



T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI

ACİL SERVİSE BAŞVURULARI KULAK BURUN BOĞAZ ACİLİ OLARAK
DEĞERLENDİRİLEN HASTALARIN EPİDEMİYOLOJİK AÇIDAN
İNCELENMESİ

Dr. Engin ERTEK

UZMANLIK TEZİ

BURSA - 2016



T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI

ACİL SERVİSE BAŞVURULARI KULAK BURUN BOĞAZ ACİLİ OLARAK
DEĞERLENDİRİLEN HASTALARIN EPİDEMİYOLOJİK AÇIDAN
İNCELENMESİ

Dr. Engin ERTEK

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. Erol ARMAĞAN

BURSA - 2016

İÇİNDEKİLER

Simgeler ve Kısaltmalar.....	ii
Özet.....	iii
İngilizce Özet.....	v
Giriş.....	1
Gereç ve Yöntem.....	24
Bulgular.....	25
Tartışma ve Sonuç.....	31
Kaynaklar.....	41
Teşekkür.....	45
Özgeçmiş.....	46

SİMGELER VE KISALTMALAR

- AOM: Akut otitis media
AS: Acil servis
BT: Bilgisayarlı tomografi
DKY: Dış kulak yolu
ENT: Ear nose throat
EOM: Effüzyonlu otitis media
HIV: Human Immunodeficiency virus
KOM: Kronik otitis media
H1N1: İnfluenza A virüsünün alt türü
H5N1: İnfluenza A virüsünün alt türü
ICD: International classification of diseases
IM: İntramuskuler
IV: İntravenöz
MRG: Manyetik rezonans görüntüleme
MRSA: Metisilin dirençli staphilococcus aureus
OM: Otitis media
ÖTD: Östaki tüpü disfonksiyonu
PRC: Plastik ve rekonstrüktif cerrahi
UÜAS: Uludağ Üniversitesi Acil Servis
UÜ-SUAM: Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
UÜTF: Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
SOM: Seröz ya da sekretuar otitis media
TM: Timpanik membran

ÖZET

Bu çalışmada Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (UÜ-SUAM) Acil Servisine (AS) başvuran, acil hekimlerince Kulak Burun Boğaz (KBB) acili olarak değerlendirilen hastaların epidemiyolojik olarak incelenmesi amaçlanmıştır.

Çalışmaya Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi (UÜTF) erişkin AS'e 01/04/2015 ile 01/10/2015 tarihleri arasında başvuran hastalar retrospektif olarak taranılarak; acil hekimi tarafından ICD-10 kodu otalji, tinnitus, ani işitme kaybı, vertigo, otitis eksterna, malign otitis eksterna, otitis media, akut masteodit, büllöz mirinjit, yabancı cisim, timpanik membran rüptürü, parotit, siyalolitiyasis, mandiula çıkığı, epistaksis, akut tonsillit, peritonsiller apse, epiglottit, retrofarengeal apse, nekrotizan enfeksiyon posttonsillektomi kanama, maksillofasial travma, herediter anjio ödem, uvula ödemi, trakeostomi, trakeostomi tüp değişimi ön tanısı/tanısı girilen hastalar dahil edildi. Toplam 63,900 hasta taranılmış olup 2425 hasta KBB acili olarak değerlendirilmiş ve çalışmaya dahil edilmiştir. Oluşturulan veri formuna; hastaların başvuru tarihi, protokol numarası, tanı almış bir KBB hastalığı olup olmadığı başvuru şekli (sevk/birincil başvuru) AS başvuru anındaki şikayeti; KBB veya Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi (PRC) konsültasyonu istenilip istenilmediği, adli vaka olup olmadığı, tetkik (kan, röntgen, tomografi, manyetik rezonans) istenilip istenilmediği, taburculuk durumu (taburcu, yatış, tedavi red, izinsiz terk, sevk) kaydedildi.

Sonuç olarak AS'e KBB acili nedeniyle başvuran hastalarının min-max değerler 0 ile 88 arasında değişkenlik göstermekteydi. Medyan 32 olup; başvuran hastaların %51'i kadın %49'u erkek olması nedeni ile cinsiyet dağılımı dengeliydi. Bilinen KBB hastalığı olan hasta sayısı 47 olup; 1368'nin bilinen KBB hastalığı yoktu. 2380 hasta AS 'e birincil olarak başvurmuş olup; 45 hasta sevk ile başvurmuştur. Alınan tanılara göre sınıflandığında en fazla hasta oranı %60.1 ile akut tonsillit olduğu görülmüştür. Sıklık sırasına diğer tanılar sırasıyla vertigo %25.2, maksillofasial travma %7.5, yabancı cisim

%3.5, otitis eksterna %1.4, otalji %0.6, peritonsiller apse %0.4, uvula ödemi %0.3, herediter anjio ödem %0.2, ani işitme kaybı %0.2, epistaksis %0.1, trekostomi tüp değişimi %0.1, trakeostomi %0.1, izole tinnitus %0.1, parotid %0.1, retrofarengeal apse ve ani işitme kaybı nedeni ile birer hasta gelmiştir. Hastaların %4.5'i KBB ile %3.6'sı PRC ile konsulte edilmiştir. Hastaların %3,6'sı adli olarak değerlendirilmiştir. İstenilen tetkiklere göre hastalar sınıflandırıldığında %6.5 hastadan kan tahlili, %6.4 hastadan röntgen, %13.3'den tomografi ve %2.5'den Manyetik Rezonans (MR) istenildiği görülmektedir; hastaların %74'ü tetkik istenilmeden sonlandırılmıştır. AS' den ayrılış şekillerine göre sınıflandırıldığında hastaların %97.5'i reçete ile taburcu edilmiş, %2.2'si hastaneye yatırılmış, %0.2'si izinsiz terk, %0.1'i tedavi red ile ayrılmış olup 1 hastada sevk olmuştur. KBB acilleri hastanemiz AS'nin toplam hasta sayısının %4'ünü oluşturmaktadır. Acil tıp uzmanlığı eğitimi alan bir hekimin eğitimi boyunca karşılaştacağı temel ve sık durumlardan biri olan KBB acilleri konusunda bilgi beceri ve tecrübe kazanması bu yakınmalara sahip hastaların morbitide ve mortalitesini azaltacaktır. KBB hastalarının yönetimi iyi bir anatomik bilgi ve özel araçlarla mümkün olabilmektedir. Bu nedenle acil servisdeki KBB hastalarına doğru ve zamanında müdahale edebilmek adına özel ekipmanları ihtiva eden bir ünite yapılması düşünülebilir.

Anahtar kelimeler: Acil Servis, Kulak Burun Boğaz, Epidemiyoloji

SUMMARY

Epidemiology of Otorhinolaryngology Emergencies Admitted to
Emergency Department of Uludağ University Medical Faculty

In this study we aimed to research the epidemiological properties of the patients who applied to Uludağ University Teaching and Research Hospital Emergency Department with otorhinolaryngologic emergencies.

We scanned 63900 patients who applied between 01.04.2015 and 01.10.2015 retrospectively. 2425 of these patients who have been diagnosed otalgia, vertigo, otitis externa, malign otitis externa, otitis media, acute mastoiditis, bullous myringitis, foreign body, tympanic membrane rupture, parotitis, sialolithiasis, mandibula dislocation, epistaxis, acute tonsillitis, peritonsillar abscess, epiglottitis, retropharyngeal abscess, necrotizing infections, posttonsillectomy bleeding, maxillofacial trauma, hereditary angio edema, uvula edema, tracheostomy, tracheostomy tube change are accepted to this study.

We saved datas about complaints, application dates, protocol numbers, consultations, outcome, laboratuary and imagining results of the patients to the study form.

Consequently; the age of the patients who applied with otorhinolaryngologic emergencies ranges between 0 and 88 years. The median age is detected as 32; 51% of these patients were women and the remaining 49% of these patients were men. We can say that there is no difference between men and women significantly. Only 47 patients have a story of otorhinolaryngologic diseases. Most of the patients were diagnosed as acute tonsillitis 60.1%. The other diagnoses are detected as vertigo 25.2%, maxillofacial trauma 7.5%, foreign bodies 3.5%, otitis externa 1.4%, otalgia 0.6%, peritonsillar abscess 0.4%, uvula edema 0.3%, hereditary angio

edema 0.2%, sudden hearing loss 0.2%, epistaxis 0.1%, tracheostomy tube change 0.1%, tracheostomi 0.1%, insulating tinnitus 0.01%, parotit 0.1%, retropharyngeal abscess 0.1%, the percentage of the patients who was consulted to plastic and reconstructive surgery is 3.6%. The percentage of the patients who was consulted to otorhinolaryngology is 4.5%. The percentage of the criminal cases is 3.6%. When we classified the auxiliary methods, we can say that 6.5% of these patients were evaluated by laboratuary tests, 6.4% were evaluated by x ray graphy, 13.3% were evaluated by computed tomography, 2.5% were evaluated by MRI (magnetic resonance imagining). The remaining 74% of these cases had no need to auxilary methods. 97.5% of these patients were discharged from the emegency department with a recipe, 2.2% were admitted to clinics, 0.2% of the patients left the hospital without permission, 0.1% of the patients signed refusal form for the treatment, and the last one patient was accepted as exitus in emergency service.

Otorhinolaryngologic emergencies percentage is %4 of all emergency department patients. Postgraduate medical students have to be trained well about otorhinolaryngologic emergencies to reduce mortality and morbidity rates. The management of these patient is only possible with enough anatomic education and special medical devices. As a result emergency clinics must contain isolated rooms which are equipped with appropriate medical devices.

Key Words: Emergency Service, Otorhinolaryngology, Epidemiology

GİRİŞ

Kulak burun boğaz (KBB) acilleri genellikle ikinci ve üçüncü basamak hastanelerde acil bakım gerektiren hastalıklardan oluşmaktadır. AS'lere başvurular direkt veya sevk yoluyla olabilir. Bu durum acil servise başvuran hasta sayısında artışa neden olmaktadır. İşin doğası gereği gerçek acil olmayan hastaların AS'te oluşturduğu kalabalık, acil tedavi ihtiyacı olan hastaların hak ettiği ilgiyi almasına engel olmaktadır. Birçok AS'te; aciliyet kavramının özneliği uygun bakıma zarar vermektedir (1). Acil kavramı sosyal durum, aile, iş, bürokratik faktörler ve hastanın sağlık ve medikal durumuna bağlı olarak değişken bir kavramdır. AS'e başvuran KBB acilleri ile ilgili yapılmış çalışmalarda hastalıkların şiddeti ve acil servisine başvuru kurumun düzeyi önemsenmiş ve üzerinde durulmuştur. KBB acillerindeki verileri inceleyen çalışmalar ışığında yeterli planlama ve bakımı sağlayabilmek için gerçek acili oluşturan çerçeveyi tanımlamanın bir ihtiyaç olduğu görülmektedir. Bu çalışmada Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (UÜ-SUAM) AS'ne başvuran; KBB acili olarak değerlendirilen hastaları epidemiyolojik açıdan incelenmiştir.

1. ACİL SERVİSE EN SIK BAŞURU NEDENİ OLAN DIŞ, ORTA VE İÇ KULAK HASTALIKLARI;

1.1. Kulak ağrısı

Primer otalji (kulak ağrısı) auriküler ve peri auriküler hastalıklardan kaynaklanırken yansıyan otalji ise uzak yapılardan köken alır. Yansıyan otalji baş ve boynun diğer yapıları ile kulağın innervasyonunda görev alan servikal pleksusun dalları ve birçok kraniyal sinirden kaynaklanabilmektedir. Kulağın duyuşal innervasyonu 5, 7, 9 ve 10. kraniyal sinirlerde ve servikal pleksusdan köken alır (2).

1.1.A. Primer kulak ağrısı:

Trigeminal sinirin mandibular dalı dış kulak anteriorunun duyuşal innervasyonunu sağlar: (kulak kepçesi, tragus, dış kulak yolu ve timpanik membran (TM)'nin dış yüzü). Aurikulanın arka yüzündeki cildin ve dış kulak yolunun duyuşal innervasyonunu fasiyal sinir taşır. İç kulak yapılarından gelen duyuşal uyarıları glossofaringeal sinir ve vagus sinirinin auriküler dalı (Arnold siniri) taşır. Kulağın arka yüzü ve parotis bezinin dış yüzeyindeki cilt bölgesinin uyarılarını, sırası ile auriküler ve küçük oksipital sinirden ayrılan ikinci ve üçüncü servikal sinirin dalları taşımaktadır (2).

Kulağın herhangi bir bölümünden veya çevresindeki yapı veya ciltten kaynaklanan hastalıklar primer otaljiye neden olabilir. Dış kulak yolunun ve TM'nin ayrıntılı muayenesi ile genellikle, uygun spesifik tedavi ile birlikte primer otalji nedeni aydınlatılabilmektedir. Primer otalji nedenleri: travma, enfeksiyonlar (Otitis media, Otitis eksterna, Büllöz mirinjit, Mastoidit), yabancı cisim, kulakta buşon, neoplaziler, kolesteatom, kulak kepçesi selülitli sayılabilir (2).

1.1.B. Yansıyan kulak ağrısı:

Trigeminal sinirin maksiller ve mandibular dalı nazofarinks, paranasal sinüsler, dişler, parotis bezi ve çiğneme kaslarından gelen duyuşal innervasyonları alır. Fasiyal sinir nazal mukoza ile etmoid ve sfenoid sinüsten gelen duyuşal iletimi taşır. Glossofaringeal sinir nazofarinks, östaki borusu,

yumuşak damak, posterior farinks ve tonsillerin duyusal iletimini taşır. Rekürren laringeal sinir aracılığı ile trakea ve servikal özefagustan, superior laringeal sinir aracılığıyla larinksten ve nervus vagus ile de vallekula ile priform sinüsten gelen duyular alınır. Özellikle mandibular molar dişler olmak üzere abseleşmiş ve gömülü dişler sıklıkla kulak ağrısına neden olur. Maloklüzyon, mandibuler travma, diş çürükleri, temporomandibuler eklem hastalıkları ve tam oturmayan takma dişler otaljinin sık rastlanan sebeplerindedir. Trigeminal nevralji veya tik dolore, şiddetli tek taraflı yüz ağrısına neden olur. Herpetik genikulat nevralji veya Ramsey Hunt sendromu, yüz felci ile birlikte olan dış kulak yolu ve kulak kepçesinin herpes zoster kaynaklı enfeksiyonudur ve veziküler lezyon kaybolmasından sonra uzun süre devam edebilir (postherpetik nevralji). Yansıyan otaljinin sebebinin tanısı, öykü ve burun ve ağız boşluğu, nazofarinks, orofarinks, boğaz ve boyuna yönelik öykü ve fizik muayenesini gerektirir. İleri değerlendirme ve tedavi konulan tanıya bağlıdır (2).

1.2. Tinnitus

Tinnitus (kulak çınlaması) eksternal uyarı olmaksızın ses algılanmasıdır. Sürekli, pulsatil, düşük veya yüksek perdeli, ısıklık, tıkırtı veya zil sesi gibi olabilir. En sık 40-70 yaşları arasında görülür ve cinsiyet baskınlığı yoktur.

