



ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ

**YOĞUN BAKIM GÜNLERİ**

10-11 Nisan 2026

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

# **Ankara Bilkent Şehir Hastanesi**

## **Yoğun Bakım Günleri**

### **Sözlü Bildiriler**

## SÖZLÜ BİLDİRİ-1

### YOĞUN BAKIMDA İYATROJENİK BOTULİZM: OLGU SERİSİ

Dilek KUZUKIRAN KOCATAS<sup>1</sup>, Behiye Deniz KOSOVALI<sup>1</sup>, Serife GOKBULUT BEKTAS<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Bilkent City Hospital, Department of Critical Care, Ankara, Turkey

#### Giriş

Botulizm, başlıca *Clostridium botulinum* tarafından üretilen nörotoksinlerin neden olduğu nöroparalitik bir hastalıktır; daha nadir olarak *C. butyricum* ve *C. baratii* de etken olabilir [1,2]. Gıda kaynaklı, yara, infantil ve inhalasyon botulizmi iyi bilinen formlar olmakla birlikte, botulinum toksininin klinik ve kozmetik amaçlarla giderek artan kullanımı nedeniyle iyatrojenik botulizm daha sık bildirilmektedir [3].

Botulinum toksini; distoni, kronik migren, hiperhidroz ve anal fissür gibi durumların tedavisinde, ayrıca son yıllarda obezite ve kozmetik yüz gençleştirme uygulamalarında kullanılmaktadır [4,5]. Lokal uygulanmasına rağmen toksin, hematolojik yayılım veya retrograd aksonal taşınma yoluyla sistemik difüzyon gösterebilir ve bu durum flask paralizi ile ağır olgularda solunum yetmezliğine yol açabilir [6,7].

Bu çalışmada, yoğun bakım düzeyinde tedavi gerektiren iyatrojenik botulizm tanılı yedi hastadan oluşan bir olgu serisi sunulmaktadır mevcut sınırlı literatüre katkıda bulunmak ve hastalığın klinik özellikleri ile yönetimine ilişkin farkındalığı artırmak amaçlanmıştır.

Yaş	Cinsiyet	Kkomsobidite	Başlangıç Semptomları	İlk başvuru günü	Uygulama yeri	Antitoksin uygulanma	MV	MV süresi	YBÜ kalış süresi	Hastane kalış süresi
73	F	Hipertansiyon, aritmi	Görme bulanıklığı, disfaji	7	Yüz, boyun	Yok (pyridostigmine)	-	-	2 gün	4 gün
42	F	Yok	Görme bulanıklığı	7	Mide	1 doz antitoksin + pyridostigmine	-	-	3 gün	7 gün
43	F	Astım, vertigo	Dispne	3	Mide	1 doz antitoksin	-	-	2 gün	7 gün
26	F	Yok	Görme bulanıklığı	3	Avuç içi	1 doz antitoksin	-	-	6 gün	6 gün
41	F	Yok	Görme bulanıklığı	7	Mide	1 doz antitoksin	-	-	2 gün	9 gün
22	F	Yok	Görme bulanıklığı, pitozis	3	Avuç içi, aksilla	1 doz antitoksin + pyridostigmine	-	-	2 gün	7 gün
36	F	Yok	Görme bulanıklığı diplopi	4	Mide	2 doz antitoksin (48 saat arayla)	+	6 gün	14 gün	18 gün

## Sonuç

Botulizm, motor ve otonom sinirleri etkileyen, aşağı doğru ilerleyen simetrik paralizi ile karakterizedir; bulber semptomlar genellikle solunum tutulumundan önce ortaya çıkar [1,6]. İyatrojenik botulizm nadir görülmekle birlikte, özellikle elektif veya terapötik botulinum toksin uygulamasını takiben gelişen sistemik semptomlar önemli tanısal ve tedaviye yönelik güçlükler oluşturabilir.

Hastalarımızda semptomlar botulinum toksini uygulanmasından 3–7 gün sonra gelişmiş olup literatürde bildirilen başlangıç süreleri ile uyumludur [6,7]. Toksin, obezite tedavisinde mideye uygulanması da dahil olmak üzere farklı bölgelere enjekte edilmiştir. Özellikle obezite tedavisinde mideye botulinum toksin uygulanması giderek artan bir off-label kullanım olup son yıllarda advers sonuçlarla ilişkilendirilmektedir [3,5]. Olguların çoğunda tek flakon heptavalan botulinum antitoksini yeterli olmuştur. Geç başvuran bir hasta konservatif olarak izlenmiş, solunum kası tutulumu gelişen bir diğer hasta ise iki doz antitoksin ve mekanik ventilasyon gereksinimi göstermiştir.

İyatrojenik botulizmin şiddeti; enjeksiyon tekniği, uygulanan doz, kullanılan preparat ve hedeflenen kas grubu gibi faktörlerden etkilenebilir [9,10]. Ayrıca sistemik etkiler, başlangıç semptomlarının benign nörolojik veya oftalmolojik hastalıkları taklit etmesi nedeniyle kolaylıkla gözden kaçabilir.

Antitoksin tedavisi botulizmin temel tedavisidir ve maruziyet zamanı kesin olarak bilinmese bile mümkün olan en erken dönemde uygulanması önerilmektedir [11]. Bizim olgu serimizde mortalite gözlenmemiştir; bu durum muhtemelen erken yoğun bakım müdahalesi ve zamanında uygulanan antitoksin tedavisine bağlıdır. Ventilatör desteği ve uzun süreli paralizinin daha sık bildirildiği çalışmalarla karşılaştırıldığında [2,4], sonuçlarımız erken tanının prognozu iyileştirdiğini düşündürmektedir.

Bu olgu serisi, yoğun bakım ortamında iyatrojenik botulizmin klinik önemini vurgulamaktadır. Nadir görülmesine rağmen botulinum toksin kullanımının artması, kozmetik veya terapötik girişimler sonrasında kraniyal sinir tutulumu ya da solunum semptomları ile başvuran hastalarda dikkatli olunmalıdır. Erken tanı ve antitoksin tedavisi morbiditeyi azaltmak ve solunum yetmezliğini önlemek açısından kritik öneme sahiptir.

## KAYNAKLAR

1. Hin Tat Fung, Ka Man Chan and Shing Kit Tommy Lam. A review on iatrogenic botulism Hong Kong Journal of Emergency Medicine 2020, Vol. 27(6) 356–367. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1177/1024907920934901>



2. Rashid EAMA, El-Mahdy NM, Kharoub HS, Gouda AS, ElNabarawy NA, Mégarbane B. Iatrogenic Botulism Outbreak in Egypt due to a Counterfeit Botulinum Toxin A Preparation - A Descriptive Series of Patient Features and Outcome. *Basic Clin Pharmacol Toxicol.* 2018 Nov;123(5):622-627. DOI: [10.1111/bcpt.13048](https://doi.org/10.1111/bcpt.13048). Epub 2018 Jun 21. PMID: 29786953.
3. James AN, Ryan JP, Parkman HP. Inhibitory effects of botulinum toxin on pyloric and antral smooth muscle. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol.* 2003;285(2):G291-G297. PMID: 12660140. DOI: [10.1152/ajpgi.00296.2002](https://doi.org/10.1152/ajpgi.00296.2002)
4. Omprakash HM, Rajendran SC. Botulinum toxin deaths: what is the fact? *J Cutan Aesthet Surg* 2008;1:95Y97. DOI: [10.4103/0974-2077.44169](https://doi.org/10.4103/0974-2077.44169)
5. Coté TR, Mohan AK, Polder JA, Walton MK, Braun MM. Botulinum toxin type A injections: adverse events reported to the US Food and Drug Administration in therapeutic and cosmetic cases. *J Am Acad Dermatol* 2005;53:407-15. DOI: [10.1016/j.jaad.2005.06.011](https://doi.org/10.1016/j.jaad.2005.06.011)
6. Sobel J. Botulism. *Clin Infect Dis* 2005;41:1167-73. PMID:16163636 <https://doi.org/10.1086/444507>
7. Shapiro RL, Hatheway C, Swerdlow DL. Botulism in the United States: a clinical and epidemiologic review. *Ann Intern Med* 1998;129:221Y228. DOI: [10.7326/0003-4819-129-3-199808010-00011](https://doi.org/10.7326/0003-4819-129-3-199808010-00011)

## SÖZLÜ BİLDİRİ-2

### MELAS SENDROMLU HASTANIN YOĞUN BAKIM İZLEMİ

Esra ONHAN TEKOGU<sup>1</sup>, Berrin KOŞAR<sup>2</sup>, Osman KORUCU<sup>3</sup>, Necla DERELİ<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Department Of Anesthesiology And Reanimation, Abdurrahman Yurtaslan Oncology Training And Research Hospital, Ankara, Türkiye

<sup>2</sup> Department Of Anesthesiology And Reanimation, Atatürk Sanatorium Training And Research Hospital, Ankara, Türkiye

<sup>3</sup> Department Of Neurology, Atatürk Sanatorium Training And Research Hospital, Ankara, Türkiye

## GİRİŞ

MELAS sendromu (Mitokondriyal Ensefalopati, Laktik Asidoz ve İnme Benzeri Ataklar), mitokondriyal DNA mutasyonlarına bağlı gelişen nadir ve multisistemik bir hastalıktır. En sık anne tarafından kalıtılan m.3243A>G mutasyonu ile ilişkilidir ve bu mutasyon mitokondriyal tRNALeu(CUR) sentezini bozarak oksidatif fosforilasyon sürecinde ciddi bozukluklara yol açar. Enerji üretimindeki bu yetersizlik özellikle yüksek enerji gereksinimi olan beyin ve kas dokusunda belirgin etkiler oluşturur. Hastalık genellikle 40 yaşından önce ortaya çıkar ve klinik tablo oldukça heterojendir. En sık görülen bulgular arasında inme benzeri ataklar, epileptik nöbetler, migren benzeri baş ağrıları, kognitif bozukluk, işitme kaybı ve laktik asidoz yer alır. Tanıda artmış laktat düzeyleri, manyetik rezonans görüntülemeye vasküler dağılımla uyumsuz kortikal-subkortikal lezyonlar, MR spektroskopisinde laktat pikleri ve kas biyopsisinde görülen pürüzlü kırmızı lifler önemli bulgular olarak kabul edilir.

## VAKA

40 yaşında erkek hasta tonik-klonik nöbet sonrası acil servise başvurdu. Yapılan değerlendirme sonucunda iskemik serebrovasküler olay ön tanısıyla yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Hastanın işitme kaybı ve düzensiz antiepileptik tedaviye bağlı sık epileptik nöbet öyküsü ve 3 yıldır tanılı MELAS sendromu mevcuttu. İlk kraniyal BT incelemesinde sol parietotemporal bölgede iskemik enfarkt alanı saptandı. Yoğun bakım kabulünde hastanın Glasgow Koma Skoru 9 olarak değerlendirildi ve spontan solunumu mevcuttu. Yoğun bakım sürecinde antiepileptik tedavi yeniden düzenlendi, antitrombotik tedavi başlandı ve MELAS için destekleyici tedavi olarak arginin ve koenzim Q10 uygulandı.

Takip sırasında EEG'de yaygın serebral disfonksiyon ve parsiyel başlangıçlı epileptik aktivite saptandı. Kardiyak ve vasküler incelemelerde trombus veya vasküler oklüzyon tespit edilmedi. Klinik izlemde fokal nöbet sonrası bilinç düzeyinde azalma gelişti ve görüntüleme incelemelerinde bilateral posterior parietal ve oksipital bölgelerde yeni akut iskemik değişiklikler saptandı. Bu bulgular MELAS sendromunda görülen inme benzeri lezyonların



klasik iskemik inmelere farklı özellikler gösterdiğini desteklemektedir. MELAS'ta serebral lezyonlar çoğu zaman vasküler dağılıma uymaz ve zaman içerisinde yer değiştirebilir veya genişleyebilir.

Hastanın takip sürecinde yutma fonksiyonunun yetersiz olduğu belirlenmesi üzerine perkütan endoskopik gastrotomi uygulandı ve genel durumu stabil hale geldikten sonra ileri bakım ve rehabilitasyon amacıyla palyatif bakım merkezine devredildi.

## **SONUÇ**

MELAS sendromu, inme benzeri ataklar ve multisistemik bulgularla seyreden karmaşık bir hastalıktır. Vasküler dağılımla uyumsuz serebral lezyonlar ve tekrarlayan nörolojik ataklar varlığında MELAS tanısı akılda tutulmalıdır. Erken tanı ve metabolik destek tedavileri hastalığın yönetiminde önemli rol oynamaktadır.



### SÖZLÜ BİLDİRİ-3

**Akut solunum sıkıntısı sendromu hastalarında mekanik güç ve P/F oranının 28 günlük mortaliteyi öngörmedeki karşılaştırmalı analizi: SOFA skoru ile birlikte çok değişkenli bir değerlendirme**

Yusuf Karancı<sup>1</sup>, Fulya Çiyiltepe<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yoğun Bakım Departmanı, Antalya

**Giriş:** Akut solunum sıkıntısı sendromu (ARDS), yoğun bakım ünitelerinde yüksek mortaliteyle seyreden ve invaziv mekanik ventilasyon gerektiren ciddi bir klinik tablodur. Ventilatörün akciğere birim zamanda aktardığı enerjiyi ifade eden mekanik güç, ventilatör ilişkili akciğer hasarıyla ilişkili bir parametre olarak son yıllarda giderek artan bir ilgi görmektedir.  $PaO_2/FiO_2$  (P/F) oranı ise ARDS'nin şiddet sınıflandırmasında ve prognoz değerlendirmesinde en yaygın kullanılan parametredir; ancak seri arteriyel kan gazı analizi gerektirmesi önemli bir kısıtlılık oluşturmaktadır.

**Amaç:** ARDS hastalarında yatışın ilk 24 saatinde hesaplanan ortalama mekanik güç değeri ile en düşük P/F oranının 28 günlük mortaliteyi öngörme güçlerini karşılaştırmak; SOFA skoru ile birlikte yürütülen çok değişkenli analizde mekanik gücün bağımsız prediktör olup olmadığını değerlendirmek ve ARDS şiddetine göre bu ilişkinin nasıl değiştiğini incelemek.

**Yöntem:** Retrospektif gözlemsel bu çalışmada MIMIC-IV (v3.1) veritabanı kullanıldı. Kardiyojenik ödem dışlanan, ICD-10: J80 veya ICD-9: 518.82 tanı koduyla kayıtlı, modifiye Berlin kriterlerini karşılayan ( $PaO_2/FiO_2 \leq 300$ ,  $PEEP \geq 5$  cmH<sub>2</sub>O), ilk 24 saatte invaziv mekanik ventilasyon uygulanan yetişkin hastalar çalışmaya dahil edildi. Gattinoni formülü ile mekanik güç hesaplandı. SOFA skoru ilk 24 saatin maksimum değeri olarak alındı. İstatistiksel analizde Wilcoxon rank-sum testi, çok değişkenli lojistik regresyon, ROC analizi (DeLong karşılaştırması), Hosmer-Lemeshow kalibrasyon testi ve Youden indeksi ile optimal eşik değeri analizi uygulandı.

**Bulgular:** Çalışmaya 608 hasta dahil edildi (ortanca yaş: 58 yıl). 28 günlük mortalite oranı %40.3 (n=245) olarak saptandı. Eksitus grubunda mekanik güç (22.2 vs 18.7 J/dk;  $p<0.001$ ), SOFA skoru (13 vs 10;  $p<0.001$ ), solunum sayısı (25.2 vs 23.8/dk;  $p<0.001$ ) ve P/F oranı (72.5 vs 92.9;  $p<0.001$ ) anlamlı farklı bulunurken tidal volüm ( $p=0.084$ ) ve PEEP ( $p=0.324$ ) değerleri açısından fark saptanmadı. Yaş, SOFA skoru, P/F oranı ve mekanik güç içeren çok değişkenli modelde mekanik güç bağımsız bir mortalite prediktörü olarak belirlendi (Düzeltilmiş OR: 1.030; %95 GA: 1.006–1.055;  $p=0.014$ ). Model kalibrasyonu iyiydi (Hosmer-Lemeshow  $p=0.303$ ). ROC analizinde en yüksek AUC değeri SOFA skorunda (0.706), ardından yaşta (0.649), P/F oranında (0.605) ve mekanik güçte (0.585) saptandı; mekanik güç ile P/F oranı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ( $p=0.487$ ). Alt grup analizinde mekanik gücün mortalite ile ilişkisi yalnızca ağır ARDS grubunda anlamlıydı ( $P/F < 100$ ; AUC: 0.614;  $p<0.001$ ). Bu grupta optimal mekanik güç eşiği 21.9 J/dk olarak belirlendi.

**Sonuç:** ARDS hastalarında yatışın ilk 24 saatindeki mekanik güç değeri, SOFA skoru ile birlikte değerlendirildiğinde de 28 günlük mortalitenin bağımsız göstergesi olmaya devam etmektedir. Mortalite öngörü gücü P/F oranı ile istatistiksel olarak benzer olan mekanik güç, arteriyel kan gazı gerektirmeyen non-invaziv yapısıyla klinik izlemde ek bir değer sunmaktadır. Bu ilişkinin yalnızca ağır ARDS grubunda anlamlı çıkması, yüksek mekanik gücün özellikle ileri hipoksemik hastalarda akciğer koruyucu ventilasyon açısından yakın takip gerektirdiğine işaret etmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu; Mekanik Ventilasyon; Hastane Mortalitesi; Yoğun Bakım; Lojistik Regresyon

Tablo 1. Sağkalan ve Eksitus Gruplarına Göre Klinik ve Ventilator Parametreleri

Klinik Parametreler	Genel (N=608) <sup>1</sup>	Sag Kalan (N=363) <sup>1</sup>	Eksitus (N=245) <sup>1</sup>	p-değeri <sup>2</sup>
Yas (Yil)	58.0 [47.0-68.0]	55.0 [42.0-65.0]	62.0 [53.0-73.0]	<0.001
SOFA Skoru	11.0 [9.0-14.0]	10.0 [8.0-12.0]	13.0 [10.0-15.0]	<0.001
İlk 24 Saat En Düşük P/F Oranı	86.0 [59.0-124.0]	92.9 [65.0-130.0]	72.5 [54.0-113.0]	<0.001
Tidal Volum (mL)	402.0 [354.1-451.0]	403.6 [357.8-458.9]	398.6 [349.4-446.5]	0.084
Solunum Sayısı (/dk)	24.2 [21.2-27.6]	23.8 [21.0-26.8]	25.2 [21.5-28.3]	<0.001
Tepe Basıncı (cmH <sub>2</sub> O)	28.0 [24.0-32.1]	26.9 [23.6-31.0]	28.9 [25.1-33.3]	<0.001
Plato Basıncı (cmH <sub>2</sub> O)	24.5 [21.0-28.0]	24.2 [20.8-27.6]	25.0 [21.5-29.0]	0.019
PEEP (cmH <sub>2</sub> O)	11.6 [8.6-14.4]	11.5 [8.4-14.3]	11.8 [9.0-14.5]	0.324
Mekanik Güç (J/dk)	19.5 [15.2-25.3]	18.7 [14.9-24.0]	22.2 [16.1-26.9]	<0.001

<sup>1</sup>Median [IQR]  
<sup>2</sup>Wilcoxon rank-sum testi

Median [IQR]. Wilcoxon rank-sum testi kullanıldı.

Tablo 2. 28 Günlük Mortalite İçin Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi

Klinik Değişkenler	OR	%95 Güven Aralığı	p-değeri
Yas (Yil)	1.044	1.031 - 1.059	<0.001
SOFA Skoru	1.235	1.170 - 1.307	<0.001
İlk 24 Saat En Düşük P/F Oranı	0.996	0.992 - 0.999	0.017
Mekanik Güç (J/dk)	1.030	1.006 - 1.055	0.014

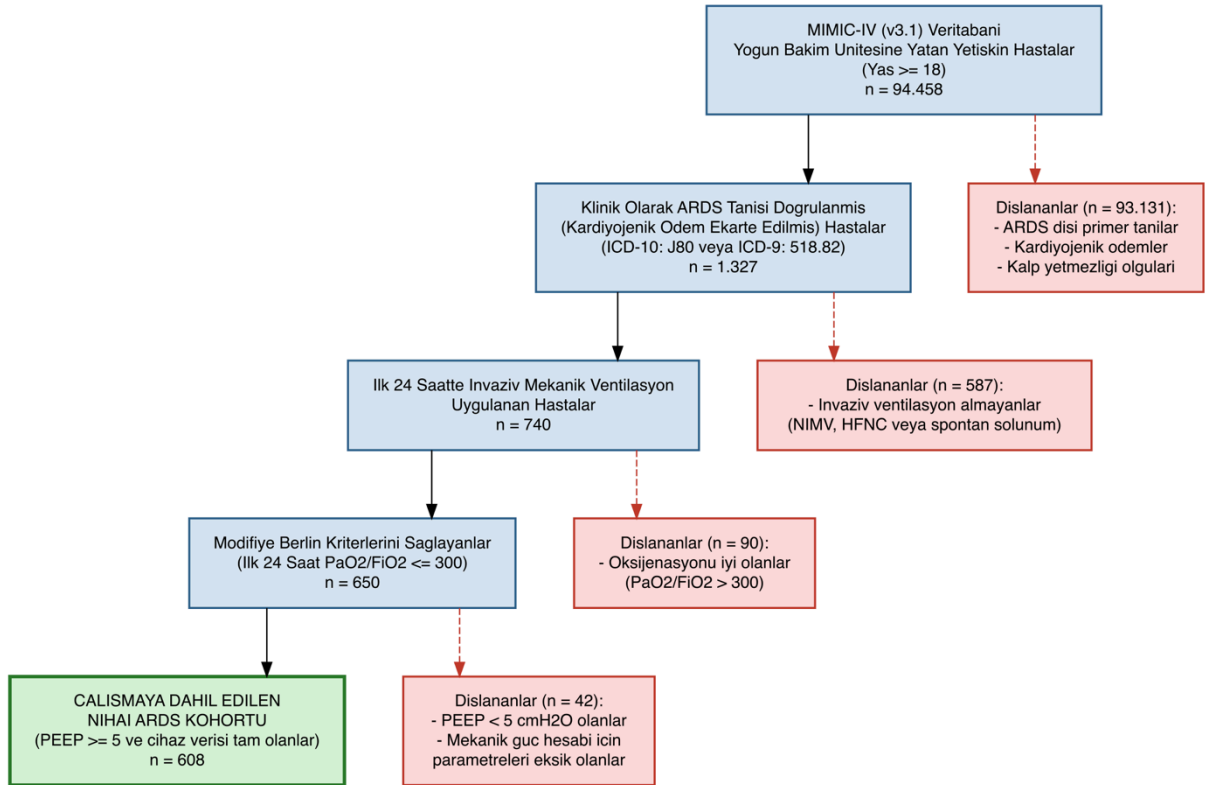
OR: Odds Ratio; GA: Güven Aralığı. Model; yas, SOFA skoru, P/F oranı ve mekanik güç değişkenlerini içermektedir.

Tablo 3. ARDS Siddetine Gore Mekanik Gucun Mortalite Ile Iliskisi

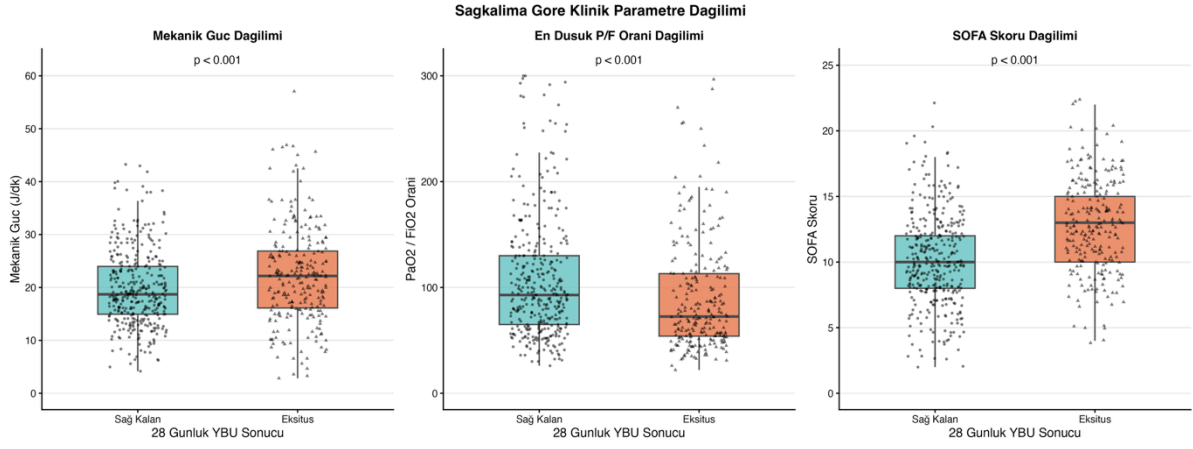
ARDS Siddeti	n	Eksitus n (%)	MP Median IQR	AUC (95% GA)	p-degeri
Hafif (P/F 200-300)	40	10 (25.0)	15.0 [12.9-18.1]	0.507 (0.273-0.740)	0.963
Orta (P/F 100-200)	193	68 (35.2)	18.2 [14.0-22.8]	0.491 (0.405-0.577)	0.834
<b>Agir (P/F &lt; 100)</b>	<b>375</b>	<b>167 (44.5)</b>	<b>21.8 [16.5-27.2]</b>	<b>0.614 (0.556-0.672)</b>	<b>&lt;0.001</b>

MP: Mekanik Guc; IQR: Interquartile Range; GA: Guven Araligi. Agir ARDS grubu kalın ile vurgulanmistir. Wilcoxon rank-sum testi kullanildi.

Şekil 1. FlowChart

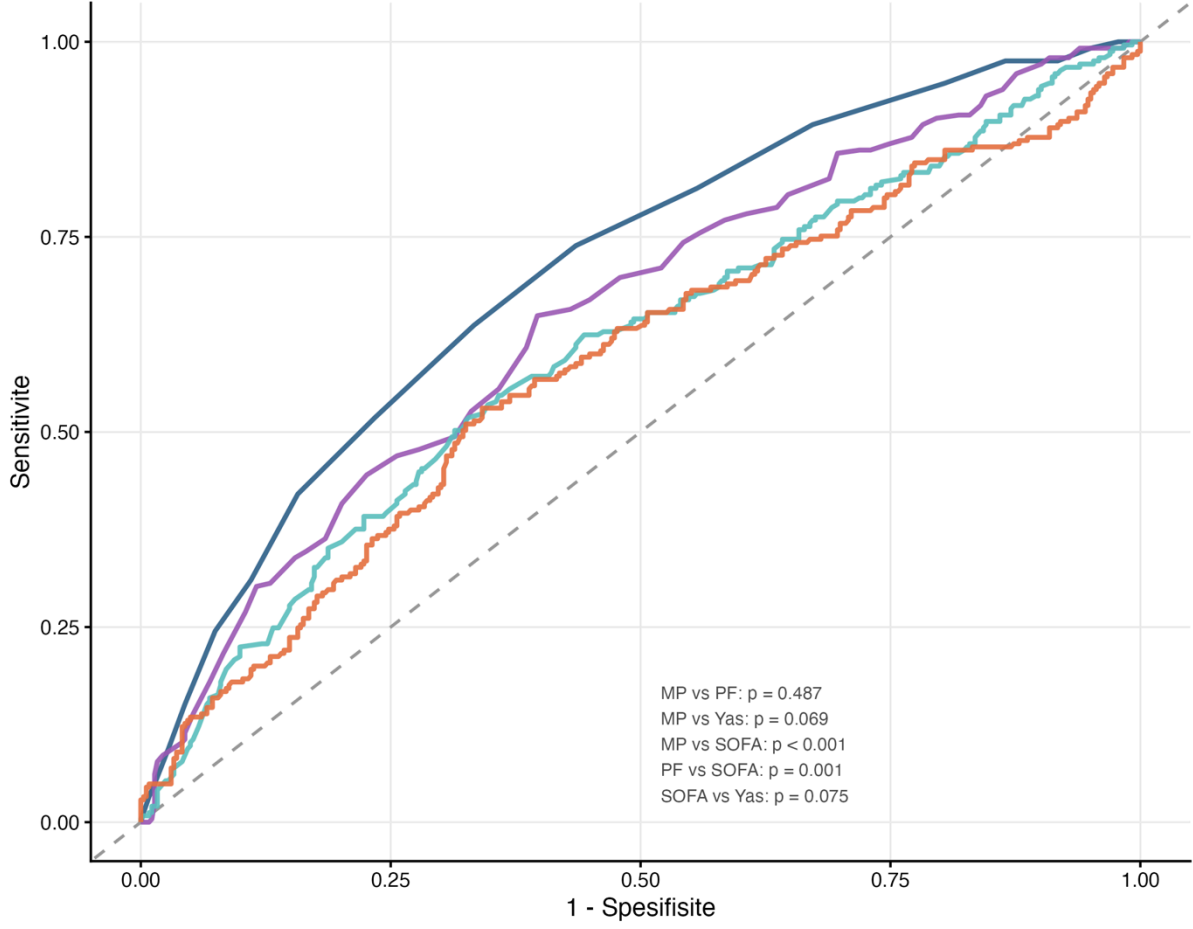


Şekil 2. Sağ kalıma göre klinik parametreler



Şekil 3. 28 günlük mortaliteyi öngörmede ROC karşılaştırması

28 Gunluk Mortaliteyi Ongormede ROC Karsilastirmasi



Parametre	
SOFA Skoru	(AUC = 0.706)
Yas	(AUC = 0.649)
P/F Orani	(AUC = 0.605)
Mekanik Guc	(AUC = 0.585)

**SÖZLÜ BİLDİRİ-4****Yoğun Bakımdan Palyatif Bakım Ünitesine Kabul Edilen Serebral Palsili Hastanın****Eve Taburculuğundaki Yaklaşım: Olgu Sunumu**

İrem Özkoç<sup>1</sup>, Berrak Ürer<sup>1</sup>, Elif Bersu Şimşek<sup>1</sup>, Süeda Takımcı<sup>1</sup>, Merih Gökay Akkanat<sup>1</sup>, Hilal Zengin<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği

<sup>2</sup> Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği Palyatif Bakım Ünitesi

**ÖZET:** Serebral palsy (SP), gelişmekte olan fetüs beyininde meydana gelen hareket ile postür kontrolünü etkileyen kalıcı yaygın gelişimsel anormalliklerden biridir. Spastisite, diskinezi, ataksi ve motor gelişimde gecikme beklenir. Multidisipliner yaklaşım, fonksiyonel kapasitenin artırılması, bireyin günlük yaşam aktivitelerine katılımının desteklenmesi ve sekonder komplikasyonların önlenmesi amacıyla tedavi sürecinde olduğu gibi hastalığın ilerleyen süreçteki yaşam kalitesinin artırılmasını hedefleyen palyatif bakımda da etkilidir. Aile onamı alınan SP tanılı bir hastada yoğun bakım sonrası palyatif bakım ve evde bakım sürecindeki deneyimlerimizi paylaşmak istedik

**OLGU:** SP, siroz, portal ven trombozu ve trombositopenisi olan 31 yaşında erkek hasta 11 yıldır ev tipi mekanik ventilatöre (EMV) bağlı evde takip edilmekte iken hepatik ensefalopati sebebiyle yoğun bakıma yatırılmış. Başarılı resusitasyon ve septisemi tedavileri sonrasında hasta, yoğun bakımdan palyatif bakım kliniğine (PBK) kabul edildi.

