

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ

HOPA RAPORU



TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ

HOPA RAPORU



TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ
HOPA RAPORU

Birinci Baskı, Haziran 2012, Ankara
Türk Tabipleri Birliği Yayınları

Türk Tabipleri Birliği

Merkez Konseyi

GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok.

No:2 Kat:4, 06570 Maltepe / ANKARA

Tel: (0 312) 231 31 79

Faks: (0 312) 231 19 52-53

e-posta: ttb@ttb.org.tr

<http://www.ttb.org.tr>

SUNUŞ

ÖLÜM... DAHA “KALICI” NE VAR?

Gaz bombası ya da göz yaşartıcı bomba olarak bilinen “gösteri kontrol ajanları” uzun yıllardan beri halk arasında kişisel savunma silahı olarak kullanılmasının yanı sıra dünyada toplumsal gösterilerin kontrolünde ya da savaş kimyasalı olarak kullanılmış/kullanılmaktadır. Ülkemizde toplumsal olaylarda biber gazı kullanımı neredeyse gündelik bir uygulama olmuştur. Ne yazık ki sokaklardan meydanlara, tutukevlerinden hastane koridorlarına dek uzanan bir yelpazede halka, hak arayanlara karşı kullanılan bir silaha dönüşmüştür.

Başbakan Recep Tayyip Erdoğan’ın 31 Mayıs 2011 günü Hopa’daki seçim mitingi sırasında çıkan olaylarda hayatını kaybeden emekli öğretmen Metin Lokumcu’yla ilgili olarak da ölümün polisin kullandığı biber gazına bağlı olduğu iddia edilmiş, Adli Tıp Kurumu Trabzon Adli Tıp Grup Başkanlığı Morg İhtisas Dairesinin 20.06.2011 tarihli raporunda ise; *“kişinin ölümünün kendisinde mevcut kalpte enfarktüs ve intraalveoler taze kanamaya bağlı kalp ve akciğer hastalığı ile meydana gelmiş olduğu”* sonucuna varılmıştı.

Bu rapor sonrasında aile adına 342 avukat tarafından Türk Tabipleri Birliği’ne başvurularak;

- Müteveffanın kalp krizi geçirmesinin nedeni
- Müteveffada “mevcut” olduğu belirtilen akciğer ve kalp hastalıklarını tetikleyen etkenin ne olduğu, yoğun kimyasal madde kullanımı ile kalp krizi arasında nedensellik bağı olup-olmadığı
- Otopsi esnasında analizi yapılan maddeler (etil alkol, uyuşturucu vb) arasında gazın bulunup-bulunmadığı,
- Hopa’da kullanılan gazların isimlerinin/etkin maddelerinin bilinip-bilinmediği
- Hangi kimyasal madde/ hangi etkin madde gaz kullanıldığı bilinmeden, ölüm nedeni tespit edilip-edilemeyeceği

sorularak, bilimsel görüş ve değerlendirme talebinde bulunulmuştur.

Konuyla ilgili olarak TTB Merkez Konseyi tarafından Prof. Dr. Özdemir Aktan (Genel Cerrahi uzmanı, Marmara ÜTF, Genel Cerrahi AD), Prof. Dr. Şebnem Korur Fincancı (Adli Tıp uzmanı, İstanbul Ün. İstanbul TF Adli Tıp AD), Prof. Dr. Tunçalp Demir (Göğüs Hastalıkları uzmanı, İstanbul Ü Cerrahpaşa TF, Göğüs Hastalıkları AD), Doç. Dr. Murat Sezer (Kardiyoloji uzmanı, İstanbul Ü İstanbul TF Kardiyoloji AD), Uz. Dr. Ümit Ünüvar'dan (Patoloji ve Adli Tıp uzmanı, TTB) oluşan bir Bilimsel Araştırma Kurulu oluşturulmuş ve dosyada mevcut belgeler incelenerek hazırlanan rapor ailenin avukatlarına iletilmiştir.

TTB Bilimsel Araştırma Kurulu'nun Metin Lokumcu ile ilgili hazırladığı rapor, toplumsal olaylarda kullanılan gaz bombası ile ölüm arasındaki nedensellik bağını ortaya koymasıyla bir ilktir ve bilimsel literatür açısından son derece önemlidir.

İçişleri Bakanı İdris Naim Şahin; biber gazlarının Kimyasal Silahlar Sözleşmesi'ne uygun olarak kullanıldığını, "laboratuvar testlerinden geçirildiğini" ve "**insan sağlığı üzerinde kalıcı bir etki bırakmama**" koşulunun yerine getirildiğini ileri sürmektedir. İçişleri Bakanının bir hukukçu olarak "insan sağlığı" hakkında görüşlerine bakılrsa; "kalıcı etki" konusunu anlamamıştır.

Oysa bilinen isimler olarak; Hatice İdin, İbrahim Sevindik, Musa Dağ, Mehmet Uytun, Hacı Zengin, Kazım Şeker, Metin Lokumcu ve Çayan Birben... **Kalıcı** olarak ölmüşlerdir.

Biber gazları kimyasal silahlardır. Hiçbir durumda kullanılmaması, biber gazı uygulanmasında sorumluluğu olan her kademedeki görevlinin vücut bütünlüğünü ihlalden ve ölüme sebep olmaktan soruşturulması ve cezalandırılması gerekir.

Bu raporun hazırlanmasında emeği geçen meslektaşlarımıza içtenlikle teşekkür ediyoruz. Delikanlıların mahalle kavgalarının ve toplumsal muhalefetin biber gazıyla baskılanmadığı bir ülke umut ediyoruz.

**Türk Tabipleri Birliği
Merkez Konseyi**

Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi'nin 16.01.2012 tarih/097-2012 sayılı bilimsel araştırma kurulunda görevlendirme yazısı üzerine yapılan değerlendirmedir.