Tinnitus 2 tipe ayrılır: objektif ve sübjektif. Objektif tinnitus muayene eden tarafından duyulabilir. Sübjektif tinnitus ise daha sık görülmektedir. Sıklıkla sebebi bilinmemekle beraber kohlear tüycüklü hücrelerdeki sorunlardan kaynaklandığı düşünülmektedir. Olguların en az %10 kadarında tinnitusun nedeni farmakolojik yan etkilerdir. En sık aspirin (günde 1.5 gram kadar düşük dozlarda dahi tinnitus sebebi olabilir) ve aspirin içeren bileşikler, non-steroid antiinflamatuvar ilaçlar (NSAİD) ve antibiyotiklerin özellikle de aminoglikozidlerin ilişkili olduğu gösterilmiştir. Sık rastlanan ototoksik ajanlar: kıvrım diüretikleri (etakrinik asit, furosemid, bumetanid), salisilatlar, NSAİD, kinin, antibiyotikler (aminoglikozidler, eritromisin, vankomisin), Kemoteropötik ilaçlar (sisplatin, karboplatin, vinblastin, vinkristin), Topikal ajanlar (solventler,

propilen glikol), Antiseptikler (etonol), Antibiyotikler (Polimiksin B, Neomisin) dir.

Kesin tanı için sıklıkla kulak burun boğaz uzmanına yönlendirmek gerekir. Tedavi için çok sayıda ilaç önerilebilir, ancak düzeltilebilir bir neden bulunmadığı zaman tinnitusu azaltmak için yararlı olduğu bilinen tek ilaç antidepresanlardır (2).

1.3. Ani işitme kaybı

Ani işitme kaybı, üç gün veya daha kısa sürede meydana gelen işitme kaybıdır. İlerleyen yaşla beraber görülme sıklığı artar ve cinsiyet üstünlüğü yoktur. Başvuru sırasında daha şiddetli olan işitme kaybı ve vertigo varlığı kötü prognoz göstergesidir. Ani işitme kaybı vakalarının çoğu idiyopatik olmakla birlikte, diğer nedenleri enfeksiyon, vasküler nedenler, travma, metabolizma bozuklukları ve ototoksik ilaçlardır (2).

Viral enfeksiyonlar en tipik olarak kabakulak, ani işitme kaybı ile ilişkili bulunmuştur. İç kulağın kan akımının terminal dallar ve kemik içi yerleşimde olması nedeni ile kulak damarsal ve hematolojik çok çeşitli hastalıklara karşı özellikle savunmasızdır. Cogan sendromu, kulak çınlaması ve baş dönmesi ile ilişkili, işitme kaybı ile ortaya çıkan otoimmün bir hastalıktır. Timpanik membran (TM) rüptürü de ani işitme kaybına neden olabilir. Birçok ilaç işitme kaybı ile ilişkili bulunmuştur. İlaça bağlı ani işitme kaybı için çeşitli mekanizmalar sorumlu tutulmasına rağmen, genel bir kural olarak, doz ve kullanım süresinin artması ile risk artar, ve böbrek yetmezliği gibi ilaç atılımını ve metabolizmasını bozan faktörler ile daha da ağır seyretmektedir (2).

Değerlendirme tam bir öykü ve fizik muayene ile başlar. Ani iletim tipi işitme kaybı, dış kulak yolu tıkanıklığına veya TM ve kemikçiklerdeki bozukluklara bağlı olabilir. Olası ototoksik ajanlar için mevcut tüm ilaçlar değerlendirilmelidir. İşitme kaybının öncesinde olan travma veya bir "patlama" sesinin hatırlanması, kemikçiklerin dislokasyonunu veya TM Perforasyonunu işaret edebilir. Kulak çınlaması ve baş dönmesinin eşlik ettiği durumlarda, Meniere hastalığı düşünülmelidir. Ayrıca sistemik hastalıklar (Lösemi, Orak hücreli anemi, Berger hastalığı, Polistemi, Serebral

anevrizma) da akılda bulundurulmalıdır. Ayırıcı tanı, hem potansiyel olarak geri dönüşümlü hem de geri dönüşümsüz nedenleri içerir. Fizik muayene ile tanı konulamadığında, acil kulak burun boğaz uzmanı konsültasyonu gereklidir (2).

1.4. Akut lokalize otitis eksterna (fronkölözis):

Dış kulak yolunun (DKY) 1/3 dış kısmındaki apopilosebase bezlerin obstrüksiyonu sonucu ortaya çıkan infeksiyonlardır. Vücudun diğer bölgelerinde görülen fronkölitler gibi etken mikroorganizma başta Staphylococcus aureus olmak üzere gram-pozitif bakterilerdir. Hastalar kulakta ağrı, hassasiyet ve ileri vakalarda işitme azlığı şikayetleri ile başvurur. Otoskopik muayenede DKY girişinde lezyon saptanır. Fluktuasyon vermeyen vakalarda antistafilokokal antibiyotikler ve analjezikler uygulanır. Eğer fluktuasyon veriyorsa insizyon yapıp drene edilmesi gereklidir. İnfeksiyonun auriküla ve çevre yumuşak dokulara yayılımı varsa parenteral antibiyotik kullanmak gerekir (3).

1.5. Akut diffüz otitis eksterna:

Yüzücü kulağı olarak da adlandırılır. Diffüz otitis eksternanın gelişebilmesi, DKY savunma mekanizmalarının ortadan kalkması ile mümkündür. Diffüz otitis eksternanın önlenmesi için en önemli faktör serümandır. Serümen asidik yapısı ile DKY'de patojen bakteri kolonizasyonunu önler. Serümenin sık temizlik ya da yüzücülerde olduğu gibi sık su ile temas yüzünden azalması nedeniyle patojen bakteriler DKY'de kolonize olabilirler. İnfeksiyonun gelişmesi için ikinci şart ise DKY'de cilt bütünlüğünün bozulmasıdır. Bunun da en sık nedeni kulağın temizlenmeye çalışılması sırasında travmatize edilmesidir. En sık etken mikroorganizmalar, başta Pseudomonas aeruginosa ve Proteus mirabilis olmak üzere gram-negatif bakteriler ve stafilokok suşlarıdır (4). Erken dönemde hafif ödemle birlikte kaşıntı ve kulakta dolgunluk hissi görülür. Bu dönemde DKY muayenesinde hafif bir eritem ve ödem görülür. DKY lümeni açıktır. İnfeksiyon ilerledikçe kaşıntı artar ve ağrı başlar. DKY ödemi artar ve debriser nedeniyle daralır. En son evrede DKY ödem, debriser ve otoreye bağlı olarak tamamen kapanır. Bu evrede ağrı dayanılmaz boyutlara ulaşır.

Auriküla hareketleri ile ağrı ortaya çıkar. Tedavi topikaldir. Akut diffüz otitis eksternanın tedavi prensipleri şunlardır (3);

1. DKY'nin aspiratör ile atravmatik ve sık temizliği
2. Uygun topikal kulak damlası kullanımı
3. Eşlik eden inflamasyon ve ağrının tedavisi
4. Hastalığın tekrarını önlemek için hastaya DKY sağlığı için önemli

bilgilerin verilmesi.

DKY'nin patent olduğu erken evrelerde antibiyotik (gentamisin, siprofloksasin) ve steroid (prednizolon, deksametazon) içeren topikal damlalar uygulanır. DKY'nin ileri derecede ödemli olduğu durumlarda, topikal tedavinin DKY'nin derinliklerine ulaşmasını sağlamak amacıyla DKY'ye pamuk fitil yerleştirilebilir. Hastadan damlaları pamuk üzerine damlatması istenir. İnfeksiyonun çevre dokulara yayıldığı gözlenirse sistemik antibiyotikler kullanılmalıdır (3).

1.6. Kronik otitis eksterna :

Kronik otitis eksterna DKY'nin bakteriyel, fungal veya dermatolojik inflamasyonları sonucu gelişir. Rekürren otitis eksterna, kronik pürülan otitis media veya ekzematoid dermatitlerin bir sonucu olarak görülebilir. İki aydan daha fazla süren kaşıntı, hafif ağrı ve kuru bir DKY cildi ile karakterizedir. Muayenede DKY cildinde kalınlaşma, asteatoz (serümenin olmaması) ve kuruluk tipiktir. DKY cildi hipertrofisine bağlı olarak kanalda daralma gözlenebilir. Nadiren mukopürülan bir akıntı da gözlenebilir. Tedavisinde akut otitis eksterna gibi topikal kulak damlaları ve sık temizlik uygulanır. Tedaviye cevap vermeyen ve DKY cildinin çok kalınlaştığı vakalarda cerrahi olarak DKY cildi eksize edilip, kemik kanal genişletildikten sonra DKY kemiği cilt grefti ile tekrar örtülebilir (3).

1.7. Malign otitis eksterna:

Malign otitis eksterna DKY infeksiyonunun kemiğe yayılması sonucu gelişir. Tipik olarak yaşlı, debil, diyabetli veya immünkompromize hastalarda görülür. "Kafa kaidesi osteomyeliti" hastalık için daha uygun bir tanımlamadır (5). Etken *P. aeruginosa*'dır. Hastalar kulak ağrısı, akıntısı ve alt kranial sinir tutulumları ile başvurur. Otoskopik muayenede DKY tabanında granülasyon

dokusu görülmesi tipiktir. Bilgisayarlı tomografi kemik tutulumunun gösterilmesi için tercih edilen görüntüleme yöntemidir. Galyum veya teknesyumlu sintigrafik incelemeler enfeksiyon odağının belirlenmesinde ek bilgiler verebilir (6). Diyabetin titiz kontrolü, lokal debridman ve IV ve topikal siprofloksasin tedavinin ana basamaklarıdır. Bu tedaviye rağmen ilerleyen vakalarda cerrahi debridman gerekir. Bütün bu tedavilere rağmen mortalite oranı yüksektir.

1.8. Otitis media (OM)

Tanım: Otitis media (OM), orta kulak ve temporal kemiğin havalı boşlukları ile Eustachii tüpünü kaplayan mukozanın enfeksiyon ve enflamasyonudur (7).

Orta kulak ve bununla irtibat halinde bulunan boşlukların enfeksiyon ve/veya enflamasyonu ile karakterize olan pek çok klinik tablo vardır ve bu tablolar zaman içinde birbirlerine dönüşebilirler. Bu hastalıklar bugüne kadar farklı şekillerde sınıflandırılmış ve adlandırılmışlardır. Hastalığın başlangıç tarzına ve süresine göre OM'leri akut, subakut ve kronik olarak sınıflandırmak mümkündür. Hastalıklar bu şekilde ele alındığında bunların tanımlamaları da aşağıdaki gibidir (7).

Akut: Üç haftaya kadar uzayan OM'ler bu gruba girerler. Üç hafta içinde iyileşen akut otitleri kapsar.

Subakut: Üç hafta ile üç ay arasında devam eden OM'ler bu gruba dahil edilmelidir.

Kronik: Orta kulak ve diğer boşlukların mukozasının üç aydan daha uzun süren enfeksiyon ve enflamasyonlarını ifade eder. Kronik karakterdeki OM'ler iki ana gruba ayrılırlar.

Kronik süpüratif otitis media (ya da sadece kronik otitis media): Bir AOM atağı sonrasında perforasyonun ve enfeksiyon-enflamasyon bulgularının üç aydan fazla devam etmesi kronik otitis media (KOM) olarak adlandırılır. Kolesteatom varlığına göre de kolesteatomlu ve kolesteatomsuz olarak iki alt gruba ayrılabilir (7).

Kronik effüzyonlu otitis media (ya da sekretuar OM): Bir AOM atağının ardından ortaya çıkan effüzyon, eğer üç ay içerisinde ortadan

kaybolmuyorsa bu olgular kronik effüzyonlu otitis media olarak adlandırılırlar. Ancak bu tür OM'ler için pratikte daha çok sekretuar otitis media (SOM) tanımı kullanılır. Genelde akut orta kulak enfeksiyonları 6 hafta içinde düzelir. Bundan uzun süren enfeksiyon ve süpürasyonlarda, orta kulak mukozasında ve çevre kemik dokuda irreversibl değişiklikler başlar. Bu nedenle bazı otörler, 6–9 haftadan uzun süren ve medikal tedaviye yanıt vermeyen süpüratif akıntılı otitleri kronikleşmiş olarak da kabul etmektedir (7).

Fizik muayene: Pnömotik otoskopi OM şüphesi olan hastaların muayenesinde kullanılması gereken standart muayene yöntemidir. Doğru uygulandığında AOM tanısında %90 sensitif, %80 spesifiktir. AOM ve EOM ayırımı yapılmasında çok etkilidir. Timpanometri, akustik refleks testi ve odyometri de EOM saptanan hastaların değerlendirilmesinde çok önemlidir. Fizik muayenede dış kulak yolu ve kulak zarı kadar baş boyun muayenesi de önemlidir. Yarık damak, Down sendromu, Treacher Collins Sendromu, Diabetes Mellitus, hemifasyal mikrozomi, HIV enfeksiyonu ve mukopolisakkoridozlar gibi bazı konjenital sendromlar, kranyofasyal anomaliler ve sistemik hastalıklarda OM sıklığı artmıştır. OM tanısında kullanılan muayene teknikleri aşağıda sıralanmıştır (7);

Pnömotik otoskopi: Direkt görüş altında ilk önce varsa buşon temizlenir. Her muayenede aşağıdaki 4 kulak zarı özelliği tanımlanıp değerlendirilmelidir (7):

- Renk: Normal kulak zarı translusen soluk gri renklidir. Opak sarı mavi bir kulak zarı orta kulak efüzyon göstergesi olabilir. Koyu kırmızı renk yeni geçirilmiş bir travma ya da kulak zarı arkasında kanı gösterir. Koyu pembe ya da hafif kırmızı renk bir kulak zarı AOM ya da ağlamaya, öksürmeye veya sümkürmeye bağlı kulak zarı hiperemisini gösterir.

- Pozisyon: Kulak zarının pozisyonu (bombe, retrakte, nötral, dolgun) AOM ve EOM ayırımında anahtar rol oynar. AOM'da zar bombedir. EOM'da retrakte ya da nötraldir.

- Mobilite: Sadece negative basınç esnasında hareket varsa öztaki tüpü disfonksiyonu (ÖTD). Hem pozitif hem negatif basınç ile zarda hafif bir

hareket varsa muhtemelen orta kulakta sıvı vardır. Timpanostomi tüpü varsa veya zar perforasyonu ise hiç hareket olmaz.

- Perforasyon: En sık tek perforasyon görülmeyle beraber multipl perforasyonlar da görülebilir. Perforasyonun lokalizasyonu ve nedeni belirlenmelidir. Posterosuperior kadrantdaki perforasyonlar kolesteatoma ile ilişkili olabilecekleri için önemlidir. Perforasyondan pü ya da sıvı drenajı izlenebilir.

