

P-1

STEROİD VERİLEREK YARA İYİLEŞMESİ BOZULAN RATLARDA KARNİTİNİN KOLON ANASTOMOZU İYİLEŞMESİNE ETKİSİ

B. SOLGUN*, K. AYDINURAZ*, O. SAYGUN*, ÇE. DAPHAN*, O. ÇAĞLAYAN**, M. EDREMLİOĞLU***, F. AĞALAR*

* Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı,

** Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı,

*** Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizyoloji Anabilim Dalı, KIRIKKALE

Giriş: Kolon anastomoz kaçacağı önemli bir cerrahi komplikasyondur. Steroid kullanımı, yara iyileşmesini bozduğu için anastomoz kaçaklarını kolaylaştırır. Temel fonksiyonu, uzun zincirli yağ asitlerini mitokondri içine taşımak olan karnitin, steroid tarafından bozulmuş olan enerji metabolizmasını düzelterek anastomotik iyileşmeyi düzeltebilir.

Gereç ve Yöntem: Deney grupları sham(S) (on sıçan), metilprednizolon (MP) (on sıçan) ve metilprednizolon + karnitin (MPK) (on sıçan) şeklinde oluşturuldu. MP ve MP + K grubundaki ratlara 14 gün boyunca günlük 8 mg/kg intramusküler metilprednizolon verildi. MP + K grubundaki ratlara metilprednizolona ek olarak, 14 gün boyunca 100 mg/kg/gün intramusküler karnitin verildi. Yedinci günde tüm ratlarda sol kolon rezeksiyonu ve anastomoz yapıldı. Postoperatif 7. günde tüm ratlar sakrifiye edilerek anastomoz yapılan segmentte anastomoz patlama basıncı ölçüldü. Anastomozların hidrokspirolin düzeyi çalışıldı.

Bulgular: MP verilen ratlarda, anastomoz patlama basıncının sham grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğu görüldü ($p < 0.05$). MP + K grubundaki ratlarda, kolon patlama basıncının sham grubu düzeyine çıktığı ve MP grubundan anlamlı düzeyde yüksek olduğu izlendi ($p < 0.05$). Hidrokspirolin düzeyi için anlamlı fark izlenmedi. Doku yaş ağırlığı ve kuru ağırlık değerlerinin sham grubunda diğer iki gruptan daha yüksek olduğu, MP + K grubundaki değerlerin de MP grubundan daha yüksek olduğu izlendi ($p < 0.05$). Doku su yüzdesi değerleri sham grubunda daha düşüktü ($p < 0.05$). MP ve MP + K grupları arasında anlamlı bir fark olmadığı izlendi.

Sonuç: Yara iyileşmesi steroid verilerek bozulan ratlarda karnitin kullanımı, anastomoz patlama basıncını düzeltmektedir. Karnitinin metilprednizolon ile bozulan enerji metabolizmasını düzelterek bu etkiyi yarattığı düşünülebilir. Bunun yanında, karnitinin dokudaki glukokortikoid reseptörlerine bağlanması nedeniyle, MP'nin dokudaki etkilerini azalttığı ve bu reseptörleri kullanarak dokudaki matriks proteinlerinin sentezini artırdığı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Rat, kolon anastomozu, metilprednizolon, karnitin.

P-2

ZOR HAVA YOLUNDA TRANSTRAKEAL İĞNE VENTİLASYONU ve NEGATİF BASINÇLI PULMONER ÖDEM

Lale KARABIYIK, Atilla ALTINSOY

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, ANKARA

Giriş: Transtrakeal iğne ventilasyonu, acil durumlarda hipoksiyi düzeltmek amacıyla uygulanır. Hava yolu obstrüksiyonu devam ederken meydana gelen kuvvetli solunum çabası, intratorasik negatif basınç oluşturarak pulmoner ödemle sonuçlanır. Anestezi indüksiyonundan sonra entübe ve ventile edilemeyen olguda, uygulanan transtrakeal iğne ventilasyonu ve meydana gelen negatif basınçlı pulmoner ödem sunulmuştur.

Olgu: Otuz sekiz yaşında cerrahiye hazırlanan hava yolu değerlendirme sonucu Mallampati sınıf IV olan erkek hasta da zor entübasyon öngörüldü. Laringoskopik görünüm Cormack Lehane derece III olarak belirlendi ve entübasyon girişimi başarısızlıkla sonuçlandı. Bu sırada hızla düşen SpO_2 'nin maske ventilasyonu ile yükseltilememesi sonucunda acil iğneyle transtrakeal ventilasyon uygulandı. 15 L/dakika %100 O_2 uygulanarak SpO_2 'nin yükselmesi sağlanabildi. Bu sırada uyanan ve güçlü spontan solunuma çabası gösteren hastada, üst hava yolu obstrüksiyonu devam ederken iğne ventilasyonuna bağlı olası laringospazmı çözmek amacıyla hasta propofol ile yeniden uyutulmuş ve süksinilkolin verildi. Denenen kör entübasyon girişimi başarılı oldu ve iğne ventilasyonu sonlandırıldı. Operasyonu ertelenen hasta uyanınca ve spontan solunumu geri dönünce ekstübe edildi. Erken dönemde solunum sıkıntısı süren hastaya O_2 verilmeye devam edildi. Arter kan gazı analizinde hipoksemik ve hiperkapnik olduğu görülen hastanın akciğer grafisinde yaygın infiltrasyon belirlendi. Yüz maskesi ile CPAP uygulanarak O_2 verilen hastada, klinik ve radyografik iyileşme ilk 24 saatte gerçekleşti.

Tartışma ve Sonuç: Negatif basınçlı pulmoner ödem özellikle kısa ve kalın boyunlu orta yaş sağlıklı erkeklerde, üst hava yolu obstrüksiyonu gelişmesi sonucunda gelişmektedir. Ventilasyonu ve entübasyonu zor olan hastamız bu özelliklere sahipti. Ek olarak transtrakeal iğne yerleştirilmesi ve yüksek akımda oksijen verilmesi, işlemler sırasında uyanan ve spontan solunumu güçlü bir şekilde geri dönen hastamızda ek olarak laringospazma neden olmuş olabilir.

AKUT SOLUNUM YETMEZLİĞİNE NEDEN OLAN TİROİD NON-HODGKİN LENFOMASI

Hakan BULUŞ*, Ali COŞKUN*, Gülçin Güler ŞİMŞEK**, Servet GÜREŞÇİ**

* Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği,

** Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü, ANKARA

Giriş: Akut solunum yetmezliğine sebep olan birçok hastalık mevcuttur. Üst solunum yolu obstrüksiyonu oluşturan ve hava yolu invazyonu yapan hastalıklardan birisi de tiroidin non-Hodgkin lenfomasıdır. Tiroid lenfomaları çok nadir olarak görülmekte ve insidansı yaklaşık 100.000'de 0.5 oranında görülmektedir. Malign nedenlere bağlı, ilerleyici olarak artan üst hava yolu obstrüksiyonu, dispne, öksürük ve stridor oluşumuna neden olabilmekte ve sonuçta hastalarda hayatı tehdit eden ciddi solunum yetmezliği tablosu gelişebilmektedir. Amacımız nadir görülen, solunum yetmezliğine neden olan ve acil olarak ameliyata alınan 60 yaşında tiroid lenfomalı hastayı sunmaktır.

Gereç ve Yöntem: Son üç aydır boyunda progresif artan kitle, nefes darlığı, çarpıntı şikayetleri ile acil servise başvuran 60 yaşında kadın hasta. Anamnezinde başka bir hastanede tanısal amaçlı tiroid ince iğne biyopsisi yapıldığı ve sonrasında boyunda şişliğin arttığı öğrenildi. Bunun üzerine tiroid hematomu gelişmiş olabileceği düşünülerek boyun ultrasonografisi yapıldı. Ultrasonografik değerlendirmede tiroid sol lobda 10 cm çapında hematoma ile uyumlu olabilecek görünüm tespit edildi. Fizik muayenede genel durumu orta, ileri derecede dispnesi ve stridoru mevcuttu. Taşikardi ve takipne tespit edildi. Palpasyonda boyunun tamamını kaplayan sert ağrısız kitle izlendi. Medikal tedaviye rağmen hastanın solunum sıkıntısının geçmemesi üzerine hematoma ponksiyon ile aspire edildi. Aspirasyon birkaç kez denemesine rağmen başarılı olunamadı. Bunun üzerine acil boyun bilgisayarlı tomografisi çekildi. Tomografide trakeayı orta hat-tan laterale iten homojen dev kitle imajı izlendi. Solunum sıkıntısının artması üzerine acil operasyon planlandı. Operasyon sırasında entübe edilemediğinden laringoskopi ile entübe edildi. Eksplozasyonda tiroide yaklaşık 10 cm çapında kitle tespit edildi. Hastaya bilateral subtotal tiroidektomi yapıldı. Postoperatif patolojik difüz büyük hücreli lenfoma tanısı kondu. Postoperatif komplikasyon gelişmeyen hasta medikal onkolojiye sevk edildi.

