

POSTER SUNULARI

P - 1

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE TAKİBİ GEREKEN PULMONER EMBOLİ VAKALARININ PROSPEKTİF ANALİZİ

H. FİSTİKÇİ, İ. DEMİREL, E. GÜLEK, M. Ş. YILDIRIM,
N. ÇAKAR

ACIBADEM HASTANESİ ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON
İ.Ü. İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ ANEST. VE REANİMASYON AD

Amaç: Yoğun bakım ünitelerinde takibi gereken masif PTE olgularının tanı ve tedavi aşamalarının etkinliğini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Yöntem: Tedavi öncesi demografik bulgular, altta yatan hastalık, yakınmaları, fizik muayene bulguları, hemodinamik parametreleri, GKS, APACHE II skoru, laboratuvar değerleri, EKG, arter kan gazları, PA akciğer grafisi bulguları, SpO₂, ETCO₂, ekokardiyografi bulguları ve spiral toraks BT bulguları kaydedilmiştir.

Hastanın tanısının konulmasını takiben yapılan destekleyici ve spesifik tedavilerin sonuçları ile yoğun bakım kalış süresi ve hastanede kalış süresi kaydedilmiştir.

Bulgular: Hastaların ikisi erkek, beşi kadın, yaş ortalaması: 59,4 idi. PTE için en sık semptom ve bulgular değerlendirildiğinde; risk faktörü immobilite (72%), tanı anında semptom dispne (86%) ve fizik muayene bulgusu taşikardi (86%) bulunmuştur. 3(%42) hastada şok tablosu vardı. Ortalama APACHE II skoru:19,1, GKS:10,6 idi. D-dimer tüm hastalarda normal sınırların üstündeydi. Troponin-T 2(28%) hastada yüksekti. ALT/AST şok tablosu gelişen 2 hastada artmıştı (>3000). EKG'de en sıklıkla sinüzal taşikardi (86%), akciğer grafisinde hiler dolgunluk (72%) saptanmıştır. Solunumsal asidoz 4(57%), solunumsal alkaloz 3(42%) ve hipoksemi ise tüm hastalarda mevcuttu. ETCO₂ hastaların tamamında düşüktü. Ekokardiyografide pulmoner emboliyi destekleyen bulgular 5 hastada saptandı. Spiral BT anjiyografi yapılan hastaların tamamında PTE lehine bulgu saptanmıştır.

Non-invaziv pozitif basınçlı mekanik ventilasyon 2(28%) hastaya, invaziv pozitif basınçlı mekanik ventilasyon ise 5(72%) hastaya uygulanmıştır. İnotrop tedavi 3(42%) hastada gerekmiştir. 2 hastaya CPR gerekmiş, 1 hasta exitus olmuştur. 2 hastanın başlangıç tedavisi trombolitik tedavi olmuş ve bu hastaların 1 tanesinde kanama komplikasyonu gelişmiştir. Kalan 4 hastaya ise başlangıçtan itibaren tedavi dozunda LMWH başlanmıştır. Trombolitik tedavi yapılan ve LMWH kullanılan hastaların tamamında klinik düzelme olmuştur. Ortalama yoğun bakım kalış süresi 7.8 gün olmuştur.

Sonuç: Yoğun bakımda takibi gereken masif PTE hastalarında spiral BT anjiyografi ve ekokardiyografi tanı koymada oldukça yararlıdır. Hemodinamik ve solunumsal instabil masif PTE vakalarında trombolitik tedaviden yararlanılmalıdır.

P - 2

HELLP SENDROMLU HASTA DENEYİMLERİMİZ

D. MEMİŞ, M. T. İNAL, İ. VATAN

TRAKYA ÜNİV TIP FAK ANESTEZİYOLOJİ AD

Amaç: HELLP sendromu; hemoliz, karaciğer enzim yükselmesi ve düşük trombosit sayısı ile karakterize olup, maternal mortalite % 0-24 arasında seyretmektedir (1,2,3). Bu çalışmada Yoğun Bakım Ünitemizde Ocak 2002-Aralık 2007 tarihleri arasında takip ve tedavileri yapılan HELLP Sendromlu hastalarımızın özellikleri retrospektif olarak belirlenmiştir.

Yöntem: 5 yıllık sürede Yoğun Bakım Ünitesinde HELLP Sendromu tanısı almış 32 olgunun demografik özellikleri, yoğun bakımda kalış süreleri ve prognozları değerlendirilmiştir.

Bulgular: Olguların yaş ortalaması 27 ± 6.2 yıl olup, yoğun bakımda kalış süresi 6.93 ± 9.11 gün bulundu. 26 hasta şifa ile taburcu olurken, 6 olgu kaybedildi. Olguların 7 tanesinde böbrek yetmezliği gelişti ve bunların tamamına devamlı venö-venöz hemofiltrasyon uygulandı.

Sonuç: Bu araştırma sonucunda Trakya Üniversitesi Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Reanimasyon Kliniğinde HELLP sendromu tanısı nedeniyle izlenen hastalarda mortalite oranı %18 bulunmuştur. Bu hastaların yoğun bakımda takip ve tedavi edilmesini önermekteyiz.

P - 3

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI DENEYİMLERİMİZ

D. MEMİŞ, M. T. İNAL, U. SEZGINER

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ANESTEZİYOLOJİ AD

Amaç: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH); havayolu obstrüksiyonu ile karakterize bir pulmoner anormali olup solunum yetmezliğine en çok neden olan yetişkin akciğer hastalığıdır (1,2,3). Bu çalışmada Yoğun Bakım Ünitemizde Ocak 2002-Aralık 2007 tarihleri arasında takip ve tedavileri yapılan KOAH'lı hastalarımızın özellikleri retrospektif olarak belirlenmiştir.

Yöntem: 5 yıllık sürede Yoğun Bakım Ünitesinde KOAH tanısı almış 153 olgunun demografik özellikleri, yandaş hastalıkları, yoğun bakımda kalış süreleri ve prognozları değerlendirilmiştir.



Bulgular: 29 kadın (% 18.95), 124 erkek (% 81.04) toplam 153 hastanın yaş ortalaması 67 ± 10.33 yıl olup, yoğun bakımda kalış süresi 7.52 ± 7.10 gün bulundu. Hastaların tümünde solunum yetersizliği olup hepsine mekanik ventilatör tedavisi uygulandı. 3 hastada (%1.96) kor pulmonale tablosu, 7 hastada (% 4.5) konjestif kalp yetmezliği mevcuttu. 5 hastada (% 3.2) hipertansiyon, 6 hastada (% 3.9) diabetes mellitus, 5 hastada (% 3.2) pnömoni ve 7 hastada (% 4.5) kronik böbrek yetmezliği bulundu. 4 hastada (%2.6) serebrovasküler olay ve 2 hastada (%1.3) yaygın damar içi pıhtılaşma vardı. Birer hastada sepsis, tüberküloz, multipl myelom, pulmoner emboli, larinks tümörü ve gastrointestinal kanama mevcuttu. 119 hasta şifa ile taburcu olurken, 34 olgu kaybedildi.

Sonuç: Bu araştırma sonucunda Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Reanimasyon Kliniğinde KOAH tanısı nedeniyle izlenen hastalarda mortalite oranı % 22 bulunmuştur. Bu hastaların yoğun bakımda takip ve tedavi edilmesini önermekteyiz

P - 4

BAKTERİYEL MENENJİT SONRASI GELİŞEN AKUT DİSSEMİNE ENSEFALOMİYELİT (ADEM)' DE PLAZMAFEREZ UYGULAMASI (OLGU SUNUMU)

M. A. YAŞAR, A. KAPLAN, T. YÜCEL, H. ARIK, K. DEMİRDAĞ

FIRAT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON AD

FIRAT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İNFEKSİYON HAST. VE KLİNİK MİKROBİYOLOJİ AD

ADEM, beyin ve omurilikte dağılmış, bazen serebellum veya omuriliğe sınırlanan demiyelinizan odaklarla karakterize, özellikle subkortikal ak maddeyi tutan inflamatuvar demiyelinizan bir hastalıktır. Çocuklarda ve genç erişkinlerde ortaya çıkar. Çocuklarda akut evreden iyileşme sonrasında kalıcı davranış bozukluğu, mental retardasyon veya epilepsi görülebilirken erişkinlerde sıklıkla tam veya tama yakın düzelme görülebilmektedir. Birlikte görüldüğü klinik ortamdaki bağımsız olarak ağır formları sağ kalan olgularda ağır nörolojik sekillere yol açabildiğinden önem taşımaktadır (1,2).

Plazmaferез ile tedavi ettiğimiz, koma ve solunum yetmezliği bulunan fulminan ADEM olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: 24 yaşında erkek hasta, şuur bulanıklığı ve ateş nedeniyle F.Ü. acil polikliniğine getirildi. Lomber ponksiyonda bol lökosit ve gram (+) kok görülmesi üzerine menenjit tanısıyla infeksiyon hastalıkları kliniğine yatırıldı. Status epileptikus gelişmesi üzerine Anestezi Y.B.Ü'de entübe edilip mekanik ventilatöre bağlandı. 7. gün trakeotomi açıldı. Hastanın GKS 6E ile 9E arasında değişti. Yatışının 12. gününde bilincinin açılmaması nedeniyle çekilen kraniyal MR'da ADEM tanısı kondu. Tedaviye 6 gün boyunca 1x1 g metil prednizolon eklendi. Steroidle beraber haftada 2 kez, her defasında 30 ml/kg TDP ile 5 kez plazmaferез tedavisi başlatıldı. Son plazmaferезden sonra bilinci açılan hasta aralıklı Y konnektöre alınarak mekanik ventilatörden ayrıldı.

Yatışının 32. gününde hasta enfeksiyon hastalıklarının verildi. Hasta şifa ile taburcu edildi.

Taburcu olduktan 2 ay sonra kontrol MR'da bilateral talamuslarda, her iki internal kapsül posteriyör krusunda sentrum semiovale düzeyinde sağ pariyetal bölgede beyaz cevher içerisinde silik kontürlü hafif intensite artış (ADEM?) tesbit edilirken, 3 ay sonra 2. kontrol MR'da istenilen patolojik bulgu tespit edilmedi. Kontrol EEG normal olarak değerlendirildi.

Sonuç: ADEM tedavisinde yüksek doz steroid, İV immünglobulin, interferon ve plazmaferез uygulanmaktadır. Ancak plazmaferезle tedavi edilmiş çok az olgu sunumu bulunmaktadır. Steroide dirençli fulminan ADEM vakalarında plazmaferез etkili olabilir. Yapılan çalışmalarda yüksek doz steroide cevap alınamayan fulminan vakalarda plazmaferезin faydalı olabileceği bildirilmiştir. Plazmaferез endikasyonları ve kullanım protokolü için daha ileri çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır (3).

Kaynaklar:

- 1- Ropper A.H, Brown RH, Çeviri editörü; Murat Emre, Principles of Neurology, 8. baskı, 2006
- 2- Şahin S, Uysal S, Akut dissemine ensefalomyelit (ADEM), Türk pediatri Arşivi, 2005; 40: 199-203.
- 3- Miyazawa R, Hikima A, Takano Y, Plasmapheresis in fulminant acute disseminated encephalomyelitis, Brain & Development 23 (2001) 424-426.

P - 5

PROPOFOLE BAĞLI GEÇ PULMONER ÖDEM

M. T. İNAL, D. MEMİŞ, İ. VATAN, U. ÇAKIR, B. YILDIZ

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON AD, EDİRNE

Propofol (2, 6-diisopropylphenol), hipnotik ve sedatif bir ajan olup anestezide yaygın olarak kullanılmaktadır. Propofol yan etkileri olarak solunum depresyonu, apne, hipotansiyon ve enjeksiyon ağrısı görülmektedir. Biz, sezeryan operasyonu esnasında propofol kullanımına bağlı gelişen pulmoner ödem tablosunu sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

35 yaşında fetal distres nedeniyle acil sezeryana alınan bayan hastanın özgeçmişinde herhangi bir özellik, ilaç allerjisi yoktu. Laboratuvar testleri olağandı. İndüksiyon esnasında propofol 2 mg kg^{-1} ve rokuronyum 0.9 mg kg^{-1} kullanıldı. Anestezi idamesi sevofluran ve oksijen/azot protoksit karışımı ile sağlandı. Operasyon bitiminden 15 dakika önce hastada ventilasyon zorluğu gelişti ve periferik oksijen satürasyonu (SpO_2) %94'e düştü. Oskültasyonda akciğerde yaygın raller saptanan hasta entübe olarak yoğun bakımda takibe alındı. Akciğer grafisinde bilateral yaygın infiltrasyon saptanan hasta yatışının 2. saatinde ajitasyon neticesinde ekstübe oldu, propofol 2 mg kg^{-1} ve rocuronium 0.7 mg kg^{-1} kullanılarak tekrar entübe edildi. Entübasyon sonrası, SpO_2 ' de ve arteriyel basınçta ciddi düşme saptandı. Tekrar entübasyonda ilaç kullanımları neticesinde hastanın durumunda ciddi gerilemeler olunca pulmoner ödem ve

ilaç bağlantısını düşündük. Hastaya allerji için deri testi uyguladığımızda propofol kuvvetli pozitiflik gösterirken, rokuronyum için allerji testi negatif bulundu. Hasta 27 gün yoğun bakımda kaldıktan sonra taburcu edildi.

Tartışma

Propofole bağlı gelişen pulmoner ödem nadiren görülmektedir ve bu durum propofolün kimyasal yapısı ile ilgili olabilir. Pulmoner ödem saptanan hastalarda propofol kullanımının bu duruma neden olabileceği akla getirilmelidir. Bu komplikasyonun erken tanı ve uygun tedavi ile geri döndürülebileceğini düşünmekteyiz.

P - 6

YOĞUN BAKIM ÜNİTEMİZDE İNFEKSİYON

M. T. İNAL, D. MEMİŞ, A. D. ÇELİK, B. YILDIZ

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON AD, EDİRNE
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK
BAKTERİYOLOJİ VE İNFEKSİYON AD, EDİRNE

Amaç: Enfeksiyonlar yoğun bakım ünitelerinde en önemli sorunlardan biridir. Bu çalışmada 2006-2007 yılları içinde yoğun bakım ünitesinde enfeksiyon sürveyansı sunulmuştur.

Yöntem: 01.01.2006-31.12.2007 tarihleri arasında Reanimasyon yoğun bakım ünitesine kabul edilen 812 hastanın kültür sonuçları retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: 2006 yılı için hastane enfeksiyon hızı % 40.3 olurken bu oran 2007 için % 40 bulunmuştur. Ventilatörle ilgili pnömoni hızı (1000 ventilatör günü için pnömoni oranı) 2006 yılı için %13.3 olurken 2007 için % 22 bulunmuştur. 2006 yılında yatan 352 hastada santral venöz katater kullanma oranı % 79'dur. Santral venöz katater ile ilişkili kan dolaşımı enfeksiyon hızı (1000 katater günü için enfeksiyon oranı) % 23.9 bulunmuştur. 2007 yılında yatan 460 hastanın santral venöz katater kullanma oranı % 69'dur. Santral venöz katater ile ilişkili kan dolaşımı enfeksiyon hızı %19 olarak saptanmıştır. 2 yıl içinde yoğun bakım ünitemizde 197 üreme meydana gelmiştir. En sık rastlanan patojen *Asinetobacter*dir. Hastane enfeksiyonlarının organ sistemlere dağılımına bakıldığında kardiyovasküler sistemde 77, solunum sisteminde 72, kanda 27, üriner sistemde 19 ve santral sinir sisteminde 2 adet üreme saptanmıştır.

Sonuç:

Yoğun bakım ünitelerinde enfeksiyon etkenleri ile oranlarının bilinmesi enfeksiyon kontrol önlemlerinin etkili bir biçimde uygulanmasını sağlayacaktır. Yoğun bakımda ünitelerinde yıllık enfeksiyon profillerinin çıkarılmasının enfeksiyonların takibi ve önlenmesindeki başarı hakkında fikir vereceğini düşünmekteyiz.

P - 7

TEK DOZ FLURBİPROFEN ALIMINDAN SONRA GELİŞEN BİLİNÇ KAYBI

D. MEMİŞ, İ. VATAN, U. ÇAKIR, B. YILDIZ

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ,
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON AD, EDİRNE

Amaç: Nonsteroid anti inflammatuar ilaçların (NSAİİ) alımından sonra görülen gastrointestinal kanama, anafilaktik reaksiyon gibi yan etkileri uzun yıllardır tanımlanmıştır. Ancak çok nadir de olsa NSAİİ kullanımından sonra bilinç kaybı ve koma tanımlanmıştır. Biz bu olgu sunumumuzda, tek doz flurbiprofen alımından sonra gelişen bilinç kaybını sunacağız.

OLGU: 17 yaşında bayan hasta bilinç kapanıklığı nedeniyle acil servise getirildi. Ailesinden alınan anamneze göre; daha önce herhangi bir rahatsızlığı olmayan hasta başının ağrması üzerine bir tablet flurbiprofen oral yolla aldıktan bir saat sonra odasında bilinç kaybı ile bulunmuş. İlk muayenesinde bilinci kapalı ve ağrılı uyaranlara yanıt yoktu. Arteriyel basınç:120/70 mmHg, lalp atım hızı :90 vuru/dk. ritmik, Ateş:36.2°C olarak saptandı. Elektroensefalografi, beyin tomografisi ve daha sonra tekrarlanan MR, orta kulak muayenesi, biyokimyasal ve hematolojik parametreleri normal olup, patolojik refleksi yoktu. Hasta yoğun bakım ünitemize yatırıldı. 24 saat sonra bilinci açılan hasta, 48 saat sonra şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Flurbiprofen kullanımına bağlı gelişen bilinç kaybı nadir de görülse hayati tehdit eden bir reaksiyondur. Hekimler ilacı reçete ederken, bu ciddi reaksiyonun gelişebileceğini göz önünde tutmaları gerektiğini düşünmekteyiz.

P - 8

YOĞUN BAKIM ÜNİTEMİZDE 2003-2007 YILLARI ARASINDA TAKİP EDİLEN ZEHİRLENME OLGULARININ GERİYE DÖNÜK ANALİZİ

G. DEMİR, G. O. HERGÜNSEL, G. A. EREN,
Z. ÇUKUROVA, Y. KIZANLIK

BAKIRKÖY DR. SADİ KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ

Amaç: Bu çalışmada amaç; Yoğun Bakım Ünitemizde'nde 2003-2007 yılları arası zehirlenme nedeni ile takip edilen hastaların geriye dönük olarak incelenmesi, epidemiyolojik çalışmalar için ön veri toplanmasıdır

Yöntem: Bu çalışmada Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yoğun Bakım Ünitesi'nde 1.1.2003 – 31.12.2007 tarihleri arasındaki 5 yıllık süreçte takip ve tedavi edilen zehirlenme olgularının geriye dönük kayıtları incelenmiştir. İncelemede hastaların cinsiyet, yaş, doğum yeri gibi demografik özellikleri, zehirlenme şekilleri (suicid amacı, kaza, madde bağımlılığı v.b), grup ve alt gruplarına ayrılarak etken maddeler, hastaların psikiatrik bir hastalığı olup olmadığı, hastaların yatış süreleri, mekanik ventilasyon ihtiyacı olup olmadığı (ve ne kadar olduğu), yoğun bakımdan çıkış durumları değerlendirilmeye alınmıştır.



Bulgular: Bu tarihler arasında takip edilen 1273 hastanın 165 tanesi (%12.96) zehirlenme nedeni ile takip edilmiştir. Hastaların 111'i (%67.3) kadın, 54'ü (%32.7) erkektir. Ortalama yaş 27.9'dur. En sık zehirlenme sebebi 134 (%81.2) hasta ile suikud amacı ile ilaç alımları olup, bunu 13 (%7.9) hasta ile kazalar ve 12 hasta (% 7.3) ile madde bağımlılığı izlemektedir. 6 hastada (%3.6) ise etken belirlenememiş olup zehirlenme şüphesi ile takip edilmişlerdir. Hastaların 83'ü (%53.3) önceden bilinen bir psikiyatrik hastalığı olan hastalardır. Suikud amacı ile alınan ilaçlar arasında en sık etken antidepresan ilaçlar (%70.9), bu grup içinde ise en sık etken Amitriptilindir (%38.8). En uzun entübasyon süresi ortalama 8.50 gün ile CO zehirlenmelerinde, ardından ise ortalama 2.87 gün ile organofosfat zehirlenmelerindedir. En uzun yatış süresi ortalama 9.83 gün ile CO zehirlenmelerindedir. Hastaların 159'u (%96.4) taburcu edilmiş, 6'sı (%3.6) ölmüştür. Mortalite oranı %3.6'dır

Sonuç: Sonuç olarak, takip ettiğimiz zehirlenme olguları arasında, genç kadınlarda suikud amacı ile ilaç alımlarının ön planda olduğu ve bu amaçla trisiklik antidepresanlar içinden amitriptilin preparatlarının öne çıktığı görülmektedir. Bu oranın yüksek olmasının genç kadınlarda olası çevresel ve sosyal baskı nedeni ile suikud girişimlerinin yüksek olması ve reçete kontrolü olmayan amitriptilin preparatlarının kolay ulaşılabilir olmasıdır. Bu oranın azaltılabilmesi için amitriptilin preparatlarının reçete kontrolüne tabi tutulması gerekliliğinin olduğu kanısındayız

P - 9

ACİL OKSİJEN TEDAVİSİNİN ETKİLİ UYGULANMA ORANI

H. TÜRKAN, S. ŞENER, O. ÇINAR, E. DÜZOK,
M. EROĞLU, Ö. DURAN, M. DURUSU

*KASIMPAŞA ASKER HASTANESİ ANESTEZİYOLOJİ VE
REANİMASYON SERVİSİ, İSTANBUL
GATA ACİL TIP ANABİLİM DALI, ANKARA*

Amaç: Oksijen tedavisi solunumsal ve solunumsal olmayan acil durumlarda sıklıkla uygulanan bir tedavidir ve uygulama yolları çeşitlidir. Farklı klinik durumlarda uygulanması gereken yolu ve doğru oksijen konsantrasyonunu seçmek önemlidir. Yanlış oksijen tedavisi uygulamaları acil hastaların tedavilerini olumsuz etkiler. Bu nedenle, çalışmamızda acil ve kritik hastalara doğru oksijen uygulaması konusundaki yaklaşımı araştırdık.

Yöntem: Oksijen uygulaması ile ilgili 8 sorudan oluşan bir anket hazırlandı. Hazırlanan anket 20 hemşire, 30 acil nöbeti tutan asistan doktor, 50 intörn doktor'dan oluşan 100 sağlık personeline uygulandı. Verilerin istatistiksel analizi SPSS istatistik paket programı kullanılarak x2 testi ile yapıldı.

Bulgular: Çalışmamızda anketi tamamlayarak geri verme oranı % 92, soruları doğru olarak cevaplama oranı ise sadece %13 idi.

Sonuç: Çalışmamız uygun oksijen tedavisi konusunda anlamlı bir bilgi açığı olduğunu ortaya çıkardı. Bunun muhtemel sebebi oksijenin ilaç gibi görülmemesi olarak değerlendirildi. Bu nedenle, oksijen tedavisi her ne kadar tıp ve meslek eğitimleri süresince farklı başlıklar altında öğretilmesine rağmen, oksijen tedavisi endikasyonları uygulama yolları ve akım hızlarına ilişkin eğitimleri güncellenerek bilgilerin yenilenmesinin önemli olduğu sonucuna varıldı.

P - 10

FENİTOİN ALAN BİR HASTADA GELİŞEN TOKSİK EPİDERMAL NEKROLİZ: OLGU SUNUMU

G. DEMİR, G. A. EREN, Y. KIZANLIK, E. YAVUZ,
Z. ÇUKUROVA, G. O. HERGÜNSEL

*BAKIRKÖY DR. SADİ KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ*

Amaç: Yoğun bakım ünitemizde takip edilen 70 yaşında kadın hastada fenitoin kullanımına bağlı gelişen Toksik Epidermal Nekroliz olgusu tartışılmıştır.

Yöntem: Hasta intrakranial kitle nedeni ile oper edildikten sonra mekanik ventilasyon desteği, yakın takip ve tedavi amacı ile yoğun bakım ünitemize alınmıştır. İntrakranial kitle eksizyonuna bağlı olarak bilinci kapa hastada, sağ santral fasial paralizi ve sol hemiple oluşmuştur. Hastaya operasyon sonrası 3 günde konvülsiyonları oluşması üzerine i.v 2x125 mg fenitoin tedavisi başlanmıştır. Tedavinin 30. gününde fenitoin PEG'den 2x100 mg tablet forma geçildi. Fenitoin tedavinin 33. gününde hastada TEN gelişti.

Bulgular: Lezyonlar, baş ve boyun bölgesinden başlama üzere hızla yayılım gösteren ve gövde, tüm sırt bölgesi üst extremiteinin büyük bir kısmı, gluteal bölge, genital bölge ve alt extremiteinin proksimal kısımlarında eritematöz lezyonlar şeklinde başladı. Eritemli cilt üzerinde eş zamanlı olarak lividi renkte, gevşek, Nikolsky pozitif, yer yer birleşme eğilimi gösteren büller oluştu. Dudaklarda hemorajik krutlar, heriki gözde konjunktival hiperemi ve ülserasyonlar oluştu. Ağız içi mukozal yüzeyler eritematöz idi. Alınan deri biopsisi, ilaç erüpsiyonu ile uyumlu olarak değerlendirildi. Rutin laboratuvar incelemesinde sedimentasyon hızı 60mm saat -1, Hb:8.4 gr dl -1, Htc: 9 24.71, Plt: 464.000 (mm3) -1, beyaz küre sayısı: 8.17 (mm3) -1, glukoz: 151 mg dl -1, üre: 56 mg dl -1, kreatinin: 0.6 mg dl -1, AST: 46 IU lt -1, ALT:30 IU lt -1, Na:144 mEq lt -1, K:3.7mEq lt -1, Cl:107 mEq lt -1, idrar pH'sı 8.0. Dansite: 1017, albumin: +1, lökosit negatif olarak test edildi. Fenitoin tedavisi hemen sonlandırıldı. TE gelişiminden 5 gün önce alınan idrar kültüründe Candida balgam kültüründe pseudomonas üremesi olan hastaya 2x500 mg amikacin, 2x100 mg fluconazole verilmekte idi. Ayırıcı tanıda haşlanmış deri sendromu düşünülmeye üzerine hastadan kan, idrar ve balgam kültürleri tekrar edilip antibiyotik tedavisine 4x500 mg imipenem, 2x600 mg linezolid eklendi. Analjezi amacı ile 0.1 mcg kg dk-1 morfin infüzyonu başlandı. Tedavisinde mevcut olan asetil siste

tablet formdan i.v forma geçilip dozu yükseltildi. 5 gün süre ile 5 gr gün⁻¹ İVİG tedavisi verildi. Tedaviye ayrıca 2x45 mg feniramin eklendi. Lezyonlu cilt bölgeleri antibiyotikli ıslak pedlerle kapatıldı. Tedavinin 6. gününden itibaren ilk lezyonların olduğu bölgelerde epitel adacıklarının olduğu gözlemlendi, tedavinin 20. gününde epitelizasyon oranı yaklaşık olarak % 80, 25. günde ise %100 oranına yakın idi. Epitelizasyon tamamlanıncaya kadar lokal uygulamalara devam edildi.

Sonuç: TEN tablosunun hastanın takibinin 58. gününde yaygın hiperpigmentasyon ve sağ gözde oluşan entropion komplikasyonları ile sona erdiği görülmüştür. Hasta solunumsal parametrelerinin yetersiz oluşundan dolayı 16 gün daha yoğun bakım ünitesinde takip edildikten sonra, bilinç kapalı, ağrılı uyarana extensör yanıt veren, sol hemiplejik, sağ fasial paralizik, trakeostomiden oda havasında spontan solunumda, beslenme ve medikasyonu PEG'den yapılan bir hasta olarak takip ve tedavisinin devamı için Noroloji servisine externe edilmiştir.

P - 11

GRIGGS YÖNTEMİYLE AÇILAN TRAKEOTOMİLERİN ERKEN KOMPLİKASYONLARI

M. A. YAŞAR, A. KAPLAN, T. YÜCEL, H. ARIK, S. F. ÖNER

FIRAT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON AD

Amaç: Son yıllarda tıp alanındaki gelişmeler ile bazı cerrahi girişimler yerini perkütan tekniklere bırakmıştır. Ameliyathane ortamı gerektirmeyen, hasta yatağında yapılabilen, düşük komplikasyon oranı ile perkütan trakeotomi yöntemi YBÜ'de sıklıkla uygulanmaktadır.

Bildirimizin amacı Griggs yöntemiyle açtığımız trakeotomilerin erken komplikasyonlarını sunmaktır.

Yöntem: 2004 Eylül - 2008 şubat tarihleri arasında Anestezi YBÜ'de 189 trakeotomi açıldı. İşlem öncesi hastaların trombosit sayımı, protrombin zamanı ve aktive parsiyel tromboplastin zamanı, INR'ne bakıldı. Trombosit sayımı en az 50.000/mm³, PTZ ve APTT ise normal değerlerin 1.5 katını geçmeyecek şekilde ayarlandı. Body Mass Index, Hb değeri, oksijen saturasyonu, APACHE II skoru not edildi, işlem sırasında da; girişimin süresi, kanama miktarı, yanlış pasaj, dilatasyon zorluğu, trakeotomi kanülünün yerleştirme zorluğu, işlem sonrası cilt altı anfizemi, pnömotoraks not edildi.

Entübe ve mekanik ventilatöre bağlı hastalara 2 mg/kg propofol, 1 µg/kg fentanyl ve 0.1 mg/kg vektüronyum uygulandı. Hastanın omuzları altına kontrendikasyon yoksa rulo konarak baş ve boyun ekstansiyona getirildi. İşlemin uygulanacağı bölge antiseptik solüsyonla temizlenip steril örtü örtüldü, fiberoptik bronkoskopi ışığında forseps dilatasyon kullanılarak Griggs yöntemiyle trakeotomi açıldı.

Girişimin yapılacağı alanda enfeksiyon bulunması, servikal vertebra fraktürü, 18 yaşın altında olanlar çalışma dışında bırakıldı.

İşlem öncesi hasta yakınlarına yazılı onam belgesi okutulup imzalatıldı, işlem sonrası hastalara yatak başında akciğer grafi çekildi.

Bulgular: 189 hastaya Griggs yöntemiyle uygulanan trakeotomi işlemi, olguların 1'inde CPR'a yanıt veren kardiyak arrest (%0.5), 1'inde trakea arka duvar laserasyonu (%0.5), 1'inde cilt altı amfizemi (%0.5), 6'sında müdahale gerektirmeyen venöz kanama (% 3.1) gelişti. İşlemin ortalama süresi 2.89 dakika olarak ölçüldü.

Sonuç: YBÜ'de endotrakeal entübasyon karşısında pek çok avantajı bulunan trakeotomi seçenek olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak komplikasyonları en aza indirmek için bölgenin anatomisini iyi bilmek, uygun operasyon şartları ve teknik, dikkatli arteriyel ve venöz hemostaz, işlem sonrası rutin akciğer filmi, steril aspirasyon tekniği, yumuşak kafalı trakeotomi tüpü, havanın uygun nemlendirilmesi, işlem sonrası dikkatli kan gazı takibini öneririz.

Tablo.1

Komplikasyon	Sıklık n (%)
Kardiyak arrest	1 (0.5)
Trakea arka duvar laserasyonu	1 (0.5)
Cilt altı amfizemi	1 (0.5)
Minör kanama	6 (3.1)

P - 12

TIP EĞİTİMİNDE BİR EPİDEMİYOLOJİ ÇALIŞMASI: AFYONKARAHİSAR'DAKİ ZEHİRLENMELER

M. KILIÇ, B. AYIK, Ö. ÖRMECİ, M. KANDEMİR, Ş. BİLEN, G. YAZICIOĞLU, D. D. EROL

Kocatepe Üniv. Tıp Fak.

Anadolu Üniv. İşletme Fak.

Amaç: Zehirlenme olgularında mortalite ve morbidite; acil tedavi yaklaşımına, yeterli reanimasyon desteğine, alınan madde ve miktarına, spesifik antidot tedavisine, var olan organ rezervlerine çok yakından bağlıdır. Bu olgularda ilk ve acil yaklaşım, konu hakkında gerekli ve acil bilgiyi gerektirir. Her geçen gün değişen tüketim maddelerine göre zehirlenmelerde de değişen klinik tablolar görülmektedir. Hekimin değişen yaşam tarzına uygun olarak zehirlenmelere yol açan etkenleri ve yaklaşımı bilmek ve zamanında uygulamak zorundadır. Bu çalışmada, ileri tetkik ve tedavi merkezinde zehirlenmelerde güncel epidemiyolojik bilgileri saptamayı amaçladık.

Yöntem: AKÜ. Tıp Fak. Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD. Yoğun Bakım ünitesinde 2001-2008 yılları arasında takip ve tedavi edilen zehirlenme olguları retrospektif olarak değerlendirmeye alınmıştır. Olguların yaş, cins, tanı, zehirlenme etkenleri, klinikleri, uygulanan yaklaşımlar, sonuçları ve yoğun bakım süreleri kaydedilmiştir. Veriler SPSS programı ile analiz edilmiştir.



Bulgular: Çalışma kapsamındaki 76 olgunun en küçüğü 14, en büyüğü 68 yaşında olup, %67.1'i 30 yaşın altındadır. Olguların %65.8'ini bayanlar, %34.2'sini erkekler oluşturmaktadır; bunların %18.4'ü kaza ile etkilenirken, %81.6'sı özkıyım amaçlıdır. Tedaviye alınan %98.7 olgu sağkalırken %1.3'i kaybedilmiştir. Yoğun bakım süreleri en az 1 gün ile en çok 24 gün, ortalama yatış süresi 4.57 gündür. Zehirlenme etkenleri incelendiğinde özkıyım girişimlerinde antidepresanların ve analjeziklerin; kaza ile gelişen olgularda tarım ilaçları, karbonmonoksit ve mantarın ağırlıklı olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Zehirlenmelerin genç yaş grubunda ve antidepresan kullanımında fazla oranda görülmesi, özkıyım girişiminin %81.6 oranında olması psikiyatrik yönden ele alınmalıdır. Saptanan özkıyım amaçlı medikasyonların genellikle kolay sağlanabilen maddeler olması, bu ilaçların temini ve tüketiminde denetimini gerektirmektedir. Zehirlenme olgularına erken ve etkin yaklaşım sağkalım oranını artırmaktadır. Bu nedenle tıp eğitiminde güncel zehirlenme etkenlerine karşı uygulanan yaklaşımların, uygulamalı eğitim ile sağlanması yararlı olacaktır.

Kurtarılan her yaşamın korunması gereken milli servet olduğu bilinciyle; ülkemizin güncel sağlık sorunlarının belirlenmesi, bunlara uygun çözümlerin üretilmesi ve bu bilgilerle donanmış hekimlerin yetiştirilmesi önemlidir.

P - 13

UZUN ETKİLİ KALSİYUM KANAL BLOKERİ ZEHİRLENMELERİ (OLGU SUNUMU)

V. HANCI, R. D. OKYAY, Ö. KANDEMİR, P. H. AYOĞLU, B. S. YURTLU, F. TAVUKÇU, İ. Ö. TURAN

ZONGULDAK KARAELMAS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON AD

ZONGULDAK KARAELMAS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
KARDİOVASKÜLER CERRAHİ AD

Amaç: Özkıyım amaçlı uzun etkili verapamil intoksikasyonu olan iki olgu nedeniyle kalsiyum kanal blokerleri intoksikasyonu ve tedavisinin irdelenmesi amaçlanmıştır.

Olgu: Bir olgumuz toplam 5,04 gr verapamil ve 56 mg trandolapril kontrollü salınan etken maddenin peroral alımından 14 saat sonra, diğer olgumuz ise toplam 3,6 gr uzun etkili verapamil peroral alımından 12 saat sonra hastanemize getirilmiştir. Genel durumu kötü, bilinci konfü, arteriyel tansiyon değerleri düşük olan olgularımıza aktif kömür, antidot olarak kalsiyum ve glukagon uygulanması yapılmıştır. Her iki olguda da dopamin, dobutamin, adrenalın infüzyonuna yanıtız hipotansiyonu olan hastaların ikisinde de takip sırasında, pacemaker kullanılmasına rağmen kardiyovasküler arrest oluştu ve kardiyopulmoner resüsitasyona (CPR) başlandı. İlk olguda CPR sırasında femoral ven-femoral arter yoluyla ekstrakorporeal dolaşım uygulandı. 10 saat ekstrakorporeal dolaşımında kalan hasta intraaortik balon

pompası ve maksimum dozda inotropik ve vazokonstriktör destek ile ekstrakorporeal dolaşımından çıkartıldı. Ancak maksimum dozda inotropik desteğe rağmen arteriyel tansiyon değerleri düşen, trombositopeni, ARDS, renal yetmezlik tablosu gelişen hasta kabulünün 5. günü exitus oldu. Diğer olguda ise CPR'a yanıt alındı. Takibinde tekrar kardiyak arrest gelişen ve CPR uygulanan hastada ilaç alımından 17 saat sonra idrar çıkışı başladı ve yoğun bakımda 2. gününde vitalleri stabilleşen hasta 15. gününde extübe, 50. gününde taburcu edildi.

Sonuç: Kalsiyum kanal blokeri zehirlenmesi yaşamı tehdit eden komplikasyonlara neden olabilecek, acil ve agresif destek ve antidotal tedavi gerektiren zehirlenmelerdir. Agresif resüsitasyon, plazmaferez, intraaortik balon pompası ve ekstrakorporeal dolaşım uygulamalarının da destek tedavide yeri vardır.

P - 14

PERİOPERATİF AKUT HİPERTANSİF ATAK VE AKCİĞER ÖDEMİ : FEOKROMASİTOMASI TEŞHİS EDİLMİYEN NEFROLİTİYAZİS OLGUSU

A. KAMAZ, H. ÖKSÜZ

KAHRAMANMARAŞ DEVLET HASTANESİ
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON AD

Amaç: Feokromasitoma adrenal medulladaki kromafin hücrelerinden yada sempatik sinir sisteminin diğer paraganglionlarından kaynaklanan nadir görülen bir tümördür⁽¹⁾.

Norepinefrin salgılayan tümörü olan hasatlar ciddi ve tedaviye dirençli hipertansiyon ile beraberken epinefrin ve dopamin salgılayan tümürlü hastalar taşikardi ile birlikte çarpıntı, kızarıklık, terleme, baş ağrısı, flushing, solukluk, titreme, panik ve korku gibi değişik semptomlar gösterir ve tanı için plazma ve idrar katekolamin ve katekolamin yakın ürünleri tespiti ile Bilgisayarlı Tomografi, Magnetik Rezonans kullanılır⁽²⁾. Biz sunumuzda, farklı tanısı olan hastaların intraoperatif ani taşikardi ve hipertansiyon ataklarında feokromasitomanın önemini vurgulamayı istedik.

Sol böbrek taşı operasyonuna alınan 19 yaşındaki erkek olgumuzda intraoperatif ani taşikardi, flushing, akut pulmoner ödem ve ciddi hipertansiyon atağına rastladık. Kan basıncı 270/190 mmHg, kalp atım hızı 170 atım/dk olarak tespit edildi. Nitrogiserin infüzyonu ve 1 mg propranolol tedavisine cevap vermeyen olguya Na nitroprussid ve esmolol infüzyonu uygulandı. Hemodinamik değerleri kontrol altına alınan olgu operasyon sonrası yoğun bakım ünitesine alındı. Yoğun bakım ünitemizde takip ve tedavisi yapılan olgu genel durumu düzeldikten sonra radikal tedavisi için ileri bir üniteye sevk edildi.

Sonuç: Feokromasitoma hipertansif hastalarda %0 oranında görülmekle birlikte klinik olarak şüpheli hastaların hızlı ve doğru değerlendirilmesi, cerrahi ile hastaların %90'ında iyileşme sağlanması ve komplikasyonların daha ço-

tanı konulmamış hastalarda görülmesi nedeni ile önemlidir (2)

Intraoperatif ani hipertansif ve taşikardi ataklarında feokromasitoma farklı tanılarda muhtemel etyolojik faktörlerden biri olarak düşünülmelidir. Hızlı ve doğru teşhis, hasta mortalitesi ve morbidite oranlarını düşürebilir.

Tanı konulmamış feokromasitomalı hastalar farklı teşhislerle operasyona alınabilir. Bu durum anesteziistler için hasta takibinde oldukça zor bir durumdur. Eğer tanı erken ve hızlı konulursa tedavi için α -blokerler yeterli olabilir.

Intraoperatif ani gelişen hipertansif kriz, disritmiler ve ciddi AC ödemi gelişen olgularda erken tanı ve tedavide feokromasitomanın düşünülmesi ve uygun medikal yaklaşımın hastanın mortalite ve morbidite oranında önemli azalma sağlayacağı göz önünde bulundurulmalıdır.

P - 15

YOĞUN BAKIM ÜNİTEMİZDEKİ İNTOKSİKASYON OLGULARIMIZ

S. OBA, H.Ş. TÜRK, P. AY, E. SAYLA, S. ÇINAR

ŞİŞLİ ETFAL EĞT. VE ARAŞ. HASTANESİ
1. ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ

Amaç: İntoksikasyonların büyük bölümü yoğun bakım ünitelerinde takip gerektiren sıklıkla prognozu iyi hasta grubudur. Çalışmamızda 1 yıl içerisinde acil servise başvurup yoğun bakım ünitemizde takip ve tedavisi uygulanan 31 olguyu incelemeyi amaçladık

Yöntem: 1 Ocak – 31 Aralık 2007 tarihleri arasında yoğun bakım ünitemizde intoksikasyon nedeniyle takip edilen 31 olguyu demografik verileri ve klinik seyirleri açısından inceledik

Bulgular: Sınıflandırmada: 19 antidepresan (12 amitriptilin, 2 alprozolam, 2 sertralin, 1 vella-faksin, 1 klomipramin, 1 mitazapin), 2 risperidon, 1 organik fosfat, 1 mantar, 1 klonezepam, 1 antikolinergik (oksibutin), 1 diltiazem, 1 kolşisin, 1 parasetamol ve 3 olguda da birden fazla ilaç alımı mevcuttur. 27'si suisid amaçlıydı. Olguların 23'ü kadın, 8'i erkek olup, bunların 6 tanesi 14 yaş ve altındaydı. Olguların yaş ortalaması 24.3 ± 12.9 olup yoğun bakımda yatış süreleri 2.3 ± 1.15 gündür. 3 olguya yapay solunum uygulanmıştır. Ortalama yapay solunum süreleri 3.6 ± 1.15 gündür.

Yoğun bakıma geliş Glaskow Koma Skorları 2 olguda 3, 1 olguda 8, 28 olguda ise 15' di. Olgulardan mantar intoksikasyonu yatışının 3.gününde ölmüş, 30 olgu şifa ile taburcu edilmiştir.

Yoğun bakım ünitemize girişte, zehir tedavi merkezi ile temasa geçilmiş, tam monitörizasyon yapılmış, gastrik lavaj, aktif kömür, mevcut tablo ve alınan ajanlar da göz önünde bulundurularak destek tedavi uygulanmıştır. Olgulardan 3'ünde toksik dozda ilaç alımı tespit edilmiştir.

Sonuç: İntoksikasyon olgularımız, yoğun bakım ünitemizin % 26.5'lik hasta gurubunu oluşturmuştur. Vakaların % 74'ü genç bayanlardır. Suisid amacıyla % 61.2 oranında antidepresan kullanılmakta ve bunların % 63.1 oranıyla da en büyük grubunu amitriptilin oluşturmaktadır. Olguların büyük kısmının genç ve sağlıklı olması, toksik doza ulaşmayan ilaç alımı, şuurlarının açık, solunumlarının

yeterli olması prognozunu iyi seyretmesini sağlamıştır. % 19.3' lük grubu 14 yaş ve altı çocuklar oluşturmakta ve bunların bir kısmının suisid amaçlı olması düşündürücüdür. İntoksikasyon olguları zamanında doğru müdahaleyle şifa ile sonuçlanır

P - 16

KURUMUMUZ REANİMASYON ÜNİTESİNDE 2007 YILINDA SAPTANAN ENFEKSİYON AJANLARI.

S. OBA, H. Ş. TÜRK, P. AY, E. GEZGİNER, A. AKAY

ŞİŞLİ ETFAL EĞT. VE ARAŞ. HASTANESİ
1. ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ

Amaç: Enfeksiyonlar, yoğun bakım ünitelerinde karşılaşılabileceğiniz en önemli komplikasyonlardan ve de sepsis, septik şok, multiorgan disfonksiyonu ile en önemli mortalite sebeplerinden biridir. Bu çalışmada bir yıl içinde servisimize yatmış olgular, primer hastalıklar ve izole edilen mikroorganizmalar yönünden incelenmiştir

Yöntem: 1 Ocak – 31 Aralık 2007 tarihleri arasında Reanimasyon servisimize yatan 117 olgu retrospektif olarak primer hastalıkları, kültür alınma yerleri, üreyen patojenler ve yoğun bakımda kalış süreleri açısından değerlendirilmiştir

Bulgular:

Olguların Demografik özellikleri:

Yaş (yıl)	49.23 ± 23.08
Cinsiyet E/K	58/59
Ortalama Yatış Süresi (gün)	42.69 ± 20.81

Olguların Primer Hastalıkları

Solunum Yetmezliği (KOA, Akciğer Ödemi, Pulmoner Emboli, Post Op)	30
Pnömoni	2
Konjestif Kalp Yetmezliği	9
Post CPR	8
Intrakranial Kanama	10
CVH	8
Status Epileptikus	2
İntoksikasyon	31
Travma	11
Sepsis	3
Subakut Sklerozan Panensefalit	1
Elektrik Akımına Maruz Kalma	1
Musküler Distrofi	1

Üreyen Patojen Ajanlar / Kültür Alınma Lokalizasyonu

	Kan	Trakea	İdrar	Katater	Yara	Steril vücut Sıvısı
Metisiline Duyarlı Staph. Aureus.	4					
Metisiline Rezistans Staph. Aureus.	39	51	1	2	2	4
Metisiline Rezistans Koag. (-) Staph.	81	4				
Pseudomonas	37	33	13	2		
Klebsiella	36	1	11			
Enterobacter	7	3				
Acinetobacter	32	33	4		1	5



E.Coli	8	7				
Proteus	3	2	4	1		
Micrococcus	2					
Vankorezistans enterococcus	1					
Enterococcus		2	7			
Candida	44	1	54	2		
Leuconastac			1			
D grubu streptococcus			1			
Haemophilus influenza		2				
Stenotrophomonas maltophilia		2				
Chromobacterium violaceum		1				
Serratia marcescens		1				
Mycobacterium Tuberculosis		1				

Sonuç: Reanimasyon servisimizde en fazla üreyen patojen ajan kan kültüründe tespitlenen Kaogülaz (-) MRS ' tir. Sırasıyla idrarda Candida ve trakeada MRSA takip etmiştir. Ülkemizde yapılan araştırmalarda değişmekle birlikte Acinebacter spp, Pseudomonas spp. ve MRSA sıklıkla üremektedirler. Bu bulgular Reanimasyon servislerinin floralarıyla ilişkilidir. Ayrıca hastanemiz ünitesinde olduğu gibi tüm Reanimasyon ünitelerinde sık antibiyotik kullanım gereksinimi ve süresinin uzun vadede olması, ayrıca foley sonda kullanımı son zamanlarda mantar enfeksiyonu görülme sıklığını da artırmaktadır.

Yoğun bakım ünitelerinde enfeksiyon etkenleri ile oranlarının bilinmesi, enfeksiyon kontrol önlemlerinin etkili bir biçimde uygulanmasını sağlayacaktır. Yoğun bakım ünitesinde veya hastane enfeksiyonu saptanan olgulara ampirik antibiyotik başlanması için bu verilerin yol gösterici olacağı kanaatindeyiz

P - 17

SUBAKUT SKLEROZAN PANENSEFALİT.OLGU SUNUMU

H. Ş. TÜRK, S. OBA, E. GEZGİNER, K. MISIRLIOĞLU, G. ATALAN

ŞİŞLİ ETFAL EĞT.VE ARAŞ. HASTANESİ
1. ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ

Amaç: Subakut Sklerozan Panensefalit (SSPE) kızamık enfeksiyonunu klinik olarak geçirmiş veya kızamık aşısı olmuş kişilerde nadir görülen (1/300000), geç dönemde ortaya çıkan, sıklıkla letal ve spesifik tedavisi olmayan bir komplikasyonudur. SSPE tanısı koyduğumuz bir olguya tedavi yaklaşımını paylaşmayı amaçladık.

Olgu: 8 yaşında erkek olgu şuur kaybı şikayetiyle gittiği özel hastaneden entübe halde Reanimasyon kliniğimize nakledildi. Gelişte ağrılı uyarana zayıf fleksör yanıt mevcutken, sözlü uyarana yanıtızsıdı. Yakınlarından alınan anamnezde 4 ay öncesinde başlayan öğrenme güçlüğü, dengesizlik, idrar kaçırma şikayetleri olduğu ve son 15 günde myoklonik tarzda kasılmaların başladığı öğrenildi. Özgeçmişinde aşılarını düzensiz yaptırdığını ve 2 yıl önce kızamık enfeksiyonunu geçirdiği öğrenildi.

Kranial MR'da bilateral parietookspital subkortikal ak maddede ve lateral ventrikül oksipital horn

komşuluklarında T2 ve FLAIR serilerde sinyal artışı, ayrıca EEG' de bilateral hemisferlerde yüksek amplitüdü, yavaş dalga paroksizmleri görülüp, spesifik olmamakla birlikte SSPE ile uyumlu olabileceği düşünülmüştü. Lomber ponksiyon sonucu BOS' ta antikızamık IgG ve total IgG ile serum antikızamık IgG düzeyi yüksek bulundu.

Karbamazepin, A-E vitaminleri ve İsoipinosine tedavisi başlandı. Klinik seyirde düzelme olmayan olgu 3 ay sonunda vefat etti.

Sonuç: SSPE' de seyir kişilik değişikliğiyle başlar ve myoklonik kasılmalarla devam eder. 6-24 ay içinde sıklıkla ölüm görülür. EEG ve kranial MR tanıda yardımcı olmakla birlikte kesin tanı serum ile BOS' ta kızamık antikorunu saptanması ve beyin parenkiminde virüsün gösterilmesiyle konulur. Olgumuzda beyin biyopsisi yapılmamış olmakla birlikte anamnez ve diğer laboratuvar bulguları tanıya götürmüştür. SSPE' nin spesifik tedavisi olmamakla birlikte İsoipinosine immünomodülatör ve antiviral etkinliği ile son zamanlarda erken dönem olgularda kullanılmaktadır ve % 20 başarı elde edilmektedir. Ancak ülkemizde üretimi olmadığından temini güçtür. Interferonda intratekal ve sistemik olarak kullanılmaktadır. Olgumuzu geç dönemde görmemize rağmen " SSPE Derneğinden " temin edilen İsoipinosine' i uyguladık.

Bu bilgiler ve olgumuz ışığında çalışma aşamasında ki ilaç uygulamalarına karşın SSPE prognozu kötü bir hastalıktır

P - 18

DİLTİZEM İNTOKSİKASYONUNA YAKLAŞIM

H. Ş. TÜRK, G. ATALAN, İ. İDİ, S. ÇINAR, S. OBA

ŞİŞLİ ETFAL EĞT.VE ARAŞ. HASTANESİ
1. ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ

Amaç: Kalsiyum kanal blokörleri (KKB) sık kullanılan kardiyovasküler bir ajanlardandır. Yavaş salınımı ve uzun yarılanma ömürleri nedeniyle, yüksek dozlarının alınımına bağlı zehirlenmeleri ölümcül seyretmektedir.

Olgu: 48 yaşında erkek olgu şuur kaybı, solunum sıkıntısı şikayetleriyle acil servise getirilmiştir .

Şuuru kapalı, sözlü uyarana yanıtızsızlık ve ağrılı uyarana zayıf fleksör yanıt veren olguda, gözler spontan açık, pupiller midriatik, perifer siyanoze, solunum yüzeysel, KTA: 40/dk aritmik, TA: 65/30 mmHg. idi.

Olgu entübe edilerek, kristaloid sıvı başlandı. 3 mg atropin amp. IV ve 20 µg/kg/dk dozunda Dopamin amp infüzyonu başlandı. Mekanik ventilatöre bağlandı. Tam monitörizasyon uygulandı. KTA 52/dk, TA 81/33 mmHg idi. İlaç intoksikasyonu olabileceği düşünülerek nazogastrik sondayla mide lavajı yapıldı, 1 g/kg aktif kömür verildi. 1U/saat insülin infüzyonu başlandı.

Yakınları tarafından üç ay önce Diltizem intoksikasyonuna bağlı benzer klinikle başka bir merkezin yoğun bakımında tedavisinin yapıldığı öğrenildi. Ayrıca evde bulunan Diltizem 60 mg tb.'e ait ilaç kutuları getirildi.

Diltizem intoksikasyonuna yönelik 10 mg/kg CaCl, 15 dakika arayla iki kez uygulandı. Ardından 30 mg/kg/saatten CaCl infüzyonuna geçildi. Hipotansiyonu

bradikardisi devam eden olguya 10 mg glukagon IV uygulandı.

Takiplerinde şuuru açılan, spontan solunumu yeterli hale gelip ekstübe edilen olgu 7. günde taburcu edildi.

Sonuç: Diltiazem zehirlenmesinde en ağır klinik tablo komadır. Hipotansiyon, sinüs bradikardisi, 2.- 3. derece kalp bloğu, sinüs arresti ve asistol olabilir.

KKB zehirlenmesinde tedavinin 3 temel amacı vardır: Destekleyici bakım sağlama, ilaç emilimini azaltma ve atılımını hızlandırma, kardiyotonik ajanlarla kardiyak fonksiyonları arttırmadır.

İlk olarak kardiyak monitörizasyon, oksijenasyon, hipotansiyonu düzeltmek için IV sıvı ve semptomatik bradikardi için atropin verilir. Mide lavajı ve aktif kömür verilerek KKB'lerin gastrointestinal yoldan emilimi engellenir. Kardiyak fonksiyonları artırmak için Ca, glukagon ve insülin gibi spesifik antidotlar kullanılır. Dopamin, dobutamin, pace-maker ve intraaortik balon pompası da bu amaçla kullanılabilir.

KKB zehirlenmeleri sık izlenmekte olup, erken tanısı ve gerekli tedavi materyellerinin sağlanması olası ölümcül vakaların istatistiğini düşürecektir

P - 19

YENİDOĞANIN GEÇ HEMORAJİK HASTALIĞI: OLGU SUNUMU

H. Ş. TÜRK, S. OBA, T. TOTOZ, E. SELÇUK, İ. PAKSOY

*ŞİŞLİ ETFAL EĞT. VE ARAŞ. HASTANESİ
1. ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ*

Amaç: Vitamin K, faktör II, VII, IX, X'un sentezinde yardımcı faktör olarak rol oynar ve plasental geçişi azdır. Yenidoğanın hemorajik hastalığı K vitamini eksikliğine bağlı gelişen bir kanama bozukluğudur. Özellikle intraserebral kanamaya neden olmaktadır. Erken, klasik ve geç tipi mevcuttur.

Geç tip, 2-24. haftalarda ortaya çıkar. 4/100000 sıklıkta görülür, doğumda K vitamini uygulanmamasına ya da altta yatan karaciğer hastalığına bağlı oluşmaktadır. Yenidoğanın geç hemorajik hastalığı tanısı almış, intraserebral kanama gelişmiş olgumuzu sunduk

Olgu: 2,5 aylık kız olgu şuuru kapalı ve fokal konvüzyonla başvurmuş. Kranial BT'de hematoma görülmüş. Beyin cerrahisi tarafından operasyona alınan olgunun hematomu boşaltılarak, parietal kemik batın içine gömülmüş. Operasyon sonrası, şuuru kapalı ve yeterli solunumu olmaması üzerine entübe halde Yoğun Bakım Ünitesine (YBÜ) alındı. Protrombin zamanı (PT) ve aktive parsiyel tromboplastin zamanı (aPTT) değerlerinde uzama görülmesi üzerine Hematoloji ile değerlendirilerek yenidoğanın geç hemorajik hastalığı düşünüldü. K vitamini uygulanması sonrası PT ve aPTT değerleri normale döndü. Faktör V ve VIII düzeyi ile kanama zamanı normal bulundu. Genel durumu düzelen, konvüzyonları kesilen olgu, operasyonla parietal kemik yerleştirilmesi sonrası ekstübe edilerek, 28. günde servise taburcu edildi.

Sonuç: Yeni doğanın geç hemorajik hastalığında PTT, PT uzamıştır. Kanama zamanı, trombosit sayısı, fibrinojen, faktör V ve VIII düzeyleri normaldir. Tanı, K vitamini uygulanması sonrası PT ve aPTT'nin normale dönmesi ile konur. İntraserebral kanamanın geç dönemde görülmesi K vitaminiyle koagülasyonda düzelme olması, faktör düzeyinin normal bulunması, tanımızı doğrulamıştır.

Yenidoğanın hemorajik hastalığından, topuktan kan alınması sonrası ya da göbek kordonundan anormal kanama ile şüphelenilebilir. Doğum sonrası uygulanan K vitamini, mortalitesi %9.4-65 arasında olan bu tabloya engel olabilmektedir. Uygulanan K vitamini etkisinin 3 gün süreceği ve anne sütündeki K vitamini düşük olduğu düşünülerek geç dönem olgularda atlanmamalıdır.