Hastanın palyatif bakım planı: Diyetisyen manevi destek uzmanı psikolog sosyal çalışma uzmanı algolog, fizyoterapist ile multidisipliner olarak değerlendirilerek fiziksel, sosyal ve manevi bakım gereksinimlerine yönelik hedefler belirlendi. Ailenin durumu kavraması ve SP'nin yol açtığı semptomlarla başa çıkabilmesi amacıyla danışmanlık ve duygusal destek sağlandı. Hastanın medikal tedavileri ilgili branşlarla konsulte edilerek düzenlendi. Genel durumunda vital bulgularında ve rutin kan değerlerinde bozulma olmayan hasta evde bakım kliniği ile koordinasyon sağlanarak eve taburcu edildi. Evde bakım sürecinde hastaneye yatış gerektirecek durum yaşanmadı.

**Sonuç:** SPli hastaların tedavilerinde olduğu gibi palyatif bakımda da multidisipliner yaklaşım önemlidir. Bakımı ağır hastaların yoğun bakım palyatif bakım ve evde bakım süreçlerinin koordinasyonu ailenin hasta bakımı konusunda eğitilmesi hastanın evde bakım sürecini olumlu etkileyebildiği gibi hastane yatış sıklığını da azaltabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Serebral palsy, ev tipi mekanik ventilatör, multidisipliner palyatif bakım

**GİRİŞ:** SP, gelişmekte olan fetüs beyininde doğumla ilişkili oluşan hasar sonucunda görülen, hareket ve postür kontrolünü etkileyen kalıcı, yaygın gelişimsel anormalliklerden biridir. Spastisite, diskinezi, ataksi ve motor gelişimde gecikme beklenir(1). Fonksiyonel kapasitenin



artırılması, bireyin günlük yaşam aktivitelerine katılımının desteklenmesi ve sekonder komplikasyonların önlenmesi amacıyla tedavi sürecinde **multidisipliner bir yaklaşım** büyük önem taşımaktadır(2).Bu kapsamda hekimler, fizyoterapistler, ergoterapistler, konuşma ve dil terapistleri ile diğer sağlık profesyonellerinin koordineli çalışması önerilmektedir Etkili iletişim ve rehabilitasyonun yanı sıra palyatif bakımın(PB) erken başlatılması, sonuçların iyileştirilmesi için çok önemlidir. Ayrıca, özerkliğe saygı duymak ve zarar vermekten kaçınmak gibi etik kaygıların ele alınması, hasta için mümkün olan en iyi bakımı sağlar(3,4).Ailesinden izin alınan bu olgu ile SP'li hastaya yoğun bakımdan PBK'ne ve daha sonra eve taburculuğu sürecindeki tedavi yaklaşımlarımızı ve palyatif desteği sunmayı amaçladık.

OLGU: SP'li ve eşlik eden siroz, portal ven trombozu, kronik hastalık anemisi, trombositopeni tanıları olan 31 yaşındaki erkek hasta 11 yıldır trakeostomiden EMV'ye bağlı evde takip edilmekte iken bilinç kaybı ve asistoli durumunda acil servise nakil edilmiş.Başarılı resusitasyon yapılan hasta hepatik ensefalopati ve sepsis tanıları konularak yoğun bakıma devredilmiş. Yoğun bakımda tedavileri yapılan genel durumu düzelen hasta yatışının 27.gününde PBK'ne kabul edildi. Hastanın EMV ile SIMV modunda dakika solunum sayısı 22, tidal volüm: 400 ml, İnspiryum:Ekspiryum oranı 1:2, 2 litre /dakika oksijen ile saturasyonu % 99 du. TA: 110/70 mm Hg, nabız: 90 atım/dakika, ateş 37,5 °C idi. Kullandığı ilaçlar, propranolol tablet(tab)40mg peroral (PO), deksketoprofen 25mg tab mg 3x1 PO, enoksaparin flakon 0,4 cc subkütan , spiranolakton tab 100mg PO , furosemid tab 40 mg 1x1 PO, meropenem 1x1gr İV ve Levetirasetam tab.500 mg 2x1.PO şeklinde idi. Hastanın izlemindeki kan değerleri Tablo 1'de gösterildi.

Palyatif Bakım Planı: Hasta PB hemşireleri, diyetisyen manevi destek uzmanı,din psikoloğu, psikolog,sosyal çalışma uzmanı algolog, fizyoterapist ile multidisipliner olarak değerlendirildi. Hasta ve ailesi durum hakkında bilgilendirildi; fiziksel, sosyal ve manevi bakım gereksinimleri belirlenerek bakım veren yükünün azaltılması hedeflendi. Ailenin durumu kavraması ve SP'nin yol açtığı semptomlarla başa çıkabilmesi amacıyla danışmanlık ve duygusal destek sağlandı.

Rejim 2-3 ile beslenen NRS 2002 nutrisyonel risk taraması 3 puan alan hastanın besin alımı bir önceki haftadaki normal gerekliliğin % 50'si kadar azalmıştı. Siroz tanısı olması sebebi ile valin lözin izolozin içeren beslenme solüsyonu intravenöz olarak verildi (5). Oral alımı desteklemek için diyaresi olan hastaya semi-elemental ürün başlandı.

Hastanın Edmenton semptom değerlendirme çizelgesinde ağrı, bulantı, halsizlik, uykusuzluk puanları 5 ve üzerindedi(6).Ağrı kontrolü için (evde sık deksketoprofen kullanmakta iken pansitopenisi olduğundan) tramadol 3x10 damla ve gabapentin 1x 600 mg. PO. verildi. Batın USG ile asit açısından değerlendirildi. Hastanın ağrı palyasyonu için üre kreatinin değerleri günlük kontrol edilerek asit drenajı sağlandı. Hastanın takiplerinde trombosit değerleri en düşük 55/mm<sup>3</sup>-en yüksek 85/mm<sup>3</sup>tü (tablo1).Uykusuzluk şikayeti için psikiyatrist 5-10 damla haloperidol ve ketiapin 12,5mg tab.PO başladı. Siroz açısından gastroenteroloji önerileri alınan hastanın hepatotoksik ajanlar konusunda ailesi bilgilendirildi.



Hematoloji trombositopeni ile ilgili periferik yayma ile değerlendirdi. Trombosit  $30/\text{mm}^3$  üzerinde enoksaparin tek doz devamı önerdi. Enfeksiyon hastalığı parametreleri düzelen hastanın meropenemi stoplandı. Hasta üre  $23\text{mg/dL}$ , kreatinin  $0,3\text{mg/dL}$ ,  $\text{Na}:130\text{mmol/L}$ ,  $\text{K}:3,1\text{mmol/L}$ ,  $\text{CRP}:40\text{mg/L}$ ,  $\text{Hb}:8\text{g/dL}$ ,  $\text{PLT}:76/\text{mm}^3$ , prokalsitonin  $0,1\text{ng/mL}$  ile eve taburcu edildi. Evde bakım süreçlerinde  $\text{Na}$  düşüklüğü ve sekresyonların akışkanlığının azalması dışında sorun yaşanmadı. Taburculuktan 45 gün sonra palyatif bakım, evde bakım ve girişimsel radyoloji koordinasyonu sağlanarak ayaktan kalıcı asit kateteri takılıp evde bakım ile takipleri devam etti.

**TARTIŞMA ve SONUÇ:** PB, tedavisi mümkün olmayan kronik hastalarda yaşam kalitesini artırmaya odaklanır(7). PB hasta ve aile ile iletişimi geliştirmeye, danışmanlık sağlamaya, gelişimsel sorunları ele almaya ve evde bakım konusunda eğitim vermeye odaklanmaktadır. Bu bütüncül yaklaşım, fiziksel, psikososyal ve ruhsal bakımı kapsarken, aynı zamanda bakıcılara duygusal ve sosyal destek de sağlar (3,8).Bakımı zor komorbiditesi yüksek olan olgumuzda da sosyal çalışmacı palyatif bakım hemşiresi din psikoloğu ve diğer multidisipliner ekip çalışanlarının hasta ve bakıcısına olan desteğinin hem hastanın taburculuğunda hem de yaşam kalitesinde etkili olduğunu düşünmekteyiz. Benzer bir olguda SP li bir hastaya hem fizik tedavi hem palyatif bakım birlikte verilerek hasta ve yakınlarının yaşam kalitesini artırdığı gösterilmiştir(9).Swarnakar ve arkadaşlarının çalışmasında sadece fiziksel değil, aynı zamanda psikososyal, duygusal ve ruhsal ihtiyaçlarını da ele alan palyatif bakım, SP tanısı konulduğu andan itibaren başlamalıdır denilmiştir.

SPLi hastaların tedavilerinde olduğu gibi palyatif bakımda da multidisipliner yaklaşım önemlidir. Bakımı ağır hastaların yoğun bakım, palyatif bakım ve evde bakım süreçlerinin koordinasyonu, ailenin hasta bakımı konusunda eğitilmesi, etkili iletişim ve palyatif bakımın hastanın evde bakım sürecini olumlu etkileyebildiği gibi, hastanede yatış sıklığını da azaltabileceği söylenebilir.

#### KAYNAKLAR:

- 1-Horwath O, Edman S, Dayanidhi S, Englund D, Peterson MD, von Walden F. Does Time Tick Faster in Cerebral Palsy? Accelerated Aging as a Framework for Skeletal Muscle Dysfunction. FASEB J. 2026 Mar 31;40(6):e71653. doi: 10.1096/fj.202504726R. PMID: 41806256; PMCID: PMC12974559.
- 2-Koman LA, Smith BP, Shilt JS. Cerebral palsy. Lancet. 2004 May 15;363(9421):1619-31. doi: 10.1016/S0140-6736(04)16207-7. PMID: 15145637.
- 3.Multidisciplinary rehabilitation for patients with cerebral palsy: improving long-term care. Trabacca A, Vespino T, Di Liddo A, Russo L. J Multidiscip Healthc. 2016;9:455–462. doi: 10.2147/JMDH.S88782.
4. Bogetz JF, Lemmon ME. Pediatric palliative care for children with severe neurological impairment and their families. J Pain Symptom Manage. 2021;62:662–667. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2021.01.008.

5-Matos C, Porayko MK Nutrition and Chronic Liver Disease. J Clin Gastroenterol 2002;35(5):391-397

6-Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmsler P, Macmillan K. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. J Palliat Care 1991;7(2):6-9.

7Muckaden M, Dighe M, Balaji P, Dhiliwal S, Tilve P, Jadhav S, Goswami S.Paediatric palliative care: theory to practice. Indian J Palliat Care. 2011;17:0-60. doi: 10.4103/0973-1075.76244. [\[DOI\]](#) [\[PMC free article\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)

8. Chan CWH, Ng NHY, Chan HYL, Wong MMH, Chow KM. A systematic review of the effects of advance care planning facilitators training programs. BMC Health Serv Res. 2019 Jun 7;19(1):362. doi: 10.1186/s12913-019-4192-0. PMID: 31174530; PMCID: PMC6555972.

9.Swarnakar R, Yadav SL. A Combined Comprehensive Palliative and Rehabilitative Care Plan for a Child With Cerebral Palsy. Cureus. 2024 Dec 3;16(12):e75010. doi: 10.7759/cureus.75010. PMID: 39749062; PMCID: PMC116941

Tablo :1 Palyatif Bakım Kliniğinde Labaratuvar Takip Değerleri

Tarih /2026	15.02	17.0	19.0	20.0	21.0	26.0	28.0	31.0	3.02	6.02	9.02
PLT /mm <sup>3</sup>	62	55	39	17	55	74	63	58	76	85	76
CRPmg/L	90	53	54	60	75	111	80	61	55	39	40
HG gr/dl	7,6	8,1	9,1	8,7	8,6	8,4	9,6	7,8	8	8,1	8
ÜRE mg/dl	21	35	37	27	42	40	38	27	20	25	23
CREA mg/dl	0,29	0,16	0,18	0,27	0,19	0,14	0,25	0,33	0,2	0,8	0,3
K mmol/L	3,3	3,7	3,2	3,2	2,7	2,9	3,3	3,8	3	3,9	3,1
Na mmol/L	137	142	133	133	133	130	133	132	130	130	130

Na : Sodyum K: Potasyum CRP : Creaktif protein ,PLT: trombosit HG: Hemoglobin CREA: Kreatinin

## SÖZLÜ BİLDİRİ- 5

### ANTI TÜMÖR NEKROZ FAKTÖR TEDAVİSİ SONRASI GELİŞEN TÜBERKÜLOZ ENFEKSİYONU TAKİBİ

Dr. Muhsin Faruk YILDIRIM<sup>1</sup> ,Dr. Hatice Zeynep ATLI<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Yoğun Bakım Ünitesi

#### Giriş

Tümör nekroz faktör alfa (Tumor Necrosis Factor-alpha) bağışıklık sisteminde önemli rol oynayan bir sitokindir. Bu sitokin baskılanması amacıyla kullanılan anti tümör nekroz faktör tedavileri romatoid artrit, inflamatuvar bağırsak hastalıkları ve çeşitli otoimmün hastalıklarda yaygın olarak kullanılmaktadır. Ancak bu tedaviler bağışıklık yanıtını baskılayarak özellikle latent tüberküloz enfeksiyonunun reaktivasyonuna neden olabilmektedir. Anti tümör nekroz faktör tedavisi alan hastalarda tüberküloz gelişme riski genel popülasyona göre belirgin olarak artmaktadır. Bu nedenle bu hasta grubunda ortaya çıkan ateş ve sistemik semptomların dikkatli değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır.

#### Olgu

Altmış yedi yaşında kadın hasta yaklaşık bir aydır devam eden aralıklı ateş ve halsizlik şikayetleri nedeniyle hastaneye başvurdu. Hastanın özgeçmişinde otuz beş yıldır ülseratif kolit tanısı olduğu ve yaklaşık beş ay önce anti tümör nekroz faktör tedavisi başladığı öğrenildi. Fizik muayenede ateş 39.5 °C olarak ölçüldü ve splenomegali saptandı. Laboratuvar incelemelerinde anemi, lökopeni ve yüksek akut faz reaktanları tespit edilmesi üzerine hasta ateş etyolojisinin araştırılması amacıyla yatırıldı. Toraks ve batin görüntülemelerinde mediastinal ve abdominal lenfadenopatiler izlendi ve ön planda lenfoma düşünüldü. Bu nedenle hastaya kemik iliği biyopsisi yapıldı ve patolojik inceleme hemofagositik sendrom ile uyumlu olarak raporlandı. Takibinde hematoloji önerisi ile pulse steroid tedavisi başlanması planlandı. Kemik iliği biyopsi sonucundan patolojik sonuç elde edilemedi. Torakstaki lenfnodlarından yapılan cerrahi biyopsi sonucunda granülomatöz inflamasyon saptanması üzerine klinik ve laboratuvar bulgular birlikte değerlendirilerek tüberküloz enfeksiyonu tanısı konuldu ve dört ilaçlı antitüberküloz tedavi başlandı.

#### Sonuç

Anti tümör nekroz faktör tedavisi alan hastalarda tüberküloz enfeksiyonu sıklıkla latent enfeksiyonun reaktivasyonu şeklinde ortaya çıkabilmektedir. Klinik bulgular çoğu zaman atipik seyredebildiğinden tanı gecikebilir. Bu nedenle uzun süren ateş ve açıklanamayan sistemik semptomları olan hastalarda tüberküloz mutlaka akılda tutulmalı ve gerekli tanınasal testler yapılmalıdır. Anti tümör nekroz faktör tedavisi planlanan hastalarda tedavi öncesi tarama yapılması ve tedavi süresince yakın klinik izlem, ciddi enfeksiyonların erken tanınması açısından büyük önem taşımaktadır.



ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ

**YOĞUN BAKIM GÜNLERİ**

10-11 Nisan 2026

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

**Anahtar Kelimeler:**

Tuberculosis, Tumor Necrosis Factor-alpha, Anti-TNF Therapy, Latent Tuberculosis,  
Ulcerative Colitis



## SÖZLÜ BİLDİRİ-6

### **Baş-boyun malignitesine bağlı zor hava yolu ve acil trakeostomi: olgu sunumu**

Uzm. Dr.Fatma ERSEVEN (1) Dr. H.Gülgün Fırat (2)

1 Ankara Dr.Abdurrahman YURTASLAN Onkoloji Eğitim ve Araştırma hastanesi ,Yoğun bakım kliniği

2 Ankara Dr.Abdurrahman YURTASLAN Onkoloji Eğitim ve Araştırma hastanesi , İç hastalıkları kliniği

## GİRİŞ

Baş-boyun malignitelerine bağlı hava yolu obstrüksiyonu, zor hava yolu ve başarısız entübasyon riskini artırarak yaşamı tehdit eden komplikasyonlara yol açabilmektedir.

## OLGU

71 yaşında hipofarinks karsinomu tanılı kadın hasta, acil servise solunum sıkıntısı ile başvurdu. Acil serviste GKS<8 ve desature olması üzerine entübasyonu planlandı. Kitleye bağlı hava yolu distorsiyonu nedeniyle videolarinoskop ile entübasyon girişimi başarısız olmuş ve acil trakeotomi uygulandı ve kısa süreli kardiyopulmoner resüsitasyon gerçekleştirildi. Yapılan görüntülemelerde bilateral pnömotoraks saptanması üzerine hastaya bilateral tüp torakostomi uygulandı .

Hasta, post-CPR , pnömotoraks, akut solunum yetmezliği ve pnömoni tanıları ile yoğun bakım ünitesine kabul edildi. Mekanik ventilasyon, sedasyon ve vazopressör desteği başlandı. Enfeksiyon bulguları nedeniyle geniş spektrum antibiyotik tedavisi başlandı. Yoğun bakım izleminde gelişen gastrointestinal kanama üzerine antikoagülan tedavi kesildi, proton pompa inhibitörü infüzyonu başlandı ve gerekli kan ürünleri replasmanı yapıldı.Takiplerinde destek tedavileri ve multidisipliner yaklaşım ile hastanın hemodinamik ve solunumsal durumu stabilize olmuş, düzenli fizyoterapi ile kontraktür gelişimi izlenmeden, bilinç düzeyi GKS 15'e kadar düzelmiş ve hasta palyatif bakım servisine devredildi.

## SONUÇ

Zor hava yolu yönetimi, özellikle baş-boyun malignitelerine bağlı üst hava yolu obstrüksiyonu olan hastalarda önemli bir klinik zorluk olup ciddi komplikasyonlarla ilişkilidir. Bu olguda hipofarinks malignitesine bağlı anatomik distorsiyon, başarısız entübasyon girişimine ve acil trakeotomi gereksinimine yol açmıştır. Entübasyonun sağlanamaması sonrası gelişen kardiyak arrest, hava yolu kontrolünün zamanında sağlanmasının kritik önemini göstermektedir.

Hava yolu müdahalesi sonrası gelişen bilateral pnömotoraks, olgunun dikkat çekici bulgularındandır. Bu durum; yüksek basınçlı ventilasyon, travmatik girişim veya altta yatan



akciğer parankim hassasiyeti ile ilişkili olabilir. Bilateral pnömotoraks varlığı, özellikle barotravmayı düşündürmekte olup erken tanı ve eş zamanlı tüp torakostomi uygulaması hemodinamik stabilizasyon açısından belirleyici olmuştur.

Yoğun bakım sürecinde gelişen gastrointestinal kanama ve enfeksiyon, kritik hastalığın çoklu sistem etkilenimi ile seyrettiğini göstermektedir. Gastrointestinal kanama; stres ülseri, hipoperfüzyon veya antikoagülan tedavi ile ilişkili olup erken müdahale gerektirir.

Bu olgu, multidisipliner yaklaşımın önemini de vurgulamaktadır. Farklı branşların eş zamanlı katkısı, hem akut yönetim hem de tedavi planlamasında belirleyici olmuştur.

Sonuç olarak, baş-boyun malignitesi olan hastalarda zor hava yolu öngörülmesi, alternatif hava yolu stratejileri önceden planlanmalı ve işlem sonrası komplikasyonlar açısından yakın izlem yapılmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Zor hava yolu, Trakeostomi, Baş-boyun neoplazileri



## SÖZLÜ BİLDİRİ- 7

**Yoğun Bakıma Yatan 65 Yaş Üstü Hastalarda Hastane Kırılgnlık Risk Skorunun Başarısız Ekstübasyon ve Mortalite ile İlişkisi****Gizem Akçın<sup>1</sup>, Yusuf Karancı<sup>1</sup>**<sup>1</sup> Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yoğun Bakım Kliniği, Antalya**İletişim bilgileri:****Sorumlu Yazar:** Uzm. Dr. Gizem AKÇIN Tel: 05062895561 Mail: gizemakcin0707@gmail.com

Uzm. Dr. Yusuf KARANCI Tel: 05067507825 Mail: dryusufkaranci@gmail.com

**Giriş:** Kırılgnlık, yaşlı yoğun bakım hastalarında mortalite ve komplikasyonlarla ilişkili önemli bir risk faktörüdür. Fried Fenotip Skalası ve Klinik Kırılgnlık Skalası gibi standart değerlendirme araçları klinisyen muayenesi gerektirdiğinden akut bakım ortamında uygulanmaları çoğu zaman güçtür. Tanı kodlarına dayalı otomatik hesaplanan tarama araçlarının bu boşluğu doldurma potansiyeli taşıdığı düşünülmektedir.

**Amaç:** Yoğun bakım ünitesine (YBÜ) yatırılan 65 yaş ve üzeri hastalarda Hastane Kırılgnlık Risk Skorunun (HFRS) hastane mortalitesi ve başarısız ekstübasyon ile ilişkisini araştırmak.

**Yöntem:** Bu retrospektif kohort çalışmasında MIMIC-IV (v3.1) veritabanından 65 yaş ve üzeri, ilk YBÜ yatışı olan ve en az 18 saat YBÜ'de kalan hastalar dahil edildi. HFRS, hastaların tanı kodlarından Gilbert ve ark. tarafından tanımlanan ağırlıklandırma yöntemiyle hesaplandı ve hastalar düşük (HFRS <5), orta (5–15) ve yüksek (>15) kırılgnlık gruplarına ayrıldı. Birincil sonlanım noktası hastane mortalitesi, ikincil sonlanım noktası mekanik ventilasyon uygulanan hastalarda 48 saat içinde yeniden entübasyon olarak tanımlanan başarısız ekstübasyondur. Gruplar arası karşılaştırmada Kruskal-Wallis ve Ki-kare testleri, bağımsız ilişkinin değerlendirilmesinde yaş, cinsiyet ve SOFA skoru için düzeltilmiş lojistik regresyon analizi kullanıldı. Sürekli değişkenler medyan ve interquartile range (IQR: Q1–Q3) olarak ifade edildi.

**Bulgular:** Çalışmaya 32.114 hasta dahil edildi (düşük: n=26.767, %83.3; orta: n=4.832, %15.0; yüksek: n=515, %1.6). Medyan yaş HFRS grubuyla birlikte artış gösterdi (Düşük: 76.0, Orta: 78.0, Yüksek: 83.0 yıl; p<0.001). SOFA skoru mevcut 27.564 hastada gruplar arası istatistiksel farklılık saptandı (Düşük: 4.0 [IQR 2–6], Orta: 4.0 [IQR 3–7], Yüksek: 4.0 [IQR 3–6]; p<0.001); ancak medyan değerler tüm gruplarda eşitti ve klinik açıdan anlamlı bir fark gözlenmedi. Hastane mortalitesi düşük, orta ve yüksek kırılgnlık gruplarında sırasıyla %11.6, %18.1 ve %18.8 olarak saptandı (p<0.001). Mekanik ventilasyon uygulanan 12.942 hastada başarısız ekstübasyon oranları %9.0, %17.2 ve %18.9 idi (p<0.001). Yaş, cinsiyet ve SOFA skoru için düzeltilmiş lojistik regresyon analizinde orta kırılgnlıkta mortalite olasılığı 1.39 kat (OR: 1.39, %95 GA: 1.27–1.52, p<0.001), yüksek kırılgnlıkta ise 1.38 kat artmış

bulundu (OR: 1.38, %95 GA: 1.06–1.77,  $p=0.013$ ). Başarısız ekstübasyon açısından orta kırılğan hastalarda risk 1.95 kat (OR: 1.95, %95 GA: 1.69–2.24,  $p<0.001$ ), yüksek kırılğan hastalarda 2.30 kat daha yüksekti (OR: 2.30, %95 GA: 1.48–3.45,  $p<0.001$ ). Yaşın başarısız ekstübasyon üzerine bağımsız etkisi saptanmadı ( $p=0.4$ ).

**Sonuç:** HFRS, tanı kodlarından otomatik hesaplanabilen pratik bir kırılğanlık tarama aracıdır. Yüksek HFRS skorunun, hastalık ağırlığı (SOFA) düzeltilmesi sonrasında da anlamlılığını koruyan başarısız ekstübasyon riski ile bağımsız ilişkisi, bu skorun geriatrik YBÜ hastalarında rutin ekstübasyon karar süreçlerine entegre edilmesinin klinik fayda sağlayabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca eğri altı alan (AUC: 0.545) olarak saptanan mortalite tahmin gücü, HFRS'nin tahmin değil tarama aracı olarak kullanılması gerektiğini desteklemektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Kırılğanlık; Yoğun Bakım; HFRS; Başarısız Ekstübasyon; Geriatri

**Tablo 1. Hasta Özellikleri — HFRS Grubuna Göre**

Parametre	Genel (N=32.114)	Düşük (N=26.767)	Orta (N=4.832)	Yüksek (N=515)	p
Yaş (yıl)	76.0 (70.0–83.0)	76.0 (70.0–83.0)	78.0 (72.0–85.0)	83.0 (77.0–89.0)	<b>&lt;0.001</b>
Cinsiyet					0.2
Kadın	14.752 (%46)	12.274 (%46)	2.220 (%46)	258 (%50)	
Erkek	17.362 (%54)	14.493 (%54)	2.612 (%54)	257 (%50)	
SOFA skoru (ilk 24 saat)	4.0 (2.0–6.0)	4.0 (2.0–6.0)	4.0 (3.0–7.0)	4.0 (3.0–6.0)	<b>&lt;0.001</b>
YBÜ yatış süresi (gün)	2.2 (1.3–4.0)	2.1 (1.3–3.8)	2.8 (1.6–5.5)	2.6 (1.5–4.5)	<b>&lt;0.001</b>
Hastane mortalitesi					<b>&lt;0.001</b>
Yaşıyor	28.027 (%87)	23.651 (%88)	3.958 (%82)	418 (%81)	
Eksitüs	4.087 (%13)	3.116 (%12)	874 (%18)	97 (%19)	
Mekanik ventilasyon					<b>&lt;0.001</b>
Hayır	19.172 (%60)	15.798 (%59)	3.007 (%62)	367 (%71)	
Evet	12.942 (%40)	10.969 (%41)	1.825 (%38)	148 (%29)	

Sürekli değişkenler medyan (IQR: Q1–Q3) olarak gösterilmiştir. SOFA skoru 27.564 hastada (%85.8) mevcuttu.

**Tablo 2. MV Sonuçları — HFRS Grubuna Göre**

Parametre	Genel (N=12.942)	Düşük (N=10.969)	Orta (N=1.825)	Yüksek (N=148)	p
Başarısız ekstübasyon					<b>&lt;0.001</b>
Başarılı	11.615 (%90)	9.983 (%91)	1.512 (%83)	120 (%81)	
Başarısız	1.327 (%10)	986 (%9.0)	313 (%17)	28 (%19)	
Toplam MV süresi (saat)	19.6 (9.0–59.8)	18.7 (8.3–55.0)	29.0 (13.0–79.0)	29.0 (14.4–65.4)	<b>&lt;0.001</b>

Sürekli değişkenler medyan (IQR) olarak gösterilmiştir. MV süresi Yüksek grupta Orta gruptan düşük görünmektedir; ancak post-hoc analizde bu fark anlamlı bulunmamıştır.