Sonuç: Tiroid non-Hodgkin lenfoması çok nadir görülmektedir. Ancak ilk başvuru anında lokal ileri evre hastalarda invazyonun artarak ilerlemesi sonucu üst solunum yolu obstrüksiyonu yaparak akut solunum yetmezliğine neden olabilmektedir.

PIERRE ROBIN SENDROMUNDA HAVA YOLU YÖNETİMİ: LATERAL POZİSYONDA VENTİLASYON ve PARAGLOSSAL YAKLAŞIMLA ENTÜBASYON

Lale KARABIYIK, Fatma FAYDACI, Aysun Yıldız ALTUN

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Yoğun Bakım, ANKARA

Giriş: Pierre Robin sendromlu hastalarda; retrognati, mikrognati ve makroglossiye bağlı olarak ciddi hava yolu ve entübasyon zorluğuyla karşılaşılır [1,2]. Ayrıca, ekstübasyon sonrasında hipoksiye yol açan hava yolu obstrüksiyonları da görülebilmektedir.

Olgu: Daha önce Pierre Robin sendromu tanısı almış bir yaşındaki olgunun, doğumdan sonraki aylarda pediatrik yoğun bakım ünitesinde izlenirken iki kez solunum arresti meydana geldiği ve entübe edilemediği öğrenildi. Yarık damağa bağlı gelişen beslenme zorluğu nedeniyle vücut ağırlığı düşük olan hasta cerrahi onarım için planlandı. Olguda retrognati, mikrognati ve makroglossi belirlendi. Preoperatif değerlendirilmede hava yolu zorluğu (Mallampati Sınıf IV) öngörüldü. İnhalasyonla indüksiyon sağlandıktan sonra normal yüz maskesiyle hastanın ventilasyonunun sağlanmasında zorluk yaşandı. Uygun airway yerleştirilerek $SpO_2 > \%94$ tutulurken supin pozisyonunda orta hattan denenen normal laringoskopi başaramadı. Hasta sol lateral pozisyona alınarak hızla sağ paraglossal yaklaşımla laringoskopi sağlandıktan sonra kafli spiralli tüple hasta entübe edildi. Ekstübasyondan sonra olabilecek hava yolu obstrüksiyonlarına karşı önlem olarak, dil dikiş ile askıya alındıktan sonra ekstübe edildi.

Tartışma ve Sonuç: Pierre Robin sendromu olan hastalarda, üst hava yolu anatomisini oluşturan yapılardaki doğumsal bozukluklara bağlı olarak, hava yolu açıklığını ve entübasyonu sağlarken zorluklarla karşılaşılmaktadır. Bu zorlukları aşmak için, uyanık fiberoptik entübasyon, uyanık laringeal maske yerleştirilmesi, laringeal maskeden entübasyon, lateral pozisyonda ventilasyon ve paraglossal entübasyon gibi teknikler önerilmektedir [1,2]. Bu olguda supin pozisyonunda orta hattan sağlanamayan normal laringoskopinin ardından, lateral pozisyonda paraglossal yaklaşımla gerçekleştirilen laringoskopinin ardından endotrakeal entübasyon sağlanabilmektedir. Bu uygulamayla, büyük olan dilin üst hava yolundan uzaklaştırılabildiği kanısındayız.

Kaynaklar

1. Semjen F ve ark. Anaesthesia 2008;63:147.
2. Asai T ve ark. Paediatr Anaesth 2008;18:77.

P-5

TEDAVİYE CEVAPSIZ BRONŞİOLİTİS OBLİTERANS ORGANİZE PNÖMONİ: OLGU SUNUMU

Gamze UÇAR*, İsmail HANTA*, Emre KARAKOÇ, Gülsüm TEZÇAĞIRIR***

* Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı,

** Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı, ADANA

Kriptojenik organize pnömoni olarak da bilinen idiyopatik bronşiolitis obliterans organize pnömoni (BOOP) nadir görülen bir klinik sendromdur ve genellikle tedaviye iyi yanıt verir. Biz burada tedaviye yanıt vermeyip pnömomediastinum gelişen ve kaybedilen bir BOOP olgusu sunduk.

Olgu: Kırk yaşındaki erkek hasta ilerleyen nefes darlığı, öksürük ve ateş nedeni ile başvurdu. Gelişinde ateşi 39.5°C, nabız 124/dakika, kan basıncı 100/60 mmHg, solunum sayısı 28/dakika idi. Akciğerlerde bilateral alt zonlarda ralleri vardı. Tam kan sayımı, elektrolitleri, böbrek ve karaciğer testleri normal saptandı. ESR 15 mm/saat, CRP 52 mg/dL, prokalsitonin 0.32 ng/dL saptandı. Oda havasında PaO₂ 65 mmHg, PCO₂ 38 mmHg bulundu. ANA, RF, cANCA, HIV, klamidya, lejyonella ve mikoplazma serolojik testleri negatifti. Toraks bilgisayarlı tomografisinde bilateral konsolidasyonlar, hava bronkogramı ve buzlu cam manzarası görüldü. Ekokardiyografik inceleme normaldi. Bronkoskopik akciğer biyopsisinde BOOP ile uyumlu patolojik bulgular (alveolar boşluğun fibroblastik tıkaçlarla obliterasyonu ve tip 2 pnömosit hiperplazisi) saptandı. Mikrobiyolojik incelemeler negatifti. Metilprednizolon 1 mg/kg/gün başlanan hastanın tedavinin 10. gününde solunum sıkıntısı arttı. Çekilen kontrol toraks tomografisinde pnömomediastinum saptanan hasta yoğun bakım ünitesine nakledildi. Tedavisine siklofosamid eklenen hasta bir hafta mekanik ventilatörde takip edildikten sonra kaybedildi.

P-6

MUAVENET YOĞUN BAKIM BİLGİ SİSTEMİ: YOĞUN BAKIM KLİNİK KARAR DESTEK SİSTEMİ

Yusuf Alper KILIÇ*, Ahmet Bülent DOĞRUL***, Zekiye İlke KILIÇ**, Mehmet ÖZDOĞAN****, Mesut TEZ*******

* Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, ANKARA

** Bilgitay Çalışma Grubu, ANKARA

*** Muş Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, MUŞ

**** Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Cerrahi Kliniği, ADANA

***** Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 5. Cerrahi Kliniği, ANKARA

Yoğun bakım hastalıklarının ciddiyeti, yüksek tedavi maliyeti ve olanakların sınırlı olması nedeniyle, olanakların akılcı kullanılması ve tedavilerin nesnel verilere dayandırılması gereken bir alandır. Maalesef bu alanda ülkemiz gerçeklerini yansıtan yeterli veri bulunmamakta ve hemen tüm tedaviler ve planlamalar dış kaynaklı verilere dayanarak yapılmaktadır. Ayrıca yoğun bakımda hizmet kalitesinin niteliği ve nasıl iyileştirilebileceği de, tedavi sonuçlarının hastalık şiddeti ve mortalite beklentisine dayalı olarak değerlendirilmesini gerektirmektedir.

1996 yılından bu yana devam eden çalışmalarımız sonucunda geliştirdiğimiz Muavenet Yoğun Bakım Bilgi Sistemi, tasarımı ve klinik karar destek olanakları açısından bu konuda önemli bir deneyim edinmize ve bilgi toplamamıza yardımcı olmuştur. İnternet üzerinden açık erişimli ve çok dilli bir yapıda çalışan bu sistem gerek Türkiye’de, gerekse yurt dışındaki çok sayıda yoğun bakım tarafından kullanılmakta olup, sistem üzerinden bugüne kadar hemen tümü yayınlanmış ya da bildiri olarak sunulmuş 17 klinik araştırma yürütülmüştür.

