T dalga negatifliği vardır. 2 major ve 5 minör kriteri vardır. 1 major, 1 minör kriter tanı için gereklidir.

Major Kriterler: 1. Yapısal kalp hastalığı olmayıp, Brugada ile uyumlu EKG' ye sahip olmak. 2. Na kanal blokajı uygulandıktan sonra tipik EKG bulgusunun ortaya çıkması.

Minör Kriterler: 1. Ailede ani ölüm 2. Sebebi açıklanamayan senkop 3. Dökümente edilmiş VT –VF atakları 4. Programlanmış elektriksel uyarı ile VF-VT atakları 5. İyon kanallarının genetik mutasyonu

EKG Bulguları

	TİP 1	TİP 2	TİP 3
J NOKTASI	$\geq 2\text{mm}$	$\geq 2\text{mm}$	$\geq 2\text{mm}$
T DALGASI	NEGATİF	POZİTİF VEYA BİFAZİK	POZİTİF
ST – T	COVED TİP	SADDLE BACK	SADDLE BACK

KONFIGÜRASYONU

ST SEGMENT	YAVAŞ YAVAŞ İNEN	$\geq 1\text{ mm}$	$< 1\text{ mm}$
------------	------------------	--------------------	-----------------

ELEVASYONU

Uzun QT Sendromu (LQTS)

Konjenital olanı sodyum veya potasyum kanal bozukluğudur. LQTS'de klinik semptomlar Torsade de point (TDP) oluşmasına bağlı olarak, baş dönmesi ve nöbet benzeri hafif durumlardan senkop ve ani ölüme kadar değişen yelpazede karşımıza çıkar. Genellikle TDP kısa sürelidir ve kendi kendine sonlanır ancak ventriküler fibrillasyona dönüşerek ani kardiyak ölüme de sebep olabilir. Semptomlar genellikle çocukluk ve ergenlik döneminde ortaya çıkabilir. Taşıyıcıların yaklaşık %30 unda hiçbir klinik bulgu saptanmaz. Potasyum kanal blokajı yapan ilaçlara dikkatli kullanılmalıdır. Romano-ward sendromu OD geçişli, Jervell Lange-Neilsen sendromu OR geçişli (sensörinöral sağırılık eşlik) uzun QT görülen hastalıklardır. Düzeltilmiş QT mesafesi hesaplanmalıdır. Q dalgasının başlangıcından T dalgasının sonuna kadar olan mesafe hesaplanır. U dalgası varsa hesaba eklenir. Düzeltilmiş QT şu şekilde hesaplanır. ($QT_c = QT / \sqrt{RR}$). Konjenital uzun QT'de mesafe 0,41 – 0,60 saniyedir. Tip 1 ve 2'de ortalama 0,49 saniyedir. Tip 3'de ise ortalama 0,51 saniyedir. Tip 1'de genişlemiş T dalgası, tip 2'de çentikli ve tip 3'de normal T dalgası beklenir. Akkiz LQTS'nin en sık sebepleri olarak ilaç kullanımı ve elektrolit bozukluklarıdır. Diğer sebepler ise; Artmış intrakraniyal basınç, **İlaçlar:** Kinidin, procainamide, disopyramide, sotalol, ibutilide, azimilide, amiodaron, Eritromisin, grepofloksasin, moksifloksacin, pentamidine, amantadine, klorokin, trimetoprim-sulfametaksazol, fenotiazinler, haloperidol, TCA, terfenadine, astemizole, sisapridketokonazol, itrakonazol, probukol, ketanserin, papaverin, takrolimus, **Elektrolit bozuklukları:** Hipokalemi, hipomagnezemi, hipokalsemi **Toksinler:** Kokain, organofosfat bileşikleri **Bradikardi:** Hasta sinüs sendromu, ileri derecede AV blok, hipotroidi, hipotermi

Kısa QT Sendromu (SQTS)

En yaygın başvuru kardiyak arresttir. Çarpıntı ve AF görülmektedir. Yapısal kalp hastalığı kanıtı olmaksızın QT <320 ms ve QTc <340 ms'dir. Kalp hızı ile birlikte QT aralığında normal değişikliklerin olmaması beklenir. ST segmenti neredeyse hiç yoktur. QRS kompleksi doğrudan T dalgasına bağlanıyormuş gibi görünür. Atriyal veya ventriküler fibrilasyon epizodları olabilir. Kısa QT intervali yapabilen diğer sebepler : Digoksin, Mexiletine, Rufinamide, Hiperkalemi, Hiperkalsemi, Asidoz, Hipertermi .