Sonuç olarak; yenidoğanın hemorajik hastalığı önlenebilir bir hastalıktır. Doğumun hemen sonrasında yapılacak 1 mg. K vitamini yaşam kurtarıcı olabilmektedir

P - 20

KONJENİTAL HEMOFAGOSİTİK LENFOHİSTİOSİTOZ: BİR OLGU SUNUMU

H. Ş. TÜRK, S. OBA, T. TOTOZ, P. AY, Ö. ÖZBAGRIÇIK

*ŞİŞLİ ETFAL EĞT. VE ARAŞ. HASTANESİ
1. ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ*

Amaç: Hemofagositoz aktive makrofajların kemik iliği hücresel elemanlarını fagosite edilmesi ile giden hayatı tehdit eden hemodestruktif sendrom olup, konjenital veya edinseldir. Konjenital Hemofagositik Lenfohistiostoz (HLH) genellikle fetal seyrederken, edinsel HLH daha iyi prognoz gösterir.

Nadir görülen, mortalitesi yüksek konjenital HLH olgumuzu semptomları, tanı, tedavi, klinik seyiri açısından incelemeyi amaçladık

Yöntem: .5 aylık erkek olgu ateş, karında şişlik nedeniyle pediatri kliniğimize başvurmuş. Pansitopeni nedeniyle takip edilirken genel durumunun kötüleşmesiyle entübe edilerek yoğun bakım ünitemize alındı. Gelişinde solunum sesleri kaba, hepatosplenomegalisi (HSM) mevcuttu. Hipertrigliseridemi, fibrinojenemi görüldü. Pansitopenisi ve koagülasyon bozukluğu devam eden olguya taze donmuş plazma, trombosit ve eritrosit süspansiyonu ile replasman uygulandı. Yanıt alınamaması üzerine kemik iliği aspirasyonu yapıldı. Hemofagositik hücreler görülmesi üzerine HLH tanısı kondu.

Deksametazon, siklosporin, etopozid, trimetopirim-sülfametaksolol ile kemoterapiye başlandı. İntratekal metotreksat uygulandı. Kemoterapi sonrası HSM'si geriledi ve transfüzyon ihtiyacı azaldı. Kan gazlarındaki düzelme sonrası ekstübasyonu denenen olgu hipoksisinin gelişmesi üzerine re-entübe edildi. 30 günlük takip sonrası doku perfüzyonu bozulan olgu vefat etti.

Sonuç: Konjenital HLH yaşamın ilk birkaç ayında görülür. Otozomal resesiftir. Edinsel hastalık enfeksiyonlara ikincildir. En önemli etken viral enfeksiyonlardır. EBV en çok görülenidir Hemofagositozda klinik olarak ateş, HSM, nörolojik ve hepatik bulgular, kanama diatezi görülebilir. Laboratuvarında pansitopeni, hipertrigliseridemi, fibrinojenemi



görülmür. Esas tanı, kemik iliğinde hemofagositik hücrelerin görülmesi ile konur. Edinsel formda enfeksiyon markerları pozitifdir. Bizim olgumuzda klinik bulgularla birlikte pansitopeni, hipertrigliseridemi, fibrinojenemi ve en önemlisi kemik iliği aspirasyonunda hemofagositik hücrelerin görülmesi tanıya götürmüştür. Akraba evliliği öyküsü, erken yaşta görülmesi, enfeksiyon markerlarının negatifliği konjenital forma yönlendirmiştir.

Tedavide kemoterapi (steroid , siklosporin, intratekal metotreksat ,etoposid, sitozin arabinozin) ve kemik iliği transplantasyonu yapılabilir. Bizde olgumuzun kemik iliği transplantasyonuna aday olabilmesi için uygun kemoterapi ajanları ile tedavisine başladık ,ancak yanıt alamadık.

HLH' de tanı konma aşamasında konjenital ve edinsel tip ayrımının yapılması mortalitesi yüksek bu sendromda tedaviyi yönlendirme açısından büyük önem taşımaktadır.

P - 21

GEÇ DÖNEM MANTAR İNTOKSİKASYONUNA BAĞLI HEPATORENAL SENDROM

H. Ş. TÜRK, S. OBA, K. MISIRLIOĞLU, T. TOTOZ,
G. ATALAN

ŞİŞLİ ETFAL EĞT. VE ARAŞ. HASTANESİ
1. ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ

Amaç: Mantar zehirlenmeleri erken müdahale edilmediğinde fatal seyreden zehirlenmelerdir.

Yöntem: 61 yaşında erkek olgu kolelitiasis nedeniyle operasyonu planlanırken, ikter , GIS kanama gelişmesi ve şuurunun kapanması üzerine Reanimasyon servisimize kabul edildi. Muayenesinde şuru kapalı, ağrılı uyarana ekstensör yanıtı mevcut, sözlü uyarana yanıt yoktu. GIS kanaması devam etmekteydi , kan aspirasyonuna bağlı solunum sesleri kabaydı. Taşikardikti ve TA alınamıyordu. İkter, yaygın peteşi ve ekimozları mevcuttu. Asit tespit edildi. Entübe edildi ve sıvı desteği ile birlikte dopamin infüzyonu başlandı. Kan şekeri ve albümin düzeyi düşük, üre, kreatinin, AST, ALT, LDH, CK , bilirubin ve amonyak düzeyi yüksek bulundu. Trombositopeni ve protrombin zamanında ciddi uzama mevcuttu. Metabolik asidoz ve respiratuar alkaloz mevcuttu. Hepatit markerları normaldi. Fulminan hepatit ve hepatorenal sendrom düşünüldü. Aileden alınan anamnezde olgunun bilinen hastalığının, kronik alkolizmin, ilaç alımının, beslenmeye dair özelliğinin olmadığı öğrenildi. Amonyak yüksekliği sebebiyle L ornitin L aspartat ve N asetil sistein infüzyonuna, laktuloz ile laktulozlu lavmana başlandı. Dopamin, taze donmuş plazma ,trombosit süspansiyonu ve sodyumbikarbonat infüzyonu ile destek tedavisi yapıldı. Klinik tabloda düzelme olmaması, idrar çıkışlarının az olması nedeniyle hemodiyalizasyon kötü hemodinamisine rağmen uygulandı. 3. günde vefat etti.

Ölümünden iki gün sonra yakınları tarafından olgunun karın ağrıları başlamadan 3 gün önce ava gittiği ve arkadaşlarından orada mantar yediğinin bilgisini yeni öğrendiklerini söylediler.

Sonuç: Mantar zehirlenmelerinin ilk 6 saati erken dönemdir. Bu dönemde prognoz iyidir ve semptomatik tedavi yeterlidir. Tanı konar konmaz agresif sıvı, elektrolit tedavisi başlanmalı ve mide lavajı ile aktif kömür tedavisi

uygulanmalıdır. Hemoperfüzyon ve hemodiyaliz mantar yenilmesini takiben ilk 24 saatte toksinin atılmasına yardımcı olmaktadır. Hepatorenal dönem mantar zehirlenmelerinin son evresidir. Alımdan 3-4 gün sonra yapılan tedaviye rağmen hepatik disfonksiyon belirgin hale gelir. Fulminan hepatik gelişmesinde mortalite yüksektir ve bu durumda karaciğer transplantasyonu hemen yapılmalıdır.

İnsanlar, mantar ve mantar zehirlenmeleri konusunda bilinçlendirilmelidir. Zamanın çok değerli olduğu mantar zehirlenmeleri olgularına YBÜ lerinde müdahale edilmelidir.

P - 22

NADİR GÖRÜLEN BİR ZEHİRLENME; İNHALASYON YOLU İLE THİDAN W35 (ENDOSULPHANE W35)

V. F. PEHLIVAN, N. YÜZBAŞIOĞLU, A. PEKMEZCI,
B. PEHLIVAN

ŞANLIURFA DEVLET HASTANESİ

Amaç: Thiodan W35 (Endosulphan W35) geçimini tarifi ile sağlayan bölgelerimizde sık kullanılan bir zirai ilaçtır. Suicid amaçlı kullanımı bildirilmişse de kazara inhalasyon ve temas yolu ile zehirlenmeler nadir görülmektedir. Zehirlenme olduğunda tekrarlayan tonik klonik konvülsiyon, hipokalsemi, metabolik asidoz, katekolaminlere aşırı duyarlılık, hipoglisemi, bronkokonstriksiyon, bronşit, pnömoni ve KC hasarı görülmektedir. Biz inhalasyon yolu ile fatal sonuçlanan ve özellikle zehirlenme bulgularının neredeyse tamamını gördüğümüz bir olguyu bildirmeyi amaçladık.

Olgu : 19 Y E hasta Thiodan W35 ilaç çuvalını depolarken, elinden düşüp patlamasıyla çıkan tozu inhale etmiş. Hemen açık havaya çıkarılan hastanın 15 dk içinde şuurunda bulanıklık, tonik klonik kasılmalar, bulantı ve kusma olması üzerine Viranşehir DH'ne başvurmıştır. Burada solunumunun kötüleşmesi üzerine entübe edilerek hastanemiz YBÜ'ne sevk edilmiş. Kabulde bilinç kapalı, taşikardi, yaygın ralleri, tonik klonik konvülsiyonları vardır. Konvülsiyonları devam eden hasta pentotal ve norkuron ile uyutuldu. 2. gün pental ve norkuron kesildi. Uygun sıvı resüsitasyonuna ve sedasyona rağmen taşikardisi devam etti. Kabulünde hemogram ve biyokimya değerlerinde problem olmayan hastanın 3. gününde KC enzimleri progresif olarak yükselmeye başladı. Eş zamanlı olarak kanama profili de bozulan hastaya 2x1 TDP verilmesine rağmen tüp içinden kanamaya başladı. Hergün çekilen akciğer grafilerinde 2. günden itibaren progresif olarak yaygın infiltratif değişiklikler izlendi. Eş zamanlı AKG'larında bozulan hastanın kliniği ve AC grafileri daha da kötüleşerek ARDS' e ilerledi (5. gün). Yatışının 9. gününde de kardiyak arrest gelişen hasta, yapılan resüsitasyona cevap vermedi. Hasta exitus olarak kabul edildi.

Sonuç: Literatürde Organokloridli bir insektisit olan Thiodan W35' le inhalasyon yolu zehirlenmeler bildirilmiştir. Ancak inhalasyon yolu ile oluşan mortalite vakaya rastlanmamıştır. Bu vakanın fatal seyretmesi kapalı ortamda inhalasyona bağlı olabileceğinden taşıma ve kullanım sırasında dikkatli olunmalıdır. Spesifik bir tedavisi olmayan bu zehirlenmelerde yapılacak

destekleyici tedavilerin de başarı şansı düşüktür ve yoğun bakımda dikkatli takipleri gerekir.

P - 23

HEMŞİRELİK KARARLARI İÇİN ELEŞTİREL DÜŞÜNME MODELİNİN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE KULLANIMI: OLGU SUNUMU

YURDANUR DEMİR, İSMET EŞER

EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU

Amaç: Bu bildiri, "konjestif kalp yetmezliği" tanısı ile yoğun bakım ünitesinde tedavi gören, bilinci açık 60 yaşında erkek bir hastanın hemşirelik bakım yönetiminin, "Hemşireler İçin Eleştirel Düşünme Modeli" ne uygun olarak sunulması amaçlanmıştır.

Yöntem: "Hemşireler İçin Eleştirel Düşünme Modeli" Kataoka-Yahiro ve Saylor (1994) tarafından acil servis ve yoğun bakım üniteleri gibi doğru kararların hızlı bir şekilde alınmasını gerektiren uygulama alanlarında hasta bakımının planlanmasında kullanılmak amacıyla geliştirilmiştir. Modelde eleştirel düşünme beş boyutta ele alınmıştır.

1-Hemşireliğe temel oluşturan özel bilgi

2-Hemşirelik deneyimi

3- Eleştirel düşünme yeterliği

4- Eleştirel düşünme için gerekli olan tutumlar

5- Eleştirel düşünme standartları olarak tanımlanmaktadır.

Hastanın hemşirelik öyküsü ve fiziksel değerlendirmesi Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Ölümleri Modeline göre gruplandırılmıştır. Bunun yanında hastanın anksiyete düzeyini belirlemede Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), yorgunluk düzeyini ölçmek için Yorgunluk Ölçeği (Fatigue Severity Scale - FSS) kullanılmıştır.

Bulgular: Hastanın verileri, hemşirelik sürecinin veri toplama aşaması kullanılarak elde edilmiştir. Modelin her basamağı hastanın verileri üzerinden özetlenmiştir. Hastanın öyküsü, fiziki muayenesi ve laboratuvar bulguları yanında yorgunluk (3.2 puan) ve anksiyete düzeyinin (15.3 puan) oldukça yüksek olduğu saptanmıştır. Hastanın modele göre değerlendirilmesi sonucunda, "alveollerde sıvı birikmesi sonucu gaz değişiminde bozukluk", "ödem ile ilgili cilt bütünlüğünde bozulma potansiyeli", "glomerüler filtrasyonun azalması ile ilgili sıvı volümü fazlalığı", "aktivite-egzersiz biçimi:yorgunluk", "kendini algılama-kavrama biçimi:anksiyete" gibi hemşirelik tanıları koyularak, gerekli hemşirelik girişimleri uygulanmış ve değerlendirilmiştir.

Sonuç: Hastaya uygulanan girişimler sonucunda, hastanın anksiyete düzeyi (6.8 puan) ve yorgunluk düzeyinde (5.7 puan) azalma olduğu saptanmış olup, hasta rahatladığını ifade etmiştir. Sonuç olarak, yoğun bakım hemşirelerinin kaliteli hemşirelik bakımını planlamada ve hasta için en iyi sonuçlara ulaşmada "Hemşireler İçin Eleştirel Düşünme Modeli"ni kullanabileceği düşünülmektedir. Bu model aynı zamanda, hemşirelik uygulamalarının gelişimine katkı sağlayabilir.

P - 24

YOĞUN BAKIM ÜNİTEMİZİN BİR YILLIK EX PROFİLİ

G. GÜLTEKİN, E. K. GÜR, E. ÖZENÇ

S.B HASEKİ E.A.H

2.ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ,İST

Amaç: Yoğun bakım ünitemizde bir yıl boyunca yatan hastalarda ex oranı ve ex olan hastaların ayrıntılı profilini göstermeyi amaçladık.

Yöntem: Yoğun bakım ünitemizde (7 yataklı) 1 Ocak 2007-1 Ocak 2008 tarihleri arasında yatan hastaların dosyaları incelendi .Ex olan 97 hastanın hastalık grubu, yaş, cins, yoğun bakımda yatış , mekanik ventilasyon ve trakeostomi süreleri, hangi servisten - hangi nedenle kabul edildiğini araştırmak için retrospektif bir çalışma yaptık.

Bulgular: 1 Ocak 2007 -1 Ocak 2008 tarihleri arasında yoğun bakım ünitemize kabul edilen hasta sayısı 407 kişi olup, bunların 289 tanesi kliniklere interne edilip, 21 tanesi taburcu oldu . 97 hastamız ise exitus(%23.83) oldu.

Ex olan hastalarımızın 42 si kadın, 55 i erkek ve en küçüğü 13, en büyüğü 85 yaşında olup ortalama yaş;64.7 dir .Hastalarımız en az 1 gün en fazla 102 gün YBÜ kalmış, ortalama YBÜ inde kalış süresi;12.3 gün ortalama mekanik ventilatörde kalma süresi ise;11.824 gündür.Mekanik ventilatörde takip edilen hastaların 21 i trakeostomize edilmiş, en az 1 ,enfazla 91 gün trakeostomize kalmıştır.

Geliş yerlerine göre : hastaların 36 sı(%37.11) acil servisten, 26 sı(%26.80) diğer kliniklerden, 20 si (%20.61) ameliyathaneden, 13 ü (%13.4) başka hastanelerden ,2 si(%2.06) koroner YBÜ den kabul edilmiştir.

Geliş sebebine göre :8 i(%8.24) multi travma ,15 i (%15.46) malignite, 5 i (%5.15) pulmoner hastalıklar ,2 si (%2.06) nörolojik hastalıklar (ensefalit), 2 si (%2.06) intoksikasyonlar,30 u (%30.92) kalp damar hastalıkları (KDH), 19 u (%19.58) postop takip,13 ü(%13.4) postresüsitasyon, 3 ü (%3.09) tüm bu sınıflara girmeyen hastalıklar nedeniyle takip edildi. Postop takip edilenlerin 8 i KDH ,6 sı malignite nedeniyle opere olmuştu.Resüsitasyon sonrası alınan hastaların 7 si KDH , 1 hastanın maligniteye bağlı arrest olduğu düşünülmüştür.

Sonuç: KDH nın çoğu eğitim ,toplum bilinci ve dikkatiyle önlenilebilir olmasına karşın hergün birçok insanın ölüm nedeni olmaya devam etmektedir.Üstelik takipsizlik nedeniyle bu hastalıklara yakalananlar acil servisten alınmış ve en çok ölüm nedeni KDH larına bağlı olmuştur. Bu veriler ışığında KDH da koruyucu hekimliğin önemini tekrar vurgulamak istedik



P - 25

NEDENİ BİLİNMEYEN DEV REKTUS KILIF HEMATOMU; OLGU SUNUMU

M. EKİCİ, E. YENİARAS, Ş. VATANSEVER,
E. ÖZYUVACI

S.B. İSTANBUL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
ANESTEZİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ

Giriş; Spontan abdominal rektus kılıfı hematomu (RKH) nadir olarak görülen, ancak fatal seyredebilen bir klinik tablodur. Görülme sıklığı kadınlarda ve 5./6. dekad üstü yaş grubunda fazladır. RKH yatıklığına neden olan en önemli faktör antikoagülan tedavidir.

Olgu; Özgeçmişinde hipertansiyon, kalp yetersizliği ve kompanse kronik renal yetersizlik olan 54 yaşında bayan hasta solunum sıkıntısı nedeniyle hastanemize yatırılmış. Pulmoner tromboembolizm açısından yüksek riskli olduğu düşünülerek profilaktik düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH) uygulanmış. Yatışının ikinci gününde hastanın sol alt kadranda şişlik ve şiddetli karın ağrısı saptanmış. Batın ultrasonu çekilen hastada sol üst kadranda, alt kadrana uzanan 12x13x15 cm boyutlarında hematoma saptanmış. Genel durumunun bozulan hasta yoğun bakıma alındı.

Hasta entübe edildi. Kan örneklerinde hemoglobini 5 mg/dl ve PT 25,9, aPTT 86,6 sn ve INR 2,2 olarak saptandı. Hastaya eritrosit suspansiyonu verildi. Hastanın hemoglobinin yükselmemesi, pıhtılaşma testlerinin düzelmemesi ve D-Dimer düzeyinin yüksek bulunması nedeniyle sekonder DIC düşünülerek tedaviye TDP ilave edildi.

Renal yetersizliği dekompense olan hastaya hemodiyalizasyon başlandı. Tedavisinin 7. gününde hastanın batın tomografisinde hematomaun 28x21x16 cm boyutlarına ulaştığı saptandı. Eş zamanlı ölçülen intraabdominal basınç 30 H₂O tespit edildi. Bunun üzerine hasta operasyona alınıp, hematoma boşaltıldı. Ancak hasta tedavisinin 16. gününde kaybedildi.

Tartışma ve Sonuç; RKH sıklıkla ani başlayan karın ağrısı ile karşımıza çıkar. Genellikle akut karını taklit eder. Hematom oluşumu yatıklığına neden olan en önemli faktör antitrombotik ve antikoagülan ilaçların kullanılmasıdır. Hematom oluşmuş olgularda hematoma yeterince büyük ise oluşturduğu hipovolemik şok, akut renal yetersizliğe yol açabilir. Genellikle hastalar akut renal yetersizliğe bağlı kaybedilmektedir. Olgumuz hematomaun büyüklüğü ve oluşturduğu hipovolemiye bağlı olarak kronik renal yetersizliğinin ilerlemesiyle hemodiyalize başlamış ve kaybedilmiştir.

Sonuçta, DMAH uygulanan ve batında ani gelişen kitlesi olan hastalarda RKH akla gelmelidir. Son yıllarda antiagregan ve antikoagülan tedavinin yaşlı hastalarda uygulanmasının artmasına bağlı RKH daha sık karşımıza çıkmaktadır. Nadiren fatal seyredebilen RKH riskini azaltmak için yaşlı kadın hastalarda düşük dozda DMAH uygulanması yararlı olabilir.

P - 26

KLİNİĞİMİZDEKİ MANTAR ZEHİRLENMESİ OLGULARININ RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRMESİ

B. YELKEN, A. ERKAN

OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Amaç: Mantar zehirlenmeleri, erken müdahale edilmediğinde mortaliteleri yüksek olan zehirlenmelerdir. Yoğun bakım ünitesinde mantar zehirlenmesi takip edilen 104 olgu retrospektif olarak değerlendirildi. Farklı mantar türlerinin alınmış olması, erken başvuru ve uygun tedaviye bağlı olduğunu düşündüğümüz farklı klinik tablolar ile takip edilen ve hemofiltrasyon veya plazmaferez uyguladığımız mantar zehirlenmelerinin önemini vurgulamayı amaçladık.

Bulgular: Yoğun bakımımıza kabul edilen hastaların en sık ilk başvuru şikâyetleri gastrointestinal sistem bulguları olup oran yaklaşık % 63.46'dır. Bu bulgular hafif mide bulantısından, kusma, karın ağrısı ve şiddetli diyareye kadar değişen farklı spektrumlarda karşımıza çıkmıştır.

İkinci sıklıkta rastladığımız başvuru şikâyetini santral sinir sistemi bulguları oluşturmaktadır olup oranı % 30.76'dır. Bunlar görme bulanıklığı, baş dönmesi ve baş ağrısından bilinç bulanıklığı ve halüsinasyona kadar değişebilen bulgulardır.

Olguların yoğun bakıma kabulünden sonra günlük rutin laboratuvar takipleri yapılmıştır. Karaciğer enzimlerindeki (ALT, AST) yükselme sıklıkla 1. günden itibaren başlamıştır. Bu bulgular %23.04 ile en sık rastlanılan laboratuvar patolojisi olmuştur. Bunu %21.15 oranında CK ve CKMB ve %5.76 oranında amilaz değerlerinin yüksekliği izlemiştir. Böbrek fonksiyonlarındaki bozulma daha geç dönemde rastladığımız bir bulgu olup %5.76 olguda BUN ve kreatinin yüksekliği saptanmıştır. Böbrek fonksiyonlarının bozulması nedeni ile beş olgu diyalize alınmıştır.

Yoğun bakımımıza kabul edilen olguların tümüne sıvı destek tedavisi yanında mide lavajını takiben aktif kömür tedavisine başlanmıştır. Karaciğer enzim yüksekliği saptanan olgularda Penisilin 2x9 milyon Ü ve N-asetil sistein medikasyona eklenmiştir. 9 olguya plazmaferez, 2 olguya hemofiltrasyon uygulanmıştır.

Takip ettiğimiz 2 olgu kaybedilmiş, 1 olgu karaciğer transplantasyonu için devir edilmiştir.

Sonuç: Mantara bağlı zehirlenmeler Türkiye'de bitki kaynaklı zehirlenmeler içinde en sık görülen gruptur. Bu tür zehirlenmelerde erken dönemde tanı ve tedavi büyük önem taşımaktadır. Toksinlerin %90'ı böbrek yoluyla elimine olurken %10'u karaciğer tarafından tutularak tekrar enterohepatik sirkülasyona dönmektedir. Toksik etkilerden korunmak amacı ile tedavide yer alabilecek diğer bir yöntem plazmaferez, hemoperfüzyon veya hemodiyalizdir.

Sonuç olarak hafif gastrointestinal bulgulardan şiddetli organ hasarlarına kadar değişen farklı klinik spektrumda karşımıza çıkan mantar zehirlenmesinde destekleyici tedavinin yanı sıra toksinin etkilerini önlemek ve klirensini arttırmak tedavinin ve bu tedavi programının erken dönemden itibaren uygulanması ile kalıcı organ hasarı insidansı ve mortalite azaltılabilmektedir.

P - 27

TORAKS CERRAHİSİNDE KOMBİNE EPİDURAL ANESTEZİ UYGULANAN HASTALARDA EPİDURAL BUPİVAKAİNİN;SİSATRAKURYUMUN OLUŞTURDUĞU NÖROMÜSKÜLER BLOK ÜZERİNE ETKİSİ

A. ÇAMDAL, E. ŞAVKILIOĞLU, M. Ş. TUNÇ, F. G. ULUS, B. KARLILAR, S. D. ÖZKAZANÇ

ATATÜRK GÖĞÜS HASTALIKLARI VE GÖĞÜS CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç: Toraks ve abdominal cerrahilerde, torasik epidural anestezi (TEA) ile genel anestezinin beraber kullanımı (kombine anestezi), cerrahi boyunca mükemmel bir analjezi ve kas gevşemesi sağlar. Kombine anestezi her iki anestezinin olumlu etkilerinin potansiyalize olmasını ve daha düşük anestezi ajan dozlarına bağlı olarak yan etkilerinin de azalmasını sağlar. Çalışmamızda TEA' nin sisatrakuryuma bağlı gelişen nöromusküler blok süresi, derinliği, geri döndürme ve rezidüel blok karakteristikleri üzerine etkilerini araştırmayı planladık.

Yöntem: Etik kurul onayı ve hastalardan bilgilendirilmiş onay alındıktan sonra, elektif torakotomi planlanmış ASA I-II risk grubundan, 30 hasta 15 kişilik iki gruba ayrıldı. Grup 1'e; TEA + total intravenöz anestezi (TİVA), Grup 2'ye; TİVA uygulandı. Grup 1 hastalara epiduralden yükleme dozu % 0.5 bupivakain 1.5 ml/segment olarak verildi. Propofol, fentanil ve sisatrakuryum ile indüksiyon yapıldı. Her iki grubun anestezi idamesi propofol infüzyonu ve gerektiğinde fentanil iv puşe ile sağlandı. Grup 1'de epidural anestezi için % 0.375 bupivakain infüzyonu 6 ml/st başlandı. Propofol dozu BIS değerine göre ayarlandı. İkinci TOF yanıtı oluştuğunda veya diyafragmada kasılma görüldüğünde sisatrakuryum verildi. Derlenme sırasında; TOF'a 4. yanıt alındıktan sonra neostigmin ve atropin verilip TOF'a 0,80 yanıt alındığında hasta ekstübe edildi. Nöromusküler değerlendirme; etki başlama süresine, klinik etki süresine, PTC sayısına, derlenme sırasında oluşan TOF 1 süresine, idame kas gevşetici dozlarının etkinlik sürelerine, TOFR 25-80 süresine, reversal time'a ve cerrahi yoğun bakımda rezidüel bloğa bakıldı.

Bulgular: Nöromusküler blok derinlikleri, klinik etki süreleri ve yoğun bakımdaki rezidüel blok miktarları açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Blok antagonizasyonuna rağmen, %36'lar civarında rezidüel blok bulundu.

Sonuç: Sisatrakuryumun blok derinliği, klinik etkinlik süresi, nöromusküler bloğun geri dönme süresi ve yoğun bakımdaki rezidüel blok miktarlarının epidural yolla verilen bupivakainden, bizim kullandığımız dozlarda etkilenmediğini bulduk. Ancak blok antagonizasyonuna rağmen, %36'lar civarında görülen rezidüel blok nedeniyle CYB'de bile nöromusküler monitörizasyonun gerekli olduğunu kanısındayız.

P - 28

KOAH AKUT ATAĞINA BAĞLI SOLUNUM YETMEZLİĞİ TEDAVİSİNDE HELMET'LE NONİNVAZİV VENTİLASYON TECRÜBELERİMİZ

M. TUNÇ, G. ÖZTÜRK, P. PEHLİVANOĞLU, S. KOKULU, T. ŞİPİT, E. ŞAVKILIOĞLU

ATATÜRK GÖĞÜS HASTALIKLARI VE GÖĞÜS CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç: KOAH'lı hastalarda akut atağa bağlı solunum yetmezliğinde standart tedaviye ilaveten noninvasif ventilasyon (NİV) uygulaması endotrakeal entübasyon ve mekanik ventilasyon ihtiyacını ve ilişkili komplikasyonları azaltır. Biz de KOAH akut atağına bağlı solunum yetmezliği nedeniyle yoğun bakıma aldığımız, helmet tipi maske ile NİV uyguladığımız olgularımızı sunduk.

1. OLGU: 54 y da erkek olgu, KOAH, korpulmonale tanıları ve vücut kitle indeksi 33 kg/m² ile yoğun bakım ünitesine alındı. AKG'da PCO₂ 77 mmHg, PO₂ 45 mmHg, pH 7.32 ve bilinç açık idi. Helmet tipi maske ile ventilatör cihazında CPAP ve PSV modunda NİV uygulandı. Yatışının 6.günü PCO₂ 67 mmHg, PO₂ 52 mmhg ve pH 7.35 kan gazı ile servise nakil edildi.

2. OLGU: 77y kadın olgu, KOAH, hipertansiyon, OSAS tanılarıyla ve vücut kitle indeksi 40 kg/m² ile yoğun bakım ünitesine alındı. AKG' da PCO₂ 65 mmHg, PO₂ 47 mmHg ve pH 7.335 iken oronazal maske ile BiPAP cihazına bağlandı. Kan gazları düzelen olguda tedavinin 6. gününde burun üzerinde maskeye bağlı laserasyon ve kanama gelişti. BiPAP uygulanamayan olgunun PCO₂ 58 mmHg, PO₂ 27 mmHg, pH 7.41 olması üzerine helmet tipi maske ile önceki CPAP ve PSV basınçlarında NİV uygulandı. 10. gün PCO₂ 57 mmHg, PO₂ 53 mmHg ve pH 7.381 ile hasta servise nakil edildi.

3. OLGU:60 y erkek olgu, KOAH, korpulmonale tanılarıyla yoğun bakıma alındı. AKG'da PCO₂ 58 mmHg, PO₂ 40 mmHg ve pH 7.30 iken helmet maske ile CPAP ve PSV modunda NİV uygulandı. 5.gün kliniği düzelen olgu PCO₂ 55mmhg, PO₂ 55 mmhg ve PH 7.40 ile servise nakil edildi.

Sonuç: Oronazal maske ile NİV uygulamalarında maske intoleransı ve basıya bağlı cilt yaraları, maske kaçakları ile başarı oranını azaltmaktadır. Helmet tipi maske ile bunların azaltılacağı söylenmektedir. KOAH akut atağına bağlı solunum yetmezliği gelişen ve NİV kriterlerine uyan hastalarda, helmet tipi maske uygulamasında sıkı klinik takiple başarılı sonuç alınabileceği düşüncesindeyiz.



P - 29

TROUSSEAU SENDROMU: OLGU SUNUMU

G. TURAN, G. YÜKSEL, A. ÖZGÜLTEKİN, S. BATAN,
F. ORMANCI, B. CEYLAN

HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ,
II. ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ

GİRİŞ: Trousseau sendromu maligniteler ile birlikte görülen gezici, yüzeysel, arteriyel ve venöz sistem trombozu olarak tanımlanmıştır. Patogeneizde koagülasyon sisteminde tümör hücrelerinin yol açtığı bozukluklar rol oynamaktadır. Over Ca nedeniyle opere olan ve cerrahi ile birlikte başlayıp tekrar eden serebrovasküler ataklar (SVO) ve solunum yetmezliği nedeniyle takip ettiğimiz bir olguyu sunmak istedik.

OLGU: 51 yaşında bayan hasta. Over Ca nedeniyle TAH+BSO operasyonu sonrasında, postop. 1. günde iskemik SVO nedeniyle nöroloji kliniğine yatırılarak antikoagülan tedavisi düzenlenmiş. 10. günde sağ hemihipoestezi bulgusu ile eve taburcu edilmiş. 10 gün sonra ikinci SVO nedeniyle nöroloji kliniğine yatırılan hasta 9. günde sol homonim hemianopsi tablosu ile taburcu edilmiş. 5 gün sonrasında 3.kez SVO nedeniyle nöroloji kliniğine yatırılmış. Kranial BT incelemesinde; sağ MCA alanında iskemi, sol frontal lobda laküner infarktlar tespit edilmiş.

Sol ayakta iskemi ve siyanoz gözlenen hastanın alt ekstremitelerinde venöz sistem renkli doppler USG'de; sağ femoral ven distali, yüzeysel ve derin femoral venlerde, popliteal vende trombus, sol femoral arter ve popliteal arterde tıkanıklık, sol ekstremitelerde distalinde akım yokluğu tespit edilmiştir. Batın BT incelemesinde; operasyon bölgesinde nüks lezyon, karaciğerde metastaz lehine lezyonlar gözlenmiştir. Hastanın takibi esnasında spontan göz açık, kooperasyon zor kuruluyor, spontan solunum mevcut, yeterli iken, solunum yetmezliği tablosu gelişerek, mekanik ventilasyon endikasyonu ile kliniğimize nakil edilmiştir. Kliniğimizde anibioterapi, antikoagülan tedavisi devam ederken, mekanik ventilasyon uygulanmıştır. Kliniğimize yatışının 3. gününde hasta weaning kriterlerine uygun olarak ekstübe edilmiş, 5. günde gözler spontan açık, kooperasyon zor kuruluyor, spontan solunum yeterli, solunum sesleri bilateral eşit, doğal, antikoagülan tedavi alıyor, nazogastrik tüp ile enteral beslenen tabloda haliyle nöroloji kliniğine nakil edilmiştir.

TARTIŞMA / SONUÇ: Trousseau sendromu, kanserin ilk belirtisi olarak görülebilmekte, tromboz nedeni araştırılmasında malignite tanısı konabilmektedir. Malignensi varlığı sürdükçe tromboz eğilimi devam ettiğinden, cerrahi çıkarım genellikle tedavide başarı sağlamaktadır. Bizim olgumuzda; antikoagülan tedaviye rağmen tekrarlayan tromboemboli ataklarının nedeni cerrahi ile tam kür sağlanamamasına bağlanmıştır.

P - 30

HELLP SENDROMUNDA İNTRAKRANİYAL HEMORAJİLER: ÜÇ OLGU SUNUMU

A. ÖZGÜLTEKİN, S. BATAN, G. YÜKSEL, F. ORMANCI,
E. DİNÇER

HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ,
II. ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ

Amaç: Hellp sendromu hemoliz, karaciğer enzimlerinde artış, trombositopeniyle karakterize, mikroanjiyopatik patoloji gösteren bir tablodur. Serebrovasküler olaylar anne mortalite ve morbiditesinin en önemli sebebidir. İntrakranial hemoraji ile kliniğimize yatan, mevcut laboratuvar bulgularıyla cerrahi müdahale yapılamayıp kaybedilen üç olgu sunulmuştur.

OLGU I: 29 yaşında, multipar, 34 haftalık gebe. Hellp sendromu tanısıyla acilen sezaryene alınmış. Postoperatif dönemde konvülsiyonlarının sürmesi üzerine kliniğimize nakil alındı. Gelişinde şuuru açık olan hastanın MgSO4 infüzyonu altında konvülsiyonu tekrarlayınca midazolam sedasyonu başlandı. Yatışının beşinci saatinde şuuru kapandı ve anizokorisi gelişti. Kranial BT'sinde ventriküler hemoraji ve hidrosefali görüldü. Trombosit sayısı 68.000, kanama zamanı 5 dakikanın üzerinde olduğu için cerrahi bir girişim yapılamadı. Hasta GKS: 3 olarak onbeş günlük takipten sonra kaybedildi.

OLGU II: 24 yaşında, nullipar, 37 haftalık, preeklampşik gebe. Hellp sendromu tanısı konarak acilen sezaryene alınmış. Operasyondan kısa süre sonra şuuru kapanmış ve anizokorisi gelişmiş. Kranial BT'sinde; parietookspital bölgede hematoma, yaygın serebral ödem, orta hat yapılarında şift olan hastaya trombosit sayısı 90.000, kanama zamanı 4,5 dakikadan olduğundan cerrahi bir müdahale yapılamadı. GKS: 3 olarak üç gün takibinden sonra hasta kaybedildi.

OLGU III: 39 yaşında, multipar, 36 haftalık gebe. Hellp sendromu tanısı konmuş. MgSO4 tedavisi altında konvülsiyonları olan hasta acilen sezaryene alınmış. Peroperatif dönemde anizokori gelişmiş. Kranial BT'sinde sol frontal intraserebral hematoma ve sol hemisferde yaygın ödem tespit edilen hastaya trombosit sayısı 55.000 ve kanama zamanı 5 dakikadan uzun olduğundan cerrahi bir müdahale yapılamadı. GKS:3 olarak 8 günlük takibinden sonra hasta kaybedildi.

Sonuç: Hellp sendromunda intrakranial kanamalar hipertansif tablo kontrol altında olsa da belirgin bir hipertansif kriz yaşanmaksızın mikroanjiyopatik zeminde oluşabilmekte ve trombositopeni ile kanama-pıhtılaşma problemleri hastalığın patogenezi olduğundan bu hastalar intrakranial cerrahi girişim için çoğunlukla uygun bulunmamaktadır. Bu nedenle bu komplikasyonlar gebeliğin hipertansif hastalıkları içinde % 10-15 ile ölüm nedenlerinin başında gelmektedir.

Kaynak:

1. Skidmore at al. J Stroke Cerebrovasc Dis, 2001;10;1-10

P - 31

AKUT SOLUNUM YETMEZLİĞİ İLE ORTAYA ÇIKAN WEGENER GRANULAMATOZİSİ

M. TUNÇ, G. ÖZTÜRK, E. İNCE, B. AKKALYONCU, T. ŞİPİT, E. ŞAVKILIOĞLU

AŞATÜRK GÖĞÜS HASTALIKLARI VE GÖĞÜS CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç: Wegener granülomatosisi (WG) üst ve alt solunum yollarının granülomatöz vaskülit ve glomerulonefritle karakterize bir klinikopatolojik durumdur. Bu hastalık sepsis ve ARDS'ye benzer bir klinik tablo çizerek, yoğun bakım hekimini tanı ve tedavide zor durumda bırakabilir(1). Biz de resüsitasyon sonrası sepsis, ARDS ön tanısıyla yoğun bakıma aldığımız ve takibi sırasında antinötrofil sitoplazmik antikorun (cANCA) pozitifliği ve eşlik eden klinik bulgularla ortaya çıkan WG olgumuzu sunduk.

OLGU SUNUMU : 28 yaşında kadın hasta, 1ay önce kulak ve boğaz ağrısı, öksürük şikayetleri ile başvurduğu merkezde verilen antibiyotik tedavisine rağmen düzelme olmaması ve nefes darlığı, göğüs ağrısı, öksürük gibi şikayetlerinde artma olması üzerine merkezimize gönderilmiş. Serviste izlenirken ani kardiyopulmoner arrest gelişen olgu resüsite edilerek yoğun bakıma alındı. Akciğer filminde yaygın bilateral infiltrasyon, PaO₂ / FiO₂ 110, laboratuvar bulgularında sedim 58 mm/h, albümin 1,4 g/dl, ALT 78 IU/L, kreatin klirensi 58 mg/dl, Hct 26 ve TİT'de eritrositüri olduğu görüldü. Anamnezinde 6 yıldır kronik anemisi olduğu öğrenildi. Ateş 38,2 C°, lökositoz (25000 / mm³) olan hastaya ampirik olarak imipenem başlandı. FOB da hemoraji görülen ve ventilatör parametreleri düzelmeyen olguya steroid başlandı. Bronkoalveolar lavajda klebsiella üremesi üzerine 8. gün piperasilin-tazobaktam ve teikoplanin'e geçildi. Tüp içi kanamaları olan ve ARB (-) gelen olguda cANCA pozitif gelmesi üzerine WG tanısı konarak yatışının 9.günü ve sonrasında pulse steroid ve siklofosfamid 3 gün uygulandı. Yüksek PEEP düzeyleri ve prone pozisyonu uygulanmasına rağmen kan gazları progresif olarak bozuldu. Tedaviye yanıt alınamayan olgu yatışının 14. gününde ex oldu.

Sonuç: Atipik bulgulardan dolayı WG'nin sıklıkla erken tanısı zordur. WG'li hastaların %81' inde tanı zamanında ve öncesinde otolaringolojik bulgular oluşur. Erken steroid ve siklofosfamid tedavisinin tutulumun sınırlı olduğu vakalarda etkin olduğu, ancak ciddi WG' li hastalarda çok az faydası olduğu bildirilmektedir. Olgumuz vasıtasıyla yoğun bakımda karşılaştığımız sepsis, ARDS olgularında ayırıcı tanıda nadir de olsa pulmoner hemorajileri atlamamak gerektiğini vurgulamak istedik.

P - 32

ARDS'Lİ HASTALARDA PRONE POZİSYONUNUN ETKİSİ: LİTERATÜR VERİLERİNİN İNCELENMESİ

Y. DEMİR, E. A. KORHAN, L. KHORSHID

EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU

Amaç: Akut solunum sıkıntısı sendromu (ARDS); yüksek morbidite ve mortalite ile seyreden ciddi bir problemdir. Günümüzde, ARDS'ye neden olan etyopatogenezin tedavisi halen mümkün olmadığından, tedavisi

semptomatik ve destekleyici olmaktan daha ileriye gidememektedir. Bu bağlamda, ARDS'li hastanın vücut pozisyonunun değiştirilmesi; akciğer mekanikleri, radyolojik görünüm ve gaz değişimi üzerine etkili olabileceği bildirilmektedir. Bu nedenle, akut akciğer hasarlı olgularda özellikle erken dönemde kollabe alveollerin açılmasının sağlanmasında prone pozisyonu önerilmektedir. Erken dönemde hastalara verilen prone pozisyonunda ise hasta güvenliğinin sağlanması kaliteli bir hemşirelik bakımı ile yakından ilişkilidir. İlgili literatür incelendiğinde; ARDS'li hastalarda prone pozisyonunun kullanımını inceleyen çalışmaların son yıllarda hızla arttığı gözlenmiştir. Ancak, prone pozisyonu ile ilgili hemşirelik araştırmaları oldukça sınırlıdır. Bu noktadan hareketle yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşireler, hastaların yatak içinde pozisyon değişimini sağlayarak önemli bir bakım girişimini gerçekleştirip, hastaları izleyerek oluşabilecek komplikasyonları gidernede önemli bir role sahiptir. Bu bildiride, ARDS'de prone pozisyonunun kullanımı ve etkisine ilişkin literatürün incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu amaçla, PubMed veri tabanında 1976-2007 yılları arasında yer alan yurtdışı makaleler; "Acute Respiratuar Distress Sendrom", "positioning", "prone position", "nursing", "nursing care" anahtar sözcükleri çeşitli kombinasyonlarda girilerek taranmış ve uygun makaleler ele alınmıştır. Ülkemizde yapılan araştırmalar ise aynı anahtar sözcüklerle, 1998-2007 yılları arasında ULAKBİM'de yer alan tezler, ULAKBİM Türk Tıp Dizini, Türk Medline ve YÖK Tez Tarama gibi ulusal veri tabanlarında taranmıştır. Her iki incelemede de sadece araştırma ve tam metinlerine ulaşılan çalışmalar değerlendirmeye alınmıştır.

Bulgular: ARDS'li hastalarda prone pozisyonunun kullanımına ilişkin 42'si tıp alanında, 3'ü hemşirelik alanında yapılan toplam 45 araştırma sonucuna ulaşılmıştır. Ülkemizde ise konu ile ilgili 3 deneysel çalışma ve bir olgu sunumu bulunurken, hemşirelik alanına ilişkin hiçbir araştırmaya rastlanamamıştır.

Sonuç: Bu çalışmada incelenen araştırmaların sonucunda aşağıdaki bulgular elde edilmiştir:

- 1- Prone pozisyonu uygulanan ARDS'li hastaların büyük çoğunluğunun (%70-80'inin) PaO₂ değerlerinde artma olduğu kanıtlanmıştır. Bunun yanında, prone pozisyonunda oksijenasyonun iyileştirilme mekanizması multifaktöriyeldir ve mekanizması tam olarak tanımlanamamıştır.
- 2- Prone pozisyonuna ilişkin komplikasyon olarak bası yaraları gelişmiş olsa da bu durumun yaşamı tehdit edici olmadığı saptanmıştır.
- 3- Hastaları prone pozisyonunda tutma ile ilgili ideal süre tam olarak açık değildir.
- 4- Hastaların mortalite oranlarında prone pozisyonunun etkisinin olmadığı saptanmıştır.
- 5- Prone pozisyonunun hastaların mekanik ventilasyon desteğinde kaldıkları gün sayısı üzerine etkisi olmadığı saptanmıştır.
- 6- ARDS'li hastalarda prone pozisyonunun kullanılmasına ilişkin bilimsel çalışmalar son yirmi yılda artmıştır, ancak prone pozisyonunda verilen hasta bakımı ile ilgili hemşirelik araştırmaları halen çok az sayıdadır.



Sonuç olarak; ARDS'li hastalarda, prone pozisyonunda ventilasyona ilişkin optimal sürenin ve sıklığının belirlenmesi ve bu pozisyonda verilen hemşirelik bakımının, hasta bakım kalitesine olan etkisini inceleyen daha büyük örneklerde randomize-kontrollü çalışmalara gereksinim vardır.

P - 33

İNORGANİK FARE ZEHİRİ (ÇİNKO-FOSFİD)'NİN ORAL ALIM SONRASINDA GELİŞEN ZEHİRLENME

S. ÖZATA

ŞANLIURFA DEVLET HASTANESİ, ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON

Giriş: Kemiricilere karşı kullanılan organik (warfarin) ya da inorganik (çinko-fosfid) yapılı toksik kimyasal maddeler olan rodentisidlerle zehirlenmeler kazayla veya suisid amaçlı olabilmektedir. Warfarin türeği ile oluşan intoksikasyonlarda kanama diatezi ile ilgili sorunlar; çinko-fosfidin oral alımıyla oluşan akut zehirlenmelerde ise -mide asidi ile toksik bir madde olan hidrojen fosfide dönüşerek-susuzluk hissi, stomatit, bulantı, kusma ve karın ağrıları gibi GİS semptomları; dispne, göğüs ağrısı, tremor, midriyazis, bilinç kaybı/koma, pulmoner ödem, myokardiyal hasar gibi santral ve periferik bulgular oluşabilmektedir.

Olgu sunumu: 18 yaşında bayan hasta, suisid amacıyla çinko-fosfid içeren fare zehiri içimini takiben ağızından köpük gelmesi ve genel durumunun kötüleşmesi üzerine hastanemiz acil servisine başvurduğunda genel durumu kötü ve bilinci kapalı olup entübasyon ve mide irrigasyonu uygulandıktan sonra yoğun bakım ünitemize alındı. Monitorizasyon ve mekanik ventilasyon uygulanan hastanın fizik muayenesinde pupilleri izokorik, konjonktiva hiperemik, nistagmus(+), titreme, istemsiz ekstremiteler hareketleri, hipertansiyon, sinüs taşikardisi, EKG'de ST elevasyonları ve hipotermi (35,5 derece) mevcuttu, akciğer sesleri doğaldı. Laboratuvar bulguları: koagülasyon profilinde bozulma, kardiyak ve hepatik enzimlerde artış şeklindeydi. Tedavide aralıklı aktif kömür, dormikum ve diltizem infüzyonu, periferik ısıtma ve aralıklı iv tramadol, iki gün süresince taze donmuş plazma (2x1), taze tam kan (1x1), K vit iv (2x1) ve anti-ödem tedavi uygulandı, metabolik asidoza müdahale edildi. 12. saatte ekstübe edilerek maske ile O₂ uygulanan hastanın, 72. saatte bilinci açık koopere-oryante, laboratuvar ve EKG bulguları düzelmiş bulundu. Hasta 4. günün sonunda yoğun bakımdan şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Spesifik bir antidotu olmayan inorganik rodentisid çinko-fosfidin oral alımından sonra fatal olgular bildirilmiştir. Kaynak olgumuzda hızlı müdahale ve destekleyici tedavi uygulanmış ve sağkalımla sonuçlanmıştır. Çinko-fosfid intoksikasyonlarında başlangıç bulguları ne olursa olsun hastaların yoğun bakım koşullarında, kardiyak ve pulmoner semptomlarının yakın takibi ve hızlı müdahale edilmesi gerekmektedir kanısındayız.

Kaynak

1.Chugh SN, Aggarwal HK, Mahajan SK : Zinc phosphide intoxication symptoms: analysis of 20 cases. *International Journal Of Clinical Pharmacology And Therapeutics* 1998 Jul;36(7):406-7
2.İsmet Dökmeç, A.Handan Dökmeç/Toksikoloji,Zehirlenmelerde Tanı Ve Tedavi 4.Baskı. İstanbul:Nobel Yayıncılık;2005;596

P - 34

ÇOCUKTA YABANCI CİSİM ASPİRASYONU VE YOĞUN BAKIM (OLGU SUNUMU)

C. İLHAM, E. BOMBACI, A. ÇİZEN , S. ÇOLAKOĞLU, H. BÜYÜKKIRLI , A. CELAYIR

DR. LÜTFİ KIRDAR KARTAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ II. ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ
ZEYNEP KAMİL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÇOCUK CERRAHİSİ KLİNİĞİ

Amaç: Yabancı cisim aspirasyonları(YCA) çocuklarda solunum sistemi komplikasyonlarına ve hatta mortaliteye yol açabilir(1,2). Bu olgu sunumunda çocukta YCA'a yoğun bakım yaklaşımımız irdelenmiştir.

OLGU: Solunum sıkıntısı, öksürük ve morarma şikayetiyle hastanemiz acil KBB servisinde tarafımızdan değerlendirilen hastanın (2Y,E); şuuru açık, ajite ve huzursuzdu. Cilt soluk, terli, siyanoze, solunum spontan (45-50/dk), burun kanadı solunumu, interkostal çekilmeleri mevcut, akciğer sesleri kabalaşmış, sol hemitoraksta azalmıştı. Nabız:180/dk, TA:95/60mmHg, SpO₂: %76 idi. Hasta ketamin 25mg, vekuronyum 1mg ile entübe edildi. Aspirasyonunda az miktarda sekresyon alındı. SpO₂ hızla %94-95'e kadar yükselirken zaman zaman %84-85'e kadar düştü. Hastanın öyküsünde 12 saat önce kuru yemiş yerken boğazına kaçırıldığını öğrenilmesi, YCA'ı düşündürdü. Hasta YBÜ'e alındı. Çekilen akciğer grafisinde sağ üst lob atelektazisi saptandı. Arter kan gazında(AKG) pH:7,22 PO₂:128mmHg, PCO₂:62mmHg, HCO₃:24,4mmol/L, BE.-4,6mmol/L, sPO₂:%97,9 idi. Hasta acil bronkoskopi yapılmak üzere tarafımızdan 112 ambulansla bir dış merkezdeki Çocuk Cerrahisi Kliniğine götürüldü. Rijid bronkoskopi yapılan acil bronkoskopide sağ ana bronşun üst lob girişinde küçük ceviz içi kabuğu parçası çıkartıldı. Bronkoskopi sonrası her iki akciğer havalanması ve solunum sesleri eşitti. Peroperatif ve postoperatif komplikasyon yaşanmayan hasta entübe halde tekrar YBÜ'mize getirilerek mekanik ventilasyon desteğine alındı. Yirmidördüncü saatinde muayene bulgularının, akciğer grafisinin ve AKG değerlerinin iyi olması üzerine ekstübe edildi. Çekilen PA akciğer grafisinde atelektazinin tamamen açıldığı gözlemlendi. Hasta yatışının 48.saatinde Çocuk Hastalıkları Kliniğine devredildi.

Sonuç: Çocuklarda YCA ile bronkoskopi arasında 2saat-12gün gibi geniş bir zaman aralığı bildirilmiştir. Lezyon tarafında solunum sesleri, aspire edilen materyalin küçük olması durumunda azalmayabilmekte, atelektazi ise geç başvurularda ortaya çıkmaktadır(1,2). Bu olguda yaklaşık 12 saatlik bir aspirasyon öyküsü, aspire edilen parçanın küçük olduğunu ve yer değiştirdiğini düşündürmüştür. Literatürde vurgulandığı gibi, hızlı ve sistematik

değerlendirme, havayolunun açılması, bronkoskopi deneyimi olan merkeze yönlendirme, bu olguda da hayat kurtarıcı olmuş, tedavi kısa sürede komplikasyonsuz tamamlanmıştır.

KAYNAKLAR:

1-Sırmalı M, *Tıp Araştırmaları Dergisi* 2005 ;3(2) : 8-12.
2-Demirbağ S. *Gülhane Tıp Dergisi* 2004,46(1):43-46.

P - 35**EKG ELEKTRODUNA BAĞLI KONTAKT DERMATİT (OLGU SUNUMU)**

Ö. SEZEN , E. BOMBACI , S. ÇOLAKOĞLU , B. ÇEVİK ,
B. ERDIVANLI, S. HACET

DR. LÜTFİ KIRDAR KARTAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ, II. ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ,
İSTANBUL

Amaç: İmmunolojik (allerjik) ve immunolojik olmayan (irritan) sekinde ikiye ayrılan kontakt dermatit, bazı maddelerin deriye doğrudan temas etmesi sonucu ortaya çıkan inflamatuvar bir reaksiyondur. İmmunolojik olmayan (irritan) kontakt dermatit; tüm kontakt dermatitlerin %70'ini oluşturur. Önceden duyarlılık kazanılmış olması gerekmediğinden maddeyle ilk kez temas edilmesi sonrasında bile meydana gelebilir(1). Bir olguya EKG elektrodlarına bağlı kontakt dermatit tartışılmıştır.

Olgu: 10 yaşında araç dışı trafik kazasına bağlı sol pariyetal fraktür ve diffüz aksonal yaralanması olan hastaya, yoğun bakımdaki takibi sırasında sürekli EKG monitorizasyonu uygulandı. Atopi öyküsü olan hastaya aynı marka kendinden yapışmalı Ag/AgCl EKG elektrodları (MTG-Germany) üç günde bir değiştirilerek kullanıldı. Dört haftalık kullanım sonrası elektrot yapışma yerlerinde hiperemi, eritematoz papüller gelişti. Elektrot yerleri değiştirildikten sonra yeni yapışma yerlerinde de aynı lezyonlar oluştu. EKG elektrodları lateks içermeyen iletken ve yapışkan hidrojel kaplı propilen alkol içermekteydi. Dermatoloji konsültasyonu sonrası lezyonlar üzerine sürülmek üzere ethyleneglycol monophenylether (fito krem) ve pheniramine hydrogen maleate 2x25 mg iv (avil) başlandı. Eritematoz lezyonlarda üçüncü günden itibaren azalma ve hiperemide sönme gözlemlendi.

Sonuç: Hidrojelin içindeki bir madde olan propilen glikol adeziv EKG elektrodlarında allerjik kontakt dermatitin en sık nedenlerindedir. EKG elektrodlarında bulunan pek çok madde (Akrilat ve p-tert-butirofenol- formaldehit resinde) allerjik kontakt dermatite neden olmaktadır. Özellikle atopik bünyeli hastalarda oluşan bu deri lezyonları yoğun bakım hastalarının deri bütünlüğünü kaybı sonucu enfeksiyon riskini arttıracığından dikkatli takip edilmelidir.

Kaynak: 1- Borlu M. *Türkiye Klinikleri* 2005, 1(4):68-73.

P - 36**AKUT VİRAL HEPATİT- B SEYRİNDE 3,4-METİLENDİOKSİ METAMFETAMİN (MDMA- EKSTASI) KULLANIMINA BAĞLI FULMİNANT HEPATİT (OLGU SUNUMU)**

E. BOMBACI , S. ÇOLAKOĞLU , A. ÇİZEN , A.A. AK,
B. ÇEVİK , Ö. SEZEN

DR. LÜTFİ KIRDAR KARTAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ II. ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ,
İSTANBUL

Amaç: MDMA, uyarıcı, hallüsinasyon yapıcı bir maddedir. MDMA kullanımına bağlı, farklı klinik seyir gösteren toksik hepatit olguları bildirilmiştir(1). Bu sunuda, akut viral hepatite eşlik eden tek doz MDMA kullanımı sonucu gelişen bir fulminan hepatit olgusu sunulmuştur.

Olgu: Yakınlarından “zaman zaman uyuşturucu, 4 gün önce de ekstasi adlı haptan kullandığı” öğrenilen hasta (26Y,E) üç gündür ateş, sarılık ve uyku halini takiben şuur kapanması nedeniyle Acil Ünitesine getirildi. GKS:8, Babinski:++ , ikterik, solunum spontan, hırıltılı, KTA:123/dk, TA:120/80 mmHg, karaciğer-dalak ele gelmiyor, ALT:1367 IU/L, AST: 2256 IU/L, Direkt bilirubin: 9.8 mg/dl, PT:29.2sn, PTT:39sn, INR:2.664, HbsAg ve HbcIgM (+), AKG: pH:7.42, pCO₂:27mmHg, pO₂:122mHg, HCO₃:17.1mmol/L BE:-5.6mmol/L, SpO₂:%98.5 idi. Yüzeysel ve taşipneik solunum gelişmesi üzerine hasta entübe edilerek mekanik ventilasyon desteğine başlandı. Batın USG:Karaciğer tabii, sol lobda hipertrofi, vena porta dilatasyonu, intra hepatik vasküler yapılarda genişleme mevcut, kraniyal tomografi normaldi. Aminoasit ve dekstrozu paranteral sıvı, TDP replasmanı, N -asetil sistein, ranitidin, B vitamini, laktuloz suspansiyon ve lavman ile medikal tedavi düzenlendi. Yatışının 4.gününde solunum yeterli, şuur açık, koopere olarak ekstübe edildi. Biokimyasal değerleri düzelme gösteren hasta, (PT:13.7sn, PTT:30.2sn, INR: 0.981 D.bilirubin:2.70 mg/dl, ALT:772 IU/L, AST:209 IU/L) yatışının 6.günü reanimasyon yönünden şifa ile infeksiyon hastalıkları kliniğine nakledildi.