Sistem yoğun bakım hastalarının hastalık şiddeti skorları ve mortalite beklentileri yanında, organ yetmezliği skorları, hemşirelik iş yükü ve yoğun bakımda kalış sürelerini de hesaplama kapasitesine sahiptir. Ayrıca, beslenme, pediatrik ve erişkin travma skorlaması, ventilatörden ayırma ve arteriyel kan gazı değerlendirmesi konusunda klinik karar desteği olanağı da sunmaktadır.

Bu sunumda bu akademik bilgi sisteminin geliştirilmesi, yaygınlaştırılması konusundaki deneyimlerimiz ve elde ettiğimiz sonuçlar paylaşılacaktır.

P-7**YOĞUN BAKIMDA YAPAY ZEKA UYGULAMALARI:
BİLGİTAY DENEYİMİ****Yusuf Alper KILIÇ***, Zekiye İlke KILIÇ**, Mesut TEZ*******

* Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı,

** Bilgitay Çalışma Grubu,

*** Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 5. Cerrahi Kliniği, ANKARA

Yoğun bakım, hastalıkların ciddiyeti, yüksek tedavi maliyeti ve olanakların sınırlı olması nedeniyle, olanakların akılcı kullanılması ve tedavilerin nesnel verilere dayandırılması gereken bir alandır. Yoğun bakım hastasının tedavisi ise birden fazla sistemin etkilenmesi, mekanik ventilatör gibi tedavi sürecinde kullanılan araçlar ile hasta arasındaki dinamik ilişkinin önemi ve veri yoğunluğu nedeniyle karmaşık ve hataya açık bir süreçtir. Bu süreçte klinik karar destek sistemlerinin kullanılması bu sorunları önemli ölçüde azaltabilir. Ayrıca deneyimli yoğun bakım personelinin sayıca yetersiz kalacağı olası afet durumları için bu sistemler son derece hayati önemdedir. Dünyada bu amaçla geliştirilen yazılımlar daha çok uzman sistemler temelindedir.

Bilgitay Çalışma Grubu'nun bu konuda yürüttüğü çalışmalar ile uzman sistemler, yapay sinir ağları ve bulanık mantık temelinde çalışan klinik karar destek sistemleri geliştirilmiştir. Bu sistemler ventilatörden ayırma, arteriyel kan gazı değerlendirme, beslenme gibi yoğun bakım tedavisinin önemli konularında gelişmiş klinik karar desteği sağlamakta olup, bir kısmı el bilgisayarlarında da çalışacak şekilde geliştirilmiştir.

Bu sunumda bu klinik karar destek sistemlerinin geliştirilmesi konusundaki deneyimlerimiz ve elde ettiğimiz sonuçlar paylaşılacaktır.

P-8**LÖKOSTAZ SENDROMU ile KOMPLİKE KRONİK
LENFOSİTİK LÖSEMİ HASTASINDA TERAPÖTİK LÖKOFEREZ****Alev AKYOL ERİKÇİ**, Hakan TEREKECİ*, Yaşar KÜÇÜKARDALI*, Özkan SAYAN**,
Fatih TANGİ*, Serkan ÇELİK*, Zeynep KARAEİL*, Ahmet ÖZTÜRK**, Çağatay ÖKTENLİ***

* GATA Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Servisi,

** GATA Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hematoloji Servisi, İSTANBUL

Seksen yedi yaşındaki kadın hasta, gastrointestinal sistem kanaması ile acil servise getirilmiştir. Mele-nası gözlenen hasta konfüzyon, derin anemi, solunum güçlüğü olması nedeniyle dahiliye yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Konjestif kalp yetmezliği ve diabetes mellitus komorbid durumları vardı. Fizik muayenede, arteriyel kan basıncı: 100/40 mmHg, nabız: 100 atım/dakika, solunum sayısı: 30/dakika, yaygın periferik lenfadenopati ve hepatosplenomegali mevcuttu. Laboratuvar olarak, hiperlökositoz ($600 \times 10^9/L$), anemi^h(hemoglobin: 6.4 g/dL), trombositopeni ($40 \times 10^9/L$), üre: 170 mg/dL, kreatinin: 3.5 mg/dL, LDH: 1600 IU/L, ürik asit: 11 mg/dL, arteriyel kan gazı incelemesinde hipoksemi, hiperkapni, akciğer grafisinde difüz bilateral alveoler infiltratlar saptandı. Klinik bulgular ve periferik yayma incelemesi ile kronik lenfositik lösemi (KLL) tanısı kondu. Solunum yetmezliği nedeniyle invaziv mekanik ventilasyon uygulandı. Hastaya toplam üç kez "Cell Separatör" ile lökoferez uygulandı. Lökosit sayısı $100 \times 10^9/L$ 'ye geriledi. Ayrıca hidrasyon, eritrosit süspansiyonu, trombosit süspansiyonu, antibiyoterapi, allopürinol, insülin, nütrisyon desteği uygulandı. Yatışının 8. günü hasta 10 saat T-tüpü tolere ettikten sonra ekstübe edildi. Hgb: 9.5 g/dL, üre: 140 mg/dL, kreatinin: 1.7, platelet: 60.109/L, 5 L/dakika nazal supplemental O₂ ile saturasyon %95, PaCO₂: 50 mmHg, PaO₂: 78 mmHg, solunum sayısı: 20/dakika, hemodinamisi stabil ve yer-zaman oryantasyonu vardı. Yaklaşık 24 saat sonra ani solunum güçlüğü ve bilinç bulanıklığı gelişen hasta tekrar entübe edildi, hemodinamik instabilite gelişti ve eksitus oldu. Aile otopsiyi kabul etmedi. Hastanın bu durumu masif pulmoner emboli olarak değerlendirildi.

Hücre sayısının fazla olduğu KLL olgularında, hücre sayısını düşürmek için lökoferez uygun bir işlemdir. Yaşlı hastalar da tolere edebilmektedir. Ancak lökostaz sendromlu hastalarda ciddi tromboembolik olaylar olabilir, destek tedavileri bakımından yakından izlenmelidir.

P-9

REKTAL KANAMALI HASTADA ŞİDDETLİ SEPSİSİ TAKLİT EDEN AKUT LÖSEMİ OLGUSU

Erdinç ÇETİNKAYA*, Ümit MALYA*, Nezih AKKAPULU*, Şafak AKIN**, Yusuf Alper KILIÇ*

* Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı,

** Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hematoloji Anabilim Dalı, ANKARA

Rektal kanama genel cerrahide sık rastlanılan bir klinik tablo olup, çoğunlukla hemoroid, divertikül ya da malignansiye bağlı kanama olarak ortaya çıkar. Sunacağımız olgu 10 yıldır ara ara olan rektal kanama yakınması ile başvuran ve divertikülozis koli saptanarak genel cerrahi kliniğine yatırılan 50 yaşında erkek hastadır. Her ne kadar hikayesi ve endoskopik bulguları uzun süreli bir soruna işaret etse de hastanın izleminde beklenmedik ölçüde hızlı bir kötüleşme olup hasta birkaç gün içerisinde çoklu organ yetmezliği, şiddetli sepsis ve septik şok tablosunda kaybedilmiştir. Bu dönemde yapılan görüntüleme yöntemlerinde hastanın kliniğini açıklayacak bulguya rastlanmamış olup, kan kültürlerinde üreme olmamıştır. Yapılan kemik iliği incelemesinde blastik hücre infiltrasyonu tespit edilmiş ve vakanın miyelodisplastik sendrom zemininde geliştiği düşünülen akut miyeloid lösemi olduğu sonucuna varılmıştır. Bu olgu sunumunda yoğun bakımda bu olgunun değerlendirme ve tedavi aşamaları ile rektal kanamanın ayırıcı tanısında hematolojik sorunların yeri tartışılacaktır.