Konu: Av. Oya Meriç Eyüboğlu tarafından TTB Merkez Konseyine yapılan başvuruda Hopa'da 31.05.2011 tarihinde meydana gelen olaylar sırasında hayatını kaybeden emekli öğretmen Metin Lokumcu'nun emniyet güçleri tarafından kullanılan yoğun ve ölçüsüz gaz nedeniyle hayatını kaybettiği iddia edilmiştir. Adli Tıp Kurumu Trabzon Grup Başkanlığı Morg İhtisas Dairesinin 20.06.2011 tarih/2011/1413/387/322 sayılı otopsi raporunun;

- Metin Lokumcu'nun kalp krizi geçirmesinin nedeni nedir? Mevcut olduğu bildirilen akciğer ve kalp hastalıklarını tetikleyen etken nedir? Yoğun kimyasal madde kullanımı ile kalp krizi arasında nedensellik bağı nedir? Otopsi esnasında analizi yapılan maddeler arasında gaz bulunmakta mıdır? Hopada kullanılan gazın etken maddesi bilinmekte midir? Hangi kimyasal madde kullanıldığı bilinmeden ölüm nedeni nasıl tespit edilmiştir?

sorularına yanıt vermediği, bu nedenle oluşturulan bilimsel kuruldan **Metin Lokumcu'nun ölümü ile kullanılan kimyasal gaz arasında nedensellik bağı olup olmadığı** hususunda bilimsel görüş talep edilmiştir.

Mevcut Belgeler: Hopa C. Başsavcılığının 2011/886 Sor. nolu dosyası içerisinde;

1. Hopa İlçe Emniyet Müdürlüğünün 31.05.2011 tarih, 15.00 sıraları kayıtlı olay yeri inceleme raporu, krokiler ve delil fotoğrafları fotokopileri;
2. Hopa C. Başsavcılığının 31.05.2011 tarih, saat 18.15 kayıtlı tanık ifadelerini içeren adli muayene ve otopsi tutanağı;
3. Adli Tıp Kurumu Trabzon Adli Tıp Grup Başkanlığı Morg İhtisas Dairesinin 31.05.2011 tarihli otopsi tutanağı;
4. Adli Tıp Kurumu Trabzon Adli Tıp Grup Başkanlığı Morg İhtisas Dairesinin 20.06.2011 tarih ve 2011/1413/ 387/332 sayılı; Dr. İsmail Birincioğlu ve Dr. Gökhan Cingöz imzalı; 1956, Hopa Artvin doğumlu Metin Lokumcu'nun otopsi raporu;
5. Tanık ifadeleri;

6. Halkevleri Derneği Hopa Şubesinin 08.06.2011 tarihli C. Başsavcılığına sunduğu şikayet dilekçesi, farklı kişi ve tarihli 31.05.2011 tarihinde Hopa'da yaşanan olaylarla ilgili C. Başsavcılığı'na sunulmuş şikayet dilekçeleri, TİHV-TTB-İHD-KESK adına Hopa'da inceleme yapan heyetin 07.06.2011 tarihli ön inceleme raporu, Hopa Sivil Toplum Kuruluşlarının 31.05.2011 tarihinde Hopa'da yaşanan olaylarla ilgili basın açıklaması, çeşitli gazete haberleri, Özgürlük ve Dayanışma Partisi Hopa İlçe Örgütünün 07.06.2011 tarihli Hopa C.Savcılığı'na suç duyurusu dilekçesi fotokopileri.
7. İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü'nün 04.02.2011 tarih B.05.1.EGM. 0.12.2329/80/945/34517 sayılı, TTB Merkez Konseyi'ne yazdığı "Göz Yaşartıcı Gazlar" Konulu yazısı.

İnceleme;

1. *Hopa C. Başsavcılığı'nın 31.05.2011 tarih, saat 18.15 kayıtlı tanık ifadeleri içeren adli muayene ve otopsi tutanağında;*

Tanık Osman Lokumcu; "Metin Lokumcu amcamın oğludur, bugün ikimiz de sağlık nedenleri ile Hopa'da bulunuyorduk, olay çıktığını görünce Metin ve ben gençleri sakinleştirmek için polis ile gençlerin arasına girdik, ancak bu sırada polisler ellerindeki kalkanlarla ve copla Metin'e vurdular, bir süre sora Metin fenalaştığını söyledi, ambulansa haber verdik, sağlık ekipleri hemen müdahale etti ve oksijen verdi, Metin ambulansın içindeyken ambulansın yanına gaz bombası atıldı, etkilendik, hastaneye götürdüler, daha sonra Metin'in vefatını duyduk, biz ayırmaya çalışıyorduk, polis olaylar sırasında aşırı derecede orantısız güç kullanıyordu..."

Tanık Mete Lokumcu; " abimin belirgin bir rahatsızlığı yoktu, zaman zaman mide sorunları yaşırdı, bugün yaşanan olaylar sonucu abim rahatsızlanmış ve vefat etmiştir..."

*Tanık Nurkan Yüce; Hopa Devlet hastanesinde dahiliye uzmanı; "bugün poliklinikte çalışıyordum, yoğun hasta gelmesi nedeniyle işim bitince acile geldim ve arkadaşlara yardım ettim, saat **12.30-13.00** sıralarında ölen şahıs acilde sedye üzerinde duruyordu, hasta siyanoze olmaya başlamıştı, göğsünde herhangi bir kızarıklık görmedim, şahsa müdahale ettim, hasta ilk olarak göğüs ağrısı tarif ediyordu, daha önce iki kez kalp krizi geçirdiğini söyledi, EKG istedim, EKG için hazırlanırken fenalaştı, ventriküler fibrilasyonda olan hastayı defibrile ederek sinüs ritmine çevirdik, daha sonra tekrar fe-*

nalaştı, gerekli tüm müdahaleleri yapmamıza rağmen eks oldu, hasta 1 saatten fazla süren müdahale yaptık...”

Tanık Hakan Çelik; Hopa DH’de doktor; “hastaya müdahale edenlerden değilim, ...hastaya elektro şok yapmışlar, şok yapıldıktan sonra baktığımda göğsünün ön kısmında kızarıklık gördüm, elektro şoka bağlı olabilir...”