Laboratuvar: Genellikle laboratuvar çalışmalarına gerek yoktur. Ancak pekçok uzman 12 haftadan daha küçük bebeklerde ateş ve AOM saptanırsa tam bir sepsis laboratuvar çalışması yapmak gerektiğini vurgulamaktadırlar. AOM pekçok konjenital ya da sistemik hastalığın ilk bulgusu olabilir (7).

Görüntüleme Yöntemleri: OM'de intratemporal veya intrakranial komplikasyon şüphesi olmadıkça görüntüleme yöntemlerine gerek yoktur. Komplikasyon şüphesinde ise tercih edilecek görüntüleme yöntemi ise kontrastlı temporal kemik tomografisidir. BT bulguları mastoidit, epidural abse, sigmoid sinüs tromboflebiti, menenjit, beyin absesi, subdural abse gibi pek çok komplikasyonun tanınmasında yeterlidir. İnce kesit temporal kemik BT ile ossiküler zincir hastalıkları ve kolesteatoma tanısı da kolaylıkla koyulabilmektedir. MR daha çok sıvı koleksiyonlarının saptanmasında kullanılır (8).

Tedavi: AOM tedavisinde ilk basamak ağrı değerlendirilmesi ve varsa giderilmesidir. Asetaminofen ve ibuprofen ilk seçeneklerdir. Komplike olmamış AOM'da gözlem ve bekleme bir seçenektir; ancak antibakteriyel tedaviye karar verilmiş ise amoksisilin ilk tercihtir. 80mg/kg/gün Amoksisilin önerilmektedir. Eğer ilk tedaviye hasta 48 saat içerisinde cevap vermez ise hastanın tekrar değerlendirilmesi ve AOM tanısının doğrulanması gerekir. Daha önceden gözlenen hastada AOM doğrulanırsa, antibakteriyel tedaviye başlamak gerekir. Eğer hastaya zaten antibakteriyel ajan başlanmış ise bu ajan değiştirilmelidir. Klinisyen tarafından AOM önleme için risk faktörlerinin ortadan kaldırılmasının önemi vurgulanmalıdır. AOM'da kullanılan ilaçlar : AOM'da ilk ampirik antibiyotik seçeneği dozu 40-45 mg/kg/gün ve 80-90

mg/kg/gün arasında değişen Amoksisilin'dir. Yüksek doz Amoksisilin ile 3 gün sonunda cevap alınmayan olgularda antibiyotik 3 gruptan biri ile değiştirilmelidir (Yüksek doz amoksisilin-klovulanat, sefuraksim aksetil, IM seftriakson) ve kulak burun boğaz uzmanına yönlendirilmelidir (9).

2. ACİL SERVİSE EN SIK BAŞVURU NEDENİ OLAN OROFARENKS VE BOYUN BÖLGESİ HASTALIKLARI;

2.1. Akut tonsillofarenjit:

Tonsil ve farenksin eritem, eksüdasyon veya membran ile karakterize akut enfeksiyonudur. Erişkin ve çocuk polikliniklerine en sık başvuru nedenlerinden biridir. Komplikasyon gelişmedikçe hayatı tehdit etmese de yaygın ve sık görülmesi, iş gücünde kayba yol açması ve akılcı olmayan antibiyotik kullanımına neden olmasından ötürü önemli bir sağlık sorunudur. Her ne kadar *S. pyogenes*, akut tonsillofarenjite neden olan en sık bakteriyel etkense de, hastaların yalnızca yaklaşık % 15'inde hastalığa yol açmakta, etiyolojinin büyük kısmında viral etkenler rol almaktadır. Ayrıca A grubu β -hemolitik streptokoklara (AGBHS) bağlı tonsillofarenjit, tedavide antibyoterapi yerinin kesin olduğu en sık karşılaşılan bakteriyel form olduğuna göre polikliniklere başvuran çoğu hastaya gereksiz antibiyotik verildiği anlaşılabilmektedir. Etiyoloji diğer üst solunum yolları sendromlarında olduğu gibi her yaşı grubunda çoğu olgudan virüsler sorumludur. Bakteriler içinde en sık olarak karşımıza çıkan etken A grubu β -hemolitik streptokoklar (*Streptococcus pyogenes*)'dir (10).

Epidemiyoloji: Tonsillofarenjit olgularının büyük bir bölümü kış aylarında meydana gelir. Rhinovirüslere sonbahar ve ilkbaharda, coronavirüslere ise kışın daha sık rastlanır. AGBHS tonsillofarenjiti de solunum yolları enfeksiyonlarının insidansının arttığı kış ve ilkbahar başlangıcında artar. Bulaşma oral yoldan çok nazal sekresyonların bulaştığı ellerle olmaktadır. Ortalama enkübasyon süresi 24-72 saattir (10).

Patogenez: Patogenetik mekanizmalar etken mikroorganizmaya göre farklılık gösterir. Rhinovirüs'e bağlı soğuk algınlığında viral sitopatik etki

neredeyse hiç saptanmazken bradikinin ve lizil bradikinin gibi enflamatuvar mediyatör salınımı gösterilmiştir. Adenovirüs ve koksaki virüs gibi diğer viral solunum sistemi enfeksiyonlarında ise doğrudan farengeal mukoza invazyonu kanıtlanmıştır. Viral enfeksiyonlarda tonsillerde ve farens mukozasında ödem ve hiperemi gelişir. Enflamatuvar eksüda ise viral ajanlardan adenovirüs ve Epstein-Barr virüs (EBV) enfeksiyonlarında görülebilir. Herpes simplex virüs ve bazı koksaki virüs A enfeksiyonlarında vezikülasyon ve ülserasyonlar görülebilir (10).

Tanı: Difteri, tularemi ve Vincent anjini, gibi nadir görülen hastalıkların dışında antibiyotik tedavisinin gerekli olduğu bakteriyel farenjitlerde en sık etken *S. pyogenes* olduğu için tanıda asıl amaç AGBHS farenjitlerinin saptanmasıdır. Olguların çoğunda etiyolojik tanıyı klinik ile koymak çok güçtür. Farengeal ve tonsiller eksüdalar, duyarlı lenfadenopatiler, deri döküntüleri ve konjunktivit ayırıcı tanıda önemli olmasına karşın, özgül bulgular değildir (10).

S. pyogenes tonsillofarenjitinin tanısında boğaz sürüntü kültürü altın standarttır. Eküvyon ile alınan boğaz sürüntü örneği %5 koyun kanlı agara ekilmelidir. Duyarlılığı %90-95'tir. Ancak boğaz kültürü 24-48 saat sonra sonuç vermektedir. Klinik ve epidemiyolojik olarak streptokoksik farenjit olduğu düşünülen tüm olgularda boğaz kültürü yapılmalıdır (10).

A grubu beta hemolitik streptokok farenjitini saptamada diğer önemli bir metod hızlı streptokok antijen testleridir. Bu testler lateks aglütinasyon veya ELISA ve optik immunoassay yöntemlerine dayanır. Yaklaşık 15-20 dakika içinde sonuç verebilen bu test, yüksek maliyet nedeniyle sınırlı olarak kullanılabilmektedir. Bu testin %90'ın üzerinde yüksek bir özgüllüğü ancak %60-95 oranında duyarlılığı vardır. Bu nedenle hızlı antijen testi negatif olgularda kültürle doğrulama yapılmalıdır. Streptokoksik farenjiti öngörmek için klinik skorlama sistemi geliştirilmiştir; tablo-1 de özetlenmiştir (10).

Bu puanlama sistemine göre 4 ve üzerinde puan alan hastalarda bile streptokoksik enfeksiyon riski %51-53'tür. Üç puan alan hastalarda bu risk %28-35, 2 puan alanlarda %11-17, 1 puanda %5-10, sıfır puanda ise %1-2'ye düşmektedir. Klinik puanı 2 ve 3 olan hastalardan boğaz kültürü alınmalı

ancak sadece kültür pozitif hastalara antibiyotik verilmelidir. Klinik puanı 4 ve üzerinde olan hastalara ampirik antibiyoterapi başlanabilir ve kültür sonuçları beklenir.(10)

Tablo-1: Tonsillofarenjitte klinik puanlama

Kriter	Puan
Ateş >38 ⁰ C üstünde	1
Öksürüğün olmaması	1
Ağrılı ve büyümüş ön servikal lenf nodu	1
Tonsiller büyüme ve eksuda	1
Yaş göre puan dağılımı;	
3-15 yaş	1
15-45 yaş	0
>45 yaş üzeri	- 1

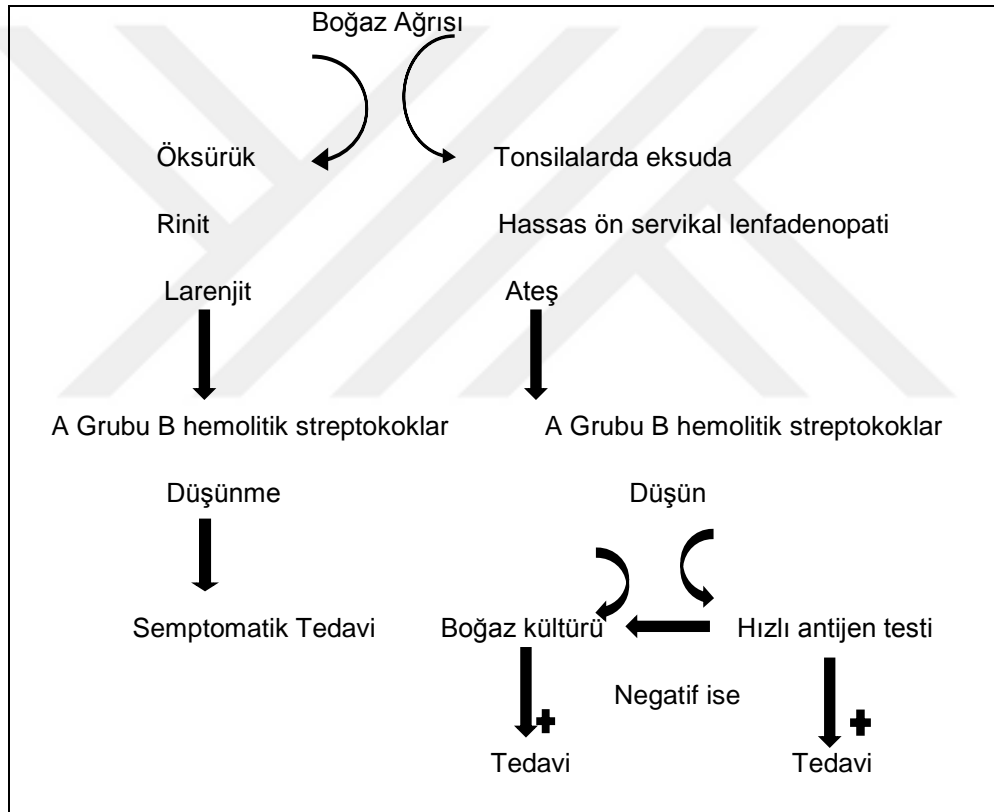
Streptokoksik farenjit geçiren hastalarda tedavi sonrasında boğaz kültür takibi önerilmemektedir. Ancak hastada geçirilmiş akut romatizmal ateş öyküsü mevcut ya da ARA veya akut poststreptokoksik glomerulonefrit salgınları sırasında akut farenjit geçiren hastalarda boğaz kültürü takibi yapılmalıdır. Yüksek ASO titresi sadece konvelasan dönemde yükseldiği için geçirilmiş enfeksiyonun retrospektif tanısında kullanılır. Titre 1 yıla kadar yüksek seyredebilir (10).

Boğaz kültüründe AGBHS üreyen hastaların bir kısmı taşıyıcı olabilir. Taşıyıcı bir kişide araya giren viral bir enfeksiyon sırasında alınan boğaz kültürü pozitif sonuçlanacaktır. Burada hastalığın diğer klinik ve epidemiyolojik özellikleri ayırmada yardımcı olabilir. AGBHS taşıyıcılarında akut romatizmal ateş gelişme ve bulaştırıcılık oranları çok düşük olduğundan bu nedenle tedavi gerekmez. Kan sayımında lökositöz streptokoksik farenjiti, mutlak ve göreceli lenfositöz mononükleoz sendromunu düşündürebilir. Periferik yaymada nötrofillerde ve çomaklarda (sola kayma), toksik granülasyon gibi bulgular bakteriyel enfeksiyon lehinedir. Yine periferik

yaymada atipik lenfositlerin %10 ve üzerinde olması mononükleoz sendromu düşündürür (10).

Tedavi: Antibiyoterapi boğaz kültüründe *S. pyogenes* üretilen veya hızlı antijen testi pozitif olan streptokoksik farenjit ve diğer bakteriyel farenjitler için uygulanır. Streptokoksik farenjitte tedavinin amaçları:

1. Farenksten streptokokları eradike ederek ARA gibi süpüratif olmayan komplikasyonların gelişimini önlemek
2. Peritonsiller abse, otitis media, servikal adenit, pnömoni gibi süpüratif komplikasyonları önlemek. Klinik iyileşmeyi hızlandırmak.



Şekil-1: A grubu beta hemolitik streptokok tedavi kararında izlenecek yol

A grubu beta hemolitik streptokok tonsillofarenjitlerinin tedavisinde penisilin ilk seçenektir. Akut romatizmal ateşi önlediği gösterilmiş tek antibiyotiktir. Tedavide 10 günlük penisilin (oral veya prokain) veya tek doz intramuskuler benzatin penisilin G uygulanır. Oral tedaviye uyum sorunu var ise ya da tekrarlayan farenjit ataklarında ve romatizmal kalp hastalığı olanlarda intramuskuler tedavi tercih edilir. Alternatif olarak amoksisilin

kullanılabilir; amoksisilinin penisiline göre kan düzeyi daha yüksek ve plazma yarı ömrü daha uzundur. Penisiline allerjik hastalarda 10 gün süre ile eritromisin veya klindamisin kullanılmalıdır. A grubu β -hemolitik streptokoklarda penisilin direnci yoktur. AGBHS'lar beta laktamaz oluşturmadıklarından beta laktamaz inhibitörü+aminopenisilin preparatlarının tedavide yeri yoktur. Eritromisin direnci ise %5 civarındadır. Aminoglikozidler, sulfonamidler, kotrimoksazol, kloramfenikol ve tetrasiklinler streptokoksik tonsillofarenjit tedavisinde kullanılmamalıdır (10).

2.2. Peritonsiller apse

Tonsillitli bir hastada tek taraflı büyümeyi tanımlar. Etyolojisinde öncelikle streptokoklar, ve bunu takiben anareoblar yer alır. Şiddetli boğaz ağrısı, boğuk konuşma, tükürüğünü yutamayacak derecede yemek sorunu trismus, ateş, kulağa vuran ağrılar görülür (11). Muayenede tonsil aşağıya ve mediale doğru deplase olmuştur ve beraberinde enfeksiyon bulguları vardır. Tedavide drenaj ve antibiyotik kullanımı gerekir (12).