Sonuç: MDMA kullanımı sonucu, dozdan bağımsız gelişen hepatotoksisitede klinik tablo; spontan iyileşmeden karaciğer transplantasyonu ile sonuçlanan fulminan karaciğer yetmezliğine kadar değişkenlik göstermektedir(1). Bu olguda Hbc IgM ve HbsAg (+) olması akut viral hepatit geçirmekte olduğunu, ekstasi kullanımıyla tablonun fulminan hepatite dönüştüğünü düşündürmüştür. Hasta yoğun bakımda destek tedavisi ile iyileşmiş, infeksiyon hastalıkları kliniğine nakledilmiştir. Sonuç olarak; akut karaciğer yetmezliği tablosu ile başvuran genç erişkinlerde MDMA (ekstasi) kullanımının sorgulanması gerektiği kanaatindeyiz.

Kaynak: 1-Şahin O.Z., *Akademik gastroenteroloji dergisi*, 2004; 3 (3): 152-154.



P - 37

YOĞUN BAKIMDA İYATROJENİK BİLATERAL PNÖMOTORAKS (OLGU SUNUMU)

A. ÖRSKİRAN , C. İLHAM, Ö. SEZEN, E. BOMBACI,
S. ÇOLAKOĞLU , B. ÇEVİK, M. ÖZGÜMÜŞ

DR. LÜTFİ KIRDAR KARTAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ II. ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ,
İSTANBUL

Amaç: Pnömotoraks (Px) intraplevral aralıkta serbest hava birikimidir. Genellikle spontan ya da travmaya sekonder, bazen de trakeotomi, CVP kateterizasyonu gibi invaziv girişimlerde iyatrojenik Px görülebilmektedir(1). Bu sunuda yoğun bakımda elektif trakeotomi sonrası bilateral pnömotoraks gelişen olgu sunulmuştur.

Olgu: Hasta(15y,E) tren kazası sonrası genel beden-kafa travması ile acil ünitesine getirildi. Genel durum kötü, şuur kapalı, ajite, GKS:4 spontan solunumu yetersiz olan hastanın çekilen BT'de frontobazal fraktür, sol omuz, klavikula, sol tibia fraktürü saptandı. Hasta entübe edilerek mekanik ventilasyon desteğinde takip ve tedavisi düzenlendi. Yatışının 12. gününden itibaren "weaning" ile ASB modunda solunum desteği devam etti. Kliniğimizde trakeotomi girişimleri yoğun bakım ekibince "Griggs" tekniğiyle perkütan yapılmaktadır. Ancak çocuk hasta için uygun set olmaması nedeniyle hastaya entübasyonunun 14. gününde KBB tarafından elektif şartlarda cerrahi trakeotomi açıldı. Bir gün sonra kanülün tıkanması nedeni ile kanül sorunsuz değiştirildi. Sonrasında ASB modunda mekanik ventilasyon desteğine devam edildi. Trakeotominin 3.gününde ani gelişen hava yolu obstrüksiyonu, ventilasyon güçlüğü ve desatürasyon, hastanın kanülü değiştiği halde düzemedi. Trakeotomi kanülünün yerinde olmadığı düşünülüp orotrakeal entübasyon yapıldı. Periferik oksijen satürasyon değerinde minimal artış sağlandı. Çekilen acil PA akciğer grafisinde bilateral Px saptandı. Göğüs cerrahisi tarafından bilateral toraks tüpü takılarak kapalı su altı drenajına alındı. Hastanın satürasyon değerleri hızla düzeldi. KBB tarafından tekrar trakeal kanül yerleştirildi. İki gün içinde her iki akciğer de ekspansiyon olduğu için tüpler çıkarıldı. Hasta halen yoğun bakım ünitesinde trakeotomize, oda havasında takip edilmektedir.

Sonuç: Trakeotomi girişimine bağlı bilateral Px nadir bir komplikasyondur. Bu olguda klavikula fraktürü ve mekanik ventilasyon, Px için bir etken olabilse de hastanın asiste spontan solunumda olması, Px'in yatışının 14. gününde açılan trakeotomi sonrası ve bilateral gelişmesi trakeotomiye sekonder olduğunu düşündürmüştür. Özellikle iyatrojenik Px'te tüp torakostomi ile %99 oranında başarı bildirilmiştir(1). Bu hastada çift taraflı tüp torakostomi ile hızlı tedavi sağlanmıştır.

Kaynak:

1- Kurul İ.C., Tokur M. Gazi Tıp Dergisi. 2005;16-3:111-13

P - 38

ORAL KONTRASEPTİF KULLANIMINA BAĞLI SİNÜS VEN TROMBOZU

E. BOMBACI, C. İLHAM, S. ÇOLAKOĞLU, A. ÇİZEN ,
A. ÖRSKİRAN, B. ÇEVİK

DR. LÜTFİ KIRDAR KARTAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ II. ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ,
İSTANBUL

Amaç: Sinüs ven trombozu primer veya sekonder olarak hiperkoagülabilité yaratan durumlara bağlı olarak gelişebilir(1). Bu olguda uzun süreli oral kontraseptif (OKS) kullanımına bağlı oluşan sinüs ven trombozu (SVT) saptanan hastada yoğun bakım yaklaşımımız irdelenmiştir.

Olgu: Şiddetli baş ağrısı ile nöroloji kliniğine başvuran 35 yaşındaki kadın hasta tetkikler yapılırken sağ tarafına lokalize fokal nöbet geçirmiş. Yaklaşık 10 yıldır OKS kullanım hikayesi bulunan hastanın çekilen acil kraniyal BT'sinde SVT ile uyumlu bulgular saptanmış. Kraniyal MR ve MR venografi sonucunda SVT tanısı kesinleşmiş. Yatışının 2. gününde heparin (4x5000 Ü) ve asetil salisilik asit tedavisi başlanmış, üçüncü gün tedaviye varfarin 5mg eklenmiş. Serviste tekrar nöbet geçirmesi ve solunumunun bozulması üzerine tarafımızdan değerlendirildi. Genel durumu kötü, şuur kapalı, GKS:5 idi. PIR(+/-) zayıf, pupiller izokorik ve hafif dilate idi. Spontan solunumu yetersiz olan hasta entübe edilerek YBÜ'e alındı. Mekanik ventilasyonun yanı sıra yüksek doz inotrop desteğine başlandı. SVT nedeni ile heparin, asetil salisilik asit ve varfarin uygulanan hastanın PT:27,4 s, İNR:2,44 olması üzerine tekrar edilen kraniyal BT'sinde yaygın subaraknoid kanama (SAK) tespit edildi ve antikoagülan tedavi sonlandırılmak zorunda kaldı. Nöroşirürji konsültasyonunda cerrahi girişim düşünülmedi. Destek tedavisi devam ederken yoğun bakım takibinin 15.gününde hasta eks oldu.

Sonuç: SVT kötü prognozu olan, etkin tedavi için hızlı ve doğru tanı ve acil müdahale gerektiren bir hastalıktır (2). Uygulanan antikoagülan tedavide komplikasyonlara açıktır. Bu hastada da süratle tanı konarak tedavi başlanmış, ancak yaygın SAK ortaya çıkarak yapılan tüm tedavilere rağmen hasta kaybedilmiştir.

Kaynak:

1- Tıraş R, Hakyemez H.A, Türk Serebrovasküler Hastalıklar Dergisi, 2007;13(2):54-56

2- Işın Ş, Durak A.C, Erciyes Tıp Dergisi, 2003;25(1):54-56

P - 39

"HASHİMOTO" TİROİDİTLİ ÇOCUKTA DİYABETİK KETOASİDOZ (DKA) VE YOĞUN BAKIM (OLGU SUNUMU)E. BOMBACI, C. İLHAM, A. ÇİZEN, S. ÇOLAKOĞLU,
B. ÇEVİK, A. BOZTEPE, G. ÇOBANOĞLUDR. LÜTFİ KIRDAR KARTAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ II. ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ,
İSTANBUL

Amaç: Çocuklukta Tip I diyabet, otoimmün etyopatogenezi olup diğer otoimmün hastalıklarla birlikte sık görülür. Akut, ciddi bir metabolik komplikasyonu olan DKA; başlangıcını sıklıkla infeksiyonun tetiklediği bir tablodur(1). Bu sunuda "Hashimoto" tiroiditli bir olguda solunum yolu infeksiyonuyla ortaya çıkan Diabetes Mellitus ve DKA'a yoğun bakım yaklaşımımız irdelenmiştir.

Olgu: "Hashimoto" tiroiditi tedavisi görmekteyken, bulantı-kusma, boğaz ağrısıyla acil polikliniğe getirilen hastaya (9Y,K), solunum yolu infeksiyonu tedavisi başlanmış, konfüzyon, idrarda glukoz(5+), keton(4+), Kan şekeri(KŞ): 800mg/dl, arter kan gazı(AGK):Metabolik asidoz saptanması üzerine hasta tarafımızdan değerlendirildiğinde; taşikardik, taşipneik, AGK; pH:7,05 PO₂:120mmHg, PCO₂:9mmHg, HCO₃:2,4mmol/L, BE:-25,7mmol/L, sPO₂:%96,7 anyon aralığı 16.6mmol/L idi. Hasta Yoğun Bakım Ünitesi'ne alındı. Santral venöz basınç(SVB)=0mmHg, diürez yetersiz, hipopotasemik olan hastaya serum fizyolojik (%7.5KCl 20ml ile) (500 ml/saat), kristalize insülin (4-8 İÜ/saat) infüzyonu başlandı. Dördüncü saatte insülin infüzyonu sürerken elektrolit değerlerine göre replasman sıvısı %0.45 NaCl-%5 dekstroz 500 ml içine 6İÜ kristalize insülin+%7.5 KCl 20 ml ile değiştirildi. Ondördüncü saatte KŞ:250 mg/dl, pH:7,23 HCO₃:12,3mmol/L oldu, SVB, saatlik diürez arttı. Replasman sıvısı %5 dekstroz 500ml+6İÜ kristalize insülin+%7.5 KCl 20ml ile değiştirildi. KŞ takibiyle insülin infüzyonuna aralıklı bolus 4İÜ insülin eklendi.Tedavinin 16. saatinde bilinci açıldı, taşikardi, taşipne düzeldi, oral beslenmeye başladı. Yatışının 3.gününde insülin infüzyonu (0,5 İÜ/saat) ile KŞ:120 mg/dl AGK:pH:7,43 PO₂:105 mmHg PCO₂: 29 mmHg HCO₃:18,8 mmol/L BE: -4,0mmol/L, sPO₂:%98, saatlik diürez 100-200ml olan hasta aynı gün Çocuk Hastalıkları Kliniğine devredildi.

Bulgular:**Sonuç:**

DKA'da keton cisimleri, dolaşımda anyonik şekilde bulunup anyon aralığını, osmotik etkiyle diürezini artırır. Ağır DKA'lı çocukların mutlaka yoğun bakım ünitesinde tedavi edilmesi gerekir. pH <7.0 olmadıkça bikarbonat verilmemesi, sıvı tedavisi başlatılmadan insülin infüzyonuna başlanmaması tedavinin önemli noktalarıdır. Kusma ve ishalle gelişen hipopotasemi, dekstroz-insülin tedavisiyle daha da ağırlaşabileceğinden serum potasyumunun yakın takibi ve açığının yerine konulması gerekir(1). Bu olguda tedavi prensipleri doğrultusunda yapılan yakın takip ve tedavi ile kısa sürede başarı sağlanmıştır.

P - 40

AKUT GÖĞÜS SENDROMU GELİŞEN ORAK HÜCRE ANEMİLİ GEBEDE YOĞUN BAKIM DENEYİMİMİZ (OLGU SUNUMU)Ö. SEZEN, E. BOMBACI, B. ERDIVANLI, A. ÖRSKIRAN,
C. İLHAM, E. ŞENSOY, S. ÇOLAKOĞLUDR.LÜTFİ KIRDAR KARTAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ, II. ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ,
İSTANBUL

Amaç: Orak hücreli anemi, yüksek fetomaternal morbidite ve mortalite ile seyreden, özellikle üçüncü trimesterde artan ağrı krizleri ile karakterize kronik genetik bir hemolitik anemidir. Akut göğüs sendromu (AGS), hastalığın ciddi komplikasyonlarından. Bu sunuda; 28. gebelik haftasında akut göğüs sendromu gelişen orak hücre anemili olguya yoğun bakım yaklaşımımız irdelenmiştir.

Olgu: Göğüs ağrısı ve nefes darlığı şikayetleri ile acil servise başvuran ve "akut göğüs sendromu" tanısı alan orak hücre anemili 23 yaşında gebe hasta tarafımızca görüldüğünde; şuuru açık, takipneik, siyanoze, TA;85/50 mmHg KTA; 120 /dakika arteriyel kan gazında (AGK) pH:7.19 pO₂ :67 pCO₂ :61 HCO₃ : 12.8 SpO₂ :%88.4 olması üzerine yoğun bakım ünitesine alınarak noninvasif mekanik ventilasyon uygulandı. Akciğer grafisi ve AGK değerleri ARDS ile uyumlu olan hasta aynı gün entübe edilerek mekanik ventilatöre bağlandı (SIMV f ;12 FIO₂ %70 CPAP 8/16). Yapılan muayenede fetusun eks olduğunun öğrenilmesi üzerine hasta sezaryene alındı. Postoperatif propofol %2 100 mg/saat, aminofilin 2x 200mg, ampisilin-sulbaktam 1 gr 4x1, klaritromisin 500 mg 2x1, hidroklorür kapsül 500 mgr 2x1 tedavisine başlandı. İkinci gününde kontrollü solunum moduna (IPPV, fiO₂ %80, CPAP 10/20) geçildi. Takiplerinde direkt bilirubin değerleri artan hastaya, hemogram ve koagulometri değerlerine göre taze donmuş plazma ve eritrosit süspansiyonu transfüze edildi. Beşinci günde hipoalbuminemi nedeniyle tedaviye albümin replasmanı eklendi. Yedinci günde ekstübasyon denendi ancak başarısız olunması üzerine reentübasyonla mekanik ventilasyona devam edildi (CPAP, fiO₂ %50, PEEP 8). Onbirinci günde trakeotomi açıldı. 13. günde solunum sistemi bulguları düzelen hasta mekanik ventilatörden ayrıldı. On beşinci günde Dahiliye servisine devredildi.

Sonuç: Orak hücre anemisi olan gebede vazooklüziv kriz pnömoni ile alevlenme gösterebilir. AGS, oraklaşmış alyuvarların pulmoner damarları tıkanması sonucu oluşan, genellikle enfeksiyon, tromboemboli, atellektazinin başlattığı ve fatal seyredebilen nadir bir komplikasyondur. Bu hastada gebelikte AGS sonucu ağır solunum yetersizliği gelişmiş olup tetikleyici faktörün akciğer infeksiyonu olduğu kanaatindeyiz.

Kaynak: 1- Sağlam H., Güncel Pediatri 2005 ;4 : 100-106.



P - 41

**LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİYİ TAKİBEN
GELİŞEN DURDURULAMAYAN KANAMADA HASAR
KONTROL CERRAHİSİ (ABDOMINAL PACKING)
(OLGU SUNUMU)**

A. ÇİZEN, A. ÖRSKİRAN, Ö. SEZEN, E. BOMBACI,
S. ÇOLAKOĞLU, E. ŞENSOY, G. FIDAN, T. YOLLU

DR. LÜTFİ KIRDAR KARTAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ II. ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ,
İSTANBUL

TUZLA DEVLET HASTANESİ, İSTANBUL

Amaç: Laparoskopik kolesistektomi (LK) hastanede kalış süresini kısaltan, günümüzde oldukça sık kullanılan cerrahi bir girişimdir. En tehlikeli komplikasyonu büyük damar hasarına bağlı kanama olup, durdurulamayan kanamalarda erken tanı ve hasar kontrol cerrahisi (HKC) hayati önem taşır(1,2). Bu sunuda LK sonrası hemorajik şok olgusu irdelenmiştir.

Olgu: Soy geçmişinde özelliği olmayan obez hasta (49Y, K, ASA II), bir devlet hastanesinde LK operasyonuna alınmış. Operasyon sırasında 400ml kanaması olan hastaya kan ve sıvı replasmanı yapıldığı halde postoperatif hemogram ve kan basıncı değerlerinin düşük seyretmesi üzerine hastaya laparotomi uygulanmış. Perioperatif 3000ml kanaması olan hastaya kristalloid, kolloid ve kan replasmanı yanı sıra 5µgr/kg/dak dopamin infüzyonu başlanmış. Kanama odağı saptanamamış ve 4 adet "packing" batına konmuş. Hb:5.1gr/dl, Hct:%15, hipotermik olan hasta entübe halde hastanemiz yoğun bakım ünitesine sevk edilmiş. SIMV modunda mekanik ventilasyon desteği ile takip edilen olan hastaya 5 ünite eritrosit süspansiyonu, 2 ünite TDP verildi. İnotrop desteği azaltılarak kesildi. Kan replasmanı sonrası Hct: %35 Hgb: 12gr/dl olan hastanın diğer tüm laboratuvar değerleri doğaldı. Yoğun bakıma gelişinden 12 saat sonra hemodinamik parametrelerin normal sınırlarda olması üzerine hasta ekstübe edildi. Bu sırada drenlerde 300ml hemorajik mayi mevcuttu. Hastaya yatışının 51.saatinde "depacking" yapılarak batın kapatıldı. Postoperatif hemodinami ve hemogram değerleri stabil seyreden hasta yatışının 4. günü sorunsuz olarak servise devredildi. Servisteki 7. gününde de evine gönderildi.

Sonuç: LK'de kanama olasılığı %0,1'den az olmakla birlikte fatal seyredebilmektedir(1). Durdurulamayan kanamayla birlikte hipotermi, asidoz ve koagülopati varlığında, yoğun bakım ünitesine transfer, reoperasyon ve rekonstrüksiyon işlemlerini içeren HKC planlanmalıdır(2). Anestezistin LK girişimlerinde hemorajik komplikasyonlara karşı uyanık olması, peroperatif ve postoperatif dönemi de içerecek şekilde yakın takip, bu olguda da olduğu gibi komplikasyonların erken fark edilmesini ve erken müdahalesini sağlayarak hayat kurtarıcı olacaktır.

Kaynak:1-Doğan D. *The Int J of Anesthesiology* 2005;9-2.
2- Akova A. *Cerrahi* 2005, 17(4):38-48,

P - 42

**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞININ
AKUT ALEVLENMESİNDE HELMET İLE NON-İNZAVİZ
MEKANİK VENTİLASYON UYGULAMASI**

B. ÇEVİK, A. ÇİZEN, G. FIDAN, A. ÖZKAN,
B. ERDIVANLI, S. ÇOLAKOĞLU

DR.LÜTFİ KIRDAR KARTAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ,II.ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON
KLİNİĞİ,İSTANBUL

Amaç: Son meta-analizlerde ortak görüş, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının (KOA) akut alevlenmesinde ilk tedavi seçiminin non-invaziv mekanik ventilasyon olduğu yönündedir. Non-invaziv ventilasyon nazal ya da yüz maskeleri ile uygulandığı gibi hastanın görme, beslenme, konuşma gibi fonksiyonlarını devam ettirebildiği Helmet ile de uygulanabilmektedir (1,2).

Olgu: Hipertansiyon, konjestif kalp yetmezliği ve KOAH öyküsü olan 57 yaşında erkek hasta nefes darlığı, morarma ve bacaklarda ödem şikayetleri ile acil servise başvurdu. Düzenli ilaç tedavisi almayan hastanın 60 paket/yıl sigara ve her gün alkol kullandığı öğrenildi. Yakınları tarafından, nefes darlığı şikayetlerinin son bir haftadır arttığı, bacaklardaki ödemin uzun süredir devam ettiği, giderek arttığı ancak nedene yönelik bir inceleme yapılmadığı ifade edildi. Hasta yoğun bakım servisine kabul edildiğinde genel durumu orta (APACHE skoru 12), şuur açık, koopere, dispneik, takipneikti (35/dk). Tansiyon arteriyel 140/95 mmHg, kalp atım hızı ritmik ve 120 atım/dk idi. Dinlemekle her iki akciğerde yaygın ronküsler mevcuttu ve bazallerde solunum sesleri azalmıştı. PA akciğer grafisinde bilateral effüzyon, Toraks BT'de effüzyona ek olarak buna bağlı olduğu düşünülen atelektazi bulguları saptandı. Standard yoğun bakım tedavileri ile birlikte ampisilin+sulbaktam 4x1gr, klaritromisin 2x500 mg, prednizolon 80 mg, bronkodilatör ve antiagregan tedavi başlandı. Nazal kanül ile 3 L/dk oksijen altında alınan ilk kan gazında pH:7.26, PaCO₂:76 mmHg, PaO₂: 65 mmHg, HCO₃: 33.3 mEq/L, SpO₂:%88.7 olarak ölçüldü. Biyokimyasal tetkiklerinde lökositoz, C-reaktif protein, D-dimer düzeyinde artış saptandı. Her iki alt ekstremitede ödem, hiperpigmentasyon ve staza bağlı olduğu düşünülen dermatit bulguları mevcuttu. Bilateral alt ekstremitede periferik nabızlar normal olarak palpe ediliyordu ve renkli Doppler ultrasonografik tetkikinde trombusa rastlanmadı. Maske ile non-invaziv mekanik ventilasyon uygulanan hastanın hipoksemik bulgularının düzelmemesi üzerine (pH: 7.32, PaCO₂: 54 mmHg, PaO₂: 42 mmHg, HCO₃: 27.2 mEq/L, SpO₂: %84.5) Helmet ile non-invaziv ventilasyon uygulandı. Üç gün süreyle aralıklı olarak 30 dakikalık sürelerle uygulanan Helmet sonrası hastamızın genel durumunda düzelmeye kaydedildi. Kan gazı örneğinde pH: 7.36, PaCO₂: 61 mmHg, PaO₂: 69 mmHg, HCO₃: 46.9 mEq/L, SpO₂: %92.1 olarak ölçüldü. Hastamız yatışının 6. gününde entübasyona gerek olmadan genel durum iyi, şuur açık, koopere olarak takiplerine devam edilmek üzere Dahiliye Kliniği'ne devredildi.

Sonuç: Helmet'in, hasta tarafından iyi tolere edilebilen, invaziv ventilasyona bağlı komplikasyonların önlenmesi, yatış süresinin kısalması gibi avantajları göz önüne alındığında uygun hasta seçimi ve yakın izleme KOAH hastalarında iyi bir tedavi yöntemi olabileceği kanaatine varıldı.

Kaynaklar:

1. Critical Care Med 2002;30:555-62.
2. Critical Care 2005;9:98-103.

P - 43

YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE TAKİP EDİLEN HASTALARDA GÖRÜLEN STAFİLOKOK ENFEKSİYONLARININ SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

F. ŞAHİN, R. ACAR

BAĞCILAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç: Yoğun Bakım Üniteleri (YBÜ) genellikle yaşam kurtarıcı destek girişimleri sağlayan birimlerdir ve klinik tablosu ağır olan hastalar izlenmektedir. YBÜ'lerinde mortalite oranları %25'in üzerinde olup, komplikasyon gelişme riski %40'dır ve en sık ortaya çıkan komplikasyon ENFEKSİYON'dur. YBÜ'de mortalite nedenlerinden biride enfeksiyonlardır ve bu enfeksiyonlar sağlık profesyonellerinin yaşamında da tehdit unsuru oluşturmaktadır. Bu çalışmamızda hastalarda var olan ya da takip sırasında gelişen stafilokok enfeksiyonlarının sağlık profesyonellerinin yaşam kalitesi üzerindeki etkileri araştırıldı.

Yöntem: 1 Eylül 2007 ile 1 Mart 2008 tarihleri arasında üniteye kabul edilen 37 hastanın (yaş ort.: 46.7 ± 25.5 , 22 kadın, 15 erkek) hemodinamik ve metabolik parametreleri, laboratuvar bulguları geriye dönüşümlü olarak kayıt edildi ve YBÜ'den ortam kültürü alındı. Nitel verilerin analizinde SPSS programında regresyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Reanimasyon YBÜ' de takip edilen 37 hastadan 7 hasta üzerinde enfeksiyon saptandı ve bu hastaların 3'ünde daha önceki takip edildiği merkezde mevcuttu. Takip sırasında enfeksiyon gelişen 2 hastanın kan kültüründe staf.epidermidis üredi. YBÜ'de çalışan 24 personel (15 hemşire, 9 sağlık memuru), 1 hemşirenin konjunktiva kültüründe staf.epidermidis , 1 sağlık memurunun balgam kültüründe staf.aureus, 3 çalışanın gözünde kızarıklık-kanlanma-çapaklanma görüldü. YBÜ'den alınan ortam kültüründe de staf.epidermidis üredi

Sonuç: Özellikle Yoğun Bakım Üniteleri olmak üzere hasta ile 24 saat primer temas halinde olan sağlık ekibi üyeleridir. Sağlık profesyonellerinin içinde bulunduğu bu konum enfeksiyona maruz kalmaları açısından ciddi bir tehdit oluşturmaktadır. Hasta-ortam-sağlık çalışanı üçgeni arasındaki geçiş çalışanları enfeksiyon odağı haline getirmektedir. Bütün bu olumsuz faktörler sağlık çalışanlarının profesyonel ve psiko-sosyal yaşamında stresör kaynağı olmakta ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir.

hipovolemi ile düştüğü bilinmektedir. Ancak hipovolemi durumunda hemodinamik etkilerin değişik inhalasyon anesteziikleri ile farklılık oluşturup oluşturmadığı bilinmemektedir.

Bu çalışmanın amacı sevofluran ve izofluran anestezisinin hipovolemi durumunda Minimum Alveolar Konsantrasyon (MAK) değerleri ve bu değerlerdeki hemodinamik parametrelerinin karşılaştırılmasıdır.

Yöntem: Bu çalışmada yaşları 6 ile 9 ay arasında değişen 16 adet erkek Yeni Zelanda tipi tavşan kullanıldı. Sevofluran (n=8) ve izofluran (n=8) grubu olmak üzere iki grup oluşturuldu. Çalışma yapılacak ajanla anestezi induksiyonu yapıldı. Tavşan direkt laringoskopi sonrası entübe edildi ve spontan solunumu korunarak sürücü gaz olarak 2 litre/dakika oksijenin kullanıldığı vaporizatöre bağlandı. Bazal MAK değerleri saptandı. Tavşanda 1 MAK değerine ulaşıldıktan sonra, sol femoral arterden invaziv arter monitorizasyonu, sağ femoral venden santral venöz basınç monitorizasyonu yapıldı. Girişimlerden 15 dakika sonra tavşanın bazal santral venöz basınç, arteriyel basınç, kalp hızı ve solunum sayısı kaydedildi. Hipovolemi oluşturmak için santral ven kateterinden 30 dakikada 15 ml/kg kan aspire edildi. Hipovolemi oluşturulduktan 30 dakika sonra yeni MAK değerleri hesaplandı ve bu MAK değerinde 30 dakika solunum sağlandıktan sonra hipovolemideki santral venöz basınç, arteriyel basınç, kalp hızı ve solunum sayısı kaydedilerek çalışma sonlandırıldı.

Bulgular: Her iki grupta hipovolemik dönemde bazal döneme göre hemodinamik parametrelerde anlamlı düşüş gözlemlendi. Gruplardaki bazal MAK değerlerinde varolan anlamlı farklılık hipovolemik dönemde ortadan kalktı. Bazal ve hipovolemik dönemlerde anestezi gazlarının bir MAK değerlerinde gruplar arası santral venöz basınç, kan basınçları, kalp hızı ve solunum sayısı açısından fark görülmedi.

Sonuç: Bu çalışmada eşdeğer anestezi düzeyi sağlayan bir MAK değerlerinde izofluran ve sevofluranın hemodinamik parametreleri benzer şekilde etkilemektedir. Hipovolemik durumda sevofluranın MAK değeri izofluranın MAK değerine göre daha fazla düşmektedir. Bu sonuç; intravenöz anestezi ajanları arasında olduğu gibi inhalasyon ajanları arasındaki farklı etki mekanizmalarına işaret edebilir.

P - 45

GENEL BEDEN TRAVMALI HASTADA FLEXI-SEAL® FEKAL YÖNETİM SİSTEMİ DENEYİMİMİZ (OLGU SUNUMU)

E. BOMBACI, A. ÇİZEN, A. ÖRSKİRAN, S. ÇOLAKOĞLU, U. BAŞER, R. ÜNSAL

DR. LÜTFİ KIRDAR KARTAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ II. ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ, İSTANBUL

Amaç: Yoğun bakım hastasında açık yaraların bakımı ve gaita gibi kirliliği atıklarla bulaşının önlenmesi, enfeksiyon kontrolü ve yara iyileşmesinde önemlidir. Flexi-Seal® Fekal Yönetim Sistemi, gaitayı hastadan güvenli ve etkin bir şekilde uzaklaştıran sistemdir. Bu sunuda perineyi de kapsayan, alt ekstremitelerde açık kırık ve doku defekti olan hastada Flexi-Seal® uygulamamız tartışılmıştır.

P - 44

HİPOVOLEMİDE İZOFLURAN VE SEVOFLURANIN HEMODİNAMİ ÜZERİNE ETKİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

M. YEĞİT, H. FIDAN, Y. ELA, R. G. SIVACI, M. PANCAROĞLU

AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ANESTEZİYOLOJİ AD

Amaç: Hipovolemi efektif damar içi alan volümünün azalmasıdır. Anestezi pratiğinde hipovolemi sık karşılaşılan sorunlardan bir tanesidir. Anestezi gazlarının Minimum Alveolar Konsantrasyon (MAK) değerlerinin



Olgu: Trafik kazası sonucu simfizis pubiste, bilateral tibia-fibulada açık fraktür, perine ve her iki inguinal bölgeden ayak bileklerine kadar doku kaybı gelişen, ameliyathanede eksternal fiksasyon, yara debridmanı, damar eksplorasyonu ve greftleme uygulanan hasta (26Y,K), postoperatif 2. gün durumunun kötüleşmesi üzerine tarafımızdan değerlendirilerek ARDS ve septik şok tanılarıyla yoğun bakım ünitesine yatırılıp tedavisi başlandı. Yara yeri kültür antibiyogramda E.Coli ve koliform bakteri üremesi üzerine uygun antibiyoterapi düzenlendi. Yatışının 10. günü Flexi-Seal® yerleştirildi. Yirmi dokuz gün boyunca gaita drenajı bu şekilde sağlanan hastada yara yeri ve idrar kültürlerinde üreme olmadı. Ancak trakea ve kan kültürlerinde zaman zaman MRSA ve Pseudomonas Aeruginosa üreyen hastaya uygun antibiyoterapi verildi. Yirmi dokuz günden fazla kullanımı önerilmeyen cihaz gününde çıkarıldı. Hastada cihaz kullanıldığı sürece ve sonrasında rektal ya da anal mukozada nekroz, cihaz çevresinde dışkı sızıntısı, anal sfinkter kas tonus kaybı, anal sfinkter disfonksiyonu gibi bir sorunla karşılaşılmadı. Bundan sonra defekasyonu alt bezinde toplandı. Ancak doku defektleri önemli ölçüde düzeldiğinden yara yeri bulaşı olmadı. Yattığı sürece toplam 13 kez debridman, gün aşırı yara pansumanı yapılan hastaya 30.gün "weaning" başlandı, 45.günden itibaren oda havasında, şuur açık koopere, kardiyopulmoner sistem doğal olarak takip edilen hasta 52.günü reanimasyon yönünden şifa ile Plastik-Rekonstrüktif Cerrahi Kliniğine devredildi.

Sonuç: Açık yaraların trakeal sekresyon, ya da gaita gibi kirliliği vücut atıklarıyla teması, yara iyileşmesini geciktireceği gibi özellikle yoğun bakım hastasında infeksiyon kontrolünde ciddi sorun oluşturur. Bu hastada Flexi-Seal® uygulamasının, defekasyon atığının hastanın açık yaralarına temasını engelleyerek özellikle perine bölgesindeki yaralarının derinleşmesini önlediğini ve bu bölgedeki iyileşmeyi olumlu yönde etkilediğini düşünmekteyiz.

P - 46

HİPERSENSİTİVİTE PNÖMONİSİNE BAĞLI GELİŞEN AKUT SOLUNUM YETMEZLİĞİ (KUŞ BESLEYİCİSİ HASTALIĞI) (OLGU SUNUMU)

A.F. İSLAMOĞLU, N. ÇEKMEN, C. ARAZ, Ö. ERDEMLİ, K. EKİZ

GÜVEN HASTANESİ ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON
GÜVEN HASTANESİ GÖĞÜS HASTALIKLARI

Giriş: Hipersevsensitivite pnömonisi(HP); duyarlı kişilerde organik partiküller veya düşük molekül ağırlıklı kimyasal maddelerle tekrarlayan temaslara alveoller ve distal bronşiollerde hipersensitivite reaksiyonuna bağlı olarak granülatöz enflamasyon oluşmasıdır. Çevresel ajana maruz kalınmasından sonra ortaya çıkan semptomlar, laboratuvar bulguları ve radyoloji tanı için yeterlidir(1).

Olgu: Sigara içme, uzun yıllardır kuş besleme ve son bir yıldır tekrarlayan nefes darlığı hikayesi olan 53 yaşında

erkek hasta, 4 gün önce başlayan ateş, öksürük, nefes darlığı şikayetleri ile genel durumunun bozulması üzerine acil servise getirilmiş. Akciğer grafisinde sağ üst lobda yaygın pnömonik infiltrasyon saptanan hasta, hipoksi ve genel durum bozukluğu nedeni ile yoğun bakıma kabul edildi. Fizik muayenesinde her iki akciğerde solunum seslerinde azalma, kreptan raller ve ronküsler saptandı. Genel durumu kötü, bilinci bulanık, ajitasyonu olan hastanın Glasgou 12, APACHE II 14, MODS 5 olup, ateşi 37.5 °C, nabızı 125/dk, tansiyonu 120/70 mmHg, solunum sayısı 29/dk idi. Ateriyel kan gazında belirgin hipoksemi görülmesi ve solunumun yüzeyleşmesi üzerine entübe edildi ve mekanik ventilasyona başlandı. Lökosit 9.3(x10³hücre/uL), CRP 416 mg/L idi. Bronkoskopide alınan BAL'da % 85 PMNL, Plevral sıvıda eozinofilik proteinöz sıvı ve bol hücresel eleman bulundu. Toraks CT'de her iki akciğerde yaygın amfizematöz değişiklikler ve hava bronkogramları içeren nodüler infiltrasyon mevcuttu. Tedavide mekanik ventilasyon yanında, nonspesifik antibiyotik tedavisi başlandı. Genel durumunun ve solunumunun giderek düzelmesi üzerine weaning uygulanan hasta 15. günde ekstübe edildi. 23. gününde tüm klinik ve laboratuvar bulgularının düzelmesiyle taburcu edildi.

Sonuç: Hastanın kuşlarla uzun zamandır temasının olması, klinik tablonun HP'nin alt grubu olan Kuş Besleyicisi hastalığı ile uyumlu olması, ayırıcı tanıda akla gelen diğer etkenlerin laboratuvar bulgularıyla ekarte edilmesi ve nadir görülen bir hastalık olması açısından olgumuzu yayınlamayı düşündük.

P - 47

PLAZMAFEREZ TEDAVİSİNE CEVAP VEREN BİR MEMANTİN HCL İNTOKSİKASYONU (OLGU SUNUMU)

N. ÇEKMEN, C. ARAZ, A.F. İSLAMOĞLU, Ö. ERDEMLİ

GÜVEN HASTANESİ ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON

Giriş: Memantin HCL (Ebixa) şiddetli Alzheimer hastalarının tedavisinde kullanılan N-metil-D-aspartat reseptörlerinin etkisini antagonize eden bir ilaçtır. Plazmaferez, nonspesifik ekstrakorporal kanı temizleme yöntemi olup, birçok immünolojik ve toksikolojik hastalıkta uygulanabilir. Terapötik etkisini otoantikörleri ve diğer istenmeyen maddeleri plazmadan uzaklaştırarak gösterir.

Olgu: Otuzbeş yaşındaki kadın hasta, uykuya meyil ve bilinç kaybı nedeni ile acil servise getirilmiş. Öyküsünden yaklaşık 12 saat önce 200 tablet 10 mg'lık Ebixa® (Memantin HCL) (2000 mg) aldığı öğrenilen hasta ilaç (400 mg toksik doz) zehirlenmesi tanısı ile yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Kan Memantin HCL düzeyi 12 000 ng/mL olarak görüldü. Fizik incelemesinde genel durumu kötü, bilinci kapalı, kooperasyon ve oryantasyonunun olmadığı, pupilleri dilate, ışık, kornea ve kipiik refleksleri bilateral pozitif, horizontal nistagmusu mevcut olan hastanın Glasgow koma skalası 6, APACHE II skoru 16, MODS 4 olup, vücut sıcaklığı 37.5 °C, taşikardisi (130/dk) ve hipertansiyonu (160/90 mmHg) mevcuttu. Devamlı olan konvülsiyonları için diazepam i.v. ile yanıt alındı. Laboratuvar incelemelerinde elektrokardiyografisinde (EKG) sinuzoidal taşikardisi ve arteriyel kan gazında respiratuvar alkaloz dışında, diğer fizik inceleme ve laboratuvar sonuçları normaldi. Nazogastrik sonda ile 2

mg/kg aktif karbon uygulandı ve destekleyici tedaviye devam edildi. Altı kür plazmaferez uygulanan hastanın altıncı kür sonunda kan Memantin HCL düzeyi normale döndü. Altıncı plazmaferez sonrası nörolojik bulguları düzelen ve konvülsiyonları olmayan hasta 40.gününde tüm klinik ve laboratuvar bulguları düzeldikten sonra şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Yüksek dozda alınan ve plazma proteinlerine yüksek oranda bağlanan ilaç zehirlenmelerinde plazmaferez seçeneği mutlaka akla getirilmelidir.

P - 48

OLAĞAN SUICİD GİRİŞİMİ: YAYINLAMAK İÇİN MUTLAKA OLAĞANDIŞI MI OLMALI? (OLGU SUNUMU)

COŞKUN ARAZ, NEDİM ÇEKMEN, A.FUNDA İSLAMOĞLU, ÖZCAN ERDEMLİ

GÜVEN HASTANESİ ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON

Giriş: İntihar nedeniyle veya kazara yüksek dozda ilaç maruziyeti ile acil servislere başvuran veya getirilen hastalarda vital bulguların değerlendirilmesi, detaylı bir anamnezin alınması, hastanın yaşamsal fonksiyonlarının stabil hale getirilmesi, iv hidrasyon ve uygun şartlarda nazogastrik sonda ile midenin yıkanması ve aktif kömür uygulanması yapılır. Zehir Danışma Merkezleri ile irtibat kurularak, ilaçların etkileri, yan etkileri, emilimlerinin azaltılması ve/veya maruziyetin önlenmesine yönelik tedbirler, dikkat edilmesi gereken semptomlar ve bulgular, ilaçların etkileşimleri, etki süreleri, farmakodinamik ve farmakokinetik özellikleri, spesifik tedavi yöntemleri, antidot önerileri ve literatürde benzer olgu örnekleriyle ilgili detaylı bilgi alınmaya çalışılır.

Olgu: Yirmidört yaşında kadın hasta acil servise 7 saat önce 40 tablet flunarizin içeren antipsikotik (Sibelium®) ilaçtan aldığı belirtilerek getirildi. Acil serviste nazogastrik sonda ile mide irrigasyonu yapıldı ve sonrasında aktif kömür uygulandı. Hastanın şuuru açık, koopere ve oryante idi. Kan basıncı 130/70 mmHg, Nabız 130/dk, Ateş:36.7 C° gözlemlendi. Fizik muayenesinde anormal bulgu saptanmadı. Laboratuvar değerleri normal sınırlardaydı. Zehir danışma merkezi ile görüşüldü. Takip ve tedavi amacıyla yoğun bakıma alındı. İntravenöz hidrasyon, kalsiyum glukonat replasmanı ve semptomatik tedavi uygulandı. İzlemi esnasında mide bulantısı, huzursuzluk ve ellerde belirgin titreme şikayetleri gözlemlendi. Yoğun bakımda 16 saat süreyle izlenen hasta vital bulgularının stabil ve semptomlarının gerilemesi üzerine, takip edilmekte olduğu psikiyatri doktoru ile görüşmek önkoşulu ile taburcu edildi.

Sonuç: İzlenen zehirlenme vakalarının birçoğu bilimsel geri dönüşümü olmadan kapanır. Bu ilaç intoksikasyonu ile ilgili literatürde bilgilere ulaşılamadı. Hastanemizde 2 yıl boyunca çeşitli ilaçlarla suisid girişiminde bulunup yoğun bakıma yatırılan ve şifa ile taburcu edilen 40 hastamız bildirildi. Hastanelerimizde takip edilen böyle zehirlenme vakalarına ait bilgilerin düzenli periyodlarla yayınlanması literatürün geliştirilmesini, ulusal intoksikasyon verilerinin daha doğru takip edilebilmesini ve ihtiyaç hissedildiğinde bilgilerin daha kolay paylaşılabilmesine olanak sağlayacağını düşünüyoruz.

P - 49

DOKU OKSİJENASYONUNUN DEĞERLENDİRİLMESİNDE KARBONDİOKSİT ÜRETİMİNİ HESABA KATMALIMIZ?

A. KARARMAZ

MEDICAL PARK HASTANESİ

Amaç: Erken hedefe yönelik tedavide (EHYT) global doku oksijenasyonunun takibi mikso venöz kan oksijen saturasyonu (SvO2) ile yapılmaktadır. Fakat sepsiste mitokondrial solunum bozulabileceğinden oksijen kullanımı azalabilir ve bu durumda SvO2 yüksek olduğu halde doku oksijenasyonu bozuk olabilir. Çalışmamızda sağ atrium venöz kanı oksijen saturasyonu (ScvO2) ve karbondioksit parsiyel basıncı PcvCO2 değerlerinin birlikte değerlendirilmesinin kan laktat düzeyi ile ilişkisi araştırıldı.

Yöntem: Yoğun bakım ünitemizde septik şok veya ağır sepsili 21 olgudan değişik zamanlarda toplam 84 adet arteriyel ve santral venöz kan gazı örnekleri alındı. PcvCO2, ScvO2 ve venoarteriyel karbondioksit basıncının arteriovenöz oksijen saturasyonuna oranlarının (PcvCO2-PaCO2)/(SaO2-ScvO2) kan laktat düzeyi ile korelasyonu lineer regresyon analizi ile saptandı.

Bulgular: Laktat düzeyi ile PcvCO2 arasında korelasyon saptanmazken ScvO2 ile düşük düzeyde korelasyon saptandı (r=3.16). (PCO2-PaCO2)/(SaO2-ScvO2) ile laktat düzeyi arasında anlamlı korelasyon mevcuttu (r=0.64).

Sonuç: Global doku oksijenasyonunun değerlendirilmesinde karbondioksit üretiminin de göz önünde bulundurulmasının faydalı olabileceği sonucuna vardık.

P - 50

POSTOPERATİF KARDİOMİYOPATİ:OLGU SUNUMU

D. ERDEM, B. AKAN, D. ALBAYRAK, F. KARAKOÇ, M. BAYDAR, N. GÖĞÜŞ

ANKARA NUMUNE HASTANESİ 1.ANESTEZİ KLİNİĞİ

Giriş: Postpartum kardiyomiopati (PPKM) kalp yetmezliği ve dilate kardiyomiopatiyle karşımıza çıkan bir tablodur. Gebeliğe özgü, nadir görülen bir durumdur. İnsidansı düşük; mortalite ve morbiditesi yüksektir.

Amaç: Bu olgu sunumunda ; son aylarında hipertansiyon ve solunum yetmezliğiyle hastaneye başvuran, zamanından önce gebeliği sonlandırılan bir olgu nedeniyle PPKM'yi tartışmayı amaçladık.

Olgu: Yirmidokuz yaşında, otuzdört haftalık gebede kan basıncı yüksekliği ve solunum sıkıntısı gelişmesi sonucunda sezaryen ile gebelik sonlandırıldı. Yakınmalarının artması üzerine anestezi yoğun bakım



kliniğine kabul edildi. Ön tanılarımız pulmoner ödem, pulmoner emboli ve PPKM idi. Hastanın solunum ve dolaşım parametreleri monitörize edildi. Hipoksi nazal oksijene yanıt verdi. Sistemik kan basıncı 220/120 mm Hg' ya kadar yükselince alfametil dopa tedavisine nitroglicerine ve kalsiyum kanal blokleri eklendi. Öyküsünde ilk gebeliğinde de preeklampsi tanısı ile izlendiği, antihipertansif ilaç kullandığı ancak doğumdan sonra bir sorunu kalmadığı öğrenildi. Ventilasyon ve perfüzyon sintigrafileri çekildi, normal olarak değerlendirildi. Arteriyel kan gazları kısa sürede düzelinece pulmoner emboli tanısından uzaklaşıldı.

Postoperatif 3.günde yapılan ekokardiyografide ejeksiyon fraksiyonu %41 msn bulundu. Sol ventrikülde büyüme, sistolik fonksiyonda bozulma ve sol atrial genişleme tespit edildi. Hastanın kliniği ve tüm bu bulgularla PPKM tanısı kondu.

Hasta yoğun bakım gereksinimi sonlandıktan sonra kardiyoloji kliniğine nakil edildi. Bir hafta sonra tıbbi tedavi eşliğinde ve 3 ay sonra kontrole gelmek üzere taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç: Gebelik, fizyolojik bir olay olmasına karşın birçok sistemi etkiler. Kalp debisi ikinci 3 ayda en çok olmak üzere %40 artar. Doğumdan hemen sonrada gebelik öncesi değerlere düşer.

PPKM gebelik öncesinde herhangi bir sorunu olmayan kişilerde de ortaya çıkan sol kalp yetmezliğine yol açan bir durumdur. Özellikle doğuma yakın dönemde ve sonraki ilk 5-6 ayda görülür.

Tedavi; geleneksel kalp yetmezliği ve semptomlara yönelik olmalıdır. Dirençli olgularda ilaç tedavisine ek olarak immunoterapi de yapılabilir.

Sonuç olarak; gebelerde, doğumdan sonraki ilk aylarda bu bulgular ortaya çıkarsa PPKM akla getirilmeli ve tanı doğrulandıktan sonra hemen tedaviye başlanmalıdır

P - 51

METİL-ETİL ALKOL ZEHİRLENMESİ:OLGU SUNUMU

D. ERDEM, D. ALBAYRAK, B. AKAN, H. ATCI,
E. ÖZCAN, N. GÖĞÜŞ

ANKARA NUMUNE HASTANESİ 1.ANESTEZİ KLİNİĞİ

Amaç: Ülkemizde acil servise başvuran alkol zehirlenmeleri genel zehirlenme nedenleri arasında yaklaşık %8-10 oranında yer alır. Etanol dünyada en çok kullanılan ve suistimali en yüksek ilaçtır. Metanol ise ilaç dışı ürünlerde daha çok bulunur.

Metil ve etil alkolü birlikte ve yüksek dozda alan kronik alkolik bir hastanın klinik izlem ve tedavisini sunmayı amaçladık.

Olgu: Aşırı alkol aldığını ifade ederek hastanemiz acil servisine başvuran 53 yaşındaki erkek hastanın kabulünde şuuru açık, oryante ve vital bulguları normaldi.Kendisinden alınan anamnezinde 30 yıldır alkol kullandığı ve dönem dönem ara verip bu sırada AMATEM de yatarak tedavi aldığı 4 yıl öncesine kadarda kullanmadığı öğrenildi.

Hastaneye başvurusundan 48 saat önce 1 litre %45 oranında etilalkol alan hasta devamında 7 litre %70-80 oranında metil alkol içeren kolonya içtiğini ifade etti. Hasta acil servisten alınarak Anestezi Yoğun Bakım Ünitesine yatırıldı. Solunum ve dolaşım parametreleri monitörize edildi. Zehir danışma merkezi ile görüşüldü. Etil alkol için toksik dozun 1ml/kg ın üzeri ; kan düzeyi için fetal dozun 250mg/dl olduğu önerildi. Hastamız toksik dozun üzerinde almıştı. Kanda etanol düzeyi 231,1mg/dl geldi. Fetal doza yakın olması nedeniyle acil dialize alındı. Metanol düzeyi bakılmadı. 12 saat ara ile 3 kez yaptırılan göz dibi muayenesinde herhangi bir patolojiye rastlanmadı. Acil dializ sonrasında hastanın etanol düzeyi kanda 81mg/dl bulundu. 12 saat sonra bu düzey sıfır(0) idi.

Vital bulguları stabil seyreden hasta psikiyatri kliniği ile görüşülerek AMATEM de tedavisi sürdürülmek üzere yatışından 72 saat sonra kliniğimizden taburcu edildi.

Sonuç: Etil alkol ve metil alkolün her ikisinde doza bağımlı olarak sarhoşluğa neden olurlar.Sarhoşluğun belirgin olmaması toksik alkol alımını ekarte ettirmez. Bu kişiler genellikle kronik alkol kullanan kişilerdir. Hastaneye başvurdularında kan ve idrar düzeyleri kontrol edilmeli , semptomatik tıbbi ve destek tedavileri yapılmalıdır.

Sonuç olarak tedavileri yoğun bakımda sonlanan olguların kesin olarak psikiyatrik destek tedavileride ara verilmeden sürdürülmelidir.

P - 52

SEREBRAL VASKÜLER HASTALIĞI NEDENİYLE YOĞUN BAKIM ÜNİTEMİZDE TAKİP ETMEKTE OLDUĞUMUZ HASTAMIZDA MEKANİK VENTİLATÖR DENEYİMİMİZ.-OLGU SUNUMU

F. ÖZKAN, Y. ŞENAYLI, Z. KAYA, S. YILDIRIM

GOP ÜNİ TIP FAK ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON AD

Amaç: Serebral vasküler hastalığı olan, üstüne eklenen hastane kökenli pnomoni ve İMV (invaziv mekanik ventilasyon) uygulanan hastaların İMV'dan ayrılmalarında güçlükler olabilmektedir. Olgumuzda posterior segmental enstrümantasyon operasyonu sonrası serebral vasküler olay (SVO) geçiren hasta sunulmaktadır

Yöntem: Altı yıl önce CABG operasyonu geçiren kalp yetmezliği ve KOAH tanıları ile takip edilen bel ağrısı şikayeti ile nöroşirürji polikliniğine başvuran hasta için operasyon planlandı. Hasta ASA II kabul edilerek genel anestezi altında posterior segmental enstrümantasyon operasyonuna alındı. On saat süren operasyonda peroperatif dönemde anesteziye ait sorun yaşanmadı. Yoğun bakımda 1.gün ayaklarında hissizlik ve motor kayıp nedeniyle 2. kez operasyona alındı.İkinci operasyonunda da anestezi uygulaması sorunsuzdu. Operasyondan sonra 5 gün yoğun bakımda takip edilip cerrahi servise alındı

Bulgular: Cerrahi serviste 5. günde bilinç değişikliği gelişen ve genel durumu bozulan hasta SVO tanısıyla yoğun bakıma tekrar yatırıldı.Yoğun bakımda 5 gün sonra hastane kökenli pnomoni+ KOAH + atrial fibrilasyon tanılarıyla tedavi altında iken solunum yetmezliği

nedeniyle entübe edildi ve İMV'a başlandı. Hasta 9 günlük takipten sonra uygun "weaning" ile ekstübe edildi.

Ancak ekstübasyonundan 12 gün sonra tekrar solunum yetmezliği nedeniyle yoğun bakıma ünitesine alınan hasta 2. kez entübe edilip İMV'a başlandı. Takipler sonucu hastanın İMV'dan ayrılması düşünülerek "weaning" başlatıldı. CPAP modunda takip edilen hasta, ara ara saplama oksijen ile satürasyonlarında ve kan gazı takiplerinde ciddi hipoksemi bulguları göstermesi nedeniyle ekstübe edilemedi. Takiplerinde tüp tespitinin değişimi esnasında yanlışlıkla ekstübe oldu. Entübasyon için gerekli hazırlıklar yapılırken, hastaya maskeyle oksijen verildi. Bu esnada oksijen satürasyonlarında ve kan gazı takiplerinde izlenen parametreler kabul edilebilir sınırlarda olması nedeniyle entübasyondan vazgeçildi. Daha sonra servise alınarak taburcu edildi.

Sonuç: Yoğun bakım hastalarında sistemik etkilenim, organ disfonksiyonu, mortalite ve morbidite arasında bir ilişki vardır. SVH-KOAH-Kalp yetmezliği - AF - Hastane kökenli pnömoni gibi ciddi patolojilere sahip hastamızda da beklenen sonuçlar bu yöndeydi ve birçok hastalığı bulunan hastaya 1 kez başarıyla "weaning" sağlanabilmişti. Olgu yoğun bakım ünitesinde ekstübe edemeyeceğimizi düşündüğümüz ancak kazara ekstübe olan ilk yoğun bakım hastamızdır.

P - 53

PERKÜTAN-ENDOSKOPIK GASTROSTOMİ (PEG) DENEYİMLERİMİZ : 68 OLGU NEDENİ İLE

J. B. ÇELİK, Ç. SİZER, A. YOSUNKAYA

SELÇUK Ü.MERAM TIP. FAK. ANESTEZİ VE REANİMASYON AD

Amaç: Yoğun bakım Ünitemizde uzun dönem oral beslenemeyen hastalarda kullanılan PEG girişiminin açılma, kullanım ve çıkarılma sonrasındaki deneyimlerimizi özellikle komplikasyonlar açısından değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Ocak 2004-Mart 2008 yılları arasında PEG uygulaması yapılan 68 hastanın kayıtları retrospektif olarak incelendi

Bulgular: Ocak 2004-Mart 2008 yılları arasında yoğun bakım ünitemizde toplam 420 hasta takip ve tedavi amacıyla yatırılmıştır. Bu hastaların yaş ortalaması 59.8 ± 18.9 'du. Klinik muayenelerinde APACHE II skor ortalaması 18.5 ± 6.3 ve Glaskow Koma Skalası ortalaması 8.6 ± 2.9 olarak bulunmuştur. Hastaların toplam beslenme süreleri 261.3 ± 58.9 gün ve PEG ile beslenme süreleri 196.4 ± 32.4 gün olarak bulunmuştur. PEG açılma süresi ortalama 46.8 ± 12.1 gündü. PEG ile beslediğimiz hastaların % 11.76 'sı nöromusküler hastalık, %1.47'si zehirlenme, %32.35'i travma, %22.05'i postoperatif solunum yetmezliği, %8.85'i diğer nedenlere bağlı solunum yetmezliği, %23.52'si serebral kanama, iskemik, tümör tanısı almış hastalardı.

PEG açılma endikasyonlarımız ise; uzun süre hastaların şuurunun kapalı olması, nöromusküler hastalığa bağlı yutma güçlüğü ve quadripleji idi.

Uygulama sırasında karşılaştığımız komplikasyonlar, 1 hastada işlem sonrası sızıntı tarzında kanama, 8 hastada geç dönemde enfeksiyon ve 1 hastada dilt altı minimal amfizemdi. Ayrıca, 3 hastada beslenme sırasında PEG tüpünde tıkanma olduğundan tüp değiştirildi. PEG uygulanan hastaların 15'i mevcut hastalıkları nedeni ile kaybedildi. Taburcu olan hastalardan 2'si evde PEG aracılığı ile beslenmekte ve takip edilmektedir.

Sonuç: Yoğun bakım ünitelerinde veya normal servis hastalarında özellikle onkoloji servislerinde oral alımı olmayan veya yetersiz olan hastaların uzun dönem enteral beslenmelerini sağlamak için en kullanışlı yol gastrostomi açılmasıdır. Hasta bakımını kolaylaştırması, şuru açık hastalarda daha konforlu olması ve komplikasyonlarının oldukça az olması nedeni ile PEG uygulamasının özellikle yoğun bakım hastalarında güvenle kullanılabileceğini düşünmekteyiz.

P - 54

KAPİLLER KAÇIŞ SENDROMU: 3 OLGU NEDENİ İLE

D. ALBAYRAK, B. AKAN, D. ERDEM, İ. KILIÇ, C. ÇAĞLAR, N. GÖĞÜŞ

ANKARA NUMUNE HASTANESİ 1. ANESTEZİ KLİNİĞİ

Amaç: Kapiller kaçış sendromu ilk defa 1960 yılında Clarkson tarafından tanımlanmıştır. Hemokonsantrasyon ile birlikte hipotansiyon, albüminüresiz hipoalbüminemi ve yagın ödemele karakterizedir. Epizodlar genellikle enfeksiyonla tetiklenir ve plazmanın masif ekstrasvazasyonu ile sonuçlanan kapiller permeabilite artışı ile karakterizedir.

Yoğun bakımda bir yıllık dönemde izlediğimiz kapiller kaçış sendromlu üç olgu nedeniyle bilgilerimizi paylaştık.

OLGU 1: 52 yaşında erkek hasta evinde baygın olarak bulundu. Serebrovasküler bir olay ve status epileptikus ön tanıları ile yoğun bakıma yatırıldı. Solunum sıkıntısı gelişmesi, kan gazlarında bozulma olması üzerine entübe edilerek, mekanik ventilatöre bağlandı. Sedasyon ve kas gevşetici infüzyonu başlandı. Yatışının 11. gününde trakeostomi planlandı. Yatışının 31. gününde kapiller kaçış sendromu tanısı koyuldu. 41. gününde kardiyopulmoner arrest sonucunda hasta kaybedildi.

OLGU 2: 30 yaşında erkek hasta, yüksekten düşme nedeniyle bilinci kapalı olarak acil servise getirildi. Acil olarak ameliyata alınan hastaya splenektomi yapıldı. Sağ femur, sol tibia, sol ön kol çift kırıkları atele alındı. Beyin cerrahisi operasyona gerek görmedi. Entübe olarak kliniğimize alındı. Sedasyon ve kas gevşetici infüzyonuna başlandı. Yatışının 11. gününde trakeostomisi planlandı. 29. gününde perkütan endoskopik gastrostomiden (PEG) beslenmeye geçildi. Yatışının 40. gününde kapiller kaçış sendromu tanısı konuldu. Tedavisi planlandı. Yatışının 152. gününde kardiyopulmoner arrest sonucunda hasta kaybedildi.