Tanık Gülseren Çınar; Artvin 1 nolu Acil Sağlık Hizmetleri ve KKK Merkezinde ATT görevinde; “112 de görevliyim, hasta olduğu üzerine çağırdılar, hastanın olduğu yere gittiğimizde hasta araca yürüyerek geldi. Bize göğüs ağrısı ve nefes darlığı olduğunu söyledi, dumana maruz kalması nedeniyle gözleri kızarmıştı, sorulara mantıklı yanıt veriyordu, bize daha önce 2 kez enfarktüs geçirdiğini söyledi, hemen müdahale ettik, damar yolu açtık, oksijen bağladık ve pozisyon vererek hastaneye getirdik. Şahıs bize kendisine birinin vurduğu yönünde bir beyanda bulunmadı, genel durumu nedeniyle gaz bombasına maruz kalması nedeniyle kalp krizi geçirmekte olduğunu düşündük...”

Tanık Buket Göksu; Artvin 1 nolu Acil Sağlık Hizmetleri ve KKK Merkezinde paramedik görevli; “112 de çalışıyorum, ...olay yerine geldiğimizde şahıs ambulansın yanına yürüyerek geldi, sandalyeye oturdu, sedyeye aldık, gerekli müdahaleleri yaparak hastaneye getirdik, şahıs bize sadece göğsüm ağrıyor iki defa enfarktüs geçirdim dedi, herhangi bir darp olayından bahsetmedi...”

Tanık Mustafa Lokumcu; “Metin Lokumcu dayımın oğludur. Bugün şehir merkezinde yeni yapılan üst geçidin altında bulunan büfe yanında duruyordum, olaylar sırasında Metin olayları yatıştırmaya çalışıyordu, polisler karşı taraftan geliyordu, gelen polislerden biri kalkanla Metin Lokumcuğu itti, Metin yere düştü, kimin kaldırdığını görmedim, daha sonra olay yerinden uzaklaştım...”

Tanık Necdet Altunkaya; “bugün olay yerinde Metin ile birlikte yanyanaydık. Polisler ellerinde kalkanlarla müdahale için geliyordu, Metin ve ben polislere yapmayın arkadaşlar diye önlerini kestik ancak 3-4 polis ellerindeki kalkanla Metin’i itekleyince Metin yere düştü, ...Metin bana bir şey oldu dedi, gaz sıktıkları için Metin kimin kaldırdığını ve sonrasını görmedim...”

Doktor bilirkişi Zeynep Gonca Murat; Hopa 1 nolu Aile Sağlığı Merkezinde aile hekimi eşliğinde ölü muayene tutanağında; “170-175 cm boylarında, 80-90 kg ağırlığında, saçlarının ön tarafı dökülmüş, kırılmış saçlı, sarışın top sakallı erkek cesedinin üst kısmında elbise olmadığı, alt kısmında mavi kot pantolon ve kemer, altında kilot olduğu, elbiselerinden tecrit edildiği, sünnetli olduğu; baş göğüs, karın, genital bölge, kol ve bacaklarda yapılan muayene; ölenin boynunda ve kulaklarında morarmalar olduğu, sırt kısmında morarmalar olduğu, göğüs ön kısmında yukarı bakan yarım daire şeklinde yaklaşık 6 cm çaplı, diğeri 3 cm çaplı iki adet yeni oluşmuş yarayı andıran leke olduğu, cesette ölü morluğu ve ölü katılığının oluşmuş olduğu; ...ayrıca bel bölgesinde 5 cm eski ameliyat izi olduğu, bacakların ve kolların arka tarafında da ölü morluklarının oluşmaya başladığı, ölü katılığının olduğu, bunun dışında ceset üzerinde kesici delici ateşli ateşsiz silah yaralanması, ası telem izine rastlanılmadığı, kesin ölüm nedeni için Adli Tıp Kurumuna sevkinin gerektiği...”

2. *Adli Tıp Kurumu Trabzon Adli Tıp Grup Başkanlığı Morg İhtisas Dairesinin 31.05.2011 tarihli otopsi tunağında; ölüm nedeni; tetkik olduğu,*
3. *Adli Tıp Kurumu Trabzon Adli Tıp Grup Başkanlığı Morg İhtisas Dairesinin 20.06.2011 tarih ve 2011/1413/ 387/332 sayılı; Dr İsmail Birincioğlu ve Dr. Gökhan Cingöz imzalı; 1956, Hopa Artvin doğumlu Metin Lokumcu'nun otopsi raporunda;*

Dış muayene; 169 cm boyunda, 90-100 kg ağırlığında, 50-55 yaşlarında, kırçilli saçlı, top sakal ve bıyıklı, sünnetli erkek cesedinde ölü katılığının devam ettiği, ölü morluklarının sırtta ve mutad yerlerde (baş ve boyun bölgelerinde çepeçevre olmak üzere) koyu mor renkte olduğu görüldü. Göğüs ön orta sternum üzerinde 6 cm ve 3 cm.lik açıklıkları yukarı bakan yarımay tarzında çizgisel parşömenleşme plakları, sol yanakta 0.5 cm.lik küçük bir ekimoz alanı, lomber bölgede orta hatta dikey olarak 12 cm uzunluğunda eski ameliyat skarı saptandı. Haricen başkaca darp ve cebir izine rastlanmadı. Anal muayenede postmortem genişleme dışında bulgu saptanmadı. **İç muayene; Baş açıldı;** saçlı deri kaldırıldı, hiperemik bulundu. Kafatası açıldı. Beyin-beyincik çıkarıldı. 1557 gr. Tartıldı. Yüzeyinde ve kesitlerinde hiperemi ve ödem dışında makroskopik patolojik özellik saptanmadı. Kafa kubbe ve kaide kemik-

