

2026 TUS 1. DÖNEM

Temel Bilimler 94 soru • Klinik Bilimler 97 soru



KÜÇÜK STAJLAR

200/29

Küçük Stajlar COMPACTUS kitabımız toplamda
29 soruya referans vermiştir.



25/16

25 Küçük Stajlar sorusunun 16'sına referans vermiştir.



Değerli Hekim Arkadaşlar;

Öncelikle 15 Mart'ta yapılan TUS sınavında emeğinizin karşılığını almanızı tüm kalbimizle diliyoruz. Sonucun ne olursa olsun, bu yolculukta gösterdiğiniz azim ve disiplinin sizleri daima başarıya taşıyacağına inanıyoruz.

TUSEM kaynaklarımızın sınav sorularına verdiği **referans çalışmasını sizlerle paylaşmaktan gurur duyuyoruz.**

Eğitmenlerimiz titizlikle hazırladıkları çalışma kapsamında, **200 sorunun 191'ine kaynaklarımızdan birebir karşılık gelen sayfa ve içerikleri işaretlemiştir.** Bu süreçte en çok önem verdiğimiz nokta, referansların gerçekten birebir örtüşmesi olmuştur. Meslektaşlarımızın, alakasız ya da kenarından yakalanmış referansların güvenilir olmadığını çok iyi bildiklerinin farkındayız. Bu nedenle yalnızca doğru ve net örtüşen referansları dikkate aldık.

Bizim için asıl değer, referans sayısının fazlalığından ziyade **öğrencilerimizin kursumuz aracılığıyla elde ettikleri net kazanımlardır.** Eğitmenlerimiz, kaynaklarımızdaki bilgileri öğrencilere en anlaşılır ve kalıcı biçimde aktarmayı esas almakta ve bu hassasiyetle çalışmalarını sürdürmektedir.

Bu titizlikle hazırlanmış ve birebir sorularla örtüşen referanslarımızı sizlere **TUSEM'in güvenilirliği ve 31 yıllık tecrübesinin bir yansıması olarak gururla sunuyoruz.**

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 123

123.Deri, tırnaklar ve muköz membranları tutabilen, deride en sık el dorsumu, el bileği, ön kol, presakral bölge ile bacak ön yüzüne yerleşen, mor-menekşe renkli düz veya ovay papüllerle karakterize

Liken Planus

İLGİLİ NOTLAR

46

KÜÇÜK STAJLAR



Darier belirtisi: sistemik **mastositöz**, önkarya pigmentoza, **histiositöz X**



PÜSTÜLER → A) Palmoplantar B) **GENERALİZE** (von Zumbusch)

Psöriazis mukozaları tutmaz. Sistemik steroid tedavide kullanılmaz

TOPIKAL (kortikosteroid, **kalsipo-trien/triol (D3)**, Keratolitik (retinoidler, salisilat), Topikal kalsinörin inhibitörleri (takrolimus, pimokrolimus), **katran** preparatları (kömür), **anthralin** kullanılır

SİSTEMİK (siklosporin, **metotreksat**, IL-17 (brodalumab), IL-23 (ustekinumab), TNF-α inh.)

PUVA (Psöralen ve UltraViolet A), Dar bant **UVB** tedavisi

DERİ EKERİNİN HASTALIKLARI

AKNE VULGARİS:

Foliküler hiperproliferasyon/Akın sebüm/Bakteriyel proliferasyon İnflamasyon

trigliseridleri hidrolizle serbest yağ asitlerine çevirir (**KOMEDON** oluşur)

AKNE ROZASEA (GÜL HASTALIĞI)

- 30-60 yaş, K>E açık tenli kişilerde görülür.
- Güneş, sıcak hava-içecek, egzersiz, **acı-baharatlı** yiyecek, stres, **alkol**, **nikotin**, ilaç, **Demodex** akarları.
- Eritematotelienjektatik (yüz), papülopüstüller (komedo YOKTUR), **Fimatis** (rinofima), oküler (konjunktival)
- Rhinofima** (burun/erkek), **metafima** (alın), blefarofima (gö kapaklarının genişlemesi)
- Yüzde **eritem** ve **telenjektaziler** üstünde papül ve püstü gelişimi



PAPÜLOSKUAMÖZ HASTALIKLAR

PSÖRIAZİS (SEDEF HASTALIĞI)

Hiperproliferatif (turnover 28 den → 5-6 güne)

Keskin sınır, eritemli-papül skuamli, gümüş-beyaz renkli, **inflamatuvar (Th1-Th17)** plaklar, **Eksantansör**

Diz, dirsek, gövde, tırnak (%50), saçlı deri, sakral

HLA-Cw6 (GUTTAT psöriazis/AGBHS) ilişkilidir.