OLGU 3: 76 yaşında kadın hasta, akut böbrek ve solunum yetmezliği ön tanıları ile kliniğimize alındı. Solunumu yeterli olmadığından entübe edilerek mekanik ventilatöre bağlandı. Aralıklı olarak diyalize giren hastaya 13. gün trakeostomi planlandı. 32. gün PEG'le beslenmeye geçildi. Yatışının 48. gününde kapiller kaçış sendromu tesbit edildi. Tedavisi planlandı. Hasta yatışının 159. gününde kardiyopulmoner arrest sonucunda kaybedildi.

Sonuç: Kapiller kaçış sendromu, yoğun bakım ünitelerinde septik şokta sık karşılaşılan bir komplikasyondur. Tedavide; furosemid, aminofilin ve yüksek doz metil prednizolon kullanımının yanında yoğun destek önlemleri gerektiği göz önünde bulundurulmalıdır.

Kapiller kaçış sendromu; yoğun bakımda rastlanan önemli bir problemdir. Bütün sistemleri etkilemesi açısından hastaların prognozu üzerinde etkilidir. Erken tanı ve tedavinin önemli olduğu kanısındayız.

P - 55

GEBELİKTE ORTAYA ÇIKAN SEKONDER TROMBOTİK TROMBOSİTOPENİK PURPURA:OLGU SUNUMU

M.K. EROL, G.U. SIVRIKAYA, M. BEKTAŞ, A. HANCI, A. YALÇINKAYA

*ŞİŞLİ ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
2.ANESTEZYOLOJİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ*

Giriş: Trombotik Trombositopenik Purpura (TTP) mikroangiopatik hemolitik anemi, trombositopeni, nörolojik semptomlar, renal disfonksiyon ve ateş ile karakterize bir hastalıktır. Gebelik sekonder TTP gelişiminde rol oynayan predispozan faktörlerden biridir.

Olgu sunumu: 29 yaşında, 35 haftalık gebe hasta 3 gündür devam eden ateş, baş ağrısı, öksürük şikayetleriyle Kadın Doğum Kliniği'ne başvurmuş.Yapılan tetkiklerinde karaciğer enzim, bilirubin, CRP, SGOT, LDH, fibrin yıkım ürünleri ve D-dimer değerlerinde artış; hemogloblin, trombosit ve fibrinojen değerlerinde azalma saptanan hastada; "HELLP sendromu", "DIC", "TTP" ön tanıları düşünülmüş. Baş ağrısının varlığı, periferik yaymada şistositlerin bulunması, LDH değerlerindeki artış ve trombositlerdeki hızlı düşme nedeniyle TTP olarak değerlendirilerek, plazmaferez ve steroid tedavisine başlanmış. Plazmaferez sonrası yakın takip amacıyla Cerrahi Yoğun Bakım Ünitemize (CYB) alınan hasta, birkaç saat içinde oksijenizasyonunun bozulması üzerine, acil sezeryana alındı. CYB'de entübe olarak takibinde, akciğer grafisinde yaygın buzlu cam görüntüsü gelişmesi, hipoksisinin devam etmesi üzerine ARDS düşünülerek yüksek PEEP ile invaziv mekanik ventilasyona başlandı.Klinik ve radyolojik bulguların değişmemesi üzerine hastaya recruitment uygulandı. SIMV-PS ve daha sonra CPAP-ASB modlarında solunum desteği verilen hasta, operasyonun 7. gününde ekstübe edildi. Nazal kanül ile oksijenizasyonu sağlandı. Günlük LDH ve trombosit sayısı takibi ile plazmaferez tedavisine devam edildi. Tedavinin 9. gününde ateşi yükselen hastada santral venöz kateter ve idrar sondası çekilip, plazmaferez için kullanılan femoral kateterin yeri değiştirildi. Alınan kültürlerinde patojen bakteri üremedi. Steroid tedavi kademeli olarak azaltılmaya başlandı. Hasta genel

durumunun iyi olması, ateşinin 37,5°C civarında seyretmesi, trombosit sayısının normal sınırlarda olması, LDH değerinin normal sınırlara yaklaşması üzerine tedavinin 16. gününde plazmaferez ve steroid tedavileri altında, salah ile dahiliye kliniğine transfer edildi.

Sonuç: Sekonder TTP, plazmaferez yapılmazsa fatal seyreden bir hastalıktır. Bu nedenle TTP tanısı erken konulmalı ve zaman geçirilmeden tedaviye başlanmalıdır. Temel tedavi; steroid uygulaması, en kısa sürede plazmaferez yapılması ve plazmafereze kadar geçen sürede taze donmuş plazma infüzyonları ile hastanın desteklenmesidir.

P - 56

YARIK DAMAK ONARIMI SONRASI GELİŞEN HAVA YOLU ÖDEMİ:OLGU SUNUMU

M. K. EROL, L. T.KILINÇ, A. HANCI, İ. İDİ

*ŞİŞLİ ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ,
2.ANESTEZYOLOJİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ*

Giriş: Yarık damak operasyonlarında, havayolunun sağlanması ve korunması anestezide en önemli unsurlardan biridir. Gerek önceden varolan solunum yolu enfeksiyonları, gerekse peroperatif ve postoperatif gelişebilecek laringospazm, bronkospazm ve yumuşak doku ödemi nedeniyle solunum güçlüğü ortaya çıkabilir.

OLGU 1: 18 aylık kız çocuğu yarık damak nedeniyle Plastik Cerrahi Kliniği tarafından opere edildi. Yaklaşık 4 saat süren operasyon sonunda hasta ekstübe edildi ve yakın solunum takibi yapılmak üzere Cerrahi Yoğun Bakım (CYB) Ünitemize alındı. İlk gelişinde dil, dudaklar ve boynu ödemli, solunumu hırıltılı, solunum sesleri bilateral kabaydı. Maske ile 2L/dk oksijen ve aralıklı olarak soğuk buhar uygulaması, steroid ve genel destek tedavi düzenlendi. Hastanın solunum güçlüğü sürmekle beraber oksijenizasyonu hiç bozulmadı. SPO2 %98-100 arasında seyretti. 48 saat boyunca CYB'da takip edilen hasta ödeminin azalması, solunumunun rahatlaması, oda havasında satürasyon değerlerinin %98 ve üzerinde seyretmesi üzerine Plastik Cerrahi Kliniği'ne transfer edildi.

OLGU 2: Yarık damak nedeniyle opere edilen 16 aylık erkek çocuk, 6 saat süren operasyon sonunda uyandırılıp ekstübe edildi.Yüzünde ve boynunda ileri derecede ödem olması ve solunum sıkıntısı gelişmesi üzerine tekrar entübe edilerek CYB Ünitemize alındı. Sedasyon altında, SIMV-PRVC modunda mekanik ventilasyon desteğine başlandı. Genel destek ve steroid tedavi düzenlenerek, peroperatif ve postoperatif sıvı rejimi gözden geçirildi. Hipalbuminemi saptanarak replase edildi. Postoperatif 3. günden itibaren ödemi azalmaya başlayan hasta 7. günde sedasyonu kesilerek uyandırıldı ve ekstübe edildi. Genel durumunun iyi olması, solunum sıkıntısının olmaması üzerine postoperatif 8. günde Plastik Cerrahi Kliniği'ne transfer edildi.

Sonuç: Damak yarığı operasyonu ortalama 2-3 saat içinde gerçekleştirilmektedir. Operasyonda hasta pozisyonunun getirdiği dezavantajlar operasyon süresinin uzaması ile artmaktadır. Başın aşırı ekstansiyonundan kaçınılması ve uzayan operasyonlarda belirli aralıklarla nötral pozisyona getirilmesi ödem oluşumunu azaltabilir. İki olgu dolayısıyla bu operasyonlarda sürenin uzaması nedeniyle ortaya çıkabilecek komplikasyonları ve postoperatif yakın takibin önemini vurgulamaya çalıştık.

P - 57

BOTULİSMUS İNTOKSİKASYONU

S. BAYRAKTAR, F. KAHVECI, N. KELEBEK

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ABD

BURSA ACIBADEM HASTANESİ

Amaç: Botulismus toksini, C.botulinum tarafından üretilir. Botulizm; genellikle kraniyal sinirlerle başlayan, motor ve otonomik sinirlerin simetrik ve desendan paralizi ile karakterizedir. Bulanık görme, disfaji ve disartri sık görülen başlangıç semptomlarıdır. Semptomlar, hafif şiddetten başlayıp, solunum yetmezliği, mekanik ventilasyon ihtiyacı ve ölüme kadar ilerleyebilir. Biz de; nadir görülen Botulismus intoksikasyonu tanısı ile tedavi edilen olguyu sunmayı amaçladık.

Yöntem: 62 yaşında erkek olgu; ağır çevresinde uyuşma, yutma güçlüğü, bulantı, kusma, nazone konuşma ve kas güçsüzlüğü şikayetiyle acil servisimize başvurmuş. Şüpheli konserve yeme öyküsü bulunması nedeniyle, botulismus düşünülerek, trivalan botulismus antitoksini(2x250 mL) uygulanmış. Takibinde solunum sıkıntısı gelişen ve nörolojik semptomları(total oftalmopleji, bilateral pitöz,tembel ışık refleksi, disartri,) ilerleyen olgu ünitemize yatırıldı. Entübe edilen olgu, SIMV modda mekanik ventilatör desteğine alındı. Nöroloji tarafından değerlendirilen olguda Guillain Barre Sendromu düşünülerek, IVIG tedavisi(0.4 gr/kg/gün, 5 gün) uygulandı. Olgu, ailesinin isteği ile mekanik ventilatör desteğinde (Mod:SIMV, FiO2: 40, tidal volüm:480 mL) sevk edildiği Yoğun Bakım Ünitesi'nde izlenmeye devam edildi. Solunum yetmezliğinin 7.gününde CPAP modunda solunum desteğine, kas-iskelet sistemi rehabilitasyonuna başlandı. 8.gün trakeostomi açıldı. Toksik besininin 13.gününde oftalmoplejinin gerilediği, distansiyonun gerileyerek barsak seslerinin güçlü alınmaya başladığı, 15.gününde pupil ışık refleksinin pozitif olduğu, 17.gününde pitözün tama yakın gerilediği saptandı. Ayırıcı tanı yönünden yapılan BOS incelemesinde Guillain-Barre tanısını destekleyen bulgular negatifti. Kraniyal MR ve abdominal BT normaldi. Olgu tanısının 15.gününde dekanüle edilerek Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon kliniğine devredildi. Hastanın aldığı besin örneği Pendik Veteriner Kontrol ve Araştırma Enstitüsü'nde incelendi. Toksin nötralizasyon testini takiben fareye enjeksiyon uygulaması sonucunda, besinde botulismus toksininin pozitif olduğu saptandı.

Sonuç: Botulismus; toksinin uygun olmayan şartlarda hazırlanan gıdalar ile alınmasıyla gelişir. Ekstraoküler kas felci, pitöz ve pupil fonksiyon bozukluğu semptomlarıyla

başlayarak, gastrointestinal semptomlar, solunum güçlüğü ve kardiyak arreste kadar ilerleyebilir. Ayırıcı tanıda,Guillain Barré sendromu, difterik polinöropati, poliomyelitis, Myastenia Gravis, hipokalsemi, hipermağnezemi, organofosfat zehirlenmesi ve serebrovasküler olay düşünülmelidir.

P - 58

UZUN SÜRELİ TIOPENTAL SEDASYONU SONRASI GELİŞEN YOKSUNLUK TABLOSU: OLGU SUNUMU

M. K.EROL, B. EKŞİOĞLU, A. HANCI, A. YALÇINKAYA

ŞİŞLİ ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ,
2.ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ

Giriş: Tiopental kısa-orta etkili bir barbitürat olup, anestezi indüksiyonunda ve yoğun bakımda sedasyon amacıyla kullanılır. Uzun süre yüksek dozlarda kullanıldıktan sonra kesildiğinde, 12-24 saat sonra yoksunluk belirtileri başlar ve 1-3. günlerde en yüksek düzeye ulaşır.

Olgu sunumu: Yarık damak nedeniyle opere edilen 16 aylık erkek hasta, 6 saat süren operasyon sonunda uyandırılıp ekstübe edildi. Yüzünde ve boynunda ileri derecede ödem olması ve solunum sıkıntısı gelişmesi üzerine tekrar entübe edilerek Cerrahi Yoğun Bakım Ünitemize alındı. Sedasyon altında ventilasyon desteği ile genel destek ve antiödem tedavilerine başlandı. Hipoalbuminemi tespit edilen hastada albumin replasmanı yapıldı. Midazolam ve fentanil infüzyonlarının yüksek dozlarına rağmen yeterli sedasyon sağlanamayan hastaya, 2. günden itibaren tiopental (1-3 mg/kg/h) ve remifentanil infüzyonları başlandı. Göz dibi muayenesinde serebral ödeme ait bulgu izlenmedi. Tedavinin 4. gününde 38°C civarında seyreden ateşinin başlaması üzerine kan ve trakeal kültürleri gönderildi, antibiyoterapisi düzenlendi. Postoperatif 7. günde ödemi gerileyen hasta sedasyonu kesilerek uyandırıldı ve ekstübe edildi. Ekstübasyondan yaklaşık 12-16 saat sonra hastanın gözlerinde bir tarafa kayma, dilinde ileri geri yalanma benzeri hareketler, ekstremitelerde taraf bulgusu vermeyen miyoklonik kasılmalar görüldü. Lomber ponksiyon ve çekilen kranyal MR'da patolojik bulguya rastlanmadı. Çocuk Hastalıkları ve Nöroloji ile yapılan konsültasyonlarda bu bulgular konvülsiyon olarak değerlendirildi. Bu dönemde hastanın Na değerinin 129 meq/L olması dışında metabolik parametreleri doğaldı. Bu düzeyde bir hiponatreminin söz konusu tabloya yol açmayacağı düşünüldü. Fenobarbital ile antikonvülzan tedaviye başlandı. Söz konusu hareketler ilk birkaç saatte azalıp 24 saatte kayboldu. Hasta genel durumunun iyi olması, solunumunun rahat olması ve konvülsiyonlarının tamamen kaybolması üzerine tedavinin 11. gününde antikonvülzan tedavinin Pediatrik Nöroloji tarafından düzenlenmesi önerisiyle Plastik Cerrahi Kliniği'ne transfer edildi.

Sonuç: Klinik değerlendirmede uzun süreli ve yüksek dozda tiopental infüzyonunun kısa sürede kesilmesi sonucu yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkabileceği göz önünde bulundurulmalı, kullanılan doz ve süreye dikkat edilmeli, ilaç dozu azaltılarak kesilmelidir.



P - 59

AŞK KALBE DEĞİL AKCİĞERLERE Mİ ZARAR VERİYOR? "PARAQUAT İNTOKSİKASYONU OLGU SUNUMU"

V. ERTUĞRUL, K. DEMIRAĞ, A. ÖZDEMİR, M. UYAR, A. R. MORAL

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ANEST.İ VE REANİ. AD

GİRİŞ: Paraquat (1,1' dimethyl 4 – 4' bipyridylum dichloride), yabancı otlar için kullanılan tarım ilacıdır. Özellikle akciğerin ana hedef olduğu böbrek ve karaciğer tutulumlu çoklu organ yetmezliklerine neden olmaktadır (1).

AMAÇ: Paraquat intoksikasyonlarında ölümlerin en sık nedeni solunum yetmezliğidir (1). Olgumuzda paraquat intoksikasyonuna bağlı pnömotoraks üzerinde durmak, tanı ve tedavide dikkat edilmesi gerekenlere değinilmek istenmiştir.

OLGU: Aşkına yanıt alamayınca paraquat içeren tarım ilacından % 20'lik konsantrasyondan 140 ml içerek intihar eden 18 y, erkek hasta, epigastrium ve farenkste ağrı ile dış merkeze başvurmuştur. Takibinin ilk gününde giderek artan ağrısı nedeniyle yapılan ağız boğaz bakısında yaygın hiperemi, dil kökünde daha yoğun olmak üzere eroziv değişiklikler, yaygın epiglotik ödem ve vokal kord hiperemisi tespit edilmiştir. Olaydan üç gün sonra gelişen ABY nedeniyle kliniğimize sevk edilen hastanın medikal tedavisine başlandı. Muhtemel akciğer fibrozisini artırılabileceği gerekçesiyle oksijen tedavisine son verildi. 2. günde gelişen solunumsal asidoz nedeniyle MV desteğine alındı. 4. günde hemodiyaliz uygulanmaya başlandı ve aynı gün sol spontan pnömotoraks, ertesi gün de sağ spontan pnömotoraks gelişen hasta prone pozisyonuna alındı ancak yarar görmedi. Altıncı günde başlayan şok tablosu giderek ağırlaşan hasta vazopresör tedavisine rağmen 7. günde exitus oldu.

TARTIŞMA: Paraquat'ın akciğer parankimindeki konsantrasyonu plazma konsantrasyonundan yaklaşık 20 kat daha yüksektir. Bunun nedeni tip 1 ve tip 2 alveoler hücrelerin paraquat içindeki poliamin yapısını intraselüler ortama aktarmasıdır. Paraquat'ın yüksek doku konsantrasyonları ve oksijen, birleşerek serbest oksijen radikallerini oluşturmakta, serbest radikaller de hücre membranındaki lipid yapısının bozulmasına neden olmaktadır. Paraquat intoksikasyonuna bağlı gelişen akciğer fibrozisi için transplantasyon uygulandığı bildirilen vakalar da mevcuttur.

SONUÇ: Paraquat intoksikasyonlarında kullanılan özel bir antidot yoktur. Tedavide erken dönemde mide irrigasyonu ve palyatif tedavi önerilmektedir. Akciğer fibrozisine sekonder spontan pnömotoraks gelişebileceği akılda tutulmalı ve hastaya klinik olarak ve sık akciğer grafileri ile yakın izlem uygulanmalıdır.

KAYNAK: 1.Klein-Schwartz W, Smith GS. Agricultural and horticultural chemical poisonings: mortality and morbidity in the United States. Ann Emerg Med 1997;29(2):232-238

P - 60

YAĞ EMBOLİSİ SENDROMU: OLGU SUNUMU

L. T.KILINÇ, H. DOBRUCALI, A. HANCI, İ. İDİ

ŞİŞLİ ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ,
2. ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ

Giriş: Yağ embolisi sendromu; genellikle uzun kemik kırıkları sonrası sistemik dolaşıma giren yağ damlacıklarıyla oluşmaktadır. Patogenezinde mekanik obstrüksiyonla birlikte nötral trigliseritlerden oluşan serbest yağ asitleri rol oynamaktadır. Tipik yağ embolisi sendromu solunumsal, nörolojik ve cilt bulgularıyla karakterizedir. Travma sonrası 24-72 saat sonra santral sinir sistemi, solunum sistemi, üriner sistem, göz ve deride semptom ve bulgularıyla kendini gösterir.

Olgu sunumu: 22 yaşındaki erkek olgu, araç dışı trafik kazası nedeniyle acil ortopedi servisine başvurmuş, sağ femur diafiz tip 1 açık kırık tanısıyla iskelet traksiyonu uygulanmış, takip ve tedavi amacıyla Ortopedi Kliniği'ne yatırılmıştır. Hastanın servis takiplerinde 25. saatte ateş 38.5 C saptanmış, takiben sağ elinde tonik kasılmaları olması ve şuur durumunun kapanmaya başlaması üzerine nöroloji konsültasyonu istenmiş. Çekilen kraniyal tomografide patoloji olmayıp, ateşi düşmeyen olgunun Büyük Enfeksiyon konsültasyonunda enfeksiyon lehine bulgu saptanmamıştır. Beyin Cerrahi ve tekrarlanan Nöroloji konsültasyonlarıyla, kraniyal tomografilerinde olgunun şuur durumunu açıklayacak patolojik bulgu bulunmamıştır. Travma sonrası 33. saatte istenen Reanimasyon konsültasyonu sonucu olgu değerlendirildi. Şuur kapalı, sözlü ağrılı uyarana yanıt yoktu. Pupiller izokorik, tansiyon arteriyel 140/70 mmHg, kalp tepe atımı 135/dk idi. Akciğer grafisi ve tomografisinde patoloji yoktu. Göğüs ön bölgesi ve her iki kol ön aksiller bölgede peteşiyal döküntüler mevcuttu. Rutin analizlerde D-dimer değeri yüksek, arteriyel kan gazı Ph:7.5 PCO2:26 mmHg, PO2: 60.7 mmHg, BE: -1.6 mmol/L, HCO3: 19.7 mmol/L olarak bulundu. Yağ embolisi sendromu olarak düşünülen olgumuza steroid, düşük molekül ağırlıklı heparin, oksijen ve hidrasyon tedavisi başlandı. Tedavinin 4. gününde bilincinde düzelleme başlayan olguya kapalı redüksiyon ve eksternal fiksasyon ameliyatı uygulandı. Operasyon sonrası yoğun bakım ünitesinde takip edilen olgu postoperatif 3. gün servise çıkartıldı. Takiplerinde komplikasyon saptanmayan olgu, ameliyat sonrası 12. gün poliklinik kontrollerine çağrılmak üzere taburcu edildi.

Sonuç: Genç, yandaş hastalığı olmayan, özellikle uzun kemik kırığı olan olgularda solunum sıkıntısı, ateş ve mental durum değişikliklerinde yağ embolisi sendromu akla getirilmeli, yeterli solunum ve dolaşım desteğinin sağlanması amaçlanmalıdır.

P - 61

FATAL SEYREDEN BİR ÇOCUKLUK ÇAĞI AKUT PANKREATİT OLGUSU

S. ÇOLAKOĞLU*, B. ÇEVİK*, G. FIDAN*, A.ÇİZEN*, M. N. ZEHİR*, M. ALTINTAŞ**

**DR.LÜTFİ KIRDAR KARTAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, II.ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ,İSTANBUL*

Amaç: Çocukluk çağında akut pankreatit (AP) etiyolojisi, erişkinlerden oldukça farklıdır ve en sık neden olarak başta doğumsal metabolik hastalıklar olmak üzere sistemik hastalıklar gösterilmektedir. Akut pankreatitin pankreatik, metabolik ve sistemik pek çok komplikasyonu olup metabolik asidoz, önemli metabolik komplikasyonlardan biridir(1,2).

Olgu: Daha önce hiçbir yakınması olmayan, motor-mental gelişimi normal 11 aylık erkek çocuk, başını duvara çarpma ve bunu takip eden kusma atakları nedeniyle acil çocuk servisine başvurmuş. Fizik muayenesinde genel durumu orta, şuur uykuya meyilli, ağrılı uyaranlara yanıt zayıflamış, turgor-tonus azalmış, pupiller izokorik, ışık refleksi +/+, karaciğer kot altı 4 cm palpable olarak değerlendirilmiş. Arteriyel kan gazında pH: 7.28, PaCO₂: 12 mmHg, PaO₂: 59 mmHg, HCO₃: 5.5 mmol/L, BE: -21 mmol/L, SpO₂: % 88.4 olarak saptanması üzerine metabolik hastalık ön tanısı ile teşhis ve tedavi amacıyla yatırılmış. Sıvı tedavisi, antibiyoterapi ve sodyum bikarbonat,%5 dekstroz, potasyum klorür ile hazırlanan defisit tedavisi başlanmıştır. Kranial BT'de bir patoloji saptanmamış. Genel durumunun bozulması, şuurunun kapanması ve fontanelinin gergin olması nedeniyle lomber ponksiyon yapılmış ancak normal olarak değerlendirilmiş. Tedaviye rağmen düzelmeyen ve daha da derinleşen asidoz (pH:7.18, PaCO₂: 9 mmHg, PaO₂: 134 mmHg, HCO₃: 3.3 mmol/L, BE: -22.1 mmol/L, SpO₂: % 98.1) nedeniyle yoğun bakıma kabul edildi. İlk muayenesinde genel durumu kötü, şuur kapalı, GKS: 9/15, APACHE II: 24, solunum sayısı 40/dk, TA: 100/60 mmHg, KTA: 180 /dk idi. Hasta entübe edilerek mekanik ventilasyona başlandı. Defisit tedavilerine devam edildi ancak hastada mevcut olan metabolik asidoz tablosunda bir düzelme kaydedilemedi. Tanısal amaçlı yapılan testlerde, insülin<0.200 (2.6-24.9) uU/ml , C-peptid: 0.079 (1.1-4.4) ng/ml, HbA1C %4.4, amilaz 12 (28-100) U/L, amonyak 107 (16-60) µmol/L, laktat 1.6 (0.5-2.2) mmol/L, kalsiyum 4.4 (8.2-10.4) mg/d/L olarak saptandı ve doğumsal metabolik hastalıkların tanısına yönelik idrar ve kan örnekleri alındı. İntolerans ve bağırsak seslerinin hipoaktif olmasına bağlı enteral beslenmeye devam edilemedi ve total parenteral nutrisyon uygulandı. Platelet sayısındaki azalma için platelet infüzyonu başlandı. Hastanın ilerleyen batin distansiyonu nedeniyle çekilen alt ve üst batin tomografisinde, karaciğerin ileri derecede hipodens olduğu, hepatosteatoz ile uyumlu bulgular, ileal segmentlerde hava sıvı seviyesi ve batında serbest sıvı saptandı. Genel cerrahi tarafından tanı ve tedavi amacıyla operasyona alınan hastanın GKS 3/15, hipotermik, inotropik desteğe rağmen hipotansif (70/39 mmHg), platelet: 35.500/mm³, INR: 2.79 ve anestezi riski ASA IVE olarak değerlendirildi. Operasyonda şiddetli pankreatit tanısını destekleyen, pankreatik lojda, gastrokolik ligamentte ve omentumda yaygın ödem, peritonda yaygın

kalsiyum odakları ile pek çok false membran oluşumu saptandı. Jöle kıvamındaki serbest sıvıdan alınan kültürde enfeksiyon bulgularına rastlandı. Hastanın asidoz bulguları ve yatışının 2.günüden itibaren kademeli olarak artan kan şekeri düzeyleri tedaviye yanıt vermedi (914 mg/dl'ye kadar yükselen değerler kaydedildi). Hasta yatışının 6.gününde kaybedildi.

Sonuç: Klinik ve radyolojik olarak akut pankreatit düşünülen olguların %20'sinde serum amilaz ve lipaz düzeyleri normal sınırlarda olabilir (1). Başlangıçta cerrahi müdahale gerekli olmamasına rağmen kaçınılmaz olduğu durumlar arasında akut pankreatit olguları da bulunmaktadır (3). Açıklanamayan kusma ve asidoz bulguları olan çocuklarda akut pankreatit olasılığı akla getirilmelidir.

Kaynaklar:

1. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2007;50:146-53.
2. Acta Paediatrica 2007; 94: 534-37.
3. Güncel Pediatri 2005; 2:54-6.

P - 62

YANLIŞ YERLEŞİMLİ SUBKLAVİAN VEN KATETERİZASYONU

İ. SOLMAZ, B. ATİK, N. EDİZ, S. ÇINAR, A. COŞAR

GATA ANEST. VE REAN. AD

Amaç: Santral venöz kateterizasyonu esnasında gelişen komplikasyonlardan biriside malpozisyonudur. Bu yazıda sol subclavian ven kateterizasyonu esnasında, kateterin malpozisyon sonucu karşı taraf juguler vene yerleştirildiği bir olguyu sunmayı amaçladık.

Yöntem: Retrosternal kitle nedeniyle opere olan 18 yaşında bayan hastanın; postoperatif total parenteral nutürasyonu ve satral venöz basınç takibi için, sağ subclavian kateterinin enfekte olması nedeniyle, çekilerek yerine sol subclavian kateter takılması planlandı. EKG, noninvaziv kan basıncı ve pulse oksimetre takibi yapıldı. Aseptik örtünmeyi takiben lokal anestezi altında 8,5 F üç lümenli kateter sol subclavian venden yerleştirildi. İşlem sırasında kalp hızı ve kan basıncında değişiklik, aritmi, senkop, kusma gözlenmedi.

Çekilen kontrol grafisinde kateter ucunun karşı taraf internal juguler ven içerisinde olduğu gözlemlendi. Kateter 8 cm'ye kadar geri çekilerek ve tekrar 16 cm'ye kadar ilerletilerek yerleştirildi, çekilen kontrol filminde yerinde olduğu gözlemlendi.

Bulgular: Malpozisyonlara %1-33 sıklığında rastlanıldığı bildirilmiştir. Sitzmann ve ark. yaptıkları prospektif çalışmalarında santral venöz kateterizasyona bağlı minör komplikasyon olarak değerlendirdikleri kateter ucunun yanlış yerleşiminin %3,8 oranında olduğunu tespit etmişlerdir. Malpozisyonlar santral venöz basınç ölçümünü bozdukları gibi tromboflebit riskinde artışa yol açabilmektedir. Subclavian yoldan santral venöz kateter uygulamalarında, brakiosefalik ven, aynı taraf veya karşı taraf internal juguler ven yerleşimine sıklıkla



rastlanmaktadır. Malpozisyonların göğüs radyografileriyle tanınabileceği önceki çalışmalarda belirtilmiştir. Bilinci açık hastaların klinik şikayetleri de dikkate alınmalıdır. Santral venöz kateterizasyon malpozisyonlarına bağlı göğüs, baş, omuz, kol, midtorasik sırt ağrısı, kulakta uğultu hissi, kulak ağrısı gelişen olgular bildirilmiştir.

Sonuç: Santral venöz kateterizasyon işlemleri, gerek ortaya çıkan komplikasyonlar açısından, gerekse oluşabilecek komplikasyonları tahmin etmek ve olası tedbirleri almak açısından önem taşır. Kateterizasyon uygulaması sonrasında radyolojik olarak kateter lokalizasyonunun kontrol edilmesi önerilen bir uygulamadır.

P - 63

VERAPAMIL İNTOKSİKASYONLU HASTAYA YAKLAŞIM

S. ÇINAR, M. Ö. ÖZHAN, M. B. EŞGİN, A. SIZLAN, A. COŞAR

GATA ANEST. VE REAN. AD

Amaç: Kalsiyum kanal blokerleri hipertansiyon, anjina ve supraventriküler taşiaritmi tedavisinde sıkça kullanılmaktadır. Bu grubun üyelerinden verapamil; miyokardiyal ve vasküler düz kasta yavaş kalsiyum akımını bloke ederek, sinus ve atriyoventriküler nodlarda yavaş kalsiyum kanallarının derlenme hızını azaltır. Bu etkiler arteriyel düz kas relaksasyonu, vazodilatasyon, azalmış sinüs atımıyla beraber negatif inotropiyle sonuçlanır. Yaygın kullanımından dolayı, intoksikasyon durumlarına sık rastlanır.

Bu olguda suicid amaçlı yüksek doz verapamil almış bir hastada uygulanan takip ve tedavi prosedürü sunulacaktır.

Yöntem: 15 yaşında, 60 kg ağırlığında bayan hasta, suicid amaçlı 21 adet 180 mg verapamil tablet aldıktan 4 saat sonra, yerel bir hastanenin acil servisine götürülmüş. İlk muayenesinde şuuru açık, koopere ve oryante, vitalleri TA:65/45 mmHg, SpO₂ %99, nabız: 55/dak iken, EKG'nde Q-T uzaması saptanmış. Oral aktif kömür uygulaması sonrası tabletlerin bir kısmı kusturulmuş. Hastanın hipotansif seyretmesi üzerine efedrin uygulanarak, kliniğimize sevk edilmiş.

Hastanın kabulünde şuuru açık, GKS:12, solunum sesleri doğal, kalp sesleri ritmik, üfürüm ve ek ses yok, TA:80/30 mmHg, nabız:105 /dak, solunum sayısı :20/dak, satürasyon %97 idi. Arteriel kan gazında pH:7,326, pO₂:77.0 mmHg, pCO₂:38,8 mmHg, HCO₃:19,7, Na:144,7, K:3,09, Glu:188, Ca:1,183 idi. Tam kan değerleri normaldi. EKG'nde NSR, P-R mesafesinde hafif uzama (0,24 ms), AV blok olmadığı gözlemlendi. Hastaya 18mcg/kg/saatten dopamin infüzyonu ile beraber 400mEq Ca Glukonat'ın yükleme dozunu takiben, 100 mEq/saatten infüzyon başlandı. Kardiyoloji konsültasyonunda, mevcut tedaviye dirençli blok, hipotansiyon ve bradikardi durumunda geçici pacemaker uygulaması önerildi.

Bulgular: Hasta kabulünün ikinci gününde genel durumunun ve klinik izleminin normal olması nedeniyle psikiyatri kliniğine sevk edilerek taburcu edildi.

Sonuç: Verapamil intoksikasyonu komplikasyonları kardiyak ileti bozuklukları, hipotansiyon, değişken mental durum, hiperglisemi ve metabolik asidozudur. Tedavide hastanın kliniğiyle uyumlu olarak; aktif kömür, Ca glukonat sodyumbikarbonat, atropin, alfa ve beta adrenerjik ajanlar kullanılabilir. Tıbbi tedaviye yanıtız AV blok, bradikardi ve hipotansiyon durumunda geçici pace-maker takılabilir.

P - 64

LAFORA HASTALIĞI: OLGU SUNUMU

B. AKAN, D. ERDEM, D. ALBAYRAK, P. ÜSTÜNBAŞ, Ş.P.T. YAYLA, N. GÖĞÜŞ

ANKARA NUMUNE HASTANESİ 1.ANESTEZİ KLİNİĞİ

Amaç: Lafora hastalığı, nadir görülen progressif miyoklonik epilepsi nedenidir. Adolesan dönemde ortaya çıkar, otozomal resesif kalıtım özelliği gösterir. Miyokloni, epilepsi, demans ve serebellar tutulum gibi ilerleyici bulgularla ortaya çıkar. Kesin tanı aksiller cilt biyopsisinde ter bezlerinde PAS(+) tipik inklüzyon cisimlerinin (Lafora cisimleri) görülmesi ile konur. Aile öyküsü, başlangıç yaşı, tipik semptomlar ve kognitif fonksiyonda hızlı kötüleşme tanıda yardımcıdır. Hastalar tanı sonrası yaklaşık 4-10 yıl içinde kaybedilir.

Bu olguda; Lafora tanısı kesinleşmiş, terminal dönemde kliniğimize yatırılan bir olguyla ilgili deneyimlerimizi tartıştık.

21 yaşındaki kadın hastaya; 5 yıl önce Lafora tanısıyla antiepileptik tedavi başlanmış. Bu tedavi altında iken, yüksek ateş ve öksürük semptomlarının gelişmiş, bir hafta sonra epileptik nöbetleri başlamış. Hastanemiz acil servisine getirilen olgu, status epileptikus tanısıyla yoğun bakıma yatırıldı. Tedavisine ek olarak (valproat sodyum 500 mg 2x1, levetiracetam 1500 mg, topiramate 25 mg 2x1) fenitoin sodyum (3x2cc) ve valproik asit yükleme tedavileri başlandı. Yanıt alınmayınca entübe edilerek sodyum tiyopental infüzyonu başlandı. Topiramate 200mg/gün ve clonazepam 2mg/gün eklendi. Konvülsiyonlar kontrole alınmayınca sodyum tiyopentalin yerine midazolam ve veküronyum infüzyonu başlandı. Nöbet devam edince midazolam dozu arttırıldı. Bu da yeterli olmayınca fentanyl ve 1000mg/gün valproik asit eklendi. 3 haftalık tedavi sonrası dudak çevresindeki kasılmalar devam edince ketamin infüzyonuna geçildi.

Bu dönemde destek tedavisi süren hastanın farklı anestezi ajanlar ve antiepileptik kullanımına rağmen nöbetleri kontrol altına alınamadı. Yatışının 38. gününde kardiyak arrest sonucu hasta kaybedildi.

Sonuç: : Lafora sendromlu hastaların %70'inde nöbetler 2-8 mg/kg diazepam ve 5-20 mg/kg fenitoin ile kontrol edilebilirken bizim olgumuzda yanıt alınamadı. Bu nedenle bir sonraki basamak olarak anestezi infüzyona başlandı. Antiepileptik tedaviyle konvülsiyonları tamamen ya da kısmen kontrol altına alınabilen olgular bildirilmiştir. Konvülsiyon kontrolü ancak yüksek doz anesteziyle sağlanabilen olgular için resüste etmeme kararı alınması tartışılmalıdır. Olguların başlangıç yaşının erken olması ve genellikle eşlik eden hastalıklarının olmaması ve hastalığın ilerleme hızının farklı olması bunun en önemli nedenidir.

P - 65

SEKONDER BİR MİKROBİYOLOJİK ENFEKSİYON OLMADAN İNFLUENZA A (H3N1)'NİN NEDEN OLDUĞU BİR AKUT RESPIRATUAR DİSTRES SENDROMU

E. EMRE, N. ÇEKMEN, M. Ö. ÖZHAN, F. BİLGİN, A. COŞAR

GATA ANEST. VE REAN. AD

Amaç: Virus pnömonilerinin erişkinlerde görülen pnömonilerin % 10'undan daha az bir kısmından sorumlu olduğu anlaşılmıştır. Erişkinlerde görülen virus pnömonilerinde en sık rastlanan etken influenza A virusudur. Primer influenza pnömonisinin mortalitesi çok yüksektir.

Sekonder bir mikrobiyolojik enfeksiyon olmadan influenza A (H3N1)'nin neden olduğu akut respiratuar distres sendromlu bir olguyu sunmayı amaçladık.

Yöntem: 24 yaşında erkek hasta, şuur bulanıklığı, ateş, öksürük, ve şiddetli nefes darlığı üzerine acil servisine getirilmiş. Hemen yoğun bakım ünitesine kabul edilen ve ailesinden alınan özgeçmişinde herhangi bir sistemik sorunu ve yabani hayvanla temas öyküsü olmadığı öğrenildi. Fizik incelemesinde genel durumu kötü, bilinci kapalı, ajitasyonu olan, kooperasyon ve oryantasyonu olmayan hastanın Glasgow koma skalası 9, APACHE II skoru 16, MODS 6 olup, vücut sıcaklığı 38.5 °C, taşikardisi (135/dk) ve hipotansiyonu (90/40 mmHg) mevcuttu. Yüksek doz oksijen verilmesine rağmen dirençli hipoksemi (PaO₂/FiO₂ oranının <200 mmHg) ve akut şiddetli solunum yetmezliği, akciğer grafisinde kardiyomegali olmaksızın diffüz bilateral infiltrasyon, buzlu cam görüntüsü ve normal pulmoner arter basıncının olması üzerine hastanın ARDS olduğu düşünüldü. İlk derin trakeal aspirat kültüründe H3N1 virüsü izole edildi. Bunun üzerine hastaya mekanik ventilatör tedavisi, yüksek doz prednizolon, antiviral, antibiyotik, globülin ve ARDS'ye yönelik destekleyici tedavi uygulandı.

Bulgular: Genel durumunun, laboratuvar bulgularının, bilinç ve solunumunun giderek düzelmesi üzerine weaning uygulanan hasta 21. günde ekstübe edildi. Elli altıncı gün tüm klinik ve laboratuvar bulguları düzeldikten sonra şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Akut solunum yetmezliği bulgularıyla gelen hastalarda primer influenza pnömonisinin ağır seyredebileceği, bir kısmında ARDS ve hatta ölüme neden olabileceği düşünülmelidir.

P - 66

VAGAL SİNİR STİMULASYONU İLE TEDAVİ EDİLEN STATUS EPILEPTİKUS

Y. UĞUR, İ. ÇOMAK, E. EMRE, F. BİLGİN, Ö. YANARATEŞ, A. COŞAR

GATA ANEST. VE REAN. AD

Amaç: Refraktör jeneralize konvulzif status epileptikus (RSE), hayatı tehdit eden, status epileptikusun tedaviye dirençli formudur. RSE tedavisinde antiepileptikler, anestezi ajanlar, fokal kortikal rezeksiyon uygulanmaktadır. Ancak refraktör nöbetlerde, Vagal sinir stimülatörü (VNS) kullanılabilir.

Yöntem: 10 yaşında erkek hasta ilk kez 3 yıl önce nöbet geçirmiş. Kraniyal BT ve MR' da yapısal lezyon görülmemiş. EEG de bozukluk saptanmayan hastaya medikal tedavi uygulanmamış. Mart 2007 de yatışından 2 hafta önce baş ağrısı, davranış değişikliği ve 2 nöbet geçirmiş. EEG de posteriorda keskin yavaş dalga paterni gözlenmiş. Kraniyal BT ve MR' da yapısal lezyon görülmemiş. Hastaya GATA Çocuk Hastalıkları Anabilimdalı tarafından antiepileptik tedavi yanısıra midazolam infüzyonu ve viral ensefalit kuşkusuyula asiklovir tedavisi uygulanmış. Ancak nöbetleri sıklaşınca status epileptikus tanısıyla yoğun bakım ünitesine kabul edildi. Hasta entübe edilerek tiyopental infüzyonu başlandı nöbetler devam edince propofol infüzyonuna geçildi. Tüm tedavilere rağmen yanıt alınamaması üzerine beyin cerrahi konsültasyonu doğrultusunda VNS takılması planlandı. Başlangıçta nöbetler durmasa da klinik seyrine göre tablodaki ayarlar yapılarak remisyon sağlandı.

Titrasyon zamanı	Akım (mAmp)	Kapalı-zaman (dakika)	Açık-zaman (saniye)	Puls genişliği (mikrosaniye)	Nöbet derecesi
1. gün	0.50	5	30	500	++
2. gün	1	5	60	500	+
5. gün	1.25	3	30	250	+
10. gün	1.50	1.1	14	250	+
12. gün	1.75	5	30	250	-

Bulgular: Hasta halen antiepileptik olarak valproat, levatirasetam, topiramet kullanıyor. Yaklaşık bir yıldır ayda 1 kez parsiyel, daha kısa ve daha az şiddetli nöbet geçirmektedir.

Sonuç: Refraktör epilepsilerin tedavisinde kullanılabilen VNS' nin komplikasyon riski düşüktür fakat enfeksiyon ve lokal hemoraji gelişebilmesi ve palyatif bir işlem olması dezavantajlarıdır. Parsiyel nöbeti olan hastalarının %30-50' inde VNS ile nöbet sıklığında >%50 azalma gözlenmiştir. Çok kısıtlı uygulanmasına rağmen, jeneralize nöbetleri olan hastalar da VNS den yarar görebilir. Vagal sinir stimülasyonu tedaviye dirençli SE' de tedavi seçenekleri içine alınmalıdır.

P - 67

KURUMUMUZ YOĞUN BAKIM BİRİMİNDE SAPTANAN HASTANE ENFEKSİYONLARI

B. BEŞİRBELLİOĞLU, F. BİLGİN, A. KILIÇ, A. ÖZARSLAN, A. COŞAR, C. EYİĞÜN, A. BAŞUSTAOĞLU, S. ÇETİNER

GATA ANEST. VE REAN AD
GATA ENFEKSİYON HASTALIKLARI AD
GATA MİKROBİYOLOJİ AD
GATA GENEL CERR. AD

Amaç: Hastanemizde, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalına bağlı olarak çalışan yoğun bakımda, 2006 ve 2007 yıllarında saptanan hastane enfeksiyonları irdelenmiştir.

Yöntem: Yoğun bakım ünitesinde söz konusu dönemlerde sırasıyla 150 ve 166 hasta yatarak tedavi görmüş olup, sırasıyla 80 ve 66 hastane enfeksiyonu gelişmiştir. Yıllara



göre enfeksiyon türleri Tablo I'de, etkenler ise Tablo II'de arz edilmiştir.

Tablo I: Hastane Enfeksiyon Türleri

Enfeksiyon tipi	2006		2007	
	SAYI	%	SAYI	%
Kan dolaşımı enfeksiyonu	43	53,7	35	53,0
Üriner sistem enfeksiyonu	22	27,5	17	25,7
Pnömon	10	12,5	4	6,2
Cerrahi alan enfeksiyonları	0	0	7	10,6
Diğer sistem enfeksiyonları	5	6,3	3	4,5
Toplam	80	100	66	100

Tablo II: Hastane Enfeksiyon Etkenleri

Etken	2006		2007	
	SAYI	%	SAYI	%
<i>P.aeruginosa</i>	21	21,9	12	16,1
<i>E.coli</i>	15	15,7	13	17,5
<i>S.aureus</i>	9	9,3	6	8,0
<i>Enterococcus spp.</i>	10	10,4	7	9,4
<i>K.pneumoniae</i>	6	6,2	12	16,1
<i>P.pneumoniae</i>	12	12,5	6	8,1
<i>Acinetobacter spp.</i>	1	1	0	0
<i>Enterobacter spp.</i>	1	1	3	4
<i>S.marcescens</i>	6	6,2	2	2,6
CNS	1	1	0	0
<i>M.morganii</i>	3	3,2	3	4
<i>P.mirabilis</i>	3	3,2	1	1,3
<i>K.oxytoca</i>	2	2,1	1	1,3
<i>S.maltophilia</i>	1	1	4	5,4
<i>Citrobacter</i>	0	0	1	1,3
<i>S.viridans</i>	5	5,3	3	4
Etken belirsiz	96	100,0	74	100

Sonuç: Her iki yılda da kan dolaşımı enfeksiyonları birinci sıklıkta saptanmış olup, bunun; yoğun damar içi katater kullanımına ve sık olarak invazif girişim yapılmasına bağlı olduğu değerlendirilmektedir. Etkenlere bakıldığında ise, *P. aeruginosa*, *E. coli*, *K. pneumoniae* gibi non fermentatif ve gram negatif enterik basillerin ön planda olduğu görülmekte olup, bunun; enfeksiyon kaynağı olarak genellikle hastanın kendi florasının rol oynamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Yatan hasta sayısında artış olmasına rağmen enfeksiyon sayısında görülen düşüş, yoğun bakım personelinin enfeksiyon kontrol önlemlerine uyumunun bir sonucu olarak değerlendirilmektedir.

P - 68

GUILLAIN-BARRÉ SENDROMU VE HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS

N. K. GIRGIN, R. İŞÇİMEN, E. YILMAZ, F. KAHVECI, O. KUTLAY

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON AD, BURSA

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ENFEKSİYON HASTALIKLARI AD, BURSA

Amaç: Guillain-Barré sendromu (GBS), simetrik güçsüzlük, duyu ve refleks kaybı ile karakterize akut gelişen bir hastalıktır. Hastalığın başlangıcında genellikle viral bir enfeksiyon bulunmaktadır. Reanimasyon Ünitesi'ne GBS tanısı yatırılan ve uygulanan tedaviye yanıt alınamaması üzerine yapılan etyoloji araştırmasında, Human Immunodeficiency Virus (HIV) pozitifliği saptanan olgu sunulmuştur.

Olgu Sunumu: 32 yaşında erkek olgu, kol ve bacakta uyuşma, yürüme bozukluğu şikayetleri ile sağlık

kuruluşuna başvurmuş. Akut polinöropati tanısı ile 5 gün 0.4 gr/kg/gün immunglobulin G (IVIG) tedavisi uygulanan olguda semptomlarda gerileme olmaması üzerine bu tedavi tekrarlanmış. Takibi sırasında solunum sıkıntısı ve tetrapleji gelişen olgu fakültemize sevk edilmiş. Olgu acil serviste değerlendirildiğinde şuur açık, koopere, hemodinamisi stabildi. Arter kan gazında: pH:7.28, PaO₂:74.4 mmHg, PCO₂:63.8 mmHg, BE:2.6 mmol/L, HCO₃:29.6 mmol/L saptandı. Olgu GBS ön tanısı ile Reanimasyon Ünitesi'ne yatırıldı. Entübe edilerek mekanik ventilasyon tedavisi başlandı. Plazmaferes tedavisi uygulandı. Nörolojik semptomlarında gerileme olmaması üzerine etyoloji araştırılması yapıldı. HIV(+), CD₄/CD₈:0.17, absolut CD₄:71 hücre/μlt saptanarak antiretroviral tedavi (lamivudine, zidovudine, lopinavir, ritonavir) başlandı. Yatışının 14.günü perkütan trakeostomi açıldı. Tedavisi süresinde sepsis gelişen olgu, yatışının 35.günü çoklu organ yetmezliği ile kaybedildi.

Sonuç: Guillain-Barré sendromunda hastalığın başlangıcında genellikle bir enfeksiyon bulunmaktadır. HIV pozitif olgularda GBS geliştiği literatürde bildirilmiştir. BOS'a geçişleri yüksek seviyede olan yüksek aktiviteli antiretroviral tedavinin, HIV (+) olgulardaki GBS'de plazmaferes ve yüksek doz IVIG tedavisinden önce düşünülmesi gerektiğini ileri sürülmektedir. Tedaviye yanıt alınmayan GBS'li olgularda etyolojinin iyi araştırılması, HIV gibi enfeksiyonların tanımlanmasını sağlayacaktır. Bu enfeksiyonların erken ve yeterli tedavisi; hem HIV enfeksiyonunun hem de GBS'nin şiddetinin azalmasında, morbidite ve mortaliteye yol açan komplikasyonların önlenmesinde ve tedavi sonunda sekelsiz geri dönüşte etkili olup, hastanın yaşam kalitesini artırmak yanında hasta ile temasta bulunan sağlık çalışanlarının daha dikkatli olmalarını sağlayarak, bulaş riskini de azaltacaktır.

P - 69

UZUN SÜRE KARDİOPULMONER RESÜSİTASYON YAPILAN HASTADA SEREBRAL OKSİMETRE TAKİBİ OLGU SUNUMU

S. KAYA, K. DALKILIÇ, H. İYEM, Y. AKDOĞAN, N. BAŞAK

DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ANESTEZİYOLOJİ A.D

DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KALP-DAMAR CERRAHİSİ A.D

Olgu : 60 yaşında erkek hasta, 3 ay önce hipertansif beyin kanaması, sağ hemiparezi, nefes darlığı, göğüs ağrısı şikayetleri ile başvurduğu klinikte karotid arter oklüzyonu teşhisleriyle yatırılmış. Yapılan koroner angiografisinde tombüs nedeniyle sol ventrikülografisi yapılamamış, sol ana koroner'de mid stent içi %60 darlık, intermedier proximalde %70 darlık, circumflexin proximalinde %50 darlık saptanmış. Hastanın yapılan doppler USG'nde vertebral arterler normalken karotid arterlerde kalsifiye aterom plağı tespit edilmiş.

Hasta sol karotid end arterektomi için operasyon salonuna alındı. Rutin monitorizasyon invaziv arter ve santral kateter monitorizasyonuna ek olarak bispectral indeks ve serebral oksimetre monitorizasyonları da yapıldı. Hastaya indüksiyon amacıyla 0.3 mg/kg etomidat, 2mg/kg fentanyl,

0,15mg/kg midazolam'ı takiben entübe edildi. Cerrahi ekip işleme başlamadan önce hastamızda ani hipotansiyon ve bradikardi görüldü. Hastaya bolus 10 mg efedrin ve atropin 0,5mg yapılmasına rağmen bradikardisi derinleşerek kardiak arrest gelişti. Kardiyak masaja başlanarak her 3 dakikada bir 1mg adrenalin verildi. Kardiyak masaj yapıldığı süre bir saat 45 dakika boyunca devam edildi. Bu sürede hastaya magnezyum , amiodaron, sodyum bikarbonat ek olarak uygulandı.

Hastaya arrest olduğu sürece toplam 10 kez ventriküler fibrilasyon ritmi nedeniyle 360 joule ile defibrilasyon yapıldı. Hastamızın invaziv arter kateteri nedeniyle kardiyak masaj sırasında hedef tansiyon arteriyeli SAB; 100mmHg üzerinde olacak şekilde tutuldu. Serebral oksimetre takibinde değerler sağ ve sol ölçümleri hasta arrest olmadan önce %60-65 aralığındaydı. Resüsitasyon boyunca serebral oksimetre en düşük %39 olarak ölçüldü.

Hastanın ritmi normale döndüğünde vazopresör yardımıyla kardiyoloji laboratuvarına götürülerek koroner anjiyografi yapıldı. Koroner anjiyografide sol ana koronerde spazmın geliştiği görüldü. Daha sonra yoğun bakıma alınan hasta arrest olduktan 10 saat sonra bilincinin tamamen açık olması nedeniyle ekstübe edildi. Beşinci gün hasta sorunsuz bir şekilde karotid end arterektomi operasyonu yapılarak şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Sistolik tansiyon arteriyel 100 mmHg üzerinde tutulacak şekilde kardiyak masaj yapılırsa, serebral oksimetrede bazal değerler %30 'undan fazla düşmeler olsa bile herhangi bir nörolojik sekel gelişmeyebileceğini gözlemledik.

P - 70

PREGABALİN ENTOKSİKASYONU OLGU SUNUMU

S. KAYA, V. TEMEL, K. DALKILIÇ, A. KARARMAZ, H. KARAMAN

DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ANESTEZİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ DİYARBAKIR

MEDİKAL PARK HASTANESİ ANESTEZİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ TOKAT

Giriş: Pregabalin (Lyrica®) farmakoterapötik grubu yeni olan bir antiepileptiktir. Hiperaleji ve allodini gibi nöropatik ağrılarda, cerrahi sonrası ağrıyla ilgili davranışların önlenmesinde, postherpetik nevralji ve diabetik nöropatilerin tedavisinde kullanılmaktadır. Diğer antiepileptiklerle ilgili olarak çok sayıda overdoza bağlı toksik etkilerle ilgili çok sayıda vaka ve klinik seyir hakkında bilgi varken pregabalinde yeni olduğu için yeterli sayıda yoktur. Bizde toksik dozda bu maddeyi alan vakanın klinik seyiri hakkındaki bilgilerimizi paylaşmayı amaçladık.

19 yaşında kadın hasta nöropatik ağrı yakınmaları nedeniyle kullandığı Pregabalin (Lyrica 150 mg.)'nden suicid amacıyla 54 adet (yaklaşık 8 gr.) almış. Hasta acil serviste görüldüğünde GKS'sı 7 (G2 V2 M4) idi. Hastanın göz kapaklarında ödem, pupiller myotik, IR +/-, herhangi bir darp izi ve kötü koku yoktu. TA: 110/34, KAH:100, SPO2:96 olan hastaya gastrik lavaj ve aktif kömür tedavisini takiben reanimasyon kliniğine transferi yapıldı. Reanimasyon kliniğinde nazal Oksijen verilen hastanın kan gazında pH; 7,42 pCO2-35 mmHg, pO2-120 mmHg,

SPO2-99 bulundu. Laboratuvar analizinde patolojik bir bulguya rastlanılmadı. İlk günün sonunda hastanın bilincinde açılma görüldü. 3 gün boyunca kliniğimizde takip edilen hastada hemodinamik parametrelerde herhangi patolojik değişiklik gelişmedi. Kan gazları, biyokimyasal, ve kan değerlerinde patolojik değişiklik olmayan ve bilinci tamamen açılan hasta şifa ile taburcu edildi.

Tartışma : Pregabalinin santral sinir sistemindeki voltaja duyarlı kalsiyum kanallarının yardımcı alt ünitesine bağlanarak gabapentinin yerini alır. Buna ek olarak glutamat, noradrenalin ve p maddesi dahil olmak üzere çok sayıda nörotransmitterinde salınımını azaltmaktadır. Pregabalinin yarı ömrü yaklaşık 6 saattir ve doz bağımlı değildir. %95 oranında böbreklerden elimine olur, karaciğer eliminasyonu önemsizdir. entoksikasyonu ile ilgili pek fazla vaka rapor edilmemiş olup bildirilen en yüksek değerler 8 g.'lık entoksikasyondur.

Sonuç: Hastamızda toplam olarak 8 gr doz almasına rağmen klinik seyirde akut dönem dışında ciddi seyreden bir durum olmadı. Bu da bize 8 gr kadar olan pregabalin entoksikasyonunda yakın gözlemin yeterli olacağını, olgu sayısı arttıkça bu konudaki klinik deneyim ve sonuçların tam olarak analize edilebileceğini düşündürdü.

P - 71

PEDİATRİK HASTADA GELİŞEN METHEMOGLOBİNEMİNİN ASKORBİK ASİT İLE TEDAVİSİ

A. B. DEDEOĞLU, N. BAŞAK, H. DURAN, M.K. ÇİĞDEM, S. KAYA

DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ANESTEZİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ DİYARBAKIR

DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK ÇERRAHİSİ KLİNİĞİ DİYARBAKIR

Giriş: Methemoglobin (MetHb) ferröz (Fe+2) hemoglobin demirinin oksidasyonu ile ferrik (Fe+3) hale geçmesi sonucu oluşan fonksiyonel olmayan hemoglobin şeklidir. Methemoglobin oksijen taşıyamaz, hemoglobin oksijen dissosiasyon eğrisini sola kaydırarak dokulara daha zor oksijen verilmesine yol açar. Lokal anestetik olarak kullanılan prilokaine bağlı methemoglobinemiye nadiren olsa da rastlanılmaktadır. Pediatrik olguda prilokain kullanımına bağlı gelişen toksik methemoglobinemi ve İntravenöz askorbik asit ile tedavi edilebilen hastaya yaklaşım sunulmuştur.

Olgumuz 5000 gram ağırlığında 3 aylık erkek hasta. Hidronefroz nedeniyle radyoloji kliniğinde ultrasonografi eşliğinde perkütan nefrostomi kateteri yerleştirildikten 30 dakika sonra genel durum kötüleşmesi ve huzursuzluk ve siyanozu olan hastanın. TA: 80/50 mmHg, nabız 150/dk, solunum sayısı 48/dakikaydı. Oda havasında pulse oksimetri ile oksijen saturasyonu % 80 olarak saptandı. Sistem muayenelerinde patolojik bulgulara rastlanılmadı. Laboratuvarında analizinde biyokimyasal parametreler ve kan değerleri normaldi. Arteriyel kan gazı incelemesinde pH: 7.460, paO2: 89.5 mmHg, paCO2 : 29.2 mmHg, HCO3: 20.5 mmol/L, metHb düzeyi: %37'9 olarak tespit edildi.