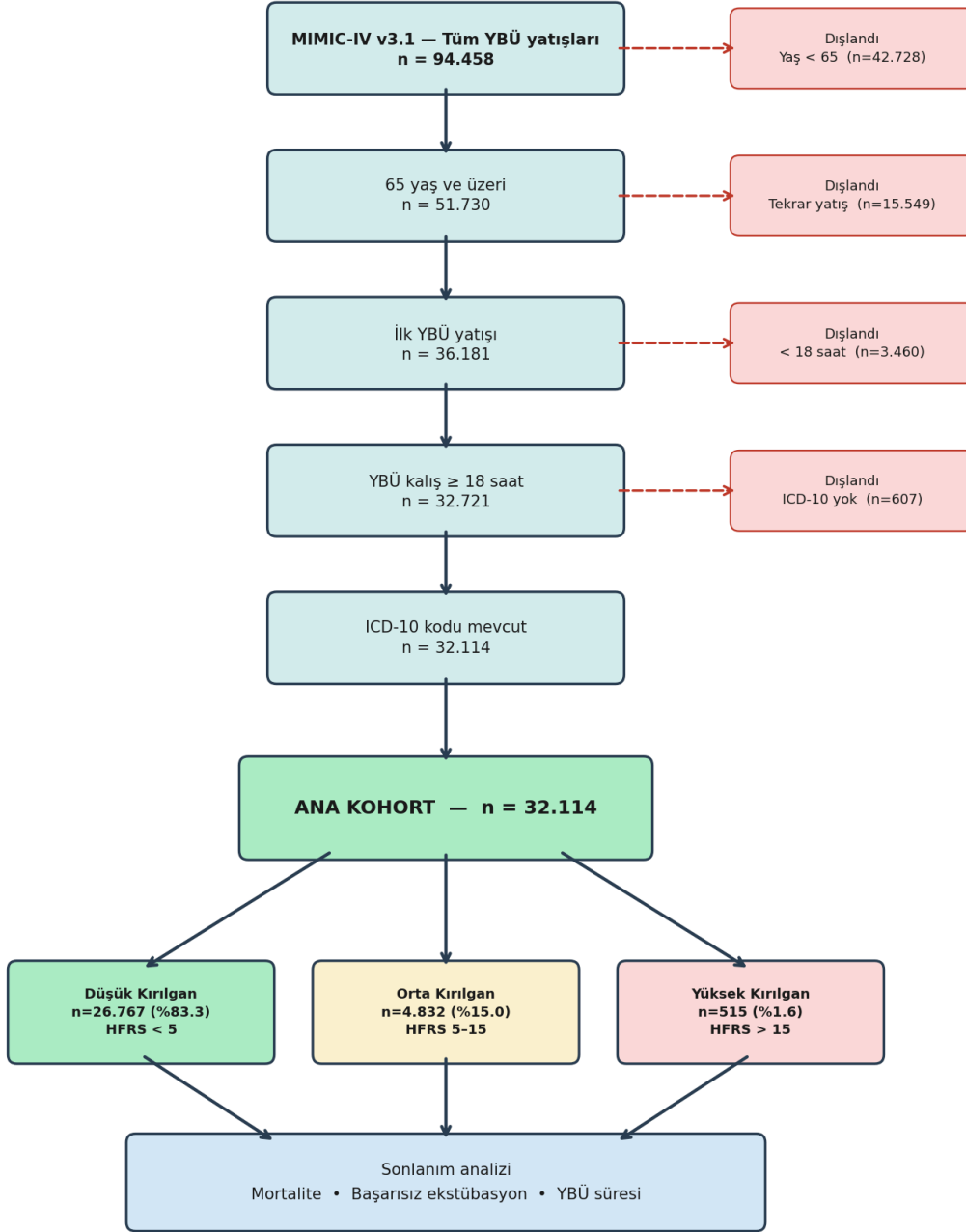
**Tablo 3. Lojistik Regresyon Analizi — Yaş, Cinsiyet ve SOFA Skoru Düzeltmeli (n=27.564)**

Değişken	Mortalite			Başarısız Ekstübasyon		
	OR	%95 GA	p	OR	%95 GA	p
HFRS Kategorisi						
Düşük	Ref.	—		Ref.	—	
Orta	1.39	1.27–1.52	<b>&lt;0.001</b>	1.95	1.69–2.24	<b>&lt;0.001</b>
Yüksek	1.38	1.06–1.77	<b>0.013</b>	2.30	1.48–3.45	<b>&lt;0.001</b>
Yaş	1.03	1.03–1.04	<b>&lt;0.001</b>	1.00	0.99–1.00	0.4
Cinsiyet						
Kadın	Ref.	—		Ref.	—	
Erkek	0.83	0.77–0.89	<b>&lt;0.001</b>	0.86	0.77–0.97	<b>0.013</b>
SOFA skoru	1.27	1.25–1.28	<b>&lt;0.001</b>	1.06	1.04–1.08	<b>&lt;0.001</b>

OR: Odds Ratio; GA: Güven Aralığı. Düşük kırılabilirlik grubu refer

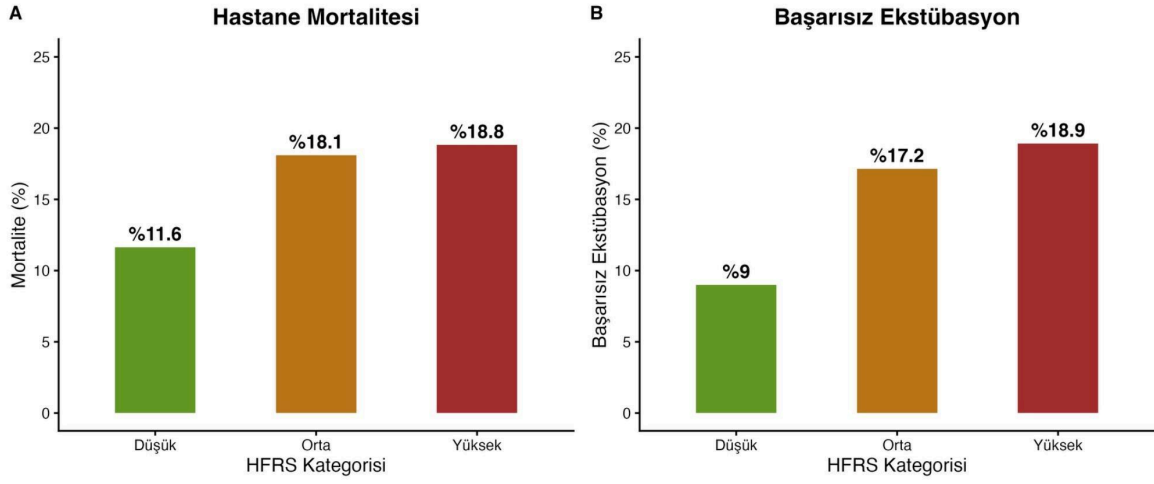


Şekil 1. Çalışma Akış Şeması

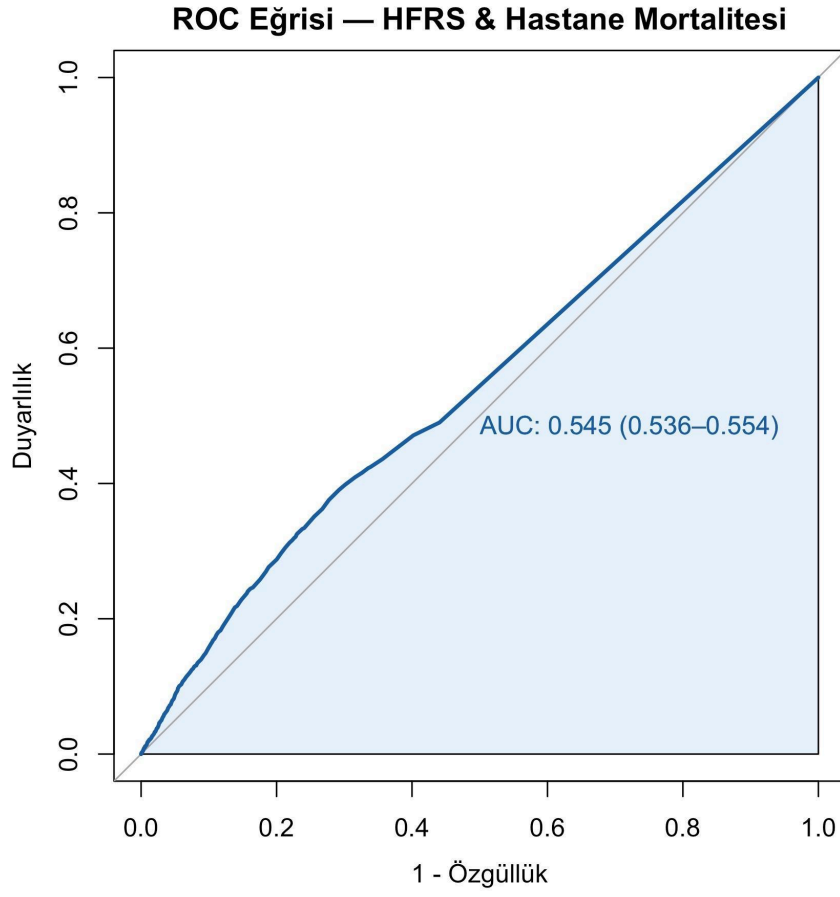




**Şekil 2. HFRS Kategorisine Göre Hastane Mortalitesi ve Başarısız Ekstübasyon Oranları**



**Şekil 3. ROC Eğrisi — HFRS ve Hastane Mortalitesi**





## **SÖZLÜ BİLDİRİ-8**

**Geriatrik yoğun bakım hastalarında serum ürik asit düzeyi mortaliteyi öngörebilir mi?**

**Uzm.Dr. Fatma ERSEVEN(1), Doç.Dr. Abdullah Kahraman(1), Prof . Dr. Süheyla ÜNVER(2).**

1 Ankara Dr.Abdurrahman YURTASLAN Onkoloji Eğitim ve Araştırma hastanesi, Yoğun bakım kliniği

2 Ankara Dr.Abdurrahman YURTASLAN Onkoloji Eğitim ve Araştırma hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon

### **Giriş**

Yoğun bakım üniteleri, sistemik inflamasyon, oksidatif stres ve çoklu organ disfonksiyonu ile karakterize kompleks klinik süreçlerin yönetildiği ortamlardır. Geriatrik hastalar ise immünoşansens, artmış komorbidite yükü ve azalmış fizyolojik rezerv nedeniyle bu süreçlere karşı daha kırılgan olup, metabolik stres ve hücrel hasara adaptasyon kapasiteleri sınırlıdır. Bu durum, geriatrik yoğun bakım hastalarında mortalite riskini belirgin şekilde artırmaktadır.

Kritik hastalıkta hipoksi, doku perfüzyon bozukluğu ve artmış hücrel yıkım, pürin metabolizmasının hızlanmasına ve ksantin oksidaz aktivitesinin artmasına yol açar. Bu süreç sonucunda ürik asit üretimi artarken, eş zamanlı olarak reaktif oksijen türlerinin (ROS) oluşumu tetiklenir. Geriatrik hastalarda renal fonksiyon rezervinin azalması ve antioksidan savunma mekanizmalarının zayıflaması da bu birikimi daha belirgin hale getirebilir.

Bu bağlamda ürik asit yalnızca metabolik bir son ürün değil, aynı zamanda oksidatif stres, doku hipoksisi ve hücrel hasarın bir göstergesi olarak değerlendirilmektedir. Bu fizyopatolojik mekanizmalar doğrultusunda, serum ürik asit düzeyinin geriatrik yoğun bakım hastalarında hastalık şiddeti ve klinik sonuçlarla ilişkili olabileceği düşünülmektedir

### **Amaç:**

Bu çalışmada yoğun bakım ünitesinde yatan geriatrik hastalarda serum ürik asit düzeyinin mortalite ile ilişkisini değerlendirmek amaçlandı.

### **Yöntem:**

Kasım 2023–Nisan 2025 tarihleri arasında yoğun bakım ünitesinde izlenen geriatrik hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar sağ kalan ve eksitus olan olarak iki gruba ayrıldı ve serum ürik asit düzeyleri karşılaştırıldı. Analizlerde Mann–Whitney U testi kullanıldı.

### **Bulgular:**

Çalışmaya dahil edilen 226 geriatrik hastanın 140'ı (%61,9) sağ kalırken, 86'sı (%38,1)



eksitus ile sonuçlandı. Hastaların yaş ortalaması  $76,4 \pm 7,8$  yıl olup, %52,2'si erkekti. Eksitus olan hastalarda serum ürik asit düzeyleri sağ kalanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu (medyan: 6,91 mg/dL; sağ kalan: 5,55 mg/dL;  $p=0,004$ ).

**Sonuç:**

Serum ürik asit düzeyinin geriatrik yoğun bakım hastalarında mortalite ile anlamlı ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ürik asit yalnızca pürin metabolizmasının son ürünü olmayıp, oksidatif stres, doku hipoksisi ve hücrel yıkımın bir göstergesidir. Kritik hastalıklarda artmış ksantin oksidaz aktivitesi ve reaktif oksijen türleri üretimi ile birlikte ürik asit düzeylerinde yükselme gözlenmekte olup bu durum organ disfonksiyonu ve kötü klinik sonuçlarla ilişkilidir. Literatürde de yoğun bakım hastalarında yüksek ürik asit düzeylerinin artmış mortalite ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Bu nedenle ürik asit, yoğun bakım pratiğinde kolay erişilebilir ve düşük maliyetli bir parametre olarak erken dönem risk sınıflamasında kullanılabilecek potansiyel bir biyobelirteçtir. Ancak bu ilişkinin nedenselliğini ortaya koymak için daha geniş örneklemler ve prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:**

Yaşlı, Ürik asit, Mortalite, Yoğun bakım ünitesi.



## **SÖZLÜ BİLDİRİ-9**

### **METFORMİN İLİŞKİLİ LAKTİK ASİDOZDA GELİŞEN YAYGIN SEREBRAL HASAR: NADİR BİR OLGU**

Elif Yıldırım<sup>1</sup>, Esra Yakışık Aktekin<sup>1</sup>, Firdevs Tuğba Bozkurt Biçer<sup>1</sup>, Deniz Erdem<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Yoğun Bakım Kliniği

#### **Giriş:**

Metformin, tip 2 diyabetes mellitus tedavisinde yaygın olarak kullanılan bir biguanid türevidir. Metformin ilişkili laktik asidoz (MALA), özellikle renal fonksiyon bozukluğu varlığında gelişen ve yüksek mortalite ile seyreden ciddi bir klinik tablodur (1,2). Metformin, mitokondriyal kompleks I inhibisyonu yoluyla oksidatif fosforilasyonu baskılayarak anaerobik metabolizmayı artırmakta ve laktat birikimine neden olmaktadır (3).

MALA'nın sistemik etkileri iyi tanımlanmış olmakla birlikte, santral sinir sistemi üzerindeki etkileri sınırlı sayıda bildirilmiştir. Literatürde daha çok bazal ganglion tutulumu ve metabolik ensefalopati ön planda tanımlanırken, yaygın serebral ödem ve global beyin hasarı ile seyreden olgular oldukça nadirdir (4,5). Bu olguda, ağır MALA zemininde gelişen yaygın serebral hasar ve ödem sunulmuştur.

#### **Olgu:**

Altmış bir yaşında kadın hasta özgeçmişinde diyabetes mellitus dışında bilinen ek hastalık bulunmuyor. Hasta bilinç değişikliği nedeniyle acil servise başvurdu. Anamnezinde birkaç gündür devam eden kusma ve ishal öyküsü mevcuttu. Diyabetes mellitus için metforminin de içinde olduğu üçlü oral antidiyabetik ilaç kullandığı öğrenildi

Başvuru sırasında yapılan arter kan gazında ileri derecede metabolik asidoz saptandı (pH: 6.72, bikarbonat [HCO<sub>3</sub>]: 3.6 mmol/L, laktat: 8.32 mmol/L). Laboratuvar incelemelerinde kreatinin 6.4 mg/dL, potasyum 6.2 mEq/L ve tahmini glomerüler filtrasyon hızı 6 mL/dk olarak bulundu. Bulgular metformin ilişkili laktik asidoz ve eşlik eden akut böbrek hasarı ile uyumlu olarak değerlendirildi. Hastanın dirençli metabolik asidoz tablosu nedeniyle öncelikle acil serviste hemodiyalize alındı sonrasında yoğun bakım ünitesine kabul edildi. Yoğun bakım takibinde metabolik asidoza yönelik destek tedavileri başlandı. Persistan ağır asidoz nedeniyle hastaya sürekli renal replasman tedavisi (CRRT) uygulandı. İzlem sürecinde arter kan gazı parametrelerinde kısmi düzelme gözlenmesine rağmen hastanın nörolojik durumu progresif olarak kötüleşti ve Glasgow Koma Skoru 8 olarak değerlendirildi. Yapılan beyin bilgisayarlı tomografisinde diffüz serebral ödem, gri-beyaz cevher ayrımında kayıp, sulkuslarda silinme ve bazal sisternalarda daralma saptandı. Elektroensefalografide düşük amplitüdü jeneralize aktivite ile uyumlu ağır diffüz serebral disfonksiyon izlendi.



Toraks bilgisayarlı tomografisinde bilateral akciğerlerde posterior bölgelerde belirgin konsolidasyon ve kollaps alanları izlenmiş olup eşlik eden enfeksiyon varlığı düşünüldü. İntravenöz antibiyoterapi başlandı

Tüm yoğun bakım destek tedavilerine rağmen hasta yatışının ikinci gününde exitus oldu.

### **Tartışma:**

Bu olguda dikkat çekici olan, ağır metabolik asidozun düzeltilmesine rağmen nörolojik durumun hızla kötüleşmesi ve diffüz serebral ödem gelişmesidir. Bu durum, MALA'da santral sinir sistemi hasarının yalnızca sistemik asidoz ile açıklanamayabileceğini düşündürmektedir.

Literatürde nörolojik tutulum daha çok ensefalopati ve bazal ganglion lezyonları şeklinde bildirilmiş olup, yaygın serebral ödem nadirdir (4–6). Bu olguda saptanan gri-beyaz cevher ayırımında kayıp ve yaygın ödem bulguları, ağır hipoksik-metabolik beyin hasarı ile uyumlu olup kötü prognoz göstergesidir.

Erken hemodiyaliz ve devamında sürekli renal replasman tedavisine rağmen nörolojik kötüleşmenin engellenememesi, bazı hastalarda gelişen hücresel hasarın geri dönüşsüz olabileceğini düşündürmektedir (7). Ayrıca akut böbrek hasarı, gastrointestinal sıvı kaybı ve enfeksiyon varlığı klinik tabloyu ağırlaştırmış olabilir (2).

Sonuç olarak bu olgu, metformin ilişkili laktik asidozda sistemik düzelleme sağlansa dahi santral sinir sistemi düzeyinde ilerleyici ve geri dönüşsüz hasar gelişebileceğini göstermektedir. Bu nedenle MALA olgularında erken dönemde nörolojik monitorizasyonun ön planda tutulması ve prognozun bu doğrultuda değerlendirilmesi gerekmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Metformin, Laktik Asidoz, Beyin Ödemi, Akut Böbrek Hasarı

### **Kaynaklar:**

1. Lalau JD, Kajbaf F, Protti A, Christensen MMH, De Broe ME, Wiernsperger NF. Metformin-associated lactic acidosis (MALA): Moving towards a new paradigm. *Diabetes Obes Metab.* 2017;19(11):1502–1512.
2. DeFronzo R, Fleming GA, Chen K, Bicsak TA. Metformin-associated lactic acidosis: Current perspectives on causes and risk. *Metabolism.* 2016;65(2):20–29.
3. Protti A, Russo R, Tagliabue P, Vecchio S, Singer M, Rudiger A, et al. Metformin overdose, but not lactic acidosis per se, inhibits oxygen consumption in pigs. *Crit Care.* 2012;16(3):R75.
4. Peters N, Jay N, Barraud D, Cravoisy A, Nace L, Bollaert PE, et al. Metformin-associated lactic acidosis in an intensive care unit. *Crit Care.* 2008;12(6):R149.



5. Vecchio S, Protti A. Metformin-induced lactic acidosis: No one left behind. *Crit Care*. 2011;15(1):107.
6. Friesecke S, Abel P, Roser M, Felix SB, Runge S. Outcome of severe lactic acidosis associated with metformin accumulation. *Crit Care*. 2010;14(6):R226.
7. Calello DP, Liu KD, Wiegand TJ, Roberts DM, Lavergne V, Gosselin S, et al. Extracorporeal treatment for metformin poisoning: Systematic review and recommendations from the EXTRIP workgroup. *Crit Care Med*. 2015;43(8):1716–1730.



## **SÖZLÜ BİLDİRİ-10**

### **ZOR ENTÜBASYON SIRASINDA GELİŞEN OROFARİNGEAL YARALANMA VE YÖNETİMİNİN SUNUMU**

Dr Halil İbrahim BAĞDAD<sup>1</sup>, Dr Harun ÖZMEN<sup>1</sup>, Dr Mehlika Kuşvuran KURTAY<sup>1</sup>, Dr Serkan DOĞRU<sup>1</sup>, Dr Bahar AYDINLI<sup>1</sup>

MERSİN ŞEHİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ

**Anahtar Kelimeler:** Zor entübasyon, Mallampati 3, Orofaringeal yaralanma, Tonsil laserasyonu, Flexible laringoskop

#### **Giriş**

Zor entübasyon anestezi pratiğinde nadir görülür, geliştiğinde ciddi olumsuzluklar yaratır. Anestezi sırasında, zor entübasyon insidansının uygulamada %1,5-13 arasında olduğu bilinir. Havayolu yönetiminde başarısızlık, anesteziye bağlı komplikasyonların önemli nedenlerindedir. Mallampati skoru, ağız açıklığı, tiromental mesafe, boyun hareketleri, diş yapısı havayolu zorluğunu öngörmede yardımcı değerlendirme kriterleridir. Tekrarlayan entübasyon girişimleri havayolu travması, hipoksi, aspirasyon riskini artıran faktörlerdir. Tonsil laserasyonu, yumuşak damak yaralanmaları zor entübasyonun nadir, ciddi komplikasyonlarıdır. Bu olguda zor entübasyon sırasında gelişen tonsil laserasyonu, yumuşak damak hasarı ile seyreden bir hastanın yönetimi sunulmuştur.

#### **Olgu**

56 yaşında kadın hasta, lomber spinal stenoz operasyonu planlanarak ameliyathaneye alındı. Özgeçmişinde sigara kullanımı, tedavi altında guatr öyküsü vardı. Ötiroid halde operasyona alındı. Mallampati skoru 3, Cormack-Lehane skoru 3, üst dişlerin önde olduğu, ağız açıklığında hafif kısıtlılık saptandı. Preoksijenizasyonu takiben induksiyon 200 mg propofol, 60 mg rokuronyum ve 100 mcg fentanil ile sağlandı. Üç dakika sonra 7.5 numaralı spiralli tüp ile stile eşliğinde yapılan ilk entübasyon girişimi başarısız oldu. Uygulayıcı değişikliğine rağmen ikinci entübasyon gerçekleştirilemedi. Video laringoskop ve bronkoskop cihazının onarımında olduğundan flexible laringoskop ve buji yardımıyla ikinci denemeden sonra 7.5 numaralı spiralli tüp yerleştirildi. Entübasyon sonrası aspirasyonda kanama görülmesi üzerine laringoskop ile orofaringeal bölge kontrol edildi. Sağ tonsil üst polde laserasyon ve yumuşak damakta hasar görüldü. Kanama kontrol edilemeyince peroperatif KBB(Kulak Burun Boğaz) konsültasyonu istendi. KBB uzmanı önerisi ile adrenalinli kompresle tonsil poşuna 10 dakika bası uygulandı. Hastaya steroid ve PPI(Proton Pompa İnhibitörü) tedavi verildi. Adrenalinli



kompres sonrası aktif kanama olmadığı görüldü. Beyin cerrahisi ekibi ile görüşülerek prone pozisyonunda çalışılacağından vaka iptal edildi.

## **Sonuç**

Mallampati 3, sınırlı ağız açıklığı ve dental yapı gibi faktörler zor entübasyon açısından öngörücü olup bu hastada preoperatif bulgularla uyumlu şekilde zor entübasyon gelişmiştir. Video laringoskop gibi alternatif havayolu cihazlarının çalışır durumda olmaması entübasyon sürecini uzatarak komplikasyon riskini artırmıştır. Zor havayolu algoritmasına göre, zor entübasyon öngörülen, beklenmeyen zor havayolu gelişen durumlarda tekrarlayan girişimlerden kaçınılması, alternatif havayolu yöntemlerine erken geçilmesi gerektiğinde yardım çağırılması önerilmektedir. Tekrarlayan entübasyon girişimleri tonsil, yumuşak damak gibi dokularda travmaya neden olabilir. Endotrakeal entübasyona bağlı havayolu yaralanmalarının insidansı yaklaşık %0.5–7 arasında bildirilmektedir. Zor entübasyon, tekrarlayan girişimlerle risk artar. Kanamanın kontrolünde adrenalini kompres uygulaması etkili olmuş, cerrahi müdahaleye gerek kalmamıştır. Hava yolu yaralanmaları kanama, havayolu obstrüksiyonu gibi ek risklere yol açabileceğinden erken tanı, müdahale önemlidir. Komplikasyon geliştiğinde multidisipliner yaklaşım hasta güvenliği açısından kritiktir. Hastamızda postop yoğun bakım takibi gerekebileceğide öngörülerek vaka iptal edilmiştir. PACU'da 4 saat takip edilen hasta servise verilmiştir.

## **Kaynaklar:**

- 1: Miller's Anesthesia. 9th ed. Philadelphia: Elsevier; 2020
2. Mallampati SR, Gatt SP, Gugino LD, et al. A clinical sign to predict difficult tracheal intubation. Can Anaesth Soc J.
3. American Society of Anesthesiologists. Practice guidelines for management of the difficult airway.
- 4: SAGE Journals. Airway trauma related to intubation. Respir Care.
5. Difficult Airway Society. Guidelines for management of unanticipated difficult intubation in adults.



## **SÖZLÜ BİLDİRİ- 11**

### **ALBENDAZOL İLİŞKİLİ FULMİNAN SEYİRLİ AKUT KARACİĞER HASARI (OLGU SUNUMU)**

Ömer Furkan Metin, Harun Özmen, Serkan Doğru, Bahar Aydın(1), Tamer Çolak, Serkan Paltacı(2)

Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği (1)

Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği (2)

Anahtar kelimeler: Albendazol, İlaç İlişkili Karaciğer Hasarı (DILI), N-Asetilsistein (NAC), Hepatotoksisite, Fulminan Karaciğer Yetmezliği

**GİRİŞ:** İlaç ilişkili karaciğer hasarı (DILI), günümüzde hepatotoksisitenin ve akut karaciğer yetmezliğinin en önemli nedenlerinden biridir. Genellikle güvenli bir antiparaziter ajan olarak kabul edilen Albendazol, nadiren de olsa fulminan seyirli karaciğer hasarına yol açabilmektedir. Özellikle ilacın endikasyon dışı veya kontrolsüz kullanımı durumunda hayati risk oluşturabilen ciddi komplikasyonlar görülebilir. Karaciğer hasarının yönetiminde N-Asetilsistein (NAC) kullanımı, antioksidan kapasiteyi artırarak ve mikrosirkülasyonu düzelterek sağkalım üzerinde olumlu etkiler göstermektedir. Bu olguyu sunmaktaki amacımız; yaygın kullanılan ancak potansiyel hepatotoksik etkileri göz ardı edilebilen Albendazol'un neden olduğu klinik tabloya dikkat çekmek ve parasetamol dışı DILI vakalarında erken dönem N-Asetilsistein (NAC) kullanımının iyileşme sürecindeki kritik rolünü vurgulamaktır.

**OLGU:** Bilinen kronik hastalığı olmayan, arı ve polen alerjisi dışında özgeçmişinde özellik saptanmayan 45 yaşında erkek hasta, halsizlik ve belirgin sarılık şikayetleri ile başvurmuştur. Hastanın hikayesinden; 3 hafta önce rutin kontrol için hastaneye başvurduğu, ancak dil üzerindeki beyazlık (paslı dil) nedeniyle başlanan Albendazol (2x1 200 mg planlanan, hasta 1x1 kullanmış) tedavisinin 3. gününde iştahsızlık, bulantı, karın ağrısı ve hafif ateş şikayetlerinin başladığı öğrenilmiştir.

Hasta şikayetlerinin başlamasıyla ilacı kendi isteğiyle kesmiş; ilacı bıraktıktan 4-5 gün sonra halsizliğinin günlük aktivitelerini kısıtlayacak düzeye ulaşması, idrar renginde koyulaşma ile skleralarda sarılık fark etmesiyle acil servise başvurmuştur. Hastanın son 2 aydır tek öğün beslendiği şikayetleri sırasında birkaç kez Parasetamol içeren kombine ilaçlar kullandığı öğrenilmiştir.

Fizik muayenesinde genel durumu orta, bilinci açık, skleralar cilt hafif ikterik saptanmıştır. Epigastrik bölgede hassasiyet izlenen hastanın ense sertliği konfüzyon bulgusu saptanmamıştır. Laboratuvarında ALT: 3050 U/L ,AST:1534 U/L Total Bil:6,21 mg/dL Direkt



Bil:4,39 mg/dL İndirekt Bil:1.82 md/dL olarak yüksek saptanmış; ayırıcı tanı amacıyla istenen Viral Hepatit paneli takibe alınmıştır. Alkol veya bitkisel ürün kullanımı öyküsü saptanmayan hastanın orali 48 saat kapatılıp, Albendazol ilişkili DILI ön tanısıyla 2. basamak yoğun bakım ünitesine yatırılmıştır.

Tedavi sürecinde hasta gastroenteroloji ve anesteziye(sosyal endikasyon) konsülte edilmiş olup gastroenterolojinin önerisiyle "Non-asetaminofen DILI" protokolü kapsamında NAC infüzyonu başlanmıştır. Protokol; 600 mg IV yükleme , 7200 mg (24 saat) şeklinde IV infüzyon uygulanmıştır. NAC tedavisinin yanı sıra 3000 ml/gün kristaloid hidrasyonu ve yakın biyokimyasal (INR, Bilirubin, BFT) takip yapılmıştır. Yoğun bakım ünitesinde 4 gün, serviste ise 1 gün süreyle yakın takip ve tedavi edilen hasta; klinik bulgularının stabilize olması ve karaciğer fonksiyon testlerinin (ALT, AST, INR) belirgin şekilde gerilemesi üzerine şifa ile taburcu edilmiştir.

**SONUÇ:** Albendazol hepatotoksitesisi literatürde nadir görülen bir durumdur ve genellikle ilacın kesilmesiyle geri dönüşümlüdür(1). Ancak bu olguda dikkat çekici olan nokta, semptomların ilaç kesildikten sonra şiddetlenmesidir. Bu durum, ilacın reaktif metabolitlerinin karaciğerdeki birikimiyle açıklanabilir(2). Ayrıca hastanın 2 aydır sürdürdüğü tek öğün beslenme alışkanlığının, karaciğerin ana savunma mekanizması olan glutation (GSH) depolarını zayıflatarak toksisite eşiğini düşürdüğü düşünülmektedir(8). Sonuç olarak; açıklanamayan akut karaciğer hasarı ile gelen hastalarda, ilaç kullanım öyküsü (özellikle Albendazol gibi masum görünen ajanlar) ve hastanın nutrisyonel durumu titizlikle sorgulanmalıdır. Erken dönemde başlanan NAC desteği, bu hastalarda karaciğer nakli ihtiyacını azaltmada ve sağ kalımı artırmada kritik rol oynamaktadır(5).

#### ***Kaynakça***

- 1) LiverTox: Clinical and Research Information on Drug-Induced Liver Injury [Internet]. Bethesda (MD): National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases; 2012. Albendazole.
- 2) Nare B, Smith JM, Prichard RK. Metabolic activation of albendazole by liver microsomes: implications for hepatotoxicity. Biochem Pharmacol 1994;48(12):2215-22.
- 3) Rawden NJ, et al. Metabolism of albendazole by human liver microsomes: role of CYP3A4 and flavin-containing monooxygenase. Drug Metab Dispos 2000;28(10):1103-10.
- 4) Choi DW, et al. Albendazole-induced liver injury: a case report and review of the literature. Hepatol Int 2010;4(3):612-6.
- 5) Lee WM, et al. Intravenous N-acetylcysteine improves transplant-free survival in early stage non-acetaminophen acute liver failure. Gastroenterology 2009;137(3):856-64.
- 6) European Association for the Study of the Liver (EASL). EASL Clinical Practice Guidelines: Drug-induced liver injury. J Hepatol 2019;70(6):1222-61.



ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ  
**YOĞUN BAKIM GÜNLERİ**

**10-11 Nisan 2026**  
**Ankara Bilkent Şehir Hastanesi**

- 7) Navarro VJ, Senior JR. Drug-related hepatotoxicity. N Engl J Med 2006;354(7):731-9.
- 8) Fontana RJ. Pathogenesis of drug-induced liver injury. Hepatology 2008;48(4):1318-29.



## SÖZLÜ BİLDİRİ-12

### HEMATOLOJİK HASTALIKLARI OLAN VE DOĞUM SONRASI YOĞUN BAKIMDA TAKİP EDİLEN HASTALAR: OLGU SERİSİ

İrem Aksoy<sup>1</sup>, Anıl Onur<sup>1</sup>, Pelin Köseoğlu<sup>1</sup>, Nermin Kılıçarslan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SBÜ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

İrem Aksoy: 05398178939 – iremaksoydr@gmail.com

Anıl Onur: 05337244608 – [dr.anilonur@gmail.com](mailto:dr.anilonur@gmail.com)

Pelin Köseoğlu: 05383409524 – [pelinkoseoglu70@gmail.com](mailto:pelinkoseoglu70@gmail.com)

Nermin Kılıçarslan: 05423531918 – nerminkilicarslan2001@gmail.com

**Giriş:** Postpartum dönemde yoğun bakım gerektiren başlıca hematolojik komplikasyonlar trombotik mikroanjiopatiler, kanama bozuklukları, tromboembolik olaylar, immün trombositopeni alevlenmesi şeklinde olabilmektedir (1). Erken tanı ve uygun tedavi maternal mortalite ve morbiditeyi azaltmada kritik öneme sahiptir.