P-10

PRON POZİSYONUNDA BAŞARILI BİR KARDİYOPULMONER RESÜSİTASYON (KPR) UYGULAMASI: OLGU SUNUMU

Şule AKIN, Anış ARİBOĞAN, Perran POYRAZ, Hatice Evren EKER, Hacer ÜLGER, Mesut ŞENER, Pınar ERGENOĞLU, Hatice İZMİRLİ

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, ANKARA

Giriş: Ani ve beklenmedik kardiyak arrest durumunda uygulanan KPR'nin pron pozisyonunda da efektif olabileceği bildirilmektedir. Sunumuzda tedavi amacıyla pron pozisyon uygulanan bir hastada ani kardiyak arrest nedeniyle gerçekleştirilen başarılı bir KPR aktarılacaktır.

Olgu Sunumu: Masif hemoptizi nedeniyle torakotomi uygulanan 28 haftalık gebe hastada postoperatif dönemde akut sıkıntılı solunum sendromu gelişti. Mekanik ventilasyon sırasında arteryel kan gazı değerlerinde dirençli hipoksi tablosunun ($PaO_2/FiO_2 < 200$) devam etmesi üzerine hastaya göğüs ve karın yastıkları ile korunarak pron pozisyonu verildi. Hemodinamik olarak stabil seyreden hastada pron pozisyonu takiben $PaO_2/FiO_2 > 200$ hale geldi. Yaklaşık 1 saat sonra hızı yavaş olan nabızsız elektriksel aktivite ile karakterize kardiyak arrest saptandı. Hastanın KPR'sine hemen pron pozisyonunda başlandı ve tanımlandığı biçimde sternum ortasına denk gelen torakal vertebralar üzerinden etkin göğüs kompresyonu (100 atım/dakika) ile ortalama arter basıncı > 60 mmHg olacak şekilde sistemik kan akımı sağlanabildi. Eş zamanlı olarak 1 mg adrenalin ve 3 mg atropin intravenöz uygulandı. Göğüs kompresyonu ve ventilasyon sürdürülürken her dört dakikada bir adrenalin (1 mg) tekrarlandı. Yaklaşık 15 dakikalık bir resüsitasyon süresi sonunda hastanın kalp atım hızı sinüs ritminde olacak şekilde hemodinamik stabilite sağlandı ve hasta KPR'nin başarısından emin olduktan sonra supin pozisyonuna çevrildi. Hastanın kardiyak arrest etyolojisinde pozisyona bağlı olası ani bir hipotansiyon veya hemoptiziye bağlı organize trombusların sebep olduğu hava yolu obstrüksiyonu düşünüldü. Hasta yaklaşık 3 haftalık bir süre sonunda salahlık ile gebeliğin devam edildiği koşullarda taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç: Hastamızın kardiyak arrest durumunda pozisyon değiştirmekle zaman kaybedilmeden etkin bir göğüs kompresyonuna başlanması ve doğru ventilasyon ve ilaç uygulamalarının eklenmesi ile pron pozisyonunda başarılı KPR için iyi bir örnek olabileceği düşünülmektedir.

P-11

MASİF PULMONER EMBOLİ SONUCU OLUŞAN KARDİYOPULMONER ARRESTTE RESÜSİTASYON SIRASINDA DOKU PLAZMİNOJEN AKTİVATÖRÜ UYGULANMASI: İKİ OLGU SUNUMU

Emre KARAKOÇ*, Mehmet ÜLKER**, Mustafa ŞAHAN***, Ferda KÖKSAL**

* Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı,

** Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı,

*** Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, İlk Yardım ve Acil Anabilim Dalı, ADANA

Masif pulmoner emboli sırasında kardiyopulmoner arrest gelişen hastalarda resüsitasyon sırasında fibrinolitik ajan kullanımının etkinliği bilinmemektedir. Burada resüsitasyon yapılırken doku plazminojen aktivatörü (tPA) uygulanan iki masif pulmoner emboli olgusu sunulmaktadır.

Olgu 1: Elli beş yaşında kadın hasta. On beş yıldır Tip 1 diabetes mellitus tanısı var. Altı aydır sol femoral vene takılmış Hickman kateter ile kronik hemodiyaliz programında izlenmekte. Ürosepsis nedeni ile yoğun bakımda izlenen hastada, takibinin 4. gününde o ana kadar hemodinamik ve solunum yönünden stabil seyrederken ani solunum yetmezliği gelişti. Yatak başı yapılan ekokardiyografide sağ ventrikülde dilatasyon görülen hastada akut pulmoner emboli düşünüldü. Hastanın hızla solunumu kötüleşerek kardiyopulmoner arrest gelişti. Kardiyopulmoner resüsitasyonla eş zamanlı tPA başlandı. Resüsitasyonun 45. dakikasında kardiyak aktivite başladı. Yirmi dört saat mekanik ventilatörde izlenen hasta ekstübe edildi. Nörolojik sekel saptanmadı.

Olgu 2: Altmış yaşında kolon kanseri nedeni ile onkoloji servisinde kemoterapi amacı ile yatan kadın hasta. Serviste ani solunum yetmezliği gelişmesi üzerine entübe edilerek yoğun bakıma indirildi. Gelişinde EKG’de nodal ritmi olan hastanın nabızları alınamıyordu. Yatak başı yapılan ekokardiyografide sağ ventrikülün ileri derecede dilate olduğu görüldü. Resüsitasyona başlanan hastaya masif pulmoner emboli tanısı ile tPA uygulandı. Bir saat sonunda resüsitasyona cevap veren hasta 18 saat mekanik ventilatörde izlendikten sonra ekstübe edildi. Nörolojik sekel saptanmadı.

Sonuç: Masif pulmoner emboli nedeni ile kardiyopulmoner arrest gelişen olgularda resüsitasyon sırasında tPA uygulanması yararlı olabilir.

P-12

KOLŞİSİN İNTOKSİKASYONU: OLGU SUNUMU

Hakan TEREKECİ, Fatih TANGI, Yaşar KÜÇÜKARDALI, Yalçın ÖNEM, Burak ŞAHAN,
Selim NALBANT, Cihan TOP, Çağatay ÖKTENLİ

GATA Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Servisi, Yoğun Bakım Ünitesi, İSTANBUL

Kolşisin gut artritinde ve ailesel Akdeniz ateşinde yaygın olarak kullanılmaktadır. İntoksikasyonu nadirdir ancak çoklu organ yetmezliği ve ölüm ile sonuçlanabilir. Erken dönemde gastrointestinal sistem belirtileri, 2. günden itibaren karaciğer, böbrek ve kemik iliği yetersizliği gelişebilir. Kilogram başına 0.5 mg’ın altındaki miktar minör, 0.5-0.8 mg/kg arası dozlar majör intoksikasyon, 0.9 mg/kg üzeri ise fatal doz kabul edilmektedir. İntihar amacıyla 25 mg kolşisin (0.6 mg/kg) oral alımından 6 saat sonra şiddetli bulantı kusma yakınması ile acil servise getirilen 27 yaşında kadın hasta rapor edilmiştir. Gastrointestinal sistem dışında sistemlerin bulguları normal idi. Gastrik lavaj ve aktif kömür (50 g) uygulandı. İkinci gün toksik hepatit, rabdomiyoliz, respiratuar alkaloz, nefropati (hematüri, proteinüri, glukozüri), 3. gün (trombositopeni 16.000/mm³) ve lökopeni (1400/mm³), koagülopati (protrombin zamanı 93 sn, INR 6), 4. gün anemi (Hgb 10 g/dL), vajinal kanama gelişti. Mevcut organ ve sistem tutumları ile multiorgan yetersizliği tanısı kondu. Yoğun bakım ünitesinde izleme alındı ve yoğun destek tedavisi uygulandı. Trombosit süspansiyonu (6 ünite) ve taze donmuş plazma verildi. Altıncı günde üriner infeksiyon (*Escherichia coli*) gelişti. İkinci hafta sonunda lökositoz ve hafif transaminaz yüksekliği, piüri dışında anormallik yoktu. Üçüncü hafta hasta klinik ve laboratuvar olarak iyileşti ancak hastada total alopesi gelişti. Sonuç olarak; kolşisin intoksikasyonları mutlaka hastanede yatırılarak izlenmelidir. Mümkün olan en kısa zamanda aktif kömür uygulanmalı, hemogram, karaciğer, böbrek fonksiyonları günlük olarak izlenmeli, infeksiyonlara yatkınlık oluştuğu bilinmelidir.