leri sağlam bulundu. **Göğüs açıldı;** sternum kaldırıldı. Göğüs boşluklarında herhangi bir sıvıya rastlanmadı, göğüs önde tarif edilen parşömen plakları altında ekimozlara rastlandı. Yeniden canlandırma müdahalesi ile oluştukları düşünüldü. Her iki akciğer serbest olup, sağ akciğer 818 gr, sol akciğer 405 gr tartıldı. Sağ akciğer yüzeyi parlak, gergin olup, her iki akciğer antrakoze görünümde bulundu. Sağ akciğer kesitlerinden bol köpüklü sıvı geldiği görüldü. Kalp 398 gr tartıldı. Yüzeyinde özellik görülmedi. Kalp histopatolojik tetkik için bütün olarak alındı. Yapılan incelemede; 13X8.5X7.5 cm ölçülerde kalp piyesi, dış yüzeyde hafif yağlanma dışında bulgu izlenmedi. Kanın akış yönüne göre açılıp incelendiğinde; Protokol No: 2011/1413-387/322; triküspit kapak uzunluğu 11.5 cm, kapak üzerinde fokal fibrozis alanları saptandı. Sağ ventrikül duvar kalınlığı 0.6 cm, pulmoner kapak uzunluğu 7 cm ölçüldü. Pulmoner arter lümeninde yağlı çizgilenmeler saptandı. Sol kalp açıldığında mitral kapak uzunluğu 9 cm, kapakların papiller kaslarla birleştiği alanlarda kalsifikasyonlar saptandı. Aort lümeninde aterosklerotik plaklar izlendi. Koroner arterler incelendiğinde lümeni % 40-50 daraltan ateromlar görüldü. Myokard kesitlerinde sol ventrikülde subepikardial alanda 0.4 cm çapında beyaz renkli alan dışında makroskopik patoloji izlenmedi. Boyun organlarının incelemesinde; larinkste ödem saptanmadı. Solunum yolu açık bulundu. Hyoid kemik, troid kıkırdak ve boyun omurları sağlam bulundu. Boyun omurları açılarak 8 cm civarında omurilik çıkarıldı. Makroskopik patoloji saptanmadı. Histopatolojik tetkik için tamamı alındı. **Batın açıldı;** batın boşluğunda sıvı saptanmadı. Karaciğer 1900 gr, dalak 241 gr, sağ böbrek 199 gr, sol böbrek 192 gr tartıldı. Yüzeylerinde ve kesitlerinde karaciğer hafif yağlı bulundu. Pankreas normal olup, diğer batın içi organlarda makroskopik patolojik özellik saptanmadı. Midede çok az miktarda sindirilmiş sıvı tarzında gıda muhteva olduğu görüldü. Otopsi sırasında iç ve dış muayenede ceset üzerinde önemli olabilecek görüntüler fotoğraf ve video çekilmek suretiyle kayıt altına alındı. Kimyasal tetkik için kan, aşıya ve idrar alındı. Patolojik tetkik için beyin-beyincik, akciğer, karaciğer, böbrek, kalp, medulla spinalis ve pons parçaları alındı.

Trabzon Adli Tıp Grup Başkanlığı Kimya İhtisas Dairesinin 10.06.2011 tarih ve 2011/1413-1198/1052 sayılı raporunda; Metin Lokumcu'ya ait örneklerde yapılan analizlerde;

- Etil alkol (Etanol) miktarı: 0 mg/dL
- Uyutucu-uyuşturucu: rastlanmadı.
- Sistemik toksikolojik incelemede: rastlanmadığının kayıtlı olduğu,

Trabzon Adli Tıp Grup Başkanlığı Histopatoloji Laboratuvarının 03.06.2011 tarih ve OT-11/1413-272 sayılı histopatoloji raporunda;

- Fokal subepikardial nedbe alanı ve hipertrofik kas lifleri içeren konjesyone kalp
- Lümeni % 40 oranında daraltan kalsifiye aterom plağı içeren koroner arter
- İntraalveoler yoğun taze kanama ve hemosiderinli makrofajlar ile akut şişme alanları içeren konjesyone, antrokotik akciğer
- Sentrilobüler makroveziküler steatoz gösteren konjesyone karcaciğer
- Konjesyone beyin, beyincik, pons, medulla spinalis ve böbrek dokuları örnekleri tanısına varıldığı

Hopa Devlet Hastanesinin 10.06.2011 tarihli hastane evrakının tetkikinde; şahsın 31.05.2011 tarihinde göğüs ağrısı şikayeti ile başvurduğu, akut miyokard enfarktüsü tanısı konulduğu, damar yolu açıldığı, tıbbi tedavi uygulandığı, göğüste 2 adet yuvarlak çaplı 6 cmlik kızarıklık olduğu, yürüyerek pansuman odasına getirilen hastanın orada yığılıp kaldığı, tansiyonu 110/70, arrest olan hastada bilinç kaybı yaşandığı, elektroşok ve kalp masajı sonrası hasta tüm müdahalelere rağmen kurtarılamayarak hayatını kaybetmiş olduğu kayıtlıdır.

Sonuç: 31.05.2011 tarihinde fenalaşarak hastanede öldüğü bildirilen Niyazi ve Saadet oğlu, 1956 doğumlu, Metin Lokumcu'nun cesedi üzerinde 01.06.2011 günü Trabzon Adli Tıp Grup Başkanlığı Morg İhtisas Dairesinde yapılan otopsisinden, otopsi esnasında alınan kan, ahş ve idrarın kimyasal ve iç organ parçalarının histopatolojik tetkikinden elde edilerek yukarıda kaydedilen bulgulara göre;

Kimyasal incelemede toksik ve öldürücü düzeyde kimyasal madde saptanmadığı, histopatolojik incelemede; fokal subepikardial nedbe alanı ve hipertrofik kas lifleri içeren konjesyone kalp kası, lümeni %40 oranında daraltan kalsifiye aterom plağı içeren koroner arter,

intraalveoler taze kanama ve hemosiderinli makrofajlar ile akut şişme alanları içeren konjesyone, antrokotik akciğer saptandığına göre; kişinin ölümünün kendisinde mevcut kalpte enfarktüs ve intraalveoler taze kanamaya bağlı kalp ve akciğer hastalığı ile meydana gelmiş olduğu kanaati belirtilmiştir

4. Tanık ifadeleri;

Tanık Nesrin Sarı, Hopa DH ATT olarak görevli, 31.05.2011 tarihinde Hopa C. S'na verdiği ifade; “ben bugün hastanede çalışıyordum,...hastayı gördüğümde entübe durumdaydı, siyanoze olmuştu, vücudunda herhangi bir iz görmedim...”