Tırnak yatağı onikoliz, çukurcuk (**pitting**, **yüksük**), yağ damlacı (sarı)

MUNRO mikroabse, **AUSPİT**, akantoz, **hipoGRANÜLOZ**, **PARAKERatoz**, **MÜM LEKESİ** fenomeni

%80 KAŞINTI (+). **PLAK** (%80-90)/ **Guttat/ Eritrodermik/ Püstüler/ İnverse**

%20 **artrit** (en sık **OLİGO-simetrik**). **DİF** tutar (Liken'de **artrit yok**)

Ayrıca tanı: Atopik dermatit, **seбореik dermatit/ekzema**, **Mikozis Fungoides**, **Tinea**, **Liken**, **Bowen**, **2.evre sifiliz**, **Eritrodermi parapsöriazis plak**, **pitriazis rozea**

GUTTAT → **HLA Cw6** ve (**AGBHS/streptokok**) ilişkisi en yüksek **damla** şekilli lezyonlar (<15 yaş)

Eritrodermik ve yaygın püstüler formlar, **TIBBİ ACİL** durum

LİKEN HASTALIĞI

Koebner (+), **parlak**, tepesi düz (planar), **poligonal**, **mor** (purple), **kaşıntılı** (**pruritik**) papül/plak sıklıkla el-ayak bilek **FLEKSÖR** yüzlerde. 30-60 yaş, K>E

Deri, tırnak, mukoz (ağız, **glans penis**, **vulva**), saçlı deri (skarlı alopesi), **lomber bölge**

Mukoz (ağız içi) tutulur (**psöriaziste XX ama eklem tutulur**)

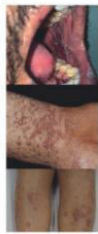
Oral mukoz tutulumunda zeminden **SCC** gelişebilir

Saçlı deriyi tutup **alopesiye** yol açabilir (liklen planopilaris)

İrregüler **akantoz**, (**HİPERgranülozum**) ve **hiperkeratoz**

testere dişli görünüm, arada ölü eozinofilik **CİVATTE** hücreleri.

HCV, **HIV** enfeksiyonu, otoimmünite ile tetiklenebilir



Papülskuam Hastalıklar		
	Psöriazis Vulgaris	Liken Planus
Lezyon rengi	Gümüş	Mor
Tutulum yeri	Ekstansör yüzler	Fleksör yüzler
Ağız içi tutulum	Yok	Var (pre malign)
Eklem tutulumu	Var	Yok
Saçlı deri tutulumu	Var, alopesi nadir	Alopesi yapar
Koebner fenomeni	Pozitif	Pozitif

PITRIAZİS ROZEA

İnce yakalı (collanette) tarzı, 2-10 cm **TEK** (haberçi) madalyon plak

Mevsimsel değişiklikler (İlkbahar ve sonbahar) **HHV-6, HHV-7**

Noel (çam) ağacının dalları gibi sırtta hizalanan **Langer** çizgileri

Gövde (göğüs, sırt, karnı), boyunda ve **üst ekstremiteler**

PROKSİMALDE



Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 126

126. her iki alt ekstremitede (PARA-pleji) yavaş ilerleyen kas güçsüzlüğü belirgin düzeyde SPASTİSİTE ve birinci motor nöron bulguları birinci ve ikinci derece akrabalarından iki kişide benzer şikâyetler (HEREDİTER)

en olası tanı hangisidir?

Stiff person --> (Soru bankasında çözülüyor)

B) Herediter spastik parapleji --> soruda hastalığın 3 komponentinin de tariflendiğini görüyoruz

Bassen-Kornzweig sendromu --> (Abetalipoproteinemi) --> Pediatri ve Biyokimya kitaplarımız anlatıyor

Adrenolökodistrofi --> Peidiyatri

Kennedy hastalığı --> Nörolojide anlatıyoruz

İLGİLİ NOTLAR

Stiff person --> (Soru bankasında çözülüyor)

B) Herediter spastik parapleji --> soruda hastalığın 3 komponentinin de tariflendiğini görüyoruz

Bassen-Kornzweig sendromu --> (Abetalipoproteinemi) --> Pediatri ve Biyokimya kitaplarımız anlatıyor