Hastada prilokaine bağlı methemoglobinemi geliştiği düşünülerek Metilen mavisi verilmesi düşünüldü fakat bulunamadığından, 300mg/kg askorbik asit 15 dakika içinde infüzyon şeklinde uygulandı. İnfüzyondan 30 dakika sonra siyanoz sadece peroral bölgede sınırlı kaldı. 2 saat sonra siyanoz tamamen kayboldu ve 4 saat sonra alınan kan gazında MetHb düzeyi %21.3'e geriledi. İlk kan gazından 7 saat sonra alınan kan gazında MetHb düzeyi % 4.4, 18 saat sonra alınan kan gazında MetHb düzeyi %1.6 olarak tespit edildi.

Tartışma: Askorbik asitin hayvan ve insan eritrositlerinde MetHb düzeyini invitro azaltması methemoglobinemi tedavisinde kullanımını düşündürmüştür. Askorbik asitin tedavideki yeri daha çok kalıtsal methemoglobinemide uzun süreli ve oral kullanımla ilgilidir. Toksik methemoglobinemi tedavisinde öncelikli ilaç metilen mavisi olduğundan I.V. askorbik asit kullanımına ilişkin klinik deneyimde sınırlıdır.

Sonuç : Prilokain uygulamasından sonra siyanoz geliştiğinde olası nedenlerden birisi de methemoglobinemidir. Methemoglobinemide, özellikle methemoglobin düzeyinin yüksek olduğu ve intravenöz metilen mavisinin uygulanamadığı hastalarda tedavi seçeneği olarak intravenöz askorbik asit olabileceği akıldan tutulmalıdır.

P - 72

TRANSVERS MYELIT OLGU SUNUMU

S. KAYA, A. KARARMAZ, H. KARAMAN, V. TEMEL,
K. DALKILIÇ

*DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ANESTEZİ VE
REANİMASYON KLİNİĞİ DİYARBAKIR
MEDİKAL PARK HASTANESİ ANESTEZİ KLİNİĞİ*

Transvers Myelit, spinal kordun saatler ve günler içinde gelişen akut demyelinizan hastalığıdır. Etiyolojisinde virüsler (suçiçeği, kabakulak, kızamık, kızamıkçık, EBV) ve aşılama (kuduz) suçlanmaktadır. Sıklıkla üst ve orta torasik bölgenin tutulduğu, maksimum nörolojik defisit ortalama 2 gün içinde yerleştiği bu hastalıkta seviye veren bir his kaybı, ağrı ve ısı duygusunda azalma, rektal ve mesane kontrol kaybı mevcuttur.

OLGU SUNUMU : 31 yaşında, kadın, yaklaşık 10 günden beri Transvers Myelit tanısıyla Diyarbakır Devlet hastanesinde quadriplesik bir şekilde takip edilen hasta, aniden kötüleşme solunum sıkıntısının artması üzerine hastanemize sevk edilmiş. Reanimasyon kliniğine alındığında solunum ve dolaşım arresti gelişen hastaya hızlı entübasyon ve resüsitasyonu yapıldı. mekanik ventilatör ile solutulan hastanın kan gazları değerlerinde ciddi hipoksemisinin vardı. Sürekli yatan bir hasta olması, obez sayılabilecek kiloda olması nedeniyle hipokseminin nedenin pulmoner emboli olabileceği düşünülerek acil kardiyak ekokardiyografi yapıldı. ekokardiyografide sağ kalpte genişleme, duvar hareketlerinde bozulma görüldü. D-Dimer düzeyleride yüksek bulunması üzerine hastaya tPA (doku plazminojen aktivatörü) başlanılmasına karar verildi.

Hemodinamik olarak hipotansif olan hastaya destek amacıyla dopamin ve adrenalin infüzyonlarına

başlandı. Aralıklı olarak hipotansiyon atakları geçiren hastaya bolus efedrin, yanıt alınamadığı durumda direkt toraks masajı yapıldı. tPA uygulamasından 2 saat sonra hastamızdaki arteriyel kan gazlarındaki hipoksemi düzeldi. ayrıca hasta 32-34 C olacak şekilde soğutulmuş ve yirmidört saat bu şekilde tutuldu. Fakat hastamızdaki hipotansiyon atakları devam ediyordu. Olgumuzun transvers myelitin geliştiği seviye servikal 4'ten başlayarak torakal düzeye kadar devam ediyordu. Hasta mekanik ventilatörde solutulurken hipoksemi olmadan hipotansiyon ataklarının olması ve transvers myelitin geliştiği seviyenin servikal düzeyde olması bize otonomik disfonksiyon da olabileceğini düşündürdü. ikinci gün sedasyonu ve soğutulması sonlandırılarak uyandırılan hastada herhangi bir serebral sekel yoktu. Hastaya beş gün boyunca dopamin zaman zamanda adrenalin infüzyonu yapıldı. Hasta sekizinci gün kliniğimizden vazopresör kesildikten sonra rehabilitasyon amacıyla taburcu edildi.

SONUÇ: Transvers myelit nedeniyle quadriplesik olan olgularda ani gelişen solunum sıkıntısının nedeninin pulmoner emboli olabileceği ve bu olgularda özellikle servikal düzeylerde tutulum gösterenlerde otonomik disfonksiyonla beraber olabileceğini hatırlanması gerektiğini düşünürüz.

P - 73

SPİNAL ANESTEZİ ALTINDA SEZARYEN YAPILAN GEBEDE ANAFLAKTİK REAKSİYON

Y. ÖZYURT, T. KUZUCUOĞLU, F. TEMİZEL,
G. ARSLAN, H. SÜSLÜ, K. TURAL, G. NALBANT

DR. LÜTFİ KIRDAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç: Anafilaksi; yaşamı tehdit edici, akut, immün veya nonimmün mekanizmalar ile meydana gelebilen dolaşım kollapsı ve pulmoner obstrüksiyona sebep olabilen acil bir durumdur(1). Bir çok ilaca bağlı gelişebilir. Bu olgu sunumunda spinal anestezi uyguladığımız ve anafilaksi gelişen olguyu literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

Olgu: Primipar 19 yaşında 70 kg ağırlığında tok hasta. Erken membran rüptürü nedeniyle acil şartlarda spinal anestezi altında sezaryen operasyonuna alındı. Noninvaziv monitörizasyon uygulandı. Preoperatif TA: 150/80 mmHg, KAH: 108/dk olarak ölçüldü. Prehidrasyon amacıyla 10ml^{kg} intravenöz (IV) kristaloid infüzyonu yapıldı. Sol lateral pozisyonda L3-L4 mesafeden subaraknoid aralığa hiperbarik bupivakain (%0.5) 12,5mg verildi. Maske ile O₂ uygulandı. Sensoryal blok T4 seviyesine ulaştıktan sonra operasyon başlatıldı. Operasyonun 20. dakikasında sefalosporin (2 gr) IV yoldan uygulandı. 5 dk sonra TA: 86/44 mmHg, KTA: 137/dk ölçüldü. Hastada dispne ve kusma şikayetleri olunca spinal seviyenin yükselmiş olabileceği düşünülerek efedrin: 25mg i.v, 5 dk arayla 2 kez uygulandı. Hipotansiyon düzemedi. İntravenöz yolun bulunduğu sol kolda göğüze uzanan hiperemi, göz kapaklarında ve yüzde ödem, nazal akıntı ve ses kabalaşması gelişti. Klinik tabloya hipotermi ve aşırı terleme de eklenmesi üzerine anafilaksi düşünülerek adrenalin (% 0,1): 2ml, prednol:1

mg^{-kg}, ranitidin 150 mg ve 45.5 mg feniramin İV verildi. 20. dk'da hiperemide azalma, solunum sıkıntısında, hipotansiyonda (TA: 140/78 mmHg) ve taşikardide (100/dk) düzelleme saptandı. Operasyon sonrası olgu 24 saat CYBÜ'de takip edildi.

Sonuç: Anafaktik reaksiyonun semptomları; huzursuzluk, ürtiker, göz kapağı, konjonktiva, dil, dudak, ses değişikliği, orofarinkste ve larinkste anjiyoödemdir (1). Anafaksi'nin % 25 hastada yineleme özelliği bulunmaktadır. 6-12 saat içinde yaşamı tehdit eden ikinci bir atak yaşanabilir. Bu nedenle bu olguların 24 saat yoğun bakım ünitesinde takip edilmesi kanısındadır.

P - 74

AĞIR MALNÜTRİSYONLU KOAH HASTASINDA NÜTRİSYONEL DESTEK TEDAVİSİ

A. ÖZCAN, T. ÇAKAN, A. GÖKTUĞ, C. SAKA, H. BAŞAR

S.B. ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ,
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ

KOAH'lı hastalarda malnütrisyona sıkça rastlanmaktadır. Yetersiz beslenmenin iskelet kaslarında ve diyafram kas kitlesinde azalmaya neden olduğu bilinmektedir. Malnütrisyon solunum ve immün fonksiyonları olumsuz yönde etkileyerek yoğun bakım hastasının morbidite ve mortalitesini artırır. Burada ağır malnütrisyonu olan KOAH hastasında uygulanan nütisyonel tedavi sunulmuştur.

Olgu : 64 yaşında, KOAH ve ağır malnütrisyonu olan hasta solunum sıkıntısı nedeni ile yoğun bakım ünitesi'ne kabul edildi. Yatışında BKİ: 12,1 SGD skoru C ve NRS-2002 skoru >3 idi. Hastanın Schofield Denklemi'ne göre hesaplanan günlük kalori ihtiyacı 1491 kkal/gün idi. Hedef kalori 42,9 kkal/kg ve protein 1,5 g/kg olarak hesaplandı. Hastaya parenteral ve enteral nütisyon desteği birlikte başlandı. Enteral nütisyon standart lifsiz ürün ile 10 ml/st hızla başlandı ancak 30 ml/st hıza ulaşıldığında hastada regürjitasyon oldu. Rezidü 40 ml olarak saptandı. Enteral nütisyona tekrar 20 ml/st hızla başlanarak 5 ml/st'lik artışlarla yükseltilmesine karar verildi. Parenteral nütisyona nazogastrik sondanın sık tıkanması ve çıkması nedeniyle 25 gün süre ile devam edilmesi gerekti. Enteral nütisyon 15 gün maksimum dozda devam ettikten sonra hastada 6 öğün/gün şeklinde aralıklı beslenme başlandı. Bu süre içinde konstipasyon gelişen hastada lifli ürüne geçildi. Lifli ürün alırken de konstipasyon devam etti ve lavman ihtiyacı oldu. Tedavinin 70. gününde oral beslenmeye geçilen hasta yumuşak sulu diyet ve izokalorik oral beslenme ürünü 2X1/gün önerilerek 74. günde şifa ile taburcu edildi. Hastanın takibinde hemogram ve biyokimya günlük, kanama ve lipid profili, prealbumin, CRP ve transferrin değerleri haftalık olarak değerlendirildi (Tablo 1).

Tablo 1. Hastanın Prealbumin, CRP, Transferrin ve Albumin Değerleri

Değerler	2. hafta	3. hafta	5. hafta	6. hafta	7. hafta	8. hafta	10.hafta
Prealbumin(mg/dl)	72,3	54,7	80,2	88,8	75,3	61,7	98,3
CRP (mg/dl)	3,39	10,2	7,3	6,82	3,91	5,42	1,99
Transferrin (g/l)	0,805	1	1	0,89	0,8	1	1,08
Albumin (g/dl)	2,0	2,7	3,5	4,2	3,4	3,0	3,4

Sonuç: KOAH'lı hastalarda, hastamızda da gördüğümüz gibi, tüple besleme sırasında diyafram basısı nedeniyle mide rezidüsünün yüksek olması ve aspirasyon sık karşılaşılan problemlerdir. Yine KOAH'lı hastalarda özel ürünlerin standart ürünlere göre daha yararlı olduğunu gösteren çalışmalar tartışmalıdır. Çizgili kaslar enerji olarak glukoz kullandığından glukoz kalorisine de ihtiyaç vardır. Nütisyonist kalori hesabını doğru yapmada çok dikkatli olmalıdır. KOAH'lı hastalarda nütisyon desteğinin vücut ağırlığını ve solunum kası fonksiyonlarını artırdığı saptanmıştır.

P - 75

KALÇA ARTROPLASTİSİ SONRASI POSTOPERATİF YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE TAKİP EDİLEN GERİATRİK OLGULAR

T. KUZUCUOĞLU, F. TEMİZEL, G. ARSLAN, H. ERKAL, Y. ÖZYURT, K. TURAL, M. ALTUN

DR. LÜTFİ KIRDAR KEAH 1. ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ

Kalça artroplastileri genellikle yüksek ASA'lı geriyatrik yaş grubunda sık olarak uygulanmaktadır. Bu olgularda sement kullanımı, kemik sement implantasyon sendromu (KSİS)' na yol açmakta ve alınan önlemlere rağmen mortal seyredebilmektedir. Amacımız postoperatif yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) takip ettiğimiz, femur başı protezi konulan ve sement uygulanan 3 vakayı literatür eşliğinde sunmak.

Olgu I: Erkek, 80 yaşında. Akut postrenal yetmezlik nedeniyle operasyon öncesi 1 kez dializ uygulanan olgu genel anestezi altında (GAA) ameliyata alındı. Possum mortalite skoru (PMS): %16.2 idi. Operasyon sonrası entübe YBÜ alındı. Dört gün sonra ilgili servise devredildi.

Olgu II: Erkek, 72 yaşında. 5 yıl önce geçirilmiş 3 damar bypass ameliyatı, 2 yıl önce pulmoner emboli, anstabil anjina ve KOAH'ı mevcut. GAA'da ameliyata alındı. PMS: % 23.3 idi. Operasyon sonrası entübe halde YBÜ'ne alınarak MV'na bağlandı. Yatışının 30 dk. sırada kardiyak arrest gelişti. 4 kez uygulanan CPR a yanıt alınmadı.

Olgu III: Bayan, 88 yaşında. Hipertansiyon, KKY, ritm bozukluğu ve geçirilmiş SVO mevcuttu. Spinal anestezi ile ameliyata alındı. PMS: % 63.2 idi. Operasyonun 1. saatinde sement konulmasından sonra 5.dk da kardiyak arrest gelişti. CPR uygulanmasına yanıt alındı ve entübe olarak YBÜ'ne alınıp MV'e bağlandı. İnotropik destek alan hastada yatışının 30. saatinde ex oldu.



Sonuç: Kalça artroplastilerinde sement yerleştirilmesinden hemen sonra hipoksi, hipotansiyon ve kompleman sistem aktivasyonu gelişmektedir. Ayrıca kardiyak outputda % 33, strok volümde ise % 44 oranında kısa süreli azalma saptanmıştır(1) Bu değişiklikler kardiyovasküler ve solunum sistemi açısından riskli geriyatrik hastalarda gerek cerrahi, gerek anestezi yönetiminin önemli olduğunu göstermektedir. Bu tür olgular intraoperatif invaziv monitorizasyon ile izlenmeli ve postoperatif YBÜ'de yakın takip edilmelidir.

P - 76

DONMA OLGUSUNDA YOĞUN BAKIM TEDAVİSİ

M. KOŞUCU, A. A. DAYIOĞLU, E. ERTÜRK, A.ŞEN,
F. AK, Ç. BOZKURT, A. EROĞLU, H. ULUSOY

KTÜ TIP FAKÜLTESİ ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON AD

GİRİŞ: Donma, dokuların soğuk hava, sıvı yada toza maruziyetiyle yaralanmasıdır. Hipotermiyle birlikte değerlendirilmelidir. Hipotermi, merkezi vücut ısısının 35°C'nin altına düşmesidir, yüksek mortaliteli acildir. Prognoz ek/alta yatan hastalığa, yaşa, müdahale zamanına, hemodinamik yanıtı, ısıtmayı içeren tedavi yöntemlerine bağlıdır. Olgumuz halen YBÜ'mizde takip ettiğimiz donma vakasıdır.

OLGU: 80 yaşında erkek hasta evinin bahçesinde bilinç konfüze, konuşamaz, yatar halde bulunarak acil servise getirildiğinde; KB:110/60 mmHg, nabız: 76/dk, solunum hızı: 16/dk, aksiller vücut ısısı 30,2°C'idi. Sağ akciğerde yaygın ralleri vardı. El - ayaklarda 2^o, 3^o donma bulguları mevcuttu. Myoglobini>3000, diğer bulguları normaldi. Akciğer grafisinde hava bronkogramı içeren konsolidasyonlar, toraks BT'sinde bilateral akciğer parankiminde, sol akciğer alt lob superior segmentte noduler görünüm vardı. Beyin tomografisi, alt ekstremiteler venleri normaldi.

İlk 10 saatte vücut ısısı 36°C'ye yükseltildi. AKG'da pH:7,20, PaCO₂:33,7, PaO₂:46,9, HCO₃:13,1, BE:13, O₂ sat:74,3 bulununca entübe edilerek PC-SIMV modunda mekanik ventilasyona başlandı. Antibiyoterapisine (Klaritromisin - seftriakson IV), Rheomakrodeks ve trental infüzyonuna başlandı. Midazolam - fentanille sedatize edilen hastaya tramadol ve antitromboksan etkisinden dolayı ibuprofen 3x400 mg IV başlandı. Enteral beslenen hastaya bir kez diyaliz uygulandı. Vital parametreleri stabil seyretti, 16. gününde çekilen Beyin MR'ında bilateral periyatal loblarda, sol oksipital lob beyaz cevherde, sağ sentrum semiovalede multipl akut infarktler saptandı. El - ayaklardaki lezyonlara iki kez debridman yapıldı. 22. günde T-parçasına alınan hasta bir gün sonra easy breath'le spontan solunuma bırakıldı.

SONUÇ: Soğuk maruziyetiyle yaralanmalar hipotermi, donma veya herikisini birden içerir.

Başta beyin, kalp, böbrekler gibi bütün organları etkiler. Aritmiler, elektrolit bozuklukları, hipotansiyon, pnömoni, pulmoner ödem, pankreatit, peritonit, gastrointestinal kanama, ATN, intravasküler tromboz, metabolik asidoz,

gangren, kompartman sendromu gelişebilir. Mortalite ek/alta yatan hastalık varlığında artar (1).

Hipotermi, yüksek mortaliteyle ilişkilidir, acil müdahale, elektrolit, kardiyak takip, yeniden ısıtma ile mortalite azaltılabilir. Donmaya doku kaybıyla alkalı yüksek morbidite riski taşır. 40-42 °C'lik sıcaklıkta ılık su banyosuyla ısıtılarak tedavi edilebilir. Hipotermi tedavisine yönelik girişimlerle mortalitede, ardından donmayla mücadeleyle de morbiditede azalma sağlanabilir.

1- Girişgin AS, Koçak S, Gül M, Cander B. Hypothermia and local frostbite. *Sted* 2006;15:3:45

P - 77

ÇOK İLACA DİRENÇLİ ACINETOBACTER BAUMANNII'NİN ETKEN OLDUĞU YOĞUN BAKIM HASTALARINDA KOLİSTİN DENEYİMİ: 9 OLGU

A. DİLEK, F. ÜLGER, Ş. ESEN, E. KÖKSAL,
H. LEBLEBİCİOĞLU, A.H. ŞAHİNOĞLU

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON AD.

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
İNFEKSİYON HASTALIKLARI VE KLİNİK MİKROBİYOLOJİ AD.

Amaç: Son yıllarda dirençli infeksiyon etkenleri, gelişmiş hasta bakımına ve ilerlemiş teknolojiye rağmen özellikle Yoğun Bakım Ünitelerinde artma eğilimindedir. *Acinetobacter baumannii* infeksiyonları tüm dünya Yoğun Bakımlarının yaygın, baş edilemez problemleri arasında yerini almıştır. Geçtiğimiz 30 yılda *Acinetobacter* türlerinin tedavide sık kullanılan penisilinlere, monobaktamlara, sefalosporinlere, kinolonlara, karbapenemlere ve aminoglikozidlere karşı artan oranlarda direnç geliştirdikleri bildirilmiştir. *Acinetobacter* infeksiyonlarının tedavisinde en etkili ajanların karbapenemler, kolistin ve sulbaktam içeren antibiyotikler olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada bir Yoğun Bakım Ünitesinde Kolistin kullanımına ait deneyimlerin paylaşılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi "Mikail Yüksel Yoğun Bakım Ünitesi"nde Ocak 2007-Ocak 2008 tarihlerinde izlenen, çok ilaca dirençli "*Acinetobacter baumannii*"nin etken olduğu ve tedavide yurtdışından temin edilen Kolistin kullanıldığı 9 olgu retrospektif olarak incelenmiştir. Bu olguların demografik özellikleri, infeksiyonu edinme süresi ve türü, kolistin kullanım yolu, beklenen yan etkiler ve klinik sonuçlar incelenmiştir.

Bulgular: Yaş aralığı 18-74 olan dokuz hastanın 8'i erkekti. Hastaların Yoğun Bakımda kalış süresi 42.4±6.7 gündü. Çok ilaca dirençli infeksiyon kazanma süresi yoğun bakıma yatışın 20.4±1.7 günüydü. Hastaların 6'sında pnömoni, 3'ünde de pnömoni+bakteriyemi tanıları ile Kolistin kullanıldı. Hastaların 4'üne damar yoluyla, 3'üne damar yolu ile birlikte inhaler yolla ve 2 hastaya da sadece inhaler yolla Kolistin uygulandı. Kolistin kullanım süresi 11.3±2.0 gündü. Hastaların hiçbirinde Kolistin kullanımına bağlı nefrotoksisite gelişmedi. İki hastada Kolistin başlangıç tarihinde görülen kreatinin yüksekliği tedaviye

bağlı olarak artma göstermedi. Klinik cevap 7 hastada alındı. 2 hasta tedavi almakta iken primer hastalığına bağlı olarak kaybedildi.

Sonuç: Sonuç olarak Yoğun Bakımda kalış süresi uzadıkça, çok ilaca dirençli bakteri infeksiyonları gelişme riski artmaktadır. Bu infeksiyonların tedavisinde alternatif ilaçlara ihtiyaç duyulmaktadır. Ülkemizde ticari preparatı bulunmayan Kolistin, çok ilaca dirençli Acinetobacter infeksiyonlarının tedavisinde başarı ile kullanılabilir. İzlenen olgularda beklenen nefrotoksik etkiyle karşılaşmamıştır. Çok ilaca dirençli Gram negatif bakteri infeksiyonu sorunu olan ünitelerde, erken dönemde tedaviye başlanabilmesi için bu ilacın sürekli temininin sağlanması faydalı olacaktır.

P - 78

DİSSEMİNE İNTRAVASKÜLER KOAGULASYONDA KANAMA KONTROLÜ İÇİN REKOMBİNANT FAKTÖR VII KULLANIMI -OLGU SUNUMU-

N. ÖZCAN, H. BAŞAR, H. GÜLEÇ, I. GENÇAY, P. ASLANARGUN, M. TÜRKOĞLU

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği

Amaç: İntrauterin beklenmedik bebek ölümü; tüm bebek ölümleri arasında 1.1/1000 oranında gözlenir. Ölü fetusun anne karnında bekleme süresi ile doğru orantılı olarak ortaya çıkan komplikasyonlar nedeniyle anne yaşamı da tehdit altına girmektedir.

Bu olgu sunumunda, intrauterin exitus nedeniyle gelişen septik şok ve takip eden DIC tablosunun tedavisinde verilen rekombinant aktif faktör VII'nin başlangıçta kanamayı kontrol etmesi, klinik durumunda kısmen stabilleşme olmasına rağmen çoklu organ yetmezliği ile kaybedilen bir olgu tartışılacaktır.

Bulgular: Yirmi altı yaşında bayan, normal seyrinde gelişen ikinci gebeliğinin sonlanmasına bir hafta kala, bebeğin anne karnında öldüğü anlaşılmış, acil koşullarda operasyona alınmıştır. Operasyon sırasında gelişen yoğun kanama nedeni ile hastaya total abdominal histerektomi uygulanıp yoğun bakıma alınmıştır. Günlük kanama miktarının 6-8 litre gibi yoğun miktarlarda olan hastada, "Dissemine İntravasküler Koagülasyon" (DIC) tanısı klinik ve laboratuvar olarak doğrulandı. Bu dönemde uygulanan kan, trombosit ve plazma replasmanları kanama kontrolünü sağlamada yetersiz kaldı. Üç gün boyunca kanamanın aynı düzeylerde devam etmesi ve hastanın akut böbrek yetmezliğine girmesi nedeniyle hastaya hematologların önerisiyle 50µg kg⁻¹ rekombinant faktör VII uygulanarak kanaması kontrol edildi. Ancak, altta yatan DIC tablosunun etkisi ile çoklu organ yetmezliğine engel olunamayan hastayoğun bakım takibinin beşinci gününde kaybedildi.

Sonuç: Tüm şok tiplerinde olmakla birlikte kanama-pıhtılaşma sistem bozukluğu özellikle septik şok seyrinde sık görülür. Şoka neden olan mikroorganizmaya bağlı olarak salınan proinflatuvar sitokinler standart tedavi

yöntemlerini kanama kontrolünde başarısız kılmaktadır. Rekombinant aktif faktör VII (Novoseven®), doğrudan aktif trombosit yüzeyindeki Faktör X'u aktiveleştirerek Faktör V'in aktif hale gelmesini sağlar. Aktif Faktör X ve V fazla miktarda trombin oluşturur. 'Trombin patlaması' olarak adlandırılan bu durum, vasküler hasar alanında kanamayı kontrol eden stabil hemostatik tıkaç oluşumuna yol açar.

Bu olguda rekombinant aktif faktör VII (Novoseven®) ile kanama kontrol edilmiş ancak yaygın tromboza bağlı gelişen çoklu organ yetmezliği nedeni ile hasta kaybedilmiştir. Sonuç olarak rekombinant faktör VII kontrol edilemeyen kanamalarda tedavi seçenekleri arasında akılda tutulmalıdır.

P - 79

SANTRAL VENÖZ KATETERLERİN YERİNİN DOĞRULANMASI-OLGU SUNUMU

N. ÖZCAN, P. ASLANARGUN, M. TÜRKOĞLU, H. GÜLEÇ, I. GENÇAY, H. BAŞAR

ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANESTEZİYOLOJİ VE REAN. KLN.

Amaç: Santral venöz yolla kateter uygulamasının en sık karşılaşılan komplikasyonu malpozisyonudur. Yanlış yerleştirilen santral venöz kateter; disfonksiyon, yanlış CVP ölçümleri, tromboz, vasküler erozyon ve venlerin perforasyonu gibi ciddi komplikasyonlara yol açabilir.

Literatürde subklavian giriş ile malpozisyon sıklığı %5-25 olarak bildirilmiştir. Bu yazıda, sağ subklavian giriş yoluyla sol brakiosefalik ven ve sağ internal juguler vene yerleşen 2 olgunun sunulması amaçlandı.

OLGU 1: 66 yaşındaki bayan hasta kardiyopulmoner arrest sonrası yoğun bakıma kabul edildi. Hastaya sağ subklavian girişimle santral venöz kateter sorunsuz şekilde yerleştirildi. Kontrol amacıyla çekilen akciğer grafisinde kateterin ucunun sağ atrium yerine sağ brakiosefalik ven içinden geçerek sol brakiosefalik vende olduğu gözlemlendi. Kateter çekilerek sağ internal juguler venden tekrar santral kateterizasyon yapıldı, akciğer grafisi ile kateterin yeri doğrulandı.

OLGU 2: 87 yaşındaki bayan hasta, pnömoni, genel durum bozukluğu, kalp yetmezliği, atrial fibrilasyon ve solunum yetmezliği nedeniyle yoğun bakıma kabul edildi. Sağ subklavian venin kanülasyonu sırasında kılavuz tel ilerletilirken hafif bir direnç hissedildi ancak kılavuz tel yerleşti. Santral kateter kılavuz tel üzerinden sorunsuz olarak yerleştirildi. Çekilen kontrol akciğer grafisinde kateterin sağ internal juguler vene girdiği görülerek kateter çıkarıldı. Sağ internal juguler ven yoluyla hastaya yeni kateterizasyon yapıldı. Yeni akciğer grafisi ile kateterin yeri doğrulandı.

Sonuç: Santral venöz kateterizasyonda, kateter ucunun yerleşimi, sağ atrium ve superior vena kava bileşkesinin 3-4 cm üstünde olmalıdır. Literatürde subklavian girişte santral venöz kateterin aynı taraf/ karşı taraf internal juguler ven, karşı taraf brakiosefalik ven, subklavian ven, internal torasik ven, azigos ven ve superior interkostal venlere malpozisyonu bildirilmiştir.



Santral venöz kateterin yerini doğrulamada göğüs radyogramı rutin metoddur. Superior vena kavanın gölgesine projekte olabilecek sağ internal torasik ven, azygos ven ve sağ perikardiyofrenik vene malpozisyonlarda akciğer grafisi yetersiz kalabilir. Net olmayan kateter fonksiyonu ve /veya hasta rahatsızlık belirttiği zaman lateral göğüs grafileri çekilmelidir.

P - 80

METANOL İNTOKSİKASYONU SONRASI GELİŞEN AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİ-OLGU SUNUMU

N. ÖZCAN, H. BAŞAR, M. TÜRKOĞLU, H. GÜLEÇ,
P. ASLANARGUN, I. GENÇAY

ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ,
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ

Amaç: Kronik alkol tüketen hastalar uygun olarak hazırlanmamış, normalde metanol içermemesi gereken içecekleri alabilir veya metanol içeren ürünleri alkol içme isteğiyle tüketerek, intoksikasyona maruz kalabilirler.

OLGU 34 yaşında erkek hasta, 100cc içeriği bilinmeyen alkol alımından 10 saat sonra hastaneye başvurmuş. Gastrik lavaj, B vitamin kompleksi, sodyum bikarbonat tedavisi alan hastanın, genel durumunun bozulması üzerine (GKS:6) yoğun bakıma kabul edilmiştir. Hastanın kabulünde bilinci kapalı, takipneik, TA: 96/65 mm/Hg, nabız: 90 /dk, arter kan gazı; pO₂:111, pCO₂: 22, HCO₃: 6, pH: 7,00 idi. Hasta mevcut bulgularıyla metanol intoksikasyonu olarak değerlendirildi ve entübe edilerek mekanik ventilasyona başlandı. Derin anyon açıklı metabolik asidozu olan hastaya NaHCO₃ tedavisi başlandı ancak asidozun pH: 7,07 de devam etmesi üzerine hasta hemodialize alındı. 3 saat süren hemodiyaliz sonrasında bilinci açılıp glaskowu 11 e yükselen hasta ekstübe edildi. Hemodiyaliz sonrasında arter kan gazı pH: 7,36 pO₂:80, pCO₂:21, HCO₃: 11 di. Metil alkol antidotu olan Fomepizol tedavisi başlandı. Yatışının 5.günü genel durumu düzelen hastanın arter kan gazı pH: 7,43, pO₂:74, pCO₂:26, HCO₃: 17'idi. Ancak üre: 149, cre: 4,6, ürik asit: 10,4 olması üzerine ABY teşhisi ile hasta dahiliye servisine devredildi. İV hidrasyon tedavisi ile böbrek fonksiyon testleri düzelen hasta devrinin 14. günü taburcu edildi. 10 gün sonraki kontrol biyokimyasında üre: 24, cre: 1,36, ü.asit: 5,2 olan hasta poliklinik takibine alındı.

Sonuç: Akut metanol zehirlenmesi genellikle ölümlü sonuçlanan bir tablo oluşturur. Metanol, toksik etkisini metabolitleri olan formaldehit ve formik asit aracılığıyla gösterir. Tanı, mental değişiklikler, anyon gaplı metabolik asidoz ve görme bozuklukları gibi klinik bulguların, metanol alımı anamnezi ile desteklenmesi ile konur.

Bu tablonun tedavisinde, semptomatik destek, metabolik asidozun düzeltilmesi, folik asit, etil alkol ve selektif hemodiyaliz uygulaması yapılır. Antidot olarak etil alkol yerine fomepizol de kullanılır. Non-etanol zehirlenmelerin %82,9 unda ABY gelişir. Zehirlenmeden 12 saat sonra diyaliz uygulanan hastalarda ABY'nin sık olduğu bildirilmiştir.

Metanol zehirlenmesi olan hastaların takibinde ABY değerlendirilmelidir.

P - 81

POSTOPERATİF ADENOİPOFİZEKTOMİ SONRASI GELİŞEN SOLUNUM YETMEZLİĞİ

T. KUZUCUOĞLU, H. SÜSLÜ, Y. ÖZYURT, H. ERKAL, K. TURAL, B. AYAZ

DR.LÜTFİ KIRDAR KARTAL EĞİTİM VE ARŞ.HST

Amaç: Prolaktinoma; ensik rastlanan ve en fazla hormonal aktivite gösteren hipofiz tümörüdür.En sıklıkla 20-40 yaş arası kadınlarda görülür.Ön hipofiz fonksiyonlarında düzensizlik, ekstraoküler kaslarda yorgunluk,görme alanında defekt, başağrısı,diabetes insipidus en sık karşılaşılan klinik bulgulardır (1).

Olgu : Öyküsünde 18 yıl önce yaptığı doğum sonrası amenoreesi gelişmiş ve bugüne kadar sürmüş olan 37 yaşında, bayan hasta . 2 ay önce kilo alma, yorgunluk, ellerde uyuşma, sağ göz kapağında düşüklük ve çift görme şikayetleri üzerine yapılan tetkikler sonucunda hipofiz makroadenomu tanısı almış.Preoperatif , FSH, LH, TSH ve GH seviyeleri normalden düşük, ACTH normal ve prolaktin yüksek bulundu.Transsfenoidal subtotal adenohipofizektomi yapılan hasta postoperatif Glaskov KomaSkalası (GKS) 14 olarak servisine gönderilmiştir. 3.saatte solunumunun yüzeyelleşmesi üzerine entübe edilerek YBÜ ne alınıp mekanik ventilatörde (MV) takibine başlandı. Diabetes insipidus gelişti. Hipotonik sıvılarla osmolarite düzeltildi . Hormon takipleri yapıldı ve eksiklikler replase edildi. Yatışının 14.gününde GKS: 15 ve altta yatan akciğer patolojisi olmamasına rağmen kan gazları düzelmediğinden trakeostomi açıldı. Muayenelerinde sağ gözde pitoz, yutma reflekslerinde kayıp ve solunum kasları fazla olmak üzere tüm kaslarda güçsüzlük vardı. Postoperatif hormon takiplerinde 1.günde prolaktin seviyesi yüksek diğer hormonlar normaldi.Hastaya steroid tedavisi ve daha sonra tiroid hormon replasmanına başlandı.Bromokriptin uygulanmadı. Psödokolinesteraz, Mg⁺², Ca⁺² ve P seviyeleri normal bulundu. CPAP modunda 4 gün takip edilen hastada 45. günde easy breathe geçildi ve yutma refleksi minimal oranda düzeldi. 50. günde cerebral MR'da tetraventriküler hidrosefali görülmesi üzerine ventriküloperitoneal şant takıldı. 60. günde prolaktin ve FT3 minimal yüksek, TSH düşük bulundu. Hasta trakeotomize, oda havasında ve oral beslenir durumda kliniğine devredildi.

Sonuç: Prolaktinomanın cerrahi çıkarılması ile hipofiz yetmezliği ve diabetes insipidus gelişmektedir. Kas güçsüzlüğünün nedeninin hipotiroidizm olduğunu düşündüğümüz için. intrakranyal patoloji düzeltilip ,tiroid hormon replasmanı yapılması sonucu klinik tablonun düzeldiği kanısındayız..

P - 82

ENTÜBASYONUN NADİR GÖRÜLEN BİR KOMPLİKASYONU: TRAKEA RÜPTÜRÜ

Y. ABUT, A. GÜL PEKER, F. ERTUĞRUL, T. ALDEMİR

VAKIF GUREBA EAH II.ANESTEZİ VE REAN.KLİN

Amaç: Trakea rüptürü, entübasyonun en çok korkulan komplikasyonlarından biridir. Mekanik ve bireysel faktörler nadir görülen, ama acil olan, bu duruma sebep olabilir. Amacımız acil servisimizde intihar-koma nedeniyle entübe edilirken trakea rüptürü gelişen olgumuzdaki tedavi yaklaşımımızı sunmaktır.

Olgu: 25 yaşında 156 cm boyunda 54 kg ağırlığındaki bayan hasta intihar amaçlı yüksek doz ilaç alımı sonrası, koma halinde acil servisimize başvurdu.Trakeal entübasyon 4mg vekuronyum enjeksiyonundan sonra oral yolla ,tek denemede, polivinilklorid tek lümenli 7,5 numara bir tüple, stile kullanılmadan, 4 yıllık bir anestezi asistanı tarafından yapıldı.

Tüp balonu şişirildikten sonra, dakikalar içerisinde hastanın yüzünde, boynunda ve üst toraks bölgesinde cilt altı amfizemi gelişti. Hemen balon indirilip entübasyon tüpü 2 cm daha ileriye ilerletildi. Balon tekrar şişirilip, akciğerlerin iki taraflı havalandığı oskülte edildikten sonra, entübasyon tüpü 22 cm'de tespit edildi.Çekilen PA akciğer grafisinde ve toraks BT'de, hastanın boyun, toraks, mediasten ve retroperitoneal bölgesinde, prevertebral alanda hava olduğu tespit edildi. Göğüs cerrahisi kliniği tedavide konservatif yaklaşımı benimsedi.Hasta yoğun bakım ünitesine alınarak 3 gün boyunca SIMV+Pressure support modunda mekanik ventilatörle ventile edildi .Geniş spektrumlu antibiyotikler ve göğüs fizyoterapisi uygulandı. Ciltaltı amfizemi gerileyen hasta entübasyonunun 3. gününde ekstübe edildi. Klinik durumunun düzelmesi üzerine göğüs cerrahisi kliniği bronkoskopi yapmayı gerekli görmedi. Hasta entübasyonun 5. günü sekelsiz olarak servise nakledildi.

Sonuç: Hastamızda endotrakeal tüp balonunun fazla şişirilmesine bağlı olarak trakeada perforasyon olduğunu düşünmekteyiz. Sonrasında tüp balonunun indirilip entübasyon tüpünün rüptüre trakea bölgesinden daha ileriye itilmesi, her ne kadar asistanımız tarafından planlı olarak yapılmamış ise de, hastanın yeterli ventilasyonunu sağlamış ve trakeal iyileşmeyi hızlandırmış olabilir.

P - 83

İLK ATAĞINDA KAFA ÇİFTİ TUTULUMU İLE SEYREDEN AĞIR GUILLAIN-BARRE OLGUSU: TEDAVİDE İMMUNGLOBULİN A VE M KOMPLEKSİNİN YERİ

B. G. CEYLAN, M. TOPAL, F. EROĞLU, S. KUTLUHAN, L. YAVUZ

S. Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD

S. Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji AD

Amaç: Akut ilerleyici paralizik bir hastalık olarak ortaya çıkan Guillain-Barre sendromu; olgularının üçte birinde yoğun bakım ve mekanik ventilasyon tedavisini gerektirmektedir.

Olgu: Vaka: Alt ekstremitelerde güçsüzlük ve uyuşukluk şikayeti olan 53 yaşındaki erkek hastanın nörolojik muayenesinde; sol kol uzatma testi (+), sağ alt ekstremitelerde mingazzini (+), alt ekstremitelerde DTR (-), T4 seviyesine uzanan hipoestezi saptanmıştır. BOS proteini: 150 mg/dl, EMG: Sensorimotor polinöropati ile uyumlu olan olgu Guillain-Barre sendromu ön tanısıyla Nöroloji servisine, bilincin kapanmasını takiben Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesine yatırılmıştır. Ekstremitelerde kas gücü 0/5, DTR' leri ve kafa çifti refleksleri negatif olan olgu mekanik ventilatör tedavisine alındı. Standart destek tedavisi yanında Gabapentin 3x600 mg uygulanan hastanın sedasyonu 3. günde kesilerek bilinci açık olarak takip edildi 8. günde IgM ve IgA ile zenginleştirilmiş intravenöz immunglobulin preparatı olan Pentaglobin (5 ml/kg; 12 h infüzyon; 3 gün) başlandı. 9. günde hastanın dudak kaslarında hareketlenme, 11. günde yutkunma hareketi, 13. günde spontan solunumu başlayan olgu aralıklı olarak basınç destekli solunum modunda takip edildi. 22. günde T tüpte takip edilen olgu 27. günde nöroloji servisine devredildi.

Hasta halen nöroloji servisinde bilinç açık, oryante, koopere, DTR' ler normoaktif, patolojik refleksi (-), dört ekstremitede kas gücü 5/5 ve mobilize halde takip edilmektedir.

Sonuç: Guillain-Barre olgularının çoğunda rezidüel parezi devam etse de modern yoğun bakım desteği ile derlenme mükemmeldir (1). Ancak kafa çiftlerine kadar ilerlemiş olgulara tedavi daha zor, komplikasyon oranı daha yüksektir. Otoimmün nörolojik hastalıklarda kullanımı artmakta olan intravenöz immunglobulin derlenme sürecini olumlu yönde etkilemektedir (2).

P - 84

SUBAKUT MİYOKART İNFARKTÜSÜ GEÇİREN HASTADA NAZOGASTRİK SONDANIN YANLIŞLIĞI TRAKEAYA YERLEŞTİRİLMESİ

ZİYA KAYA, FATİH ÖZKAN, SALİH YILDIRIM, HAKAN TAPAR

GOPÜni Tıp Fak Anesteziyoloji ve reanimasyon AD

Amaç: Toplumda oldukça sık görülen miyokart infarktüsü (MI) en sık ölüm sebeplerinden biridir.Olgumuz anestezi konsültasyonu isteyen kardiyoloji AD servisinde yatan bir hastanın değerlendirilmesi sonrası tesadüfen fark edilen ve her sağlıkçının başına gelebilecek basit ancak önemli bir hatayı hatırlatmaktadır

Yöntem: 76 yaşında Hipertansif kadın hasta daha önce herhangi bir şikayeti olmayan yaklaşık 15 gündür göğüste yanma, sıkışma, kola, boyuna yayılan ve beraberinde nefes darlığı gelişmesi üzerine kardiyoloji polikliniğine başvuran hasta

Bulgular: Çekilen EKG da subakut MI tanısı konulup servise yatırılıyor.Hastaya maksimal antiiskemik, antianginal ve antikoagulan tedavi başlanılıyor.PAAC grafisinde sağ bazalde infiltrasyon saptanıyor.Yapılan değerlendirilmede solunum sıkıntısı, kan gazında hipoksi ve hipokapni görülmesi üzerine pulmoner emboli şüphesiyle BT angio çekiliyor. Ancak emboli ile uyumlu bulguya rastlanmıyor.Üç gün sonra toplum kökenli pnömoni tanısı konulup tavanik flk, cobvivent nebül, asist ampul başlanılıyor.Bir hafta sonra kardiyak arrest geçiriyor



ve yapılan kardiopulmoner resüsitasyona cevap veriyor.Sık ventriküler taşikardi(VT) ve ventriküler fibrilasyona (VF) girmesi nedeniyle amiodoron infüzyonuna başlanıyor.Yoğun bakımda kooperasyon sorunları ve ajitasyonları olunca psikiyatri tarafından hipoksiye bağlı kognitif fonksiyon bozukluğu tanısı konulup norodol damla başlanıyor.Sık VT-VF atakları sırasında hemodinamisi bozulunca defibrile ediliyor.Bunu takiben tekrar kardiak arrest geliyor ve KPR uygulanıyor.Resüsitasyon sonrası dolaşımı ve solunumu geri dönmektedir.Ancak solunum yetersiz olunca entübe edilip mekanik ventilatöre bağlanmaktadır. İki gün mekanik ventilatöre bağlı kalan hasta ekstübe ediliyor.İki gün sonra tekrar solunum sıkıntısı başlayınca göğüs hastalıkları tarafından akciğer ödemi tanısı konulup diüretik infüzyonuna başlanılıyor.Bu arada enteral beslenme için nazogastrik sonda takılmaktadır.Bir saat sonra derin trakeal aspirasyon için anesteziyenin konsültasyonu istenmektedir. Laringoskopi aspirasyonu için bakılırken nazogastrik sondanın trakeada olduğu fark ediliyor ve sonda geri çekiliyor. Daha sonra solunum sıkıntısı ve vital bulguları düzelen hasta servise çıkarılıyor

Sonuç: : Enteral beslenme için takılan nazogastrik sonda pratikte çok basit bir işlem gibi görülmektedir. Ancak takıldıktan sonra doğruluğu mutlaka test edilmelidir.Böylece yanlışlıkla trakeaya yerleşmesinin önüne geçilmiş olur ve enteral beslenmede ciddi hayatı tehdit edici trakeal aspirasyon önlenmiş olur.Bu vakada da olası bir komplikasyonun istenen anestezi konsültasyonu sonucu önlendiğini hatırlatmak istedik.

P - 85

TORAKAL VERTEBRA METASTAZINA TORAKOSKOPIK YAKLAŞIM- İLK DENEYİMİMİZ

Ş. KIROĞLU, Ö. AKDAŞ, Z. ŞİMŞEK

İSTANBUL VAKIF GUREBA EĞİTİM HASTANESİ

Amaç: Toraks duvarı ve toraks boşluğuna yapılan girişimlerin deneyimli ellerde torakoskopi ile yapılması hem anestezi hem de cerrahi açısından büyük kolaylık sağlamaktadır. Bu vakamızda torakal vertebra cerrahisindeki ilk torakoskopik deneyimimizi paylaşacağız.

Olgu : 60 yaşında erkek hasta, 15 yıllık diyabetes mellitus öyküsü mevcuttu. Primerde prostat ca olan hastanın T-7 metastazı vardı. Hastaya 2 hafta önce T-6,T-7 laminektomi operasyonu yapılmış. Hastaya rutin preoperatif anestezi hazırlığı yapılarak postoperatif analjezi sağlanması amacıyla L-2 ve L-3 arasından epidural katater takıldı. Pentothal 400 mg, fentanyl 50 µg, dormicum 1 mg, esmeron 40 mg ile indüksiyonu yapıldı. 37 numara sol endotrakeal tüp ile tek akciğer entübasyonu yapıldı. Santral venöz katater ve arterial katater takılarak monitörize edildi.

Operasyona göğüs cerrahisi ve beyin cerrahisi klinikleri birlikte girdi. Hastaya orta aksiler çizgiden 3. ve 6. intervertebral aralıklardan, ön aksiler çizgide 4. ve 5. interkostal aralıklardan birer adet giriş deliği açılarak sağ hemitoraksa girildi. Akciğer ön tarafa yatırılarak vertebral kolon görüldü.

T-6, T-7, ve T-8.vertebralar tesbit edildi ve üzerlerindeki plevra disseke edilerek T-7'ye korpektomi yapıldı. T-6 ve T-8. vertebralara 2'şer adet vida takılarak internal fiksasyon yapıldı.

Operasyon boyunca hastanın hemodinamisi stabil seyretti, satürasyonu hiç düşmedi.

Santral venöz basıncı 2-5 aralığında seyretti. Toplam 1100 cc kanaması oldu. Saatlik idrar takibi 50 cc.ninaltına düşmedi. Aralıklı iki defa bakılan kan şekeri ölçümleri, hemogram ve kan gazı düzeyleri normal sınırlardaydı. 7 saat süren operasyon sonrası hasta problemsiz olarak ekstübe edildi ve yakın takip amacıyla yoğun bakıma alındı. Böylelikle ilk torakoskopik torakal vertebra anterior yaklaşım operasyonumuz problemsiz olarak sonuçlandı.

Sonuç: Son yıllarda torakoskopik yaklaşımlar oldukça yaygınlaşmıştır. Anestezistlerin tek akciğer deneyimleri arttıkça hem cerrahi sahada cerrah daha rahat hareket etmekte, hem de postoperatif hasta konforu daha iyi olmaktadır.

P - 86

PNÖMONİ TANILI GEBEDE MİKROANJİOPATİK HEMOLİTİK ANEMİ (MAHA) GELİŞMESİ

T. KUZUCUOĞLU, G. ARSLAN, H. ERKAL, H. SÜSLÜ,
K. TURAL, O. KILAVUZ

DR.LÜTFİ KIRDAR KARTAL EĞİTİM VE ARŞ HST

Amaç: MAHA; kapiller yatakta oluşan mikrotrombüslerin içinden geçen eritrositlerdeki parçalanma ile karakterize hastalıktır. Alta yatan nedene göre MAHA'ler primer (Hemolitik Üremik Sendrom, Trombotik Trombositopenik Purpura) ve sekonder (Dissemine İntravasküler Koagülasyon, Hipertansiyon, Gebelik, Konjenital ve İmmünolojik Hastalıklar, Malign Hastalıklar ve İlaçlar) olarak sınıflandırılabilir(1).

Yöntem: MAHA hastalarında kanamadan ziyade tromboz hakimiyeti mevcuttur.Eritrositlerde mekanik travmaya bağlı şişositler hakimdir.Erken gebelik haftasında hastada MAHAya neden olan hastalıkların ayırıcı tanılarının yapılması, tedavilerin geç kalınmadan planlanması ve yakın takip,mortalite riskinin yüksek olduğu bu hastalıklardaki başarı şansımızı arttıracaktır kanısındayız.

Ateş, titreme, öksürük, balgam çıkarma şikayetleri, vaginal kanama, dispne ve ciltte morarma nedeniyle kadın-doğum acil kliniğine başvuran 19 yaşında, 21 haftalık gebe. Erken doğum tehdidi ön tanısıyla yatırılmış. Tarafımızdan görüldüğünde;dispneik,siyanoze, akciğerlerde tüm alanlarda sekretuar ralleri mevcuttu. Maske O₂ altında kan gaz analizinde; pH:7.27, PaCO₂: 45 mmHg, PaO₂: 43 mmHg, HCO₃: 20.2mmol/l , SpO₂: % 72.2 idi. Akciğer grafisinde bilateral non homojen dansite artışı mevcuttu. TA: 115/65 mmHg, KTA: 137/dk, ritmik. Ateş: 36.5° idi. APACHE II Skoru : 16 olan hasta yoğun bakım ünitemize pnömoni öntanısıyla yatırıldı. Entübe edilerek SIMV modunda MVye bağlandı. TA: 83/38 mmHg, KTA: 104/dk olunca dopamin HCL: 10mqr/dk ile inotrop desteği sağlandı.Koagülometride trombositopeni dışında patolojiye rastlanmadı. 8 saat sonra spontan abortus gerçekleşti. İkinci gün ABY tanısı alan hastada 8 saat

süren (CVVHDF) uygulandı. Bilateral yanıklarda kelebek rash andıran döküntüler oluştu. SLE düşünülüdü. ANA, ANTI ds DNA, ve Antikardiyolipin antikorlar (-) bulundu. Trakea, idrar ve kan kültürlerinde üreme olmadı. Yatığı sürede 11 Ü trombosit, 4 Ü TDP ve 10Ü ES transfüze edildi. Hastaya ikili antibiyoterapi ve steroid tedavisi uygulandı. MV 4 gün devam etti. Hemodinamik parametreler ve üre kreatinin düzeyleri düzeltilerek yatışının 9. günü ilgili servise hematoloji konsültasyonu önerilerek taburcu edildi.

MAHA hastalarında kanamadan ziyade tromboz hakimiyeti mevcuttur. Eritrositlerde mekanik travmaya bağlı şişositler hakimdir. Erken gebelik haftasında hastada MAHAya neden olan hastalıkların ayırıcı tanılarının yapılması, tedavilerin geç kalınmadan planlanması ve yakın takip, mortalite riskinin yüksek olduğu bu hastalıklardaki başarı şansımızı artıracaktır kanısındayız.

P - 87

PANHIPOITUITARİZMLI OLGUDA LEGIONELLA PNÖMONİSİ

A. GÖKTUĞ, H. BAŞAR, Ç. ÜNAL, B. KARAKAŞ, N. GÜRİSOY, S. ÇULHAOĞLU

SB. ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ

Amaç: Adenohipofiz endokrin sistemin orkestra şefi olarak kabul edilmektedir. Ön hipofiz hormonlarının tümünün yetmezliğine panhipopituitarizm denir, kliniği hormon eksikliklerinin şiddeti ve boyutuyla hastalığın süresine bağlıdır. Semptomlar hedef organ yetersizliği ile benzerlik gösterir. Çocukluk döneminde spesifik hormon eksikliği sonucu somatik gelişim etkilenmektedir.

Legionella pnömonisi toplum kökenli pnömonilerin %2-8'inden sorumludur. Bulaşma, en çok infekte havalandırma sistemlerinden inhalasyonla yada aspirasyon yoluyla olmaktadır.

3 yaşında travmaya bağlı geçirdiği intrakranial cerrahi sonrası hipofiz yetmezliği gelişerek panhipopituitarizm tanısıyla izlenen 30 yaşındaki erkek hasta, evinin dışında geçirdiği 3 günden sonra solunum sıkıntısı, şuur kaybıyla ikamet ettiği il devlet hastanesine başvurmuş. İdrarda yabancı madde taramasında herhangi bir madde saptanmamış. Hasta kliniğimize kabul edildiğinde konfüzeydi, bulantı-kusma, ateş, solunum distresi mevcuttu. Aksiler ve pubik kıllanması olmayan hastanın penis boyu 3.5cm, sol testis non-palpabl, sağ testis 2-2,5cm, boy 164cm, vücut ağırlığı 62kg, dinlemekle sağ hemitoraks bazal posteriorda inspiratuar raller mevcuttu. Laboratuvar analizinde, glukoz:460 mg/dl, Üre:55mg/dl, CPK:1340U/L, LDH:407U/L AST:119U/L, ALT:97U/L, Na:151mmol/L, Trombosit:58 WBC.2.5 idi., Hormon profilinde de tiroid hormonları, prolaktin, testosteron, GH düşük, insülin yüksek olarak saptandı. P-A akciğer grafisinde sağ alt alanda pnömonik infiltrasyon, sağ sinüs kapalılığı vardı. Hastanın hormon replasman tedavileri endokrinoloji kliniği ile birlikte planlandı, seftriakson 1g/gün ampirik olarak başlandı. Genel durumunda düzelme olmayan hastanın 4. gün idrarında legionella antijeni pozitif bulundu. Moksifloksasin tedavisi başlandı. Yeni tedavinin 3. gününde ateş düştü, 1. haftada radyolojik

gerileme 3. haftada tam düzelme gözlemlendi, kan biyokimyası normale döndü.

Sonuç: Legionella türlerinin toplum kökenli pnömonilerde en sık gözlenen üç etken arasında olduğu bildirilmektedir. L.pnömonisi sırasında akut böbrek yetmezliği, karaciğer yetmezliği, trombositopeni, nöropati gibi birçok komplikasyonun gelişebileceği bildirilmiştir. Panhipopituitarizmi olan bu olguda hastanın 3 günü bilinmeyen bir ortamda geçirmiş olması, bu dönemde kullanmakta olduğu ilaçları almamış olması hormon eksikliğine bağlı bulgularla, infeksiyon bulgularının ve komplikasyonlarının karışmasına neden olmuştur.

L.pnömonisinin tanı ve tedavisinde geç kalınması prognozu etkileyen en önemli faktörlerdir. Bu nedenle hemen tanı konularak uygun tedaviye başlanılmalıdır.

P - 88

İLERİ DERECEDE MALNUTRİSYONU OLAN OLGUDA BURKHOLDERIA CEPACIA PNÖMONİSİ

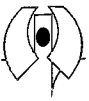
A. GÖKTUĞ, H. BAŞAR, Ç. ÜNAL, B. KARAKAŞ, N. GÜRİSOY, S. ÇULHAOĞLU

SB. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği

Amaç: Malnutrisyon, oluşturduğu sistemik etkilerle yoğun bakımda önemli mortalite-morbidite nedenlerindedir ve immun sistemde yetmezliğe yol açarak enfeksiyona eğilimi artırır. Solunum yetmezliği ve malnutrisyon sıklıkla birlikte. Bu beraberlik yoğun bakımda solunum problemi olan hastalarda kısır döngüye yol açar. Burkholderia cepacia birçok antibiyotiğe dirençli, Gram (-) basildir. Burada, ileri derecede malnutre KOAH hastasındaki B. cepacia pnömoni olgusu sunulmuştur.

64 yaşında, KOAH ve ileri derecede malnutrisyonu ile solunum sıkıntısı mevcut olan erkek hasta kliniğimize kabul edildi. Arteriyel kan gazı analizinde, pO₂:48mmHg, pCO₂:82mmHg ve pH:7.24 olması üzerine endotrakeal entubasyon yapılarak mekanik ventilasyon tedavisi başlandı. PaO₂>60mmHg, PaCO₂<50mmHg, pH:7.35-7.45 olacak şekilde uygun FiO₂, PEEP, frekans ve peak inspiratuar basınçla SIMV moda ventile edildi. Vücut kitle indeksi 14 kgm² olan hastanın nutrisyonel risk indeksi 64,25 idi ve hasta bu haliyle ağır malnutrisyon olarak kabul edildi. Bazal metabolizma hızı ve gerçek enerji tüketimleri hesaplanarak uygun beslenme ürünleriyle beslenme desteği başlandı. Yatışının 5. gününde kan kültüründe Acinetobakter üreyen hastanın uygun antibiyoterapisi ardından bu kez 33. günde bronkoalveolar lavajında B. Cepacia üredi. Akciğer grafisinde, amfizematöz görüntü, yaygın infiltrasyon ve kavitasyon mevcuttu. Uygun antibiyotik tedavisi ve perkütan trakeostomi açılarak mekanik ventilasyon desteği devam edilen hastanın kontrol kültürlerinde üreme olmadı. Solunum parametrelerinin düzelmesiyle başarılı weaning döneminin ardından mekanik ventilasyon desteğine son verildi. Hasta yatışının 78. gününde şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Malnutrisyon ile akciğer fonksiyonlarındaki bozulma arasındaki ilişki tam olarak açıklanamamış olsa



da protein veya kalori malnütrisyona maruz bırakılan yeni doğan farelerde akciğer gelişiminin bozulduğu, amfizematöz değişiklikler meydana geldiği görülmüştür. Invazif mikroorganizma olan B. cepacia solunum yollarında epiteliyal bariyeri geçerek akciğer parankimine ve kapillerlere yayılır, mortalite %28.6'dır. Akut infeksiyonun yanında, solunum fonksiyonlarında azalma nedeniyle B. cepacia kronik infeksiyonu ayrı bir morbidite nedenidir. Geniş spektrumlu antibiyotiklerle tedaviye rağmen ilerleyici olabilen ve en sık kistik fibrozis, kronik granülomatöz hastalıklarla birliktelik gösteren B. cepacia bakteriyemisinin erken tanınması özellikle bizim olgumuzda olduğu gibi KOAH, malnütrisyon gibi risk faktörlerinin varlığında önemlidir.

