

15.
ULUSAL
ACIL TIP
KONGRESİ



Atuder ile Beraber 43 Dernek • 43 Associations with EPAT

25-28 Nisan 2019
Kaya Palazzo Golf Resort Otel
www.acil2019.com



6TH
INTERCONTINENTAL
EMERGENCY
MEDICINE
CONGRESS

6TH
INTERNATIONAL
CRITICAL CARE AND
EMERGENCY
MEDICINE
CONGRESS



BİLDİRİ KİT

BİLİMSEL SEKRETARYA



ACIL TIP UZMANLARI DERNEĞİ
Yükarı Ayrancı Gülleryüz Sk. No: 26/19 Çankaya / Ankara
Tel: +90 312 426 12 14 Faks: +90 312 426 12 44
info@atuder.org.tr / www.atuder.org.tr

ORGANİZASYON SEKRETARYASI



İcadıye Cad. No:3 Kızılgüncük 34674 İstanbul
F: +90 216 310 06 00 info@genx.com.tr
[facebook.com/GENXKONGRE](https://www.facebook.com/GENXKONGRE)

flexionunda, öbür eliyle sol dirseğini tutmuş ve başı sola devrile vaziyette olan hastanın fiziki muayenesinde boyun ve sol kolda hareket kısıtlılığı, sol sternoclavicular eklem (SCJ)'de seviye farkı izlendi. Çekilen akciğer (AC) grafisinde bilateral SCJ'de seviye farkı izlendi. Çekilen intravenöz (iv) kontrastlı boyun ve torax bilgisayarlı tomografi (CT) görüntülemesinde ek yaralanmanın eşlik etmediği PSCJD izlendi. Acil serviste sedasyon eşliğinde kapalı redüksiyon denendi; ancak redüksiyonu sağlanamayan hasta hastaneye yatırıldı.

SONUÇ: PSCJDs'lara ölümcül ek yaralanmalar da eşlik edebilir. Standart radyografik görüntülemelerle dislokasyon görülemeyebilir. Acil servis doktorları, anamnez ve dikkatli fizik muayene bulgularından yola çıkarak PSCJD'ndan şüphe etmeli ve kontrastlı CT taraması yapılmalı gerekir. Ek yaralanmaların eşlik etmediği PSCJDs, acil serviste uygun sedasyon sağlanarak kapalı redüksiyon denenebilir.

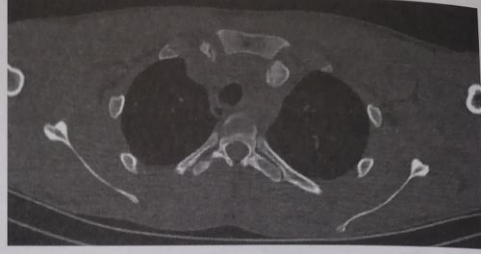
ANAHTAR KELİMELER: Eklem çıkığı, Kaza, Sternoklaviküler eklem, Yaralanma

Şekil 1



Olgunun Posteroanterior Akciğer Grafisi

Şekil 2



Olgunun Tomografi Görüntüsü

OP-061 ACİL SERVİSE YAN AĞRISI İLE BAŞVURAN AMFİZEMATÖZ PİYELONEFRİT

Ataman Köse, Seyran Bozkurt Babuş, Sevcan Tenekeci
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD

Amfizematöz piyelonefrit (AP), renal parankimi ve etrafındaki dokuları içeren, gaz üreten, nadir görülen nekrotizan bir enfeksiyondür. Yüksek mortalite ve morbidite ile ilişkilidir. Yan ağrısı ile acil servise başvuran amfizematöz piyelonefrit tanısı konulan kontrolsüz diabetli olan bir olguyu sunuyoruz.

OLGU: Sağ yan ağrısı şikayeti ile dış merkezden sevk edilen hasta aynı şikayetler ile acile geldi. Birkaç gündür yan ağrısı, bulantı, kusma ve idrar yaparken yanma vardı. Özgeçmişinde Diabetes Mellitus dışında komorbid hastalığı yoktu. Vitalleri stabil vücut ısısı: 36.6. Fizik muayenede kostovertebral açığı hasasiyeti ve yaygın defans dışında herhangi bir patoloji tespit edilmedi. Glasgow koma skalsı:15. Hastanın yapılan tetkiklerinde kreatinin: 1.4 mg/dl, CRP: 194 mg/l, WBC: $5.57 \times 10^3/\mu\text{l}$, neutrofil sayısı: $5.19 \times 10^3/\mu\text{l}$, Açlık kan glukozu: 613,53 mg/dl, Üre: 56,30 mg/dl idi. Kan gazında pH: 7,214, pCO₂: 50,6 mmHg, pO₂: 30,5 mmHg, HCO₃: 16 mmol/l, İdrarda keton + pozitif, idrarda lökosit ++ pozitif, lökosit (her sahada): 11 hpf idi. Çekilen batın tomografisinde sağ böbrek ureterde taş ve amfizematöz piyelonefrit uyumlu abse ve yaygın hava görünümü mevcuttu. Hastaya acil serviste diabetik ketoasidoz için sıvı hidrasyonu ve insülin infüzyonu başlandı. İlgili bölümlere konsülte edildi. Hasta amfizematöz piyelonefrit tanısı ile üroloji kliniğine yatırıldı.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Görüntüleme tekniklerinin özellikle tomograflerin bulunması, erken tanının konulmasına ve amfizematöz piyelonefrit ölümlerinin azalmasına yol açmaktadır. Bununla birlikte, ciddi vakaların sonuçları kötüdür ve agresif acil tedavi gerektirir. AP hala tehlikeli bir renal enfeksiyondür, ancak yüksek klinik şüphe ve tedavinin erken başlaması ile potansiyel olarak tedavi edilebilir. Bu nedenle acil servise yan ağrısı ile başvuran özellikle diabetik hastalarda amfizematöz piyelonefrit akla gelmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: Yan ağrısı, diabet, piyelonefrit, görüntüleme

Çekilen batın tomografisinde abse ve hava ile uyumlu görünüm.