**Amaç:** Yoğun bakım ünitemizde (YBÜ) takip edilen dört farklı postpartum hematolojik komplikasyon olgusunu sunmayı amaçladık.

**Olgu Sunumu:** Hastalarımızın demografik verileri, ek hastalıkları, YBÜ yatış tanıları, gün sayıları ile taburculuk durumları tablo 1’de paylaşıldı. İlk olgu idiyopatik trombositopenik purpura nedenli takipli, vajinal doğum sonrası majör kanama ve masif kan transfüzyonu nedeniyle YBÜ’ne alındı. İkinci olgunun Faktör 5,8 eksikliği ve plasenta dekolmanı tanısı vardı. Acil sezaryene alındı ve masif kan transfüzyonu sonrası YBÜ’ne alındı. Üçüncü olgu elektif sezaryen sonrası taburcu edildi. Postoperatif 10. günde postpartum kanama ve endometrit ön tanısı ile tekrar yatışı yapıldı. Takiplerinde genel durumu bozuldu. Hemoglobun, trombosit ve fibrinojen değerleri düşen hastada dissemine intravasküler koagülasyon (DİK) düşünüldü. Hastaya acil şartlarda histerektomi uygulandı ve masif kan transfüzyonu yapıldı. Dördüncü olgumuza kolesistit atağı nedeniyle vajinal doğum yaptırıldı. Doğum sonrası sepsis ve DİK düşülen hasta YBÜ’ne yatırıldı. YBÜ takipleri sırasında akut renal yetmezlik (ARY) gelişti. ARY nedenli hemodiyaliz başlandı. Kan değerlerinde hipofibrinojenemi gelişti. Genel durumu kötüleşen hasta entübe edilerek takip edildi. Hemodiyaliz uygulanan hastanın takiplerinde atipik hemolitik üremik sendrom düşünüldüğü için hastaya plazmaferez uygulandı. Hasta 70.günde exitus oldu. Tüm olguların bebekleri sağlıklı ve yaşamaktadır.



**Tablo 1:** Olguların demografik ve klinik verileri

	Olgu 1	Olgu 2	Olgu 3	Olgu 4
Yaş	38	27	30	29
Ek hastalık	İTP	Faktör 5-8 eksikliği	-	-
Doğum şekli	Vajinal Doğum	C/S, genel anestezi	C/S, spinal anestezi	Vajinal Doğum
Yoğun bakım yatış tanısı	Majör kanama	Plasenta dekolmanı, majör kanama	Sepsis, DİK	Sepsis, DİK, Atipik HÜS, ARY
Yoğun bakım yatış gün sayısı	1	1	2	70
Transfüzyon miktarı	4Ü ES + 4Ü TDP	4Ü ES + 4Ü TDP + 1gr fibrinojen	4Ü ES + 4Ü TDP + 2 gr fibrinojen+ 1gr traneksamik asit	23Ü ES + 35Ü TDP + 12Ü trombosit + fibrinojen
Son durum	Şifa ile taburcu	Şifa ile taburcu	Şifa ile taburcu	Exitus

*Kısaltmalar: C/S: Sezaryen, İTP: İmmün trombositopenik purpura, ES: Eritrosit Süspansiyonu, TDP: Taze Donmuş Plazma, Ü: Ünite, gr: gram.*

**Tartışma:** Masif postpartum kanamada erken dönemde uygulanan hedefe yönelik replasman tedavisi mortaliteyi azaltır (2). Kronik hematolojik hastalığı olan gebelerde multidisipliner takip esastır. Plasenta dekolmanı gibi obstetrik acillerde proaktif kan ürünü replasmanı hayat kurtarıcıdır (3). Postpartum endometrit sonrası gelişebilecek geç kanama komplikasyonları açısından hastalar yakından izlenmelidir. Hastalarımızın takiplerinde kalıtsal veya edinsel tüm hemotolojik kanamalı durumlara erken ve multidisipliner müdahale edilmiştir.

**Sonuç:** Postpartum hematolojik komplikasyonlar öngörülemeyen ve hızla ilerleyebilen klinik tablolardır. Erken tanı ve multidisipliner yaklaşım gerektirir.

**Anahtar Kelimeler:** Postpartum kanama, Plasenta dekolmanı, Postpartum endometrit, DİK, Atipik HÜS

**Kaynaklar:**



ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ  
**YOĞUN BAKIM GÜNLERİ**

**10-11 Nisan 2026**  
**Ankara Bilkent Şehir Hastanesi**

- 1) Cines DB, Levine LD. Thrombocytopenia in pregnancy. Blood 2017;130(21):2271-2277.
- 2) Thachil J, Toh CH. Disseminated intravascular coagulation in obstetric disorders. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2009;23(6):789-800.
- 3) Tikkanen M. Placental abruption: epidemiology, risk factors and consequences. Acta Obstet Gynecol Scand 2011;90(2):140-9.



## **SÖZLÜ BİLDİRİ-13**

### **YOĞUN BAKIMDA ŞİDDETLİ HİPOKALEMİYE BAĞLI POLİÜRİ: NEFROJENİK DİABETES İNSİPIDUS BENZERİ BİR OLGU**

Uzm Dr. Mustafa Kemal Şahin

<sup>1</sup>SBÜ Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği

mksahin@msn.com

#### **Giriş**

Poliüri, yoğun bakım hastalarında farklı etiyolojilere bağlı gelişebilen ve dikkatli ayırıcı tanı gerektiren önemli bir klinik bulgudur. Hipokalemi, renal tübüler konsantrasyon kapasitesini bozarak nefrojenik diabetes insipidus benzeri bir tablo oluşturabilir (1,2). Bu olgu sunumunda, yoğun bakım takibi sırasında gelişen ve şiddetli hipokalemi ile ilişkili olduğu düşünülen poliüri olgusu sunulmaktadır.

#### **Olgu**

Elli yedi yaşında erkek hasta, üç ay önce pankreas başı tümörü nedeniyle Whipple operasyonu geçirmiş olup son iki haftadır artan halsizlik, oral alımda azalma ve bilinç bulanıklığı nedeniyle acil servise başvurdu. Klinik seyirde gelişen solunum yetmezliği ve bilinç gerilemesi üzerine entübe edilerek intraabdominal sepsis ön tanısıyla anestezi yoğun bakım ünitesine yatırıldı ve mekanik ventilasyon desteği başlandı.

Yoğun bakım kabulünde hemodinamik instabilite nedeniyle vazopressör desteği gereksinimi mevcuttu. Laboratuvar incelemelerinde belirgin inflamatuvar yanıt ile birlikte ciddi elektrolit bozuklukları saptandı. Serum potasyum düzeyi 2.06–2.3 mmol/L olup, eşlik eden metabolik alkaloz (pH: 7.57) mevcuttu.

İzlem sırasında hastada günlük idrar çıkışı 4000–4500 mL olarak ölçüldü ve poliüri (>3000 mL/gün) geliştiği gözlemlendi. İdrar osmolalitesi 178 mOsm/kg olup dilüe idrar ile uyumluydu (Tablo1). Dilüe idrar varlığı ve persistan poliüri nedeniyle nefrojenik diabetes insipidus ön tanısı da değerlendirildi; ancak yoğun bakım koşullarında su kısıtlama testi gibi ileri tanısal değerlendirmeler uygulanamadı. Hiperglisemiye bağlı ozmotik diürez ile uyumlu bulgu saptanmadı. Serum sodyum ve glukoz düzeyleri normal sınırlarda olup ozmotik diürezi düşündürecek ek bir bulgu izlenmedi.

Mevcut bulgular poliürinin şiddetli hipokalemiye bağlı renal konsantrasyon bozukluğu ile ilişkili olabileceğini düşündürdü. Başlanan yoğun potasyum replasmanı sonrası serum potasyum düzeylerinde düzelme sağlandı ve potasyum düzeyinin 3 mmol/L üzerine çıkması ile birlikte idrar çıkışında belirgin azalma gözlemlendi. Elektrolit dengesinin düzelmesi ile poliürinin gerilemesi, hipokalemiye sekonder gelişen poliürüyü güçlü biçimde destekledi.



İzlem sürecinde sepsis tedavisi sürdürülmesine rağmen klinik seyir komplike oldu ve hasta kardiyak arrest nedeniyle kaybedildi.

### **Sonuç**

Hipokalemi, aquaporin-2 ekspresyonunu azaltarak renal konsantrasyon kapasitesini bozabilir ve nefrojenik diabetes insipidus benzeri bir tabloya yol açabilir (3). Hipokaleminin, aquaporin-2 ekspresyonunda azalma ve vazopressin yanıtında bozulma yoluyla distal tübüler su geri emilimini azalttığı bilinmektedir. Literatürde hipokalemiye bağlı geri dönüşümlü nefrojenik diabetes insipidus olguları tanımlanmış olmakla birlikte, yoğun bakım ve sepsis bağlamında akut gelişen poliüri olguları sınırlıdır. Bu olgu, yoğun bakım hastalarında gelişen açıklanamayan poliüride hipokaleminin göz ardı edilmemesi gerektiğini ve uygun elektrolit replasmanı ile tablonun geri dönüşümlü olabileceğini göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Hipokalemi, Poliüri, Nefrojenik Diabetes İnsipidus, Elektrolit İmbalansı, Yoğun Bakım

### **Kısa Referanslar**

1. Khositseth S, Uawithya P, Somparn P, et al. Autophagic degradation of aquaporin-2 is an early event in hypokalemia-induced nephrogenic diabetes insipidus. *Sci Rep*. 2015;5:18311. Published 2015 Dec 17. doi:10.1038/srep18311.
2. Nepali A, Adhikari P, Shah A, Paudel S, Bhandari P. Hypokalemia Induced Partial Nephrogenic Diabetes Insipidus: A Case Report. *JNMA J Nepal Med Assoc*. 2024;62(271):217-219. Published 2024 Feb 29. doi:10.31729/jnma.8501.
3. Kortenoeven ML, Fenton RA. Renal aquaporins and water balance disorders. *Biochim Biophys Acta*. 2014;1840(5):1533-1549. doi:10.1016/j.bbagen.2013.12.002



**Tablo 1.** Yoğun bakım sürecinde idrar çıkışı, serum potasyum düzeyleri ve poliürinin klinik seyri

YBÜ günü	24 saatlik idrar çıkışı (mL)	Serum K <sup>+</sup> (mmol/L)	pH	İdrar osmolalitesi (mOsm/kg)	Günlük sıvı dengesi (mL)	Potasyum replasmanı, (mEq/saat)	Klinik yorum
1	4200	2.06	7.57	178	-800	10	Dilüe idrar, belirgin poliüri
2	4500	2.2	7.55	165	-1000	15	Poliüri devam
3	4700	2.4	7.52	150	-1100	15	Maksimum poliüri
4	4000	2.8	7.48	220	-700	10	Azalma başlıyor
5	3200	3.1	7.46	280	-400	5	Belirgin düşüş
6	2600	3.3	7.43	350	-200	5	Poliüri geriliyor
7	2200	3.5	7.41	420	-100	5	Normale yaklaşım
8	2000	3.7	7.40	500	0	5	Stabilizasyon

Poliüri, günlük idrar çıkışının 3000 mL üzerinde olması olarak tanımlanmıştır.



## **SÖZLÜ BİLDİRİ-14**

### **SEPTOPLASTİ VE KANAMA RİSKİ (OLGU SUNUMU)**

Ahmet Berkay KAPLAN, Harun ÖZMEN, Serkan DOĞRU, Zeynep KARACA, Yekbun DOĞAN

Mersin Şehir Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği

Anahtar Kelimeler: Septoplasti, Merocel, Postop kanama

### **Giriş**

Nazal septum deviasyonunun düzeltilmesinde en sık uygulanan cerrahi prosedürlerden biri olan septoplasti, genellikle güvenli bir işlem olarak kabul edilse de kendine has komplikasyon risklerini barındırır. Bu komplikasyonlar arasında literatürde en sık karşılaşılan, cerrahi ve anestezi en çok zorlayan durumlardan biri post operatif kanamadır. Çoğunlukla basit müdahalelerle kontrol altına alınabilse de, nadir durumlarda gelişen şiddetli hemorajiler klinik yönetimde hızlı ve etkili kararlar verilmesini zorunlu kılar.

### **Olgu**

Septum deviasyonu olan 19 yaş erkek hasta ASA II anestezi riski ile septoplasti operasyonuna alındı. Preop TA: 132/75 mmHg Nabız: 75 atım/dk, Spo2: %99

Hastaya lidokain , propofol , rokuronyum ve fentanyl ile anestezi indüksiyonu sonrası yapılan 60dklık septoplasti operasyonun bitiminde, extübasyon sonrası postopta görülen nazal sızıntı cerrahına haber verildi. Cerrahi tarafından uygulanan adrenalini tamponun recovery odasında takibi sonrası 50.dkda hala devam eden kanama görülünce tekrar operasyon kararı alındı. GAA kanama odağı bulundu , koterizasyon yapıldı ve 1gr transamin iv uygulandıktan sonra hasta extübe edildi. Extübasyon sonrası deliryum semptomları olması sebebiyle cerrah, hastanın kendisini zorlayarak merocel tamponu çıkarabileceğini öngerek merocelin kolumelladaki süturunu kesti, o esnada da 2mg dormicum yapıldı. Hasta sedyeye alınırken merocel tamponun yerinde olmadığı farkedildi. Nazofarenkste tespit edilemeyen tamponun trakeaya kaçma şüphesiyle 3.kez GAA entübe edildi, inspeksiyon arama sahası genişletildi. Gerek aspirasyon riski gerek yerinin tespit edilememesi sebebiyle hastaya bronkoskopi ve endoskopi yapılması kararı alındı. Solunumun spontan ve rahat olması , akciğer seslerinin doğal olması , peak basınçlarının ve saturasyonun fizyolojik sınırlarda olması sebebiyle trakeaya yabancı cisim aspirasyon düşüncesinden uzaklaşıldı, postop PACU takibi kararı ile hasta extübe edildi. Postop 3.saatte hasta kustu ve kusmuşunda merocel tampon tespit edildi. 24 saatlik takip sonrası hasta servise çıkarıldı.

### **TARTIŞMA**



Septoplasti sonrası kanama önemli bir komplikasyondur, re-operasyon ile kanama odağının ortadan kaldırılıp antifibrinolitik uygulanması kılavuzlarla uyumludur. Asıl klinik zorluk, postoperatif ajitasyonun yönetimi sırasında yaşanmıştır.

Ajite hastanın tamponu çekeceği endişesiyle Merocel fiksasyon sütürünün cerrah tarafından kesilmesi, bu vakadaki en kritik kırılma noktasıdır. Literatürde, genişleyebilen nazal tamponların aspirasyonunu veya yutulmasını önlemek için sütürlerin dudak veya yanak gibi bölgelere sabitlenmesi altın kural olarak belirtilmektedir. Hastanın ajitasyonunu kontrol etmek için mekanik fiksasyonu ortadan kaldırmak yerine, farmakolojik sedasyon (örn: düşük doz dormicum veya deksmedetomidin) sağlanması çok daha güvenli bir yaklaşımdır.

## **SONUÇ**

Kriz anlarında rutin güvenlik önlemlerinden taviz verilmemeli ve ajitasyon mekanik bariyerleri kaldırarak değil, medikal yollarla yönetilmelidir. Ayrıca bu vaka, anestezi ve KBB ekiplerinin klinik yakın takiple gereksiz invaziv müdahaleleri önlemedeki rolünü vurgulamaktadır.

## **KAYNAKÇA**

1-Complication Rates Following Septoplasty With Inferior Turbinate Reduction (Ochsner Journal, 2019). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6928672/>

2-Risk Factors of Emergence Agitation in Adults Undergoing General Anesthesia for Nasal Surgery (Clinical and Experimental Otorhinolaryngology, 2015). <https://www.e-ceo.org/journal/view.php?number=410>

3-Nasal packing: When a routine practice becomes a life-threatening emergency (Clinical Case Reports, 2020). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33363897/>

4-Aspiration of Nasopore nasal packing (BMJ Case Reports, 2017). [https://www.researchgate.net/publication/320214263\\_Aspiration\\_of\\_Nasopore\\_nasal\\_packing](https://www.researchgate.net/publication/320214263_Aspiration_of_Nasopore_nasal_packing)



## SÖZLÜ BİLDİRİ -15

### YOĞUN BAKIM HASTALARINDA CANDIDA AURIS: KOLONİZASYON VE ENFEKSİYONUN MORTALİTE İLE İLİŞKİSİ VE RİSK FAKTÖRLERİNİN BELİRLENMESİ

Dilek ASİLTÜRK<sup>1</sup>, Çilem BAYINDIR DİCLE<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD,

<sup>2</sup>Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Yoğun Bakım Kliniği

## GİRİŞ

*Candida auris* (*C. auris*), yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) artansıklıkta izole edilen, bulaş potansiyeli yüksek ve sınırlı tedavi seçenekleri nedeniyle klinik önemi giderek artan bir fungal patojendir. Bununla birlikte, YBÜ hastalarında *C. auris* izolasyonu her zaman klinik enfeksiyon anlamına gelmemektedir.

## AMAÇ

Bu çalışmada, iki yoğun bakım ünitesinde *C. auris* saptanan hastalarda kolonizasyon ve enfeksiyonun klinik özellikleri ile sonuçlarının karşılaştırılması amaçlandı.

## YÖNTEM

Büretrospektif kesitsel gözlemsel çalışma Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Kalp Damar Kulesi'nde iki 3. basamak YBÜ'sinde 01/09/2025-27/03/2026 tarihleri arasında 7 aylık dönemde *C. auris* izole edilen tüm hastalar değerlendirildi. Hastaların demografik verileri, komorbiditeleri, CCI (Charlson komorbidite indeksi), klinik risk faktörleri, SOFA ve APACHE II skorları, antifungal tedavi durumu ve klinik sonuçları hastane veri tabanından kaydedildi. Hastalar kolonizasyon ve enfeksiyon olarak sınıflandırılarak karşılaştırıldı. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare veya Fisher exact testi, sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanıldı.  $p < 0.05$  istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edildi.

## BULGULAR

Toplam 63 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 52'si (%82.5) kolonizasyon, 11'i (%17.5) enfeksiyon olarak değerlendirildi. Ortalama yaş 76 (IQR: 59-80) ve hastaların %50.8'i erkekti. Ortalama yatış süresi 50.6 gün olup, enfeksiyon grubunda yatış süresi belirgin olarak daha uzundu (medyan: 92 [83.8-107.3] vs 48 [28.0-62.5] gün,  $p = 0.070$ ). *C. auris* izolasyonunun ortalamasaptanma zamanı 23.7 gün olarak bulundu ve gruplar arasında fark saptanmadı (medyan: 23 [23.3-49.8] vs 19 [13.5-30.0] gün,  $p = 0.556$ ).

Enfeksiyon grubunda antifungal tedavi oranı anlamlı olarak daha yüksekti (%81.8 vs %5.8,  $p < 0.001$ ). Yirmi sekiz günlük mortalite enfeksiyon grubunda anlamlı olarak daha yüksek bulundu (%45.5 vs %15.4,  $p = 0.040$ ).



SOFAskorları (medyan: 12 [10.5–15.0] vs 12 [8.5–14.0],  $p=0.956$ ), APACHE II skorları (medyan: 27 [20.5–30.3] vs 24 [19.0–29.5],  $p=0.531$ ), CCI (medyan: 6 [4.3–6.3] vs 6 [4.0–7.5],  $p=0.448$ ) ve diyabet varlığı (%27.3 vs %32.7,  $p=1.000$ ) açısından gruplararası anlamlı fark izlenmedi.

Tekdeğişkenli analizde steroid kullanımının enfeksiyon gelişimi ile ilişkili olabileceği gözlenmiş olup (OR: 2.04), istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p=0.337$ ).

## **SONUÇ**

*C. auris* yoğun bakım hastalarında sıklıkla kolonizasyon olarak saptanmakla birlikte, enfeksiyon gelişen hastalarda mortalite anlamlı olarak daha yüksektir. Bu nedenle *C. auris* izolasyonu klinik bağlamda dikkatle değerlendirilmeli ve enfeksiyon varlığında uygun tedavi planlanmalıdır. Steroid kullanımının enfeksiyon gelişimi ile ilişkili olabileceğine dair gözlenen eğilim veya yoğun bakım alt grupları arasındaki farklılıklar, gelecekte yapılacak daha geniş çalışmalarda ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir.



## **SÖZLÜ BİLDİRİ- 16**

### **METFORMİN İLİŞKİLİ LAKTİK ASİDOZ: ÜÇ OLGU SUNUMU**

Seval KABLAN<sup>1</sup>, Hakan SAPMAZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hitit Üniversitesi Çorum Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yoğun Bakım Kliniği

**Giriş:** Metformin, tip 2 diyabetes mellitus (DM) tedavisinde yaygın kullanılan biguanid grubu bir oral antidiyabetik ajandır. Glukoneogenezi inhibe ederek ve periferik glukoz kullanımını artırarak glisemi kontrolü sağlar. Metformine bağlı laktik asidoz (MALA), nadir görülse de (<5.1/100.000/yıl), mortalite oranı %50'lere ulaşabilen ciddi bir komplikasyondur. Bu yazıda, MALA gelişen üç olgu aracılığıyla, özellikle ek hastalığı olan bireylerde metformin kullanım risklerine ve suisid amaçlı yüksek doz alımlarda hızlı müdahalenin hayati önemine dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

**Olgu 1:** Parkinson, tip 2 DM, polinöropati, hiperlipidemi ve evre 3 kronik böbrek hasarı (KBH) tanıları olan 70 yaşında erkek hasta; iki gündür süren bulantı, kusma ve genel durum bozukluğuyla acil servise getirildi. DM nedeniyle düzenli metformin kullandığı öğrenilen hastanın kan gazında pH: 7.041, BE: -24.6 ve laktat: 10.37 mmol/L saptandı. Yoğun bakıma alınan hastaya NaHCO<sub>3</sub> infüzyonu ve akabinde sürekli renal replasman tedavisi (CRRT) başlandı. Ancak ileri yaş, KBH zemininde gelişen akut böbrek hasarı (ABH) ve derin asidoz nedeniyle kardiyak arrest gelişen hasta, resüsitasyona yanıt vermeyerek eksitus kabul edildi.

**Olgu 2:** Kronik hastalığı olmayan 45 yaşında kadın hasta, suisid amaçlı 110 adet vildagliptin/metformin kombinasyonu içeren ilaç içmiş. Acil serviste arrest olan ve CPR ile geri döndürülen hastanın kan gazında pH: 6.91 ve laktat: 12.8 mmol/L ölçüldü. İvedilikle yoğun bakıma alınarak CRRT ve NaHCO<sub>3</sub> desteği başlandı. Toksik doz alımının yarattığı derin metabolik yıkım ve refrakter asidoz nedeniyle takibinde tekrar arrest olan hasta tüm müdahalelere rağmen kaybedildi.

**Olgu 3:** Hipertansiyon, tip 2 DM ve endometrium kanseri öyküsü olan 63 yaşında kadın hasta; karın ağrısı ve kusma şikayetiyle başvurdu. DM kontrolü için metformin kullanan hastanın tetkiklerinde kreatinin: 10.3 mg/dL, pH: 7.037 ve laktat: 11.1 mmol/L saptandı. ABH zemininde metformin birikimi düşünülen hastaya hızla hemodiyaliz başlandı. Erken müdahale ile asidozu ve klinik durumu düzelen hasta, nefroloji servisine devredildi.

**Tartışma-Sonuç:** Metformin, tip 2 DM tedavisinde uzun yıllardır güvenle kullanılan bir ilaçtır. Ancak özellikle renal fonksiyon bozukluğu olan hastalarda birikime bağlı ya da suisid amacıyla yüksek doz alım sonrası gelişen laktik asidoz, yüksek mortaliteye sahiptir. Birinci ve üçüncü olgularda görüldüğü üzere, enfeksiyon veya dehidratasyon gibi faktörler akut böbrek hasarını başlatarak metforminin birikmesine ve ölümcül laktik asidoza yol açabilmektedir. Bu nedenle, özellikle yaşlı ve komorbiditesi yüksek hastalarda metformin reçete edilirken dikkat edilmelidir. Suisid amaçlı yüksek doz alımlarda ise laktat seviyeleri hızla yükselmekte ve kardiyovasküler kollaps gelişebilmektedir. Bu tür toksik durumlarda zaman kaybetmeden



uygulanan hemodiyaliz veya CRRT, ilacın uzaklaştırılması için tek şanstır. MALA tanısında klinik şüphe yüksek tutulmalı ve agresif renal replasman tedavilerine en erken safhada başlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Laktik Asidoz, Metformin İntoksikasyonu, Renal Replasman Tedavisi.

**Kaynaklar:**

1. Pilmore HL. Review: metformin: potential benefits and use in chronic kidney disease. Nephrology (Carlton) 2010;15:412–8.
2. Vecchio S, Protti A. Metformin-induced lactic acidosis: no one left behind. Critical Care. 2011;15(1):107–2
3. Biradar V, Moran JL, Peake SL, Peter JV. Metformin-associated lactic acidosis (MALA): clinical profile and outcomes in patients admitted to the intensive care unit. Crit Care Resusc 2010;12:191–5



## SÖZLÜ BİLDİRİ- 17

### Postentübasyon Trakeal Stenoz: Zor Entübasyon ile Tanı Alan Bir Olgu

Salih Birkan Arı<sup>1</sup>

<sup>1</sup> S.B.Ü. Sincan Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Ankara, Türkiye

**GİRİŞ:** Postentübasyon trakeal stenoz (PTS), havayolunda gelişen transmural hasarın skar dokusu ile iyileşmesi sonucunda ortaya çıkan iyatrojenik bir patolojidir. En sık etiyolojik neden, endotrakeal entübasyona bağlı gelişen lokal iskemi ve nekrozdur. Bu süreç, iyileşme fazında fibrozis ve lümen daralması ile sonuçlanır. Geçmişte trakeal rezeksiyon ve rekonstrüksiyonun en yaygın endikasyonlarından biri olan PTS, modern endotrakeal tüp ve trakeostomi kanülü tasarımlarındaki gelişmeler sayesinde daha az görülmekle birlikte, klinik önemini korumaktadır.

**OLGU:** 56 yaşında kadın hasta, nefes darlığı şikayeti ile acil servise başvurmuştur. Özgeçmişinde 8 yıl önce meme kanseri nedeniyle cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi; 2 yıl önce karşı memede kitle nedeniyle yeniden cerrahi girişim öyküsü bulunmaktadır. Takiben B hücreli akut lenfoblastik lösemi tanısı almış, yaklaşık bir yıl kemoterapi görmüş ve ardından kök hücre transplantasyonu uygulanmıştır. Tekrarlayan enfeksiyonlar nedeniyle sık hastane yatışları olan hasta, bir ay önce sepsis nedeniyle yoğun bakımda izlenmiş ve bu süreçte 5 gün entübe kalmıştır.

Toraks bilgisayarlı tomografide özefagus proksimalinde hafif duvar kalınlaşması, bilateral akciğerlerde mozaik atenüasyon, buzlu cam opasiteleri, yer yer konsolidasyon alanları, alt loblarda retiküler artış ve bant atelektaziler saptanmıştır. Pulmoner BT anjiyografide emboli bulgusu izlenmemiştir. Hasta, akut hiperkapnik solunum yetmezliği ve noninvaziv mekanik ventilasyon desteği ihtiyacı nedeniyle yoğun bakıma alınmış ve dalgalı klinik seyir göstermiştir.

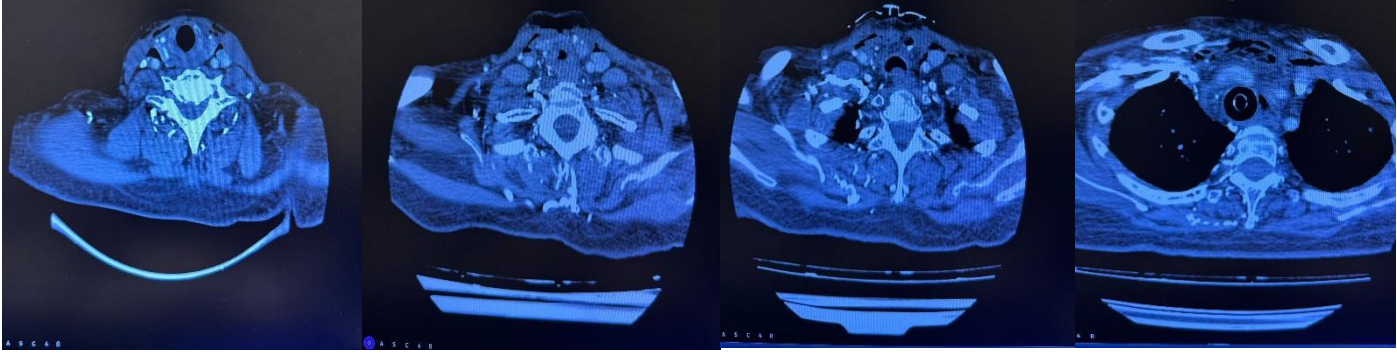
Takibin üçüncü gününde artan hipoksi ve hiperkapni üzerine elektif entübasyon planlanmıştır. Ancak tekrarlayan entübasyon girişimlerinde 6 mm çaplı endotrakeal tüp dahi ilerletilememiştir. Hasta laringeal maske ile ventile edilmiş ve kulak burun boğaz konsültasyonu sonrası ameliyathane koşullarında trakeostomi açılmıştır. Entübasyon zorluğunun nedenini araştırmak için çekilen boyun BT’de, larenkse yakın seviyede trakeada yaklaşık %60 daralma ve trakea duvarında diffüz heterojen kalınlaşma saptanmıştır. Tedavi için gerekli girişimsel ekipmanın merkezimizde bulunmaması nedeniyle hasta ileri tedavi için sevk edilmiş; sevk edildiği merkezde trakeal balon dilatasyon uygulanmış ve klinik iyileşme sonrası taburcu edilmiştir.

**SONUÇ:** Sonuç olarak, PTS ekstübasyondan haftalar sonra ortaya çıkabilen ve dispneye yol açan diğer klinik durumlarla karışabilen bir tablodur. Bu nedenle entübasyon öyküsü bulunan



ve solunum sıkıntısı ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmalıdır. Tedavide bronkoskopik yöntemler (balon dilatasyon, lazer, intralezyonel steroid, stent) ve uygun olgularda cerrahi yaklaşımlar (trakeal rezeksiyon ve anastomoz, laringeal rekonstrüksiyon) yer almaktadır.