2.3. Retrofarengeal apse

Retrofarengeal bölge derin servikal fasyanın orta ve derin katı arasında yer alan ve larinksin posterioruna doğru uzanan alandır. Bu alan kafa tabanından mediastene kadar uzanan potansiyel bir boşluktur. Boyun bölgesindeki enfeksiyonlar bu potansiyel boşluk yolunu kullanarak göğüse ve mediastene kadar yayılım gösterebilirler (13). Boynun künt travmaları, özefagus ve farenksin yabancı cisimle travması, entübasyon ve endoskopik girişimler ya da üst solunum yolları enfeksiyonlarının retrofarengeal lenf nodlarını süpüre etmesiyle retrofarengeal apse oluşabilir. Retrofarengeal apse nadir görülen fakat ciddi bir hastalıktır. Çoğunlukla çocuklarda görülür. Boyunda şişlik, ani hava yolu obstrüksiyonu ve benzeri semptomlara yol açabilir. En yaygın bulguları ateş, boyunda şişlik, yutma ve beslenme bozukluklarıdır. Semptom ve bulguların süresi değişkendir. Lateral boyun grafisi tanıyı doğrular. En yararlı tanı yöntemleri arasında servikal bölgenin direkt inspeksiyonu ve bilgisayarlı tomografi ile görüntülenmesi vardır (14). Erken tanı ve tedavi mediastinal yayılım, püy aspirasyonu, hava yolu

tıkanıklığı ve majör damar erozyonu gibi ciddi komplikasyonları önleyebilir (15).

2.4. Akut Epiglottit (Pediatrik)

Aşılama proglama tamamlanmasına rağmen H. İnfluenza epiglottiti ile ilgili yeni yayınlar hala çıkmaktadır (16). Klinik olarak başlangıcı 2-6 saat kadar kısa süre içinde gelişen akut bir hastalıktır. Çocukta yüksek ateş ve ağızda tükürük göllenmesi gözlenir. Tipik olarak dik oturmayı tercih ederler. İnspiratuar stridor, ekspiratuar stridordan daha belirgindir. Lateral yumuşak doku grafileri genellikle diagnostiktir. Çilek rengi epiglottit en belirgin bulgudur. Daralmış supraglottisin efor sırasında mukus tıkaçı ile tıkanması ya da laringospazm nedeni ile ani solunum arresti gözlenebilir (17).

Krup ile epiglottitin ayırıcı tanısını yapmak önemlidir. Epiglottit klasik olarak 2-6 saat içinde hızlı bir şekilde gelişir. Hasta oturur pozisyonu tercih eder. İnspiratuar stridor ve ağızda göllenme tipiktir. Dil basacağı bastırıldığında dahi fatal glottik spazm gelişebileceğinden dikkatli olunmalıdır. Bu gibi hastalarda olabildikçe invazif bir muayeneden kaçınılmalı ve muayene yoğun bakım ve ameliyathane şartları altında gerçekleştirilmelidir. Ayırıcı tanıda düşünülebilecek hastalıklardan krupta birkaç günlük prodromal bir dönem gözlenir. Köpek havlar tarzda öksürük vardır ve hastanın genel durumu epiglottite göre daha iyidir. Tanıyı desteklemek için çekilecek lateral boyun grafisinde epiglotta şişlik ve 'başparmak bulgusu' görülebilir (17).

Tedavide Beta-laktamaz pozitif H. İnfluenzaya etkili ikinci ve üçüncü generasyon antibiyotikler veya ampisilin/sulbaktam kullanılabilir. Etkisi bilimsel olarak kanıtlanmamış olmakla birlikte kortikosteroidler genellikle verilir (18).

Hastaların hava yolu kontrolü önemlidir. Ciddi solunum güçlüğü olan hastalara nazotrakeal veya orotrakeal entübasyon yapılabilir. Yapılan bir çalışmada epiglottit tanısı ile yatırılan çocukların %94' ü entübe edilmiş, %6'sı spontan solunumda yoğun bakım ünitesinde takip edilmiş ve hiçbir hastaya trakeostomi uygulanmamıştır (19).

2.5. Erişkinde Supraglottit:

Yetişkinlerde görülen supraglottit çocuklardakinden farklıdır. Erişkinlerde görülen supraglottit daha hafif seyirlidir ve hava yolu obstrüksiyonu daha nadir görülür (20). En sık gözlenen semptom boğaz ağrısı ve disfajidir (21). Etken H. İnfluenza olmadıkça kan kültüründe genellikle üreme olmaz (21). Boğaz kültüründe genellikle üreme olmaz. Üreme olanlarda da sıklıkla H. İnfluenza ve Beta-hemolitik streptokoklar gözlenir (21).

Tanıda tercih edilen yöntem epiglottik ve supraglottik yapıların endoskopik yöntemlerle görülmesidir. Çocuklardan farklı olarak yetişkinlerde indirekt laringoskopinin acil hava yolu tıkanıklarına neden olduğu bildirilmemiştir. Bu nedenle hastada solunum güçlüğü yoksa acil şartlar altında indirekt laringoskopi veya fleksible optikle muayene uygun olur. Erişkinlerde, çocuklarda tarif edilen çilek kırmızısı epiglot gözlenmeyebilir. Epiglot genellikle soluk ve ödemli olabilir; ayrıca ariepiglottik plika gibi diğer supraglottik yapılarda da ödem görülebilir (20).

Yetişkinlerde acil entübasyon ve trakeostomi ihtiyacı nadir olup, insidansı %9-16'dır. Ancak bütün hastalar yatırılarak gözlem altına alınmalıdır. Kültürler alındıktan sonra ampirik parenteral antibiyoterapik tedavi başlanır. Ampisiline dirençli H. İnfluenza olasılığı nedeniyle tedavide 2. veya 3. kuşak sefalosporinler tercih edilmelidir (21).

3. Epistaksis:

Kulak burun boğaz acillerinin en sık görülen nedenlerindedir. Basit kanama ve sızıntıdan hayatı tehdit edebilecek burun kanamalarına kadar değişik şiddette görülür. Travma, inflamasyon, operasyon, yabancı cisim ve tümörler gibi lokal nedenlere bağlı olabileceği gibi en başta hipertansiyon olmak üzere vasküler bozukluklar, aspirin kumadin gibi ilaçların kullanımı ve koagulopatilere bağlı sistemik nedenlere bağlı olabilir (22).

Klinik Bulgular: Epistaksis kanamanın lokalizasyonuna göre anterior ve posterior olmak üzere ikiye ayrılır. En sık anteriorda Kiesselbach's pleksus

adı verilen damar anastomozlarının olduğu bölgeden kanama görülür. Yaşlı ve hipertansif kişilerde ise posterior kanama sıklığı artar. Postnazal yoldan hastada ağızdan kanamada görülebilir. Hastaya ilk yaklaşımda kanamanın miktarı, sıklığı, hastanın sistemik hastalığı olup olmadığı, kullandığı ilaçlar hakkında bilgi alınmalıdır. Hipotansiyon, şok, anemi ve aspirasyon gibi hayatı tehdit edebilecek kanamalar görülebilir (23).

Tedavi: Epistaksis olgularının çoğu kendiliğinden iyileşmekte veya konservatif yöntemlerle düzeltilmektedir. Sistemik yaklaşımda şu hususlar uygulanmalıdır (23):

- 1- Havayolu açık tutulmalı, solunum kontrol edilmeli,
- 2- Kardiyak ritim ve tansiyon ölçülmeli,
- 3- Kaybedilen kan miktarına göre hastaya sıvı replasmanına başlanmalı, gerekirse kan transfüzyonu uygulanmalı,
- 4- Hipertansif hastada tansiyon kontrol altına alınmalı,
- 5- Kanama diyatezi yada trombositopenik hastalarda gerekirse uygun kan elemanı replasmanı yapılmalıdır.

Burun kanamasına müdahalede hasta dik oturuyor durumda olmalıdır. Baş hafifçe öne eğik burun kanatlarına 3-5 dakika yapılan baskı ile kanamaların çoğu kontrol altına alınır. Burun içinde biriken pıhtılar kanamanın durdurulmasını engelleyeceğinden aspire edilmeli ve nazal pasaj serum fizyolojik ile yıkanmalıdır. Anterior rinoskopide kanama odağı görülüyorsa o bölgeye %1'lik pantokain ve %0,1'lik adrenalin emdirilmiş pamuk tampon uygulanır. Kanama odağının görülemediği durumda her iki nazal pasaja uzun pamuk tamponlar konulur ve 5 dakika beklenir. Bu şekilde hem kanama kontrol altına alınır hem de tamponlar kılavuz görevi görerek çekildiğinde kanama odağının lokalizasyonu hakkında fikir verir. Kanama odağı görüldüyse gümüş nitratlı çubuk ile koterizasyon uygulanabilir. Hipertansif ve kanama diatezi bulunan hastalarda kimyasal koterizasyondan kaçınılmalıdır. Koterizasyon yapılırken çok aşırıya kaçınılmamalı, septum mukozası korunmalı ve septumun her iki tarafı septal perforasyona sebep olunmaması için aynı anda koterize edilmemelidir. Kanama durdurulduktan sonra tekrar oluşabilecek kanamaları önlemek için uygun şekilde kesilmiş

gelfoam tampon üzerine antibiyotikli pomad sürülerek kanama odağı üzerine konulur. Gelfoam kendiliğinden eridiği için çıkarılmasına gerek yoktur, hasta bu konuda bilgilendirilmelidir. Burun içine yerleştirilen her yabancı cisimde sekonder infeksiyonu engellemek için antibiyotik başlanmalıdır. Amoksisilin tercih edilebilecek uygun bir ilaçtır. Posterior kanamaların çoğunda iyi yapılmış anterior tamponlama kanamayı durdurur. Kontrol altına alınamayan kanamalarda epistaksis balonu, foley kateter veya klasik gazlı bezden yapılmış posterior tampon kullanılabilir. Durdurulamayan şiddetli kanamalarda hastaya mümkün olduğunca çabuk ameliyathanede kanama kontrolü yapılmalıdır (23).

4. Vertigo:

Vertigo (baş dönmesi) dönme illüzyonudur. Sağ veya sol vestibüler çekirdek arasındaki eşit olmayan nöral aktiviteye bağlı olarak ortaya çıkar. İpsilateral vestibüler çekirdeği inhibe eden vestibüler son organın, vestibüler sinirin veya çekirdeğin ya da vestibülo-serebellumun ani tek taraflı hasarı sonucu vertigo gelişebilir. Eş zamanlı bilateral gelişen vestibüler hasar denge bozukluğuna neden olur; vertigoya neden olmaz (24).

Vertigo sendromuna; dönme illüzyonu, nistagmus, ataksi, bulantı, kusma, terleme ve solgunluk eşlik eder. Vertigo, kortikospasyal oryantasyonun yanlış yorumlanması sonucu ortaya çıkar. Nistagmus, vestibülo-okular reflekslerdeki dengesizlik sonucu gelişir. Ataksi, vestibülospinal yollardaki anormal ya da uygunsuz aktivasyon nedeniyle görülür. Bulantı ve kusma ise medulladaki kusma merkezindeki kimyasal aktivasyon sonucu ortaya çıkar (25).

Dizziness, Anglosakson kültüründe, hastalar tarafından vertigo yerine kullanılmaktadır; ancak sözcüğün Türkçe karşılığı yoktur. Dizziness başta hafiflik, bayılma öncesi durum, dengesizlik, teknede sallanır gibi olma gibi durumları tanımlamak için kullanılır. Bizim hastalarımız tarafından da vertigo, dizziness ve dengesizliği tanımlayan yakınmalar için de kullanılmaktadır. Bu nedenle, hastanın yakınmasına neden olanın vertigo mu, dizziness mı yoksa dengesizlik mi olduğunu anlamak için çok iyi öykü alınmalıdır. Hastanın yakınmasını anlatmasına izin vermek gerekir (26).

Vertigo;

- 1- Senkop öncesi durumlardan
- 2- Vestibülospinal, propriyoseptif, görsel ve motor sistemlerin bütünleşmesi ilgili sorunlar sonucu ortaya çıkan dengesizlikten
- 3- Başta ağırlık hissi, sallanır gibi olma gibi spesifik olmayan bulgulara neden olan durumlardan ayırt edilmelidir (26).

Vertigo ve dizziness, farklı etiyoloji ve patogenezlerin neden olduğu disiplinler arası yaklaşımla aydınlatılabilecek multisensoryel ve sensorimotor bir sendromdur. Ayrıntılı nörooftalmolojik ve nörootolojik değerlendirme, pahalı göz hareketleri kayıtlama ve görüntüleme tekniklerine göre tanı koymada her zaman daha üstündür (25). Vertigo yakınması ile başvuran hastaları değerlendirmede yardımcı algoritmalar mevcuttur.

5. Herediter anjioödem (HAE)

Otozomal dominant geçişli bir hastalıktır. Komplemanın birinci komponentinin inhibitörünün (C1 INH) kantitatif (HAE tip 1) ya da fonksiyonel defekti (HAE tip 2) söz konusudur. Son yıllarda özellikle kadınlarda östrojen ve gebelik ile provoke olduğu düşünülen kantitatif ve fonksiyonel C1 INH aktivitesinin normal olduğu gösterilen üçüncü bir tip de bulunmuştur (HAE tip 3) (27). Vücudun değişik yerlerinde ürtiker olmadan anjioödem görülür. Bazen travma sonucu ortaya çıkar. Vakaların yarısında dış çekimi gibi minör bir travma öyküsü bildirilmiştir. Diğer tetikleyici faktörler egzersiz, emosyonel stres ve alkol tüketimidir. En önemli komplikasyon, bu hastalarda mortaliteye neden olabilen larenks ödemidir (28). Büyük bir seride vakaların %10'unun entübasyon gerektiren solunum sıkıntılarının olduğu bildirilmiştir (29). Bazen bağırsak duvarındaki ödeme bağlı olarak şiddetli karın ağrıları olabilir ve diğer akut abdomen durumları (apandisit, Ailevi Akdeniz Ateşi gibi) ile karışabilir (30).

Semptomsuz ve atak dönemlerinde serum C4 düzeyi düşüktür. C4 tayini yapmak tanı için en kolay yoldur. C1 esteraz inhibitör düzeyinin de düşük bulunması tanıyı kesinleştirir. HAE vakalarının %15-20'sinde ise C1 INH düzeyi normal bulunmasına karşın fonksiyonu bozuktur (HAE tip 2). Aile öyküsü kesinlikle sorgulanmalıdır (30).

Akut ataklar sırasında taze donmuş plazma veya C1 inhibitör konsantresi ile yerine koyma tedavisi yapılabilir. Antihistaminikler ve steroidler tedavide etkisizdir. Subkutan adrenalin yararlı olabilir. Sık atak yaşayan hastalara ya da işlem öncesi profilaksisi amacı ile danazol/stanazolol gibi hafif androjenler ya da traneksamik asit gibi antifibrinolitik ajanlar kullanılabilir (30).