Adrenolökodistrofi --> Peidiyatri

Kennedy hastalığı --> Nörolojide anlatıyoruz

24 **KÜÇÜK STAJLAR** **TUSEM®**

TEDAVİ: Levodopa / karbidopa., dopa-cevaplı distoniyi ayırt etmek

Antikolinerjikler (benztropin, biperiden, trihexifenidil) veya **antihistaminikler** (difenhidramin)

GENERALİZE Distoni: <21 yaş, Nöroleptik kaynaklı /Dopa yanıtı (Segawa)

MYOKLONUS: Üremi, Creutzfeldt-Jacob, Hipoksi, Lennox-Gestout, JME

ASTERİKSİS: Hepatik/Üremik ensefalopati, Hiperkapni, Wilson (grıpnma)

AKATİZİ: SSRI, Dopamin ANT/nöroleptik-metoklopramid

ATETOZ: Gl. pallidus (striatum)/Huntington/Sydenham (yalanvari, yavaş)

KÖRE: Distalde küçük (striatum/Sydenham, Huntington, Nöroakantositoz)

BALLİSMUS: Proksimal büyük amplitüd (ballismUS/KL subballismUS hasarı)

ATAKSİ: Friedreich ataksı, Ataksi telanjiektazi, Refsum hastalığı

TREMOR:

İstirahat --> Parkinson/Dopamin ANTagonisti
İntansiyonel/Alaiyon --> Serebellar

ESANSİYEL Tremor

Devamlı postürde (uzatılmış kollar) yüksek frekanslı tremor;

Klinik Bilimler 126. soru
Tusem Küçük Stajlar COMPACTUS
Özet Ders Notu Sayfa 024

Hastalık	Kalınım	Gen	Kromozom	Trinükleotid
Huntington	OD	HTT	4	CAG
Fragil X	X'e bağlı dominant	FMR1	X	CGG
Miyotonik distrofi	OD	DMPK	19	CTG
Friedreich ataksisi	OR	FXN	9	GAA
Kennedy (SpinoBulber)	X'e bağlı resesif	Androjen reseptör	X	CAG

KENNEDY HASTALIĞI (BULBOSPİNAL NÖROPATİ)

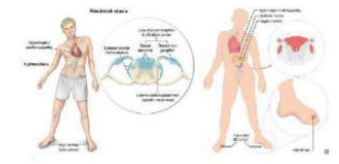
X'e bağlı AMN bozukluğu (Piramidal/ÜMN bulguları YOK !!!)

Androjen reseptör geninde trinükleotid (CAG) tekrarları

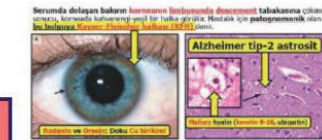
Karakteristik tremor, faskülasyon, kramp ve proksimal ve distal zayıflık.

Bu hastalığa disfaji, dizartri, jinekoma ve testiküler atrofi eşlik edebilir

Ataksi ilişkili Hastalıklar		
Friedreich ATAKSİ	Refsum ATAKSİ	ATAKSİ Telenjektazi
Frataksin proteini Skolyos, pes kavus, çekiş parmak Romberg (+), Hipertrofik KMP DTR'de + (AMN) Babinski (+) (ÜMN) Ağrı-ısı duyası ↓ (ALS'den farklı)	fitanik asit ↑ REinitis pig. serebellar ataksi nöropati, Anosmi Gece körlüğü	Okulokutanöz malignite ↑ Serum AFP ↑ Serum Ig ↓



WILSON HASTALIĞI



DEMYELİNİZAN HASTALIKLAR

Multiple Skleroz

Bein ve omurilikte demiyelinizasyon ve aksonal dejenerasyon

MSS'nin farklı yerleri farklı zamanlarda multifokal tutulur.