ŞEKİL 1: Trakeal darlığın proksimali ve distalindeki tomografi görüntüleri



Anahtar Kelimeler: Trakeal Stenoz, Zor entübasyon, Cerrahi Trakeotomi



## **SÖZLÜ BİLDİRİ- 18**

### **HİATAL HERNİ OPERASYONU SIRASINDA GELİŞEN İYATROJENİK PNÖMOTORAKSIN ANESTEZİ YÖNETİMİ: OLGU SUNUMU**

Dr. Merve Nur Apaydın Kuyumcu, Uzm. Dr. Zeynep Karaca, Dr. Öğr. Üyesi Harun Özmen,  
Prof. Dr. Serkan Doğru

Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği

#### **İletişim:**

E-mail: merveapaydin355@gmail.com

Tel: 05370467578

**Anahtar Kelimeler:** Hiatal herni, KOAH, İyatrojenik pnömotoraks, Havayolu basıncı, ASA II

#### **Giriş**

Hiatal herni onarımı gibi diyaframa yakın cerrahi girişimlerde plevral bütünlüğün bozulması, hızlı tanınması gereken bir komplikasyondur [1]. Özellikle kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) tanılı olgularda bazal rezervlerin kısıtlı olması, intraoperatif pulmoner riskleri artırmaktadır [3]. Laparoskopik adezyolizis sırasında gelişebilecek iyatrojenik pnömotoraksın yönetimi, anestezi ve cerrahi ekibin koordinasyonunu gerektirir.

#### **Olgu**

55 yaşında, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) tanısı olan ve aktif sigara içen erkek hasta (Amerikan Anesteziyoloji Derneği - ASA II), hiatal herni nedeniyle operasyona alındı. Preoperatif Göğüs Hastalıkları değerlendirmesinde; fizik muayenede solunum seslerinde azalma ve periferik oksijen satürasyonu (SpO<sub>2</sub>) oda havasında %91 saptandı. Solunum fonksiyon testinde (SFT); FEV<sub>1</sub> %45, FEV<sub>1</sub>/FVC %55 olarak ölçülen hasta orta riskli olarak kabul edildi. Ameliyathaneye alınan hastanın induksiyon öncesi vital bulguları; tansiyon arteriyel (TA): 130/70 mmHg, SpO<sub>2</sub>: %95 ve Nabız: 80/dk olarak kaydedildi. Standart monitörizasyonu takiben anestezi induksiyonunda propofol, fentanil ve rokuronyum uygulandı. Cerrahinin son aşamasında SpO<sub>2</sub> hızla %88'e geriledi ve enstrüman monitörizasyonunda inspiratuar tepe basınçlarının (Pins) belirgin şekilde arttığı gözlemlendi. Yapılan oskültasyonda sol akciğerden solunum sesi alınmadığı saptandı. %100 oksijen ile ventilasyona geçilmesine rağmen alınan kan gazı örneğinde parsiyel oksijen basıncı (PaO<sub>2</sub>) 100 mmHg saptandı. Cerrahi ekip ile kurulan iletişimde plevral hasar geliştiği teyit edildi. Taşınabilir akciğer grafisi (X-Ray) ile sol pnömotoraks tanısı kesinleştirildi. Acil Göğüs Cerrahisi konsültasyonu ile vaka sırasında hastaya hızla tüp torakostomi uygulandı [2]. İşlem sonrası solunum sesleri düzelen ve hemodinamisi stabilize olan hasta, postoperatif 1. basamak yoğun bakım ünitesine nakledildi.



### **Sonuç**

İyatrojenik pnömotoraks, hızlı müdahale edilmediği takdirde kardiyak arreste kadar gidebilen mortal komplikasyonlara yol açabilir [2]. Özellikle riskli cerrahi sahalarda anestezi ekibinin mekanik ventilatör parametreleri (Pins artışı) ve oskültasyon bulgularına karşı uyanık olması hayati önem taşımaktadır. Zamanında yapılan radyolojik doğrulama ve acil Göğüs Cerrahisi konsültasyonu ile eş zamanlı torakostomi uygulaması, KOAH gibi kısıtlı rezervi olan hastalarda tansiyon pnömotoraks gelişimini önleyerek hasta güvenliğini sağlamaktadır.

### **Kaynakça**

1. Lynch JP, et al. Pneumothorax as a complication of laparoscopic surgery. Chest. 2003.
2. Soberón JR, et al. Tension pneumothorax during laparoscopic hiatus hernia repair. Surgical Endoscopy. 2006.
3. Miller RD, et al. Miller's Anesthesia. 9th ed. Elsevier; 2020.



## SÖZLÜ BİLDİRİ-19

### **Öngörülemeyen Toksikite: Beklenen Toksikite Eşiğinin Altında Kolşisin ve Sertralin Alımı Sonrası Multiorgan Disfonksiyonu**

Doç Dr Esra Yakışık Çakır, Dr İsmail Cüneyd Göktepe

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Yoğun Bakım Kliniği

#### **Giriş**

Kolşisin, dar terapötik aralığı nedeniyle doz aşımında ciddi ve potansiyel olarak ölümcül toksisiteye yol açabilen bir ajandır [1,2]. Mikrotübül polimerizasyonunu inhibe ederek hücresel fonksiyonları bozar; bu etki terapötik dozlarda anti-inflamatuar özellik sağlarken, yüksek dozlarda özellikle hızlı bölünen dokular ve kas hücrelerinde sitotoksisiteye yol açarak çoklu organ disfonksiyonuna neden olur [3]. Toksikite sürecinde gastrointestinal bulguları takiben kemik iliği supresyonu, rabdomiyoliz ve hepatotoksikite gibi çoklu organ tutulumu gelişebilir [1,3,4]. Spesifik antidot tedavisinin sınırlı olması nedeniyle yönetimde erken tanı, yakın izlem ve destek tedavisi temel yaklaşımı oluşturmaktadır [4,5].

Bu yazıda, kolşisin ve eş zamanlı sertralin alımı sonrası gelişen, çoklu organ tutulumu ile seyreden ancak yalnızca destek tedavi ile iyileşen bir olgu sunulmuştur.

#### **Olgu**

Otuz iki yaşında kadın hasta, suicid amaçlı 30 tablet sertralin (Lustral® 50 mg) ve 30 tablet kolşisin (0,5 mg) alımı sonrası acil servise başvurdu. Özgeçmişinde majör depresyon ve Behçet hastalığı mevcuttu. Başvuru sırasında bulantı ve karın ağrısı dışında aktif şikayeti yoktu. Vital bulguları stabil olan hastanın sistemik muayenesinde belirgin patoloji saptanmadı. Hastanın kendisinden alınan anamnez ve yakınının beyanına göre ilaç alımının yaklaşık 1 saat önce gerçekleştiği öğrenildi. Bu doğrultuda 1500 mL irrigasyon solüsyonu ile gastrik lavaj uygulandı; ancak hasta nazogastrik sondadan rahatsız olması nedeniyle sondasını çıkardı. Aktif kömürü oral olarak tolere edemediği için uygulanamadı.

Kolşisin intoksikasyonunun başvuru bulguları ile uyumlu gastrointestinal fazı (Faz I) acil serviste tamamlayan hasta, ileri izlem amacıyla yoğun bakım ünitesine yatırıldı.

Başvuru anındaki laboratuvar tetkiklerinde belirgin patoloji saptanmadı. Ancak takipte, Faz II olarak adlandırılan multiorgan disfonksiyon tablosu 24–72 saat içinde gelişti. Hastada progresif trombositopeni (minimum: 27.000/mm<sup>3</sup>), kreatin kinaz yüksekliği ile uyumlu rabdomiyoliz (pik CK: 25.000 U/L) ve karaciğer fonksiyon testlerinde bozulma (pik AST/ALT: 950/160 U/L, pik INR: 2) izlendi. Hastaya spesifik antidot tedavisi uygulanmadı; yakın izlem ve yoğun intravenöz hidrasyon tedavisi verildi.

İzlem sürecinde hastanın klinik durumu stabil seyretti. Şiddetli intoksikasyonlarda genellikle 6–7. günlerde görülen iyileşme fazına (Faz III), hastamızda 72. saatten sonra girildi ve



laboratuvar parametrelerinde kademeli düzelme gözlemlendi [6]. Trombosit, CK ve karaciğer fonksiyon testlerinde gerileme izlenen hasta, ilaç alımının 8. gününde şifa ile taburcu edildi.

## **Sonuç**

Kolşisin intoksikasyonu, başlangıçta hafif semptomlarla seyretse dahi ilerleyen süreçte ciddi hematolojik ve biyokimyasal bozukluklara yol açabilen dinamik bir klinik tablodur [1–4]. Literatürde, hastamızın aldığı doz (0,23 mg/kg) genellikle organ disfonksiyonunun beklenmediği (<0,5 mg/kg) aralıkta yer almaktadır [3,6]. Ancak olgumuzda sertralin ile eş zamanlı kullanım veya bireysel farmakokinetik farklılıklar nedeniyle organ disfonksiyonu geliştiği düşünülmüştür.

Bu olgu, erken dönemde belirgin patoloji saptanmayan hastalarda dahi yakın izlem gerekliliğini ve destek tedavisinin önemini vurgulamaktadır. Uygun hidrasyon ve dikkatli yoğun bakım takibi ile gelişen trombositopeni, rabdomiyoliz ve karaciğer fonksiyon bozukluklarının geri döndürülebileceği gösterilmiştir.

## **Kaynakça**

1. Türkiye Klinikleri. Kolşisin intoksikasyonu: iki olgu sunumu ve literatür derlemesi. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2021;41(3):200–208. Available from: <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-kolsisin-ntoksikasyonu-ki-olgu-nedeniyle-73317.html>
2. Angelidis C, Kotsialou Z, Lianos E, et al. Colchicine: mechanisms of action and anti-inflammatory effects. Pharmacol Res. 2018;133:21–29. doi:10.1016/j.phrs.2018.03.012. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29359661>
3. Mulkareddy V, Sokach C, Raval M, et al. Colchicine poisoning and multiorgan failure: case series and review of pathophysiology. J Med Toxicol. 2022;18:105–114. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8298785/>
4. StatPearls [Internet]. Colchicine Toxicity. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559009/>
5. Di Paolo N, Tursi A. Management of acute colchicine poisoning: lack of specific antidote and supportive care strategies. Toxicol Rep. 2021;8:1084–1092. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8058177/>
6. Eyer F, Wills B, Haines J, et al. Colchicine poisoning: clinical presentation, timing of toxicity phases, and outcomes. Clin Toxicol (Phila). 2010;48(10):964–970. Available from:



ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ  
**YOĞUN BAKIM GÜNLERİ**

**10-11 Nisan 2026**  
**Ankara Bilkent Şehir Hastanesi**

[https://www.tandfonline.com/doi/10.3109/15563650.2010.495348?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%20%20pubmed](https://www.tandfonline.com/doi/10.3109/15563650.2010.495348?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed)



## SÖZLÜ BİLDİRİ-20

### **Postpartum Dönemde Eklampsi ve Post-anestezi Bakım Ünitesinde Takibi: Beş Vaka Serisi**

Serpil Ekin<sup>1</sup>, İrem Aksoy<sup>1</sup>, Derful Gülen<sup>1</sup>, Nigar Mehmet , Nermin Kılıçarslan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Bursa, TÜRKİYE

#### **Giris**

Eklampsi, gebeliğin ciddi bir komplikasyonudur. Gebe ve doğum yapan kadınların başlıca ölüm (%5-20) nedenlerindedir. Eklampsi hastaları, doğum sonrası ve eklampstik nöbetlerden sonra hemodinamik stabilizasyon, nörolojik takip ve komplikasyonlara hızlı müdahale için yoğun bakım ünitelerinde takip edilmelidir (1,2). Bu olgu serisinde nöbet geçiren ve post-anestezi bakım ünitesinde takip edilen beş eklampsi hastasındaki deneyimlerimiz paylaşılmaktadır.

#### **Olgu Sunumu**

Post-anestezi bakım ünitesinde izlenen beş eklampsi olgusunun yaşları 20–40, gestasyon haftaları 28-38 arasındaydı. Başvuru anında kan basınçları 135/71–190/100 mmHg idi. Tüm olgulara magnezyum sülfat uygulanmış, bazılarında ek antikonvülzan ve antihipertansif tedavi verilmişti. Post-anestezi bakım ünitesi yatış süreleri 1–4 gün arasındaydı. Tüm hastalar acil servise nöbet geçirerek başvurdu. Sadece olgu-1 postpartum 7. günde acil servise nöbet geçirerek başvurdu. Geliş tansiyonu 190/100 mmHg idi. Kranial bilgisayarlı tomografide, intraventriküler yayılım gösteren bilateral hemisferik hematomlar görüldü. Hasta, beyin cerrahisi tarafından acil ameliyata alındı ve eksternal ventriküler drenaj katateri yerleştirildi. Yatışından iki gün sonra beyin ölümü gerçekleşti. Diğer olgulara genel anestezi altında acil sezaryen uygulandı. Operasyon sonrası post-anestezi bakım ünitesinde izlenerek komplikasyonsuz taburcu edildiler. Tüm yenidoğanlar canlı olarak doğdu. Olguların demografik ve klinik özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur.

#### **Tartışma**

Olgu serimizdeki hastalar literatürle uyumlu olarak nöbetle başvurmuş ve acil sezaryen uygulanmıştır. Zamanında cerrahi müdahale ve yakın postoperatif izlem maternal mortaliteyi azaltmaktadır. Bir olguda eklampsi postpartum 7. günde gelişmiş olup, literatürde de geç postpartum eklampsi vakaları bildirilmiştir (3,4). Postpartum eklampsinin antepartum eklampsiden farklı bir patofizyolojiye sahip olup olmadığı halen tartışmalıdır. Literatürde belirtilen intrauterin gelişme geriliği ve perinatal mortalite riskine rağmen tüm bebeklerin canlı doğması, erken tanı, hızlı tedavi ve zamanında sezaryen kararının önemini göstermektedir (1,4).



## Sonuç

Bu olgu serisinde, eklampsi yönetiminde erken tanı, tedavi ve multidisipliner yaklaşımın maternal sonuçları olumlu yönde etkilediği görülmüştür. Bir hastada görülen intrakraniyal kanama, nörolojik komplikasyonların mortalite üzerindeki etkisine dikkat çekmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Post-anestezi bakım ünitesi, eklampsi, nöbet, gebelik

**Tablo 1. Eklampsi Hastalarının Klinik Özellikleri ve Sonuçları**

<u>Özellikler</u>	<u>Olgu 1</u>	<u>Olgu 2</u>	<u>Olgu 3</u>	<u>Olgu 4</u>	<u>Olgu 5</u>
<u>Yaş (Yıl)</u>	<u>40</u>	<u>23</u>	<u>26</u>	<u>22</u>	<u>20</u>
<u>Gestasyonel yaş (Hafta)</u>	<u>38</u>	<u>38</u>	<u>28</u>	<u>28</u>	<u>37</u>
<u>Obstetrik öykü (Gravite/Parite)</u>	<u>G3/P3</u>	<u>G1/P0</u>	<u>G1/P0</u>	<u>G1/P0</u>	<u>G1/P0</u>
<b><u>Başvuru</u></b>					
<u>Başvuru zamanı</u>	<u>Postop 7. gün</u>	<u>38 hafta</u>	<u>28 hafta</u>	<u>28 hafta</u>	<u>37 hafta</u>
<u>Doğum şekli</u>	<u>C/S</u>	<u>C/S</u>	<u>C/S</u>	<u>C/S</u>	<u>C/S</u>
<u>Başvuru şikayeti</u>	<u>Nöbet</u>	<u>Nöbet</u>	<u>Nöbet</u>	<u>Nöbet</u>	<u>Nöbet</u>
<u>Geliş kan basıncı (mmHg)</u>	<u>190/100</u>	<u>150/85</u>	<u>160/100</u>	<u>150/110</u>	<u>135/71</u>
<b><u>Laboratuvar Bulguları</u></b>					
<u>Hemoglobin(g/dl)</u>	<u>14</u>	<u>10.2</u>	<u>8.4</u>	<u>10.5</u>	<u>10.5</u>
<u>Trombosit (10<sup>3</sup>/mm<sup>3</sup>)</u>	<u>601</u>	<u>206</u>	<u>238</u>	<u>151</u>	<u>228</u>
<u>ALT/AST (U/L)</u>	<u>17/19</u>	<u>9/26</u>	<u>13/30</u>	<u>27/42</u>	<u>16/22</u>
<u>PT/aPTT (sn)</u>	<u>11/26</u>	<u>12/23</u>	<u>10/22</u>	<u>11/25</u>	<u>12/31</u>
<u>İdrarda proteinüri</u>	<u>1+</u>	<u>3+</u>	<u>1+</u>	<u>3+</u>	<u>1+</u>
<u>Kreatinin (mg/dl)</u>	<u>0.56</u>	<u>0.69</u>	<u>0.74</u>	<u>0.5</u>	<u>0.44</u>
<b><u>Tedavi ve Yönetim</u></b>					
<u>MgSO<sub>4</sub> tedavisi (Gün)</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>1</u>



<u>Ek anti epileptik tedavi</u>	<u>Pentotal+ Levetirasetam</u>	=	<u>Diazepam 10 mg</u>	=	=
<u>Antihipertansif tedavi</u>	<u>Nitrogliserin infüzyonu</u>	<u>Nikardipin İnfüzyonu/Perindopril/İndapamid/ Amlodipin</u>	<u>Amlodipin</u>	<u>Nitrogliserin infüzyonu/ Amlodipin/ Metildopa</u>	<u>Lamotrijin</u>
<b>Sonuçlar</b>					
<u>Yoğunbakım süresi (Gün)</u>	4	2	1	1	1
<u>Komplikasyonlar</u>	<u>Intrakraniyal hemoraji + EVDK</u>	=	=	=	=
<u>Maternal sonuçlar</u>	<u>Beyin Ölümü-Eksitü</u>	<u>Taburcu</u>	<u>Taburcu</u>	<u>Taburcu</u>	<u>Taburcu</u>
<u>Neonatal sonuçlar</u>	<u>Canlı Doğum</u>	<u>Canlı Doğum</u>	<u>Canlı Doğum</u>	<u>Canlı Doğum</u>	<u>Canlı Doğum</u>

**Kısaltmalar:** G/P, gravite/parite; C/S, sezaryen; MgSO<sub>4</sub>, magnezyum sülfat; PABÜ, post-anestezi bakım ünitesi; EVDK, eksternal ventriküler drenaj katateri;mg/dl, miligram/desilitre; g/dl, gram/desilitre; sn, saniye; mm<sup>3</sup>, milimetreküp; mmHg, milimetre civa; ALT, Alanin aminotransferaz; AST, Aspartat aminotransferaz; U/L, Ünite/Litre; aPTT, Aktive Parsiyel Tromboplastin Zamanı; PT, Protrombin Zamanı.

### **Kaynaklar**

- 1- Bartal MF, Sibai BM. 21. yüzyılda eklampsi. Am J Obstet Gynecol. 2022;226:S1237–53. doi: 10.1016/j.ajog.2020.09.037.
- 2- Moodley J, Soma-Pilay P, Buchmann E, Pattinson RC. Gebelikte hipertansif bozukluklar: 2019 Ulusal kılavuzu. S Afr Med J. 2019;109:S3–S16.
- 3- Hauspurg A, Jeyabalan A. Postpartum preeclampsia or eclampsia: defining its place and management among the hypertensive disorders of pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2022 Feb;226(2S):S1211-S1221.
- 4- Sibai BM. Eklampsinin tanısı, önlenmesi ve yönetimi. Obstet Gynecol. 2005;105:402–10.



## **SÖZLÜ BİLDİRİ-21**

### **Preoperatif stabil hastada akut koroner sendromu taklit eden koronavirüs ilişkili miyokardit: beklenmeyen yoğun bakım gereksinimi**

Songül BINAY<sup>1</sup> Barış ÇOBAN<sup>2</sup> Doğukan Tolga ARISOY<sup>3</sup> Mehmet Olgun GENCER<sup>3</sup> Ümit TÜRK<sup>4</sup> Abdullah KAHRAMAN<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yoğun Bakım Kliniği

<sup>2</sup>Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği<sup>2</sup>

<sup>3</sup> Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği<sup>3</sup>

<sup>4</sup> Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği<sup>4</sup>

### **İletişim:**

E-posta: sonyteyz@gmail.com

Telefon: 05054578816

### **Giriş:**

Cerrahi planlanan onkoloji hastalarında gelişen aritmi ve troponin yüksekliği sıklıkla akut koroner sendromu düşündürür. Ancak koronavirüs hastalığı ilişkili miyokardit benzer klinik bulgularla ortaya çıkabilir ve hızlı kardiyopulmoner dekompanseasyona yol açabilir. Bu durum preoperatif dönemde beklenmeyen yoğun bakım ihtiyacına neden olabilir.

### **Olgu:**

Yetmiş yedi yaşında kadın hasta, nüks kolon adenokarsinomu nedeniyle kolostomi revizyon operasyonu planlanan ve preoperatif dönemde stabil izlenen bir hastaydı. Operasyon öncesi ani gelişen göğüs ağrısı, aritmi ve troponin yüksekliği üzerine akut koroner sendrom ön tanısı ile değerlendirildi. Elektrokardiyografide yeni gelişen sol dal bloğu ve Ekokardiyografide; EF %30, apikal ve septum anterior hipokinetik olarak raporlandı. Hastaya acil koroner anjiyografi yapıldı. Anjiyografide anlamlı koroner arter hastalığı saptanmadı. Aynı gün yoğun bakıma geri alınan hasta yüksek akımlı nazal oksijen tedavisi (high-flow oksijen tedavisi) ihtiyacı doğdu ve dekompanse kalp yetmezliği tablosu gelişti. Toraks görüntülemelerinde bilateral orta zonlara kadar uzanan plevral efüzyon saptandı. Hastaya intravenöz furosemid infüzyonu ve vazopressör tedavi başlandı. Plevral efüzyon nedeniyle üç gün arayla sol ve sağ hemitoraksa plevral drenaj kateteri uygulanarak drenaj sağlandı. Etiyolojik değerlendirmede COVID-19 pozitifliği saptandı. Koroner anjiyografinin normal olması ve troponin yüksekliğinin devam etmesi üzerine hasta koronavirüs ilişkili miyokardit olarak değerlendirildi. Steroid tedavisi başlandı. Yedi gün yoğun bakım takibi sonrası yoğun bakım ihtiyacı kalmayan hasta cerrahi onko servisine devredildi.

### **Sonuç:**



Preoperatif stabil hastada ani gelişen aritmi ve troponin yüksekliği her zaman akut koroner sendrom olarak değerlendirilmemelidir. Bu olguda olduğu gibi koroner anjiyografinin normal saptanması, tanıyı miyokardit yönünde değiştiren kritik bir bulgudur. COVID-19 ilişkili miyokardit; aritmi, troponin yüksekliği ve akut kalp yetmezliği ile prezente olabilir ve hızlı klinik kötüleşme ile yoğun bakım ihtiyacına yol açabilir. Literatürde COVID-19 hastalarında miyokardiyal hasarın %8'e kadar görülebildiği, yoğun bakım hastalarında bu oranın belirgin arttığı ve troponin yüksekliğinin mortalite ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Bu olgu, preoperatif stabil bir hastada ani yoğun bakım ihtiyacının beklenmeyen ancak hayatı tehdit eden bir nedeni olarak COVID miyokarditini vurgulamaktadır. Erken tanı ve uygun tedavi, hasta prognozunu belirgin şekilde iyileştirebilir.

**Anahtar kelimeler:**

**Kolon Neoplazileri; COVID-19; Miyokardit; Plevral Efüzyon**



## **SÖZLÜ BİLDİRİ-22**

### **TORAKS CERRAHİSİNDE TEK AKCİĞER VENTİLASYONU SIRASINDA İNTRAOPERATİF HİPOKSEMİ İLE ARISCAT SKORU ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Ökkeş Hakan Miniksar<sup>1</sup>, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Ankara; e-posta: hminiksar@yahoo.com; telefon: 0530 346 87 18.

Bensu Karakoyak Yağcı<sup>1</sup>, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Ankara; e-posta: bensukarakoyak@hotmail.com; telefon: 0530 787 81 29.

Esra Orhan Tekoğlu<sup>1</sup>, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Ankara; e-posta: esraorhan@hotmail.com; telefon: 0536 999 66 07.

Hakan Nomenoğlu<sup>2</sup>, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Ankara; e-posta: nomenoglu@gmail.com; telefon: 0537 387 37 60.

Elif Zeynep Topgül<sup>2</sup>, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Ankara; e-posta: eztopgul@gmail.com; telefon: 0506 302 16 32.

Seher Altinel<sup>1</sup>, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Ankara; e-posta: altinelseher@yahoo.com; telefon: 0538 090 87 79.

**Anahtar Kelimeler:** Tek akciğer ventilasyonu, Hipoksemi, Toraks cerrahisi, Risk değerlendirmesi, İntraoperatif Komplikasyonlar

## **ÖZET**

### **Giriş**

Tek akciğer ventilasyonu (TAV) sırasında intraoperatif hipoksemi önemli bir klinik sorundur. Preoperatif risk değerlendirme araçlarının intraoperatif hipoksemiye öngörmedeki etkinliği sınırlıdır. ARISCAT (Assess Respiratory Risk in Surgical Patients in Catalonia) skoru, postoperatif pulmoner komplikasyonları öngörmek için geliştirilmiş olup, intraoperatif hipoksemi üzerindeki rolü net değildir.

### **Amaç**

Bu çalışmada, ARISCAT skorunun intraoperatif hipoksemiye öngörmedeki etkinliğinin değerlendirilmesi ve çok değişkenli bir model ile karşılaştırılması amaçlandı.



## **Yöntem**

Toraks cerrahisi nedeniyle TAV uygulanan 165 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastalar intraoperatif hipoksemi gelişimine göre iki gruba ayrıldı. Demografik ve klinik veriler karşılaştırıldı. Hipoksemi ile ilişkili faktörler tekli ve çoklu lojistik regresyon analizleri ile değerlendirildi. Modelin ayırt edici gücü ROC (Receiver Operating Characteristic) analizi ile incelendi.

## **Bulgular**

İntraoperatif hipoksemi 27 (%16,4) hastada gelişti. Hipoksemi gelişen hastalarda yaş, vücut kitle indeksi (BMI), kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), laktat düzeyi ve ARISCAT skoru anlamlı olarak daha yüksekti ( $p<0,05$ ). Multivariate analizde ARISCAT skoru (OR: 1,089; %95 GA: 1,030–1,151;  $p=0,003$ ), vücut kitle indeksi (BMI) (OR: 1,167;  $p=0,009$ ) ve zorlu ekspiratuvar hacim ( $FEV_1$ ) (OR: 0,400;  $p=0,031$ ) intraoperatif hipoksemi için bağımsız prediktörler olarak belirlendi. ROC analizinde ARISCAT skorunun intraoperatif hipoksemiye öngörmeye istatistiksel olarak anlamlı ancak orta düzeyde ayırt edici güce sahip olduğu saptandı (AUC: 0,654; %95 GA: 0,537–0,771). Buna karşılık çok değişkenli model (ARISCAT skoru, BMI,  $FEV_1$ , laktat ve cerrahi teknik) içeren daha yüksek ayırt edici performans göstermiştir (AUC: 0,800; %95 GA: 0,703–0,897). ARISCAT skoru için optimal cut-off değeri yaklaşık 45 olarak belirlenmiştir.

## **Sonuç**

ARISCAT skoru intraoperatif hipoksemi için bağımsız bir prediktör olmakla birlikte, öngörü gücü orta düzeydedir. ARISCAT skoru ile birlikte BMI,  $FEV_1$ , laktat düzeyi ve cerrahi teknik değişkenlerini içeren çok değişkenli model, tek başına ARISCAT skoruna kıyasla daha yüksek ayırt edici performans göstermektedir.



Değişken	Hipoksemi Yok (n=138)	Hipoksemi Var (n=27)	Toplam (n=165)	P değeri
Yaş	61 (51–68)	66 (60–69)	62 (54–69)	0.016
BMI	25.25 (23.44–28.41)	28.91 (25.71–32.00)	25.71 (23.51–29.07)	0.005
Cinsiyet				
Erkek	95 (68.8%)	16 (59.3%)	111 (67.3%)	0.333
Kadın	43 (31.2%)	11 (40.7%)	54 (32.7%)	
Sigara (Evet)	81 (58.7%)	19 (70.4%)	100 (60.6%)	0.256
KOAH (Evet)	28 (20.3%)	14 (51.9%)	42 (25.5%)	<0.001
Planlanan Rezeksiyon				
Lobektomi	38 (27.5%)	13 (48.1%)	51 (30.9%)	0.003
Segmentektomi	43 (31.2%)	4 (14.8%)	47 (28.5%)	
Wedge rezeksiyon	48 (34.8%)	4 (14.8%)	52 (31.5%)	
Diğer	9 (6.5%)	6 (22.2%)	15 (9.1%)	
Cerrahi taraf				
Sağ	81 (58.7%)	17 (63.0%)	98 (59.4%)	0.680
Sol	57 (41.3%)	10 (37.0%)	67 (40.6%)	
Cerrahi teknik				
VATS	92 (66.7%)	12 (44.4%)	104 (63.0%)	0.029
Torakotomi	46 (33.3%)	15 (55.6%)	61 (37.0%)	
Laktat (1. saat)	1.00 (0.80–1.20)	1.30 (1.18–1.39)	1.07 (0.85–1.30)	<0.001
FEV <sub>1</sub>	2.12 (1.87–2.71)	1.89 (1.60–2.50)	2.10 (1.83–2.68)	0.017
ARISCAT skoru	44 (42–51)	50 (43–58)	46 (43–51)	0.012

Tablo 1: İntraoperatif hipoksemisi olan ve olmayan hastalar arasında demografik ve klinik özelliklerin karşılaştırılması

Değerler medyan (çeyrekler arası aralık) veya sayı (%) olarak sunulmuştur. Sürekli değişkenler Mann-Whitney U testi ile, kategorik değişkenler ise uygun şekilde ki-kare veya Fisher'in kesin testi ile karşılaştırılmıştır.  $p < 0,05$  değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BMI: Vücut kitle indeksi; FEV<sub>1</sub>: Birinci saniyedeki zorlu ekspiratuvar hacim; FVC: Zorlu vital kapasite; VATS: Video yardımlı torakoskopik cerrahi; KOAH: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı; ARISCAT: Katalonya Cerrahi Hastalarda Solunumsal Risk Değerlendirme skoru.