Tanık Çile Arfat, Hopa DH. Hemşire olarak görevli, 31.05.2011 tarihinde Hopa C. S'na verdiği ifade; “...ilk gittiğimde Dr. Nurkan hanım hastanın başındaydı, hastayı entübe etti, ilk aşamada hastanın vücudu kırmızıydı sonra siyanoze oldu...”

Cumhuriyet Savcılığına verilen diğer tanık ifadelerinde özetle; ortamda yoğun biber gazı kullanıldığı, dükkan içleri, hastane ve okul önüne kadar gaz bombası atıldığı, güvenlik güçlerinin dakikalarca bilinçsiz şekilde havaya ateş açtıkları ve bir arbade yaşandığı kayıtlıdır.

5. İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğünün B.05.1.EGM.0.12.2329/80/945/34517 sayılı TTB merkez Konseyine yazdığı “Göz Yaşartıcı Gazlar” Konulu yazısında; “...Teşkilatımızda OC (Oleoresin of Capsicum –C₁₈H₂₇NO₃) ve CS (Orthochlorobenzylidenemalononitrile – C₆H₄CHC(CN)₂Cl) gazı olmak üzere iki çeşit göz yaşartıcı gaz mühimmatı kullanıldığı...” bildirilmiştir.

DEĞERLENDİRME

Dosya içinde kayıtlı Hopa Devlet Hastanesi'nde çalışan hekim ifadelerinde; Metin Lokumcu'nun Hopa Devlet Hastanesi'ne 31.5.2011 tarihinde göğüs ağrısı yakınması ile başvurduğu, akut miyokard infarktüsü tanısı konduğu, damar yolu açılıp tıbbi tedaviye başlandığı, EKG isteği yapıldığı ancak çekilemeden hastanın ventriküler fibrilasyona girdiği ve ardından defibrilasyon ile sinus ritmine çevirmekle birlikte giderek siyanoze olduğu, entübe edilip 45 dk- 1 saat süreyle resüsite edildiği, yanıt alınamayıp saat 12.30-13.00 sıralarında excitus kabul edildiği

bildirilmektedir. Hekim ve sağlık çalışanlarının ifadeleri ile tıbbi belgelerdeki kayıtlardan, hastanın yakınmalarının yoğun stresli ve yoğun kimyasal gazın kullanıldığı ortamda bulunması sonucu başladığı anlaşılmaktadır.

Ölümünün kendisinde mevcut kalpte enfarktüs ve intraalveoler taze kanamaya bağlı kalp ve akciğer hastalığı ile meydana gelmiş olduğu kanaati belirtilen otopsi raporunda, bu tanı ve ölüm sebebinin dayanağı olarak ele alınan bulgular da, gerek ölüm öncesi tanık ifadelerinde aktarılan, gerekse tıbbi belgelerde kayıtlı ve sağlık çalışanları tarafından bildirilen belirti ve bulgularla birlikte yeniden ele alınmalıdır.

Otopsi bulguları (kalp)

Makroskopik:

- kapaklarda fibrotik değişiklikler, aort kapağında kalsifikasyonlar
- mitral kordaların papiler adaleye bağlantı noktalarında kalsifikasyonlar
- sol ventrikul hipertrofik –septumda 1.3 cm kalınlığında
- aort lümeninde aterosklerotik plaklar
- koroner arterlerde lumeni %40-50 daraltan ateromlar – trombus yok
- miyokard kesitlerinde sol ventrikulde subepikardiyal 0.4 cm'lik bir alanda beyaz renkli değişim dışında makroskopik patolojik değişim yok.

Mikroskopik:

- fokal subepikardiyal nedbe alanı ve hipertrofik kas lifleri içeren konjesyone kalp kası
- lümeni %40 daraltan kalsifiye aterom plağı içeren koroner arter

Kişinin emosyonel ve fiziksel olarak stresli ve yoğun kimyasal gaza maruz kaldığı ortamda ilk belirtinin başladığı andan ölüme dek geçen süre hakkında net bir bilgi bilinmemekle birlikte hekim ifadeleri ve hastane evrakına göre kişinin saat 12.30-13.00 arası öldüğü bilinmektedir. Kişinin sabah saatlerinde olay yerinde olduğu, kimyasal maddeye maruz kalma ve güvenlik güçlerinin müdahaleleri ile fenalaştığı (ilk belirti), ardından 112 acil servis ile taşınarak hastaneye ulaştırıldığı ve

ölüm saati göz önüne alındığında; son 5 saat içinde ölümün gerçekleştiği, ilk belirtiden sonra geçen sürenin en fazla 5 saat, en az 20-30 dakika olduğu söylenebilir. Hastanede EKG çekilmesine karar verilmesine rağmen ventriküler fibrilasyona girmiş, defibrile edilmiş ve 45 dakika-1 saat canlandırma girişiminde bulunulmuştur.

Hastanın acil servise başvurusunda EKG çekilememiş olması bir eksiklik olarak değerlendirilmektedir. Dosyada acile başvurduğu anda hastanın göğüs ağrısı yakınması olduğu ve akut miyokard infarktüsü tanısı ile tedaviye başlandığı bildirilmektedir. Ancak nöbetçi hekim EKG almaya fırsatı olmadan hastanın ventriküler fibrilasyona (VF) girdiğini, defibrile ve entübe edildiğini, resusitasyona yanıt alınamayarak eksitus kabul edildiğini ifade etmiştir. EKG çekilmesine fırsat kalmadığı anlaşılmakla; hastada VF geliştiği tespit edildiğine göre hastanın monitorize edildiği düşünülmektedir. Monitor ekranında hasta kabul edildiği anda ST elevasyonları (değişimleri) görülüp görülmediği yönünde bir ifadeye rastlanmamıştır.