6. Trakeotomi, Trakeostomi

Trakeotomi, trakeaya cerrahi olarak ventilasyon amaçlı bir açıklık oluşturması, trakeostomi ya da stoma ise açıklığın kendisi anlamına gelir. Bu açıklıktan içeriye doğru uygulanan tüpe ise trakeostomi tüpü veya kanülü denir (31).

Genel olarak trakeotomi endikasyonları hekimin deneyimlerine göre farklılık göstermesine rağmen aslında 3 ana grupta incelenebilir;

1. Üst solunum yolu obstrüksiyonu
2. Akciğer sekresyonlarının temizlenmesi
3. Santral veya nöromüsküler sebepli solunum yetmezlikleri

Travma: Lefort 3 gibi havayolu obstrüksiyonu yapabilen ileri maksillofasial fraktürler havayolunda ödem, hematoma ve özellikle hemoraji nedeniyle trakeotomi gerektirebilmektedir. Larinks ve trakeaya olan hem internal (hava yolu cerrahisi, endotrakeal entübasyon gibi) hem de eksternal travmalar sonrasında veya sırasında ödem, hemoraji veya hematoma gelişebilir. Bu durumlarda da trakeotomi ihtiyacı doğabilir (32).

Enfeksiyonlar: 1950'lerden önce trakeotominin en önemli endikasyonu polio, Ludwing anjini, differi tetanoz ve laringotrakeobronşit gibi enfeksiyonlara bağlı üst havayolu obstrüksiyonları idi. Günümüzde tedavi yöntemlerinin ve antibiyotiklerin gelişmesi sonucu enfeksiyon nedeni ile trakeotomi uygulaması oldukça azalmıştır. Özellikle çocuklarda krup nedeniyle solunum sıkıntısının artması, substernal ve subkostal çekilmelerde belirginleşme hekimin ivedilikle hareket etmesi gerektiğini gösterir. Bu durumda antibiyotik ile birlikte steroid, adrenalinli soğuk buhar uygulamaları trakeotomi gerekliliğini ortadan kaldırabilir (31).

Korozif ve iritan maddeler: Yangında ortaya çıkan gazlar ve sıcak hava, iritan gazlar, çamaşır suyu gibi korozif maddelerin solunması veya içilmesi ile üst havayolu mukozasında oluşan hasar ve ödem trakeotomi uygulamasını gerektirebilir. Aynı şekilde özellikle baş boyunun ve göğüsün ciddi yanıklarında da gelişebilecek kontraktüre ve kompartman problemlerine bağlı olarak trakeotomiye ihtiyaç duyulabilir (33).

Yabancı cisimler: Genellikle çocuklarda fasülye, çerezler, düğme, boncuk, oyuncak parçaları gibi yabancı cisimlerin aspire edilmesi nedeniyle bu cisimlerin havayolu hasarının ciddiyetine bağlı olarak trakeotomiye ihtiyaç olabilir. Erişkinlerde nadiren görülsede et parçası, balık kılçığı veya ülkemiz için toplu iğne gibi yabancı cisim aspirasyonları sonrasında trakeotomiye gerek duyulabilir (34).

Romatolojik patolojiler: Anjionörotik ödem veya ilaç allerjisi gibi vazomotor olaylarda üst havayolu ödeme bağlı ciddi solunum sıkıntısı görülebilir. Aynı şekilde relapsing polikondritis, sistemik lupus eritematosus gibi romatolojik kökenli kıkırdakları ilgilendiren hastalıklarda da solunum sıkıntısı olabilir. Günümüzde hastaneye ve ilaçlara kolay ulaşım nedeniyle bu tür hastaların müdahalesi daha kolay olmakla birlikte trakeotomi gerekliliği de gittikçe azalmaktadır (35).

Larinks disfonksiyonu: Bilateral n.laringeus rekurrens paralizisine bağlı vokal kordların abduksiyon bozukluklarında ciddi solunum sıkıntısı gelişebilir. Özellikle bu paraliziye eklenen üst solunum yolu enfeksiyonlarında tablo daha ciddi bir hal alabilir. Daha önceki dekatlarda bu durumda trakeotomi uygulaması yapılırken son yıllarda trakeotomi uygulanmadan sütün laterofiksasyon, kordotomi gibi yöntemler ile havayolunun güvenliği sağlanmaktadır (36).

Kist ve tümörler: Her yaşta görülebilen hava yolu kist ve tümörleri çocukluk çağında oral-orofarengeal-subglottik hemanjiomlar, faringeal teratomlar ya da ranula olarak karşımıza çıkabilir (37). Erişkinlerde ise ileri evre farinks ve larinks kanserlerinde ise solunum sıkıntısı ile gelen hastalarda trakeotomi düşünülmelidir (34).

7. Maksillofasiyal Travmalar:

Yapılan araştırmalarda maksillofasiyal travmalarda en önemli sebebin, ülkelere ve sosyo-ekonomik düzeye göre değişiklik göstermesiyle birlikte, trafik kazaları olduğu ortaya konmuştur (38). Maksillofasiyal kırıkların dağılımı ve oluşumundaki dünya genelinde olan farklılıkların sosyo-ekonomik, kültürel ve çevresel değişikliklerin farklılığından kaynaklandığı söylenebilir (39). Maksillofasiyal travmaya uğrayan hastalarda sıklıkla ödem, ekimoz, burun tıkanıklığı, yüzde hassasiyet ve ağrı gibi bulgular mevcuttur. Orbital travmalarda görme bozuklukları meydana gelebilir. Maksillofasiyal travmalar nadiren ölüme neden olsa da ölüme neden olabilen hava yolu tıkanıklığı ve aşırı kanamaya neden olabilirler. Trafik kazaları dışındaki diğer nedenler arasında ev kazaları, spor yaralanmaları, iş kazaları ve darp sayılabilir (40).

Maksillofasiyal travmalarda tanısında öncelikle fizik muayene yapılmalıdır. Fizik muayenede krepitasyon, hassasiyet, oklüzyon bozuklukları dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir. Fizik muayeneyi takiben direk grafi ve gerekirse bilgisayarlı tomografi (BT) çekilir. Tedavide hastanın genel durumu uygunsu en kısa sürede kırık redüksiyonu yapılmalıdır. Eğer hastanın genel durumu elvermiyorsa veya hastanın yüzünde şiddetli ödem varsa ödem geçinceye kadar beklenilmesi gerekir (41). Maksillofasiyal travmalar bu anatomik bölgenin özelliği yüzünden ciddi klinik problemlere neden olabilmektedir.

Maksillofasiyal travmalarda en fazla travmaya maruz kalan ve kırılan organ burundur (42). Burun kırıkları bir sınıflamada klas 1, 2, 3 olarak üç kategoride incelenmektedir. Klas 1'de kırık hattı altta nazomaksiller sütüre, üstte dorsuma paralel olarak uzanır. Klas 2'de klas 1'e ek olarak septum ve maksillanın frontal proçesi kırık hattına dahil olmuştur. Klas 3'te nazal, etmoid ve orbital kemikleri içine alan ciddi kırıklar mevcuttur (43). Bunu sırasıyla mandibula, zigomatik kemik ve maksilla kırıkları izlemektedir (44). Maksilla kırıkları klasik Le Fort sınıflamasına göre Le Fort I, II ve III kırıkları olarak sınıflandırılır (45). Travmalar sonrası zigomanın eklem yaptığı kemiklerle bağlantılarına ait üç kırık hattı meydana gelebilir (46). Bunlar

frontozigomatik strde olan ayrılma, zigomatik ark kırığı, inferior orbital rim ve zigoma gövdesinden geçerek maksillaya ulaşan kırıktır (47).



GEREÇ VE YÖNTEM

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi (UÜTF) Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 2016-7/2 sayı ve 12 Nisan 2016 tarihli etik kurul onayı alındı. Çalışmaya UÜTF Erişkin Acil Servis'e 01/04/2015 ile 01/10/2015 tarihleri arasında başvuran hastalar retrospektif olarak tarandı. Acil hekimi tarafından ICD olarak H92 (otalji), H93 (tinnitus), H91(ani işitme kaybı), R42 (vertigo), H60 (otitis eksterna), H60.21 (malign otitis eksterna), H66 (otitis media), H73 (büllöz mirinjit) , T16 (kulakta yabancı cisim), T17 (burunda yabancı cisim), T18 (ağız içi yabancı cisim), K11 (siyalolitiyazis), S03 (mandiula çıkığı), R04 (epistaksis), J03 (akut tonsillit), J36 (peritonsiller apse), J05 (epiglottit), J39 (retrofarengeal apse), S02 (maksillofasial travma), T78 (herediter anjio ödem), Z93 (trakeostomi), J95 (trakeostomi tüp değişimi) ön tanısı/tanısı girilen hastalar dahil edildi. Çalışma sırasında acil hekimi tarafından ön tanı/tanı olarak yukardaki ICD kodları girilen ancak dosyası incelendiğinde farklı bir tanı ve tanısına yönelik tedavi alan hastalar çalışmadan çıkarıldı. 18 yaş altındaki hastaların yalnızca maksillofasial fraktür tanısı alan hastalar dahil edilmiştir. Ayrıca aynı gün içerisinde aynı şikayet ile başvuran hastalar bir hasta olarak değerlendirilmiş ikinci girişleri çalışma dışı bırakılmıştır.

Çalışma formuna; hastaların başvuru tarihi, protokol numarası, tanı almış bir KBB hastalığı olup olmadığı başvuru şekli (sevk/birincil başvuru) acil servis başvuru anındaki şikayeti, KBB hastalıkları ve Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi (PRC) konsültasyonu istenilip istenilmediği, adli vaka olup olmadığı, tetkik(kan, röntgen, tomografi, manyetik rezonans) istenilip istenilmediği, hastanın sonlanım şekli taburculuk durumu(taburcu, yatış, tedavi red, izinsiz terk, sevk) kaydedildi.

Toplanan veriler IBM SPSS 22.0 programına girilerek istatistiksel anlamlılık açısından analiz edildi. Tüm verilerin tanımlayıcı istatistikleri (ortalama, standart sapma, median, minimum, maksimum ve yüzde değerleri) hesaplandı.

BULGULAR

1. Demografik özellikler

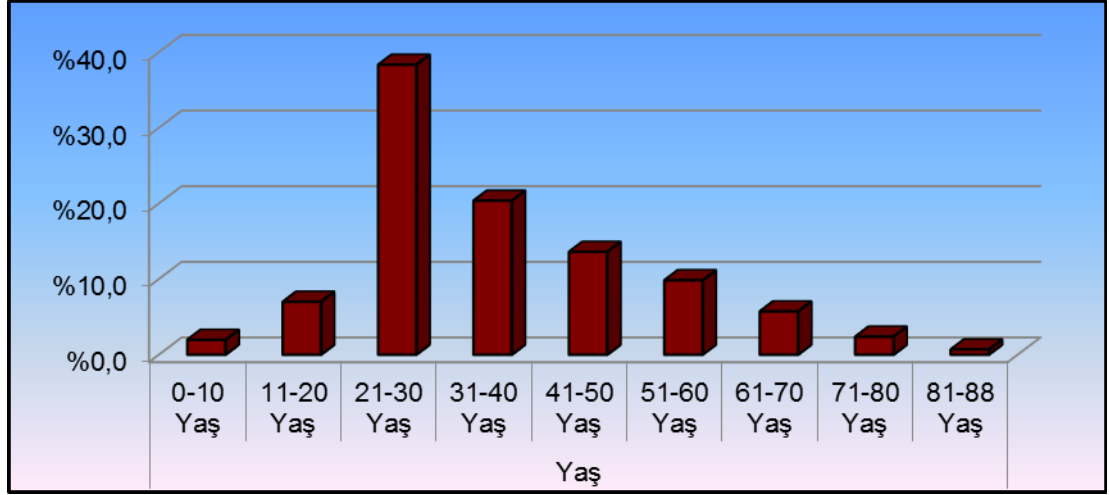
01.04.2015-01.10.2015 tarihleri arasında AS'e başvuran 63900 hasta tarandı ve 2425 hastanın kulak burun boğaz alanını ilgilendiren şikayetlerle başvurduğu tespit edildi. Bu 2425 hasta üzerinde yapılan çalışmada 1248 kadın hasta değerlendirilmiştir; %51.5 orana sahiptir. Erkek hasta oranı %48.5'dir ve 1177 hastadan oluşmaktadır. Hastaların yaş ortalaması 32 olup, en küçük yaş değeri 0 en büyük yaş değeri 88 olarak tespit edildi.

Tablo-2: Hastaların yaş, medyan değerleri ve demografik özelliklerinin dağılımsal gösterimi

	Min-Maks	Ort.±s.s./n-%	
Yaş	0.0 - 88	35.7 ± 15,6	
Cinsiyet	Erkek	1177	%48.5
	Kadın	1248	%51.5

2. Yaş dağılımı:

Hastaların %38.4'nü 21-30 yaş aralığındaki hasta grubu oluşturmaktadır. En az sayıdaki hasta ise %0.7 orana sahip olan ve 17 hastadan oluşan 81-88 yaş aralığını içeren grup oluşturmaktadır. Diğer yaş gruplarının dağılımı şu şekildedir: 11-20 yaş aralığı yüzde oranı %7 hasta sayısı 170, 31-40 yaş aralığı yüzde oranı %20.4 hasta sayısı 494, 41-50 yaş aralığı yüzde oranı %13.6 hasta sayısı 330, 51-60 aralığı yüzde oranı %9.9 hasta sayısı 239, 61-70 yaş aralığı yüzde oranı %5.7 hasta sayısı 139, 71-80 aralığı yüzde oranı %2.4 hasta sayısı 58 dir. Yaş aralığı 21-30'dan uzaklaştıkça hasta sayısı kademeli olarak azalmaktadır.



Şekil-2: Hastaların yaş dağılımının grafiksel görünümü

Hastalar öncesinde tanı almış KBB hastalığı olup olmasına göre ikiye ayrılmış olup; hastaların %2.4'nün öncesinde bilinen bir KBB hastalığı olduğu tespit edilmiştir. Çoğu hastanın %97.6 ise bilinen bir KBB hastalığı olmadığı belirlendi.

Hastaların %1.9'u dış merkezden ileri tetkik amaçlı sevkli olarak acil servisimize başvurduğu, ancak çoğunlukla %98.1'i birincil olarak 3. basamak olan hastanemiz acil servisini tercih ettiği saptandı.