Tablo 2: İntraoperatif hipoksemi ile ilişkili faktörlerin univariate ve multivariate lojistik regresyon analizleri

Değişken	Univariate OR (95% GA)	p	Multivariate OR (95% GA)	p
Yaş	1.062 (1.015–1.112)	0.009	—	—
BMI	1.163 (1.045–1.295)	0.006	1.167 (1.039–1.310)	0.009
Sigara	1.671 (0.684–4.081)	0.260	—	—
KOAH	4.231 (1.788–10.012)	0.001	—	—
Cerrahi teknik (Torakotomi)	2.500 (1.082–5.777)	0.032	2.554 (0.986–6.617)	0.054
FEV <sub>1</sub>	0.414 (0.191–0.900)	0.026	0.400 (0.174–0.919)	0.031
Laktat (1. saat)	2.031 (0.948–4.352)	0.068	1.926 (0.889–4.176)	0.097
ARISCAT skoru	1.072 (1.023–1.123)	0.004	1.089 (1.030–1.151)	0.003

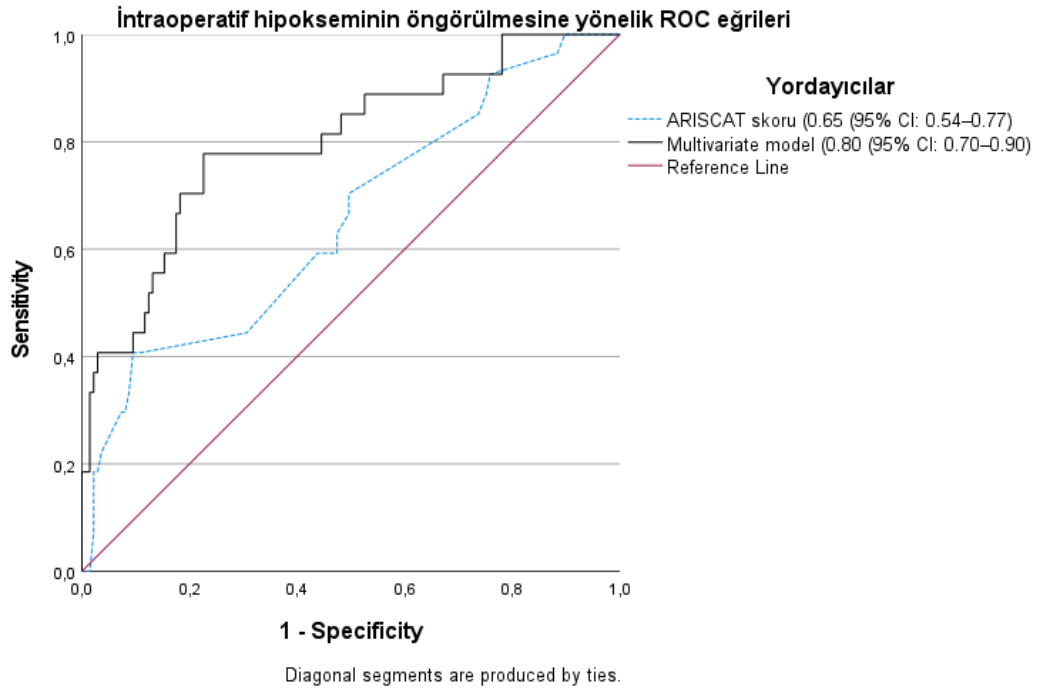
Odds oranları (OR) ve %95 güven aralıkları (GA), univariate ve multivariate lojistik regresyon analizleri kullanılarak hesaplanmıştır.

Univariate analizde  $p < 0,10$  olan değişkenler ve klinik olarak anlamlı faktörler multivariate modele dahil edilmiştir. KOAH, FEV<sub>1</sub> ile olası kollinearlık nedeniyle modele alınmamış, yaş ise ARISCAT skorunun bir bileşeni olması nedeniyle dahil edilmemiştir. Sürekli değişkenler



lineer terimler olarak modele eklenmiştir. Kategorik değişkenler ikili (binary) değişkenler olarak kodlanmıştır (örneğin, torakotomi vs. VATS).

Şekil 1: ARISCAT skoru ve çok değişkenli modelin intraoperatif hipoksemi öngörüsündeki ROC analizi



ARISCAT skoru ve çok değişkenli modelin intraoperatif hipoksemi öngörmedeki ayırt edici performansı ROC eğrileri ile karşılaştırılmıştır. Çok değişkenli model (ARISCAT, BMI, FEV<sub>1</sub>, laktat ve cerrahi teknik) ARISCAT skoruna kıyasla daha yüksek ayırt edici performans göstermiştir (AUC: 0,80; %95 GA: 0,70–0,90 vs AUC: 0,65; %95 GA: 0,54–0,77).



## SÖZLÜ BİLDİRİ-23

### **Pedriatrik Osteoid Osteoma Ablasyonunda Minimal İnvaziv Anestezi Yaklaşımı: NORA Koşullarında Başarılı Spinal Blok ve Hemodinamik Yönetim**

Dr. Kamuran K. ÖZER, Dr. Özge C. ÖZEK, Dr. Eda C. CAFEROĞLU

#### **Giriş**

Osteoid osteoma; çoğunlukla uzun kemiklerde yerleşen, benign karakterde ancak belirgin ağrıya yol açabilen bir kemik lezyonudur. Radyofrekans/mikrodalga ablasyon yöntemleriyle minimal invaziv tedavi, güncel klinik pratikte etkin ve yaygın bir seçenek haline gelmiştir. Bununla birlikte, girişimsel radyolojide yapılan uzun süreli ve ağırlı işlemlerde pediatrik hastanın konforu, immobilizasyonu ve fizyolojik stabilitesi açısından uygun anestezi tekniğinin seçimi kritik önemdedir. Spinal anestezi, alt ekstremitte ve pelvis bölgesine yönelik girişimlerde yeterli analjezi sağlayarak genel anestezinin havayolu ve derlenme ile ilişkili bazı risklerini azaltabilen değerli bir alternatiftir.

#### **Olgu Sunumu**

##### **Preoperatif Değerlendirme**

10 yaşında, 33 kg ağırlığında ve 142 cm boyunda kız hasta, osteoid osteoma nedeniyle girişimsel radyoloji ünitesine kabul edildi. Hastanın özgeçmişinde bilinen ek bir sistemik hastalık, alerji veya geçirilmiş operasyon öyküsü saptanmadı. Fizik muayenesinde Mallampati skoru 1 olarak değerlendirildi; tiromental mesafe ve boyun hareketleri olağandı. Laboratuvar tetkikleri (hemogram, koagülasyon parametreleri ve biyokimya) referans aralıklarındaydı. EKG’de normal sinüs ritmi izlendi. Hasta yakınına işlem ve anestezi yöntemleri hakkında detaylı bilgi verilerek aydınlatılmış onam formu alındı.

##### **Anestezi Uygulaması**

İşlem, ameliyathane dışı anestezi (NORA) kapsamında girişimsel radyoloji odasında gerçekleştirildi. Pediatrik hastaların prosedürel anksiyetesini yönetmek ve kooperasyonu artırmak amacıyla işlemden önce 1 mg midazolam (Dormicum) ile intravenöz premedikasyon uygulandı. Süreç boyunca hasta ile yaşına uygun, sade ve güven verici bir dille iletişim kurularak psikolojik destek sağlandı.

Monitörizasyon (non-invaziv kan basıncı, EKG, SpO<sub>2</sub>) takiben hasta oturur pozisyonuna getirildi. Lomber ponksiyon steril şartlar altında tek seferde başarıyla gerçekleştirildi. İntratekal mesafeye 7,5 mg heavy bupivakain (Markain Heavy %0,5) enjekte edilerek spinal anestezi sağlandı.

##### **İntraoperatif Süreç**

Yaklaşık 120 dakika süren ablasyon işlemi boyunca hastanın hemodinamik parametreleri yakından takip edildi. İşlemin ilk 30 dakikasında, spinal anestezinin indüklediği sempatik blokaja sekonder hafif hipotansiyon (bazal değere göre <math>\leq 20\%</math> düşüş) izlendi. Bu durum 2 mg



efedrin intravenöz uygulaması ve kristaloid 5ml/kg bolus uygulaması ile başarıyla kompanse edildi.

İşlem süresince hasta nazal kanül ile 2 L/dk oksijen desteği altında izlendi ve pediatrik hasta anestezi ekibi tarafından hiçbir aşamada yalnız bırakılmadı.

### **Sonuç**

Girişimsel radyoloji odasında gerçekleştirilen osteoid osteoma ablasyonunda, uygun seçilmiş pediatrik hastada spinal anestezi; etkin analjezi, yeterli işlem koşulları ve kabul edilebilir hemodinamik profil ile başarıyla uygulanmıştır. NORA koşullarında pediatrik hasta güvenliği; sürekli monitörizasyon, ekip hazır bulunuşluğu, erken komplikasyon yönetimi ve etkin iletişim ile desteklendiğinde rejyonal anestezi yöntemleri güvenli bir seçenek oluşturmaktadır.

Anahtar kelime : Pediatrik anestezi, prosedürel sedasyon , girişimsel radyoloji

### **Referanslar**

1. **Pediatric Anesthesia Outside the Operating Room: Safety and Systems.** *Anesthesiol Clin.* 2020;38(3):577–586.  
PMID: 32792185. doi:10.1016/j.anclin.2020.06.001
2. **Pediatric Anesthesia Outside the Operating Room: Case Management.** *Anesthesiol Clin.* 2020;38(3):587–604.  
PMID: 32792186. doi:10.1016/j.anclin.2020.06.003
3. **Nonoperating room anesthesia for children.** *Curr Opin Anaesthesiol.* 2020;33(4):584–588.  
PMID: 32628407. doi:10.1097/ACO.0000000000000880
4. **Spinal anesthesia in infants and children: A one year prospective audit.** *Anesth Essays Res.* 2014;8(3):324–329.  
PMID: **25886329**



## **SÖZLÜ BİLDİRİ -24**

### **Yoğun bakım ünitesinde ventilatör ilişkili pnömoni: Dört yıllık retrospektif analiz (2022–2025)**

Halime Araz ([halimecavlak@gmail.com](mailto:halimecavlak@gmail.com), 05073660024)

Zeynep Oktay ([zeynepylimaz90@windowslive.com](mailto:zeynepylimaz90@windowslive.com), 05069280338)

Didem Yüksel ([drdidemyuksel@gmail.com](mailto:drdidemyuksel@gmail.com), 05316654067)

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği,  
Ankara, Türkiye

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Yoğun Bakımlar Kliniği, Ankara, Türkiye

## **Giriş**

Ventilatör ilişkili pnömoni (VİP), yoğun bakım ünitelerinde en sık görülen sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlardan biridir. Fatalitesi yüksek olup hastanede kalış süresi ile antibiyotik tüketimini belirgin şekilde artırmaktadır. Son yıllarda özellikle çok ilaca dirençli gram negatif bakterilerin artışı, bu enfeksiyonların yönetimini daha da güçleştirmiştir. Bu nedenle merkezimize ait güncel verilerin ortaya konması, ampirik tedavi yaklaşımlarının belirlenmesi ve enfeksiyon kontrol stratejilerinin geliştirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

## **Amaç**

Bu çalışmada, yoğun bakım ünitemizde dört yıllık dönemde gelişen ventilatör ilişkili pnömoni olgularını retrospektif olarak değerlendirerek etken dağılımını, antimikrobiyal direnç paternlerini ve klinik sonuçlarını analiz etmeyi amaçladık.

## **Yöntem**

Çalışmamız retrospektif kohort tasarımında planlandı. Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Onkoloji Binası Genel Yoğun Bakım'da, 1 Ocak 2022 ile 31 Aralık 2025 tarihleri arasında yatan, 18 yaş üzeri ve VİP tanısı alan hastalar dahil edilmiştir. Tanı için Sağlık Bakanlığı ulusal sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonlar surveyans tanı rehberi kriterleri kullanılmıştır. Hastaların demografik verileri, Akut Fizyoloji ve Kronik Sağlık Değerlendirmesi II (APACHE II), Ardışık Organ Yetmezliği Değerlendirme (SOFA), Charlson komorbidite indeksi, etken mikroorganizmalar, antibiyotik tedavileri yoğun bakım yatış süresi ve fatalite sonuçları değerlendirilmiştir. Sürekli değişkenler medyan [IQR] olarak belirtilmiştir. Fatalite karşılaştırmasında Mann–Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerde Fisher exact testi kullanılmıştır.

## **Bulgular**

Dahil edilme kriterlerini karşılayan toplam 55 hasta değerlendirilmiştir. Olası Ventilatör ile İlişkili Pnömoni (OVİP) 34 hasta, Enfeksiyona Bağlı Ventilatör ile İlişkili Komplikasyon (EVİK) 21 hasta olarak saptanmıştır. 28 günlük fatalite hızı % 85.5 olarak saptanmıştır.



Hastaların demografik verileri ve klinik skorları Tablo 1’de gösterilmiştir. Karbapenem direnci % 84, kolistin direnci % 24 olarak saptanmıştır. Univariate analizde SOFA skoru, prokalsitonin düzeyi, kolistin/polimiksin B ve kombinasyon tedavisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 2). Yaşayan hasta azlığı nedeniyle multivariate analiz yapılamamıştır. Tanımlanan mikroorganizmalar Tablo 3’te gösterilmiştir.

### Sonuç

Bulgularımız literatürle uyumlu olarak VİP’de gram negatif patojenlerin baskın olduğunu ve yüksek antimikrobiyal direnç oranlarının devam ettiğini göstermiştir. Kolistin/polimiksin B ve kombinasyon tedavisinin ölümlerle ilişkili olarak saptanması, bu tedavilerin şiddetli enfeksiyonlarda daha sık kullanılması ile ilgili olarak değerlendirilmiştir. Özellikle karbapenem dirençli organizmaların sıklığı, ampirik tedavi seçiminde yerel sürveyans verilerinin önemini ortaya koymuştur. VİP gelişen hastalarda yoğun bakım yatış süresi ve mekanik ventilasyon süresinin uzadığı, fatalite oranının yüksek olduğu, VİP gelişimi ile kötü klinik sonuçlar arasında anlamlı ilişki olduğu değerlendirilmiştir.

Özellikle ventilatör bakım paketlerinin etkin uygulanması, el hijyeni uyumu ve uygun aspirasyon teknikleri VİP gelişimini azaltmada temel unsurlar arasında yer almaktadır. Elimizde son tedavi seçeneği olan karbapenem direncinin yüksek olması tedavi etmekten çok önlenmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Pneumonia, Ventilator-Associated, Intensive Care Units, *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa*, Fatality Rate

Tablo 1. Hastaların Demografik ve Klinik Değerlendirme Sonuçları

	<b>Tüm kohort (n=55)</b>	<b>Yaşayan Hastalar (n=8)</b>	<b>Ölen Hastalar (n=47)</b>	<b>p</b>
Yaş	70.00 [58.00–80.50]	74.50 [49.00–84.75]	70.00 [59.50–79.00]	0.702
Erkek cinsiyet	40/55 (72.7%)	5/8 (62.5%)	35/47 (74.5%)	0.669
Charlson komorbidite indeksi	5.00 [4.00–6.50]	5.00 [4.00–5.50]	5.00 [4.00–6.50]	0.923
APACHE II (giriş)	22.00 [18.00–27.00]	22.00 [19.50–27.25]	22.00 [17.50–26.50]	0.738
SOFA (enfeksiyon günü)	8.00 [5.00–10.00]	5.00 [3.00–8.00]	8.00 [5.50–10.50]	0.026
C-Reaktif Protein (mg/L)	196.00 [84.75–257.50 ]	68.00 [32.25–208.75]	201.00 [93.00–257.50 ]	0.097



Prokalsitonin (µg/L)	1.99 [0.78–7.88]	0.41 [0.28–1.17]	4.11 [0.90–9.60]	0.009
Lökosit (x10 <sup>9</sup> /L)	12920.00 [9425.00–1817 0.00]	14940.00 [11517.50–1823 5.00]	12900.00 [9145.00–1817 0.00]	0.614
PMNL (x10 <sup>9</sup> /L)	11380.00 [7935.00–1657 5.00]	11965.00 [9860.00–16052 .50]	11080.00 [7935.00–1664 0.00]	0.839
Diyabet	11/55 (20.0%)	0/8 (0.0%)	11/47 (23.4%)	0.188
Hipertansiyon	20/55 (36.4%)	3/8 (37.5%)	17/47 (36.2%)	1.000
Malignite	20/55 (36.4%)	3/8 (37.5%)	17/47 (36.2%)	1.000
Kronik böbrek hastalığı	9/55 (16.4%)	1/8 (12.5%)	8/47 (17.0%)	1.000
Nörolojik hastalık	18/55 (32.7%)	4/8 (50.0%)	14/47 (29.8%)	0.416
Kardiyak hastalık	13/55 (23.6%)	0/8 (0.0%)	13/47 (27.7%)	0.176
KOAH/astım	16/55 (29.1%)	3/8 (37.5%)	13/47 (27.7%)	0.678
Polimikrobiyal enfeksiyon	9/55 (16.4%)	1/8 (12.5%)	8/47 (17.0%)	1.000
Kombine tedavi	38/55 (69.1%)	3/8 (37.5%)	35/47 (74.5%)	0.091
Uygun tedavi	43/55 (78.2%)	7/8 (87.5%)	36/47 (76.6%)	0.670
Karbapenem kullanımı	37/55 (67.3%)	6/8 (75.0%)	31/47 (66.0%)	1.000
Tigesiklin kullanımı	21/55 (38.2%)	2/8 (25.0%)	19/47 (40.4%)	0.696
Kolistin/polimiksin B kullanımı	36/55 (65.5%)	2/8 (25.0%)	34/47 (72.3%)	0.016
Hipotansiyon / vazopressör ihtiyacı	34/55 (61.8%)	4/8 (50.0%)	30/47 (63.8%)	0.464
Tedavi süresi (gün)	10.00 [5.00–12.00]	10.50 [10.00–12.50]	8.00 [4.50–12.00]	0.113
Toplam yoğun bakım yatış süresi (gün)	40.00 [24.00–64.00]	60.00 [52.50–112.00]	38.00 [23.00–56.50]	0.027
Yoğun bakım yatışının kaçınıcı günü enfeksiyon	20.00 [10.50–47.00]	15.00 [12.50–63.25]	23.00 [10.50–46.00]	0.990



Mekanik ventilatör kullanımının kaçınıcı günü enfeksiyon	17.00 [7.50–40.50]	14.50 [8.00–41.25]	17.00 [7.00–40.50]	0.839
--	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-------

APACHE II: Akut Fizyoloji ve Kronik Sağlık Değerlendirmesi, SOFA: Ardışık Organ Yetmezliği Değerlendirme, PMNL: Polimorfonükleer Lökositler KOAH: [Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı](#)

Tablo 2. Univariate Analiz Sonuçları

Değişken	n	OR (%95 GA)	p
Kolistin/polimiksin B kullanımı	55	7.85 (1.40–43.96)	0.019
SOFA (her puan artışı)	55	1.39 (1.02–1.90)	0.038
PCT (her bir logaritmik artış)	55	4.17 (1.03–16.81)	0.045
Kombinasyon terapisi	55	4.86 (1.01–23.47)	0.049
C-Reaktif Potein (her 10 mg/L artışta)	55	1.07 (0.98–1.17)	0.117
Herhangi bir karbapenem direnci	53	2.70 (0.52–14.10)	0.239
Hipotansiyon/vazopressör ihtiyacı	55	1.76 (0.39–7.97)	0.460
Erkek	55	1.75 (0.36–8.45)	0.486
Uygun Tedavi	55	0.47 (0.05–4.23)	0.498
Herhangi bir kolistin direnci	51	0.57 (0.09–3.59)	0.550
*APACHE II (her puan artışı)	55	0.97 (0.86–1.10)	0.645
Charlson komorbidite indeksi (her puan artışı)	55	1.05 (0.79–1.40)	0.718
Polimikrobiyal enfeksiyon	55	1.44 (0.15–13.34)	0.750
Yaş (her yıl)	55	1.00 (0.96–1.04)	0.927
Lökosit ( $\times 10^9/L$ ) (her 1000/mm <sup>3</sup> artışta)	55	1.00 (0.92–1.09)	0.984

\*APACHE II: Akut Fizyoloji ve Kronik Sağlık Değerlendirmesi

Tablo 3. Etken Mikroorganizmalar ve Direnç Paternleri



ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ  
**YOĞUN BAKIM GÜNLERİ**

10-11 Nisan 2026  
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

<b>Etken Mikroorganizma</b>	<b>n (%)</b>	<b>Karbapenem Direnci n (%)</b>	<b>Kolistin Direnci n (%)</b>
<i>Acinetobacter baumannii</i>	20 (35.7)	20 (100)	7 (35)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	19 (33.9)	13 (68.4)	2 (10.5)
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	11 (19.6)	9 (81.8)	3 (27.3)
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	3 (5.4)	intrensek	—
<i>Burkholderia cepacia complex</i>	1 (1.8)	intrensek	—
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	2 (3.6)	—	—



## **SÖZLÜ BİLDİRİ-25**

### **KRİTİK HASTADA RESPIRATUVAR SİNSİTYAL VİRÜS POZİTİFLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: VAKA SERİSİ**

Elif Ünal Kaya<sup>1</sup>, Nalan Demir<sup>1</sup>, Asiye Yavuz<sup>1</sup>, Işıl Özkoçak Turan<sup>1</sup>, Belgin Akan<sup>1</sup>, Mustafa Enes Biçkici<sup>2</sup>, Kymbat Asekova<sup>3</sup>, Müge Ayhan<sup>4</sup>, Fatma Eser<sup>4</sup>

1 Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Yoğun Bakım Kliniği

2 Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği

3 Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Nöroloji Kliniği

4 Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

İletişim:

Elif Ünal Kaya

email: [mdelifunal@gmail.com](mailto:mdelifunal@gmail.com)

Tel: 0505 764 50 08

## **ÖZET**

### **Giriş:**

Respiratuvar sinsityal virüs (RSV), erişkinlerde özellikle ileri yaş ve komorbid hastalığı olan bireylerde ciddi alt solunum yolu enfeksiyonlarına yol açabilen önemli bir patojendir. Yoğun bakım ünitesi gereksinimi olan hastalarda klinik seyir ağır olup mortalite daha yüksek olabilir. RSV tanısı olan ileri yaş hastalarda hastaneye yatış oranı yaklaşık %30 olup, yatan hastaların %11'inde mekanik ventilatör ihtiyacı olduğu bildirilmiştir. Bu vaka serisinde yoğun bakım ünitesinde izlenen RSV pozitif olarak sonuçlanan 6 olgunun kliniğinin ve prognozunun değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

### **Olgular:**

Bu retrospektif olgu serisinde, Ocak–Mart 2026 tarihleri arasında hastanemiz üçüncü basamak yoğun bakım ünitesinde izlenen ve solunum yolu panelinde RSV A/B pozitifliği saptanan 6 erişkin hasta değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri, komorbiditeleri, klinik seyirleri, görüntüleme bulguları, mekanik ventilasyon desteği gereksinimleri ve klinik sonuçları analiz edildi.

Çalışmaya dahil edilen hastaların medyan yaşı 65 (48–90) yıl olup hastaların %50'si kadındı. Hastaların büyük çoğunluğunda ileri yaş ve ciddi komorbiditeler (kalp yetersizliği, kronik



böbrek hastalığı, KOAH, diyabet, amiloidoz) mevcuttu ve iki hasta bakım evi sakiniydi. Akut solunum yetmezliği, pnömoni ve sepsis önde gelen tanılardı. Yoğun bakımda ortalama yatış süresi 8.8 gündü. Yapılan tetkiklerinde toraks bilgisayarlı tomografi (BT) bulguları hastalar arasında farklılık göstermekte olup, üç hastada pnömoni saptanmadı. İki hastada yaygın konsolidasyon alanları, hava bronkogramları ve eşlik eden plevral efüzyon dikkati çekerken, bir hastada bilateral plevral efüzyon ve buzlu cam opasiteleri ile uyumlu yaygın parankimal tutulum mevcuttu. Ayrıca bir hastada pulmoner kitle lezyonu ve eşlik eden akut pulmoner emboli izlendi. Takiplerinde üç hasta septik şok ile eksitus oldu. Son 3 ayda kliniğimize yatan 6 RSV tanılı olguya bakıldığında %50 mortalite izlendi. Bir hastada RSV'ye eşlik eden influenza A ko-enfeksiyonu, bir hastada ise vankomisin dirençli enterokok (VRE) süperenfeksiyonu gelişti.

### **Sonuç:**

RSV enfeksiyonu, erişkin hastalarda özellikle ileri yaş ve çoklu komorbidite varlığında ağır klinik seyir ve yüksek mortalite ile ilişkili olabilir. Ko-enfeksiyonlar ve sekonder enfeksiyonlar klinik tabloyu daha da ağırlaştırabilir. Bu nedenle, YBÜ hastalarında RSV'nin ayırıcı tanıda düşünülmesi, erken tanı ve uygun destek tedavisinin sağlanması açısından önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** respiratuvar sinsityal virüs, pnömoni, yoğun bakım



## SÖZLÜ BİLDİRİ-26

### YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNE KABUL EDİLEN SUİSİD GİRİŞİMİ HASTALARININ KLİNİK VE PSİKİYATRİK ÖZELLİKLERİ: TEK MERKEZ RETROSPEKTİF ÇALIŞMA

Dr. İffet Tiftikçi \*<sup>1</sup>, Dr. Şerife Gökbulut Bektaş \*<sup>1</sup>, Dr. Canan Çam Gönen \*<sup>1</sup>, Dr. Derya Gökçınar\*<sup>1</sup>

\*Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Yoğun Bakım Kliniği

#### Özet

##### Giriş:

Suisid girişimleri, yoğun bakım ünitesi (YBÜ) yatışı gerektirebilecek ciddi klinik tablolarla sonuçlanabilmektedir. Bu hastalar hem medikal hem de psikiyatrik açıdan kompleks bir hasta grubunu temsil etmektedir.

##### Yöntem:

Bu retrospektif, tek merkezli çalışmaya suisid girişimi nedeniyle YBÜ'ye yatırılan erişkin hastalar dahil edildi. Demografik, klinik ve psikiyatrik veriler toplandı. Birincil sonlanım hastane içi mortalite olarak belirlendi.

##### Bulgular:

Toplam 18 hasta çalışmaya dahil edildi. En sık suisid yöntemi ilaç alımı (%88.9) idi. Hastaların %72.2'sinde psikiyatrik komorbidite mevcuttu. Mekanik ventilasyon ve vazopressör ihtiyacı sırasıyla %38.9 ve %50 olarak saptandı. Hastane içi mortalite oranı %5.6 (n=1) idi.

##### Sonuç:

Suisid girişimi sonrası YBÜ'ye yatırılan hastalar, düşük mortaliteye rağmen yüksek klinik ciddiyet göstermektedir. Multidisipliner yaklaşım bu hastaların yönetiminde kritik öneme sahiptir.

##### Giriş

Suisid, dünya genelinde önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmekte olup, önde gelen ölüm nedenleri arasında yer almaktadır. World Health Organization verilerine göre her yıl 700.000'den fazla kişi suisid nedeniyle hayatını kaybetmektedir ve bunun yanında çok sayıda ölümcül olmayan girişim de tıbbi bakım gerektirmektedir(1).

Suisid girişimlerinin büyük bir kısmı acil servislerde yönetilmekle birlikte, bazı hastalarda yaşamı tehdit eden komplikasyonlar gelişmekte ve yoğun bakım yatışı gerekmektedir. Bu hastalar sıklıkla solunum yetmezliği, hemodinamik instabilite ve metabolik bozukluklarla başvurmaktadır; özellikle ilaç intoksikasyonu ve asfiksi olgularında bu durum daha belirgindir.



Son yıllarda yapılan çalışmalar, suisid girişimi sonrası yoğun bakıma alınan hastalarda psikiyatrik komorbiditenin yüksek olduğunu göstermektedir. Ancak yoğun bakım popülasyonuna özgü veriler halen sınırlıdır.

Bu çalışmada, suisid girişimi nedeniyle YBÜ'ye yatırılan hastaların klinik ve psikiyatrik özelliklerinin değerlendirilmesi ve kısa dönem sonuçlarının ortaya konulması amaçlanmıştır.

## **Gereç ve Yöntem**

### **Çalışma Tasarımı ve Popülasyon**

Bu retrospektif, tek merkezli gözlemsel çalışmaya 01.03.2025- 01.03.2026 tarihleri arasında suisid girişimi nedeniyle YBÜ'ye yatırılan  $\geq 18$  yaş hastalar dahil edildi.

### **Dahil Etme Kriterleri**

- Yoğun bakım yatışı gerektiren suisid girişimi

### **Dışlama Kriterleri**

- Kazara zehirlenme
- Eksik tıbbi kayıt

### **Veri Toplama**

Elektronik hasta kayıtlarından aşağıdaki veriler elde edildi:

- Demografik veriler (yaş, cinsiyet)
- Suisid özellikleri (yöntem, önceki girişim öyküsü)
- Psikiyatrik değişkenler (tanı, ilaç kullanımı)
- Klinik değişkenler:
  - o Mekanik ventilasyon gereksinimi
  - o Vazopressör kullanımı
  - o Renal replasman tedavisi

### **Sonlanım Ölçütleri**

Birincil sonlanım:

- Hastane içi mortalite

İkincil sonlanımlar:

- Yoğun bakım girişimleri

### **İstatistiksel Analiz**



Veriler tanımlayıcı istatistikler ile analiz edildi. Sürekli değişkenler ortalama±SS veya medyan (IQR), kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak ifade edildi.

## **Bulgular**

Toplam 18 hasta çalışmaya dahil edildi. En sık suisid girişim yöntemi ilaç alımı (%88.9) idi. Hastaların %72.2'sinde psikiyatrik komorbidite mevcuttu.

Hastaların %38.9'unda mekanik ventilasyon gereksinimi, %50'sinde vazopressör ihtiyacı gözlemlendi. Hastane içi mortalite oranı %5.6 (n=1) olarak saptandı.

İleri organ destek tedavisi gerektiren hastalarda klinik ciddiyetin daha yüksek olduğu gözlemlendi.

**Tablo 1. Demografik ve Psikiyatrik Özellikler**

<b>Değişken</b>	<b>Değer</b>
Toplam hasta	18
İlaç ile girişim	%88.9
Psikiyatrik hastalık	%72.2

**Tablo 2. Klinik Sonuçlar**

<b>Değişken</b>	<b>Değer</b>
Mekanik ventilasyon	%38.9
Vazopressör	%50
Mortalite	%5.6 (n=1)

## **Tartışma**

Bu çalışma, suisid girişimi sonrası yoğun bakım yatışı gerektiren hastaların klinik olarak ciddi ve psikiyatrik açıdan kompleks bir grup olduğunu göstermektedir(2).



Literatürle uyumlu olarak, en sık suisid yöntemi ilaç alımı olarak saptanmıştır(3). Psikiyatrik komorbiditenin yüksek oranlarda bulunması, bu hasta grubunda psikiyatrik değerlendirilmenin önemini ortaya koymaktadır(3).

Mortalite oranının düşük olmasına rağmen mekanik ventilasyon ve vazopressör ihtiyacının yüksek olması, bu hastalarda klinik ciddiyetin mortalite ile tam olarak yansıtılamayabileceğini düşündürmektedir.

### **Sonuç**

Suisid girişimi nedeniyle yoğun bakım ünitesine yatırılan hastalar, yüksek klinik ciddiyet ve belirgin psikiyatrik yük taşımaktadır. Bu hastaların yönetiminde yoğun bakım ve psikiyatrik yaklaşımın entegre edilmesi kritik öneme sahiptir.

### **Kaynaklar**

1. World Health Organization. Suicide worldwide in the 2023 update
2. Knipe D, Padmanathan P, Newton-Howes G, Chan LF, Kapur N. Suicide and self-harm. *Lancet*. 2022;399(10338):1903-1916. doi:10.1016/S0140-6736(22)00173-8
3. Rasmussen A , Nordseth T , Stenehjem JS , Gran JM , Lien L , Rosseland LA. Travmatik Yaralanmalı Hastalarda İntihar Riski. *JAMA Netw Open*. 2026;9(1):e2554168. doi:10.1001/jamanetworkopen.2025.54168



## SÖZLÜ BİLDİRİ-27

### **LERICHE SENDROMU NEDENİYLE OPERE EDİLEN HASTADA POSTOPERATİF MEZENTERİK İSKEMİYE BAĞLI GELİŞEN KOLON PERFORASYONU: NADİR VE ÖLÜMCÜL BİR KOMPLİKASYON**

Dr.iffet Tiftkçi<sup>\*1</sup>, Dr.Canan Çam Gönen<sup>\*1</sup>, Dr. Şerife Gökbulut Bektaş<sup>\*1</sup>, Dr. Ayşe Gül Çeliksu<sup>\*1</sup>, Dr. Derya Gökçınar<sup>\*1</sup>,

\*Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Yoğun Bakım Kliniği

#### ÖZET

##### Amaç:

Leriche sendromu, aortoiliak oklüzyon ile karakterize ciddi bir periferik arter hastalığıdır. Bu hastalarda cerrahi sonrası gelişebilecek mezenterik iskemi nadir ancak mortalitesi yüksek bir komplikasyondur. Bu olgu sunumunda, Leriche sendromu nedeniyle opere edilen bir hastada postoperatif dönemde gelişen mezenterik iskemi ve kolon perforasyonu sunulmuştur.