Sol dal bloğu ve MI (Sgarbossa Kriterleri)

QRS ile aynı yönde (concordans) $1\text{ mm} \leq \text{ST elevasyonu}$	5 puan
V1, V2, V3 derivasyonlarında $1\text{mm} \leq \text{ST depresyonu}$	3 puan
QRS ile zıt yönde (discordans) olan $5\text{ mm} \leq \text{ST elevasyonu}$	2 puan
3 puan ve üzeri anlamlıdır.	

Modifiye Sgarbossa Kriterleri Nelerdir ?

QRS kompleksi ile concordans ST-segment yükselmesi	$\geq 1\text{ mm}$
V1, V2, V3 derivasyonlarında ST-segment depresyon	$\geq 1\text{ mm}$
j point ST / S Oranı (Diskordant)	$\leq 0,25$

HİPERKALEMİ

P amplitüdü azalır veya tamamen kaybolabilir. PR intervali uzar. QRS kompleksi genişler. QT intervali kısalır. Dar tabanlı, sivri T dalgası görülebilir.

PACE RİTMİ

Kısa süreli vertikal dikenler (spike), genellikle 2 ms. Tüm derivasyonlarda görmek güç olabilir.

Atriyal paceleme: Pace dikenini P dalgasından önce gelir. P dalgası morfolojisi elektrod yerleşimine bağlıdır fakat normal görünebilir.

Ventriküler paceleme: Pace dikenini QRS kompleksinden önce gelir. Sağ ventrikül pace elektrodu yerleşimi sol dal bloğuna benzer QRS morfolojisi ile sonuçlanır. Sol epikardiyal pace elektrod yerleşimi sağ dal bloğuna benzer QRS morfolojisi ile sonuçlanır. ST segmentleri ve T dalgaları QRS kompleksi ile ters doğrultuda (diskordan) olmalıdır. QRS kompleksinin büyük bitiş bölgesi ST segmenti ve T dalgasının izoelektrik hatta göre zıt tarafında lokalizedir.

Çift Çember Pace: Paceleme başlayan bölgelere bağlıdır. Atriyal pace, ventriküler pace veya ikisinin özelliklerini gösterebilir. Pace dikenleri sadece P dalgasının, sadece QRS kompleksinin veya her ikisinden birden önce gelebilir.

Pace komplekslerinin yokluğu, yeterli doğal iletimi yansıtabileceğinden, her zaman pacemaker bozukluğu anlamına gelmez.

PERİKARDİT

Perikarditte EKG değişiklikleri genellikle 4 safhada gözlenir

Evre 1 : aVR hariç birçok derivasyonda açıklığı yukarı bakan ST segment yüksekliği; PR segment çökmesi veya yükselmesi (PR segmenti P dalgası polaritesinin ters yönüne sapar. Bu safhada iken EKG bulguları erken repolarizasyon ile karışabilir. İlk birkaç günden 2 haftaya kadar görülebilir.

Evre 2 : ST segment yüksekliği kaybolmuştur. T dalgasında düzleşme olabilir. 1 -2 günden birkaç haftaya kadar uzayabilir.

Evre 3 : Yaygın T dalgası negatiflikleri. Bu safhada iken EKG bulguları yaygın miyokard iskemisi ile karışabilir. 2 veya 3. haftanın sonunda oluşması beklenir.

Evre 4 : EKG perikardit öncesine döner veya T negatiflikleri kalıcı olabilir veya derece derece düzelme gösterir. 3 ay sürebilir.

ERKEN REPOLARİZASYON (BER) ? PERİKARDİT?