Tablo-3: Kulak Burun Boğaz hastalığı takibi ve geliş şekline göre hastaların dağılımı

		Sayı(n)	Yüzde(%)
Önceden Tanı	Var	57	%2.4
	Yok	2368	%97.6
Geliş Şekli	Birincil Başvuru	2380	%98.1
	Sevk	45	%1.9

Başvuru şikayetlerine göre hastalar değerlendirildiğinde akut tonsillo-farenjit tanısı ile başvuran hastalar %60.1 oran ile en fazla kişiden oluşan grubu olup 1458 kişiden oluşmaktadır. İkinci en sık başvuru nedeni vertigo ise

%25.1 orana sahiptir. Üçüncü en sık başvuru nedeni maksillofasiyal travmalar olup %7.5 orana sahiptir. Sıklık sırasına göre diğer hastalıklar ise yabancı cisim, otitis eksterna, otal, peritonsiller apse, uvula ödemi, herediter anjiödem, ani işitme kaybı, izole epistaksis şeklindedir. Diğer hastalar acil servis başvurularının yüzdesel anlamda her biri tek tek değerlendirildiğinde %0.1 inden daha azını oluşturmaktadırlar. Trakeostomi açılması, trakeostomi tüp değişimi, izole tinnitus, parotit, retrofarengeal apse, ani işitme kaybı hastalıkları sayılmaktadır. Gerçek KBB acili olarak değerlendirilen hastalıklar maksillofasiyal travma, vestibüler nörit, yabancı cisim, herediter anjiödem, acil trakeostomi ihtiyacı olan hastalar, trakeostomi kanülü tıkanması, retrofarengeal apse, peritonsiller apse, epistaksis ve otalji kabul edilmiştir.

Tablo- 4: Başvuru şikayetine göre hastaların dağılımı ve oranlar

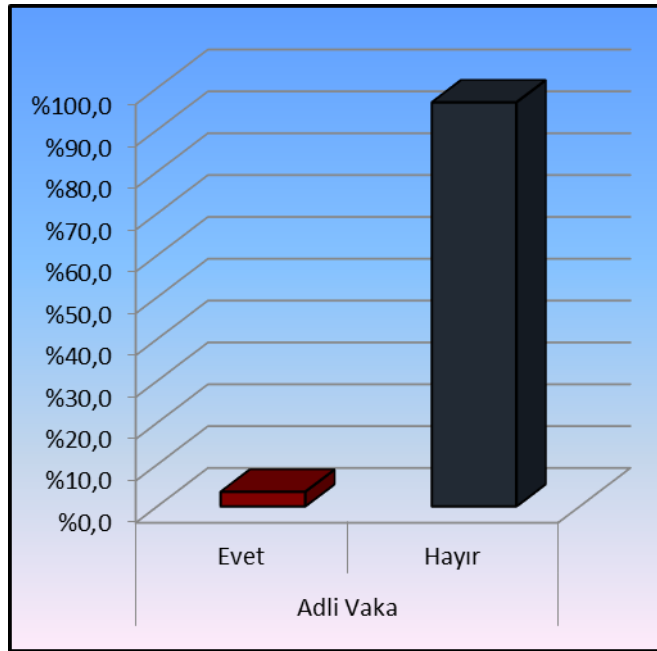
	Sayı(n)	yüzde(%)
Şikayeti		
Akut Tonsillit	1458	%60.1
Vertigo	610	%25.2
Maksillofasiyal Travma	182	%7.5
Yabancı Cisim	86	%3.5
Otitis Eksterna	34	%1.4
Peritonsiller Apse	10	%0.4
Herediter Anjio Ödem	6	%0.2
Ani İşitme Kaybı	6	%0.2
Epistaksis	3	%0.1
Trakeostomi Tüp Değişimi	2	%0.1
Trakeostomi	2	%0.1
Tinnitus	2	%0.1
Parotit	2	%0.1
Retrofarengeal Abse	1	%0.0
Malign Otitis Eksterna	1	%0.0

Konsültasyon açısından değerlendirildiğinde acil servise kulak burun boğaz yakınmaları ile başvuran hastaların yalnızca 108 i konsulte edilmiş olup bu toplam hasta sayısının %4.5 'ne tekabül etmektedir. Plastik cerahiye ise 88 hasta konsulte edilmiş olup toplam hasta sayısının %3.6' sını oluşturmaktadır.

Tablo-5: Kulak Burun Boğaz ve Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahiye Konsülte edilme oranı

Konsültasyon istenilen bölüm	Sayı(n)	Yüzde(%)
Kulak Burun Boğaz	108	%4.5
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi	88	%3.6

Başvuran hastalar adli açıdan değerlendirildiğinde 84 hastanın adli olarak değerlendirildiği görülmekte ve toplam hasta sayısının %3.5 ni oluşturmaktadır.



Şekil-3: Adli vaka oranlarının grafiksel görünümü

Hastalar istenilen tetkiklere göre sınıflandırılmıştır buna göre; %74 orana sahip 1795 hastadan tetkik istenilmemiştir. %13.3 orana sahip 322 hastadan tomografi istenilmiştir. %6.4 lük orana sahip hasta grubuna röntgen istenilmiştir. %6.3 orana sahip 153 hastadan kan tahlili istenildiği görülmektedir.

Tablo-6: İstenilen tetkiklere göre hastaların sayı ve oranları

İstenilen Tetkikler	Sayı(n)	Yüzde(%)
Kan Tetkiki	153	%6.3
Röntgen	155	%6.4
Tomografi	322	%13.3
Tetkik İstenmedi	1795	%74
Manyetik Rezonans (MR)	61	%2.5

Hastaların sonuçlanmasına göre değerlendirildiğinde 2364 hasta taburcu edilmiştir; bu sayı hastaların %97.5'ini oluşturmaktadır. Hastaların %2.2'si yani 53 hasta hastaneye yatırılmıştır. Dört kişi hastaneyi izinsiz olarak terketmiştir (%0.2)'dir. Üç kişi tedavi red ile hastaneden ayrılmıştır (%0,1) orana sahiptir. Bir hasta sevk edilmiştir. Toplam 53 hasta yatırılarak tedavi edilmesine karşın bu hastaların yalnızca 12 si KBB tarafından hastaneye yatırılmıştır. Yatırılarak tedavi edilen KBB hastaları vestibüler nörit 5 hasta, peritonsiller apse 5 hasta, malign otitis eksterna 1 hasta, trekeal stenozu olan 1 hastadan oluşmaktadır. Diğer yatışlar PRC, göz, nöroloji, göğüs cerrahisi, çocuk cerrahisi, beyin cerrahi, reanimasyon ve yoğun bakım, ortopedi, onkoloji ve gastroenteroloji bölümlerine olmuştur.

Tablo-7: Hastaların sonuçlanmalarına göre dağılımı

Sonuç	Sayı(n)	Yüzde(%)
Taburcu	2364	%97.5
Yatış	53	%2.2
Tedavi Red	3	%0.1
İzinsiz Terk	4	%0.2
Sevk	1	%0.0



TARTIŞMA

Acil servisler; sağlık sisteminin önemli bir parçasıdır uzmanlık programı acil tıp olan bir hekimin eğitimi boyunca karşılaşacağı temel ve sık durumlardan biri olan Kulak Burun Boğaz (KBB) acilleri konusunda bilgi beceri ve tecrübe kazanması bu yakınmalara sahip hastaların morbitide ve mortalitesini azaltacaktır. Kulak burun boğaz hastalarının yönetimi iyi bir anatomik bilgi, eğitim ve özel araçlarla mümkün olabilmektedir.

Giderek artan trafik kazaları, sanayi yaralanmaları, afetler travmaya bağlı oluşan KBB acilleri sayısında artışına katkıda bulunurken, tıp alanındaki gelişmelerin bir sonucu olarak artan evde bakım hastalarının sayısı, ev tipi ventilatör kullanımının yaygınlaşması, ortalama insan ömrünün uzaması ve immünsüprese hastaların sayısındaki artış non-travmatik KBB hastalarının acil servis başvuru sıklığını artırmıştır. Luciano Prestes ve ark. (48) raporuna göre acil servis başvurularının yalnızca %9.27'sini gerçek aciller oluşturmaktadır. Yapılan bir çalışmada KBB acilleri ile toplam 97 çalışma bulunmuş olup KBB acilleri ile ilgili acil serviste yapılmış Türkiye'ye ait çalışma tespit edilememiştir (48). Bir konu ve alanda yayınlanmış makale ve gösterilen referans sayısı bilimsel statüsü ve prestijinin belirlenmesinde uluslararası kabul görmüş ölçüt olduğu bilinmektedir. Pino Rivero ve ark. (49) raporuna göre KBB acillerinin değerlendirilmesinde doğru planlama ve bakım hizmeti için temel bir şema çizilmesi gerektiği belirtilmektedir.

Çalışmamızda 01/04/2015 tarihi ile 01/10/2015 tarihi arasında acil servise başvuran yaklaşık 63900 hasta taranıldığında 3200 hastaya KBB ICD si kullanılmış olup hasta dosyaları incelendiğinde 775 hastaya yanlış ICD girildiği görülmüştür. 2425 hasta çalışmamıza dahil edilmiştir. Yanlış girilen ICD ler arasında ilginç olanı tendon kesisi olan hastaya tonsillit tanısı girilmesi dikkati çakmaktadır. En sık girilen yanlış ICD kodu tonsillit ICD si olan J03 dür ve karın ağrısı, idrar yolu enfeskiyonu, el yaralanmaları gibi birbirinden bağımsız tanılarda kullanılmıştır. Sonrasında intrakranial kanama

düşünülmektedir. Hekimlerin hasta muayenesi ve acil müdahale gerektiren girişimler gibi hekim tarafından yapılması gereken işler dışında tetkik isteme gibi sekreteryaya işlerinin yürütmesi ve bu sekreteryaya işlerinin hekim tarafından yapıldığının hasta ve hasta yakınları tarafından bilinmemesi doktoru bilgisayar başında oturarak istek yaparken gördüklerinde kendilerinin gereksiz beklettiklerini düşünmelerine neden olmakta ve bu durum doktoru sözlü taciz etmeleri ile sonuçlanmaktadır. Hekimler isteyecekleri tetkikin ICD sini karmaşık olarak değerlendirilebilecek ICD kodlarında arayarak zaman harcamak yerine bildiği ICD'yi girerek hastayı hızlı bir şekilde sonlandırma çabasıyla kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan 2425 hastanın %51'i kadın hastalardan oluşmakta iken, %49'u erkek hastalardan oluşmaktadır. Luciano Prestes ve ark. (48) yaptığı 1067 kişilik çalışmada kadın erkek oranı %52/48, Emmanouil K Symvoulakis ve ark. (51) yaptığı 6771 kişiden oluşan çalışmada bu oran %51/49, F. Lammens ve ark. (50) yaptığı 1296 kişiden oluşan çalışmada bu oran %43/57, Sharma Yojana ve ark. (52). yaptığı çalışmada 668 kişiden oluşan çalışmada bu oran %30/70 olarak görülmüştür. Çalışmalar göstermiştir ki cinsiyet dağılımı etkilememektedir. Hindistanda yapılan çalışmada ki erkek oranının yaklaşık 2.5 kat artmış olmasını Sharma Yojana ve arkadaşları bu durumu ülkenin kültürel ve sosyal tabularıyla açıklanabilir olarak değerlendirmektedir; çünkü erkekler baskın olarak evi geçindiren kişidir ve bu sebeple trafik kazalarıyla daha fazla karşılaşır ve kadının daha çok ev ile sınırlı bir yaşamı vardır (52). Bleach N. ve ark. (54) erkeklerin iş hayatında daha fazla orana sahip olmasına bağlamışlardır.

Çalışmamızdaki hastaları yaş aralığı açısından değerlendirildiğimizde 18 yaş altı hastaların travma dışı hastalıkları çocuk acil serviste takip ve tedavi edildiğinden kapsam dışı kalmıştır ve sonuçlar şu şekildedir; %38.4'nün 21-30 aralığında olduğu görülmekle birlikte ikinci en sık oran 31-40 yaş aralığından oluşmaktadır. Luciano Prestes ve ark. (48) yaptığı çalışmada en fazla oran 20-40 arası hastalardan oluşmakta olup

%37'sini oluşturmaktadır. Emmanouil K Symvoulakis ve ark. (51) yaptığı çalışmada 15-34 yaş aralığı en fazla orana sahip olarak saptanmıştır. Çalışmamızda diğer çalışmalarla benzer nitelikte 20-40 yaş arasındaki hastaların fazla olması bu yaş grubunun yaşamda aktif rol aldıkları dönem ile açıklanabilir.

Hastaları başvuru şekline göre değerlendirildiğinde çalışmamızda hastaların %98.1'nin birincil başvuru olarak UÜAS ne başvurduğu görülmektedir. Hastaların %95.5'ine KBB konsültasyonu istenilmediği ve %97.5'nin ayaktan reçete ile taburcu edildiği görülmektedir. Ayrıca hastaların %97.6'sının bilinen bir KBB hastalığı bulunmamaktadır. Çalışmamız sonuçları göz önünde bulundurulduğunda bu hastaların 1. ve 2. basamak sağlık hizmeti verilen kurumlarda tanı ve tedavisinin düzenlenebileceğini göstermektedir. Bu durum 3. basamak sağlık hizmeti veren bir kurum olan Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi AS'ne hastaların ilk olarak başvuru yapabilme hakkı ve ülkemizde sevk zincirinin uygulanmaması ile açıklanabilir.

Çalışmamızda acil servis başvurularında ilk %60'lık bir oran ile tonsillofarenjit yer almaktadır. Luciano Prestes ve ark. (48) yaptığı çalışmada bu oran %53.36 ve benzer şekilde ilk sırayı oluşturmaktadır. Paula Lobo Furtado ve ark. (54) yaptığı 26584 kişiden oluşan çalışmada %36'dır. Emmanouil K Symvoulakis ve ark.'nın yaptığı çalışmada bu oran %26.7 dir ve ilk sıradadır (52). F. Lammens ve ark.'nın yaptığı çalışmada %4.9'dur (51). ÜSYE' ye bağlı şikayetlerin bir çok merkezde KBB acilleri arasında en büyük paydaşa sahip olduğunu göstermektedir. Bu durum H1N1, H5N1 gibi mortal seyirli hastalıkların günümüzde artışı ile açıklanabilir.