Erken myokard infarktüsünde (kalp krizi) patolojik bulgular;

İnfarktüsün patolojik karşılığı olan koagülasyon nekrozunun ortaya çıkması myokard dokusunda (kalp kası) oldukça yavaş gerçekleşmektedir. Bu nedenle erken infarktüste makroskopik ve mikroskopik olarak görünür bir bulgu ilk 12 saatte beklenmez. Çıplak gözle ilk değişiklik en erken 12-15 saat içinde görülebilir. Mikroskopik incelemede ışık mikroskopunda 12-18 saat arasında patolojik değişimler görülebilir. Bu saatlerden önce infarktüsün kalp dokusunda gösterilmesi için ancak bazı özel boya yöntemleri, immunhistokimyasal yöntemler, elektron mikroskopisi incelemesi, floresan mikroskopik inceleme ya da makroskopik olarak tetrazolum boyaması gibi yöntemler işe yarayabilir.

Bununla birlikte labotaruvar inceleme de erken tanıda önem taşımaktadır. Klinikte kanda çalışılan enzim değerlerinin otopside **perikard sıvısında** çalışılması tanı için değerlidir. Kreatin Kinaz (CK)- MB formunun ilk 2-4 saatte yükselmeye başlaması, benzer şekilde Troponin I (cTnI) ve T (cTnT) nin de ilk 2-4 saatte yükselmesinin gösterilmesi erken tanı için önemli labotaruvar delillerdir. Metin Lokumcu'nun otopsisinde perikard sıvısında enzim değerlerinin araştırılmaması tanıya giden yolda bir eksiklik olarak düşünülebilir. Benzer şekilde; kalp kasının (myokard) iskemiye (oksijensizlik) 20-30 dakika dayanabildiği, koagülasyon nekrozunu tanımlayabilecek değişikliklerin ortaya çıkması

İçin bu sürenin geçmesi gerektiği ve Metin Lokumcu'nun ilk semptomlarının başlamasından ölümüne kadar geçen sürenin en az 20-30 dakika olduğu gözönüne alındığında; tanıya giderken yukarıda bahsedilen özel tanı yöntemlerinin de koşullar elverdiğince çalışılması beklenmelidir.

Bu hasta için otopsi bulgularına göre koroner arterlerde trombüs veya çatlama plak görülmediğine göre ancak tetiklenmiş olabilecek **bir koroner vazospazmın** sebep olduğu miyokard infarktüsü düşünülebilir. Olayın başlangıcı ile kişinin kaybı arasında 12 saatten az zaman olması ve koronerlerin otopside tamamen açık bulunması dikkate alındığında (trombüs ile tıkalı değil) miyokarda klasik anlamda bir infarktüs varlığından bahsedilemez.

Ayrıca, otopsi raporunda belirtilen; *“miyokard kesitlerinde sol ventrikulde subepikardiyal alanda 0.4 cm'lik alanda beyaz renkli alan dışında makroskopik bir patoloji yok”* ibaresindeki 0.4cm'lik subepikardiyal beyaz renkli fokal nedbe alanını da hastanın eski infarktüsü ile ilişkili olarak değerlendirmek mümkün görünmemektedir. Tarif edildiği şekilde fokal-kendini sınırlamış infarktüsler ancak **subendokardiyal** alanda gelişir. Transmural veya sol ventrikül duvar kalınlığının bir kısmını tutan (nontransmural) infarktüsler olabile de sadece subepikardiyal alanı ilgilendiren bir infarktüs lokalizasyonu olması beklenmemektedir.

Miyokard infarktüsünün en büyük nedeni koroner ateroskleroz ve koroner arterlerin trombüs ile tıkanmasıdır (aterotrombotik oklüzyon). Bununla birlikte koroner vazospazma neden olan bir etken ya da seyrek diğer bazı nedenlerle de bir tıkanıklık olmadan infarktüs görülebilmektedir. Emosyonel stres ile koroner yanıtı incelemek için özellikle büyük depremler sonrası yapılan çalışmalarda stresli bir olayın akut miyokard infarktüsünü tetiklediği bildirilmektedir.

Dolayısıyla kalbin bu otopsi bulguları ile:

- Koroner arterde aterotrombotik bir tıkanmanın sebep olduğu yeni bir miyokard infarktüsünden bahsedilemeyeceği, miyokard infarktüsünü başlatan koroner arter içerisinde tıkaçıcı karakterdeki trombüsün endojen mekanizmalar ile spontan olarak lizise (erime) uğratılsa bile otopside koroner arter içerisinde hasarlı bölgede kalıntıların görülmesinin beklendiği,

- Yeni bir infarktüsün ancak koroner arterlerde saptanan % 40-50 oranında daralmaya sebep olan aterom plak bölgesinde gelişebilecek olası bir koroner vazospazm (ki doğası gereği gelip geçicidir) ile tetiklenebileceği,
- Göğüs ağrısının başlangıcı ile ölümün gerçekleştiği an arasındaki sürenin 12 saatten az olduğu, koroner vasospazmın ölüm anına dek devam etmesi durumunda bile miyokarda makroskopik veya mikroskopik infarktüs bulgularının konvansiyonel yöntemlerle gösterilemeyeceği, bunun için koşullar elverdiğince özel yöntemlere gerek olduğu,
- Tanıya giderken miyokard infarktüsünde erken dönemde yükselmesi beklenen (CK-MB, cTnI, cTnT) enzimlerin otopside perikard sıvısında çalışılmasının yararlı olacağı, bu çalışmaların yapılmasının bir eksiklik olarak değerlendirilebileceği,
- Hastanın acil servise başvurusunun ardından ventriküler fibrilasyona girdiği, defibrile edildiği, ardından kaybedildiği, ventriküler fibrilasyon gibi ölümcül aritmilerin pek çok kardiyak sebebi olabileceği gibi en önemli sebeplerinden birinin de koroner vazospazmlar olduğu söylenebilir.