P - 89

OLGU :PULMONER HEMORAJİ İLE MORTALİTE GELİŞEN TAKAYASU ARTERİTİ

H. ULUSOY, N. ÜSTÜN, M. KOŞUCU, A. EROĞLU, G. ÖZKAN

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ,
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON AD. TRABZON
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ,
NEFROLOJİ BD. TRABZON

GİRİŞ: Takayasu arteriti etiyolojisi bilinmeyen aorta ve dallarını tutan bir damar hastalığıdır. Yaşamın her döneminde görülebildiği gibi sıklıkla 2. ve 3. dekatta kadınlarda daha sıklıkla görülür. Sekonder komplikasyonlar nedeniyle yoğun bakım desteği gerekebilir.

OLGU: 34 yaşında kadın olgu, 7 yaşındayken karın ağrısı ve nöbet geçirme nedeniyle tetkik edilirken, sağ böbrek atrofisi belirlenmiş, nörolojik veya nefrolojik takibi yapılmamış. Üç gebeliğinde de eklampsi ve nöbet öyküsü veren hastanın son gebeliğinde ABY nedeni ile 2 kez diyalize girme öyküsü vardı. 8 ay öncesine kadar şikayeti olmayan, hasta nefes darlığı nedeniyle başvurduğunda, üst ekstremiteler nabızları alınamamış ve renal CT anjiyoda; abdominal aorta düzensiz sağ böbrek atrofik, renal arterde darlıklar, sup.mesenterik arterde orta derecede darlık, karotis dopplerde bilateral diffüz intimal kalınlaşma sol a.karotis kommunis çıkımında daralma görülürken, Sol subklavian arter izlenememiş ve Sağ subklavian arterin sadece 3 cm'lik kısmı izlenmişti. Takayasu arteriti ve renovasküler HT tanısı alarak medikal tedavisi ve takipleri başlatılan hasta 1,5ay önce ani nefes darlığı, bulantı, kusma şikayetiyle acil servise başvurdu. GD kötü, bilinci konfüze, TA ölçülemiyordu ve AKG'da PO₂/FiO₂ =54 olan hasta entübe edilip anestezi yoğun bakım ünitesine kabul edildi. Pulmoner hemoraji nedeniyle hedef oksijenizasyon değerlerine ulaşılamayan hastada mekanik ventilasyon ve destek tedavileri sürdürüldü. (Tablo.1) Hastanın invaziv ve non invaziv kan basıncı ölçümleri yapılamadı. Takibinin 2. gününde ABY nedeniyle renal replasman tedavisi başlatıldı. Olgu takibinin 3. gününde masif pulmoner hemoraji ve oksijenasyonunun düzelmemesi nedeniyle exitus oldu.

PO₂/FiO₂ CRP WBC Laktat Kan B. Ateş 24.saat 0,55 24,2 17,6 108,1 ---- 35,3o 48.saat 0,45 17,2 23,4 105,5 ---- 35,8o

Sonuç: Takayasu Arteriti kendini alevlenmeler ve remisyonlar gösteren inflamatuvar bir hastalıktır. Bu olguda olduğu gibi gebeliğin tetiklediği hipertansiyon ve nöbetlere, ABY ataklarına rağmen sessiz dönemler nedeniyle geç tanı alabilir. Takayasu arteritinde, serebral vasküler olaylar gibi pulmoner tutulum da sekonder komplikasyon olarak görülebilir. Bizim olgumuzda ilerleyici masif hemoraji gelişmiş olup yoğun bakım destek tedavisine rağmen ölümcül seyretmiştir. Erken tanı ve cerrahi dışı tedavilere rağmen başarı her zaman mümkün değildir ve radyolojik tanı ile endikasyon varsa cerrahi revaskülarizasyon geciktirilmemelidir.

P - 90

YOĞUN BAKIMDA TROMBOTİK MİKROANJİOPATİ OLGUSU

A. GÖKTUĞ, H. BAŞAR, F. YAMAN, F. Ö. YALÇIN, M. A.YAZAR, S. B. ÇELEBİ

SB. ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ

Amaç: Trombotik mikroanjyopati(TMA), mikroanjyopatik hemolitik anemi, trombositopeni ve çeşitli organ tutulumları ile seyreden mikrovasküler bir hastalıktır. Trombotik mikroanjyopatide beyin veya böbrek tutulumunun ciddiyetine göre; patolojileri benzer, ancak kliniği ve etyolojileri farklı olan trombotik trombositopenik purpura(TTP) ve hemolitik üremik sendrom(HÜS) olmak üzere iki klinik tablo tanımlanmıştır. TTP; daha çok erişkinlerde, HUS ise daha çok çocukluk çağında görülür.

Bu olgu sunumunda pulmoner emboli-atelektazi nedeniyle izlenen hastada E. Coli pnömonisine bağlı gelişen trombotik mikroanjyopati olgusu sunulmuştur.

Olgu : 80 yaşındaki erkek hasta trafik kazası sonrası 4,5,6. kot, humerus gövde fraktürü, bilinç bulanıklığı ve hemotoraks-pnömotoraks nedeniyle nöroşirürji yoğun bakım ünitesinde takip ve tedavi edilmesinin ardından humerus fraktürü onarımı için ortopedi kliniğine transfer edildi. Bu dönemde pulmoner emboli gelişmesi üzerine Anesteziyoloji-Reanimasyon ünitesine kabul edildi. Uygun tedavi sonrasında, genel anestezi altında sol proksimal humerus kırığına anatomik kilitli plak, sol önkol ikili kırığına kichner uygulaması yapıldı. 7 saat süren operasyonun ardından hasta entube halde kliniğimize alındı. Postop 48.saatde atelektazi gelişen hastanın birkaç kez başarısızlıkla sonuçlanan weaning denemeleri oldu. Yoğun bakımda yatışının 48. gününde bronkoalveolar lavajında E. Coli üredi ve genel durumu kötüleşti. Anemi, trombositopeni, indirekt bilirubinemi, BUN, kreatinin ve LDH seviyelerinde yükseklik ortaya çıkan hastada mevcut bulgularla TTP-HUS olduğu kanaatine varılarak plazmaferez tedavisi başlandı. 6. seansda LDH seviyesiyle birlikte diğer laboratuvar bulguları normal düzeyine ulaşması üzerine plazmaferez tedavisi sonlandırıldı. Genel durumu ve solunum mekanikleri düzelen hasta ekstube edilerek noninvaziv mekanik ventilasyon tedavisi uygulandı.

Sonuç: TTP nadir görülen bir durum olmakla birlikte tanı ve tedavide gecikme olduğu takdirde mortalitesi yüksektir. Bu olguda mikroanjyopatik hemolitik anemi, trombositopeni ve ABY triadının bulunması nedeniyle TTP tanısı düşünüldü. Hastaya sedasyon uygulandığından nörolojik değerlendirme yapılamadı. E. Coli enfeksiyonu ile HÜS birlikteliği çocuklarda sık olmakla birlikte, erişkinde E. Coliye bağlı olarak ortaya çıkan tabloya literatürde rastlanamadı.

Etyolojileri farklı da olsa TTP ve HUS benzer laboratuvar ve klinik tablo sergilemektedir. Yaşla birlikte mortalitesi artan TMA'larda tanı konularak ivedilikle tedaviye başlanılmaktadır.

P - 91

KARBONMONOKSİT ZEHİRLENMESİNE BAĞLI GELİŞEN MEZENTERİK VEN TROMBOZU

S. EKEMEN, A. EMAN, B. YELKEN

ESOGÜ TIP FAKÜLTESİ ANEST. VE REANİMASYON AD.

Giriş: Karbonmonoksit (CO); karbon içeren materyallerin yeterince yanmaması sonucu ortaya çıkan rensiz, kokusuz bir gazdır. Uzun süre ve yüksek miktarlarda CO' e maruz kalmış bireylerde belirtiler daha da şiddetlenir ve kusma, kaslarda zayıflık ve bilinç kaybı ortaya çıkar. Myokard iskemisi, santral sinir sisteminde akut iskemik olaylar, uzun süreli baskı ve pozisyona bağlı kompartman sendromu ve diğer organ yetmezlikleri ile sonuçlanabilir. Burada uzun süreli CO' e maruz kalmış ve akut batın kliniği ile seyreden mezenterik ven trombozu olgusu sunulmaktadır.

Olgu: 61 y, bayan hasta, sobalı evde yalnız yaşayan hasta yakınları tarafından yüzü koyun ve bilinci kapalı halde bulunmuş ve 112 mobil acil servisi tarafından hastanemize getirilmiştir. İlk ölçülen COHb değeri % 30.1 olarak saptanmıştır. Muayenede genel durumu kötü, şuuru kapalı, ağırlı uyaranlara yanıtı mevcut, non koopere, non oryante, IR +/+, pupiller izokorik, TA:157/85 mmHg, nabız: 98/dakika idi. Yapılan sistemik muayenesinde; kalp ritmik S1 (+), S2 (+), ek ses ve üfürüm yok idi, her iki hemitoraks solunuma eşit katılıyor olup, solunum seslerinde bilateral kabalaşma ve ronküs mevcut idi. Batın distandü, defans, hassasiyet ve rebound mevcuttu. Ekstremitelerde deformite olmayıp, periferik nabızlar alınıyordu. GKS : 6 (E2V1M3) idi. Medikal tedavisini takiben yatışımdan bir saat sonra hiperbarik oksijen tedavisine gönderildi. çekilen spiralli batın BT'de cilt altında ödem ve nekroz ile birlikte inferior mezenterik ven distal dalında trombus saptandı. Genel cerrahi bölümü ile konsülte edilen hastaya gastrik dekompresyon ve heparinizasyon başlandı. Hastanın ilk geliş EKG sinde mevcut olan V5-6, D1-AVL derivasyonlarındaki ST depresyonu nedeni yapılan kardiyoloji konsültasyonunda hastada non-Q MI düşünüldü ve medikal tedavi başlandı. Takibinde genel durumu giderek bozulan hasta yatışının 4. gününde eksitus oldu.

Tartışma: CO zehirlenmelerinde tromboembolizm sıklığı bilinmemektedir. Literatürde bu zehirlenmeye bağlı pulmoner emboli olguları bildirilmiş olmasına rağmen mezenterik ven tromboz vakasına rastlanmadık. Bu olgumuzda pozisyona bağlı olarak anormal lokalizasyonda trombus oluşabileceğini ve akut batın kliniğinin ön planda gözlenebileceğini vurgulamak istedik.

P - 92

KÜÇÜK BİR İLİN YOĞUN BAKIM STATÜSÜ VE KLİNİK DENEYİMLERİMİZ

M. DOKUR, S. C. SEHAR

Kilis Devlet Hastanesi

Amaç: Yoğun bakım üniteleri, yaşamsal desteğe ihtiyacı olan hastaların ileri bilgi ve teknoloji ile destek, bakım ve takiplerinin yapılabildiği kesintisiz hizmet verebilen, çoklu disiplini gerektiren hastane klinikleridir. Yoğun bakımlar amaçlarına göre personel, teknik ekipman, kapasite işleyiş bakımlarından kategorize edilmektedir. İmkanları sınırlı illerde ara tip yoğun bakımlar oluşmaktadır. Bu da beraberinde yüksek maliyet ve amaca ulaşamama şeklinde sonuçlar verebilir.

Bu çalışmada Kilis ilindeki 215 yataklı Devlet Hastanesi'nin 11 yataklı genel yoğun bakım ünitesi ile 9 yataklı Koroner Yoğun bakım Ünitesi'nin işleyiş dinamiklerini mevcut imkanlar, bilimsel gelişmeler ve yönetmelik gereklilikleri açısından inceledik. Optimal bir yoğun bakım ünitesi gerekliliklerini değerlendirdik.

Yöntem: 01.01.2008 ile 10.03.2008 tarihleri arasında her iki yoğun bakım ünitesinde takip edilen 54 hastanın yatan hasta dosyaları retrospektif olarak incelendi. Yoğun bakım hemşirelerine, yardımcı sağlık personeline ve yoğun bakıma hasta yatıran veya yatırma potansiyeli olan uzman hekimlere yoğun bakımla ilgili anketler uygulandı. Bakanlığın yoğun bakım standartları ile ilgili genelgeleri incelendi, mevcut imkanlarla karşılaştırıldı.

Bulgular: Yoğun bakımda tedavi gören 54 hastanın 15'i(%28) takip sırasında eksitus olmuştur; 6'sı(%12) ise daha ileri bir yoğun bakıma sevk edilmiştir. Yoğun bakıma en çok hasta yatışı 13 hasta(%24) ile nöroloji ve 10 hasta(%19) ile dahiliye branşları tarafından olmuştur. 6 hasta ile(%12) ile Cerrahi yatışların daha az olduğu dikkati çekmektedir. Anketlerde yoğun bakım hemşirelerinin hepsinin yoğun bakım sertifikasyon eğitimlerini aldıkları ve sayılarının yeterli olması halinde daha iyi bir hizmet verebilecekleri bilgisi dikkati çekti. Hekim anketlerinde branşında tek olan hekimlerin yoğun bakıma hasta yatırmakta daha çekingen oldukları saptandı. Cerrahi branş hekimlerinin ise yoğun bakımın cerrahi hastalarının takibi için yeterli olmadığı kanaatinde oldukları dikkati çekti.

Sonuç: Hastanemizin yoğun bakımının, bakanlığımızın yoğun bakım standartları genelgesine göre teknik ekipman bakımından 3.basamak düzeyinde, hekim ve yoğun bakım personel yeterliliği bakımından 2.basamak düzeyinde olduğu ve işleyiş bakımından 1.basamak düzeyinde hizmet verdiği kanısına vardık.Yüksek maliyetli bu sistemin daha efektif kullanımı multidisipliner bir yaklaşımı gerektirmektedir.



P - 93

KARBONMONOKSİT ZEHİRNEMESİNE BAĞLI GELİŞEN HEMİPLEJİ: OLGU SUNUMU

S. EKEMEN, A. EMAN, B. YELKEN

ESOGÜ TIP FAKÜLTESİ ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON
AD. ESKİŞEHİR

Giriş: Karbon monoksit (CO) zehirlenmesi, ülkemizde özellikle kış aylarında ölümlü sonuçlanabilen önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Myokard iskemisi, santral sinir sistemi ve diğer sistemlerde akut iskemik olaylar, uzun süreli baskı ve pozisyona bağlı kompartman sendromu ve diğer organ yetmezlikleri ile sonuçlanabilir. Burada uzun süreli CO'ye maruz kalmış ve sağ hemipleji kliniği ile seyreden olgu sunulmaktadır.

Olgu: 41 y, erkek olgu, yakınlarının şüphelenmesi üzerine yaşadığı sobalı evde şuuru kapalı olarak bulunmuş ve 112 mobil acil servisi tarafından hastanemize getirilmiştir. Anne ve kardeşinin ise olay yerinde karbonmonoksit zehirlenmesine bağlı eksitus oldukları öğrenilmiştir. Olgunun ilk muayenesinde genel durum kötü, şuur kapalı, non koopere, non oryante, IR +/+, pupiller izokorik, orta hatta, TA:113/83 mmHg, nabız;131 atım/ dakika, solunum sayısı; 39/ dakika, sağ göz kapağı ptotik, kalp ritmik, ek ses-üfürüm yok, her iki akciğerin solunuma katılımı eşit, ral-ronküs yok, batin muayenesi rahat, DTR -- /++, babinski sağda lakayt, solda negatif, sırtta sağ skapula alanında ve sağ ayak topuğunda ekimotik alanlar mevcuttu. Medikal tedavisi başlandı. İlk COHb değeri % 6.6 olduğu gözlemlendi, buna rağmen olgu hiperbarik oksijen tedavisi (HBOT) amacıyla Eskişehir Hava Hastanesine gönderildi. HBOT sonrasında çekilen bilgisayarlı beyin tomografisinde kronik iskemik değişiklikler saptandı. Olgunun sol bacak ve kolun hareket ettiği, sağ kol ve bacağın ise hiç hareket etmediği fark edildi. 11 seans HBOT planlandı ve uygulandı. Beşinci günde şuur açıldı, çekilen beyin ve boyun MRI'ında sol periventriküler alanda akut iskemik değişiklikler, servikalde, bazal ganglionlar ve beynin sağ tarafında belirgin patoloji olmadığı öğrenildi. 10. günde kısık sesle konuşmaya başladı, rehabilitasyon programına alındı. 45. günde ileri rehabilitasyon desteği amacıyla sağ elini kısmen hareket ettirebilir halde sağ hemipleji tablosu ile taburcu edildi.

Tartışma: Karbonmonoksit zehirlenmesine bağlı akut iskemik olaylar başta kalp ve santral sinir sistemi olmak üzere gözlenebilmektedir. Hemipleji gelişen bu olgumuzda ilk COHb değerinin düşük olmasına rağmen tekrarlanan HBOT tedavisinin yararlı olabileceğini vurgulamak istedik.

P - 94

LATERAL MEDULLER SENDROMLU HASTADA DİRENÇLİ HIÇKIRIK TEDAVİSİ (OLGU SUNUMU)

E. ERTÜRK, A. ŞEN, A. DAYIOĞLU, M. KOŞUCU,
D. KUTANIS, A. EROĞLU

KTÜ TIP FAKÜLTESİ ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON AD

GİRİŞ : Dirençli hiçkırık serebral tümörler, kanamalar, menenjit, ensefalit, medulla tümörleri ve lateral meduller sendrom(LMS)'lu hastalarda görülebilir. Lateral medullada infarkta bağlı olarak ortaya çıkan LMS'daki hiçkırık, diafragmanın ve eksternal interkostal kasların ani kasılması ve glottisin kapanmasıyla oluşur. 48 saatten

uzun süren yada tekrarlayan episodlar halinde seyreden hiçkırık aspirasyona neden olabileceği için hızla tedavi edilmelidir. Bu olgumuzda, genel vücut travması ve kardiak arrest sonrası hipoksik beyin gelişen hastada LMS'a bağlı dirençli hiçkırık tedavisini sunduk.

OLGU : Trafik kazası sonrası kardiak arrest gelişen ve CPR uygulandıktan sonra yoğun bakım ünitesine alınan 29 yaşındaki erkek hastanın bilinci sedatize, IR +/+, pupiller anizokorik, TA:125/75mmHg, Nb:135/dk idi. Mekanik ventilatöre bağlı olan ve beyin tomografisi normal olan hastada sol kol ve bacadaki klonik, tüm vücutta generalize konvulsiyon ve myoklonuslar meydana gelince fenitoin ve valproik asit başlandı. 4.günde hastada şiddetli hiçkırıklar başladı. İntravenöz yoldan 2x25mg klorpromazin, 3x50mg meperidin , 3x10mg meteklopramid başlandı. Hiçkırıkları sürekli ve tedaviye cevapsız olunca 80mg/s tiyopental ve 6mg/s cisatracurium ile küarize edildi. Hiçkırıkları kontrol altına alınamayan hastanın çekilen beyin MR' ında medullada sağ posterolateralde 1.5x2cm erken subakut kanama vardı. Semptomların LMS'a ait olduğu düşünüldü. 11.gün nazogastrik sondadan 3x10mg baklofen başlandı. Azalan hiçkırıklar 13.günde kesildi. Trakeostomi açılan ve generalize myoklonik kasılmaları az da olsa devam eden hastanın tedavisi halen sürmektedir.

SONUÇ : LMS lateral medullanın tıkaçıcı lezyonlarıyla oluşur.Lezyona göre hastalarda uyusukluk, yüz ağrısı, dengesizlik, ataksi, vertigo, nistagmus, diplopi, bulantı, kusma, disfaji, ses kısıklığı, Horner sendromu, yutma refleksinde azalma, gövde ve ekstremitelerde ağrı - ısı kaybı, interkostal kaslarda kasılmalar görülebilir(1).Dirençli hiçkırıkta klorpromazin, baklofen ve valproik asitten biri veya kombinasyonları kullanılmış fakat birbirlerine üstünlükleri kanıtlanamamıştır(2). Klorpromazin en eski ajandır fakat tüm hastalarda yeterli cevap alınamaz. Baklofen dirençli hiçkırıkta kullanılan önemli bir ilaçtır.Biz olgumuzda baklofenin LMS'daki dirençli hiçkırık tedavisinde iyi bir seçenek olduğunu düşünmekteyiz.

Kaynaklar:

- 1-Nickerson RB et al.Am J Phys Med Rehabil1997;76:144-146
- 2-Pelin Z et al.Cerrahpaşa J Med2001;32(2):115-119.

P - 95

REANİMASYON ÜNİTEMİZDE SAPTANAN ACINETOBACTER SUŞLARININ ANTİBİYOTİK DUYARLILIKLARI

S. EKEMEN, A. KİREMİTÇİ, S. ÖZTÜRK, E. ERDEM,
B. YELKEN

ESOGÜ TIP FAKÜLTESİ ANESTEZİYOLOJİ VE
REANİMASYON AD.

Amaç: Reanimasyon ünitemizde 2007 yılında hastane kaynaklı infeksiyon tanısı alan 32 hastadan elde edilen toplam 82 Acinetobacter izolatının antibiyotik duyarlılıkları retrospektif olarak araştırmaktır.

Yöntem: 32 hastadan elde edilen 50 transbronşiyal ve 32 kan örneğinde üreyen toplam 82 Acinetobacter izolatının

antibiyotik duyarlılıkları retrospektif olarak araştırıldı. Oniki farklı antibiyotiğe olan duyarlılık araştırmasında duyarlı ve orta duyarlı suşların toplam sayısı duyarlı olarak kabul edildi.

Bulgular: Duyarlı suş sayısı, çalışılan suş sayısı ve duyarlılık yüzde değerleri tabloda görülmektedir

	Ami	Sef	Sip	Imp	Pip	P-Taz	Tob	Lev	Mer	Gen	Tik	S-Sul
Duyarlı suş (n)	7	35	7	62	1	25	35	29	19	15	23	59
Çalışılan suş (n)	81	81	79	77	47	48	81	77	78	80	79	65
%	12	43	8	80	2	52	43	37	24	18	29	83

Ami: amikasin, Sef: sefepim, Sip: siprofloksasin, Pip: piperasillin, P-Taz: piperasillin tazobaktam, Tob: tobramisin,

Lev: levofloksasin, Mer: meropenem, Gen: gentamisin, Tik: tikarsillin, S-Sul: sefoperazon sulbaktam

Sonuç: Acinetobacter cinsi bakteriler hastane enfeksiyonları arasında ilk sırada yer alan mikroorganizmalar olup yoğun bakım ortamında kullanılan birçok eşya üzerinde uzun süre canlı kalabilmektedir. Karbapenemler de dahil olmak üzere giderek artan çoğul antibiyotik dirençli ve ciddi enfeksiyonlara yol açan Acinetobacter suşları bildirilmektedir.

Çalışmamızın retrospektif yapılmış olmasından dolayı tüm suşlarda 12 ayrı antibiyotiğin duyarlılıklarını her hastada inceleme imkanımız olmadı. Ancak yine de bu sonuçlara göre reanimasyon ünitemizde uyguladığımız antibiyoterapide karbapenem grubundan imipenemin ve sefalosporin grubundan sefoperazon-sulbaktam kombinasyonunun etkinliklerinin dikkate alınması kanaatindeyiz.

P - 96

MEPROBAMAT INTOKSİKASYONUNDA YOĞUN BAKIM TEDAVİSİ (OLGU SUNUMU)

E. ERTÜRK, C. ARDUÇ, E. ESEN, Ş. GEZE, A. EROĞLU, İ. ÖZEN

KTÜ TIP FAKÜLTESİ ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON AD

GİRİŞ: Danitrin Forte tablet ® (Deva ilaç), koroner arter hastalığı ve angina pectoris tedavisinde kullanılan 20mg Pentaeritrol tetranitrate ve 200mg meprobamat içeren vazodilatör ve anksiyolitik bir ilaçtır. Karbamatlar grubundan minor tranklizan bir ilaç olan meprobamat anksiyolitik, sedatif ve myorelaksan etkilere sahiptir. Yüksek doz alındığında uykuya meyil, sersemlik hissi, solunum yetmezliği ve anüri görülür. Hemodinamik bozukluklar tabloya sıklıkla eşlik eder. Biz bu olgu sunumunda letal olarak kabul edilen doza yakın meprobamat alan hastamızı sunduk.

OLGU: Bilinç bozukluğu ve solunum sıkıntısı nedeniyle acil servise getirilen, siyanozu ve bradipnesi olan 20 yaşında bayan hastanın yapılan muayenesinde ağırlı uyarana cevapsız, IR -/, pupiller izokorik midriyatik, TA:90/60mmHg Nb:120/dk SpO2:80 idi. GKP: 1+2+1 olan ve kan gazında hipoksi ve hiperkarbisi olan hasta entübe edilerek mekanik ventilatöre bağlandı. Diğer bütün muayene ve laboratuvar bulguları normal olan hastanın yakınlarından alınan bilgiden Danitrin almış olabileceği öğrenildi

yakınlarından alınan bilgiden Danitrin almış olabileceği öğrenildi. Hastaya nazogastrik sonda takılarak aktif kömür tedavisine başlandı. Hemodinami başta olmak üzere rutin monitörizasyon takibi yapılan ve 3 günlük mekanik ventilasyon ve destek tedavisinden sonra giderek şuru açılan hasta kademeli olarak mekanik ventilasyondan ayırıldı ve ekstübe edildi. Takiplerinde muayene ve laboratuvar bulgularında bir patolojiye rastlanmadı. Hastayla kurulan iletişim sonucu Danitrin tb 50 lik kutulardan 4 kutu (200 adet) aldığı öğrenildi. Hasta yatışının 6. gününde Psikiyatri servisine devredildi.

TARTIŞMA ve SONUÇ: Nedeni bilinmeyen bilinç bozuklukları ve koma durumlarında özellikle genç yaşlarda suisid amaçlı ilaç intoksikasyonları daima akılda bulundurulmalı ve tedavi ona göre şekillendirilmelidir. Meprobamatın terapötik dozu 0,4-1,6g arasındadır; toksik dozu erişkinlerde > 4g dır. Letal dozun erişkinlerde yaklaşık 40 g kadar olduğu bildirilmiştir. Plazma konsantrasyonu >100mg. ulaştığında hasta komaya girer, >180-200mg arasında hemodinamik bozukluklar eşliğinde derin bir koma oluşur. Biz hastamızdaki ilaç konsantrasyonunu ölçemedik. Fakat hastamızda letal doza denk gelen 40 gramlık ilaç alımına rağmen ciddi bir sorun yaşamadık. Biz bunu erken dönemde intoksikasyon düşünerek aktif kömür ve destek tedavisi başlamamıza bağlıyoruz.

P - 97

KURUMUMUZ ERİŞKİN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ 2007 YILI HASTANE ENFEKSİYONLARI

B. G. CEYLAN, O. KAYA, S. KÜTÜK, L. YAVUZ, F. EROĞLU

S. DEMİREL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON AD

S. DEMİREL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ENFEKSİYON HASTALIKLARI AD

Amaç: Hastane enfeksiyonları mortalite ve morbidite oranları nedeniyle tüm dünyada önemli bir sağlık sorunudur. Yoğun bakım üniteleri hastane enfeksiyonlarının sık görüldüğü bölümlerdir. Bu çalışmada Erişkin Yoğun Bakım Ünitesi'nde 2007 yılında saptanan hastane enfeksiyonlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Erişkin Yoğun Bakım Ünitesi'nde 1 Ocak 2007-31 Aralık 2007 tarihleri arasında CDC (Centers for Diseases Control and Prevention) rehberine göre hastane enfeksiyonu tanısı konan olgular retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Veriler SPSS 15.0 programına kaydedilmiştir.

Bulgular: İlgili süre içerisinde 65 hastada 80 hastane enfeksiyonu saptanmıştır. Hastaların 42'si erkek, 23'ü kadın olup yaş ortalamaları 56.77 dir. Görülen 80 hastane enfeksiyonun dağılımı: 42'si (%52.5) nozokomiyal pnömoni, 22'si (%27.9) kan dolaşımı enfeksiyonu, 14'ü (%17.5) üriner sistem enfeksiyonu, 1'i (%1.3) cerrahi alan enfeksiyonu, 1'i (%1.3) gastrointestinal sistem enfeksiyonu şeklindeydi. Görülen 80 hastane enfeksiyonunda 71 etken izole edilmiştir. Etkenlerin dağılımına bakıldığında 14 (%19.72) Acinetobacter spp., 9 (%12.68) Escherichia coli, 8 (%11.27) Klebsiella spp., 8 (%11.27) Candida spp., 7 (%9.86) Koagülaz Negatif Stafilokok, 7 (%9.86)



Enterobacter spp., 6 (%8.45) MRSA, 4 (%5.63) *Pseudomonas aeruginosa*, 4 (%5.63) *Stenotrophomonas maltophilia*, 4 (%5.63) diğer şeklinde olduğu görülmüştür.

Sonuç: Sonuçlara bakıldığında nozokomiyal pnömoni ve kan dolaşımı enfeksiyonlarının sık olarak görüldüğü saptanmıştır. Etken dağılımları da incelendiğinde Gram negatif patojenlerin ön planda olduğu görülmektedir. Nozokomiyal pnömoni ve kan dolaşımı enfeksiyonlarının gelişmesini engellemeye yönelik önlemlerin tekrar gözden geçirilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

P - 98

YENİ AÇILAN ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON KLİNİĞİMİZDE HASTA PROFİLİ

A. GÖKTUĞ, H. BAŞAR, G. ÖZÇAM, N. ÖZCAN, M. ASLAN, K. BAKKAL

SB. ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ

Amaç: SB. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniğinde solunum yetmezliği, zehirlenmeler, ameliyat sonrası bakım gerektiren hastalar, ameliyat sırasında problem gelişen hastalar, travma hastaları, çoklu organ yetmezliği olan hastalar takip ve tedavi edilmektedir. Kliniğimizde, tüm monitorizasyon ve mekanik ventilasyon olanaklarına sahip 12 adet hasta yatağımız bulunmaktadır. Bu çalışmada yeni açılan ünitemizde hastaların yaş ve cinsiyet özellikleri, tanıları, hospitalizasyon süreleri ve mortalitemiz hakkında bilgilerin edinilmesi amaçlandı.

Yöntem: Bu retrospektif çalışmada 25.08.2007 ile 29.02.2008 tarihleri arasındaki 6 aylık dönemde SB. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniğine kabul edilen hastaların verileri Hasta Kayıt Formları incelenerek elde edildi. Hastaların yaş ve cinsiyet özellikleri, tanıları, hospitalizasyon süreleri, eksitus oranları araştırıldı.

Bulgular: Hastaların demografik özellikleri Tablo1'de verilmiştir. 6 aylık dönemde kliniğimize kabul edilen hasta sayısı 148 idi. Hastanede yatış süreleri 6.20 ± 9.82 (1-73) gündü. Hastalar içinde büyük çoğunluğu (%45.94) intoksikasyon vakalarının oluşturduğu gözlemlendi (Tablo2). Mortalitemiz ise %31.08 idi.

Tablo1: Hastaların demografik özellikleri

Yaş (yıl)	50.11±24.03 (7-92)
Cinsiyet (K/E)	%54.05 / %45.94

Tablo 2:Hastaların tanıları

Solunum Sistemi Hastalıkları (n=16)	%10.81
Kalp Yetmezliği (n=5)	%3.37
Intoksikasyon (n=68)	%45.94
Postoperatif (n=28)	%18.91
Nöromusküler Hastalık (n=3)	%2.02
Kardiyak Arrest sonrası (n=23)	%15.54
Travma (n=2)	%1.35
Sepsis (n=3)	%2.02

Sonuç: Çalışmamız sonucunda kliniğimizde vakalarımızın çoğunluğunu intoksikasyon vakalarının oluşturduğunu gördük. Intoksikasyon vakalarında etken ne olursa olsun değerlendirme skorları bozuk olan, çoklu organ yetmezliği olan yada dolaşım-solunum desteği gereksinimi olan vakalar yoğun bakımda izlenmelidir. Hastada irreversibl hasar oluşmadan, akut tedavinin en etkili olduğu dönemde, komplikasyonlar gelişmeden, acil müdahalenin hemen ardından hastalar yoğun bakıma alınmalıdır.

P - 99

UTERUS ATONİSİ SONRASI GELİŞEN ABDOMİNAL KOMPARTMAN SENDROMU

Ş. GEZE, B. ÇEKİC, H. ULUSOY, E. ERTÜRK,
C. ARDUÇ, E. ESEN

KTU TIP FAKÜLTESİ ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON

GİRİŞ : Normal koşullarda abdominal basınç, batin içerisinde bölgelere göre biraz değişiklik göstermekle birlikte, dış ortam basıncı kadardır. Batin ameliyatlarından sonra batin içindeki basınç 3-15 mmHg arasında seyreder. Yaygın abdominal distansiyon, santral venöz basınçta artma, üriner output' ta azalma ve solunum sıkıntısı şeklinde ortaya çıkan Abdominal Kompartman Sendromu (AKS)(1), postoperatif intraabdominal hemoraji, komplike ciddi abdominal travma, visseral ödemin eşlik ettiği peritonit ve laparoskopik cerrahi gibi pek çok nedenlere bağlı gelişebilir. İAB'ın artması intestinal mukozal kan akımında azalmaya, ince bağırsakta histolojik değişikliklere, septik komplikasyonlara ve organ yetmezliğine yol açacak bakteriyel translokasyona neden olmaktadır(2). Bizde bu olguda sezaryan sonrası uterus atonisi gelişen hastanın postoperatif yoğun bakım takibinde erken dönem AKS gelişmesi ve tedavi yaklaşımını sunmak istedik.

OLGU : 27yaşında 38haftalık gebe doğum ağrılarının başlaması üzerine acil sezeryana alındı. Genel anestezi altında opere olan hastanın intraoperatif masif kanamasının kontrol altına alınamaması üzerine öncelikle subtotal, kanamanın devam etmesi üzerine total histerektomi yapıldı. Intraoperatif 10 ü eritrosit ve 6 ü TDP replasmanı yapılan hasta postoperatif yakın takip amacıyla yoğun bakıma alınarak mekanik ventilatör destek tedavisine alındı. Postoperatif ateşi olması, santral venöz basıncı yüksekliği ve inotropik desteğe rağmen hipotansif seyretmesi batin muayenesinde distansiyon olması üzerine intraabdominal basınç monitorizasyonu yapıldı. İAB takiplerinde tedricen artış olması üzerine İAB a yönelik tedavi başlandı. Nazogastrik dekompresyon, rektal dekompresyon, gastro prokinetik ajanlar, diüretik infüzyonu, koloid replasmanı ve hemodialize rağmen İAB ları yüksek seyreden hasta İAB 30 olması üzerine tekrar operasyona alındı cerrahi dekompresyonla batin rahatlatıldı. İAB takiplerinde tedricen azalma olması ateşlerinin kontrol altına alınması genel durumunun düzelmesi ile weaninge gidilerek ekstübe edildi.

SONUÇ : Etiyolojiye yönelik yapılan tedavilere rağmen abdominal kompartman sendromunda mortalite halen yüksektir. AKS nun sepsis nedenlerinden olabileceği

düşünülerek intraabdominal basınç yüksekliğinden şüphelenilen hastalarda intra-abdominal basınç monitörizasyonu yapılarak yakın takip edilmeli ve AKS'nun erken tedavisi ile mortalitenin azaltılabileceği görülmüştür.

Kaynaklar

1.Jeffrey Bailey and Marc J Shapiro. Abdominal compartment syndrome.Crit Care 2000, 4:23-29 2.Schein M, Wittmann D, Aprahamian C, Condon R. The abdominal compartment syndrome: the physiological and clinical consequences of elevated intra-abdominal pressure. J Am Coll Surg. 1995;180:745-753.

P - 100

YOĞUN BAKIMDA TEDAVİ EDİLEN TETANOS OLGULARININ RETROSPEKTİF İNCELENMESİ

R. İŞÇİMEN, N. K. GIRGIN, H. AKALIN, F.KAHVECI, O. KUTLAY

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON AD,BURSA

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ENFEKSİYON HASTALIKLARI VE KLİNİK MİKROBİYOLOJİ AD,BURSA

Amaç: Yoğun bakımda tedavi edilen tetanoz olgularının retrospektif incelenmesi ve prognostik faktörler belirlenmesi

Yöntem: 1992-2005 yılları arasında yoğun bakıma (YB) alınan tetanoz olgularının kayıtları retrospektif olarak incelendi.Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyleri, yaşadıkları yer, aşılanma durumları, yaralanma yeri ve tipi gözden geçirildi. Yaralanma sonrası sağlık kuruluşuna başvurma oranları, ilk tedavileri, yara temizliği, aşılanma, TİG, antibiyotik kullanımları kayıtları alındı. Hastalığın şiddeti ABLETT skorlamasına göre derecelendirildi.Ortaya çıkan kasılma süreleri, komplikasyonlar, mekanik ventilasyon gereksinimleri ve süresi, trakeostomi açılma ve süresi saptandı. Gelişen nazokomiyal enfeksiyonlar, YB'da kalış süreleri ve mortalite incelendi

Bulgular: Çalışmada 11 kadın,7 erkek toplam 28 hasta değerlendirildi. Yaşları 53 ± 13 yıl idi. Hastaların % 82.1'i kırsal kesimde yaşamakta ve tamamına yakını çiftçilikle uğraşmaktaydı. Hastaların % 96.4'ünün eğitim ilköğretim düzeyindeydi. Olguların %93'ü yaralanma öncesi aşılanmamış veya hatırlamıyordu. İlk yaralanmadan sonra hastaların % 53.6'sı bir sağlık kuruluşuna başvurmuş, sağlık kuruluşunda yara temizliği % 42.9 hastada yapılmıştı. Hastaların % 39.2'ine tetanoz aşısı ilk dozu yapılmış, TİG verilmemişti. Hastaların % 35.7'sine antibiyotik tedavisi verilmişti. kuluçka süresi 9.6 ± 6.6 gündü. Yaralanmalar en sık alt ekstremitelerde (%50) ve çivi-odun batması (%46.4) gibi minör travmalar sonucunda oluşmuştu. En sık semptomlar trismus (%100), disfaji (%75) ve generalize kasılmaları (% 78.6). YB'a alınan hastaların tamamına TİG ilk gün uygulandı. Olguların %71.4 ünde nazokomiyal enfeksiyon gelişti. Hastaların YB'da kalış süreleri 26.7 ± 12.6 gün, mortalite %25 (4 hasta ventriküler fibrilasyon, 2 hasta sepsis) olarak belirlendi.Generalize kasılma süreleri 10.32 ± 6.9 gün,mekanik ventilasyon süresi (n=25) 19.4 ± 11.4 gün,

trakeostomi (n=14) 3.9 ± 6.9 gün idi. Cinsiyet, yara yerinin lokalizasyonu, ilk yaralanmada yara yeri temizlenmesi, aşılanma, antibiyoterapi kullanımı, disritmi, lokalize veya generalize kasılmaların olmasının prognozla istatistiksel ilişkisi saptanmadı. Çok değişkenli istatistiksel analizde yaş, kuluçka süresi, APACHE II, ABLETT skorunun prognoz arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

Sonuç: Tetanoz ülkemizde aşıları tam olmayan, yaşlı yetersiz immünize olgularda önemli bir sorundur. Her tetanoz etkeni olabilecek yaralanma tetanoz immünizasyonu açısından dikkatli sorgulanmalı ve önlem için tam immünizasyondan emin olunmalıdır. Tetanozda kullanılan skorlamalar prognostik açıdan belirleyici olamayabilirler.

P - 101

OLANZEPİNE BAĞLI OLARAK GELİŞEN NÖROLEPTİK MALIGN SENDROMLU HASTADA YOĞUN BAKIM YAKLAŞIMIMIZ

B. KILIÇÇIOĞLU, M. ÇÖMLEKÇİ, F. ERTUĞRUL, S. ADALI, T. ALDEMİR

B.A.V.S.VAKIF GUREBA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Amaç: Nöroleptik malign sendrom (NMS), kullanılan antipsikotik ve trankilizanlara bağlı olarak gelişen santral nörotransmitterlerin dengesizliği ile karakterize, dopaminerjik blok gözlenen bir hastalıktır. Klinik olarak hipertermi, kas rijiditesi, bilinç düzeyi bozuklukları, yutma güçlüğü, aspirasyon ve buna bağlı pnömoniler ve otomatik disfonksiyonlarla karakterizedir. Laboratuvar bulgularında serum kreatinin fosfokinaz yüksekliği ve lökositoz belirgindir. Etyolojisinde birden fazla faktör etkili olup, daha çok yetişkin erkeklerde görüldüğü bildirilmiştir. Ağır klinik bulgular gösteren olgular yoğun bakım ihtiyacı gösterir ve fatal seyretmektedir. Çalışmamızda malign nöroleptik sendrom tanısı konulan, yoğun bakımda yapay solunum ve semptomatik tedaviye ek olarak inotropiklerle hemodinamik destek, dantrolen perfüzyonu ve bromokriptin verilen; hemodiyalizasyon uygulanan ve rekrutman manevrası yapılan 48 yaşındaki erkek hasta sunulmuştur.

Olgumuz retrospektif olarak sunulmuştur.

BULGULAR: Mayıs 2006 döneminde psikiyatri servisinde psikotik özellikli depresyon tanısı ile yatarak tedavi gören 48 yaşında erkek hastaya, kullandığı antipsikotik tedaviye (olanzepin 5 mg, mirtazepime 30 mg, klorpromazin 2x1, ketiapin 1x300 mg, biperidene laktat (akineton) 2x100 mg) bağlı olarak aynı dönem içinde NMS tanısı konulmuştur.Psikiyatri servisinde tedavi ani gelişen şuur kaybı, kusma ve aspirasyona bağlı solunum sıkıntısı ile yoğun bakıma alınmıştır.

TABLO 1: HASTAYA AİT DEMOGRAFİK VERİLER

Adı, soyadı	M.E.
Yaş, cins	48y, E
Giriş bulguları	Şuur kapalı, siyanoze,solunum sıkıntılı, yüzeyel
Tanı	Nöroleptik malign sendrom
Apache skoru	23
GKS	7
Vücut ısısı	38° C



TABLO 2: Laboratuvar parametreleri

	1.gü n	2.gü n	5.gü n	7.gü n	11.gü n	15.gü n	17.gü n	19.gü n	21.gü n
ÜRE	175	183	101	196	148	99	107	222	214
KREATİNİN	3.09	4.66	2.88	2.91	1.31	1.02	1.01	3.51	3.45
CK	3032	2338	564	104	400	120	124	120	124
CK-MB	68	64	30	27	14	16	12	13	13
ALT	106	78	38	13	21	14	13	8	8
AST	196	221	99	44	32	23	22	21	16
CRP	>20	>20	>20	18	18	>20	>20	>20	>20
KŞ	124	120	127	121	138	132	110	122	152
ALB	2.10	2.20	1.90	2.0	2.30	2.50	2.40	2.40	2.20

TABLO 3 : Hemodinamik ve kan gazı parametreleri

	1.Gü n	3.Gü n	5.Gü n	7.Gü n	11.Gü n	15.Gü n	17.Gü n	19.Gü n	21.Gü n
OAB	74	75	74	112	86	90	80	66	40
KAH	140	134	164	126	130	122	109	108	118
CVP	+7	+4	+3	+6	+5	+6	+7	+3	+1
Ateş	38 C	38 C	38 C	38 C	38 C	38 C	39 C	38 C	38 C
PH	7.23	7.32	7.33	7.35	7.42	7.44	7.27	7.25	7.009
PaO2	54.7	116	100.6	70	60.2	70	93.3	128	114.9
PaCO2	61.7	41.2	45.7	30.2	45	41	53.8	54	20.4
HCO3	25	21	21	21	23	23	25	14	5
SAT	82	98	97	93	91	94	96	95	95

Olgumuz yoğun bakımda düzenli aralıklarla akciğer grafisi, hemogram ve rutin biyokimya (2-3 kez/hafta) tetkikleri, trakeaal/ idrar/ kan kültürleri (2 kez/hafta) ile izlenmiştir. Düzenli aralıklarla nöroloji, psikiyatri, göğüs hastalıkları, dahiliye- kardiyoloji konsültasyonları yapılmıştır.

Hastaya girişinde ve 9. gününde BBT çekilmiş; 11. gününde trakeostomi açılmıştır.

Olguya başlanan tedavi aşağıdaki tabloda (tablo 4) ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

TABLO 4 : Tedavi ve yapay solunum modları

	1.Gün	3.Gün	5.Gün	7.Gün	11.Gü n	15.Gü n	17.Gü n	19.Gü	21.Gün
Yapay solunum	PCV+ peep	PCV+r ekruit man	PCV+r ekruit man	PSV+ peep	PSV+ peep	PCV	PCV+ peep	PCV +	PCV+ peep
İnotropik tedavi	Dopa min+ dobuta min	Dopa min+ dobuta min							Noradr enalin
Bromo kriptin	7.5mg/ gün	15 mg/gü n	15 mg/gü n	15 mg/gü n	15 mg/gü n	15 mg/gü n	15 mg/gü n	15 mg/gü n	15mg/g
Dantrolene	Perfüz yon 2x1	Perfüz yon 2x1	Perfüz yon 2x1	Perfüz yon 2x1	Perfüz yon 2x1				
Antibiyotikler	İmipen em 4x500 mg Metran idazol e 4x500 mg	İmipen em4x5 00mg Metran idazol e 4x500 mg	İmipen em4x5 00mg Metran idazol e 4x500 mg	İmipen em 4x500 mg Metran idazol e 4x500 mg	İmipen em 4x500 mg Metran idazol e 4x500 mg Netilmisin 1x400 mg	İmipen em 4x500 mg Metran idazol e 4x500 mg Netilmisin 1x400 mg	İmipen em 4x500 mg Metran idazol e 4x500 mg Netilmisin 1x400 mg	İmipenem 4x500mg Metranidazole 4x500mg Netilmisin 1x400mg Netilmisin 1x400mg	
TPN			+	+	+	+	+	+	+
Diğer					Esmol ol perfüz.				

TARTIŞMA : NMS, nigrostriatal yolaktaki dopaminerjik reseptörlerin blokajına bağlı olarak gelişen antipsikotik ilaçların yan etkilerinden nadir görülen biridir. Ciddi seyirli ve mortalitesi yüksek bir durumdur, akut olarak gelişir; tanı ve tedavisi zordur. NMS gelişimine yatkınlığı artıran çeşitli risk faktörleri arasında dehidratasyon, organik beyin sendromu, önceki beyin hasarları, ekstrapiramidal bozukluklar, alkolizm, demir eksikliği bazılarınıdır. Antipsikotik ilaçların yüksek dozda kullanılması, kas içi uygulamalar, depo formların kullanılması, lityum gibi ek ilaç tedavisi NMS için risk faktörlerini oluşturur.

Olgumuzda da yüksek dozda, uzun süreli, çeşitli antipsikotik kullanımının özellikle olanzepinin başlattığı NMS söz konusudur. Serviste yattığı ve şuur bozukluğu olduğu dönemde ksumaya bağlı gelişen aspirasyon pnömonisi, solunum sıkıntısı ve yetersizliği; yoğun bakımda yattığı dönemde gelişen akut böbrek yetersizliği tabloya eklenmiş, bu da mortaliteyi yükseltmiştir. Literatürde bildirildiği gibi bu tür olgularda NMS ye bağlı ölüm riski %10-30 arasında değişmekte olup, ölüm nedenleri arasında akciğer yetersizliği, böbrek yetersizliği, ritm bozuklukları, kardiyovasküler kollaps gelmektedir. Tabloya akut akciğer ve böbrek yetersizliğinin eklenmesi mortaliteyi çok arttırmaktadır. Olgumuzda aspirasyon pnömonisine bağlı akut solunum sıkıntısı ve böbrek yetersizliği gelişmiştir. ARDS tablosu iki gün süre ile uyguladığımız recruitman manevrası ile kontrol altına alınmış, radyolojik olarak tam bir düzelme sağlanmasa da FiO2 %100 den %60a azaltılmış ve yeterli oksijenasyon sağlanmıştır. Gelişen akut böbrek yetersizliği için 2. günde hemodiyalizasyon başlanmış; üre -kreatinin değerleri normal sınırlara getirilmiştir.

Hastanın yoğun bakımda takibinin 7. gününde şuur spontan göz açar, izler hale gelmiş, ancak daha sonra şuur tamamen kapanmıştır; 9. günde gelişen anizokoriye rağmen çekilen BBT de herhangi bir özellik görülmemiştir.

Olgumuzun kaybedilme nedeni multiorgan yetersizliğidir. Yoğun bakıma alındığında ağır bir tabloda olmasına rağmen uzun sayılabilecek bir süre yaşatılmış; temini ülkemiz koşulları için hala zor olan dantrolene tedavisi birinci günde başlanmış ve uygun destek tedavisi sağlanmıştır.

SONUÇ : Az rastlanmakla beraber uzun süreli ve çoklu antipsikotik kullanımının fatal sonuçlara yol açabileceği düşünülerek bu tür ilaçların endikasyonlarının çok iyi konulması ve hastaların takiplerinin yoğun bakım üniteleri ile yakın diyalog halinde yapılmasını öneriyoruz.

P - 102

YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİMİZDE İNVAZİF ALET İLİŞKİLİ HASTANE İNFEKSİYONU SÜRVEYANS SONUÇLARI

N. N. ALTINER, S. G. YURTSEVER, S. EL, S. UZUN, E. PIŞMIŞOĞLU, F. L. ÇETİN

ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ 3. İÇ HASTALIKLARI KLİNİĞİ, İZMİR

ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ MİKROBİYOLOJİ VE KLİNİK MİKROBİYOLOJİ LABORATUARI, İZMİR

ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ İNFEKSİYON HASTALIKLARI KLİNİĞİ, İZMİR

Giriş: Yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) hastaların özellikle invazif alet ilişkili hastane infeksiyonu hızları, hasta güvenliği yönünden önemli bir göstergedir. Hastane infeksiyonu tanılarında Centers for Diseases Control

(CDC)'nin kriterlerinin kullanılması ve US National Nosocomial Infections Surveillance System (NNIS)'e kayıtlı hastanelerin YBÜ'leri birleştirilmiş verileri, elde edilen sonuçların karşılaştırılabilmesini sağlar.

Amaç: YBÜ'lerimizdeki invazif alet ilişkili hastane infeksiyonu sonuçlarının NNIS ve INICC verileri ile karşılaştırılması.

Çalışmada Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinin, İnfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından CDC kriterleri kullanılarak elde edilen, YBÜ'lerinin (Anestezi, Nöroloji, Kalp Damar Cerrahisi ve Beyin Cerrahisi) invazif alet ilişkili infeksiyon sonuçları sunulmuştur. Karşılaştırmada NNIS verileri yanında, içinde Türkiye'nin de olduğu sekiz gelişmekte olan ülkenin 46 hastanesinin 55 YBÜ'nin sonuçlarından oluşan International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) verileri kullanılmıştır.

Bulgular: 2007 yılında dört YBÜ'sinde toplam 50 yatakta, 3167 hasta yatmıştır. Anestezi, Nöroloji, Kalp Damar Cerrahisi ve Beyin Cerrahisi YBÜ'lerinde sırasıyla; 0.65, 0.26, 0.32, 0.20 Ventilator kullanım oranı (Vko); 0.98, 0.83, 0.93, 0.97 Üriner Kateter kullanım oranı (ÜKko); 0.93, 0.11, 0.99, 0.44 Santral Kateter kullanım oranı (SKko) tespit edildi. Toplamda Vko 0.35, ÜKko 0.87, SKko 0.44 bulundu. Hastanemiz sonuçlarının NNIS ve INICC verileri ile karşılaştırılması Tablo I'de özetlenmiştir.

Tablo I: Hastanemiz YBÜ'lerinin invazif alet kullanım oranları ve invazif alet ilişkili hastane infeksiyonu oranlarının NNIS ve INICC verileri ile karşılaştırılması.

	AEAH	NNIS	INICC
İnvazif alet kullanım oranları:			
Vko	0.34	0.43	0.38
ÜKko	0.85	0.78	0.73
SKko	0.45	0.57	0.54
İnvazif alet ilişkili Hastane infeksiyonu oranları:			
VİP	195.3	5.4	24.1
ÜKİÜSİ	64.0	3.9	8.9
SKİKDİ	70.9	4.0	12.5

VİP: Ventilator ilişkili pnömoni, ÜKİÜSİ: Üriner kateter ilişkili üriner sistem infeksiyonu, SKİKDİ: Santral kateter ilişkili kan dolaşım infeksiyonu

Sonuç: Dört YBÜ toplamında Vko INICC'ye daha yakın, ÜKko her ikisinden de yüksek, SKko ise her ikisinden de düşük olduğu görülmüştür. invazif alet ilişkili hastane infeksiyonu oranları her iki veriye göre çok yüksek olmasına rağmen INICC'ye daha yakındır. YBÜ'lerinin arasında da çok büyük farklar olduğu gözlemlendi. Sonuç olarak, benzer şartlara sahip ülkeler ve hastanelerden elde edilecek verilerin hedef belirleme ve karşılaştırmada daha faydalı olacağı ve hastanemiz sonuçlarını iyileştirmek için acil çözüm üretilmesi gerektiği ortaya konmuştur.

P - 103

PERKUTAN NEFROLİTOTOMİ SIRASINDA GELİŞEN HEMOTORAKSA BAĞLI BİR AKUT SOLUNUM YETMEZLİĞİ TABLOSU: OLGU SUNUMU

P. ERGENOĞLU, Ş. AKIN, T. EĞİLMEZ, A.FINDIKÇIOĞLU, A. ARİBOĞAN

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ANABİLİM DALI

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GÖĞÜS CERRAHİSİ ANABİLİM DALI

Amaç: Bu olgu sunumuzda subkostal erişimle perkutan nefrolitotomi gerçekleştirilen hastada postoperatif dönemde ortaya çıkan akut solunum yetmezliğinin tanısında ortaya konan hemotoraks tablosunu sık rastlanmayan bir komplikasyon olarak sunmayı amaçladık.

Yöntem: Preoperatif değerlendirmede sistemik problem saptanmayan 54 yaşında erkek hastanın akciğer grafiğinde her iki parankim açık ve yeterli derecede ventile idi. Preoperatif dönemde subkostal erişimle nefrostomi açılan hastanın operasyon sabahı çekilen ayakta boş batin grafiğinde de her iki akciğer sahasının açıklığı net olarak izlenmekte idi.

Genel anestezi koşullarında operasyona alınan hasta yeterli ventilasyon koşullarında yüzüstü pozisyona çevrilerek sağ böbreğe perkutan nefrolitotomi uygulandı. Problemsiz seyreden cerrahi sonrasında ekstübe edilen hastada aniden periferik oksijen saturasyonunda düşüş ($SpO_2 < \% 85$) ve solunum yetmezliği saptandı. Tekrar entübe edilen hastanın çekilen akciğer grafiğinde sağ akciğer parankiminde havalanma azlığı/ yokluğu mevcuttu. Öncelikle total atelektazi düşünülerek müdahale edildi ancak ciddi sekresyon saptanmazken arteriyel kan gazındaki hipoksi tablosunda iyileşme saptanmadı. Bu aşamada plevra yaralanmasına bağlı hemotoraks riski değerlendirildi ve torasentez ile kanlı plevra sıvısı aspire edildi. Hemotoraks tanısı alan hastaya hemen toraks dreni konuldu ve yaklaşık 2000 ml kanlı sıvı boşaltıldı. Bu sırada alınan arteriyel kan gazında hipoksi bulgusu ortadan kalkarken hematokrit değerinin de düştüğü belirlendi. Cerrahi yoğun bakım ünitesine alınan hastanın çekilen ilk akciğer grafiğinde belirgin iyileşme mevcuttu. Mekanik ventilasyon uygulamasına akciğerler tam ekspansiyon ve arteriyel kan gazları normal oluncaya kadar devam edilen hastaya 2 ünite eritrosit süspansiyonu da transfüze edildi. 24 saat sonra hematokrit değeri %26'dan %32'ye yükselen hasta koopere ve spontan solunum eforu yeterli olarak üroloji kliniğine devredildi.

Perkutan nefrolitotomide plevra yaralanmalarına bağlı hemotoraks riski sık olmamakla beraber genelde suprakostal erişimlerde izlenmektedir.

Bizim olgu sunumuzda subkostal erişim ile perkutan nefrostomi açılmasına rağmen postoperatif dönemde aniden ortaya çıkan hemotoraks tablosu hayati bir karmaşa olarak değerlendirilmiştir. Sonuç olarak perkutan nefrolitotomi sırasında oluşan akut solunum yetmezliği durumunda hemotoraks olasılığının öncelikle araştırılması gerektiğini vurgulamak isteriz.



P - 104

YOĞUN BAKIMDA SVO AYIRICI TANISINDA "SANTRAL PONTİN MYELİNİLOZİS" (CPM)

B. ÇEKİÇ, Ş. GEZE, H. ULUSOY, C. ARDUÇ, SEMİH
GÜL, ENGİN ERTÜRK, İBRAHİM ÖZEN

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ, TIP FAK.
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON AD. TRABZON

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ, TIP FAK. NEFROLOJİ
BD. TRABZON

Amaç: Hiponatremi, klinikte en sık karşılaşılan elektrolit bozukluğudur. Ciddi hiponatremide $Na^+ \leq 125$ mmol/L'dir ve $Na^+ \leq 110$ mmol/L olduğunda serebral ödem ve hiponatremik ensefelopatiye neden olmaktadır. Hiponatreminin hızla (>10 mmol/L/gün) düzeltilmesi beyin myelinizasyonuna neden olabilir. Burada SVO ön tanılı olguda; ciddi hiponatremi ve beyin ödemi sonrası hızla düzeltilen hiponatremiye bağlı "santral pontin ve ekstra pontin myelinilozis" ayırıcı tanı açısından sunulmuştur.