##### Olgu:

Yetmiş üç yaşında erkek hasta, hipertansiyon(HT) ve diyabetes mellitus(DM) öyküsü mevcut olup Leriche sendromu nedeniyle bilateral alt ekstremite amputasyonu geçirmiştir. Postoperatif 4. günde gelişen nefes darlığı ve hipotansiyon nedeniyle yoğun bakım ünitesine alınmıştır. Entübasyon sonrası takipte batın distansiyonu ve artmış serum laktat düzeyleri saptanması üzerine abdominal BT anjiyografi yapılmıştır. Görüntülemeye mezenterik iskemi ve kolon perforasyonu ile uyumlu bulgular izlenmiştir. Cerrahi girişim önerilmesine rağmen hasta yakınları işlemi reddetmiştir. Takibinde multiorgan yetmezliği gelişen hasta yoğun bakım yatışının 11. gününde kaybedilmiştir.

##### Sonuç:

Leriche sendromu nedeniyle opere edilen hastalarda postoperatif dönemde gelişen abdominal bulgular ve laktat yüksekliği mezenterik iskemi açısından uyarıcı olmalıdır. Erken tanı ve cerrahi müdahale mortalitenin azaltılmasında kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler : Leriche sendromu, postoperatif komplikasyon

#### GİRİŞ

Leriche sendromu, abdominal aort ve iliak arterlerin kronik oklüzyonu ile karakterize nadir ancak ciddi bir periferik arter hastalığıdır. Klinik olarak alt ekstremite kladikasyo, nabız kaybı ve erkeklerde erektil disfonksiyon ile seyrederek. Hastalık genellikle ileri yaş erkeklerde görülür ve diyabet, hipertansiyon, sigara kullanımı ve hiperlipidemi başlıca risk faktörleridir(1,2).

Cerrahi tedavi, özellikle ileri evre hastalarda temel yaklaşımı oluşturur. Ancak bu hastalarda postoperatif dönemde gelişebilecek mezenterik iskemi nadir fakat yüksek mortaliteye sahip bir komplikasyondur.

#### OLGU

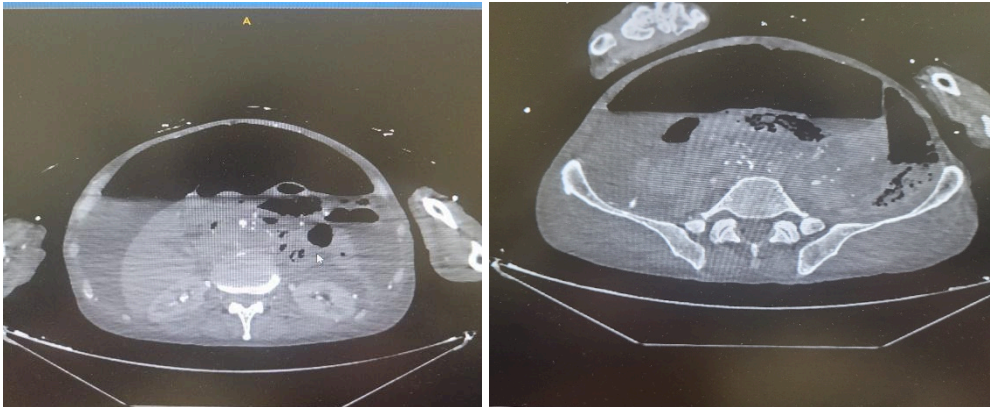
73 yaşında erkek hasta, bilinen hipertansiyon ve diyabetes mellitus öyküsü ile Leriche sendromu nedeniyle bilateral alt ekstremité amputasyonu sonrası takip edilmekteydi. Postoperatif 4. günde gelişen dispne ve hipotansiyon nedeniyle yoğun bakım ünitesine devralındı.

Yoğun bakım kabulünde hasta hemodinamik olarak instabil olup entübe edildi ve invaziv mekanik ventilasyon başlandı. Takibinde artan batın distansiyonu ve metabolik asidoz ile birlikte serum laktat düzeylerinde belirgin yükselme saptandı.

Bu bulgular üzerine yapılan abdominal BT anjiyografide mezenterik iskemi ile uyumlu bağırsak duvar kalınlaşması, gaz oluşumu ve kolon perforasyonunu düşündüren serbest hava bulguları izlendi.

Genel cerrahi tarafından değerlendirilen hastaya acil cerrahi müdahale önerildi ancak hasta yakınları operasyonu kabul etmedi.

Takipte hastada progresif multiorgan yetmezliği gelişti. Nöradrenalin infüzyonu altında izlenen hastada akut böbrek yetmezliği gelişmesi üzerine sürekli renal replasman tedavisi (CRRT) başlandı. Yoğun bakım yatışınının 11. gününde gelişen kardiyak arrest sonrası hasta eksitus olarak kabul edildi.



Resim: hastanın Bt anjiyografi görüntüleri



## TARTIŞMA

Leriche sendromu, kronik aortoiliak oklüzyon ile karakterize olup sistemik aterosklerozun ileri bir formu olarak kabul edilmektedir. Bu hastalarda vasküler cerrahi sonrası gelişebilecek komplikasyonlar arasında mezenterik iskemi nadir görülmekle birlikte mortalitesi oldukça yüksektir(3).

Mezenterik iskemi genellikle nonspesifik semptomlarla seyretmekte olup erken tanı konulması güçtür. Özellikle yoğun bakım hastalarında klinik bulgular maskelenebilir. Bu nedenle laktat yüksekliği ve batın distansiyonu gibi indirekt bulgular kritik önem taşımaktadır.

Sonuç olarak erken tanı ve müdahale hayati öneme sahiptir.

## Kaynakça

- 1.Coral-Rivera NS, Tascón-Barona AH. Leriche syndrome: Importance of diagnostic imaging for early detection and management. *Radiol Case Rep.* 2025;20(4):2070-2074. Published 2025 Feb 1. doi:10.1016/j.radcr.2025.01.042Yoshimura
2. G Kamidani R, Miura T, et al. Leriche syndrome diagnosed due to polytrauma: a case report. *Int J Emerg Med.* 2022;15(1):8. Published 2022 Feb 4. doi:10.1186/s12245-022-00411-x
- 3.Matsuura H, Honda H. Leriche syndrome. *Cleve Clin J Med.* 2021;88(9):482-483. Published 2021 Sep 1. doi:10.3949/ccjm.88a.20179



## **SÖZLÜ BİLDİRİ-28**

### **Yoğun Bakımda Takip Edilen İskemik İnme Hastalarının Pandemi Öncesi ve Sonrası Dönemde Karşılaştırılması**

Duygu Kayar Çalılı<sup>1</sup>, Fatma Seda Bingöl<sup>2</sup>, Demet Bölükbaşı<sup>3</sup>, Işıl Özkoçak Turan<sup>4</sup>, Hesna Bektaş<sup>5</sup>, Deniz Erdem<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon – Yoğun Bakım Kliniği

<sup>2</sup>Düzce Atatürk Devlet Hastanesi Nöroloji Kliniği

<sup>3</sup> Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Yoğun Bakım Kliniği

<sup>4</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon – Yoğun Bakım Kliniği

<sup>5</sup>Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Nöroloji Kliniği

### **Özet**

COVID-19 pandemisinin iskemik inme seyrini etkilediği bildirilmiştir. Çalışmamızın amacı pandemi öncesi ve pandemi sonrası dönemlerde, yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) takip ettiğimiz iskemik inme hastalarını klinik, laboratuvar ve sağkalım açısından karşılaştırmaktır. Pandemi öncesinde YBÜ'ne kabul edilen hastalar pre-COV, pandemi sonrası kabul edilenler post-COV olmak üzere iki gruba ayrıldı. Grupların demografik, klinik özellikleri, YBÜ skorları, sağkalımları ve laboratuvar değerleri karşılaştırıldı. Pre-COV grubuna n=100, post-COV grubuna n=90 hasta dahil edildi. Post-COV grubunda HT oranı ve yatış süresi daha yüksek bulundu; bu grupta platelet, platelet dağılım genişliği, D-dimer ve delta nötrofil indeks düzeyleri daha düşüktü ( $p<0,05$ ). Bu bulgular, pandemi sonrası hasta popülasyonunda vasküler etkilenmenin belirgin olabileceğini, bunun yanında inflamasyon ve koagülasyon yanıtının daha sınırlı seyrettiğini düşündürmektedir. Sonuçların doğrulanması için daha geniş hasta serilerinde, çok merkezli ve prospektif çalışmaların yapılması gerekmektedir.

### **Giriş**

İskemik inme, önde gelen morbidite ve mortalite nedenlerinden biri olup özellikle majör damar tıkanıklığı olan, belirgin bilinç bozukluğu veya sistemik komplikasyonların geliştiği hastaların yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) takibi ve tedavileri gerekebilmektedir (1). Coronavirus Hastalığı 2019 (COVID-19) yüksek bulaşma ve ölüm oranları ile dünya çapında yıkıcı seyreden bir pandemiye enden olmuş, COVID-19 enfeksiyonu olan inme hastalarında mortalitenin daha da yüksek olduğu bildirilmiştir (2,3). Sars Cov-2 virusünün nörotropizmi ve nöroinvazyonu ve COVID-19 enfeksiyonunun neden olduğu hiperkoagülabilite durumu ve sistemik inflamasyon ile, iskemik inmelerin patofizyolojisini ve klinik seyrini etkilemiş



olabileceği düşünülmektedir (2,4,5). Ancak, pandemi öncesi ve sonrası dönemlerde yoğun bakımda takip edilen iskemik inme hastalarının demografik özellikler, klinik ve laboratuvar bulguları ve sağkalım açısından kapsamlı şekilde karşılaştırıldığı çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmanın amacı, pandemi öncesi ve pandemi sonrası dönemlerde, YBÜ'nde takip ettiğimiz iskemik inme hastalarını klinik, laboratuvar ve sağkalım açısından karşılaştırmaktır.

## **Yöntem**

Araştırmamız prospektif gözlemsel olarak planlandı. Araştırmaya 18 yaş üzeri erişkin yoğun YBÜ'ne iskemik inme tanısı ile yatan hastalar dahil edildi. Şubat 2019 ile Mart 2020 arasında YBÜ'ne yatan hastalar COVID-19 pandemisi öncesi yatan hastalar (pre-COV), Ağustos 2022 den sonra yatanlar ise COVID-19 pandemisi sonrası yatanlar (post-COV) olarak değerlendirildi.

Hastaların demografik özellikleri, Akut fizyoloji ve kronik sağlık değerlendirmesi (APACHE II), Charlson Komorbidite İndeksi (CCI), etkilenen arteri [orta serebral arter (MCA), anterior serebral arter (ACA), yaygın tutulum, posterior serebral arter (PCA)], etkilenen tarafı (sağ, sol, bilateral), komorbiditeleri [hipertansiyon (HT), diyabet (DM), kalp yetmezliği (KY), Malignite, akciğer hastalığı (AC hastalığı), renal hastalık, diğer hastalıklar)], mekanik ventilasyon (MV) varlığı ve yatış süresi kaydedildi. Bunların yanında hastaların leucocyte ( $\times 10^9/L$ ), neutrophil ( $\times 10^9/L$ ), lymphocyte ( $\times 10^9/L$ ), platelet ( $\times 10^9/L$ ), ortalama trombosit volümü (MPV fL), platelet dağılım genişliği (PDW %), nötrofil lenfosit oranı (NLR), delta nötrofil indeksi (DNI %), platelet lenfosit oranı (PLR), D-dimer (mg/L), fibrinogen (g/L) ve C reaktif Protein (CRP) (mg/L) değerleri de kaydedildi. Gruplar demografik özellikler, klinik, sağkalım ve laboratuvar değerleri açısından karşılaştırıldı.

Verilerin analizi IBM SPSS 27.0 istatistik paket programı kullanılarak yapıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların yanı sıra niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testi kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnow testi, basıklık-çarpıklık (skewness- kurtosis) ile değerlendirildi. Araştırmada, normal dağılım gösteren niceliksel verilerin değerlendirilmesinde Independent Samples t testi, normal dağılım göstermeyen verilerin değerlendirilmesinde Mann-Whitney U testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak kabul edildi. Power analizi G\*Power 3.1.9.7 (Franz Faul, Universitat Kiel, Germany) istatistik paket programı ile yapılmış olup power analize göre prospektif post-COV grubuna 86 hasta dahil edilmesi planlandı.

## **Bulgular**

COVID-19 öncesi dönemde iskemik inme tanısı ile YBÜ'ne kabul edilen toplam hasta sayısı  $n=130$  du. Verilerinde eksiklik olan hastalar çalışma dışı bırakıldıktan sonra pre-COV grubuna  $n=100$  hasta dahil edildi. Veri kaybı olasılığı göz önünde tutularak post-COV grubuna  $n=90$



hasta dahil edildi. Post-COV grubunda HT oranı ve yatış süresi daha yüksek bulundu ( $p<0,05$ ) (Tablo 1).

**Tablo 1-Grupların özelliklerinin karşılaştırılması**

		Gruplar		
		Pre-COV	Post-COV	p
Cinsiyet	Erkek	46 (%46,0)	50 (%55,6)	0,188 <sup>a</sup>
	Kadın	54 (%54,0)	40 (%44,4)	
Yaş (yıl)		75,9 ± 11,7	73,7 ± 12,3	0,199 <sup>b</sup>
APACHE II		15,5 (12,0 – 24,0)	18,0 (14,0 – 28,0)	0,043 <sup>c</sup>
CCI		6,0 ± 1,8	5,9 ± 1,9	0,721 <sup>b</sup>
Etkilenen Arter	MCA	68 (%68,0)	60 (%66,7)	0,986 <sup>a</sup>
	ACA	4 (%4,0)	3 (%3,3)	
	Yaygın	18 (%18,0)	17 (%18,9)	
	PCA	10 (%10,0)	10 (%11,1)	
Taraf	Sağ	44 (%44,0)	43 (%47,8)	0,808 <sup>a</sup>
	Sol	41 (%41,0)	36 (%40,0)	
	Bilateral	15 (%15,0)	11 (%12,2)	
Kororbidite	HT	62 (%62,0)	68 (%75,6)	<b>0,045<sup>a</sup></b>
	DM	33 (%33,0)	39 (%43,3)	0,143 <sup>a</sup>
	KY	66 (%66,0)	64 (%71,1)	0,449 <sup>a</sup>
	Malignite	17 (%17,0)	10 (%11,1)	0,341 <sup>a</sup>
	AC Hastalığı	29 (%29,0)	22 (%24,4)	0,587 <sup>a</sup>
	Renal	25 (%25,0)	16 (%17,8)	0,302 <sup>a</sup>
	Diğer	6 (%6,0)	12 (%13,3)	0,140 <sup>a</sup>
	MV	Yok	75 (%75,0)	67 (%74,4)
Var		25 (%25,0)	23 (%25,6)	
Hastane Yatış Süresi (gün)		15,0 ± 12,7	20,9 ± 20,5	<b>0,021<sup>b</sup></b>



Sonlanım	Taburcu	86 (%86,0)	78 (%86,7)	1,000 <sup>a</sup>
	Ex	14 (%14,0)	12 (%13,3)	

Pre-COV: pandemi öncesi, post-COV: pandemi sonrası, APACHE II: Akut fizyoloji ve kronik sağlık değerlendirmesi, CCI: Charlson Komorbidite İndeksi, MCA: orta serebral arter, ACA: anterior serebral arter, PCA: posterior serebral arter, HT: hipertansiyon, DM: diyabet, KY: kalp yetmezliği, MV: mekanik ventilasyon, a: Chi-Square Test (n (%)), b: Independent Samples t Test (Mean  $\pm$  SD), c: Mann-Whitney U test (Median (Q1 – Q3))

Post-COV grubundaki hastaların platelet, PDW, DNI ve D-Dimer düzeyleri daha düşük bulundu ( $p < 0,05$ ) (Tablo 2).

**Tablo 2-Grupların laboratuvar değerlerinin karşılaştırılması**

	Gruplar		p
	Pre-COV	Post-COV	
Leucocyte (x10 <sup>9</sup> /L)	9,8 $\pm$ 3,4	9,0 $\pm$ 2,9	0,090 <sup>b</sup>
Neutrophil (x10 <sup>9</sup> /L)	7,6 $\pm$ 3,5	6,8 $\pm$ 2,8	0,072 <sup>b</sup>
Lymphocyte (x10 <sup>9</sup> /L)	1,67 $\pm$ 0,62	1,56 $\pm$ 0,69	0,225 <sup>b</sup>
Platelet (x10 <sup>9</sup> /L)	279,2 $\pm$ 103,1	246,3 $\pm$ 71,0	<b>0,011</b> <sup>b</sup>
MPV (fL)	8,4 $\pm$ 1,0	8,6 $\pm$ 0,9	0,176 <sup>b</sup>
PDW (%)	57,1 $\pm$ 8,0	53,3 $\pm$ 7,8	<b>0,001</b> <sup>b</sup>
NLR	4,7 (3,0 – 7,0)	4,8 (2,6 – 6,8)	0,698 <sup>c</sup>
DNI (%)	1,31 $\pm$ 2,65	0,57 $\pm$ 1,32	<b>0,014</b> <sup>b</sup>
PLR	181,6 $\pm$ 75,8	180,8 $\pm$ 88,9	0,950 <sup>b</sup>
D-dimer (mg/L)	2,0 (1,0 – 5,0)	1,6 (0,8 – 3,0)	<b>0,020</b> <sup>c</sup>
Fibrinogen (g/L)	3,9 $\pm$ 1,4	4,0 $\pm$ 1,2	0,619 <sup>b</sup>
CRP (mg/L)	10,0 (5,3 – 18,8)	14,0 (7,0 – 27,3)	0,057 <sup>c</sup>

MPV: ortalama trombosit volümü, PDW: platelet dağılım genişliği, NLR: nötrofil lenfosit oranı, DNI: delta nötrofil indeksi, PLR: platelet lenfosit oranı, CRP: C reaktif Protein, a: Chi-Square Test (n (%)), b: Independent Samples t Test (Mean  $\pm$  SD), c: Mann-Whitney U test (Median (Q1 – Q3))

## Tartışma ve Sonuç



Nedeni net olarak aydınlatılamamakla birlikte COVID-19 sonrası erkek cinsiyette ve genç yaşta inme oranlarında artma bildirilmiş olup COVID-19 lu inme hastalarının mortalitesinin de daha yüksek olduğu değerlendirilmiştir (3). Enfeksiyon sonrası süreçte de virus proteinlerinin rezidü kalabileceği ve nörolojik sekel oluşumuna katkıda bulunabileceği belirtilmiştir (6). Çalışmamızda pandemi öncesi ve sonrası inme hastalarında yaş, cinsiyet, YBÜ skorları ve mortalite açısından farklılık bulamadık. YBÜ'ne kabul kriterlerimizin her iki dönemde de sabit olmasının -her iki dönemde de kliniği daha kötü hastaların YBÜ'nde takip edilmesi- ve örneklem büyüklüğünün sonuçlarımızı etkilemiş olabileceğini düşünmekteyiz. Ayrıca, pandemi sonrası olarak değerlendirdiğimiz dönemde enfeksiyonun yıkıcı etkisinin azalmış ve hastaların inme risk profillerinin temel bazale dönmüş olması çalışmamızdaki iki dönem arasının benzer olmasında etmen olabilir. Pandemi sonrası yatan inme hastalarının yatış süresini daha uzun bulduk. Özellikle HT komorbiditelerinin daha yüksek oranda olduğu değerlendirildiğinde, bu hastalarda hemodinamik regülasyon veya klinik düzelme sürecinin daha uzun sürmüş olabileceğini düşünmekteyiz. Hastalarda sekel COVID-19 bulgularını değerlendiremedik ancak uzamış COVID süreci içerisindeki hastalarda ek komplikasyonlar da iyileşmede gecikmeye neden olmuş olabilir.

Uzamış COVID iyileşme sürecinde metabolik, solunumsal veya kardiyovasküler semptomlara rastlanabilmektedir (7,8). Hem aktif enfeksiyonun kendisi hem de kontrolsüz DM ve HT gibi komorbiditeler de kronik süreçte renal hasara neden olabilmektedir (8,9). COVID-19 sonrası süreçte hastalarda HT tanısında artma bildirilmiştir (10). Net olarak aydınlatılamamakla birlikte virüsün renin anjiyotensin sistemi ve endotelde bozulmalara neden olarak kardiyovasküler risk artışına neden olabileceği düşünülmektedir (10,11). Biz çalışmamızda pandemi sonrası dönemde yatan iskemik inme hastalarında hipertansiyon sıklığını daha yüksek bulduk. Bu sonuca virüsün vasküler etkileri yanında, pandemi sürecinde sedanter yaşam tarzında artma ve HT tedavi veya takip uyumlarında aksamaların da katkıda bulunmuş olabileceğini düşünüyoruz. diğer komorbiditeler arasında farklılık yoktu.

COVID-19 ilişkili olarak genç hastalarda büyük damar oklüzyonlarında artma bildirilmiştir (12). Enfeksiyona bağlı endotel hasarı ve hiperkoagülabilité durumunun daha büyük pıhtı oluşumlarına neden olabileceği düşünülmektedir (12). Biz çalışmamız sonucunda iki grup arasında etkilenen damar ve taraf açısından fark görmedik. Her iki grup hasta da benzer şekilde YBÜ yatışı gerektirdiği için iki grupta da etkilenen damarın benzer sonuçlanmış olabileceğini düşündük.

Uzamış COVID'in devam eden post viral inflamatuvar yanıt ile immunsupresyona neden olabileceği bildirilmiştir (13). COVID-19 lu hastalarda düşük trombosit düzeylerinin ciddi enfeksiyon durumu, immune baskılanma ve artan koagülan aktiviteye işaret ettiği



düşünülmektedir (14). Çalışmamızda pandemi sonrası vakalarda platelet düzeylerini daha düşük bulduk ancak bunun yanında bu hastalarda PDW düzeyleri de daha düşüktü. PDW değeri trombosit ilişkili indekslerden biri olarak değerlendirilmekte ve dolaşımdaki trombositlerin heterojenitesini göstermektedir (15). Pandemi sonrası inme hastalarındaki platelet ve PDW düşüklüğü birlikteliğinin kemik iliğinde üretim sorununa, dolaşımdaki genç trombositlerde azalma ile kendini gösteren baskılanmaya işaret edebileceğini düşünmekteyiz. Hastalar enfeksiyonu daha önceden geçirmiş olsalar da kemik iliğindeki baskılanma pandemi sonrası yakın süreçte de hala devam ediyor olabilir. MPV değerlerinin de tromboz ve emboli formasyonu ile ilişkisi olduğu düşünülmektedir (16) ancak biz gruplar arasında MPV açısından farklılık bulamadık.

COVID-19 sonrası inme hastalarında inflamasyon ve hiperkoagülabilité göstergesi olan CRP, fibrinojen ve D-dimer düzeylerinin daha yüksek olabileceği bildirilmiştir (2,17). Çalışmamız sonucunda hastaların CRP ve fibrinojen düzeyleri benzerdi ancak D dimer düzeyini pandemi sonrası grupta daha düşük bulduk. Platelet ilişkili bulgular ile birlikte değerlendirildiğinde, bu bulgunun, pandemi sonrası inme hastalarında daha düşük inflamasyon ve koagülabilité profilini; immun baskılanmayı işaret ediyor olabileceğini düşünmekteyiz. Artan inflamasyona bağlı olarak savunma hücrelerinden salınan sitokinlerin koagülasyon sisteminin aktivasyonuna katkıda bulunduğu bilinmekte, lökosit düzey yüksekliğinin, özellikle de nötrofil düzey yüksekliğinin, mortal seyreden inme riskini artırdığı değerlendirilmektedir (17,18). DNI kanda immatür granülosit oranını yansıtan, inflamasyon durumlarında immatür nötrofillerin dolaşıma salınması sonucu düzeyi artan indekstir. COVID-19 lu mortal seyreden hastalarda DNI değerlerinin daha yüksek olabileceği bildirilmiştir (19). Çalışmamız sonucunda hastalar arasında lökosit, nötrofil, lenfosit düzeyleri benzerdi. Ancak pandemi sonrası inme hastalarında DNI düzeylerini daha düşük bulduk. DNI deki bu düşüklüğün -aynı hasta grubunda gözlenen düşük D-dimer, platelet ve PDW düzeyleri ile birlikte değerlendirildiğinde- bu hastalardaki inflamatuvar yanıtın daha düşük olduğuna işaret edebileceğini düşünmekteyiz. NLR ve PLR oranlarının inme prognozu ile korele olduğu bildirilmiştir (20, 21). Biz çalışmamız sonucunda hastalarımızın NLR ve PLR oranlarını benzer bulduk. Hastaların laboratuvar sonuçlarını etkileyebilecek tedaviler (anti enflamatuvar, anti-platelet tedaviler gibi) alıp almadıklarını değerlendiremedik, tedavilerin hesaba katılmasının sonuçları etkileyebileceğini düşünüyoruz. Çalışmanın tek merkezde gerçekleştirilmesi ve örneklem büyüklüğünün sınırlı olması elde edilen bulguların genellenebilirliğini kısıtlayabilir. Bu nedenle, sonuçların doğruluğu ve daha geniş popülasyonlara genellenebilmesi için büyük örneklemli, çok merkezli ve prospektif çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

## **Kaynaklar**



- 1- Sharma D, Smith M. The intensive care management of acute ischaemic stroke. *Curr Opin Crit Care*. 2022 Apr 1;28(2):157-165.
- 2-Li Y, Li M, Wang M, et al. Acute cerebrovascular disease following COVID-19: a single center, retrospective, observational study. *Stroke Vasc Neurol*. 2020 Sep;5(3):279-284.
- 3- Dallas J, Liu KQ, Wenger TA, et al. The effect of COVID-19 on treatment and outcomes following ischemic stroke: A national assessment. *Clin Neurol Neurosurg*. 2023 Oct; 233:107982.
- 4-Patel U, Malik P, Mehta D, et al. Outcomes of COVID-19 Complications and their Possibilities as Potential Triggers of Stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2021 Jul;30(7):105805.
- 5- Jagst M, Pottkämper L, Gömer A, et al. Neuroinvasion and neurotropism of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 infection. *Curr Opin Microbiol*. 2024 Jun; 79:102474.
- 6- Rong Z, Mai H, Ebert G, et al. Persistence of spike protein at the skull-meninges-brain axis may contribute to the neurological sequelae of COVID-19. *Cell Host Microbe*. 2024 Dec 11;32(12):2112-2130.e10.
- 7- Ashmawy R, Hammouda EA, El-Maradny YA, et al. Interplay between Comorbidities and Long COVID: Challenges and Multidisciplinary Approaches. *Biomolecules*. 2024 Jul 11;14(7):835.
- 8- Cocking E, Daher J, Alabood M. New-onset diabetes mellitus post COVID-19 infection: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Res Clin Pract*. 2025 Sep; 227:112417.
- 9- Frediani MM, Ribeiro HS, Busatto GF, et al. Renal Long COVID: A Scoping Review. *Kidney Med*. 2025 May 29;7(8):101039.
- 10-Vyas P, Joshi D, Sharma V, et al. Incidence and predictors of development of new onset hypertension post COVID-19 disease. *Indian Heart J*. 2023 Sep-Oct;75(5):347-351.
- 11- Siddiqi HK, Libby P, Ridker PM. COVID-19 - A vascular disease. *Trends Cardiovasc Med*. 2021 Jan;31(1):1-5.
- 12- Betts C, Ahlfinger Z, Udeh MC, et al. Recent Updates on COVID-19 Associated Strokes. *Neurosci Insights*. 2024 Oct 8; 19:26331055241287730.
- 13- Oronsky B, Larson C, Hammond TC, et al. A Review of Persistent Post-COVID Syndrome (PPCS). *Clin Rev Allergy Immunol*. 2023 Feb;64(1):66-74.
- 14- Rohlifing AK, Rath D, Geisler T, Gawaz M. Platelets and COVID-19. *Hamostaseologie*. 2021 Oct;41(5):379-385.
- 15- Botros L, Qayyum R. Association of platelet distribution width with all-cause and cause-specific mortality in US adults. *Int J Cardiol*. 2024 Jul 15;407:132100.



- 16- Cabanillas-Lazo M, Cruzalegui-Bazán C, Vallejos-Esquen R, et al. Mean platelet volume and clinical outcomes in patients with acute ischemic stroke: A systematic review and meta-analysis. *J Cerebrovasc Endovasc Neurosurg.* 2026 Feb 25.
- 17- Tang X, Zheng F. A review of ischemic stroke in COVID-19: currently known pathophysiological mechanisms. *Neurol Sci.* 2022 Jan;43(1):67-79.
- 18- Hu ZB, Lu ZX, Zhu F, et al. Higher total white blood cell and neutrophil counts are associated with an increased risk of fatal stroke occurrence: the Guangzhou biobank cohort study. *BMC Neurol.* 2021 Dec 2;21(1):470.
- 19- Birben B, Birben OD, Akin T, et al. Efficacy of the delta neutrophil index in predicting 30-day mortality in COVID-19 patients requiring intensive care. *Int J Clin Pract.* 2021 May;75(5):e13970.
- 20- Zhu F, Ji Y, Song JH, et al. Correlations between NLR, NHR, and clinicopathological characteristics, and prognosis of acute ischemic stroke. *Medicine (Baltimore).* 2023 Jun 16;102(24):e33957.
- 21-Sharma D, Gandhi N. Role of Platelet to Lymphocyte Ratio (PLR) and its Correlation with NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale) for Prediction of Severity in Patients of Acute Ischemic Stroke. *J Assoc Physicians India.* 2021 Jan;69(1):56-60.



## **SÖZLÜ BİLDİRİ-29**

### **ACİL SERVİS VE KRİTİK BAKIM HASTALARINDA D-DİMER DÜZEYLERİNİN BAĞIMSIZ BELİRLEYİCİLERİ: ÇOK DEĞİŞKENLİ RETROSPEKTİF BİR ANALİZ**

1. Turgay Albayrak Kurum: SBÜ Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye E-posta: [turalbayrak@gmail.com](mailto:turalbayrak@gmail.com) Tel: 05376923922
2. Abdüllatif Faslı Kurum: SBÜ Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye E-posta: [abmounadil88@gmail.com](mailto:abmounadil88@gmail.com), Tel: 05074197383

**Giriş:** D-dimer; venöz tromboembolizm (VTE), pulmoner emboli (PE) ve dissemine intravasküler koagülasyon (DIC) gibi durumların tanı ve prognozunda yaygın olarak kullanılan bir biyobelirteçtir. Ancak düzeyleri yaş, cinsiyet ve klinik ortam gibi birçok faktörden etkilenebilmektedir.