Biber gazı ve gözyaşırtıcı gazların (OC-Oleoresin Capsicum- ve CS-Orthochlorobenzylidenemalononitrile-) miyokard infarktüsü ilişkisi açısından ele alındığında;

- Hasta için otopsi bulgularından yola çıkılarak olayın bir koroner tromboz olmadığı sonucuna ulaşılmaktadır.
- Olguda kimyasalın (gazın) tetiklemiş olabileceği bir koroner vazospazm yukarıdaki gerekçelerle mümkün olabilse de literatürde buna benzer biber gazı - koroner vazospazm ilişkisi olabileceğine dair bir olguya rastlanmamıştır.
- Biber gazının hipotetik olarak tetiklemiş olabileceği ciddi bir ventriküler aritmi kardiyak arreste sebep olabilse de literatürde bildirilmiş olguya rastlanmamıştır.
- Bu durum en azından biber gazının sebep olabileceği katekolamin deşarjına sekonder olarak tetiklenebilecek ventriküler fibrilasyon gibi ciddi ventriküler aritmilerin (hastada da görüldüğü gibi) induklenmesi ile ani ölüme teorik olarak da olsa sebep olabilir.

- En muhtemel olasılık; **biber gazının sebep olabileceği hipertansif kriz sonrasında meydana gelen akut akciğer ödemi tablosu** ile hastanın kaybedilmiş olma olasılığıdır ki otopsi bulguları hastanın kalbinin kronik hipertansiyona maruz kalmış olabileceğini göstermektedir (sol ventrikül hipertrofisi)
- Literatürde OC ile ilişkilendirilmiş akut koroner sendrom olarak sadece 2 olgu sunumu mevcuttur.
- OC ve CS etkileri ön planda solunum sistemi üzerine olup yoğun maruz kalımlarda akciğer hasarına, asfiksi ve sonuçta dolaşım kollapsına yol açabildiği bildirilmiştir. Ayrıca bu tablo göğüste dolgunluk hissi-ağrı benzeri durum yaratabilmektedir.

Otopsi bulguları (akciğer)

Makroskopik:

- Sağ akciğer 818 gr
- Sol akciğer 405 gr
- Sağ akciğer yüzeyi parlak, gergin, kesitlerinden bol köpüklü sıvı geldiği
- Her iki akciğer antrakoze görünümde

Mikroskopik:

- İntraalveoler yoğun taze kanama
- Hemosiderinli makrofajlar
- Akut şişme alanları
- Konjesyone, antrokotik akciğer

Otopsi bulgularına göre sağ akciğerde akut ödem meydana geldiği (*makroskopik olarak sağ akciğer ağırlığının sol tarafın iki katı olması, gerginliği, kesitlerinde ödem sıvısının gelmesi ve mikroskopik olarak intralveoler yoğun kanama, hemosiderin yüklü makrofajlar ve akut şişme alanları*) anlaşılmaktadır. Kalp ve akciğerin otopsi bulguları beraber değerlendirildiğinde miyokarda sol ventrikül hipertrofisi bulguları ile kişinin kronik hipertansiyona maruz kaldığı ve dolayısıyla da akut akciğer ödeminin kronik hipertansiyon zemininde ani bir hipertansif kriz sonrasında meydana geldiği söylenebilir.

Biber gazı ve gözyaşırtıcı gazların (OC-CS) solunum sistemi ve ölüm ile ilişkisi;

Kişi yoğun olarak kimyasal gazla (söz konusu kimyasalın Belge 7’de İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü tarafından OC ve CS olduğu bildirilmiştir) maruz kalıktan hemen sonra başlayan fenalık hissi, göğüste sıkışma yakınmaları ile Hopa Devlet Hastanesine başvurmuştur. Başvurusunu takip eden dakikalar içerisinde ön planda asfiksi, solunum yetersizliği, siyanoz tablosu gelişmiş, sonrasında ventriküler fibrilasyona girdiği (ifadelerde mevcut ancak monitor kayıtları olmayan) ve defibrile edilerek entübe edildiği, ancak resusitasyona rağmen hayata döndürülemediği anlaşılmıştır.

Bu esnada gelişen ventriküler fibrilasyonun en olası sebebi **solunum yetersizliğine bağlı** gelişmiş olabilecek asidozdur. Her ne kadar OC’nin (biber gazı) sebep olabileceği katekolaminerjik deşarj da ventriküler fibrilasyonu tetikleyebilse de akciğerin patolojik bulguları ilk olasılığı desteklemektedir. Akut koroner sendrom zemininde gelişen kardiyak orijinli bir ventriküler fibrilasyon defibrilasyona hemen yanıt verir ya da ilaçlarla kontrol edilebilir. Buna çoğunlukla entübasyonu gerektirecek bir solunum yetersizliği tablosu eşlik etmez. Oysaki **Metin Lokumcu entübe edilmek zorunda kalmıştır** ve otopsi bulgularında entübasyonu gerektirecek düzeyde akciğer ödemi olduğu görülmüş, akciğer ve kalp bulguları **bir akut koroner sendromu – akut miyokard infarktüsünü- düşündürmemiştir**. Otopsi bulgularında bahsi geçen akciğer bulguları da muhtemelen non-kardiyak olarak gelişmiş akut akciğer ödemi tablosunu tarif etmekte, OC ve CS’nin özellikle sensitif ve KOAH’lı hastalarda yaratabileceği akciğer hasarına veya daha az olasılıkla biber gazının sebep olabileceği anlık hipertansif krizin (genellikle dalgalanmalar ile seyrettiği bildirilmiştir) yol açabileceği akut akciğer ödeme uymaktadır. OC ve CS’nin etkilerinin ön planda solunum sistemi üzerine olduğu, yoğun maruz kalımlarda akciğer hasarına, asfiksi ve sonuçta sirkulatuar kollapsa yol açabileceği noktasından hareketle hastanın kaybına giden süreçte tespit edilen ventriküler fibrilasyonun en olası sebebi de solunumsal asidozdur.