OLGU: Ani şuur bozukluğu, hipertansif atak ve beyin ödemi ile uyumlu BT saptanan 65 yaşında kadın hasta fakültemiz acil servisine sevk edilmişti. Gelişte genel durumu kötü, bilinç kapalı, GKP 5, TA:182/92 mmHg, Nb:86/dk, Ateş 36C olup, kontrol BT normal olarak değerlendirildi. Entübe edilip MV desteğiyle anestezi YBÜ'ne alındı. (Tablo 1 Lab. verileri)

Özgeçmişinde Tip II DM ve hipertansiyon hastalığı olan hastanın SVO ön tanısıyla takip ve tedavisi başlatıldı. Öyküsünde 2 hafta önce pnömoni nedeniyle yatarak tedavi aldığı, bu dönemde ciddi gastroenterit nedeniyle elektrolit imbalansı geliştiği kan Na^+ değerinin 86 mmol/L olduğu, hızlı replasman ile Na^+ değerinin 24. saatte normal fizyolojik değere ulaştığı, GKS < 8 altına indiği öğrenildi.

YBÜ kabul edildiğinde hasta hemodinamik olarak stabildi. Elektrolit, asit baz dengesizliği bulunmayan hastanın hızlı Na^+ replasman tedavisine bağlı santral pontin myelinilozis (CPM) olası tanısı düşünüldü. Buna yönelik nörolojik ve radyolojik incelemeler (EEG ve MR) yapıldı. Yatışının ikinci günü beyin MR görüntülemesi nonoklizif hipoksik, hipotansif infarkla uyumluydu, CPM lehine bulgu yoktu. 3. haftada tekrarlanan beyin MR'da santral pontin ve ekstra pontin myelinilozis tespit edildi. Hastanın koma puanında düzelme olmadı. EEG'sinde ileri derecede nörolojik sekel bulundu. Bakım hastası olarak destek tedavisi planlandı.

Bulgular:

	Na	Cl	Glukoz	İdrar keton
Gelişten 2 gün önce	86	51	223	Negatif
Gelişten 1 gün önce	137	106	87	Negatif
Geliş	142	110	90	Negatif
YBÜ	142	110	100	Negatif

Sonuç: Myelinilozis, hiponatreminin hızla düzeltilmesi sonucu oluşan nörolojik sekeldir.

Yoğunbakımda takip ve tedavisi gereken düşük koma puanı olan SVO ön tanılı hastalarda öyküsel ve radyolojik kanıtlar her zaman örtüşmeyebilir. CPM olası tanısının teyidi 3. ve 4. haftadan sonra MR görüntüleriyle mümkündür. Bu olguda da kesin tanı ancak geç dönemde konulabilmiştir.

P - 105

SPONTAN SPLENİK VEN RÜPTÜRÜ OLAN HASTADA YOĞUN BAKIM DESTEĞİ

ŞÜKRAN GEZE, BAHANUR ÇEKİÇ, HÜLYA ULUSOY,
ENGİN ERTÜRK, EBUBEKİR ESEN, CEVAHİR ARDUÇ,
İLKER COŞKUN

KTU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon

GİRİŞ : Spontan splenik ven rüptürü gebelerde daha sık olmakla beraber nadir görülen ve mortalitesi yüksek bir durumdur. Karın ağrısı ile başvuran hastalarda retroperitoneal hemorajilerin ayırıcı tanısında splenik ven rüptürü yer almakta ve erken cerrahi tedavi hayat kurtarıcı olmaktadır. Bizde acil servise karın ağrısıyla başvuran, herhangi bir travma öyküsü olmayan splenik hematom vakasında postoperatif yoğun bakım destek tedavisini sunmak istedik.

OLGU: 34 yaşında kadın hasta karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvurmuş. Sistemik hastalığı ve travma, enfeksiyon öyküsü olmayan hastanın fizik muayenesinde batında yaygın hassasiyet, defans ve distansiyonu saptanmış. USG de batında serbest sıvı ve hematom izlenmiş. Tüm batin tomografisinde dalakta multiple hipodens enfarkt alanları görüntülenmiş. Genel durumu kötüleşen hasta acil olarak operasyona alındı. Intraoperatif splenik vende rüptür saptanan hastaya total splenektomi ve majör damar ligasyonu yapıldı. Postoperatif takiplerinde solunum sıkıntısı gelişen hasta oksijenizasyonunun bozulması üzerine yoğun bakımda mekanik ventilatör destek tedavisine alındı. ARDS gelişen 21 günlük yoğun bakım destek tedavisi sonrası genel durumu düzelen hasta ekstübe edilerek servise gönderildi.

SONUÇ : Spontan splenik ven rüptürü nadir olarak görülsede mortalitesi yüksektir. Erken cerrahi müdahale ve postoperatif yoğun bakım desteği ile bu grup hastada mortalitenin azaltılabileceği görülmüştür.

P - 106

ÜNİVERSİTE EĞİTİM HASTANESİNDE ARAŞTIRMA GÖREVLİLERİNİN SEPSİS HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN ARAŞTIRILMASI

M. T. İNAL, D. MEMİŞ, N. SÜT

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ANESTEZİYOLOJİ VE
REANİMASYON AD

Amaç: Günümüzde sepsis, mortalitenin ve morbiditenin en önemli nedenidir. Sepsis tanısı konulması amacıyla tanı kriterleri yayınlanmış ve erken tanı ve etkin tedavi için tanı kriterlerinin bilinmesi gerekmektedir. Bu çalışma ile acil, cerrahi ve dahiliye yoğun bakım ünitelerinde çalışan araştırmacıların sepsis hakkındaki bilgi düzeylerinin araştırılması amaçlanmaktadır.

Yöntem: Bu çalışma Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesine Hastanesinde acil, cerrahi ve dahiliye yoğun bakım ünitelerinde çalışan, 100 adet araştırma görevlisine uygulanmıştır. Çalışmaya katılan tüm araştırma görevlilerinden sepsis konulu anket doldurmaları istenmiştir

Bulgular: Çalışmaya katılan 100 araştırma görevlisinden % 74'ü sepsisin hastanede ölümlerin en önemli nedeni olduğunu, % 93'ü sepsis tedavisinin yoğun bakımda yapılması gerektiğini belirtmişlerdir. Sepsisin ülke sağlık sisteminin en önemli yükü olduğunu belirten araştırma görevlisi oranı % 56 olarak belirtilmiştir. Sepsis tedavisi ve komplikasyonları hakkında bilgili olan araştırma görevlileri %27, biraz bilgisi olanlar % 73 ü oluşturmaktadır.% 85 araştırma görevlisi sepsis belirtilerinin kolaylıkla diğer belirtilerle karışabileceğini belirtirken, sepsisin net tanımının olmaması dolayısıyla sepsis tanısında gecikmeler olduğunu belirten araştırma görevlisi oranı % 61 bulunmuştur..

Sonuç: Sepsiste erken tanı ve etkin tedavi mortaliteyi ve morbiditeyi azaltan en önemli faktördür. Erken tanı ve etkin tedavi için araştırma görevlileri sepsis konusunda sürekli eğitilmelidir. Bu eğitim neticesinde mortalitede ve sağlık sistemi harcamalarında önemli azalmalar olacağını düşünmekteyiz.

P - 107

AZYGOS VEN TROMBOZUNA BAĞLI BİLATERAL ŞİLOTORAKS OLGUSU

E. ÖZER, HASAN KUTLUK PAMPAL, BÜLENT BAKAR, ŞABAN YALÇIN

MESA HASTANESİ

Nontravmatik şilotoraksa yol açan nedenler arasında, travma dışı nedenler %30-50 oranındadır. Olguların pek çoğunda filariasis, amiloidozis, lenfanjiomatozis, tüberküloz, hepatik siroz, jugulosubklavian bileşkede trombozis ve sarkoidozisin sorumlu olduğu bildirilmiştir (1). Azygos ven trombozuna bağlı bilateral şilotoraks olgumuzu sunmayı amaçladık.

38 yaşında bayan hasta baziller arter anevrizması nedeni ile endovasküler embolizasyon tedavisi sonrasında yoğun bakıma alındı. Özgeçmişinde hipertansiyonu bulunan hastanın travma öyküsü bulunmuyordu. Fizik muayenesinde, her iki akciğer alt zonlarında solunum sesleri azalmıştı. Nörolojik muayenesinde uykuya meyilli olan, ajitasyon ve konfüzyonu gelişen hasta mekanik ventilasyon desteğine alındı. Laboratuvar bulgularında, D-dimer'ı 11.62 µg/mL, faktör VIII %170 (%50-150), faktör IX %162 (%50-150) ve anti faktör Xa 0.18 u/mL (0.4-1.1) idi. Akciğer grafisinde, bilateral kostofrenik sinüsler künt, diafragma kontürü düzensiz olarak izlendi. Toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) plevral sıvı dışında patolojik lezyon izlenmedi. Plevra ponksiyon sıvısı süt görünümünde olup yapılan analizinde, şeker 100 mg/dL, trigliserid 3534 mg/dL, kolesterol 32 mg/dL bulundu. Plevral sıvı yaymasında bol makrofaq, mezotel hücresi, lenfosit izlendi. Plevra sıvı kültüründe üreme saptanmadı. Toraks

manyetik rezonans görüntülemesinde, azygos ven trasesi görülemedi. Batın US, BT ve ösefagogastroduodenoskopi ile malignensi şüphesi ekarte edildi. Şilotoraksı rekürrens gösteren hastanın daha sonraki plevra sıvı kültürlerinde *Acinetobacter Baumannii* üredi. Hastaya üçlü antibiyotik tedavi başlandı. Şilotoraksa yönelik sandostatin tedavisi alan hastanın şilotoraksı bir hafta sonunda düzeldi.

Sonuç: Azygos ven trombozisine bağlı olduğu düşünülen bilateral şilotoraks çok nadirdir ve literatürde bu konu ile ilgili olgu sunumuna rastlanmamıştır. Nontravmatik şilotoraks nadir gelişen, ancak tanısı zor konabilen klinik bir tablodur. Hayati komplikasyonlara yol açabileceğinden konservatif medikal tedaviye derhal başlanmalı ve 10 gün içinde konservatif tedaviye cevap alınamayan olgularda komplikasyon riski artacağından cerrahi tedavi planlanmalıdır. Nontravmatik şilotoraks etyolojisinde nadiren de olsa azygos ven trombozisinin endovasküler anevrizma embolizasyonu sonrasında düşünülmesi gerektiği kanaatine varıldı

Kaynaklar:

- 1- Tabak L. Şilotoraks pseudoşilotoraks. In:Gözü O, Köktürk o;eds.Plevra hastalıkları. Toraks Kitapları.Sayı 2.2003:285-94.

P - 108

ÜST SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONU SONRASI GELİŞEN NEISSERIA SUBFLAVA PNÖMONİSİ

E. ÖZER, H. K. PAMPAL, S. BILGIN, N. NUMANOĞLU

MESA HASTANESİ

Amaç: Neisseria Subflava, nazofarinks ve solunum mukozasının florasındaki nonpatojen gram negatif diplokoktur. Bu olgumuzda, levofloksasin tedavine direnç gösteren *N. Subflava* pnömonisine yaklaşımımızı sunmayı amaçladık.

Bir ay önce laparoskopik kolesistektomi geçiren ve bir hafta öncesine ait akut solunum yolu enfeksiyonu öyküsü olan 30 yaşında erkek hasta, solunum sıkıntısı ve geçmeyen sırt ağrısı şikayeti ile acil servisimize başvurdu. Fizik muayenesi normaldi. Laboratuvarında patolojik bulgu olarak D-dimer >20µg/mL, protein C aktivitesi %54 ve CRP:184 mg/L idi. Hastanın pulmoner bilgisayarlı tomografik (BT) anjiyografisinde her iki pulmoner arter ve dallarında multipl tromboemboliler ve her iki akciğer bazal segmentlerinde emboliye bağlı alveolar dansite artışları saptandı. Pulmoner emboli düşünülerek düşük molekül ağırlıklı heparin ile tedavisine başlandı. Ateşi yükselen hastanın kültürleri alındıktan sonra konservatif olarak imipenem ve levofloksasin başlandı. Tedaviye yanıt alınmayan hastanın bronkoskopi sonrası bronkoalveolar lavaj (BAL) kültüründe *Neisseria subflava* üredi. Antibiyogram sonucunda patojen suşun levofloksasine dirençli olduğu tespit edildi. Bunun üzerine, levofloksasin kesilerek sefaperozon+sulbaktam tedavisine geçildi. Klinik olarak düzelmeye gösteren hastaya antikoagülan tedavi başlanarak taburcu edildi.

Sonuç: *Neisseria subflava*, nadir görülen oppurtinistik bir patojendir, çoğunlukla endokardit, bakteriyemi, menenjit,



septik artrit, endoftalmit ve septisemi ile seyrederek. Bu organizmanın dolaşıma orofarinks yolu ile geçtiği kabul edilmektedir, çünkü organizma üst solunum yolu florasının bir komponentidir. Literatürde bildirilen olgularda, *N.subflava* invazyonunun 6'sının akut üst solunum yolu enfeksiyonu ve 2'nin dış absesi, ve bir olgunun da mukozit sonrasında enfeksiyona yol açtığı saptanmıştır (1-2).

Yoğun bakımlarda pnömoni gelişen olgularda nonspesifik etken izolasyonunda antibiyotik sensitivite sonuçları ve bronkoskopinin tedaviyi yönlendirmede önemli olduğu kanaatine varıldı.

Kaynaklar:

- 1- Domingo P, Coll P, Maoto P, Verger G, Prats G. *Neisseria subflava* bacteremia in neutropenic patient. *Arch Intern Med.* 1996;156:1764-1765.
- 2- Demmler GJ, Couch RS, Taber LJ. *Neisseria subflava* bacteremia and meningitis in a child. Report of a case and review of the literature. *Pediatr Infect Dis.* 1985;4:286-288.

P - 109

HNH REANİMASYON KLİNİĞİ 2004-2008 DONÖR ADAYLARI

G. YÜKSEL, F. ORMANCI, G. TURAN, A.ÖZGÜLTEKİN,
S. GÜLLE, T. ÖZGEZER

HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ,
II. ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ
ORGAN TRANSPLANTASYON KOMİTESİ

Amaç: Birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de donör ihtiyacı beyin ölümü gelişmiş kişilerden sağlanmaktadır. Beyin ölümünün tespit edilerek, organ bağışının sağlanması önemli bir basamaktır. Beyin ölümünün geliştiği ve takip edildiği üniteler olan reanimasyon üniteleri bu konuda önem taşımaktadır. Hastanemizde Organ Transplantasyon Koordinasyon Komitesi bulunmakta ve organizasyon bu komite tarafından yapılmaktadır.

Bu çalışmada; Haydarpaşa Numune Hastanesi Organ Transplantasyon Koordinasyon Komitesi tarafından kliniğimiz bünyesinde 2004-2008 tarihleri arasında izlenen 169 donör aday hasta sunuldu.

Bulgular:

	2004	2005	2006	2007
Donör aday sayısı	40	44	43	42
Yaş (Yıl)	35.9 ± 11.2	46.1 ± 12.3	46.6 ± 20.8	44.6 ± 18.5
Cins (K/E)	15/25	19 / 25	18 / 25	15 / 27
Beyin Ölümü gelişen hasta	18	7	12	10
Organ bağışı yapan hasta sayısı	6	1	4	3
Donör sayısı	5	1	4	3
Nakledilen Böbrek sayısı	10	-	6	4
Nakledilen Karaciğer sayısı	5	1	4	4
Nakledilen Akciğer sayısı	1	-	-	-
Nakledilen Kalp sayısı	3	-	1	1
Nakledilen Kornea sayısı	4	6	8	6

Sonuç: Aile izni alınamamasında etkili olan nedenler; bu konudaki eğitimin az olması, beyin ölümü gerçekleştiğine ve alınan beyin ölümü kararına inanmama, dolayısıyla yaşam beklentisinin devamı, duygusal nedenler olarak tanımlanabilir.

4 yıl içinde 2005 yılında organ bağış oranında düşme görülmesi, organ bağışı konusunun sürekli gündemde tutulması, sürekli eğitim çalışmalarının devam ettirilmesi, tıp mensupları ve halkın bu konuda bilgilendirilmesinin gerekliliğini göstermektedir.

Kaynaklar:

- 1- *Dominquez-Roldan JM, Barrera-Chacon JM. Transp. Coordinators Org. 1999; (2): No 2.*

P - 110

SEPTİK ŞOKTA KETAMİN İNFÜZYONUNUN HEMODİNAMİK STABİLİTEYE ETKİSİ

E. ÖZER, HASAN KUTLUK PAMPAL, SELÇUK BİLGİN

ÖZEL MESA HASTANESİ

Amaç: Yoğun bakım hastalarında stres cevabı azaltmak için sedoanaljeziye ihtiyaç olmaktadır. Sistemik İnflamatuvar yanıt sendromunda, çoklu organ yetmezliğine bağlı patofizyolojik durumlarda etkili bir sedoanaljezi gerekmektedir. Olgumuzda uzun süreli ketamin infüzyonunun septik şoktaki hastada halen en etkili sedoanaljezi yöntemi olarak kullanılabileceği irdelenmektedir.

Öyküsünde kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve konjestif kalp yetmezliği bulunan 74 yaşındaki bayan hasta pulmoner ödem, pnömoni ve akut böbrek yetmezliği nedeni ile yoğun bakıma alındı. Glasgow koma skoru 12, APACHE II 47 olan hastanın akciğer grafisinde bilateral yaygın diffüz infiltrasyonu mevcuttu. EKG'de atrial fibrilasyonu ve sol ventrikül hipertrofisi bulguları vardı. Kreatin klirensi 25 ml/dk/gün olan hastanın laboratuvar bulgularında hiponatremi,hipokalemi, hipoalbuminemi ve karaciğer enzimlerinde yüksekliği saptandı. Kan kültürlerinde Vankomisin rezistan enterokok, pseudomonas aureginosa, klebsiella ve E.Coli izole edildi. Hipotansiyon (75/40 mmHg), taşikardi (120 atım/dk) ve oligüri (500 mL/24 saat) olan hastaya vasopressör (dopamin,dobutamin ve adrenalin) tedavi başlandı. 48 sonunda arteriyel kan gazında asidozu gelişen ve bilinci bulanıklaşan hastanın entübasyon gerekliliği oldu. Hastaya 20 mg etomidat ve 0.1 mg/kg-1 vekuronyum bromide verilmesi sağlanarak mekanik ventilasyon desteği sağlandı. 1.5 mg/kg/saat ketamin infüzyonu ile 72 saat boyunca sedasyonun devamlılığı sağlandı. Uzun süreli ketamin infüzyonu sırasında vazopressör dozu %30 oranında azaltılabildi. Ne yazık ki, olgumuz bu sürenin sonunda çoklu organ yetmezliğine sekonder kalp ve böbrek yetmezliği nedeni ile arrest oldu.

Sonuç: Septik şok, endotoksemi ile yoğun tedavi alan hastalardaki en sık sorun olup, çoğunlukla derin hipotansiyon, progresif metabolik asidoz ve çoklu organ yetmezliği ile sonlanmaktadır.Yoğun bakımda sepsisle tedavi edilen hastalarda sedoanaljeziye sıklıkla gerek olmaktadır. Ketaminin sepsisli hastalarda pulmoner

hipertansiyon ve ekstremitasyon azaltarak hemodinamik stabilite sağladığı yapılan hayvan çalışmalarında gösterilmiştir (1). Yine, ketaminin hipoksik dokularda daha az zarara yol açtığı da saptanmıştır. Bizde olgumuzda ketaminin septik şoktaki hastalarda, sedasyonla birlikte vazopressor cevabı azaltarak etkili bir hemodinamik stabilite sağladığı kanaatindeyiz.

Kaynaklar:

- 1- Taniguchi T, Shibata K, Yamamoto K. Ketamine anesthesia in a patient with septic shock. *Anesthesiology* 2001;95: 928-932.

P - 111

SUISIT AMAÇLI KARBAMAZEPINE INTOKSİKASYONU: OLGU SUNUMU

M. E. KAPLAN, M. ÜNSEL, N. CENGİZ

BİNGÖL DEVLET HASTANESİ
TAKSİM EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Giriş: Suisit amaçlı antikonvülzan zehirlenmeleri yoğun bakımda önemli bir sorundur.

Olgu Sunumu: 21 yaşında, 75 kg. ağırlığında erkek hasta, 200 mg.lık karbamazepin preparatlarından 18 adet içtikten beş saat sonra hastanemize getirildi. Solunumu deprese ve düzensiz, TA:95/45 mmHg, KTA124/dk EKG' de sinus taşikardisi olan hastanın bilinci bulanık, konuşma, görme ve duyu durum bozukluğu mevcuttu. Kan gazı hastanemizde olmadığı için değerlendirilemedi. Aktif kömür verilerek dekontaminasyon sağlanan hasta yoğun bakıma alındı. Monitörize edilen hastaya 5000 ml/gün sıvı infüzyonu, furosemid ile zorlu diürez, ranitidin amp., metoclopramide HCl amp, lactuloz şurup, 0.1mg/sa midazolam infüzyonu başlandı. 4 saat sonra aktif kömür uygulaması tekrarlandı. Karbamazepine kan seviyesi 28,7µg/ml ölçüldü.

Biyokimya sonuçları;

	1.gün	2.gün	5.gün
Htc	44,5	44,8	43,3
Hb	16,2	15,3	15,5
RBC	5	5,08	4,9
WBC	12,5	13,7	6,5
Plt	440	327	372
Glikoz	94	84	98
Üre	12	12	9
Kreatinin	0,8	0,8	1
AST	23	19	20
ALT	13	20	16
Sodyum	136	139	143
Potasyum	4	3,6	4,3
Kalsiyum	8,2	8,6	9,3
Karbamazepin serum düzeyi	28,7		2,13
4 - 12 µg/ml			

İkinci gün konuşma ve duyu durumunda düzelme ancak görme bozukluğunun devam ettiği görüldü. Beşinci gün hastanın şuuru açık, koopere, fizik muayenesi normaldi. Karbamazepine:2.13 µg/ml, psikiyatri konsültasyonunda, hastaya uyum bozukluğu, öfke kontrol güçlüğü tanıları konularak psikiyatri servisine sevk edildi. 20 gün psikiyatri servisinde kalan hasta taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç: Karbamazepin antiepileptik bir ilaçtır. Parsiyal ve generalize tonik-klonik epilepsi nöbetlerinde kullanılır. Tedavi dozlarında kan seviyesinin 4-12 µg/ml olması istenir. Antidodu yoktur. Toksik etkiler nörolojik anomaliler(Ataksi, nöbetler, koma), kardiorespiratuar sistem(Disritmi, respiratuar depresyon) ve nistagmus, oftalmopleji gibi göz anomalileridir.

Tedavide semptomatik yaklaşımlar. Mide lavajı, solunum desteği, hipotansiyonla mücadele (Sıvı replasmanı, vazopresörler), forse diürez gerekirse hemodializ yapılır. Bizim vakamızda da kardiyovaskuler, respiratuar, nörolojik ve göz bozukluklarının hepsi görülmüş olup, kısıtlı imkanlardaki olsa iyi bir ekip çalışmasıyla hastanın hayatı kurtarılmıştır.

P - 112

TANI GÜÇLÜĞÜ YAŞANAN BİR AKUT SOLUNUM YETMEZLİĞİ OLGUSU

B. ÇEVİK, S. ÇOLAKOĞLU, A. ÇİZEN, G. FIDAN, A. AK, E. BOMBACI

DR. LÜTFİ KIRDAR KARTAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, II. ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ, İSTANBUL

Amaç: Akut solunum yetmezliği, tanıma ve tanımlanan hasta grubuna göre değişkenlik gösterse de yoğun bakıma kabul edilen hastalarda en sık yatış nedenleri arasındadır (1). Mortalite, altta yatan nedene göre farklılıklar göstermekle birlikte %40-65 gibi yüksek oranlarda bildirilmektedir (2). Bulguların çeşitliliği, bazı durumlarda tanı konmasını güçleştirmektedir.

Olgu: Dört aydır yan ağrısı şikayetleri olan 49 yaşında erkek hasta, nefes darlığı, halsizlik ve ateş şikayetleri ile acil servise başvurmuş. Postero-anterior (PA) akciğer röntgenogramında sağ akciğerde görüntülenen yaygın non-homojen dansite artışı nedeniyle Göğüs Hastalıkları servisine yatırılmış ve toplum kökenli bir enfeksiyona bağlı olabileceği düşünülerek ampirik antibiyotik başlanmış. Genel durumunun bozulması ve nefes darlığı şikayetlerinin artması üzerine entübe edilerek yoğun bakım şartlarında tetkik ve tedavi amacıyla yatırıldı (APACHE II:17). Alınan arteriyel kan gazında pH: 7.12, PaCO₂:122 mmHg, PaO₂: 43 mmHg; HCO₃: 39.7 mmol/L, SpO₂: %60.2 olarak ölçüldü. Biyokimyasal tetkiklerinde lökositoz (12300/mm³) ve hipoalbuminemi (2.3 g/dl) dışında bir patoloji saptanmadı. Özgeçmişinde 30 paket/yıl sigara öyküsü mevcuttu. Hastaya mekanik ventilasyon, sedasyon, bronkodilatör tedavi ve yoğun bakım destek tedavileri başlandı. Oskültasyonda, sağ tarafta belirgin olmak üzere inspiratuar ve ekspiratuar ronküsleri vardı. İleri tetkik amaçlı çekilen toraks BT'de pnömonik konsolidasyon, sağ akciğerde plevral effüzyon, sağ



akciğer üst lobta düzensiz kaviter lezyon, destrüktif değişiklikler ve lenf nodları akciğer kaviter tümörü açısından anlamlı olarak değerlendirildi. Torasentez ile sağ akciğerden alınan serohemorajik sıvının sitolojik incelemesinde bir özellik saptanmadı. Endotrakeal entübasyonun uzaması üzerine trakeotomi açıldı ve mekanik ventilasyona devam edildi. Aside dirençli mikroorganizma (ARB) için alınan örnekte ve balgam yaymasında bir patoloji görülmedi. Yapılan fleksible fiberoptik bronkoskopide sağ ana bronşun açık olduğu izlendi ancak sağ akciğer üst lobun mukozal infiltrasyonla tamamen tıkalı olması, orta ve alt lob ağzlarının ödemli ve konsantrik şekilde daralması nedeniyle ileri görüntüleme yapılamadı. Alınan bronş biyopsisi ve bronş lavajı örneklerinde malignite lehine histopatolojik bulgu elde edilemedi. Günlük PA akciğer röntgenogramlarında, sağ akciğerdeki infiltrasyonda belirgin bir değişiklik saptanmadı ve tekrarlanan ARB'de sonuç yine negatif bulundu. Antibiyoterapiye kültür sonuçlarına göre düzenlenerek devam edildi. Şuur durumundaki değişikliklerin değerlendirilmesi amacıyla çekilen kranial BT'de metastatik bulgulara rastlanmadı. İkinci kez çekilen kontrastsız toraks BT'de (kademeli olarak artan üre değerleri ve bozulan klinik durum nedeniyle IV kontrast verilmedi) sağ akciğerdeki lezyonda belirgin artış olduğu, yaygın konsolidasyon nedeniyle postobstrüktif pnömoni ya da akciğer tümörü ayrımı yapılamadığı, yaygın nodüllerin interstisyel infiltrasyon alanını yoksa metastatik nodüller olup olmadığı anlaşılamadı. Hastanın yatışının 60.günde gövdenin üst kısmı ile üst ekstremitelerdeki yaygın ödem ve göğüs ön duvarındaki yaygın venöz kollateraller, vena cava superior sendromu olarak değerlendirildi. Olgumuzda akciğer kanseri tanısı ağırlık kazandı ancak genel durumu elverişli olmadığından radyoterapi ve kemoterapi uygulanamadı. Hasta klinik durumunun giderek bozulması nedeniyle yatışının 68.gününde kaybedildi.

Sonuç: Akciğer kanserleri genellikle doğal seyirlerinin sonlarında tanı alırlar ve ilk bulgular öksürük, dispne, halsizlik gibi atipik bulgulardır(3). Atipik semptomlarla yatırılan ancak çok hızlı bir seyir gösteren olgumuz, yoğun bakımların etkili kullanılmasında hızlı klinik tanıya ulaşmanın ve tedaviyi planlamanın önemini vurgulamak açısından sunulmuştur.

P - 113

YOĞUN BAKIM SONRASI VENTİLATÖR DESTEĞİ: 6 OLGU SUNUMU

F. ORMANCI, G. YÜKSEL, S. BATAN, G. TURAN, A. ÖZGÜLTEKİN

HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, II. ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ

Amaç: Sürekli mekanik ventilasyon desteği gereken hastaların evde bakımı artmaktadır. Kliniğimizde son 2 yılda çeşitli nedenlerle tedavi edilen farklı sosyal güvence kapsamındaki hastaların mekanik ventilatörle eve çıkış prosedürlerini paylaşmak istedik.

Olgular: Altı hastamızın tanıları, yoğun bakımda kalış süreleri, kurumları, ventilatör ve diğer malzemelerin temini için geçen süreler tabloda verilmiştir.

Olgu	Yaş	Cins	Tanı	Yoğun Bakımda Kalış Süresi	Kurumu	İşlem tamamlanma süresi
1	21	E	Duyusal motor polinöropati	10 yıl	Yeşil kart	2 yıl
2	23	E	C2-C3 vertebra fraktürü	2 ay	SSK	15 gün
3	22	E	Nörofibromatozis	3 yıl	Yeşil kart	6 ay
4	72	E	KOAH	4 ay	Bağkur	2 ay
5	69	K	KOAH	2 ay	SSK	20 gün
6	57	E	Spinal kaslar atrofi	45 gün	SSK	15 gün

SSK'lı hastalar ev tipi ventilatör, aspiratör, pozisyon ayarlı yatak ve güç kaynağı temininde güçlük karşılaşılmadan işlemleri hızla tamamlanarak 2 ayda evlerine çıkabilmişlerdir.

Bağkurulu hastamızın işlemleri 2 ayda tamamlanmış, işleyişin kısa sürmesinde hastanın ailesinin isteği ve sosyo-kültürel düzeyinin yüksek olmasının payı büyüktür.

1.olgumuz 10 yılı; çok fonksiyonlu ventilatörlerle takibi nedeniyle ev tipi ventilatörlere uyum sağlayamamış, tetikleme hassasiyeti yüksek ev tipi ventilatöre uyumu sağlandıktan sonra, diğer yeşil kartlı hastamız gibi işlemlerin zorluğu nedeniyle ventilatör ve malzemelerin temini uzun bir süreç almıştır. Sürecin uzamasında sosyal güvenlik kurumunun yanı sıra hasta yakınlarının sosyo-kültürel düzeyinin düşük olması ve isteksiz olmalarının payı vardır. Ev ventilatörleri ve malzemeleri yeşil karttan ve kaymakamlık kurumundan temin edilememiş, çeşitli yardım kuruluşlarından uzun süreli yazışmalar ile temini yoluna gidilmiş ve hastalarımız 6 ay ve 2 yıl sonra evlerine taburcu edilebilmişlerdir.

Sonuç: Uzun süreli mekanik ventilasyon ihtiyacı olan hastaların ev tipi ventilatör ile evlerinde bakımlarının sağlanması yoğun bakım yataklarının etkin kullanımı açısından önemlidir. Ventilatörlerin temininde sosyal güvenlik kurumlarının yapısı önem kazanmakta, SSK ve Emekli Sandığı için bu süreç daha kolay ve kısa iken; bağkurda zorluklarla karşılaşılmakta; yeşil kartta imkansız olmaktadır.

P - 114

HİPEREOZİNOFİLİK SENDROM OLGUSU

Ü. Y. TEKELİOĞLU, S. SERİN, G. KİTER, H. SUNGURTEKİN

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ

Amaç: Hipereozinofilik sendrom (HES), eozinofil infiltrasyonuna bağlı olarak gelişen bir veya daha fazla organ sistem disfonksiyonu ile karakterize bir tablodur. Hipereozinofilik sendrom bilinen bir neden olmaksızın uzamış periferik kan eozinofilisi ile karakterize

heterojen bir hastalık grubunu temsil etmektedir. Herhangi bir organ sistemini tutabilmeyle beraber kardiyovasküler sistem, sinir sistemi ve hematopoetik sistem tutulumu tipiktir

Hemen hemen tüm organ ve dokuların tutulabildiği HES'de akciğer tutulumu olguların yaklaşık yarısında vardır. Solunum sistemi %40-60, sinir sistemi %40-60, kardiyovasküler sistem %50, deri ve gastrointestinal sistem %25-56, böbrek tutulumu %10-20 oranında tutulmaktadır.

Bu sunumda nadir görülen ve akciğer tutulumu agresif ilerleyen bir HES olgusunun literatür eşliğinde tartışılması amaçlanmıştır.

Halsizlik, ateş ve çoğunlukla geceleri mevcut olan kuru öksürük şikayetleri ile sağlık ocağına müracaat eden 24 yaşındaki hastamıza alt solunum yolu enfeksiyonu tanısıyla antibiyoterapi tedavisi başlanmış, mevcut tedaviye cevap vermeyen ve genel durumu hızla bozulan hasta hastanemize sevk edilmiş. Fizik muayene bulgusunda GKS:14 ,taşikardik (150 atım/dk), T.A:140/80 mmHg, bilateral yaygın ronküsleri olan hastamızın laboratuvar bakışında WBC:55,3 K/mL (3,6-9,4), nötrofil 9,8 K/mL (1,66-6,72), lenfosit 1,9 K/MmL(0,92-2,66), monosit 0,4 K/mL (0,2-0,9), eozinofil 43,2 K/mL (0-0,7), Hb:8,7 g/dl, Hct:23,5 g/dl, Plt:94, karaciğer enzimleri normal, hemoestaz normal, Ig A,G,M değerleri normal, kan gazı değerleri ise Ph:7,48 pCO₂:29,6 pO₂:34 HCO₃:22,1 BE:-1,7 %SO₂:%74 idi. Kontrol kan gazı sonucu Ph:7,46 pCO₂:23,6 pO₂:29 HCO₃:17,1 BE:-6 %SO₂:%61,6 olarak geldi. Yapılan tetkiklerinde kemik iliği biyopsisi ile kemik iliğinde eozinofilik hiperplazi saptandı. Olası diğer organ tutulumlarını araştırmak için, baryumlu gastrointestinal sistem incelemesi, abdominal BT, kemik taraması yapıldı, ancak tutulumla rastlanmadı. Toraksın direkt grafi ve BT ile incelemesinde focal ve diffüz infiltrasyonlar gözlemlendi. Bronkoalveoler lavaj (BAL)ın mikroskopik bakışında silme eozinofiller izlendi, sitolojisi benign olarak rapor edildi. Kardiyovasküler sisteme yönelik ekokardiyografi incelemesinde sol ventrikül serbest duvarında minimal bir kalınlaşma tespit edildi. Eozinofiliye yol açabilecek paraziter hastalıkları ekarte etmek üzere üç kez tekrar edilen dışkı muayenesi normal bulundu. Hematoloji bölümü ile konsülte edilen hastada eozinofilik löseminin ekarte edilmesi için yapılan kemik iliği aspirasyon biyopsisinin sonucu benign eozinofil hiperplazisi ile uyumlu olduğu görüldü. Romatoid faktör, ANA, anti-dsDNA ve p-ANCA değerleri normal veya negatif. IgE düzeyi normal olarak ölçüldü.

Tedavide öncelikli olarak akciğer volümlerinin iyileştirilmesi, akciğer içi şantın azaltılması ve perfüzyon/ventilasyon (Q/V) uyumsuzluğunun düzeltilmesi amaçlandı. Hemodinamik instabilite nedeniyle mekanik ventilatör desteği verildi. Gün içerisinde çekilen P-A graflerinde progressif bir artış kaydedildi. (Resim 1,2,3,4,5,6,7,8) Prednizolon tedavisine (1mg/kg/gün) ve destek tedavisine başlanan hastanın trakeal aspirasyonundan bol köpüklü pembemsi sıvı aspire edildi. Mevcut tedavisinin beşinci gününde hastamızın kliniğinin iyi olması ve radyolojik tetkiklerinde gerileme olması üzerine weaning gerçekleştirilerek hasta ekstübe edildi. Takibinin yedinci gününde hastamız, dahiliye servisine interne edildi.

Sonuç: HES multipl organ tutulumu ile birlikte akciğer tutulumu da yapabilen nadir bir hastalıktır. Çoğu semptomatik hastanın akciğer grafisi normaldir. Sadece

%14 -28 oranında pulmoner infiltratlar saptanır ve çok nadir olarak ARDS tablosu ile ortaya çıkar. Hipereozinofili ile seyreden ve agresif olarak akciğer tutulumu olan vakalarda ayırıcı tanıda idiyopatik HES'inde düşünülmesi gerektiği kanaatindeyiz.

P - 115

OBSTETRİK HASTADA TRALI

R. SARI, D. HIZLI, A. C. ÖZCAN, Ö. İNCEÇAYIR

YOZGAT BOZOK KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİ
YOZGAT DEVLET HASTANESİ

Amaç: TRALI (transfusion related acute lung injury) 5000 transfüzyonda 1 görülen, genellikle transfüzyonun ilk 6 saati içinde ortaya çıkan, dispne, hipoksemi, hipotansiyon/hipertansiyon, bilateral pulmoner ödem ve ateşin eşlik ettiği klinik sendromdur. Mortalitesi %5-25 arasında değişmektedir. Bu yazıda sezeryan sonrası atoni kanaması nedeniyle taze tam kan transfüzyonu uygulanıp TRALI gelişen olgumuzu sunduk.

Yirmi dört yaşında ikiz gebelik+ eski seksiyon tanısı ile operasyona alınan hastanın, postoperatif 4. saatte oksitosik ajanlara cevap veren, atoniye bağlı kanamasının olduğu görüldü. Postoperatif 4. gün taşikardi, senkop atakları ve hemoglobin değerinin 7,21 g/dl olarak saptanması üzerine kan transfüzyonu planlandı. Cross uygun taze tam kan transfüzyonunun 6.saatinde, akut dispne ,taşikardi (120/dk), hipertansiyon (180/120) ve siyanoz (SpO₂%56) tespit edilip, tranfüzyon stoplandı ve 8 mg dexametazon, 45,5 mg feniraminhidrojenmaleat intravenöz uygulandı. Şuuru açık, oryante, koopere, kan basıncı 150/90 mmHg, kalp hızı 100/dk iken, 400 mg tiyopental, 100 mg süksinilkolin intravenöz uygulanıp entübe edildi. Entübasyon sırasında aşırı miktarda köpüklü balgam görülmesi üzerine endotrakeal aspirasyon ve 40 mg Furosemid intravenöz uygulandı. Ancak 10 dakika sonra kardiyak arrest gelişen hastada, 20 dakika süren kardiyopulmoner resüsitasyon sonrası kardiyak output gözlenmesi üzerine 10µ/kg/dk dopamin infüzyonu başlandı, SIMV modunda mekanik ventilasyona alındı. %40 O₂ ile arteriyel kan gazı (AKG) değerleri pH:7.26, pO₂:79.6, pCO₂:48.3, SATO₂:%94.1, HCO₃:21.6, BE:-5.4, (PaO₂/FiO₂:199) olarak saptanan hasta 1 saat sonra ekstübe edildi.2 lt/dk maske O₂ altında AKG değerleri pH:7.42, pO₂:44.5, pCO₂:31.3, SATO₂:%82.3, HCO₃:20.1, BE:-4.3 idi. PA akciğer grafisinde bilateral diffüz infiltrasyon dışında patoloji yoktu. EKG, periferik venöz doppler, CK, CK MB, SGOT değerleri normal sınırlarda olan hasta 48 saat sonra yoğun bakım ünitesinden taburcu edildi.

Sonuç: Kan ve kan ürünleri transfüzyonu sonrası gelişen akut solunum yetmezliğinde, pulmoner emboli ve kardiyojenik pulmoner ödem ekarte edildikten sonra TRALI düşünülmalıdır. Erken tanı ve hızlı müdahale hayat kurtarıcıdır.



P - 116

METFORMİN ENTOKSİKASYONUNA BAĞLI AĞIR LAKTİK ASİDOZ

S. DEĞİRMENÇİ, H. SUNGURTEKİN, M. ÇOLAKOĞLU

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON AD, DENİZLİ

Giriş Metformin; Tip 2 DM tedavisinde antihiperglisemik olarak çok sık kullanılan bir ajan olup biguanidin grubu oral antidiyabetik ilaçlardandır. Esas olarak tip 2 diyabette artmış olan karaciğer glikoz üretimini baskılayarak, periferik dokularda (özellikle iskelet kasında) glikoz tutulumunu ve insülin etkisini arttırarak etki gösterir. Laktik asidoz, metformin ve diğer biguanidlerin en önemli sistemik yan etkisidir. Metformine bağlı laktik asidozun mortalitesi %50'dir. Literatürde bu kadar yüksek dozda (85 g) entoksikasyon bulunmaması, nadir görülmesi ve yüksek mortalitede seyretmesi nedeniyle bu olgunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu: İntihar amaçlı 100 adet 850 mg metformin tablet (Glukophage® 850 mg) için 29 yaşında bayan hasta acil servisimize başvurdu. Gelişte baş dönmesi bulantı kusma, karın ağrısı ve sırt ağrısı şikâyetleri olan hastanın genel durumu orta, ajite, GKS: 13, TA:80/60 mmHg, KTA: 40 atım/dk, Ateş: 35.2°, SS:22/dk idi. Fizik muayenede karında hafif hassasiyet dışında diğer sistemler normal olarak değerlendirildi. Özgeçmişinde ilaç ile intihar girişimi ve sol bacadakı derin ven trombozu hikâyesi mevcuttu. Maske ile 2L/dk dan O₂ giderken alınan arter kan gazı incelemesinde pH: 6.97, PCO₂: 15.8, PO₂: 155, HCO₃: 3.7 ve %SaO₂: 97.9, laboratuvar incelemelerinde kanda lökosit: 39.3 K/μL, INR:1.5, kan biyokimyasında glikoz: 286mg/dL, kreatinin: 2.49 mg/dL, K⁺: 3.01 mmol/dL, CK: 1441 IU/L, P: 13.7 mg/dL, myoglobin: 5143 ng/ml ve laktik asit düzeyi 202 (N:4.5-19.8 mg/dl) olarak ölçüldü. Anestezi yoğun bakım ünitesine kabul edilen olguya acilen 10 saat süre ile bikarbonatlı hemodiyaliz uygulandı. Hemodiyaliz sonrası arter kan gazında pH: 7.37, PCO₂: 27,3, PO₂: 143, HCO₃: 16,0 ve %SaO₂: 99,2, kan biyokimyasında glikoz: 89mg/dL, kreatinin: 0.48 mg/dL, K⁺: 3.21 mmol/dL, CK: 1577 IU/L, P: 13.7 mg/dL, myoglobin: 55.3 ng/ml ve laktik asit düzeyi 22.8 mg/dl olarak ölçüldü. Yatışının 2. gününde 3 saatlik plazmaferezin ardından tekrar hemodiyaliz uygulandı. Laktik asit düzeyi 2. hemodiyaliz öncesi 64.3 mg/dl sonrası 41.3 mg/dl olarak ölçülen hasta nefroloji servisine devredildi. Hastaneye yatışını 6. gününde şifa ile taburcu edildi.

Sonuç : Laktik asidozla seyreden metformine bağlı intoksikasyonda, anoreksi, somnolons, letarji, bulantı, kusma, epigastrik ağrı ve myalji gibi nonspesifik semptomlarla ortaya çıkabilir. Daha ciddi sistemik yan etkiler de görülebilir: laktik asidoz, hipotansiyon, hipotermi, solunum yetmezliği, kardiyovasküler kollaps ve kardiyak disritmiler. Metformin hücreiçi aerobik metabolizmayı bozup anaerobik metabolizma ile laktik asit üretimine sebep olur (tip B laktik asidoz). Laktiz asidoz geliştiği andan itibaren dolaşım bozukluğu ve doku perfüzyonun azalması ile laktat üretimi artar (tip A laktik asidoz). Hemodiyaliz metforminin atılımında ve metabolik asidozun

düzeltilmesinde fayda sağlamaktadır. Fakat metforminin hücre içi bağlanmasına sekonder, yüksek volüme dağılması total ilaç atılımında hemodiyalizin etkisini sınırladığı için hastalar plazmaferezden yarar görürler. Tedavide kısa süreli hemodiyalizin laktat üretimini artırdığı ve metforminin maksimum atılımı için uzamış hemodiyalize ihtiyaç vardır. Tedavi esnasında eşlik eden metabolik asidozun bikarbonat ile düzeltilmesi tedavinin etkinliği açısından önemlidir.

P - 117

PULMONER ALVEOLER PROTEİNOZİS TEDAVİSİ: OLGU SUNUMU

Ü. Y. TEKELİOĞLU, G. KİTER, A. EKİNCİ,
H. SUNGURTEKİN

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ

Amaç: Pulmoner alveoler proteinozis(PAP), nedeni bilinmeyen nadir bir bozukluk olup fosfolipidden zengin proteinöz materyalin alveoller içinde birikmesi sonucu oluşur. Yenidoğanları tutan konjenital formu vardır. Sekonder PAP ise akut silikoproteinozis, hematolojik maligniteler ve AIDS ile birlikteliği rapor edilmiştir. PAP, erkeklerde kadınlara göre 4 kat daha fazla ve 20-50 yaş arası görülür. Hastalarda yavaş başlayan ve progresyon gösteren dispne görülür. Tanı transbronşiyal biyopsi ve BAL ile görülür. BAL sıvı süt görünümündedir. PAP'da etkili olduğu gösterilen tek tedavi yöntemi Alveolar lavaj ile proteinlerin ve lipidlerin mekanik olarak çıkartılmasıdır. Olgumuz PAP'ın nadir görülen bir hastalık olması, tek tedavisi olan terapötik bronkoalveolar lavajın ülkemizde sadece birkaç merkezde yapılması, anestezi yönetiminin özellik arzemesi ve merkezimizde de yapılan ilk terapötik BAL vakası olması nedeniyle olgu sunusu olarak sunulmuştur.

Olgumuz 42 yaşında ev hanımı olup özgeçmişinde 20 paket/yıl sigara içme öyküsü var. Son 2 aydır sigara içmiyor. Hastanemiz Göğüs Hastalıkları servisine nefes darlığı, çabuk yorulma ve parmak uçlarında morarma şikâyetleri ile başvurmuş. Başvurmadan yaklaşık 4 ay önce nefes darlığı şikâyeti başlamış. Nefes darlığı zamanla progresyon göstermiş ve son 1 aydır günlük işlerini yapamayacak hale gelmiş. Yine son 1 aydır çabuk yorulma ve eforla parmak uçlarında morarma şikâyeti varmış. Hasta ilk olarak Buldan GHH'de değerlendirilmiş ve çekilen Toraks BT'de Pulmoner Alveolar Proteinozis(PAP) ile uyumlu görünüm olması üzerine kliniğimize sevk edilmiş. Hasta tekrar değerlendirilip PAP tanısı ile interne edildi.

Hastanın FM'de TA:130/80mmHg, SS:24/dk, Nbz:100/dk, A:36.5°C, sol akciğer alt zonda arkadan dinlemekle inspiratuvar raller duyulmakta, diğer akciğer alanlarında solunum sesleri olağan ve diğer sistem muayeneleri normal bulundu. PA Akciğer Grafisinde solda daha fazla olmak üzere bilateral yaygın infiltrasyon izlendi. BT'de her iki akciğer parankiminde yaygın düzgün interlobüller septal kalınlaşma ve eşlik eden buzlu cam görünümleri ve bunların oluşturduğu Arnavut kaldırımı görünümü mevcuttu, yer yer kurulmuş ve sekonder lobüllere bağlı olarak mozaik görünüm izlendi.

İlk yatışında yapılan tetkiklerinde WBC:14070, Hb:14,5g/dl, Htc:42, PLT:77.000, Sedim:51mm/1saat, BUN:12, Cr:0,73, Protein:7,9, Alb:3,6, AST:18, ALT:18,

Na:140, K:4,56, Cl:105, CRP:1,59 olarak saptandı. Yatışında alınan AKG 'de pH:7,44 PCO₂:26 PO₂:40 HCO₃:18 SatO₂:78 olarak saptandı ve 8-10lt/dk oksijen tedavisine rağmen pulse O₂:%90'larda seyretmekteydi. Yine yatışında yapılan SFT:FVC:1.91(%65), FEV₁:1.76(%70), FEV₁/FVC: %92, PEF:5.75(%93), FEF₂₅₋₇₅:2.88(%84), olarak ölçüldü.

Hastaya Göğüs Hastalıkları tarafından bronkoskopi yapıldı. Bronkoskopide endobronşiyal patolojik görünüme rastlanmadı. Sol akciğer linguladan yapılan lavajda süt renginde sıvı geri alındı. Alınan sıvı patoloji ve mikrobiyolojiye yollandı. BAL sıvısının kültüründe Stenotrophonas maltophilia üredi. Antiöyotik duyarlılık testine uygun olarak Bactrim forte tb 3x2 başlandı. BAL sıvısının patolojisi PAS (+), d-PAS rezistan globüller içeren proteinöz materyalin izlendiği zeminde az sayıda bronş epitel hücresi, alveoler makrofaj ve nötrofiller görülmektedir. Alveolar proteinozis ile uyumlu olarak raporlandı. Hastaya metilprednizolon 20mg/gün başlandı. Takip eden günlerde hastanın şikayetlerinde gerileme olmadı.

Hasta etyolojik açıdan Hematoloji ve Romatoloji ile konsülte edildi. Bu bölümler tarafından değerlendirildi ve patoloji saptanmadı.

Olgumuza genel anestezi altında tedavi amaçlı BAL yapıldı. Olgu sol çift lümenli tüp ile entübe edildi. Başarılı entübasyonun ardından dinlemekle tüpün yeri tespit edilip pediatrik fiberoptik bronkoskopi ile tüpün yeri tekrar doğrulandı. Sonrasında her iki tüpten 10 dak %100 O₂ solutuldu. Sol tüp klampe edilerek 5 dak beklendi ve kollabe olması sağlandı. Sol ana bronş tüpü içinden 1lt SF verilip geri alınmak suretiyle 14 litre SF verilerek 13,5lt kadarı geri alındı. Geri alınan sıvının başlangıçta süt renginde olduğu ve son alınanlarda renginde belirgin şekilde açılma olduğu izlendi. 14lt lavaj sonrası hastanın oksijen saturasyonunun %48'e düşmesi üzerine işlem erken sonlandırıldı. Alınan sıvılardan ilk ve son 1 lt biyokimyasal tetkike yollandı. İlk alınan 1 lt'lik sıvıda; Protein:0,9g/dl, Alb:227g/dl, LDH:1473IU/lt, t.kolesterol:25mg/dl, trigliserit:25mg/dl ve son alınan sıvıda; Protein:0,1g/dl, Alb:2,0g/dl, LDH:26IU/lt, t.kolesterol:2mg/dl, trigliserit:2mg/dl olarak tesbit edildi. Hasta işlem sonrasında yoğun bakım ünitemizde takip edildi. Servis takiplerinde hastanın nefes darlığı ve parmaklarda morarma şikayeti geriledi. Oksijen ihtiyacı azaldı. 2lt/dk oksijen alırken AKG 'de pH:7,48 PCO₂:26,2 PO₂:69 HCO₃:19,6 SatO₂:95,2 olarak saptandı. Hasta 1 günlük yoğun bakım takibinin ardından göğüs hastalıkları servisine interne edildi. Servisteki 5 günlük gözlem sonrasında hasta evine oksijen tedavisi verilerek taburcu edildi.

1 ay sonra kontrole gelen hasta gün geçtikçe kendini daha iyi hissettiğini ifade etti. FM'de sağ akciğer alt zonda inspiratuvar raller duyulmakta. Sol akciğer alt zonda daha hafif olmakla birlikte insp raller duyulmakta ve diğer sistem muayeneleri olağan olarak değerlendirildi. Oda havasında alınan AKG 'de pH:7,42 PCO₂:27 PO₂:40 HCO₃:17,8 SatO₂:77 olarak saptandı. Kontrol SFT:FVC:1.80(%62), FEV₁:1.67(%67), FEV₁/FVC: %93, FEF₂₅₋₇₅:%85 olarak ölçüldü. Hastaya sağ akciğer lavajı planlandı.

Sonuç: Tüm akciğer lavajı, PAP'da en etkili ve etkinliği kanıtlanmış tek tedavi yöntemidir. Ülkemizde sadece birkaç merkezde yapılan bu işlemi, merkezimizde ilk kez uyguladık. İyi bir ekip çalışması ile tüm akciğer lavajının zor bir işlem olmadığını ve kolaylıkla yapılabileceğini gördük.

P - 118

YÜKSEK DOZ KOLŞİSİN İNTOKSİKASYONLU OLGU SUNUMU

Ü. Y. TEKELİOĞLU, S. DEĞİRMENCİ, S. SERİN, H. SUNGURTEKİN

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON A.D. YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ

Amaç: Kolşisin 'colchicum autumnale' bitkisinden elde edilen bir alkaloiddir. Çocuklarda ailevi akdeniz ateşi ataklarının önlenmesi ve amiloid profilaksisinde, erişkinlerde ise akut gut atağı, ailevi akdeniz ateşi, Behçet hastalığı ve inflamatuvar barsak hastalıklarının tedavisinde kullanılmaktadır. İlacın terapötik dozuyla toksik dozu birbirine çok yakındır. Kolşisin akut, subakut ve kronik toksisiteye yol açabilmektedir.

OLGU 31 yaşında, 19 yıldır Behçet Hastalığı nedeniyle kolşisin kullanan bayan hastamız, suidit amaçlı 100 draje kolşisin alımından 12 saat sonra başvurdukları hastanede, bilincinin uykuya meyilli olması nedeniyle hastanemiz acil servisine sevk edilmiş. Hasta, genel durumunun bozukluğu nedeniyle Anestezi Yoğun Bakım Ünitesine ilaç intoksikasyonu tanısı ile kabul edildi.

Fizik muayenesinde; Glaskow Koma Skalası E₃ M₅ V₃ olan olgunun : Nb : 98/dk, SS : 14/dk, TA : 90/60 mmHg, bağırsak sesleri hiperkinetik olan hastanın diğer muayene bulguları olağandı. Laboratuvar bulgularında; RBC: 4100000/mm³, Hb:11.2 gr/dl, Htc: % 34.4, WBC: 5820/mm³ (PNL: %90,2, Lenfosit: %6,6), PLT: 162000/mm³ saptandı. Biyokimyasal bulgulardan; SGOT: 859 İU/L, SGPT: 179 İU/L, LDH: 1141 U/L, CPK: 804 U/L, CPK-MB: 111 U/L idi ve diğer biyokimyasal değerler olağandı. Kanama diatezlerinden PZ: 15 sn, APTZ: 28 sn, Fibrinojen: 208 mg/dl ,INR: 1,2 ve Kan gazı Ph: 7,45, PO₂:72, PCO₂: 27,3, HCO₃: 19,2, Beb:-3,6 idi. Kranial bilgisayarlı tomografi normaldi. EKG'de ritim normal, ekokardiografisinde patoloji tespit edilmedi. Olguya yoğun bakım ünitesinde semptomatik tedavi uygulandı. Olgunun takibinin 11. saatinde Glaskow Koma Skalası E₄ M₆ V₅ olarak tespit edildi.

TARTIŞMA Kolşisin hücre bölünmesi sırasında sentriyoller ile bağlantı kurarak mikrotübüllerin iç oluşturmalarına engel olarak hücre mitozunu metafazda durdurmaktadır. Diğer yandan muhtemelen yine mikrotübül yapısı üzerindeki etkisiyle granülosit migrasyonunu önlemektedir. Bu nedenle fagositoz sırasında görülen laktik asit ve inflamasyon öncesi enzimlerin salınımında azalmaktadır. Aynı zamanda mast hücrelerinde histamin, pankreas beta hücrelerinden insülin, kromaffin hücrelerinden katekolamin, sinir uçlarından mediatörlerin salınımını önlediği ve kollajenolitik aktiviteyi de arttırdığı saptanmıştır.

Kolşisin nötral ve yağda eriyen bir alkaloiddir. Oral yolla alındığında mide-barsak kanalından hızla emilime uğrar. Maksimum plazma konsantrasyonuna ulaşma süresi 0.5-2 saattir. Başlıca ileumdan absorbe edilir ve oral yolla alındıktan sonra 48 saat içinde karaciğerde metabolize edilir ve metabolitleri safra yolları ile atılır. %20' si ise



böbreklerden kolşisin şeklinde değişmeden itrah edilir. Büyük kısmı feçesten elimine edilmektedir.

Kolşisin intoksikasyonu hayatı tehdit eden nadir görülen bir durumdur ve günde 1.5 mg'dan fazla dozlarda toksik etki göstermeye başlar. Fatal dozu ise çok değişkenlik gösterir. 7 mg gibi çok düşük dozlar öldürücü olabildiği gibi çok yüksek dozlar yaşamı tehdit etmeyebilir. Hastamız da, 50 mg gibi yüksek dozda kolşisin alarak, yaşamı tehdit etmeyen bir klinik tablo ile karşılaşmıştır. Akut toksisitede görülen semptomlar, ilaç alımından sonra 24 saat içinde görülür ve bulantı, kusma, ishal, karın ağrısı ilk belirtilerdir.