**Amaç:** Bu çalışmada, acil servis (AS) ve kritik bakım (KB) gibi heterojen hasta popülasyonlarında D-dimer düzeylerinin bağımsız belirleyicilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Bu retrospektif çalışmada, üçüncü basamak bir hastanede 2025 yılı boyunca yapılan toplam 19.973 D-dimer ölçümü analiz edildi. Değerlendirilen değişkenler yaş, cinsiyet, klinik birim (AS/KB) ve başvuru zamanı (mesai içi 08:00–17:00 / mesai dışı) idi. Verilerin dağılımı nedeniyle non-parametrik testler kullanıldı. Bağımsız belirleyicileri saptamak amacıyla, log-dönüştürülmüş D-dimer değerleri kullanılarak çok değişkenli lineer regresyon analizi yapıldı.

**Bulgular:** Genel medyan D-dimer düzeyi 865 µg/L (IQR: 320–2.410) idi. Kritik bakım hastalarında medyan D-dimer düzeyi (3.124 µg/L), acil servis hastalarına (360 µg/L) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti ( $p<0.001$ ). Mesai dışı başvurularda saptanan medyan D-dimer (1.576 µg/L), mesai içi başvurularda (465 µg/L) göre anlamlı olarak daha yüksekti ( $p<0.001$ ). Çok değişkenli analizde ileri yaş ( $\geq 65$ ), erkek cinsiyet, kritik bakımda yatış ve mesai dışı başvuru D-dimer düzeylerinin bağımsız belirleyicileri olarak saptandı ( $p<0.001$ ). 65 yaş ve üzeri hastalarda medyan düzey 1.280 µg/L iken, erkeklerde 1.050 µg/L olarak ölçüldü.

**Sonuç:** D-dimer düzeyleri yalnızca akut trombotik süreçleri değil; demografik, klinik ve zamansal faktörleri de içeren karmaşık bir etkileşimi yansıtmaktadır. Özellikle ileri yaş ve kritik bakım hastalarında gözlenen bazal yüksekliğin dikkate alınması, D-dimer'in klinik bağlam içerisinde daha doğru yorumlanmasını sağlayabilir. Bu yaklaşım, tanısal doğruluğu artırarak gereksiz radyolojik görüntüleme yükünü azaltma potansiyeli taşımaktadır.



ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ  
**YOĞUN BAKIM GÜNLERİ**

**10-11 Nisan 2026**  
**Ankara Bilkent Şehir Hastanesi**

**Anahtar Kelimeler:** D-dimer, Acil Servis, Yoğun Bakım Üniteleri, Biyobelirteçler, Çok Değişkenli Analiz.



## **SÖZLÜ BİLDİRİ-30**

### **Atipik bir valproik asit intoksikasyonu vakası: hiperamonyemik ensefalopati ve multidisipliner yaklaşım**

Arş. Gör. Dr. Veli Ağgöl<sup>1</sup>, Dr. Öğr. Üyesi Ömer Jaradat<sup>2</sup>, Arş. Gör. Dr. Anılcan Kılıç<sup>3</sup>, Arş. Gör. Dr. Alperen Yıldız<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Kırşehir, Türkiye, Acil Tıp

<sup>2</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Konya, Türkiye, Acil Tıp

<sup>3</sup>Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Kırşehir, Türkiye, Acil Tıp

<sup>4</sup>Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Kırşehir, Türkiye, Acil Tıp

**Giriş:** Valproik asit (VPA), epilepsi, bipolar bozukluk ve migren profilaksisi gibi geniş bir kullanım alanına sahip etkin bir antikonvülzandır. Terapötik indeksi nispeten geniş olmasına rağmen, aşırı doz alımları klinik pratikte sık karşılaşılan ve ciddi sonuçlar doğurabilen bir durumdur. VPA toksisitesi, gastrointestinal sistem bulgularından derin koma, solunum depresyonu, beyin ödemi ve ölüme kadar uzanan geniş bir spektrumda seyredebilir. Toksikitenin temel mekanizması, karnitin depolarının tükenmesi ve buna sekonder gelişen mitokondriyal beta-oksidasyon bozukluğudur. Bu durum, üre döngüsünün inhibisyonuna yol açarak hiperamonyemi ve ensefalopati tablosuna neden olmaktadır. Özellikle çoklu ilaç kullanan, yaşlı veya renal yetmezliği olan hastalarda terapötik sınırlar içindeki VPA düzeyleri dahi toksisite oluşturabilmektedir. Bu vaka sunumunda, ciddi metabolik ve nörolojik komplikasyonlarla seyreden bir VPA intoksikasyonunun multidisipliner yaklaşımla başarılı yönetimi ele alınmaktadır.

**Olgu Sunumu:** Elli bir yaşında erkek hasta, acil servise genel durum bozukluğu ve bilinç değişikliği şikayetiyle getirildi. Öyküsünde epilepsi, atipik psikoz ve periferik venöz dolaşım bozukluğu mevcut olan hasta, günlük 2500 mg valproik asit, 3000 mg levetirasetam ve 400 mg lakozamid tedavisi almaktaydı. Başvurusunda hipotansif olan hastanın takibinde bilinci giderek kötüleşti, flapping tremoru gelişti ve uykuya meyil belirginleşti. Laboratuvar incelemelerinde ileri derecede laktik asidoz (laktat: 16 mmol/L, pH: 7.17), trombositopeni (49.000/mm<sup>3</sup>), akut böbrek hasarı (kreatinin: 1.4 mg/dL) ve toksik sınırdaki valproik asit düzeyi (127 mg/L) saptandı. Amonyak seviyesi 138 µg/dL olarak ölçüldü. Beyin görüntülemelerinde akut patoloji izlenmedi. Hasta yoğun bakım ünitesine yatırılarak L-karnitin, laktüloz, sodyum fosfat ve noradrenalin infüzyonu ile tedavi edildi. Tedavinin ikinci gününde amonyak düzeyi 79 µg/dL'ye geriledi, bilinç durumu düzeldi ve hemodinamisi stabilize oldu. Takip sürecinde gelişen derin trombositopeni nedeniyle eritrosit ve trombosit replasmanı yapıldı. Dördüncü



gün servise transfer edilen hastada, takiben pnömoni ön tanısıyla antibiyoterapi başlanmış, gastroenteroloji tarafından yapılan endoskopide gastrit saptanmıştır. On beş günlük hastane yatışı sonrasında hasta, valproik asit ve diğer antiepileptik tedavileri düzenlenerek taburcu edilmiştir.

**Sonuç:** Valproik asit intoksikasyonu, yalnızca serum ilaç düzeyi ile değerlendirilmemeli, klinik bulgular ve metabolik parametreler birlikte yorumlanmalıdır. Hiperamonyemi, karaciğer fonksiyonları normal olsa dahi gelişebilen ve ensefalopatinin temel nedeni olan kritik bir bulgudur. Bu olgu, yoğun bakım pratiğinde bilinç bozukluğu ile başvuran hastaların değerlendirilmesinde, ilaç intoksikasyonlarının göz ardı edilmemesi gerektiğini ve erken dönemde yapılacak sistematik ilaç sorgulamasının hayat kurtarıcı olabileceğini vurgulamaktadır. Vakamızdaki gibi, ciddi laktik asidoz, şok ve trombositopeni ile seyreden ağır zehirlenme tablolarında erken tanı, hızla başlanan L-karnitin tedavisi ve multidisipliner yoğun bakım desteği ile başarılı sonuç elde edilebilmektedir. Klinisyenlerin çoklu ilaç kullanan ve komorbiditesi olan hastalarda VPA doz ayarlaması ve toksisite belirtileri açısından dikkatli olmaları gerekmektedir.



## **SÖZLÜ BİLDİRİ-31**

### **Ölümcül Spontan Tiroid Hemorajisi: Nadir Ancak Hayatı Tehdit Eden Bir Durum**

Gökçen TERZİ<sup>1</sup>, Semih AYDEMİR<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği

**Giriş:** Tiroid bezi yüksek derecede vaskülarize olmasına rağmen spontan kanama nadir görülür ve genellikle travma veya büyük bir damarın erozyonu ya da rüptürü ile ilişkilidir. Tiroid bezi içine gelişen kanama, potansiyel olarak ölümcül akut hava yolu obstrüksiyonuna yol açabilir. Çevre dokulara olan basının değerlendirilmesinde ultrasonografi en uygun görüntüleme yöntemidir. Sıvı koleksiyonu varlığında ultrason eşliğinde ponksiyon veya drenaj ile dekompresyon sağlanabilir. Çoğu vakada kanama konservatif tedavi ile kontrol altına alınabilir. Ancak dispne, boyunda hızlı büyüme, hematoma hacminde artış veya hemodinamik instabilite varlığında acil entübasyon ve cerrahi girişim endikedir. Bu olguda, hava yolu obstrüksiyonuna yol açan tiroid kisti içine spontan kanama ve buna bağlı gelişen fatal seyir sunulmaktadır.

**Olgu:** Bilinen tiroid nodülü olan 21 yaşında erkek hasta, iki gündür artan nefes darlığı ve öksürük şikayetleri nedeniyle başvurmuştur. Başvuru günü nefes darlığının ani kötüleşmesi sonrası balkonda bilincini kaybetmiş, evde babası tarafından kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR) başlatılmıştır. Hasta, ambulansla KPR eşliğinde hastanemize getirilmiştir. Balon-maske ventilasyonu sağlanan hastada ilk entübasyon girişimi başarısız olmuştur. Video laringoskopi eşliğinde gerçekleştirilen entübasyonda hava yolu anatomisinin bozulduğu ve trakeanın sağa deviye olduğu izlenmiştir.

Boyun ultrasonografisinde sol lobda yaklaşık 50×28 mm boyutlarında hemorajik nodül; toraks bilgisayarlı tomografisinde ise sol tiroid lobunda trakeaya bası yapan yaklaşık 5.5 cm çapında hemorajik nodül saptanmıştır. Yatışı sırasında alınan biyopsinin patolojik incelemesi anaplastik tiroid karsinomu ile uyumlu bulunmuştur. Hasta, başvurusunun altıncı gününde kaybedilmiştir.

**Tartışma:** Tiroid bezine spontan kanama, genellikle besleyici damar rüptürü veya tiroid kitlesinin erozyonu sonucu gelişen nadir bir durumdur. Çoğu vakada iyi prognoz gösterir ve konservatif tedavi ile izlem yeterlidir. Ancak nadiren gelişen hızlı hematoma genişlemesi, ciddi hava yolu obstrüksiyonuna ve zor hava yolu yönetimine neden olabilir. Bu durum acil entübasyon ve cerrahi müdahale gerektirebilir ve uygun zamanda müdahale edilmezse ölümlü sonuçlanabilir. Genişleyen tiroid hematoma trakeal deviasyona yol açarak hava yolu yönetimini belirgin şekilde zorlaştırabilir. Sunulan olgu, spontan tiroid hemorajisinin hızlı progresyon göstererek fatal seyredebileceğini ve erken hava yolu güvenliğinin hayati önem taşıdığını vurgulamaktadır.

**Anahtar kelimeler:** Tiroid Nodülü, Spontan Hemoraji, Ani Ölüm, Tiroid Kisti



## **SÖZLÜ BİLDİRİ-32**

### **YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNDE SF-36 FORMU İLE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Asiye YAVUZ<sup>1</sup>, Emine ÜNAL CERAN<sup>1</sup>

**<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Yoğun Bakım Kliniği**

**Özet:** Bu çalışma, üçüncü basamak yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerde yaşam kalitesini SF-36 ölçeği ile değerlendirmeyi amaçlamıştır. Yoğun bakım hemşireliği fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halini etkileyebilen bir çalışma alanıdır. Araştırmaya en az üç aydır yoğun bakımda görev yapan 60 hemşire dahil edilmiştir. Katılımcılar gönüllülük esasına göre SF-36 anketini doldurmuş, veriler SPSS 21 programı ile analiz edilmiştir. Normal dağılım Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiş; kategorik değişkenler için Ki-kare, iki grup karşılaştırmalarında Student t-testi kullanılmış ve anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  kabul edilmiştir.

Katılımcıların 34'ü kadın, 26'sı erkekti. Cinsiyetler arasında yaş, fiziksel iyilik hali, fiziksel rol kısıtlılığı, emosyonel iyilik hali, emosyonel rol kısıtlılığı, ağrı ve enerji puanları açısından anlamlı fark saptanmadı. Buna karşın erkek hemşirelerde genel sağlık algısı ve sosyal fonksiyon puanları kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksekti. Kadın hemşirelerde özellikle enerji ve sosyal fonksiyon puanlarının 50 puanın altında ya da sınırda olması dikkat çekti. Çalışma süresine göre yapılan karşılaştırmada, 24 ay ve altı çalışanlarla 24 ayın üzerinde çalışanlar arasında SF-36 alt boyutları bakımından anlamlı fark bulunmadı; yalnızca daha uzun süre çalışan grubun yaş ortalaması daha yüksekti.

Bulgular, yoğun bakım ortamının özellikle enerji düzeyi ve sosyal işlevsellik üzerinde olumsuz etkiler yaratabileceğini düşündürmektedir. Yaşam kalitesindeki etkilenmenin yalnızca deneyim süresiyle açıklanamadığı, çalışma koşulları, nöbet düzeni ve emosyonel yük gibi faktörlerin daha belirleyici olabileceği anlaşılmaktadır. Tek merkezli ve kesitsel tasarım ile öz-bildirim temelli veri toplama, çalışmanın başlıca sınırlılıklarıdır. Sonuç olarak, yoğun bakım hemşirelerinde yaşam kalitesini iyileştirmeye yönelik çok merkezli çalışmalar ve kurumsal destekleyici müdahaleler gereklidir.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşirelik, Yoğun Bakım Ünitesi, Yaşam kalitesi

**Giriş:** Yoğun bakım (YB) hemşireliği, yoğun bakım hizmetlerinin sunumunda temel ve vazgeçilmez bir unsur olarak kabul edilmektedir. YB hemşireleri, yüksek iş yükünün yanı sıra önemli düzeyde emosyonel ve psikolojik stres faktörleriyle karşı karşıya kalmaktadır. SF-36(short form-36) yaşam kalitesi ölçeği; fiziksel iyilik hali, fiziksel rol kısıtlılığı, emosyonel rol kısıtlılığı, ağrı, emosyonel iyilik hali, enerji, genel sağlık algısı ve sosyal işlevsellik olmak üzere çeşitli alt boyutları kapsamaktadır.



**Amaç:** Yoğun bakım hemşirelerinde SF-36 yaşam kalitesi ölçeği kullanılarak yapılan değerlendirmeler ve mevcut sorunların sistematik biçimde belirlenmesi doğrultusunda, uygun müdahale ve iyileştirme stratejilerinin geliştirilmesi hedeflenmektedir. Bu kapsamda gerçekleştirilecek düzenlemeler ile ekip içi iş birliğinin güçlendirilmesi ve sunulan sağlık bakım hizmetinin kalitesinin artırılması amaçlanmaktadır.

**Yöntem:** Çalışmaya, üçüncü basamak yoğun bakım ünitelerinde en az üç aydır görev yapan toplam 60 yoğun bakım hemşiresi dahil edilmiştir. Katılımcılara SF-36 anketi hakkında bilgilendirme yapılmış ve anketler gönüllülük esasına dayalı olarak hemşireler tarafından doldurulmuştur. Elde edilen veriler SPSS veri tabanına kaydedilerek istatistiksel analizler gerçekleştirilmiştir.

İstatistiksel değerlendirmeler IBM SPSS yazılımı (SPSS version 21; SPSS Inc., Chicago, IL, USA) kullanılarak yapılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile analiz edilmiştir. Sürekli değişkenler ortalama  $\pm$  standart sapma şeklinde, kategorik değişkenler ise yüzde (%) olarak ifade edilmiştir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi, iki grup arasındaki karşılaştırmalarda ise Student's t-testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmada erkek/kadın oranı 26/34 ( $n=60$ ) olup, cinsiyet dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,651$ ). Tablo 1 verileri incelendiğinde, kadın ve erkek yoğun bakım hemşireleri arasında yaş, fiziksel iyilik hali, fiziksel rol kısıtlılığı, emosyonel iyilik hali, emosyonel rol kısıtlılığı, ağrı ve enerji alt boyutları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (tüm  $p>0,05$ ). Bununla birlikte, erkek hemşirelerin genel sağlık algısı ( $p=0,045$ ) ve sosyal fonksiyon ( $p=0,009$ ) alt boyutlarında kadın hemşirelere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek puanlara sahip olduğu belirlenmiştir. Özellikle kadın hemşirelerde enerji ve sosyal fonksiyon puanlarının 50 puanın altında veya sınırda olması dikkat çekmiştir.

Tablo 2'de çalışma süresine göre yapılan karşılaştırmada,  $\leq 24$  ay ( $n=32$ ) ve  $>24$  ay ( $n=28$ ) grupları arasında cinsiyet dağılımı açısından anlamlı fark bulunmamıştır ( $p=0,651$ ). Ancak yaş açısından  $>24$  ay çalışan grubun anlamlı düzeyde daha yüksek yaş ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır ( $25,9\pm 2,7$  vs  $28,8\pm 2,9$ ;  $p<0,001$ ). SF-36 alt boyutları incelendiğinde; fiziksel iyilik hali, fiziksel rol kısıtlılığı, emosyonel iyilik hali, emosyonel rol kısıtlılığı, ağrı, enerji, genel sağlık ve sosyal fonksiyon açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (tüm  $p>0,05$ ).

**Tartışma:** Bu çalışmada elde edilen bulgular, yoğun bakım hemşireliğinin yüksek iş yükü, stres ve emosyonel yük ile ilişkili olarak yaşam kalitesinin bazı alt boyutlarını olumsuz etkilediğini düşündürmektedir. Özellikle enerji düzeyi ve sosyal fonksiyon alanlarında saptanan düşüklük, yoğun ve düzensiz çalışma saatlerinin bireylerin hem fiziksel toparlanmasını hem de sosyal yaşama katılımını sınırlandırabileceğini göstermektedir. Kadın



hemşirelerde bu etkilenmenin daha belirgin olması, iş-yaşam dengesi, sosyal roller ve mesai yoğunluğu gibi faktörlerin bu grup üzerinde daha fazla baskı oluşturabileceğine işaret etmektedir. Ayrıca, yoğun bakım ortamında sürekli olarak ağır hasta grupları ile çalışmanın zamanla emosyonel tükenmeye katkıda bulunabileceği ve bunun da yaşam kalitesi üzerinde dolaylı etkiler yaratabileceği düşünülebilir.

Bununla birlikte, çalışma süresi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark saptanmamış olması, bu etkilenmenin yalnızca deneyim süresi ile açıklanamayacağını, daha çok mevcut çalışma koşullarının belirleyici olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Öncelikle, örneklem sayısının sınırlı olması ve tek merkezden elde edilen verilerin kullanılması, sonuçların genellenebilirliğini kısıtlamaktadır. Verilerin öz-bildirim yöntemi ile toplanmış olması, katılımcıların bireysel algı ve değerlendirmelerine bağlı yanlılık oluşturabilir. Kesitsel tasarım nedeniyle değişkenler arasındaki nedensel ilişkiler net olarak ortaya konulamamaktadır. Ayrıca, çalışma ortamına ilişkin detaylı değişkenlerin (nöbet sıklığı, hasta sayısı, destek personeli varlığı gibi) değerlendirilmemiş olması, elde edilen bulguların yorumlanmasını sınırlayan bir diğer önemli faktördür. Bu nedenle, daha kapsamlı değişkenlerin dahil edildiği ve daha geniş örneklem gruplarıyla yapılacak çalışmaların konuya daha açıklayıcı katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu bulgular doğrultusunda, ülke genelinde kamu, özel ve vakıf hastanelerini kapsayan, geniş katılımlı ve çok merkezli durum tespit çalışmalarına ihtiyaç olduğu değerlendirilmektedir. Farklı kurum türlerinden yoğun bakım hemşirelerinin dahil edildiği bu tür araştırmaların, mevcut sorunların daha bütüncül bir yaklaşımla ortaya konulmasına ve etkili çözüm stratejilerinin geliştirilmesine katkı sağlayacağı öngörülmektedir. Aynı zamanda, bu çalışmaların hemşirelerin çalışma koşullarının iyileştirilmesine yönelik yenilikçi ve uygulanabilir yaklaşımların geliştirilmesine öncülük edebileceği düşünülmektedir.

**Sonuç:** Daha etkin ve kaliteli sağlık hizmeti sunumunun sağlanabilmesi, iş barışının korunması ve çalışan sağlığının iyileştirilmesi açısından bu alanda gerçekleştirilecek kapsamlı ve yol gösterici araştırmalar büyük önem taşımaktadır.

#### **Kaynaklar:**

- 1.Koçyiğit, H., Aydemir, Ö., Fişek, G., Ölmez, N., & Memiş, A. K. (1999). Form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *Ilaç ve tedavi dergisi*, 12(2), 102-106.
- 2.Dilbaz, Arzu Sıdar, Özden Dedeli, and Arzu Yorgancıoğlu. "Araştırmalar/Original Articles Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylere Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi Evaluating Of Care Burden and Quality Of Life Among." *health* 13.8.4 (2015): 0-27.



- Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992 Jun;30(6):473-83. PMID: 1593914.
- Yeşil, T., Uslusoy, E. Ç., & Korkmaz, M. (2016). Kronik Hastalığı Olanlara Bakım Verenlerin Bakım Yükü Ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(4), 54-66.

**Tablo 1:** Cinsiyete bağlı SF-36 Değerlendirmesi

	Kadın (n: 34)	Erkek (n:26)	p değeri
Yaş	26,7±3,0	28,2±3,1	0,063
Fiziksel iyilik hali	92,6±6,3	95,4±5,6	0,087
Fiziksel sınırlama	80,9±10,8	86,5±12,7	0,074
Emosyonel iyilik hali	51,4±14,4	58,5±15,8	0,077
Emosyonel rol sınırları	80,4±16,7	87,2±16,5	0,122
Ağrı	55,7±13,3	61,8±18,7	0,161
Enerji	43,7±11,4	49,6±14,3	0,089
Genel sağlık	55,9±15,1	63,5±12,9	<b>0,045</b>
Sosyal fonksiyon	44,8±16,6	56,7±17,1	<b>0,009</b>

**Tablo 2:** Çalışma süresi ile SF-36 Değerlendirmesi

	Çalışma süresi ≤24 ay (n: 32)	Çalışma süresi >24 ay (n:28)	p değeri
Cinsiyet, K/E	19/13	15/13	0,651
Yaş	25,9±2,7	28,8±2,9	<b>&lt;0,001</b>
Fiziksel iyilik hali	93,7±6,3	93,9±5,9	0,912
Fiziksel sınırlama	84,4±12,3	82,1±11,5	0,473
Emosyonel iyilik hali	56,3±15,7	52,4±14,8	0,338
Emosyonel rol sınırları	82,3±16,9	84,5±16,9	0,612
Ağrı	58,3±17,0	58,4±15,2	0,979
Enerji	45,6±13,2	47,1±12,9	0,622
Genel sağlık	60,6±14,5	57,5±14,8	0,412
Sosyal fonksiyon	51,2±19,1	48,7±16,1	0,587



## **SÖZLÜ BİLDİRİ-33**

### **Psikiyatrik semptomlar ile başvuran Takayasu Arteriti ;Nadir bir olgu:**

Hale ALAÇAKIR<sup>1</sup>, Zehra KESKİN<sup>1</sup>, Emine ÜNAL CERAN<sup>1</sup>, Belgin AKAN<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Bilkent Şehir Hastanesi , Yoğun Bakım Kliniği

### **İletişim:**

E-posta: halacakir@gmail.com

Telefon: 05053950556

### **Giriş:**

Takayasu arteriti, felç, iskemik kalp hastalığı, pulmoner hipertansiyon, ikincil hipertansiyon, iskemik inme ve anevrizmalar gibi ciddi komplikasyonlara sahip granülomatöz iltihap yoluyla büyük arterleri etkileyen nadir bir vaskülit türüdür. İleri evrelerde stenoz, anevrizmal genişleme ve tıkanma gözlemlenir. Tanı, klinik ve anjiyografik kriterlerle yapılır. Tedavi tıbbi ve cerrahi olsa da, ne yazık ki sonuç sınırlıdır.

### **Olgu:**

Yirmibir yaşında kadın hasta, psikiyatri servisinde akut mani, dissosiyatif bozukluk ön tanılarıyla 4 gündür takip edilirken ; ani solunum sıkıntısı ve saturasyon düşüklüğü nedeniyle entübe şekilde yoğun bakıma devralındı. Servis doktorundan alınan bilgi neticesinde takiplerinde hipertansif seyrettiği, ileri tetkik ile bilateral renal arter stenozu saptandığı belirlendi. Bu bilgiler ışığında hastaya hipertansif akciğer ödemi ön tanısı konuldu ve tedavisine entübe şekilde yoğun bakımda devam edildi. Hipertansif seyreden hastaya intravenöz nitrogliserin ve furosemid infüzyonu başlandı. Renal arter stenozu açısından nefroloji ve girişimsel radyoloji ile konsülte edilen hastanın güncel BT anjiyografisi; inen torasik aortada ciddi stenotik alanlar, çölyak trunkus, SMA ve her iki renal arter orifislerinde kritik darlıklar izlendi olarak rapor edildi. Sağ ve sol kol tansiyon ölçümlerinde %10 dan fazla fark olan hastaya tip 3 Takayasu Arteriti teşhisi konuldu. Serviste çekilen beyin MR bilateral beyaz cevherde çok sayıda T2/flair hiperintens gliotik odak izlendi olarak raporlandı. Ekokardiyografide Ef %40, septum hipokinetik saptandı. Romatoloji ile görüşülerek immunsupresif tedavi planlandı(prednizolon, metotraksat). Lökopeni gelişen hastada pnömoni ve sepsis nedeni çoklu antibiyotik kullanıldı, immunsupresif tedaviye romatoloji ve enfeksiyon hastalıkları görüşü ile ara verildi. Takiplerinde 1 kez ekstübe edilen, ancak solunum sıkıntısı nedeniyle tekrar entübe edilen hastanın, yoğun bakım sürecinde hemodiyaliz ihtiyacı gelişti, 2 kez kardiyak arrest olan, trakeostomi açılan hasta 94 gün yoğun bakım takibinin ardından exitus oldu.

### **Sonuç:**

Takayasu arteriti dünya genelinde birçok ülkede görülmekle birlikte, doğurganlık çağındaki kadınlarda en yüksek prevalansa sahiptir. Çoğunlukla hastalar yirmi yaşından sonra tanı



almaktadır. Farklı organların veya uzuvların iskemisine bağlı olarak, boyun-karotis bölgesinde ağrı, tutulan ekstremitelerde topallama, periferik nabız yokluğu, siyanozlar, miyokard enfarktüsü, sistemik arteriyel hipertansiyon, baş ağrısı, görme bozukluğu ve iskemik inmeler sık görülen bulgular arasındadır. Bizim hastamızda dezorganize hareketler, anlamsız konuşmalar, amnezi, sinirlilik semptomları ile psikiyatri kliniğinde tekik edilirken gelişen hipertansiyon ve nefes darlığı ile yoğun bakıma alınmıştır. Nadir de olsa psikiyatrik semptomlarla başvuran genç bir hastada otoimmün vaskülitler akılda tutulmalıdır.

**Anahtar kelimeler:**

Stenoz, BT anjiyografi, arterit ,Hipertansiyon, Genç yaş



## SÖZLÜ BİLDİRİ-34

### BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİDE ÖLÇÜLEN OPTİK SİNİR KILIFI ÇAPININ ANEVRIZMAYA BAĞLI SUBARAKNOİD KANAMA SONRASI HASTANE İÇİ MORTALİTEYİ ÖNGÖRMEDEKİ DEĞERİ

Dr. Emre Alp

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Radyoloji Kliniği

#### Giriş

Anevrizmaya bağlı subaraknoid kanama ciddi morbidite ve mortalite ile seyreden bir klinik tablodur (1). Erken dönemde yüksek riskli hastaların belirlenmesi klinik yönetim açısından kritik öneme sahiptir. İntrakraniyal basıncı yansıtan noninvaziv görüntüleme belirteçleri bu amaçla kullanılabilir (2).

#### Amaç

Bu çalışmada, bilgisayarlı tomografide ölçülen optik sinir kılıfı çapının hastane içi mortalite ile ilişkisini değerlendirmek ve optik sinir kılıfı çapı/oküler glob çapı oranının ek prognostik değer sağlayıp sağlamadığını araştırmak amaçlandı.

#### Yöntem

Bu retrospektif çalışmaya anevrizma rüptürüne bağlı subaraknoid kanama tanısı alan 100 hasta dahil edildi. Preoperatif (DSA) bilgisayarlı tomografi görüntüleri analiz edildi. Optik sinir kılıfı çapı, globun 3 mm posteriorundan aksiyel kesitlerde ölçüldü. Optik sinir kılıfı çapı/oküler glob çapı oranı hesaplandı (3). En uygun eşik değerler Youden indeksi kullanılarak belirlendi. Birincil sonlanım hastane içi mortalite olarak tanımlandı.

#### Bulgular

Hastane içi mortalite 22 hastada (%22) gözlemlendi. Optik sinir kılıfı çapı ile hastane içi mortalite arasında anlamlı ilişki saptandı ve 6,52 mm eşik değeri mortaliteyi öngörmeye en uygun kesim noktası olarak belirlendi ve bu değer üzerinde olan hastalarda ölüm riski belirgin olarak daha yüksekti. Optik sinir kılıfı çapı/oküler glob çapı oranı için 0,26 eşik değeri mortalite ile ilişkili bulunmakla birlikte, çok değişkenli analizde bu parametrenin bağımsız katkı sağlamadığı ve model performansını artırmadığı görüldü.

#### Sonuç

Bilgisayarlı tomografide ölçülen optik sinir kılıfı çapı, anevrizmaya bağlı subaraknoid kanamada hastane içi mortalite ile ilişkili, basit ve uygulanabilir bir görüntüleme belirteçidir. Optik sinir kılıfı çapı tek başına yeterli prognostik bilgi sağlamakta olup, oran temelli ölçümlerin ek katkısı sınırlıdır.

1. Claassen, J., & Park, S. (2022). Spontaneous subarachnoid haemorrhage. The Lancet, 400(10355), 846-862.



ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ  
**YOĞUN BAKIM GÜNLERİ**

**10-11 Nisan 2026**  
**Ankara Bilkent Şehir Hastanesi**

2. Rajajee V. Noninvasive intracranial pressure monitoring: are we there yet? *Neurocrit Care*. 2024;41(2):332–338. doi:10.1007/s12028-024-01951-1.

3. Ibadi A. ONSD/ETD as a prognostic ratio of intracranial hypertension in traumatic brain injury patients in the emergency department. *J Neurol Sci*. 2021;429.

Anahtar kelimeler: Subaraknoid Kanama, Mortalite, Bilgisayarlı Tomografi, Optik Sinir