P-13

KARACİĞER YETMEZLİĞİ GELİŞEN MANTAR ZEHİRLENMESİNİN PLAZMA DEĞİŞİMİ ile BAŞARILI TEDAVİSİ

Özlem TOR*, Benan BAYRAKÇI**

* Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi,

** Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, ANKARA

Giriş: Mantar zehirlenmeleri, yüksek mortaliteye sahip olduklarından erken tanınıp uygun tedavi edilmeleri gerekmektedir. Tedavide son yıllarda gastrik lavaj, aktif kömür, penisilin G, silibilin, K vitamini, N-asetilsistein gibi tedavi seçenekleri sık kullanılmaktadır ve hafif olgularda yeterli olabilmektedir, fakat toksik doz alımlarını takip eden ağır vakalarda bu tedaviler yetersiz kalıp, toksinlerin kandan ekstrakorporeal diyalitik yöntemlerle uzaklaştırılması gerekmektedir.

Bu çalışmada, mantar tüketimini takiben ağır karaciğer yetmezliği gelişen ve plazma değişimi (PD) yöntemi ile tamamen düzelen olgu sunulacaktır.

Olgu Sunumu: Daha önce önemli şikayeti olmayan 10 yaşındaki kız hasta, dağdan topladıkları, ağaçta yetişen siyah renkli bir tür mantarı yedikten 6 saat sonra kusmaya başlamış. Yedi-sekiz kere kusması, beraberinde bol sulu ishali, yaklaşık 1 saat süren baygınlığı olmuş. Kusma ve ishali ertesi gün artarak devam eden hasta 48. saatte hastaneye başvurmuş. Benzer şikayetlerin ailenin diğer üç ferdiinde de olması üzerine mantar zehirlenmesi düşünülen hastaya aktif kömür verildikten sonra ileri tetkik ve tedavi için yoğun bakım ünitesine yatırılmış. Genel durumu orta, bilinci açık, sistemik ve nörolojik muayenesi normal olan hastanın bakılan CBC, elektrolit, böbrek fonksiyon parametreleri, kan gazları normal sınırlarda fakat; ALT 618 U/L (< 41 U/L), AST 650 U/L (< 37 U/L), ALP 314 U/L (6-61 U/L), LDH 1096 U/L (< 270 U/L), PTZ 26.6 sn (11-15 sn), INR 2.34 (0.8-1.2), aPTT 33.6 sn (20-30 sn) olarak yüksek bulunmuş. ALT 9960 U/L, AST 9490 U/L, ALP 325 U/L, LDH 13.900 U/L, INR 3.62, PTZ 44.59 sn, aPTT 36.5 sn olması üzerine hastaya Pen G, Kvit, TDP ve dopamin infüzyonu başlanmış. Karaciğer enzimleri ve kanama parametreleri gitikçe bozulan hasta karaciğer transplantasyonu ihtiyacı olabileceği düşünülerek Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesine sevk edilmiş. Zehirlenmenin 72. saatinde Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesine geldiğinde ALT 9960 U/L, AST 10.420 U/L, ALP 397 U/L, INR 3.5, aPTT 37 sn bulundu. Hastaya Kvit, Laktaloz, Pen G ve aktif kömür tedavileri verildi ve aralıklı olarak bu tedaviler tekrarlandı. Uygun tetkiklerle hastada eşlik edebilecek viral hepatitler, Wilson hastalığı, antitripsin eksikliği, otoimmün hepatitler ekarte edildi. Karaciğer enzimleri çok yüksek seyreden hastaya zehirlenmenin 96. saatinde TDP ile PD yapıldı. Değişim sonrası bakılan parametrelerinde belirgin düzelme gözlemlendi (ALT 1944 U/L, AST 482 U/L, ALP 192 U/L, LDH 45 U/L, INR 1.71, aPTT 31 sn).

Beşinci gün karaciğer enzimlerinde tekrar yükselme olması nedeniyle PD tekrarlandı. Hasta 10. gün şifayla taburcu edildi.

Tartışma: Mantar zehirlenmelerine bağlı karaciğer yetmezliğinin mortalitesi yüksektir ve erken müdahale edilmezse karaciğer transplantasyonu tek tedavi seçeneği olmaktadır. PD'nin etkinliği henüz geniş kontrollü çalışmalarla gösterilememiştir, ancak etkin olabilmesi için; toksinin etkili klerens aralığı, yüksek proteine bağlanma özelliği ve düşük dağılım hacmi (Vd) olması gerektiği düşünüldüğünde, mantar zehirlenmelerinde PD oldukça etkili bir tedavi potansiyeli taşımaktadır. Toksini ve oluşan sistemik inflamatuvar mediatörleri plazmadan temizleyip, ağır organ hasarını önlemektedir.

Sonuç: PD yöntemi, ağır karaciğer yetmezliği ile giden mantar zehirlenmelerinde etkin bir tedavi yöntemidir.

P-14**FEMORAL KATETER GİRİŞİMİ SIRASINDA SUPRA VENTRİKÜLER TAŞIKARDİ GELİŞEN BİR OLGU****Ayşe Berna ANIL, Münevver YILDIRIMER, Aysun KAYA,
Murat ANIL, Önder YAVAŞCAN, Nejat AKSU**

SB Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Kliniği, İZMİR

Santral venöz kateterler kritik hasta çocukların yönetiminde önemli rol oynamakla birlikte, çeşitli komplikasyonlara yol açabilmektedir. Bu yazıda, femoral kateter girişimi sırasında supra ventriküler taşikardi (SVT) gelişen bir olgu nadir görülmesi nedeniyle sunulmaktadır.

Olgu: Septik şok tanısıyla çocuk yoğun bakım servisimizde izlenen 5 yaşında erkek olgu. Özgeçmişinden serebral palsili olgunun, epilepsi tanısı aldığı ve ventrikülo-peritoneal şantının bulunduğu öğrenildi. Kabulünde bilinç kapalı [Glaskow Koma Skalası (GKS): 8], ağırlık: 22 kg (75-90 p), boy: 115 cm (25-50 p), kalp tepe atımı (KTA): 187/dakika, solunum sayısı (SS): 62/dakika, kan basıncı (KB): 90/46 mmHg, kapiller dolun zamanı (KDZ) > 3 saniye idi. Olgu yoğun sıvı tedavisine rağmen şok bulgularının devam etmesi üzerine entübe edilerek mekanik ventilatöre bağlandı. İnotrop tedavisi başlanan hastada acil koşullarda seldinger yöntemi ile 5 F, 13 cm, çift lümenli sağ femoral kateter takılırken kılavuz telin yerleştirilmesi sırasında SVT gelişti. Derhal intravenöz yoldan 0.1 mg/kg dozunda adenozin uygulandı ve hasta hemen normal sinüs ritmine döndü. Santral venöz kateteri başarıyla takılan hastanın ekokardiyografisi normal olarak değerlendirildi. Yirmi bir gün santral venöz kateterli olarak izlenen olguda katetere ait başka bir komplikasyon gelişmedi. Olgu 30 gün çocuk yoğun bakım izleminden sonra bazal durumunda taburcu edildi.

Sonuç olarak, çocuk yoğun bakım bilim dalının gelişimi ile çocuklarda artan bir şekilde uygulanan seldinger metodu ile santral venöz kateter girişimleri sırasında SVT görülme olasılığı mutlaka akılda tutulmalıdır.

P-15**SANTRAL VENÖZ KATETERİZASYON SONRASI GÖRÜLEN BROCA AFAZİSİ****Hakan BULUŞ, Ali COŞKUN, Salih TUNCAL**

Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, ANKARA

Amaç: Santral venöz kateterizasyonların günümüzde önemli bir yeri ve yaygın bir uygulama alanı vardır. Hemodiyaliz, hemodinamik monitörizasyon, parenteral beslenme ve majör cerrahi girişim öncesi santral venöz kateterizasyon uygulanmaktadır. Santral venöz kateterizasyon için genellikle subklavyan ve internal juguler ven tercih edilmektedir. Biz majör cerrahi girişim öncesi internal juguler venöz kateterizasyon uygulanan ve ameliyat sonrası dönemde Broca tipi afazi gelişen literatür de bildirilmemiş 60 yaşında bir olgu sunduk.