Çalışmamızda acil servis başvurularında ikinci sıklıkla %25.2 orana sahip baş dönmesi şikayeti ile başvuran hastalar yer almaktadır. Ancak toplumumuzda gemi tutması, sersemlik hissi gibi durumlarda hasta tarafından baş dönmesi olarak algılandığından dizziness ayrımı yapılamamış tüm hastalar vertigo olarak değerlendirilmiştir. Emmanouil K Symvoulakis ve ark. (51). yaptığı çalışmada bu oran %3.5 dizziness %3.3 vertigo olarak tespit edilmiştir. Luciano Prestes ve ark. (48) yaptığı

çalışmada vertigo ve dizziness ayrımı yapılmamış olup vertigo oranı %3.93 dur. Vertigo ve “dizziness” baş ağrısından sonra hekime başvuruda en sık yakınmadır (56). Otuz bin hastayı kapsayan bir çalışmada, vertigo prevalansı %17 civarında bulunmuştur. Seksen yaş üzerinde %39’a çıkmaktadır (56). Çalışmamızda baş dönmesi şikayeti ile başvuran hastaların yalnızca %2.5’ine Kranial MR çekildiği görülmektedir. Vertigo şikayeti ile gelen beş hasta vestibüler nörit ön tanısı ile KBB tarafından kliniğe yatırılmış olup dört hasta nöroloji tarafından SVO ön tanısıyla tetkik amaçlı yatırılarak tedavi planlanılmıştır. Baş dönmesi şikayeti ile başvuran iki onkolji hastası ise dizziness gibi değerlendirilmiş şikayet metabolik bozukluklara bağlanmış ve ilgili branşca kranial görüntüleme yapma ihtiyacı duyulmadan kliniğe yatırılmıştır. Bu durum çalışmamıza göre yatış gerektirecek santral ve periferik vertigo hastalarının sayısal anlamda yakın değerlere sahip olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda %7.5 orana sahip 182 hasta maksillofasiyal travma nedeni ile acil servise başvurmuştur. Bu oran Belçikada yapılan araştırmada travmaya sekonder nazal fraktür açısından %6 olarak saptanmıştır (50). Emmanouil K Symvoulakis ve ark. (51) yaptığı çalışmada kulak, burun, yüz travmaları ayrı ayrı değerlendirilmiş olup sıklık sırasıyla yüzdeler şu şekildedir; burun %2.3, yüz %2, kulak %1.1 olup toplam %5.4 olarak saptanmıştır. Benzer bir şekilde Paula Lobo Furtado ve ark. (53) yaptığı çalışmada maksillofasiyal travma oranı %7.9 olarak saptanmıştır. Sharma Yojana ve ark. (52) yaptığı çalışmada maksillofasiyal travma oranı %84 olarak tespit edilmiştir. Hindistanda Sharma Yojana ve ark. tarafından yapılan çalışma haricindeki çalışmalarla çalışmamız değerlendirildiğinde travma açısından benzer sonuçlar vermektedir; Sharma Yojana ve ark. yaptığı çalışmada çalışmanın yürüldüğü merkezin bir travma merkezi olmasına ve ülkenin sosyolojik, kültürel ve ekonomik şartları travma oranının artışına neden olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda acil servise başvuran hastaların %3.5’i yabancı cisim nedeni ile başvurmuş olup 86 hastadan oluşmaktadır. Hastanın %2’si kulakta yabancı cisim olması nedeni ile başvurmuş olup, %1.5’i orofarenx

hipofarenx ve özofagusda yabancı cisim şikayeti ile başvurmuştur. Özofagusda olan iki yabancı cisim hastasının göğüs cerrahisi tarafından yatırılan tedavi edildiği görülmektedir. Burunda yabancı cisim sayısı ise 4 olarak görülmektedir. Burunda yabancı cisim çocuklarda sık görülen bir şikayet olup, hastanemizde burunda yabancı cisimlere çocuk acil servis tarafından müdahale edildiğinden hasta sayısı diğer yabancı cisimlere oranla daha düşük olarak görülmektedir. Emmanouil K Symvoulakis ve ark. (51) yaptığı çalışmada yabancı cisim oranının bizim çalışmamızla benzer olduğu görülmektedir. Bu çalışmada %3.5 oranının tespit edilmesi dikkat çekmektedir (51). Luciano Prestes ve ark. (49) yaptığı çalışmada kulak ve burun'daki yabancı cisimler değerlendirilmiş olup, her ikisinde %0.56 orana sahiptir. Sharma Yojana ve ark. (52) yaptığı araştırmada bu oran %5.8 olarak tespit edilmiştir. Paula Lobo Furtado ve ark. (54) yaptığı çalışmada %16.7 dir. Çalışmamız diğer çalışmalarla oransal olarak değerlendirildiğinde genel anlamda benzer sonuçlar mevcuttur.

2005 yılında Rivero et al ve ark. (56) tarafından yapılan bir çalışmada acil servis başvuru sıklığı değerlendirildiğinde birinci sırada nazal travma sonrasında epistaksis gelirken bunları takiben otitis externanın en yaygın KBB acilleri sebepleri olarak değerlendirmiş olup; ayrıca acil servise karşı artan bir talep olduğunu ileri sürmüştür. Bizim çalışmamızda eksternal otit tanısı alan hastaların oranı %1.4'dür. Bu oran F. Lammens ve ark. (50) yaptığı çalışmada %2.8'dir. Sharma Yojana ve ark. (52) yaptığı araştırmada hastalar eksternal otit ve otitis media ayrımı yapılmadan Kulak ağrısı ağrısı olarak değerlendirilmiş olup bu oran %0.9 olarak tespit edilmiştir. Bu hastaların değişik etyolojiler sebebiyle otitis externası ya da akut otitis mediası mevcuttu (52). Luciano Prestes ve ark. (48) yaptığı çalışmada akut eksternal otit oranı %5.8 olarak değerlendirilmiştir. Symvoulakis ve ark. (51) yaptığı çalışmada bu oran %6 olarak tespit edilmiştir. Çalışmalarla mukayese edildiğinde hastanemiz acil servisine başvuran eksternal otit başvurusu diğer çalışmalara göre nispeten daha az olarak değerlendirilmiştir. Bu durum Bursa merkezde olan UÜAS'ne ayaktan gelen bu gibi basit hastaların Bursa merkezde yaşayan hastalardan

oluşması ve Bursa merkezinde deniz olmaması, havuz imkanlarının kısıtlı olması ve buna bağlı havuz otiti olarak nitelendirilen eksternal otit sıklığının azalması ile ilişkili olabilir

Çalışmamızda izole kulak ağrısı nedeni ile başvuru oranı %0,6'dır. Sharma Yojana ve ark. (52) yaptığı araştırmada hastalar eksternal otit ve otitis media ayrımı yapılmadan Kulak ağrısı ağrısı olarak değerlendirilmiş olup bu oran %0.9 dur. Diğer çalışmalar sınıflama olarak izole otalji'yi ayrı bir başlık olarak değerlendirmedeğinden; çalışmamız Hindistanda yapılan çalışma ile benzer nitelikte olmakla birlikte daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Çalışmamızı uvula ödemi ve anjio ödem açısından değerlendirdiğimizde; değerler sırası ile %0.3 ve %0.2 orana sahip olduğunu görmekteyiz. Emmanouil K Symvoulakis ve ark. (51) yaptığı çalışmada uvula ödemi ve anjioödem ayrıca değerlendirilmemiş olup; larinx ödemi açısından değerlendirilmiştir ve %0.4 oran tespit edilmiştir. F. Lammens ve ark. (50) yaptığı 1296 kişilik çalışmada anjioödem %0.8 olarak tespit etmiştir.

Çalışmamızdaki izole ani işitme kaybı şikayeti ile gelen hastaları değerlendirdiğimizde %0.2 orana sahip olduğunu görmekteyiz. F. Lammens ve ark. (50) yaptığı 1296 kişilik çalışmada ani işitme kaybı sebebiyle gelen hastalar %0.6 olarak tespit etmiştir. Emmanouil K Symvoulakis ve ark. (51) yaptığı çalışmada ise bu oran %0.4 olarak tespit edilmiştir. Sonuçlar bir birine benzer niteliktedir.

Çalışmamızı izole epistaksis açısından incelediğimizde %0.1 orana sahip olduğunu görmekteyiz. F. Lammens ve ark. (50) yaptığı çalışmada izole epistaksis sebebiyle gelen hastalar %0.5 olarak tespit etmiştir. Paula Lobo Furtado ve ark. (54) yaptığı çalışmada %12.98'dir. Emmanouil K Symvoulakis ve ark. (51) yaptığı çalışmada ise bu oran %3.4 olarak tespit edilmiştir. Luciano Prestes ve ark. (48) yaptığı çalışmada epistaksis oranının %4.9 olduğu görülmektedir. Sharma Yojana ve ark. (52) yaptığı çalışmada izole epistaksis %0.7 olarak tespit edilmiştir. Bizim ve Sharma Yojana ve ark. (52) yapmış olduğu çalışma benzer nitelikte sonuçlanmış olmasına rağmen diğer sonuçlar yaklaşık on kat yüksek oranlara sahiptirler. Bizim çalışmamız

da ise oranlar nispeten daha düşük çıkmıştır. Bu durum hekim tarafından ICD olarak epistaksis kodu yerine warfarin over doza bağlı bir kanama ise antikoagülan zehirlenmesi, tansiyon yükseliğine bağlı bir kanama düşünüyorsa hipertansiyon gibi tanıların ICD tanısı olarak girilmiş olmasına bağlı olabilir. Bu durum hekimlerin sonuç dan ziyade sebepleri önemsendiğinin göstergesi olabilir.

Çalışmamızı acil trakeostomi ve trakeostomi değişimi açısından incelediğimizde her ikisinde 2 şer vaka ile %0.1 orana sahip olduğunu görmekteyiz. Ancak İspanya, Belçika, Brezilya, Yunanistan ve Hindistanda yapılmış çalışmalarda trakeostomi veya trakeostomi değişimi ICD li hasta tedavisi yapılmadığını görmekteyiz. Bu durum çalışma yapılan merkezlerde taranılan süre zarfında acil trakeostomi endikasyonu olan bir hastanın başvurmamasına bağlı olabilir. Trakeostomi değişimi gibi elektif ve planlı yapılabilecek durumların ise gelişmiş bir evde bakım hizmeti ile çözüldüğünün göstergesi olabilir. Bu ise ev tipi mekanik ventilatör ile takip edilen hastaların hastaneye taşınma sürecinde yaşayacağı sorunları önlemiş olur.

Çalışmamızda izole tinnitus tanılı hastaları incelediğimizde 2 hasta ile %0.1 orana sahip olduğunu görmekteyiz. F. Lammens ve ark. (50) yaptığı çalışmada tinnitus nedeni ile başvuran hastaların oranı %0.7 olarak görülmektedir. Emmanouil K Symvoulakis ve ark. (51) yaptığı çalışmada tinnitus ve işitmede azalmayı birlikte değerlendirdikleri görülmekte olup %1.8 olarak tespit edilmiştir. Luciano Prestes ve ark. (48) yaptığı çalışmada bu oran %1.2 dir. Sonuçlar çalışmamız ile benzer niteliktedir.

Çalışmamızda parotit açısından incelediğimizde %0.1 orana sahip olduğunu görmekteyiz. Sharma Yojana ve ark. (52) yaptığı çalışmada ise parotit oranı %5.1 olarak tespit edilmiştir. Paula Lobo Furtado ve ark. (54) yaptığı çalışmada parotit ayrı bir başlık olarak değerlendirilmemiş olup enfeksiyon ve inflamasyon olarak ana başlık altında değerlendirmiş ve bu oran %65 olarak tespit edilmiştir. Diğer çalışmalarda ise parotit olarak ayrı bir başlık bulunmamaktadır. Sharma Yojana ve ark. Yapmış olduğu çalışmada bizim çalışmamıza kıyasla 50 kat daha fazla olduğu tespit

edilmiştir. Bu durum çalışmanın Hindistan gibi kalabalık bir ülkede yapıldığı göz önünde bulundurulursa kalabalık toplumlarda hijyen koşullarının sağlanılamamasına bağlı enfeksiyon riskinin daha fazla olması ile açıklanabilir.

Çalışmamızı retrofarengeal apse açısından incelediğimizde 1 hasta olması nedeni ile en az sayıdaki hasta ve orana sahip olduğunu görmekteyiz. Bu durum erişkinde retrofarengeal apsenin nadir görülmesi; boynun künt travmaları, özefagus ve farenksin yabancı cisimle travması, entübasyon ve endoskopik girişimler yada üst solunum yolları enfeksiyonlarının retrofarengeal lenf nodlarını süpüre etmesi gibi sıklık oranı az olan sebepler sonrasında gelişmesi ile açıklanabilir. Ayrıca retrofarengeal apsenin çoğunlukla çocuklarda görülüyor olması erişkin acil servis olmamız nedeni retrofarengeal apse oranının düşük tespit edilmesi beklenen bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

Giderek artan trafik kazaları, sanayi yaralanmaları, afetler travmaya bağlı oluşan KBB acilleri sayısında artışına katkıda bulunurken, tıp alanındaki gelişmelerin bir sonucu olarak artan evde bakım hastalarının sayısı, ev tipi ventilatör kullanımının yaygınlaşması, ortalama insan ömrünün uzaması ve immünsüprese hastaların sayısındaki artış ve viral salgınlar non-travmatik KBB hastalarının acil servis başvuru sıklığını artırmıştır.

Bu durum göz önünde bulundurulduğunda acil servis başvurularının önemli bir yüzdesi KBB hastalarından oluşmaktadır. KBB şikayetleri ile acil servisimize başvuran hastaların %60 nın ÜSYE olmasının sebebi; H1N1, H5N1 gibi viral enfeksiyonlar ve buna bağlı ölümlerin olması bu durumun basın yayın yoluyla bildirilmesi ve hastalarda endişe ve panik haline yol açmasının bir sonucu olabilir. Ayrıca bu hastalığın semptomlarının hayat kalitesini düşürmeside semptomların azaltılması amaçlı hastaların intramuskuler enjeksiyon ve intravenöz tedavi beklentiside bir diğer neden olarak düşünülebilir. Ayrıca aile hekimliği sisteminin aile hekimleri ve hastalarca iyi anlaşılammış ve uygulanılmıyor olmasıda sorgulanılması gereken önemli bir nedendir.

Çalışmamızda acil servisimize başvuran hastaların %97'sinin ayaktan taburcu edildiği göz önünde bulundurulsa 3. Basamak bir hastane olan UÜ-SUAM acil servisinin 1. ve 2. basamak hastanelerde de çözülebilecek hastalıkların tedavisini yaptığının bir göstergesidir. Bu durum basamak sisteminin uygulanmıyor olmasının bir sonucu olarak değerlendirilebilir. Hastane yatışı açısından değerlendirildiğinde KBB yatış oranının toplam yatırılan hasta sayısının dörtte biri olduğu görülmektedir. Bu durum hastanemizde maksillofasiyal travmalara PRC tarafından müdahale edilmesi ile açıklanabileceği gibi bir travma merkezi olan hastanemizde maksillofasiyal travması olan hastaların bir çoğunun multi travmasının olması; acil tedavi gerektiren durumların eşlik etmesi ve bu durum hangi branşı ilgilendiriyorsa o bölüm tarafından yatırılarak takip ve tedavi edilmesi ile açıklanabilir. Multi travmalı maksillofasiyal travması olan her hasta PRC tarafından değerlendirilmiş olup iki hasta PRC tarafından yatırılmıştır ve hastalardan biri entübe'dir. Hastaların çoğunluğuna PRC tarafından elektif cerrahi önerilmiş ve hastalar acil müdahale gerektiren hastalıklarına yönelik ilgili branşlarca hastaneye yatırılmıştır.

Yapmış olduğumuz çalışma göstermiştir ki acil servis de bakılan KBB hastalarının %61.7'si yeşil alan, %25.6'nın öncelikli hasta grubu ve %12.7 gerçek acil olduğudur. Luciano Prestes ve ark. (48) yaptığı çalışmada acil servise başvuran hastaların %9.27'si acil olarak değerlendirilmişken, Timsit ve ark. (57) yaptığı çalışmada bu oran %10'dur. Bu iki çalışma bizim çalışmamızı destekler niteliktedir.