Ek olarak Av. Oya Meriç Eyüboğlu’nun sorularından; ölüm ile kimyasal gazla maruz kalma arasında nedensellik ilişkisinin otopside değerlendirilmemesi bir eksiklik olarak düşünülebilir. Ancak diğer soru olan; otopsi sırasında analizi yapılan maddeler arasında maruz kalınan kimyasal gazların analizlerinin yapılmaması bir eksiklik olarak değerlendirilemez. Kişi gaz haldeki kimyasallı ortamda kalmıştır ve bilimsel olarak

bu karşılaşma bir intoksikasyon olmadığı için vücut sıvılarında, kanda ya da dokularda gösterilebilmesi beklenmemektedir. Beraberinde mevcut durumda gaz haldeki **kimyasallar (OC-CS) ile karşılaşma**; vücutta ölüme kadar giden mekanizmanın başlamasına neden olmuştur ve bu maddelerin vücut sıvılarında, kanda ve dokularda gösterilememesi kimyasala maruz kalmadığı şeklinde yorumlanamaz. Hastanede klinik bulgular (göz yaşarması, göğüs ağrısı) ve otopsi bulguları (hemen her organda konjesyon, saçlı deri altında konjesyon, sağ akciğer ödemi) kişinin kimyasala maruz kaldığını desteklemektedir.

Otopsideki dış muayene bulguları ve hastane hekimlerinin ifadelerine göre; kişide harici muayenede ölüme katkısı olabilecek herhangi bir travmatik lezyon tespit edilmemiştir. Otopside tarif edilen “*Göğüs ön orta sternum üzerinde 6 cm ve 3 cm.lik açıklıkları yukarı bakan yarımay tarzında çizgisel parşömenleşme plakları.*” kişinin hastanede defibrile ve resisüte edildiği anda gerçekleşmesi muhtemel lezyonlardır. Ancak tanık ifadelerinde itme, vurma, düşürülme şeklinde tanımlanan mekanik travmaların her zaman cilt ve ciltaltı dokularda gözlenebilir bulgu oluşturmayabileceği, dolayısıyla tanık ifadelerinde tanımlanan bu tür travmaları reddetmenin de mümkün olmadığı ve böyle bir travmaya maruz kalmanın da, emosyonel stresi artırarak ölüme giden sürece katkısı olacağı dikkate alınmalıdır.

SONUÇ

1956 doğumlu Metin Lokumcu'nun; 31.05.2011 tarihli hastane evrakı, ifadeler, Hopa C. Savcılığı soruşturma dosyası ve 01.06.2011 günü Trabzon Adli Tıp Grup Başkanlığı Morg İhtisas Dairesinde yapılan otopsi bulguları bir arada ve bir bütünlük içinde değerlendirildiğinde;

1. Kişinin ölümüne neden olacak düzeyde bir kalp hastalığı ya da KOAH düzeyinde bir akciğer hastalığı olmadığı, otopsi rapor sonucunda bildirildiği gibi kendisinde mevcut bir hastalık sonucu ölmediği,
2. Emosyonel olarak stresli bir ortamda kimyasal gazı (OC ve CS) maruz kaldığı,
3. Bilimsel olarak en muhtemel ölüm mekanizmasının; kimyasalın ön planda solunum sistemi üzerindeki etkisi ile oluşturduğu akciğer hasarı, asfiksi, solunum yetersizliği, asidoz ve daha küçük bir olasılıkla sebep olabileceği ani hipertansif krizle birlikte gelişen akciğer ödemi ve tüm bu sayılan mekanizmaların tetikleyebileceği ventriküler fibrilasyon olduğu,
4. Ölüm ile kimyasal gazı maruz kalma arasında nedensellik ilişkisi olduğu kanaatini bildirir değerlendirme raporudur.

Prof. Dr. Özdemir Aktan

Genel Cerrahi uzmanı
Marmara ÜTF, Genel Cerrahi AD

Prof. Dr. Şebnem Korur Fincancı

Adli Tıp uzmanı
İstanbul Ü İstanbul TF Adli Tıp AD

Prof. Dr. Tunçalp Demir

Göğüs Hastalıkları uzmanı
İstanbul Ü Cerrahpaşa TF
Göğüs Hastalıkları AD

Doç. Dr. Murat Sezer

Kardiyoloji uzmanı
İstanbul Ü İstanbul TF Kardiyoloji AD

Uz. Dr. Ümit Ünüvar

Patoloji ve Adli Tıp uzmanı, TTB

Kaynaklar

1. Sheppard M, Davies MJ, Myocardial ischemia and infarction. *Practical cardiovascular pathology*. Arnold, 1st Ed, London, 1998.
2. Edston E. Evaluation of agonal artifacts in the myocardium using a combination of histological stains and immunohistochemistry. *Am J For Med Pathol* 1997;18(2):163-7 .
3. Kajstura J, Cheng W, Reiss K, Clark WA et al. Apoptotic and necrotic myocyte cell deaths are independent contributing variables of infarct size in rats. *Lab Invest*. 1996 Jan;74(1):86-107.
4. Anversa P, Cheng W, Liu Y, Leri A, Redaelli G, Kajstura J. Apoptosis and myocardial infarction. *Basic Res Cardiol*. 1998;93(3):8-12.
5. Leor J, Kloner RA: The January 17, 1994 los Angeles earthquake as a trigger for acute myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol*. 1995; 25: 105
6. Leor J, Poole WK, Kloner RA. Sudden cardiac death triggered by an earthquake. *N Eng J Med*. 1996;334:413-9
7. Çil H et al. Is the pepper spray a triggering factor in myocardial infarction? A case report. *Türk Kardiyol Dern Arşv*, 2010, PP-003.
8. Almog C, Grushka A. Acute myocardial infarction after exposure to tear gas, *Harefuah* 1974, 87(10):459-61).
9. Olajos EJ, Salem H. Riot control agents: pharmacology, toxicology, biochemistry and chemistry. *J Appl Toxicol* 2001;21:355-91
10. Karaman E, Ertuna S et al. Acute laryngeal and bronchial obstruction after Cs (o-chlorobenzylidenemalononitrile) gas inhalation. Case report. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2009;266:301-4.
11. Kimyasal Silahlar; Gösteri Kontrol Ajanları, TTB yayınları, 1. Baskı, 2011, Ankara.