Gereç ve Yöntem: Karında şişlik, ağrı şikayeti olan 60 yaşında kadın hasta. Anamnezinde şikayetlerinin uzun süredir olduğunu öğrendiğimiz hastanın fizik muayenesinde epigastrik bölgede sert ağrısız kitle palpe edilmekteydi. Hastanın çekilen abdominal bilgisayarlı tomografisinde karaciğer sağ lopta 19 x 15 x 10 cm çapında çevre dokuları baskılayan, kistik kitle imajı izlendi. Kist hidatik aglutinasyon testi pozitif olan hasta opere edilmek üzere preoperatif hazırlandı.

Ameliyat odasında genel anestezi uygulandıktan sonra cerrahi öncesi hemodinamik monitörizasyon ve damar yolu amacıyla santral juguler kateter açılması planlandı. Ancak uygun pozisyon verildikten sonra altı defa ponksiyon yapıldıktan sonra kateter takılabildi. Bu uygulama sırasında birçok kez arteryel ponksiyon yapıldı ve hematoma gelişti. Ameliyat sonrası cerrahi yoğun bakımda takip edilen hastanın 5. saatte konuşulanları anladığı fakat konuşamadığı fark edildi. Nörolojik muayenesinde Broca tipi afazi olduğu anlaşılan hastaya acil kranial bilgisayarlı tomografi çekildi. Sol hemisferde yaygın olmayan akut iskemiyle uyumlu görünüm izlendi. Karotislere yönelik yapılan doppler ultrasonografide lümeninde %55 tıkanıklık olduğu rapor edildi. Arteryel ponksiyon sırasında aterom plağından emboli sonucu Broca afazisi gelişen hastanın takiplerinde giderek afazinin düzeldiği izlenmiştir.

Sonuç: Günümüzde birçok kullanım alanı olan santral venöz kateterizasyon girişimlerinin beraberinde bazı komplikasyonlara neden olabileceği bilinmektedir. Bu komplikasyonlar bazen ciddi boyutlara ulaşabilmektedir. Bunlardan birisi de yanlışlıkla arteryel ponksiyon sırasında gelişebilen embolilerdir. Böyle bir komplikasyonun erken fark edilmesi tedavinin başarısını artırmaktadır.

P-16

KANAMALI YOĞUN BAKIM HASTALARINDA SANTRAL VENÖZ KATETERİZASYON SIRASINDA YANILTICI BİR YANLIŞ YERLEŞTİRME KOMPLİKASYONU

Şule AKIN, Anış ARIBOĞAN, Perran POYRAZ, Meltem AÇIL, Oya YALÇIN ÇOK, Pınar ERGENOĞLU, Aysun KOÇUM

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, ANKARA

Giriş: Yoğun bakım ünitelerinde santral venöz kateter uygulamasına bağlı komplikasyonlar önemli bir problemdir. Olgu sunumumuzda santral venöz kateterin damar dışına yerleştirildiği kanama kliniği mevcut üç hasta aktarılmaktadır.

Olgu 1: Mitral kapak replasmanı mevcut olup antikoagülan kullanan hasta intraabdominal kanama nedeniyle takibe alındı. INR değeri yüksek (> 6) olan hastanın femoral venden santral kateterizasyonuna karar verildi ve 3-lümenli kateter tüm hatlarından venöz kan aspire edildiği koşullarda tespit edildi. Ancak hastaya santral yoldan uygulanan ilaçlarla sedasyon ve paralizisi sağlanamadığı ve transfüzyon sırasında intraabdominal distansiyonun arttığı dikkat çekti. Santral kateter subklavyan vene taşındı, daha sonra laparotomi sırasında femoral kateterinin batın içerisinde olduğu belirlendi.

Olgu 2: Akut pankreatit mevcut hasta ileri sepsis ile yoğun bakım ünitesine kabul edildi. Mekanik ventilasyon uygulanan hastada anemi, trombositopeni ve koagülopati mevcuttu. Hastanın batın tomografisinde serbest sıvıdan söz edilmekte idi. Santral kateterizasyon planlanan hastaya femoral ven yoluyla tüm kanüllerden kan aspire edildiği koşullarda 3-lümenli kateter yerleştirildi. Ancak hastaya santral yoldan uygulanan ilaçlarla sedasyon ve paralizisi sağlanamadığı, sıvı tedavisi ve transfüzyonla intraabdominal gerginliğin arttığı saptanınca santral yol internal juguler vene taşındı ve tedavinin etkin hale gelmesi üzerine kateterin intraabdominal boşlukta olduğu kabul edildi.

Olgu 3: Masif hemotoraks nedeniyle başka bir merkezde toraks dreni konulan ve aynı hemitorakstan subklavyan venden santral venöz kateter yerleştirilen hastada kan aspire edilmesine rağmen sedasyon ve paralizisi sağlanamayınca femoral ven kateterizasyonu yapıldı ve kateterden toraks içi kanamanın aspire edildiğine karar verildi.

Tartışma ve Sonuç: Özellikle kanamalı hastaların santral venöz kateterizasyonda lümenlerden venöz kan aspirasyonunun tek belirleyici olamayabileceği ultrasonografik değerlendirme gibi yol göstericilerin hata şansını minimuma indirebileceği kanısına ulaşıldı.

P-17**İNTRAUTERİN RİVANOL KULLANIMINA BAĞLI GELİŞEN AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİ: BİR OLGU SUNUMU****Mehmet Ali Nahit ŞENDUR*, Işlay KALAN*, Cengiz ŞABANOV**,
Begüm ERGAN ARSAVA***, Arzu TOPELİ İSKİT*****

* Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı,

** Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı,

*** Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yoğun Bakım Ünitesi, ANKARA

Giriş: Gebeliğin geç dönemlerinde gebeliğin sonlandırılması amacıyla kullanılan güvenli ilaçlar vardır. İntrauterin rivanol (ethacridine lactate) intraamniyotik ve ekstraamniyotik yolla kullanılabilen, kullanımı misoprostole oranla daha fazla deneyim gerektiren, terminasyon amacıyla kullanılan bir antiseptik ajandır. İntrauterin rivanol uygulamasının yan etkileri vajinal prostaglandinlerin yan etkilerinden daha azdır, ancak uygulama güçlüğü (servikal manipülasyon, foley kateter kullanımı) nedeniyle daha az kullanılmaktadır. İntrauterin rivanol genellikle güvenli bir ilaç kabul edilmekle birlikte, endometriyumdan sistemik emilimine bağlı olarak çok nadir karaciğer toksisitesi ve akut böbrek yetmezliği gelişebilmektedir. Literatürde Rusya'dan 1960 yıllarında intrauterin rivanol kullanımı sonrası gelişen beş akut böbrek yetmezliği vakası bildirilmiş, İngilizce literatürde ise rivanole bağlı karaciğer toksisitesi ve böbrek yetmezliği gelişimi şu ana kadar bildirilmemiştir.

Olgu: Kırk yaşında kadın hasta, 18 haftalık down sendromu saptanan fetusun terminasyonu amacıyla kadın doğum kliniğine başvurdu. Hastaya 4 gün boyunca 12 saatte bir 400 µg misoprostol vajinal yolla verildi. Vajinal misoprostol ile terminasyon gerçekleşmeyince, hastaya foley kateter yolu ile ekstraamniyotik 180 cc %0.1 konsantrasyonda rivanol verildi. Sonrasında ateş, taşikardi ve hipertansiyon gelişti. Kreatinin değeri 12 saatte 0.6'dan 3.75 mg/dL'ye, kan üre nitrojen (BUN) değeri 12'den 32 mg/dL'ye ve transaminazları da beş kat yükseldi. İzlemde oligüri gelişmesi üzerine 16. saatte acil histerotomi uygulanarak terminasyon yapıldı. Uterin rüptür ve ölü fetus saptanmadı. Hasta histerotomi sonrası iç hastalıkları yoğun bakım ünitesine kabul edildi. Yapılan renal ultrasonografide bilateral böbrek boyutlarında ve ekojenitesinde artış saptandı ve obstrüksiyon ile uyumlu bulgu saptanmadı. Yapılan renal arter ve ven dooplelerinde de renal arter stenozu ve renal ven trombozu ile uyumlu bulgu saptanmazken, akut böbrek hasarı ile uyumlu bulundu. Hastaya yapılan diüretik renogramda ise bilateral ekskresyon kapasitesi ile böbreklerin kanlanması belirgin azaldığı tespit edildi. Anüri gelişmesi ve 24. saatte kreatinin ve BUN değerlerinin progresif olarak yükselmesi üzerine hasta hemodiyalize alındı. İzlemde sepsis veya başka açıklayıcı bir neden tespit edilemeyen ve kültürlerinde üreme olmayan hastanın karaciğer fonksiyon testleri 5. günde tamamen düzeldi. Dört hafta sonunda hasta toplam 9 kez hemodiyalize alındı. İdrar çıkışı artan hastanın kreatinin değeri 1.7 mg/dL, BUN değeri ise 23 mg/dL'ye kadar geriledi. Sonrasında hemodiyaliz ihtiyacı olmadı.

