

## EDİTÖRE MEKTUPLAR - LETTERS TO THE EDITOR

**YILDIRIM ÇARPMASI SONRASI KARDİYOPULMONER ARREST****CARDIOPULMONARY ARREST AFTER LIGHTNING STRIKE****Kadir Hakan CANSIZ<sup>1</sup>, Gökhan İNANGİL<sup>2</sup>, Murat KUYUMCU<sup>3</sup>, A. Ertürk YEDEKÇİ<sup>1</sup>,  
Hüseyin ŞEN<sup>1</sup>, Güner DAĞLI<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Servisi, Üsküdar, İstanbul<sup>2</sup>Etimesgut Asker Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Servisi, Ankara<sup>3</sup>Denizli Asker Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Servisi, Denizli

\*TARD 2011 Kongresinde poster olarak sunulmuştur.

Yıldırım çarpması genellikle ölümcül olan çevresel afetlerin yol açtığı olağandışı bir travma şeklidir. Yıldırım çarpmalarında ölüm genellikle kardiyak aritmiler ve asistol nedeniyle olur (1). Biz yıldırım çarpması sonucu kardiyopulmoner arrest gelişen ve başarılı resüsitasyon uygulanmış vakamızı sunmak istedik.

Açık alanda 24 yaşında erkek hastada yıldırım çarpması sonucu kardiyopulmoner arrest gelişmiş. Entübe edilerek 20 dakika süresince kardiyopulmoner resüsitasyon uygulanması sonucunda kardiyak ritmin sağlanması üzerine hasta mekanik ventilasyon desteği ve cisatraküryum, midazolam ve esmolol infüzyonu altında yoğun bakım ünitemize nakledildi. Gelişte bilinci kapalı, spontan solunumu olmayan hastanın ağrılı uyarılara cevabı yoktu. Orotrakeal entübe idi. Kan basıncı: 100/70 mmHg, kalp atım hızı: 120 vuru dk<sup>-1</sup> (sinüs ritminde), vücut ısısı: 36,7 °C idi. Kardiyak enzimleri, transaminazları ve glisemi düzeyi yüksek olarak saptandı. EKG'sinde sinüs taşikardisi mevcuttu fakat aritmisi yoktu. P/A Akciğer grafisi normaldi. Hasta mekanik ventilatör desteğine alınarak anti ödem tedavi ve 150 mg saat<sup>-1</sup> tiyopental sodyum infüzyonu başlandı ve cisatraküryum infüzyonu sonlandırıldı. Yatışının 2. günü hastanın spontan solunumu başladı ve ağrılı uyarılara ekstremitelerini çekme şeklinde yanıtı mevcuttu. 3. gün tiyopental sodyum infüzyonu sonlandırıldı. 4. gün bilinci açılan ve spontan solunumu yeterli olan hasta ekstübe edilerek ventilatörden ayrıldı. Hastaya aynı gün hiperbarik oksijen tedavisi başlandı ve bir hafta devam edildi. Yatışının 8. günü amnezisi dışında nörolojik muayenesi normal olan hasta oda havasında, transaminaz yüksekliği haricinde biyokimyasal tetkikleri normal halde Nöroloji kliniğine nakledildi.

Yıldırım çarpmalarında iletim tipi yaralanmaya bağlı olarak pek çok sistemin hasar görmesi nedeniyle özellikle kardiyak, pulmoner, renal, nörolojik komplikasyonların gelişebileceği dikkate alınmalı ve bunlara karşı agresif tedaviler düzenlenmelidir (2). Yıldırım çarpması olgularının %25-32'sinin kardiyopulmoner arrest nedeniyle ölmesi ve resüsitasyon başarısının da diğer sebeplerle oluşan kardiyak arrest vakalarından daha yüksek olması nedeniyle akut tıbbi müdahale ve hızlı transport mortaliteyi azaltmada önemlidir (3-4). Sonuç olarak, bu tip olgularda oluşan kardiyak arrestlerde resüsitasyona geç yanıt alınabileceği, buna karşın yapılan efektif resüsitasyon ile morbidite ve mortalitenin azaltılabileceği akıldan uzak tutulmamalıdır.

**Yazışma Adresi (Correspondence):****Dr. Ahmet Ertürk Yedekçi**

GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Anestezi ve

Reanimasyon Servisi 34668 Üsküdar, İstanbul

**E-posta (e-mail):** aeyedekci@gata.edu.tr**KAYNAKLAR**

1. Aslar AK, Soran A, Yıldız Y, Isik Y. Epidemiology, morbidity, mortality and treatment of lightning injuries in a Turkish burns units. Int J Clin Pract 2001;55(8):502-4.
2. Cooper MA. A fifth mechanism of lightning injury. Acad Emerg Med 2002;9(2):172-4.
3. Yılmazlar A, Kocabaş AS, Ulaş Ö, Aydınlar A, Kurap G. Ortopedik cerrahide anestezi türü ve kardiyak risk faktörlerinin erken morbidite-mortalite ile ilişkisinin retrospektif olarak incelenmesi. Anestezi Dergisi 2010;18(2):81-6.
4. Fontanarosa PB. Electrical shock and lightning strike. Ann Emerg Med 1993;22:378-87.