Aşırı doz kolşisin, etkilenen organlarda hücre bölünmesini inhibe eder. Bu yüzden en çok etkilenen organlar gastrointestinal sistem ve kemik iliği gibi hücre turnoverının sık olduğu organlardır. Akut toksisite bulguları doza bağlı olarak değişmekle birlikte hipovolemik şok, nöromusküler paralizi, böbrek yetmezliği, kalp yetmezliği, aritmi, solunum depresyonu ve konvulsiyonlardır. Hiponatremi, hipokalemi ve metabolik asidoz gelişebilir. Yüksek dozlarda ölüm görülebilmektedir. Ayrıca literatürde pansitopeni, rbdomyolizis görülen vakalar bildirilmiş. Bizim vakamızda da pansitopeni görülmüş olup 2 gün sonra tekrar normal kan tablosu hakim olmuştur.

Subakut ve kronik toksisitede solukluk, letarji, güçsüzlük, myalji, eritema büllozum ve eritema nodozum benzeri deri lezyonları, alopesi akut toksisite bulgularına eşlik edebilir.

Kolşisin intoksikasyonunda tedavi semptomatiktir ve yoğun bakım izlemi gerektirir.

SONUÇ: Kolşisin masum bir ilaç değildir, terapötik ve toksik doz aralığı birbirine çok yakın olup, akut toksisiteye bağlı ani kardiyopulmoner arrest ile hastalar kaybedilebilmektedir. Günde 1.5 mg'dan fazla dozlarda toksik etki göstermeye başlayabilir. Fatal dozu ise çok değişkenlik gösterir. 7 mg gibi çok düşük dozlar öldürücü olabildiği gibi çok yüksek dozlar yaşamı tehdit etmeyebilir. Bu olgu sunumumuzda 50 mg gibi yüksek dozda kolşisin alınmasına rağmen AST, ALT artışı ve koma skala düşüklüğünün dışında herhangi bir komplikasyona rastlanmayabileceğini de vurgulamak istedik.

P- 119

AĞIR HEMODİNAMİK İNSTABİLİTE İLE SEYREDEN AMİLOİDOZ OLGUSU

A. ÖZGÜLTEKİN, N. AKGÜN, A. Ö. ATSAL, S. BATAN, G. YÜKSEL, F. ORMANCI

HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, II. ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ

FATİH SULTAN MEHMET EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ

Amiloidoz özellikle organ ve dokuların ekstraselüler aralıklarında çözünmeyen amiloid fibrillerinin depolanması ile karakterizedir. Amiloid fibrilleri lokal olarak depolanabilir ve tüm organ sistemlerini tutabilir. Bu tutulum hiçbir bulguya yol açmadığı gibi şiddetli fizyopatolojik

değişikliklere de neden olabilir. Kliniğimizde postmortem renal biopsi ile tanısı konulan bir olguyu sunmak istedik.

Olgu: 55 yaşında, erkek hasta. 2002'de akciğer tüberkülozu nedeniyle tedavi gören hasta, 2008 Şubat ayında KOAH alevlenmesi ile hastaneye yatırılmış. Tedavisinin 12. gününde serum kreatinin ve BUN yüksekliği nedeniyle yapılan batın USG'de bilateral Grade 2 nefropati, bilateral Grade 1 pelvikalektazi saptanmış ve hemodializ uygulanmış. Başka bir hastaneye nakil edilen hastaya 6 kez daha hemodializ uygulanmış. Takibi esnasında kısa süreli kardiyopulmoner arrest gelişen hasta, aynı hastanenin reanimasyon kliniğine nakil edilmiş. Bilinci açık, kooperasyonu tam olan, mekanik ventilasyon uygulanan hastanın hemodinamisi stabilize edilemediğinden, hemodiafiltrasyon uygulanması için kliniğimize nakil edildi. Kliniğimizde mekanik ventilasyon ile takibinde sedasyona ara verildiği dönemlerde kooperasyon kurulabilen, arter kan gazı değerleri iyi seyreden hastada 8 günlük takibi süresinde dengeli sıvı desteği, yüksek doz vasokonstriktif + inotropik tedaviye rağmen ortalama arter basınçları 50-55 mmHg üzerine çıkarılmadı. 2 kez hemodiafiltrasyon uygulandı. 8. günde bradikardi ve kardiyak arrest gelişen hasta kaybedildi. Hastanın kliniğindeki ağır dolaşım yetersizliğinin nedeni septik şok olarak açıklanamadığı, renal ve hemodinamik yetmezlik dışında belirgin bir patoloji bulunamadığı için post mortem renal punch biopsi uygulandı. Biopsi sonucu amiloidoz olarak değerlendirildi.

Sonuç: Post mortem biopsi ile renal amiloidoz tespit ettiğimiz hastamızda kardiyak tutulum olup olmadığı bilinmemekle birlikte, yüksek doz destek tedavisine rağmen hemodinamisinin düzelmemesi kardiyak amiloidozun da beraberinde olabileceğini düşündürmektedir. Bu tip bir klinik tablo ile karşılaşıldığında ayırıcı tanıda amiloidoz da düşünülmelidir.

P - 120

ARDS GELİŞEN AKUT NEKROTİZAN PANKREATİT OLGUSUNDA STERÖİD KULLANIMI

N. MANSUROĞLU, K. AKDAĞ, M. CENGİZ, S. KAYA, G. Ö. KAVAK

Dicle Üni. Tıp Fak. Anesteziyoloji ve Reanimasyon

Giriş : Pankreas, retroperitoneal yerleşimli, %80'i ekzokrin, %2'si endokrin salgılardan sorumlu bir organdır. Akut pankreatit, peripankreatik doku ve uzak organların da değişik derecelerde olaya dahil olduğu, pankreasın akut inflamasyonudur. Ciddi formlarda mortalite oranı %20-40 arasındadır.

Olgu Sunumu : 43 yaşında, 70kg ağırlığında erkek hasta, 20-25 yıldır günde 20-25 adet bira veya bir büyük rakı şeklinde alkol kullanımı olmuş. Karın ağrısı, bulantı-kusma şikayetleri ile hastanemize başvuran hastada, spiral tomografide pankreatik nekroz ile uyumlu bulgular tesbit edilmiştir. Akut nekrotizan pankreatit ve psödokist oluşumu ön tanısıyla, ameliyata alınan hastaya cerrahi debridman, yıkama ve irrigasyon katateri yerleştirilmesi ameliyatı genel cerrahi tarafından gerçekleştirildi. Postoperatif

mekanik ventilasyon desteği gereksinimi olan hasta, reanimasyon ünitesine yatırıldı. Yoğun bakıma kabulde, hastanın her iki akciğerinde solunum sesleri azalmıştı. Akciğer radyogramında bilateral diffüz infiltrasyonlar akut respiratuvar distress lehine değerlendirildi. Kan tetkiklerinde, $17000 /mm^3$ ölçülen beyaz küre sayısı, 24 saat sonra $39000 /mm^3$ 'e yükseldi. Plazma glukoz düzeyi, $233mg/dl$, LDH= $1839U/L$ ALT= $577U/L$ AST= $2477U/L$ UREA= $59mg/dl$ Kalsiyum= $7mg/dl$ Pankreatik amilaz= $497U/L$, Total amilaz= $582U/L$ Albumin= $2.27 g/dl$ olarak ölçüldü. Adaptive support ventilation (ASV) modunda, %90 FiO₂, PEEP=14 cmH₂O ayarlarında yapılan mekanik ventilasyon sırasında, pH=7.188 PaCO₂= $45mmHg$ PaO₂= $50mmHg$ HCO₃⁻= $16 mmol$ SaO₂=%90 cBase= $-10mmol/L$ olarak ölçüldü. Kan basıncı, $100/65mmHg$, nabız = $105/dak$ santral venöz basınç = $15mmHg$, idrar miktarı $50ml/ saat$ olarak ölçüldü. Ajite olan hastaya midazolam ve deksmedetomidin infüzyonları ile sedasyon uygulandı. Antibiyoterapisi kültür sonuçlarına göre ayarlandı. Somatostatin $3mg iv 20 gün$ boyunca uygulandı. Yoğun bakım yatışının ikinci gününden itibaren 10 gün süre ile, metilprednizolon $40 mg iv$ uygulandı. Tedavinin 3. gününde FiO₂=%50, ASV modunda, PEEP=12 cmH₂O tedavisiyle, PaO₂= $156mmHg$ 'ya yükseldi. Tedavinin 7. gününde, istemsiz ekstübe olan hastaya non invazif maske ventilasyonu, 2 saatte bir 15-20/dak süreyle 5 gün boyunca uygulandı. Tip I diyabet gelişen hasta insülin tedavi protokolüne alındı. Oda havasında spontan soluyan hastanın kan gazı değerleri, normal düzeylere çıktı. Yoğun bakıma yatışının 35. Gününde hasta genel cerrahi servisine transfer edildi. Hastaneye yatışının 55. Gününde hasta şifa ile taburcu oldu.

Sonuç : Akut pankreatitin seyrinde akciğer ödemli ALI'nin ilk birkaç gün içerisinde gelişerek ARDS ile sonuçlanan fetal komplikasyonlara neden olabilmektedir. Destekleyici tedavinin yanı sıra ventilasyon, hemodinamik takip, nutrisyonun sağlanması ve antiinflamatuvar stratejileri içeren akciğeri koruyucu stratejilerin de ARDS'yi önlemede göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Bizim olguda kullanılan somatostatin'in monosit- makrofaj sistemi aktivasyonu ve aynı zamanda pankreatik enzimlerin uyarılması, sentez, sekresyon ve salınımını uyarıcı sitokinleri baskılamaya özelliğinden faydalanması amaçlanmıştır. ARDS'de halen kullanılması tartışmalı olan steroid, bizim vakamızda 10 günlük düşük doz kullanılması ve hastamızın PEEP=10 iken kendisini ekstübe etmesi, sonrasında NIV'i tolere etmesi ve şifayla taburcu olması bizim için dikkat çekici bulunmuştur.

P - 121

METOKLOPROMİDE BAĞLI LARİNGEAL DİSTONİ VE ASFİKSİ (OLGU SUNUMU)

H. ULUSOY, Ş. GEZE, İ. COŞKUN, C. ARDUÇ, B. ÇEKİÇ, A. BEŞİR, İ. ÖZEN

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON AD. TRABZON

Amaç: Metoklopramid, dopamin reseptör antagonisti bir benzamid olup, sık kullanılan bir antiemetiktir. Akut distoni, metoklopramid tedavisinin sıklıkla 1-3. günlerinde olabilen bir yan etkidir. Bizde depresyon tedavisi alan, parkinsonlu hastada metoklopramidle tetiklenen ses kısıklığı, yutma

güçlüğü ve sonrasında gelişen aspirasyon ve solunum yetmezliği olgusunu sunmak istedik.

OLGU: Anamnezinde kronik depresyon ve prostat kanseri nedeniyle tedavisi dışında bilgi alınamayan, kooperasyon güçlüğü olan 72 yaşındaki erkek hasta, femur boyun kırığı nedeniyle spinal anestezi altında opere ediliyor. Operasyon sonrası (Remeron 15 mg 2x1) mevcut tedavisi ile birlikte analjezik , antibiyotik ve antiemetik (sefazol 4x1, genta 120mg 1x1 ,contramal 50 mg 4x1, metpamid ampul 3x1) başlanan hastada, 3.günde yutma güçlüğü, kusma, solunum sıkıntısı, şuur bulanıklığı(GKP=7) geliyor. Beslenme sırasında aspirasyon ve asfiksi gelişen hasta konsülte edildi ve entübe edilerek yoğun bakıma kabul edildi. Aspirasyon pnömonisi ve ARDS tanısıyla tedavisine başlanan hastanın yakınlarından 6 yıldır parkinson hastalığı için Cabaser 2 mg 3x1, stalevo 100 mg 3x1 kullandığı öğrenildi. .YBÜ'de 1.günde APACHE=22,PO2/FiO2=73, Laktat=20.7, CRP= 16, OAB= 56mmHg, PAAG'de bazallerde yaygın infiltrasyon, Torax CT: sağ üst akciğerde buzlu cam, bilateral alt lobta konsolidasyon tespit edildi. Antikolinergik ve antihistaminik tedavi ile birlikte, akut laringeal distoni ve buna bağlı aspirasyon pnömonisi ve ARDS nedeniyle yoğun bakım destek tedavisi yapıldı.

Sonuç: Psikiyatrik tedavi gören hastalarda Dopamin antagonisti ilaçlara duyarlılık ve distonik yan etkiler olabilir. Bu hastada öyküde bilinmeyen Parkinson hastalığı da bu yan etkiyi daha da şiddetlendirmiştir. Ses kısıklığı, konuşma ve yutma güçlüğü hastanın depresyonu ve kooperasyon zorluğundan kısmen maskelenmiş ve aspirasyon ve asfiksi ile ancak fark edilmiştir. Metoklopramide bağlı distoni, laringeal olduğunda bu ciddi sorun yaratabilir. Hızla antikolinergik ve antihistaminik tedavi başlanması yararlıdır. Bizim olgumuzda metoklopramid tedavisinin 3.gününde laringeal distoni gelişmiştir. Psikiyatrik tedavi alan hastalarda da parkinson hastalarında olduğu gibi metoklopramidin semptomları artırabileceği bu nedenle antiemetik tedavi olarak alternatif ilaçların seçilmesinin uygun olacağı düşüncesindeyiz.

P - 122

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE BİR WEGENER GRANÜLOMATOZU VAKASI

M. G. TEKER, Ş. KIROĞLU, H. ÖZDEMİR, A. MERTER, K. ERKALP

VAKIF GUREBA EĞİTİM HASTANESİ

Amaç: Wegener granülomatozu (WG), nedeni bilinmeyen, nekrotizan granülatöz vaskülitte seyreden, nadir görülen bir hastalıktır. Başta solunum sistemi ve böbrekler olmak üzere birçok organ ve dokuyu tutabilir. Üst solunum yollarının tutulumuna bağlı burun kanaması, sinüzit, seröz otit, ileti tipi işitme kaybı görülebilir. 4. ve 5. dekada siktir. ABD'nde prevalansı %0.003 iken, Türkiye'deki sıklığı bilinmemektedir.

56 yaşında erkek hasta, geçmeyen gribal infeksiyon, burun kanaması, iştahsızlık, kilo kaybı, baş ağrısı ve sol kulakta artan işitme kaybı nedeniyle başvurmuş. Kulak



burun boğaz polikliniği tarafından temporal kemik, paranasal sinüs, nazofarinks tomografisi ve kulak kültürleri sonucu kronik otit ve sinüzit tanısıyla antibiyotik tedavisi başlanmış. Şikayetlerinin artması üzerine yapılan dahili muayenesinde işitme azlığı ve sağ dizinde artralji dışında özellik saptanmamış. Üremi, anemi, proteinüri, sedimantasyon ve CRP yüksekliği, ANCA pozitifliği, böbrek biyopsisinde nekrotizan kresentrik glomerülo nefrit saptanan hastaya WG tanısı konmuş. Toraks tomografisinde sağ akciğer alt lob superior ve laterobazal segmentte periferik yerleşimli düzensiz sınırlı, santrali kaviteleşme gösteren nodüler lezyonlar saptanmış. Siklofosfamid, steroid ve hemodiyaliz tedavisi başlanmış. 2. kür siklofosfamid tedavisi sonrası trombositopeni gelişmiş. Bir defa immun absorpsiyon yapılmış. Yatışının 41. gününde ateşi yükselen, genel durumu bozulan ve pansitopeni gelişen hasta septis tanısıyla YBÜ'ne alındı. GKS: E3,M6,V2. APACHE (II): 33. Hastaya mekanik ventilasyon ve inotropik destek başlandı. Sol lobar pnömoni saptandı. İnotropik desteğe yanıt vermeyen hasta refrakter septik şok olarak kabul edildi. WBC:1 K/ul, Hb:8,1 gr/dl, Gran:0,2 K/ul olan hastaya, trombosit perfüzyonu, granülosit sitümülan faktör tedavisi planlandı. Ancak planlanan tedavi uygulanmadan YBÜ'ne yatışının 17. saatinde kardiyopulmoner arrest oldu. Uygulanan resusitasyona yanıt alınamadı.

Sonuç: WG hastaları YBÜ'ne solunum yetmezliği, ciddi hemoptizi, sepsis, akut böbrek yetmezliği gibi nedenlerle kabul edilirler; intraserebral hemoraji, pulmoner embolizm ve sepsis nedeniyle kaybedilebilirler. Siklofosfamid uygulanan, APACHE II > 24 olan, yatış süresi 10 günü geçen hastaların mortalitesi yüksektir. WG hastalarının prognozu ciddi olmakla birlikte, erken tanı konan ve agresif tedavi uygulananların büyük kısmı hayatta kalabilmektedir.

P - 123

SEPTİK ENSEFALOPATİLİ HASTALARDA SEREBRAL HASARIN GÖSTERGESİ OLARAK PROTEİN S100β DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ç. ATILGAN, O. DEMIRKIRAN, S. ÜRKMEZ, T. UTKU, Y. DIKMEN

İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Sadi Sun YBÜ

Amaç: Çalışmamızda septik ensefalopatili hastalarda serebral hasarın göstergesi olarak protein S100β düzeylerinin belirleyici olabildiğini, nörolojik durum, skorlama sistemleri ve mortalite ile olan ilişkisini saptamayı amaçladık.

Yöntem: Gerekli etik kurul onayı ve hastaların aydınlatılmış onamları alınan bu çalışmada ağır sepsis tanısı ile bir yıl içerisinde yatırılan 14'ü kadın 19'u erkek toplam 33 olgu değerlendirildi. Hastaların tümüne yoğun bakım ünitesine yatışlarından itibaren "Sepsiste Sağ Kalım Kampanyası" tarafından önerilen ve ünitemizin de rutin uygulaması olan ağır sepsis tedavi protokolü uygulandı. Mekanik ventilatöre bağlı hastalarda midazolam (0,2 mg/kg/saat) ile sedasyon, gerekli durumlarda hasta ile

ventilatör uyumunu sağlamak amacıyla nöromusküler bloker (1-2 mg/kg/saat vekuronyum) uygulandı. Hastalara ampirik olarak geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi başlandı ve yoğun bakım ünitesine girişte alınan kültür sonuçlarına göre antibiyotik tedavisi yeniden düzenlendi.

Hastaların, yoğun bakım ünitesine yatışlarındaki mental durumları, henüz sedatize edilmedikleri dönemde klinik muayene (kişilik değişikliği, bilinç bozukluğu, huzursuzluk, ajitasyon, yer zaman oryantasyon kaybı) ile değerlendirilerek kaydedildi. Hastalar mental durumlarının bozuk olup olmamasına göre iki gruba (ensefalopatisi olanlar ve olmayanlar) ayrıldılar.

Hastaların yoğun bakım ünitesine alındığı gün (1. gün) hemodinamik stabilizasyon sonrasında S100β düzey tayini amacıyla radyal arter kanülünden kan örneği alındı. Bu ölçüm, 72 saat sonra (3. gün), ve ağır sepsisten çıktıkları tarihte (son kez) tekrarlandı. Tüm kan örnekleri hızla santrifüj edildi ve analiz edilinceye kadar -70 °C'de tutuldu. S100β, β subunitinin saptanabilmesi için monoklonal çift yönlü immünoradyometrik yöntem ile ölçüldü (CanAg S100BB EIA). Normal alt limiti 20 ng/L idi. Hemolizli ve 2 saatten uzun santrifüj bekleyen kan örnekleri çalışmaya alınmadı. S100β >20 ng/L yüksek değer olarak kabul edildi.

Hastaların yoğun bakım ünitesine kabul edildikleri zamandaki Glasgow Koma Skorları, kretinin değerleri ve sepsis odakları kaydedildi. Akut fizyolojik ve kronik sağlık değerlendirme skoru (APACHE II) ve organ fonksiyon bozukluğu ve klinik gidişi değerlendirmek amacıyla günlük olarak ardışık organ yetersizliği değerlendirme (SOFA-Sequential Organ Failure Assessment) skorları hesaplandı. Çoklu organ işlev bozukluğu sendromu (MODS) gelişen hastalar kaydedildi. Yoğun bakımda kalış süreleri ve mekanik ventilasyon süreleri de kayıt edildi.

Kronik değişken mental durumdaki hastalar (nörolojik, psikiyatrik bozukluklar), akut primer santral sinir sistemi bozuklukları (menenjit, ensefalit, epilepsi, serebrovasküler olaylar), akut primer metabolik bozukluklar, hipertansif ensefalopati, endokrin bozukluklar, hipotermi/hipertermi gibi mental durumu etkileyen diğer akut primer bozukluklar, akut primer karaciğer hastalıkları olan hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Bulgular: Çalışmamızda septik ensefalopati varlığına göre olguların yaş ortalamaları ve cinsiyetleri açısından iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı (p>0,05).

Girişteki GKS, septik ensefalopati saptanan hastalarda 12, septik ensefalopati olmayanlarda ise 14 olarak saptandı ve bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulundu (p<0,05). Septik ensefalopatisi olan hastalarda nörolojik tablo klinik olarak daha bozuk olarak değerlendirildi ve istatistiksel anlamlılık bulunmamakla birlikte S100β değerleri daha yüksek (199,64 ng/L' ye karşılık 78,63 ng/L) saptandı (p>0,05).

Ölen hastalarda S100β düzeyi yaşayanlara göre daha yüksek (209,67 ng/L' ye karşılık 90,44 ng/L) olmasına karşın, istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmadı (p>0,05).

S100β'nın yoğun bakım ünitesine girişteki değeri ile APACHE II , SOFA skoru, GKS, kreatinin değeri, yoğun bakımda kalış süresi, mekanik ventilasyon süresi ve yoğun bakım mortalitesi arasında bir ilişki saptanmadı.

Tablo.

	SE (+)	SE(-)	p
S100β (1.gün)	199,64±483,85	78,63±52,35	0.945
S100β (3.gün)	135,49±323,53	95,25±105,58	0.125
S100β (son gün)	134,56±247,72	111,33±148,73	0.682
APACHE II	20,11±5,59	19,00±6,22	0,593
YBÜ kalış süresi (gün)	15,33±13,04	16,47±9,72	0.365
Mekanik ventilasyon süresi (gün)	12,61±11,76	10,47±7,63	0.814
Mortalite (n, %)	10 (55,6%)	5 (33,3%)	0.202
Glasgow Koma skoru	11,83±3,55	13,53±2,09	0,01
Kreatinine (mg/dL)	1,61±1,29	1,52±1,52	0,772

SE: Septik ensefalopati, Student t test

Sonuç:

S100β, ağır sepsis hastalarında artış göstermekle birlikte, nörolojik bozukluğun ciddiyeti ya da hastanın nörolojik durumunun iyileşmesi ile korele değildir. Septik ensefalopati varlığında S100β'nin bir belirleyici olması için daha fazla klinik çalışmanın gerektiği inancındayız.

P - 124

VAKA SUNUMU: MEKANİK VENTİLE EDİLEN SEPSİSLİ HASTADA SPONTAN KORNEAL PERFORASYON VE PROLAPSUS

M. G. TEKER, D. ÖZMUTLU, A. KAYAPINAR, Ş. KIROĞLU

VAKIF GUREBA EĞİTİM HASTANESİ

Amaç: Mekanik ventilasyon yapılan hastalarda çeşitli göz komplikasyonları oluşabilmektedir. Solunum yolları florasından kaynaklanan patojenlerin korneal ülserasyon yapabildiği bilinmektedir. Özellikle Pseudomonas aureginosa infeksiyonları, 24-48. saatten itibaren, korneal ülserasyon, perforasyon ve hatta eviserasyona neden olabilmektedir.

YBÜ'mizde sepsis nedeniyle takip ettiğimiz bir hastada gelişen spontan göz perforasyonu ve prolapsusu vakasını sunuyoruz.

60 yaşında erkek hasta, 2-3 gündür genel durum bozukluğu, sarılık, kusma, karın ağrısı ve idrar çıkaramama şikayetiyle cerrahi kliniğine başvurmuş. 3 ay önce kolesistektomi yapılan hastaya, tekrarlayan şikayetleri nedeniyle bir ay önce Endoskopik Retrograd Kolanjiyo Pankreatografi (ERCP) yapılmış. Sfinkterotomi ile safra taşı ve çamuru ekstrakte edilerek stent takılmış. Şikayetlerinin yenilmesi üzerine tekrarlanan ERCP'de bakiye taş ve koledok kanalının pü ile dolu olduğu görülmüş. Yatışının 4. gününde şuuru kapanan, ateşi, taşikardi ve taşipnesi başlayan hasta sepsis tanısıyla YBÜ'ne alındı. YBÜ'nde yapılan muayenesinde genel durum kötü, şuur kapalı, GKS: E1M5V2. APACHE II: 35. Spontan solunumda, solunum sayısı 36/dk. S1, S2 normal. Solda pupil çapı 3 mm, ışık refleksi var, sağ göz opasite nedeniyle değerlendirilemedi. Hasta orotrakeal entübe edilerek mekanik ventilatöre bağlandı. Entübasyon sırasında ağız hijyeninin çok kötü olduğu görüldü. Orofaringsten krut aspire edildi. Glukoz:212mg/dl, Üre:107mg/dl, Kreatinin:1,25mg/dl, Total bilirubin:5mg/dl, Direkt bilirubin:4.2mg/dl, AST:56U/L, ALT:34U/L, Kalsiyum 8,2mg/dl, Sodyum:156mEq/L, Potasyum:4,4mEq/L,

Klorür:124mEq/L, WBC:7,1 K/uL, Hb:11,4g/dL, PLT :47k/uL. Hastanın YBÜ'ndeki takibinin 8. saatinde sağ gözde kanama, glob perforasyonu olduğu, lentin vitreusla birlikte hastanın yastığına aktığı görüldü. Yapılan göz konsültasyonu ve tomografi sonucunda sağ göz intraoküler yapılarının perforasyon sonucu prolabe olduğu saptandı. Sempatik oftalmi bakımından steroid ve durumu düzeldiğinde enükleasyon önerildi. Ancak sepsiste olduğundan steroid yapılmadı.

Sonuç: Mekanik ventilatöre bağlı immün yetmezlikli hastalarda Pseudomonas'a bağlı göz infeksiyonları ve 24-48. saatten itibaren göz perforasyonları bildirilmiştir. Bizim vakamızda da 8. saatte olmasına rağmen benzer bir infeksiyondan kuşkulandı. Hastadan yara yeri, trakeal ve kan kültürleri alındı. Özeti hazırladığımız sırada kültürler sonuçlanmamıştı. Sonuçlar kongrede sunulacaktır.

P - 125

NONİNVAZİV MEKANİK VENTİLYASYON UYGULANAN HASTALARDA DEXMEDETOMİDİNİN SEDASYON ÜZERİNE ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ö. ŞENTÜRK, O. DEMIRKIRAN, T. UTKU, S. ÜRKMEZ, Y. DIKMEN

İ.Ü.CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON AD, SADI SUN YBÜ

Amaç: Mekanik ventilasyonun başarısı hastanın mekanik ventilasyon yapılan aletle uyumuna bağlıdır. Bu nedenle yoğun bakım ünitesinde mekanik ventilasyon uygulanan hastalar sıklıkla sedasyon ve analjezi gerektirirler. Çalışmamızda, noninvaziv mekanik ventilasyon desteği altındaki hastalarda Dexmedetomidinin sedatif etkilerini ve hastanın noninvaziv mekanik ventilasyona uyumunu araştırdık.

Yöntem: Çalışma, etik komitenin izni ve hastaların aydınlatılmış onamları alındıktan sonra, yoğun bakım ünitelerinde, bir yıllık dönem içerisinde yatırılan noninvaziv mekanik ventilasyon desteği uygulanan uyumsuz ve ajite hastalar değerlendirildi. Toplam 30 hasta, rastgele iki gruba ayrılarak, Dexmedetomidin uygulanacak grup (n:15) ve plasebo grubu (n:15) oluşturuldu. Dexmedetomidin grubunda Ramsey sedasyon skoru 3-4 olacak şekilde 0,2-0,7 µg/kg/saat idame dozu ayarlandı. Dexmedetomidin başlandıktan sonra 1.dk, 10.dk, 30.dk, 1.saat, 4. saat, 24. saat ve herhangi bir nedenle infüzyon sonlandırıldığında veya noninvaziv mekanik ventilasyon sonlandırıldığında ortalama arter basıncı, kalp atım hızı, solunum frekansı, arter kan gazı, PaO₂/FIO₂ ve Ramsey sedasyon skoru değerleri kaydedildi. Ek sedasyon gereksinimi olduğunda 0,02-0,03 mg/kg Midazolam kullanıldı. Maske ile spontan solunum süresi ve noninvaziv mekanik ventilasyon süresi kaydedildi. 24 saatlik Dexmedetomidin infüzyon tedavisi boyunca Dexmedetomidin infüzyon süresi (saat olarak) ve kullanılan toplam dozları, Dexmedetomidin infüzyonu kesme nedeni, infüzyon süresince ek sedasyon ihtiyacı ve miktarı, mekanik ventilasyona geçiş nedeni ve süresi kaydedildi.

Bulgular: Olguların ortalama yaşı 61,73±12,76 idi. Dexmedetomidin grubunda ortalama arter basıncı, kalp atım hızı ve solunum frekansı ölçümlerinde anlamlı düşüş tespit edildi. Dexmedetomidin grubunda kontrol grubuna göre ortalama arter basıncı değerleri anlamlı düşüktü. Dexmedetomidin grubunda Ramsey sedasyon skorlarında



1.dk göre 10.dk dan toplama süresine kadar geçen zamanlarda istatistiksel olarak anlamlı yükseliş (1'den 3'e) görüldü. Dexmedetomidin grubunda PaO₂/FIO₂ değerlerinde görülen yükseliş anlamlı bulundu. Sedasyon için ek tedavi yöntemleri kullanma oranları kontrol grubunda anlamlı düzeyde yüksekti. Dexmedetomidin grubunda hipotansiyon ve hiperglisemi gibi yan etkiler saptadık. Yan etki görülen tüm olgular Dexmedetomidin grubunda olduğundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek oranda bulundu. Gruplar arasında kalp atım hızı, solunum frekansı, mortalite, noninvaziv mekanik ventilasyon ve total maske süresi anlamlı bir fark göstermedi.

Tablo1.

	Dexmedetomidine Grubu		Kontrol Grubu	P
	tpO ₂ SS		tpO ₂ SS	
Yaş (yıl)	63,60±12,22		59,87±13,44	0,433
Boy(cm)	165,00±10,85		164,00±9,30	0,788
Vücut ağırlığı (kg)	73,33±11,90		74,80±18,69	0,800
Cinsiyet (n:%)	Kadın	8 (53,3)	8 (53,3)	$\chi^2=0,000$; p:1,000
	Erkek	7 (46,7)	7 (46,7)	
Mortality (n,%)	8 (53,3)		10 (66,7)	$\chi^2=0,566$; p:0,456

Tablo 2.Dexmedetomidin grubunda:

	İnfüzyondan 1 dak sonra	İnfüzyondan 1 saat sonra	p
PaO ₂ /FIO ₂	159,20±47,26	239,50±80,88	<0.01
SaO ₂ (%)	95,82±4,05	98,80±1,04	<0.05
PaO ₂ (mmHg)	83,66±27,70	130,10±31,63	<0.05
Solunum hızı (soluk/dak)	30,46±5,93	24,58±6,15	<0.05
Ortalama arter basıncı (mmHg)	86,60±12,56	77,75±11,09	<0.01
Kalp atım hızı (atım/dak)	108,53±23,45	98,91±18,43	<0.05
Ramsey sedasyon skoru	1,00±0,00	2,66±0,88	<0.01

Tablo 3.

	Dexmedetomidin Grubu	Kontrol Grubu	Test değ. *p
	Ort±SD	Ort±SD	
Yüz Maskesi ile solunum süresi (saat) (Medyan)	4,33±3,77 (3,5)	9,72±7,76 (4,0)	Z: 1,373; p:0,180
NIMV süresi (saat)	12,83±8,87	12,36±8,01	t: 0,152; p:0,880
	n (%)	n (%)	
Diğer tedavi Vartığı	2 (%13,3)	9 (%60,0)	$\chi^2: 7,033$; p:0,008**
Yan etki	8 (%53,3)	0	$\chi^2: 10,909$; p:0,002**
Sonuç			
Entübasyon	6 (%40,0)	6 (%40,0)	$\chi^2: 1,000$; p:0,607
NIMV devam	7 (%46,7)	5 (%33,3)	
Spontan solunum	2 (%13,3)	4 (%26,7)	

Z: Mann Whitney U test

χ^2 : Ki kare test

t: student t test

**p<0,01

Sonuç: Sonuç olarak yoğun bakım ünitelerinde, Dexmedetomidin kullanımı ile ortaya çıkabilecek yan etkilerin dikkatli ve kontrollü yönetimi ile noninvaziv mekanik ventilasyon uygulamalarında yeterli sedasyon sağlayabileceğini düşünmekteyiz.

P - 126

KARDİYOPULMONER RESÜSİTASYON SONRASINDA TERAPÖTİK HİPOTERMİ UYGULAMASININ SAĞKALIM ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

N. ÇOLAKOĞLU, O. DEMİRKIRAN, T. UTKU,
S. ÜRKMEZ, Y. DİKMEN

İ.Ü.CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON AD, SADİ SUN YBÜ

Amaç: Kardiyak arrest ve resüsitasyon sonrasında serebral kan akımının düzelmesi ile birlikte serebral reperfüzyon hasarı ortaya çıkmaktadır. Hipotermi ile serebral oksijen tüketimi azalmakta, bu da serebral iskemiden korumaktadır. Çalışmamızda kardiyopulmoner resüsitasyon sonrasında terapötik hipotermi uygulamasının sağkalım üzerine etkisini, kliniğimizde uygulanabilirliğini, olabilecek yan etkilerini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Fakülte etik komitesinin izni alındıktan sonra, yoğun bakım ünitelerinde bir yıl süresince kardiyopulmoner resüsitasyon sonrası spontan dolaşımı geri dönen hastalarda terapötik hipotermi uygulaması yapıldı. Resüsitasyon yapılmayacak hastalar (son dönem kanser hastaları), şiddetli sistemik infeksiyonu olan, şiddetli kardiyojenik şokta olan, çoklu organ yetersizliği bulunan, koagülopatisi olan hastalar ve hamileler, on beş yaş altı çocuklar çalışma dışı bırakıldı. Çalışma süresince tüm olgulara standart monitörizasyon yapıldı: Ortalama arter kan basıncı ölçümleri, EKG monitörizasyonu, kalp atım hızı takibi, puls oksimetre ile SpO₂ takibi, arter kan gazı takibi, Glasgow koma skoru, Ramsay sedasyon skalası, kan şekeri düzeyi, santral ven basıncı (CVP), "core" sıcaklığı takipleri yapıldı. Başlangıç, 1. ve 24. saat değerleri kaydedildi. Spontan dolaşımın geri dönüş süresi (ROSC), hedef sıcaklığa ulaşım süresi, tekrar ısınma süresi dakika olarak kaydedildi.

Kardiyopulmoner resüsitasyon sonrasında spontan dolaşımı geri dönen hastalar yoğun bakım ünitesine alındıklarında rastgele iki gruba ayrıldı, birinci gruba terapötik hipotermi, diğer gruba ise standart tedavi uygulaması yapıldı. Terapötik hipotermi uygulanan hastaların monitör ile "core" sıcaklığının sürekli takibi (mesane, özefageal, rektal) yapıldı. Çalışmadaki hedef sıcaklığımız 32-34 °C olup, bu sıcaklık 24 saat boyunca sabit tutulmaya çalışıldı. Hastalarda hipotermiyi sağlayabilmek için öncelikle santral soğutma uygulandı. Bu amaçla santral ven katateri takılarak +4°C'de 2000cc % 0.9 sodyum klorür solusyonu 30 dakikada verildi. Ardından boyun, koltukaltı ve kasığa buz torbası uygulaması ile periferik soğutmaya başlandı. Ramsay sedasyon skalası 3-4 düzeyinde olacak şekilde propofol infüzyonu (0,5-2 mg/kg/saat) ile hastaların sedasyonu sağlandı. 2 mg/kg/saat propofol dozu ile hedeflenen sedasyon düzeyine ulaşılamaz ise remifentanil infüzyonu

(0.025-0.2 µg/kg/dk) eklendi. Hastalara uygulanan magnezyum sülfat (4,5 gr 5 saatte) yüklemesi ile vazodilatasyon sağlanarak soğutma hızı artırılmaya çalışıldı. Gerektiğinde potasyum (3,5-5,5 mEq/L) ve insülin (kan şekeri 150mg/dl altında tutulacak şekilde) replasmanları yapıldı. Hastalarda titreme meydana geldiğinde ise bolus doz nöromusküler bloker (Atrakuryum 0.5mg/kg) uygulandı. 24 saat sonunda terapötik hipotermi uygulaması sonlandırılıp, tekrar ısıtma 36,5°C-37°C'ye kadar yapıldı. Isıtma işlemi pasif eksternal yöntem ile sağlandı.

Hastanın yoğun bakımda kaldığı sürece yaşamsal fonksiyonları takip edildi, yoğun bakımda yatış süresi ve çıkış durumu, mekanik ventilasyon süresi, çıkış Glasgow koma skoru kaydedildi.

Bulgular: Çalışmamızda; yoğun bakımda yatış süresi, çıkış durumu, Glasgow Koma Skoru parametrelerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p>0.05).

Tablo 1. Hastalara İlişkin Özelliklerin Değerlendirilmesi

		Hipotermi (Ort±SD)	Kontrol (Ort±SD)	p
Yaş (yıl)		49,13±19,49	55,13±18,74	0,397
Boy (cm)		1,64±0,07	1,66±0,01	0,502
Vücut Ağırlığı (kg)		70,93±15,74	79,80±17,32	0,163
APACHE II		29,46±6,83	27,87±5,95	0,500
Yatış süresi (gün)		12,80±10,69	8,87±5,38	0,217
		n (%)	n (%)	
Cinsiyet	Kadın	10 (% 66,7)	8 (% 53,3)	0,456
	Erkek	5 (% 33,3)	7 (% 46,7)	
Sonuç	Taburcu	7 (% 46,7)	6 (% 40,0)	0,713
	Eksitüs	8 (% 53,3)	9 (% 60,0)	
Ritm	Non VF/VT	11 (% 73,3)	13 (% 86,7)	0,657
	VF/Nabızsız VT	4 (% 26,7)	2 (% 13,3)	

Yaş, boy, kilo, Apache II skoru ve yatış süresi için student t testi kullanıldı.

Cinsiyet ve sonuç için ki-kare testi kullanıldı.

Ritm için Fisher's exact test kullanıldı.

Tablo 2. Glasgow Koma Skoru (GKS) Değerlendirilmesi

GKS (Medyan)	Hipotermi (Ort±SD)	Kontrol (Ort±SD)	p
Başlangıç	3,00±0,00 (3)	3,13±0,52 (3)	0,317
1. saat	4,40±1,99 (2)	3,87±1,23 (3)	0,310
24. saat	6,33±4,92 (4)	3,87±1,23 (3)	0,121
Çıkış	6,87±4,95 (3)	7,80±5,88 (3)	0,889

Tablo 3. Hastalara İlişkin Özelliklerin Değerlendirilmesi

		Hipotermi (Ort±SD)	Kontrol (Ort±SD)	p
Mg düzeyi (mmol/L)		0,57±0,21	0,48±0,01	0,126
ROSC (dakika)		27,73±15,77	14,67±10,59	0,013*
MV süresi (gün)		11,53±8,55	6,20±3,93	0,040*
		n (%)	n (%)	
Yan Etki	Var	13 (% 86,7)	-	0,001**
	Yok	2 (% 13,3)	15 (% 100)	

Yan etki ile gruplar arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p<0.01). Hipotermi grubundaki olguların % 86.7'sinde yan etki görülürken; kontrol grubu olgularının hiçbirinde yan etki görülmemiştir. Terapötik hipotermi grubunda görülen yan etkiler: Hipotansiyon (%33), aritmi (%33), hiperglisemi (%33 hasta).

Çalışmada hipotermi grubunda hastaların %53.3'ü eks oldu. Bu hastaların %50'i elektrolit dengesizliği, %23'ü hipoksik iskemik ensefalopati, %27'si ikincil kardiyak arrest nedeni ile eks oldu. Normotermi grubunda ise eksitus oranı %60 idi. Bunların %30'u hipoksik iskemik ensefalopati, %28'i ikincil kardiyak arrest, %35'i elektrolit dengesizliği ve %7'si kardiyojenik şok nedeni ile eks oldu.

Sonuç: Çalışmamızın sonucunda hipotermi grubu ile kontrol grubu arasında nörolojik fonksiyonlar ve sağkalım oranları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Olguları bireysel olarak değerlendirdiğimizde kardiyopulmoner resüsitasyon sonrasında terapötik hipotermi uygulamasının nörolojik fonksiyonlar üzerine olumlu etkisi olduğunu gördük, ancak bu istatistiksel açıdan bir anlamlılığa sahip değildi. Olgu sayısının artırılması ile daha olumlu sonuçlar alınabileceği inancındayız.

P - 127

VAKA SUNUMU:PNÖMONEKTOMİ SONRASI BRONKOPLEVRAL FİSTÜL GELİŞEN BİR HASTADA ANESTEZİ DENEYİMİ

Ş. KIROĞLU, N. MUHAMMEDOĞLU, K. ERKALP

VAKIF GUREBA EĞİTİM HASTANESİ

Amaç: Ampiyem, lobektomi ve pnömonektomi operasyonları sonrası görülen komplikasyonlardan birisidir. Pnömonektomi sonrası gelişen ampiyeme, sıklıkla bronkoplevral fistül eşlik eder ve mortalite %28-50 arasında değişir. Bu hastalara medikal tedaviyle birlikte ampiyem boşaltılması ve güdük revizyonu yapılır.

Bu vakada güdük revizyonu yapılan bir hastayı anlatacağız.

Bulgular: 64 yaşındaki erkek hasta, bir yıl önce akciğer sküamoz hücreli karsinom tanısı almış, opere edilerek sağ akciğer, sağ ana bronştan itibaren disseke edilmiş. 7 ay sonra hastanın ateş, şiddetli öksürük ve köpüklü balgam şikayeti üzerine yapılan incelemelerde güdük bölgesinde ampiyem olduğu, bronkoplevral fistül geliştiği anlaşılmış.

Hastanın genel durumu orta, ateş: 38.5°C, sedimantasyon ve CRP yüksekliği ile lökositozu mevcuttu. Anamnezinde regüle hipertansiyonu dışında bir özellik yoktu. Hasta 1 paket / 50 yıl sigara içtikten sonra sigarayı bırakmış.

Preoperatif hazırlıklar yapıp, yoğun bakım ünitesinde yeri ayrıldıktan sonra hasta ameliyathaneye alındı. Ameliyathanede rutin monitörizasyona ilaveten, arter monitörizasyonu yapıldı. Postoperatif analjezi amacıyla L2-L3 arasından epidural katater takıldı. Propofol ve vekuronyum ile anestezi indüksiyonu sonrası çift lümenli endobronşial tüp yerleştirildi. Peroperatif hastada 2 defa



VT gelişti . İlkinde müdahaleye gerek kalmadan cerrahin elini kalp bölgesinden çekmesiyle VT düzeldi. Hızı 180'leri bulan ikinci VT' de hasta sadece, 1 dakika içerisinde verilen 4 mg esmolol'e yanıt verdi . Perop. tekrarlayan, medikal müdahale yapmadan sinüs ritmine dönen bradikardiler gelişti. Tansiyonu, VT olduğu sırada 80/40mmHg.ya kadar düştü. Bu dönem dışında remifentanil perfüzyonu ile ortalama basınç 100mmHg olacak şekilde ayarlandı. 6 saat süren transsternal yaklaşımlı sağ sternal transprekardiyal güdük revizyonundan sonra hasta sorunsuz olarak uyandırılarak yakın takip amacıyla yoğun bakıma alındı.

Sonuç: Transsternal yolla transperikardiyal yaklaşım, bronş güdüğünün revizyonunda infekte sahadan uzak müdahale şansı vermesi ve uygulama kolaylığı sağlaması nedeniyle tercih edilebilir. Fistül onarımına yönelik bir yöntemdir. Bu yöntemle güdük revizyonu yapılan olgularda peroperatif ve postoperatif mortalitenin yüksek olduğu bildirilmektedir. Bu nedenle anestezi her an bir sürprizle karşılaşacağını bilerek her türlü tedbirini alarak operasyona girmelidir.

P - 128

BEYİN ÖLÜMÜ GERÇEKLEŞEN GEBEDE YOĞUN BAKIM SÜRECİ

O. DEMIRKIRAN, B. TUTAŞ, T. UTKU, S. ÜRKMEZ, Y. DIKMEN

İ.Ü.CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON AD, SADİ SUN YBÜ

Amaç: Hamilelikte beyin ölümü oldukça nadirdir. Bu konuda ülkemizde daha önce böyle bir durumun geliştiğine yönelik bir tıp literatürüne rastlanamamıştır. Dünya tip literatüründe de bu şekilde olan olgu sayıları 15-20 dolaylarındadır. Tıp literatürüne katkıda bulunmak ve beyin ölümü gelişen hamile hastamızdaki destek tedaviler ve klinik gidişten söz etmeyi ve bu nadir olguyu paylaşmayı amaçladık.

25 yaşında kadın hasta, 24.gebelik haftasında iki gün önce başlayan kusma, baş ağrısı şikayetlerinin ardından başvurduğu acil serviste genel durumunun kötüleşmesi ve şuur kaybının gelişmesi üzerine entübe edilerek yoğun bakım ünitesine nakledildi. Yapılan BOS incelemesi ve klinik durum ile pnömoksik memejit düşünülen hastada gerekli antibiyotik ve destek tedavisine başlandı. Yoğun bakım ünitesine alındığı andan itibaren pupilleri bilateral ışığa yanıtız idi. Hastada 32. saatte beyin ölümü gerçekleşti ve yapılan testlerle bu durum doğrulandı. Beyin ölümü konseyi toplanarak tanıyı onayladı. Kadın Hastalıkları ve Doğum ve Yeni doğan hekimleri ile yapılan fikir alışverişi sonucunda bebeğin gelişimini devam ettirip canlılığını sağlayabileceği döneme dek annenin desteklenmesine karar verildi. Hastaya solunum, beslenme desteği, hemodinamik destek (vazopressör tedavi), hormon tedavisi, fetusun gelişimini artıracak destek tedaviler uygulandı. Fetal akciğer gelişimi desteklemek amacıyla kortikosteroid tedavisi verildi. Bebeğin gelişimi ve durumu günlük olarak USG ve fetal kalp monitörizasyonu ile yapıldı. Aile tarafından organ bağıışı da yapıldı. On dokuz gün gün boyunca yapılan

destek tedavilerle hastanın durumu stabil tutulmaya çalışıldı. Oligohidroamnios ve kan basıncının vazopressör tedaviye karşın yükseltilmemesi üzerine acil sezaryan sekiyo kararı alındı ve hastaya uygulandı. 27. gebelik haftasında, Apgar skorları 1. dakika 3, 5.dakikada 6 olan, 760 g. ağırlığında erkek bebek doğurtuldu. Bebek entübe edilerek yenidoğan yoğun bakım ünitesinde mekanik ventilasyon tedavisine başlandı. Doğumdan sonra annenin organları (karaciğer ve böbrekler) nakil için alındı. Elde edilen son bilgi olarak 64. gününü tamamlamış olan bebek biberonla beslenmeye başlanmış olup, ağırlığı 1720 g. a ulaşmıştır.

Sonuç: Beyin ölümü gerçekleşen hamilelerde somatik destek ile hem bebeğin intauterin gelişimi sağlanabilir hem de organ donörü olarak bakımı yapılabilir.

P - 129

POSTPARTUM GELİŞEN PULMONER ÖDEM

R. SIVACI, F. KAHRAMAN, M. YEĞİT, H. FİDAN

AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ ANESTEZİYOLOJİ AD.

Amaç: Postpartum dönemde postoperatif komplikasyon oranı pulmoner emboli, preeklamsi, hipoalbuminemi, kardiyak- renal yetmezlik ve enfeksiyon ile ilişkili olarak artış gösterebilir. Preeklamsi ve eklampsinin temelinde yatan fizyopatolojik nedenlerin ışığında anestezi öncesinde, sırasında ve sonrasında hastanın genel durumu değerlendirilmeli, gereğinde uygun yoğun bakım koşullarında takip ve tedavi uygulanmalıdır. Bu olgumuz ile preeklamptik gebeliklerde anestezi ve cerrahi sonrası sık gelişebilecek komplikasyonlara ışık tutmayı amaçladık.

Yöntem: Fetal deselerasyonları nedeniyle hasta acil olarak genel anestezi altında sezaryen operasyonuna alındı ve batın içinde serbest sıvı olduğu gözlemlendi. Genel anestezi indüksiyonunda 1mg/kg süksinilkolin ve 1.5 mg/kg propofol intravenöz olarak verildi. 7 dk sonra 32. hafta ile uyumlu 1200 gr ağırlığında (SGA) kız bebek doğurtuldu. Bebeğin APGAR Skoru 1.dk:3, 5.dk: 8 olarak değerlendirildi. Bebek alındıktan sonra anestezi idamesinde fentanil 1.5 mcg/kg ve 0.5 mg/kg rokuronyum ve % 1 sevofluran uygulandı. Vital bulguları stabil olarak yatağına alındı.

Bulgular: 27 yaşında, 2. gebelik ve kadın hasta. Birinci gebeliği normal olarak sezaryen ile gerçekleşmiş. Yüksek riskli gebelik ve preeklamsi tablosu ile uyumlu ,fetal bradikardisi nedeniyle acil olarak başvurmuş. (29-34 hft ile uyumlu) takipsiz gebede fetal deselerasyonları nedeniyle hasta acil olarak genel anestezi altında sezaryen operasyonuna alındı ve batın içinde serbest sıvı olduğu gözlemlendi. İndi. Postoperatif 6. günde ekstübasyon gerçekleştirildi.Vital bulguları stabil olarak normal yatağına alındı.

Sonuç: Postoperatif dönemde akut akciğer ödemi, pulmoner emboli, preeklamsi tablosu sonucu hipoalbuminemiye veya aşırı sıvı yüklenmesine yada böbrek fonksiyonlarının bozulmasına bağlı görülebilir. Hastalarda intravasküler hacmin düşük olmasına karşın

onkotik basınçta azalma ve kapiller geçirgenlikte artma nedeniyle büyük miktarda sıvının ekstra vasküler alana geçtiği unutulmamalıdır. Bu tür hastalarda hemodinamik stabilite sağlanarak idrar çıkışı ve CVP takibi ile yavaş kristaloid ve kolloid verilmesi, periferik oksijen saturasyonunun takibi, renal toksisiteden kaçınılması ve postoperatif antiinflamatuvar analjezik kullanılmaması kanaatindeyiz.

P - 130

FEBRİL NÖTROPENİDE BİR İNFEKSİYON NEDENİ OLARAK HERPES SİMPLEKS TİP I

K. İDİN, S. UZMAN, M. AYER, G. GEDİKLİ,
T.U. YANARAL, A. VAHAPOĞLU, A. AYER, G. BİCAN

HASEKİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, I. ANESTEZİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ/İSTANBUL
HASEKİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, IV. DAHİLİYE KLİNİĞİ/İSTANBUL

Giriş: Akut lösemiler, infeksiyonlara eğilimin arttığı, febril nötropeni ataklarıyla ortaya çıkabilen hematolojik bir malignitedir. Gram(-) bakteriler en sık görülen infeksiyon etkenidir.⁽¹⁾ Ateş nedeni olarak, asiklovir tedavisine cevap veren Herpes Simplex tip I (HSV tip I) tespit edilen febril nötropenili bir olgu sunduk.

Olgu: 21 yaşında kadın hasta, 1 haftadır süren nedeni bilinmeyen ateş ön tanısıyla yatırıldı. İlk incelemelerde lökosit:500/mm³, nötrofil:100/mm³, hemoglobin 8.8 gr/dl, hematokrit %23.9, trombosit 60x10³/mm³, sedimantasyon 122 mm/saat, CRP:162, LDH 1855, AST:171, ALT:148, GGT:169 olarak saptandı. Febril nötropeni tanısıyla ampirik olarak sefepim+amikasin tedavisine başlandı. Kan ve idrar kültüründe sırasıyla E. coli ve enterobacter spp. üremesi üzerine antibiyoterapisi imipenem+vankomisin olarak değiştirildi. Yapılan kemik iliği biyopsisiyle preB ALL tanısı kondu. Yatışının 7. gününde ateşleri düşmeyen ve solunum yetmezliği helişen hasta yoğun-bakım ünitesine alınarak invaziv mekanik ventilasyona başlandı. PA akciğer grafisinde orta ve alt zonlarda non-homjen dansite artışı vardı. P. Carinii düşünülerek tedaviye trimetoprim+sulfametoksazol eklendi. Ateşlerin devam etmesi üzerine, 10. günde trimetoprim+sulfametoksazol kesilerek ampirik antifungal olarak amfoterisin B başlandı. 8. günde dounorubisin, vinkristin ve prednol ile faz I kemoterapiye başlandı. Hemoglobin %7gr, trombosit sayısı 20x10³ olacak şekilde gerektiğinde eritrosit ve trombosit süpsansiyonları verildi. 17. günde hastanın ateşlerinin devam etmesi üzerine ampirik olarak intravenöz asiklovir tedavisine başlandı. Asiklovir başlanmadan önce alınan kan örneklerinde anti-HSV tip I IgM(+) saptandı. Antiviral tedavi sonrası ateş dramatik olarak düştü. 20. günde imipenem+vankomisin tedavisi kesildi. Kan hücre sayımı normale dönen hastanın solunum yetmezliği tablosu da düzelenek 28. günde mekanik ventilasyondan ayrıldı. Yapılan kemik iliği biyopsisinde remisyon saptanan hasta kemoterapisinin devamı için dahiliye servisine gönderildi.

Tartışma: HSV reaktivasyonun lenfoproliferatif malignitelerde yüksek oranda görülebileceği bildirilmiştir.⁽¹⁾ İnfeksiyonlar, febril nötropenide mortalitenin önde gelen nedenidir. HSV'nin erken tanı ve tedavisinin önemli olduğunu gördük.

Kaynaklar: 1. Baglin TP, Gray JJ, Marcus RE, Wreghitt TG. Antibiotic resistant fever associated with herpes simplex virus infection in neutropenic patients with haematological malignancy. J Clin Pathol 1989;42:1255-1258.

P - 131

AKUT İSONIAZİD İNTOKSİKASYONU

S. UZMAN, K. İDİN, A. KOÇ, M. TOPTAŞ, T. U.
YANARAL, A. VAHAPOĞLU, G. BİCAN

HASEKİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, I. ANESTEZİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ/İSTANBUL

Giriş: İsoniazid(INH) tüberkülozun tedavi ve profilaksisinde yaygın olarak kullanılan bir drogdur. Akut INH intoksikasyonu, metabolik asidoz, tekrarlayan konvülsiyonlar ve komayla karakterizedir.⁽¹⁾ Suisit amacıyla INH alımı sonrası konvülsiyon, koma, metabolik asidoz ve rabdomyolizis gelişen bir olgumuzu sunduk.

Olgu: 21 yaşında erkek hasta ani gelişen bilinç kaybı, nöbet geçirme hikayesiyle acil servise getiriliyor. Şuur kapalı, nonkoopere, pupiller izokorik ve bilateral ışığa cevap var, Glasgow Koma Skoru(GKS) 8 idi. Spontan solunum var ve düzenli, kan basıncı 100/60mmHg, kalp hızı 116/dakikaydı. Maske oksijen altında arteriyel kan gazı (AKG) incelemesinde metabolik asidoz, laktat düzeylerinde artış gözlemlendi: pH:7.04, PO₂:193mmHg PCO₂:39mmHg, SO₂:%99.3, HCO₃:10.3mmol/L BE:-20.4, laktat:175. Hastaya uygun dozda NaHCO₃ replasmanı uygulandı. Hasta, intravenöz diazepam uygulanmasıyla düzelen generalize konvülsiyonun tekrarlaması üzerine yoğun bakım ünitemize alındı. Hasta geldiği andaki serum glukozununun 154 mg/dl, lökosit sayısının 20x10³/mm³ olması dışında rutin biyokimyasal, hematolojik incelemeleri ve kranyal tomografisi normaldi. Hastaya 2 aydır INH 300mg+rifampisin 600 mg ile tüberküloz tedavisi uygulanmaktaydı. Hasta yakınlarından, hastada bilinç kaybı ve nöbet gelişiminden 1 saat öncesinde bulantı-kusmalarının olduğu ve 4 saat öncesinde de ağız yoluyla ilaç alırken görüldüğü ancak önemsenmediği bilgisi alındı. INH intoksikasyonu düşünülerek 5gr piridoksin 10 dakika içinde infüzyonla verildi. Tedavi sonrası hastanın bilinci açıldı; oryante, koopere, GKS 15 ve AKG değerleri oda havasında pH:7.38, PO₂:96 mmHg PCO₂:41 mmHg, SO₂:%97.4, HCO₃:24.5 mmol/L BE:-0.5, laktat 17 idi. Serum transaminazları, laktat dehidrogenaz ve kreatin fosfokinaz düzeylerinde 3. gün pik yapan artışlar, tedrici olarak azalarak14. günde normal değerlere indi. 7 gün sonra taburcu edilerek kontrole çağrıldı. Kontrollerde hepatik ve renal yetmezlik görüldü.

Tartışma: INH'nın 1.2 gr kadar küçük dozlarının dahi akut intoksikasyona yol açabileceğini gördük. Sebebi bilinmeyen konvülsiyon ve metabolik asidozun varlığında INH intoksikasyonu gözönünde bulundurulmalıdır. Erken tanı, spesifik antidotu olan piridoksinle birlikte destekleyici tedavi ve yoğun-bakımda gözlem hayat kurtarıcıdır.

Kaynaklar: 1. Romero JA, Kuczler FJ Jr. Isoniazid overdose. Recognition and management. Am Fam Physician 1998; 57: 749-752.