Sonuç ve Tartışma: Bu olgu birkaç yönü ile dikkat çekmektedir. Nadir olarak kullanılan intrauterin rivanol sonrası karaciğer toksisitesi ve akut böbrek yetmezliği gibi istenmeyen yan etkilerin gelişebileceğinin bilinmesi gerekmektedir. Akut böbrek yetmezliği gibi bir tablonun erken fark edilip erken renal replasman tedavisinin başlanması morbidite ve mortaliteyi belirgin olarak azaltmaktadır. Bu nedenle erken tanı önemlidir. Rusya'da 1963 yılında yayınlanan bir derlemede intrauterin rivanol uygulanan 5 hastada akut böbrek yetmezliği gelişmiş, 1'inde konservatif tedavi ile böbrek fonksiyonları 18. günde düzelmiştir. Diğer 4 hasta hemodiyaliz ile tedavi edilirken, 3 hastanın böbrek fonksiyonları düzelmiş, 1 hasta ise eksitus olmuştur.

Kaynak

1. Pytel' Aİa, Lopatkin NA, Kuchinskii IN. Acute renal insufficiency associated with intrauterine retromembranous administration of rivanol for the interruption of pregnancy and its treatment with hemodialysis. Akush Ginekol (Mosk) 1963 May-Jun;39:5-9.

P-18

HEMOFAGOSİTİK SENDROM ve FULMİNAN HEPATİT ile SEYREDEN NEDENİ BİLİNMEYEN ATEŞ OLGUSU: ERİŞKİN STILL HASTALIĞI

Emrullah SOLMAZGÜL*, Emrah KILIÇASLAN*, Nurittin ARDIÇ**, Özkan SAYAN***, Alev ERIKÇİ***, Hakan ÇERMİK****, Haldun ULUUTKU*****, Selim NALBANT*, Yaşar KÜÇÜKARDALI*****

- * GATA Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları,
** GATA Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Mikrobiyoloji,
*** GATA Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hematoloji,
**** GATA Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji,
***** GATA Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi
***** GATA Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, D.Yoğun Bakım, İSTANBUL

Erişkin Still hastalığı (ESH), etyoloji ve patogenezi bilinmeyen, poliartrit, intermittan yüksek ateş ve tipik cilt döküntüleri ile karakterize sistemik inflamatuvar bir hastalıktır. ESH çok ender olarak hemofagositik sendrom (HFS) veya fulminan hepatit olarak kendini gösterebilir. Biz bu yazıda, nedeni bilinmeyen ateş olarak takip edilip, ateş, eklem ağrıları, hepatosplenomegali, pansitopeni ile araştırılırken HFS olduğu patolojik olarak saptanan ve tanı ve tedavi aşamasında splenektomi uyguladığımız 23 yaşında bir erkek hastayı sunduk. On beş gündür gece ateşi, hepatosplenomegali ve hafif derecede pansitopenisi olan hastada ilerleyen günlerde transaminaz yüksekliği, hipoalbuminemi gelişti. Viral ve otoimmün panel, RF, normal bulundu. Kültürlerde üreme olmadı. Hastaya ESH tanısı kondu (2 majör, 3 minör kriter). Karaciğer biyopsisinde submasif nekroz, aktivite indeksi 18/18 saptandı. Ferritin 9000 nm/mL bulundu. Pansitopeni derinleşince splenektomi yapıldı. Karaciğer ve dalakta ilave olarak hemofagositoz saptandı. HFS yüksek ateş, sitopeni, hepatosplenomegali, karaciğer fonksiyon bozukluğu, hiperferritinemi, koagülopati ve kemik iliği ya da retikuloendotelial sistemde hemofagositoz ile karakterize klinik bir tablodur. Etiyolojisinde maligniteler, infeksiyon ve otoimmün hastalıklar vardır. Metotreksat, azotiopürin ve immünglobulin tedavisi yapıldı. Pansitopeni düzeldi. Ancak 20 gün sonra hasta septik şoktan kaybedildi. HFS veya fulminan hepatit varlığında ESH daha mortal seyrettiğinden, agresif tedavinin daha erken uygulanmasının uygun olacağı düşünüldü.

P-19

DİLATE KARDİYOMİYOPATİ HASTASI ÇOCUKTA KARDİYAK TRANSPLANTASYONA GEÇİŞ DÖNEMİNDE LEVOSİMENDAN KULLANIMI

Benan BAYRAKÇI*, Murat ŞAHİN**, Selman KESİCİ***

- * Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi
** Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Pediatrik Kardiyoloji,
*** Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, ANKARA

Giriş: Dilate kardiyomyopati çocuklarda en sık kardiyomyopati nedenidir. Dilate kardiyomyopati tanısı alan çocuklarda yoğunlaştırılmış konvansiyonel medikal tedavilere rağmen kalp transplantasyonu son tedavi opsiyonudur. Fakat transplantasyona kadar geçen süre uzun olduğu için hastalar inotropik desteğe ihtiyaç duyar. İnotropik destek amaçlı verilebilecek ilaçlar içerisinde kalsiyum hassaslaştırıcılarından levosimendan kullanılabilir. Bu çalışmada son dönem kalp yetmezliği tablosunda olan, kardiyak transplantasyon bekleyen ve levosimendan tedavisi ile kardiyak fonksiyonları iyileşen bir çocuk olgu sunulacaktır.

Olgu Sunumu: Bir buçuk yaşından beri bronşiyal astım tanısıyla izlenen hasta 3.5 yaşında iken solunum sıkıntısı nedeniyle dış merkezde hastaneye yatırılan hastaya dilate kardiyomyopati tanısı konulmuş. Ayaktan medikal tedavi ile izlenen hastanın izlemde kalp yetmezliği belirginleşti ve hastanemize yatırılıp destek tedavilere başlandı. Kardiyak transplantasyon kararı alınan hastanın dopamin ve dobutamin tedavileri altında kardiyak fonksiyonları bozulmaya devam etti. Hastaya levosimendan tedavisi verildi ve kardiyak fonksiyonlarında düzelmeye kaydedildi. Levosimendan tedavisi sonrası hastanın miksed venöz saturasyonu %33.8'den %52'ye, kardiyak indeksi 1.5'ten 2.7'ye, laktatı 3.3 mg/dL'den 1.5 mg/dL'ye, BNP'si 3750 pg/mL'den 2400 pg/mL'ye değişti. Hastanın kardiyak fonksiyonlarındaki bu düzelmeye 3 hafta süresince devam etti ve ek inotropik destek ihtiyacı azaldı. Kardiyak transplantasyon bekleyen hastada izlemde pnömoni gelişmesi üzerine hasta mekanik ventilatöre bağlandı ve kaybedildi.

Tartışma: Levosimendan daha önce erişkinlerde kardiyomyopatide faydalı olduğu gösterildiği, ATP duyarlı K⁺ kanallarını açarak koroner vazodilatasyon ve kalpte ön-art yük azalması sağladığı, hücre içi kalsiyum artışına bağlı hücre zedelenmesine yol açmadığı, sistemik ve pulmoner damar basıncını azalttığı, konvansiyonel inotropiklerden farklı olarak oksijen tüketimini, aritmojenik etkiyi ve nörohormonal aktiviteyi artırmadığı için çocuk hastalarda kullanılabilir. Levosimendanın çocuklarda kullanımı ile ilgili olarak az sayıda vaka sunumu şeklinde hasta bildirilmiş. Levosimendan dikkatli kullanıldığında ve olası yan etkileri iyi bilindiğinde kalp transplantasyonu geçiş döneminde çocuklarda kullanılabilir.