V6'da ST yüksekliği ile T dalgası yüksekliği oranına bakılır. Oran 0,25'in üzerinde ise perikardit, altında erken repolarizasyon lehine yorumlanır. **Perikarditi destekleyen özellikler** Yaygın ST elevasyonu, PR çökmesi varlığı, Normal T dalga amplitüdü, ST segment / T dalga oranı > 0.25 V4'te "balık kancası" görünümünün yokluğu ve EKG değişikliklikleri zaman içerisinde gelişmesidir. **BER'i destekleyen özellikler:** ST elevasyonu prekordiyal derivasyonlar ile sınırlıdır. PR çökmesi yokluğu, Belirgin T dalgaları, ST segment / T dalga oranı < 0.25 , V4'te karakteristik "balık kancası" görünümü ve EKG değişikliklikleri zaman içerisinde nispeten sabit kalmasıdır.

SUMMARY 6

Demir Eksikliği Anemisi

Prof. Dr. Turan SET

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Dünya Sağlık Örgütü anemiye eritrosit sayısının veya oksijen taşıma kapasitelerinin yaş, cinsiyet, irtifa, sigara ve gebelik durumuna göre değişen fizyolojik ihtiyaçları karşılamak için yetersiz olduğu bir durum olarak tanımlamaktadır. Erişkin erkekte hemoglobin <13g/dl, erişkin kadında hemoglobin <12 g/dl ve gebelerde hemoglobin <11 g/dl ise anemi olarak tanımlanmaktadır.

Anemiler morfolojilerine göre mikrositer, normositer ve makrositer olarak üç gruba ayrılmaktadır. Makrositer anemiler de kendi içinde megaloblastik ve nonmegaloblastik olarak iki alt gruba ayrılır (Tablo 1).

Tablo 1. Anemilerin morfolojilerine göre sınıflandırılması

Mikrositer anemiler (MCV <80 fl) ○ Fe eksikliği ○ Talasemiler ○ Kronik hastalık anemisi ○ Kurşun intoksikasyonu ○ Herediter sideroblastik anemiler ○ Hemoglobin C,E,D
Normositer anemiler (MCV 80-100 fl) ○ Kan kaybı ○ Endokrin hastalıklar ○ Plazma volüm artışı ○ Kronik hastalık anemisi ○ Hemoliz ○ Kronik böbrek yetmezliği ○ Kemik iliği infiltrasyonu ○ Kronik karaciğer hastalıkları
Makrositer anemiler (MCV > 100 fl) Megaloblastik ○ B12 eksikliği ○ Folik asit eksikliği ○ Kemoterapi ○ Miyelodisplastik Sendrom ○ Konjenital diseritropoetik anemi ○ Akut eritrolösemi ○ Revers transkriptaz inhibitörleri Nonmegaloblastik ○ Retikülositoz ○ Kronik alkolizm ○ Karaciğer hastalığı ○ Aplastik anemi ○ Miyelodisplastik Sendrom

Megaloblastik anemilerde kemik iliği megaloblastik özellik gösterir. Nonmegaloblastik makrositik anemilerde ise kemik iliğinde normoblastik tipte bir eritropoez vardır. Nonmegaloblastik makrositik anemiye neden olan hastalıklar genellikle normositik, bazen de makrositik anemiye yol açarlar ve bunlarda saptanan makrositoz genellikle hafiftir.

Demir eksikliği anemisi en önemli halk sağlığı problemlerinden biridir ve dünyada en sık rastlanan anemi tipidir. Dünya nüfusunda demir eksikliği anemisi yaygınlığı yaklaşık %12 olup erkeklerde %1-4, kadınlarda %5-12 ve gebelerde %25 civarındadır (WHO. <https://www.who.int/topics/anaemia/en/>).