KBB hastalarının akışı her mevsim yoğundur ve acil serviste KBB acillerinin epidemiyolojik profili üzerine çalışmalar literatürde çok az olmakla birlikte Türkiyede bu konu üzerine bir çalışma yapılmadığı görülmektedir. Bu durum yapmış olduğumuz çalışmanın bizim ihtisas alanımız için ihtiyaç olduğunun bir göstergesidir. Acil servis vakalarının epidemiyolojik profili ile hastalara daha iyi hizmet edebilmek için stratejiler geliştirebiliriz. AS'te dikkat ve tedavi gerektiren gerçek acil vakalar için de bir protokol oluşturmamız gerekmektedir. Acil tıp uzmanlığı eğitimi alan bir hekimin eğitimi boyunca karşılaşılabilecek temel ve sık durumlardan biri olan Kulak Burun Boğaz acilleri

konusunda bilgi beceri ve tecrübe kazanması bu yakınmalara sahip hastaların morbitide ve mortalitesini azaltacaktır. Kulak burun boğaz hastalarının yönetimi iyi bir anatomik bilgi ve özel araçlarla mümkün olabilmektedir. Bu nedenle acil serviste KBB acilleri üzerine yapılmış olan çalışmalarda da özellikle vurgulanıldığı gibi geciktirildiğinde mortalite ve morbitide oranı yüksek olan acil servisteki KBB hastalarına zamanında, yerinde ve doğru tedavi uygulayabilmek gerekmektedir. Üçüncü basamak bir hastane olan UÜ-SUAM acil servisinde KBB'ye özel alet ve ekipmaları içeren bir KBB odası olmaması nedeni ile muayene olabilmek için KBB polikliniğine veya kliniğe sedye götürülürken oluşabilecek tüm risklere rağmen doktor ve personel eşliğinde hastalar götürülmektedir. Bu durum iş gücü kaybına yol açtığı gibi yolda gelişebilecek her türlü komplikasyonda hastanın gerekli tedavisinin zamanında yeterli bir şekilde yapılamamasında neden olmaktadır.

Sonuç olarak; yapmış olduğumuz çalışma ve yapılmış olan diğer çalışmalar ışığında KBB hastalarının maduriyetini önleme adına yapılmış olan çalışmalarında önemle vurgulandığı üzere zamanında, yerinde ve doğru tedavi edebilmek için bir çok ülkede uygulandığı gibi öncelikli olarak ülkemizdeki acil servislere KBB'ye özel alet ve ekipmanları ihtiva eden KBB odası açılmasının ihtiyaç olduğu görülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Keane E, Timon CV, Hon S. Prospective audit of a dedicated ear, nose and throat emergency department and 24-year comparison. Royal Academy of Medicine in Ireland; 2016.
2. Silverberg M, Iucchesi M, Kılıç Ş (eds). Dış, orta ve iç kulağın yaygın hastalıkları: Tintinalli's Emergency Medicine. İstanbul: Nobel Matbaacılık; 2012. 1550-6.
3. Saraç S. Aurikula ve dış kulak yolu infeksiyonları. Hacettepe Tıp Dergisi 2004;35:92-5
4. Hirsch BE. Infections of the external ear. Am J Otolaryngol 1992;13:145-55.
5. Slattery WH, Brackmann DE. Skull base osteomyelitis. Malignant external otitis. Otolaryngol Clin North Am 1996;29:795-806.
6. Cohen D, Friedman P. The diagnostic criteria of malignant external otitis. J Laryngol Otol 1987;101:216-21
7. Bluestone CD. Epidemiology and pathogenesis of chronic suppurative otitis media. implications for prevention and treatment. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 1998;42:207-23,
8. Goycoolea MV, Hueb MM, Ruah C. Otitis media: The pathogenesis approach. Definitions and terminology, Otolaryngol Clin North Am. 1991;24:757-61,
9. Öz f, Kaytaz A, Aksoy E. toplumdan edinilmiş enfeksiyonlara pratik yaklaşımlar; otitis media. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2008; 61:71-84
10. Mete B. toplumdan edinilmiş enfeksiyonlara pratik yaklaşımlar; akut tonsillofarenjit. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2008; 61:107-16
11. Wolf M, Even-Chen I, Kronenberg J. Peritonsillar Abscess: Repeated Needle Aspiration Versus Incision and Drainage. Ann otol rhinol laryngol 1994;103: 554-57
12. Yellon RF. Infectious of the Fascial Spaces of the Head and Neck and cervical Adenopathy in Children Textbook Pediatric Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery Pub.Gr.Inc. San Diego-London 1999;2:111-25,
13. Belet N, Ince E. Deep neck infections in children peritonsillar, retropharyngeal and lateral pharyngeal abscesses. Turkiye Klinikleri J Pediatr Sci 2007;3:52-8.
14. Davis WL, Smoker WR, Harnsberger HR. The normal and diseased retropharyngeal and prevertebral spaces. Semin.Ultrasound CT MR 1990;11:520-33.
15. Karlı R, Gül A, Yıldırım B. Retrofarengeal apse. Turkish Journal of Geriatrics 2010;13: 274-7
16. Mc Ewan J, Giridharan W, Shears P. Paediatric acute epiglottitis: not a disappearing entity. Int J Ped Otorhinolaryngol 2003;67:317,
17. Yener M, Yılmaz YZ. Larenks Enfeksiyonları İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı Klinik gelişim dergisi 2012;25:23-8
18. Smith M, Michael F. Acute epiglottitis: an 18- year experience in

- Rhode Island 1995;108:1640
19. Senior BA, Radkowski D, Jones D. Changing patterns in pediatric supraglottitis: a multi-institutional review, *Laryngoscope* 1994;104:1314.
 20. Solomon P, Weisbrod M, Jonathan C. Adult epiglottitis: The Toronto Hospital experience, *J Otolaryngol* 1998;27: 332
 21. Martin J, Carey MJ. Epiglottitis in adults, *Am J Emerg Med* 1996;14:421
 22. Koç C. Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş Boyun Cerrahisi 2004 479-93
 23. Kucik CJ, Clenney T, Management of Epistaxis. *American Family Physicians*. 2005;71:305-11
 24. Halmagyi GM, Akdal G. Vertigo ve dengeşizlik. *J Neurol Sci Turk* 2005;21:142-60,
 25. Brandt T, Strupp M. General vestibular testing. *Clinical Neurophysiology* 2005; 116:406–26.
 26. Akdal G. Vertigo ve dengeşizlik. In: Nöroloji. Ed's Öge AE, Baykan B. Nobel Tıp Kitabevleri, 2011:395-402.
 27. Bork K, Barnstedt SE, Koch P, Traupe H. Hereditary angioedema with normal C1 INH activity in women. *Lancet* 2000; 356:213-7.
 28. Kaplan AP, Greaves MW. Angioedema. *J Am Acad Dermatol* 2005; 53:373-88.
 29. Agostoni A, Cicardi M. Hereditary and acquired C1 inhibitor deficiency: biological and clinical characteristics in 235 patients. *Medicine* 1992; 71:206-15.
 30. Kılıç G, Güler N, Tamay Z. Kronik Ürtiker ve Anjioödem *Çocuk Dergisi* 2009;2:68-75
 31. Weisler MC, Couch ME. Trakeotomi ve entübasyon. In: Bailey BJ, Johnson JT, Newlands SD editors. *Head & Neck Surgery – Otolaryngology*. 4th ed. Ankara: Lippincott Williams & Wilkins; 2011: 785-801.
 32. Montgomery WW. Trakea cerrahisi. In: Montgomery WW, Cheney ML, Lazor JB, Montgomery SK, Randolph GW, Varvares MA, Weber AL editors. *Surgery of the larynx, trachea, esophagus and neck*. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri; 2004: 190-212.
 33. Walsh ME, Shorten GD. Preparing to perform an awake fiberoptic intubation. *Yale J Biol Med*. 1998;71:537-49
 34. Whited RE. A prospective study of laryngotracheal sequelae in long-term intubation. *Laryngoscope* 1984;94:367-77
 35. Goldenberg D, Bhatti N. Erişkinlerde yetersiz hava yolunun kontrolü. In: Cummings CW, Flint PW, Harker LA, Haughey BH, Richardson MA, Robbins KT, Schuller DE, Thomas JR editors. *Cummings Otolaryngology - Head & Neck Surgery*. 4th ed. Ankara: Elsevier Mosby; 2007: 2441- 53.
 36. Oysu C, Yılmaz AS, Uslu C. Emergency endoscopic vocal cord lateralization as an alternative to tracheotomy for patients with bilateral abductor vocal cord paralysis. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2012;269:2525– 9.

37. Bayır O, Güneri EA, Dilek M, Özer E, Çakmakçı H, Erdağ TK. Yenidoğanda nazofarengal matür teratom. *Turk Arch Ped* 2014;87.
38. Kamulagegeya A, Lakor F, Kahenge K. Oral Maxillofacial fractures seen at a Ugandan tertiary hospital: A six- month prospective study. *Clinics* 2009;649:843-8.
39. Bataineh AB. Etiology and incidence of maxillofacial fractures in the North of Jordan. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998;86:31-5.
40. Ugboko VI, Odusanya SA, Fagade OO. Maxillofacial fractures in a semi-urban Nigerian teaching hospital. A review of 442 cases. *Int J. Oral Maxillofac Surg.* 1998; 27:286-9.
41. Çelik O, Yalçın Ş, Yanık H, Kaygusuz İ, Karlıdağ T, Susaman N. Maxillofacial Fractures: Retrospective Analysis Of 268 Cases. *KBB ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi* 1997;5:127-31.
42. Gleeson M. Fractures of the facial skeleton. In: Kerr AG, ed. *Scott-Browns Otolaryngology*. 6th ed. Butterworth- Heinemann Pub. Ltd, Oxford, London: 1997; 4:1-31.
43. Sofferman RA, Danielson PA, Quatela V, Reed RR. Retrospective analysis of surgically treated Le Fort fractures. *Arch Otolaryngol* 1983;109:446-8.
44. Kelman RM, Marentette LJ. Le Fort I Fractures. In: Kelman RM, Marentette LJ, eds. *Atlas of Craniomaxillofacial Fixation*. New York: Raven Pres;1994:300-2.
45. Kelman RM, Marentette LJ. Le Fort II Fractures. In: Kelman RM, Marentette LJ, eds. *Atlas of Craniomaxillofacial Fixation*. New York: Raven Pres;1994:303-6.
46. Kelman RM, Marentette LJ. Le Fort III Fractures. In: Kelman RM, Marentette LJ. eds. *Atlas of Craniomaxillofacial Fixation*. New York: Raven Pres; 1994:307-10.
47. Kovacs AF, Ghahremani M. Minimization of zygomatic complex fracture treatment. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2001;30:380-3.
48. Prestes L, Hamerschmidt R, Tenorio S, Moreira T, Tambara E. Epidemiologic Profile of an Otolaryngologic Emergency Service *Int Arch Otorhinolaryngol* 2014;18:380–2.
49. Rivero VP, Ruiz GT, Palmimo AG, Romero GP. etConsiderations about ENT emergencies. Analysis of 30,000 patients assisted in 10 years. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2005;56:198–201
50. Lammens F, Lemkens N, Laureyns G. epidemiology of ent emergencies *B-ENT* 2014;10:87-92
51. Symvoulakis EK, Klinis S, Alegakis A. Epidemiologic profile of otorhinolaryngological *BMC Ear, Nose and Throat Disorders* 2006: 6;12
52. Yojana S, Kanishk M, Girish M. Epidemiological Profile of Otorhinolaryngological Emergencies at a Medical College, in Rural Area of Gujarat *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg* 2012: 64:218–224
53. Bleach N, Mady S, Williamson PA. Emergency workload in otolaryngology. *Ann R Coll Surg Engl* 1994;76:335–8

54. Furtado PL, Nakanishi M, Rezende GL. Clinic-epidemiological analysis of an Otorhinolaryngology Emergency Unit Care in a Tertiary Hospital Braz J Otorhinolaryngol. 2011;77:426-31.
55. Brandt TH, Dieterich M, Strupp M, Vertigo and “dizziness”. Common complaints. London, Springer-Verlag. 2005
56. Rivero V, Ruiz G, Palomino G. Considerations about ENT emergencies. Analysis of 30000 patients assisted in 10 years. Acta otorhinolaryngol 2005;56:198–201
57. Timsit CA, Bouchene K, Olfatpour B, Herman P. Epidemiology and clinical findings in 20,563 patients attending the Lariboisière Hospital ENT Adult Emergency Clinic Ann. Otolaryngol Chir Cervicofac 2001;118:215-24



TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, anlayış ve hoşgörölü destekleri ile eğitimime büyük katkıda bulunan değerli hocalarım; Prof. Dr. Erol Armağan'a, Prof. Dr. Őule Akköse Aydın'a, Doç. Dr. Özlem Köksal'a ve Uzm. Dr. Fatma Özdemir'e teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Asistanlık sürem boyunca her anı paylaştığım, bütölün sıkıntılarını birlikte göğüslediğim Uludağ Üniverstesi Acil Servis ailesinin çok değerli üyeleri olan asistan, hemőire, sekreter ve personel arkadaşlarıma, varlığı ile beni onurlandıran her daim beni destekleyen asistanlık sürecinin vermiş olduğu sıkıntılı günlerde göstermiş olduğu sabır ve anlayış için sevgili eőim Dr. Sümeyye Ertek'e, 28/04/2015'de hayata merhaba diyerek ailemize katılan yüzümüzü güldüren Ertek ailesinin en küçüğu canım oğlum Ahmet Emir Ertek'e ve beni bu yaőıma kadar destekleyen mensubu olmaktan gurur duyduğum aileme sonsuz teşekkür ederim.

ÖZGEÇMİŞ

06 Haziran 1983 tarihinde Tokat'ın Turhal ilçesinde dünyaya geldim. İlköğrenimime Turhal Yüzüncüyıl İlköğretim Okulu'nda başlayıp; babamın işi sebebiyle okul değişikliği yapıp Turhal Atatürk İlköğretim Okulu'nda tamamladım. Orta okul eğitimimi Turhal Şeker Orta Okulu'nda okudum. Lise eğitimimi Turhal Cumhuriyet Lisesi'nde bitirdikten sonra 2001 yılında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni kazanarak tıp öğrenimime başladım. 2007 yılında mezun oldum. Mezuniyet sonrası 4 ay Kızılay Kan Merkezi Trabzon şubesinde çalıştım; sonrasında zorunlu hizmet nedeni ile Amasya Sabuncuoğlu Şerefettin Devlet Hastanesi'nde 2008-2012 yılları arasında pratisyen hekim olarak çalıştım. Nisan 2012'de Tıpta Uzmanlık Sınavı'nı kazanarak Uludağ Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı'nda ihtisas yapmaya hak kazandım. 29 Ağustos 2012 tarihinden beri bu bölümde araştırma görevlisi olarak çalışmaktayım. Evliyim, 15 aylık bir oğlum var.