P-20**CİDDİ TRAVMA HASTASININ YOĞUN BAKIM SÜRECİNİ
KOMPLİKE EDEN SORUNLAR: OLGU SUNUMU****Ümit MALYA, Erdinç ÇETİNKAYA, Nezih AKKAPULU, Yusuf Alper KILIÇ, Ömer ARAN**

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, ANKARA

Travma özellikle genç nüfusu etkileyen, bu yolla potansiyel üretken yaşam süresi üzerinde olumsuz etkileri olan, önlenebilir bir toplumsal sağlık problemidir. Özellikle ciddi travma hastasının tedavisi gerek ilk müdahale ve cerrahi tedavi, gerekse yoğun bakım sürecinde karmaşık ve beklenmedik sorunları beraberinde getirir. Bu sorunların tanısının konmasında zaman zaman önlenebilir gecikmeler ortaya çıktığı gibi, birtakım sorunlar ise başlangıçta hiç bulgu vermeyebilir. Bu nedenle bu hastaların tedavisinin deneyimli bir ekip tarafından ve multidisipliner bir yaklaşımla yürütülmesi gerekir.

Araç içi trafik kazası sonrası dış merkezde ameliyat edildikten sonra hastanemize sevkedilen ve devam eden intraabdominal kanama nedeniyle tekrar ameliyata alınan hastamızda, karaciğer yaralanması yanında, orta kolik damarların koptuğu, buradan kanama olduğu ve transvers kolonun tamamen devaskülarize olduğu görülerek, rezeksiyon, uç kolostomi, mukoz fistül uygulanmış, hastanın yoğun bakımda izlemi sırasında genel durumu kötüleşmiş, çekilen torakal tomografide aort rüptürü olduğu görülerek stent konmuştur. Hastanın ventilatörden ayrılma süreci uzamış, iki kez tekrardan entübe edilmesi gerekmiş, yapılan bronkoskopide subglottik daralma tespit edilerek trakeostomi açılmıştır. Ayrıca hastanın uzun süreli immobilizasyon nedeniyle fizyoterapi görmesi gerekmektedir.

Bu sunumda bu sorunların ne ölçüde öngörülebileceği ve nasıl önlenebileceği olgu üzerinden tartışılacaktır.

P-21**YOĞUN BAKIM İNFEKSİYONLARI ve HEMŞİRENİN ROLÜ****E. SARIKAPLAN, Y. VAROL**

Isparta Devlet Hastanesi, İnfeksiyon Kontrol Komite Hemşiresi, ISPARTA

Amaç: Hastane infeksiyonları, yoğun bakım ünitelerinde, morbidite ve mortalitenin artmasına, hastanın hastanede yatış süresinin uzamasına ve tedavi maliyetinin artmasına neden olan en önemli faktörlerdendir. Hastane infeksiyonu insidansı diğer servislere oranla %5-10 kat daha fazladır. Hastanın altta yatan hastalıklarının fazla olması, sıklıkla nozokomiyal pnömoni, bakteriyemi gibi ciddi infeksiyonların gelişmesi nedeniyle yoğun bakım ünitelerinde kazanılan infeksiyonların hem mortalitesi hem de tedavi maliyeti çok yüksektir. Bu nedenle yoğun bakım ünitesinde infeksiyon izlemi ve kontrolü büyük önem taşımaktadır.

Yoğun bakım infeksiyon oranı hasta bakımındaki kalitenin en önemli göstergesidir. Yoğun bakım hemşiresi; hasta-ya en etkili ve aynı zamanda en ekonomik bakımı verirken, gereken standartlara uygun koruma ve kontrol yöntemlerini iyi bilen ve deneyimi ile hayata geçirip, pratik olmayı bilir.

Bu çalışmada Isparta Devlet Hastanesinin 5 yataklı yoğun bakım ünitesinde 2007 yılında yatırılan hastalarda gelişen hastane infeksiyonlarının ve etkenlerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve metot: İnfeksiyonları klinik ve laboratuvar verilerine dayalı aktif prospektif sürveyans yöntemi ile izlenmiştir. Veriler infeksiyon kontrol komite hemşireleri tarafından hastane infeksiyon izlem formuna kaydedilmiş ve infeksiyon hastalıkları konsültan hekimi tarafından "Centers for Diseases Control and Prevention (CDC)" kriterlerine göre hastane infeksiyon tanıları konulmuştur.

Bulgular: 2007 yılında yoğun bakım ünitesine yatan 314 hastanın 32'sinde hastane infeksiyon odağı saptanmıştır. Buna göre;

VIP hızı: %18

VIP oranı: %0.6

Santral venöz kateter hızı: %14.4

SVK oranı: %0.5

Üriner sistem infeksiyon hızı: %1.5

ÜK oranı: %0.99

Yoğun bakım ünitesi HE hızı: %9.2

Yoğun bakım ünitesi HE insidans dansitesi: %21.6

Sonuçlar: Bu verilere göre yoğun bakım ünitesindeki ventilatörle ilişkili pnömoni (VIP) infeksiyonuna yönelik önlemler gerekmektedir.

NOZOKOMİYAL İNFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİNDE YOĞUN BAKIM HEMŞİRESİNİN ROLÜ

Sevilay YÜCEER, Sevil GÜLER DEMİR

Gazi Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, ANKARA

Hastaneye yatan hastaların sadece %5-10'u yoğun bakım ünitelerinde tedavi görmektedir. Buna karşın hastanelerde görülen nozokomiyal infeksiyonların yaklaşık %20-25'i bu ünitelerde gelişmektedir.

Yoğun bakım ünitelerinde nozokomiyal infeksiyon oranlarının yüksek olmasında pek çok faktör etkilidir. Üniteye yatan hastanın yaşı, bağışıklık durumu, beslenmesi, kullandığı ilaçlar, metabolik hastalıkları, sıvı-elektrolit dengesizlikleri hasta ile ilgili faktörler arasında yer almaktadır. Bunun yanı sıra hastanın üniteye kabul edilmesiyle birlikte invaziv girişimlere ve yoğun antibiyotik kullanımına maruz kalması, ünitelerdeki hasta sayısının fazla, çalışan sağlık personelinin az olması, sağlık ekibinin asepsi ilkelerine ve izolasyon prosedürlerine uymaması, el yıkamaya, dezenfeksiyon ve sterilizasyona önem vermemesi bu infeksiyonların gelişme riskini daha da artırmaktadır.

Hastanın üniteye kabul edilmesiyle birlikte başlayan süreç içerisinde infeksiyonların önlenmesinde yoğun bakım ekibine önemli görevler düşmektedir. Günümüzde nozokomiyal infeksiyon oranları, hastanelerdeki bakım kalitesinin en önemli göstergesi olarak kabul edilmektedir. Bu bağlamda yoğun bakım ekibinde yer alan, hasta ile sürekli birlikte olan yoğun bakım hemşirelerine önemli roller düşmektedir.

Yoğun bakım hemşireleri, hastayı sürekli izleyen, ona en etkili bakımı veren, belirlenen tedaviyi uygulayan kişilerdir. Onlar aynı zamanda belirlenen standartlara uygun, korunma ve kontrol yöntemlerini iyi bilen, her aşamada üzerlerine düşen görevleri bilgi ve deneyimleri ile hayata geçirebilen, hızlı hareket eden hemşirelerdir. Yoğun bakım hemşirelerinin hastadan hastaya kan, damlacık, solunum ya da temas yoluyla yayılabilecek infeksiyonların önlenmesinde, universal önlemlerin uygulanmasında önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Bu sorumlulukları yerine getirirken diğer ekip üyeleri ve infeksiyon kontrol komitesi hemşireleri ile iş birliği yapmaktadır. Bu yönleriyle yoğun bakım hemşireleri nozokomiyal infeksiyonların önlenmesinde anahtar rol oynamaktadır.

Bu makalede, güncel literatür doğrultusunda nozokomiyal infeksiyonların önlenmesinde yoğun bakım hemşiresinin rolü konusunda bilgi verilecektir.