Yetmiş kg'lık bir erkeğin toplam vücut demiri yaklaşık 4 gr'dır. Bu, emilim ve vücut kayıpları arasındaki bir denge ile sağlanır. Vücut bu dengeyi korumak için günde sadece 1 mg demir emilimi gerçekleştirmekle birlikte, demir için iç gereksinim daha büyüktür (20-25 mg). Bir eritrosit 120 günlük bir ömre sahiptir, böylece kırmızı kan hücrelerinin% 0,8'i her gün yıkıma uğrar ve değiştirilir. Beş litre kan hacmine sahip bir erkeğin hemoglobine dahil olan 2,5 gr demiri vardır. Hemoglobin sentezi ve yıkımı için günlük 20 mg ve diğer şartlar için artı 5 mg'lık bir döngüye ihtiyaç vardır. Bu demirin çoğu, yeniden kullanım için plazmadan geçer. Bu gereksinimlerin üzerindeki demir, vücutta ferritin veya hemosiderin olarak depolanır (<https://emedicine.medscape.com/article/202333-overview>). Yiyecekler ile alınan demirin yaklaşık %10-15'i duodenum ve proksimal jejunumdan emilir.

Demir eksikliğinin nedenleri yetersiz demir alımı, çeşitli nedenlere bağlı demir emilimde azalma, süt çocukluğu ve gebelik gibi bazı durumlara bağlı demir ihtiyacında artma, bazı herediter hastalıklar ve demir kaybında artış olarak gruplandırılabilir.

Demir eksikliği anemisinde azalmış efor kapasitesi, halsizlik, yorgunluk, çarpıntı, baş dönmesi, baş ağrısı ve irritabilite gibi semptomlar görülür. Solukluk, cilt kuruluğu, mavi sklera, saç dökülmesi, taşikardi, belirgin kalp tepe atımı ve sistolik üfürüm gibi genel bulguların yanında kaşık tırnak, glossit, ağız kenarında çatlaklar, disfaji, pika, pagofaji ve huzursuz bacak sendromu gibi demir eksikliğine özgü bulgular ortaya çıkabilir.

Demir eksikliği anemisinin laboratuvar değerlendirmesi için birinci basamakta tam kan sayımı, periferik yayma ve demir indeksleri kullanılabilir.

Tam kan sayımında mikrositer anemi vardır. MCV, MCH, MCHC düşük, RDW yüksektir. Mentzer indeksi 13'ün üzerindedir.

Periferik yaymada hipokromi, mikrositoz, anizositoz, kalem hücreleri, poikilositoz, target hücreleri görülür ve retikülosit normal ya da düşük olabilir.

Demir indeksleri değerlendirildiğinde ferritin düşük, demir düşük, demir bağlama kapasitesi artmış ve transferrin saturasyonu düşüktür.

Demir eksikliği anemisinin tedavisi nedene yönelik olmalıdır. Demir eksikliğinin esas nedeni tespit edilip uygun şekilde tedavi edilmelidir.

Demir eksikliği anemisinin tedavisinde öncelikle oral tedavi tercih edilir. Oral tedavide emilimi daha iyi olduğundan Ferröz (Fe++) demir tercih edilebilir. Tedavi dozu 150-200 mg/gün'dür. Tolere edemeyen hastalarda Ferrik (Fe+++) demir verilebilir. Hemoglobin normale döndükten sonra tedaviye yaklaşık 6 ay daha devam edilir.

İnfanlar, adölesanlar, gebeler, düzenli kan donörleri ve menorajili bayanlar gibi demir ihtiyacının arttığı ya da demir kabının olduğu durumlarda demir proflaksisi gerekir.

Birinci basamak hekimlerinin demir eksikliği anemisini yönetiminde bazı sevk kriterleri vardır. Hemoglobinin 7 gr/dl'nin altında olması, tedaviye yeterli cevap alınamaması, hemolitik anemi şüphesi, belirgin splenomegali, hemoliz bulguları, ailede hemolitik anemi öyküsü, dışkıda kan görülmesi, anemi ile birlikte kalp yetmezliği bulgularının olması, etiolojinin açıklanamaması ve yaşlı hastalar sevk edilmelidir.

Kaynaklar

WHO. <https://www.who.int/topics/anaemia/en/>

<https://emedicine.medscape.com/article/202333-overview>

Yılmaz M. KTÜ Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı. Demir eksikliği anemisi. Ppt sunumu.

T.C. Sağlık Bakanlığı Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri 2012.