Relapsing-remitting %90/Sekonder progresif %50/ Primer progresif %10

Çevresel risk: Düşük D vitamini, Sigara, EBV, HHV 6, Erken obezite

HLA-DRB1*15 aleli riski artırır/HLA-A*02 aleli ise koruyucu

20-40 yaş kadın, duyasal şikâyetler (Uyuşukluk, karıncalanma, yanma)

Optik nörit: Genellikle en erken belirti; En sık nedeni MS (>70 yaş T.A)

Tek taraflı, ağrılı, görme bozukluğu ve renk körlüğü, RAPD (Marcus Gunn)

Funduskopisi: 2/3'ünde optik disk normal (RETRObulber)

En sık görülen görme alanı bozukluğu santral skotom

En sık tutulan yer periventriküler beyaz cevher

MLF lezyonu; İnternükleer oftalmopleji (İL içe NO) + KL nöstagmus

ML Spinalis: LHERMITTE (Baş fleksiyonda vertebralardan aşp elektrik), ÜMN (1.MN) (Spastisite, DTR artışı, klonus, Babinski 4+), Transvers miyelit (Asimetrik parapleji, tek taraflı duyu kaybı, mesane disfonksiyonu)

Vücut ısısının ↑ kötüleşme: UHTOFF belirtisi (MS sıcakta UFF olur)

Multiple skleroz periferik siniri TUTMAZ !!!

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 127

127. **son 4 gündür** olan aşırı neşeli ve hareketli olma, sosyal aktivitelere fazla katılma ve insanlara yakın davranıp çok konuşması nedeniyle ailesi tarafından getiriliyor.

en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

Hipomanik epizod

İLGİLİ NOTLAR

Klinik Bilimler 127. soru
Tusem Küçük Stajlar COMPACTUS
Özet Ders Notu Sayfa 053

K STAJLAR

53

BIPOLAR BOZUKLUK

Bipolar bozuklukta **intihar riski** çok yüksek (x15) (Duygudurum boz. içinde en çok)

Bipolar 1: en az bir **mani** atak. **Majör depresif VEYA hipomanik**

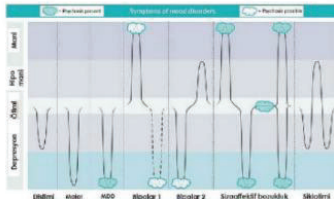
Bipolar 2: en az bir **hipomanik** atak. **VE bir majör depresif atak**

MANİ (En az ≥ 7 ardışık gün)

Hastaneye yatırılacak düzeyde **ağır** ya da **psikoz** eşlik eder.

HipoMANİ (Ard arda ≥ 4 gün):

Hastaneye yatırılacak düzeyde **ağır** **DEĞİLDİR** ve psikoz **EŞİK ETMEZ**.



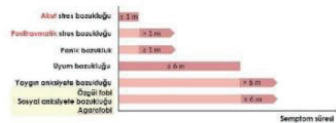
NEVROZLAR VE STRESLE İLGİLİ BOZUKLUKLAR

Nevrozlarda **gerçeği değerlendirme yetisi sağlamdır**. Nevrozlarda temel patoloji çoğu zaman **anksiyetedir**.

ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

Aşırı ve ısrarcı **korku, kaygı, endişe** ve/veya **kaçınma**.

Anksiyete bozuklukları arasında yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluğu, özgül fobiler ve seçici konuşmazlık (selektif mutizm) yer alır.



YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU

6 aydan uzun süren aşırı ve **sürekli** anksiyete ile karakterize

Mesleki, sosyal alanlarda belirgin sıkıntıya, **bozulmaya** neden belirtiler

Tedavi: Psikoterapi (Bilişsel davranış terapisi), **Farmakoterapi** (SSRI (escitalopram, paroksetin), SNRI (duloksetin, venlafaksin), Bupropion, Benzodiazepin (alprazolam, diazepam), TSAD (imipramin))

PANİK Bozukluk

Panik bozukluğu, **tekrarlayan, beklenmeyen ataklara** ek, **≥ 1 aylık bir süre**

SOSYAL ANKSİYETE Bozukluğu

Başkalarınca incelenmesinin beklendiği sosyal durumlarda ilgili kaygı

≥ 6 ay boyunca devam eden semptomlar, **sosyal, mesleki işlevsel bozulma**

Tedavi: BDT (bilişsel davranışsal tedavi), **SSRI** (paroksetin, sertralin), **SNRI** (venlafaksin), BZD, (klonazepam), Pregabalin, **Propranolol**, MAO inh.

ÖZGÜL FOBİ (EN SIK)

Bir veya daha fazla spesifik durum veya nesneye karşı **sürekli (≥ 6 ay)** ve yoğun korkular. **Tedavide Birinci basamak: Maruz bırakma terapisi ile BDT** (Bilişsel Davranış Terapi)

AGORAFOBİ

Yardım almanın ya da kaçmanın zor olabileceği yerlerde bulunma korkusu

Panik bozukluk birikteliği sıkır. **≥ 6 ay** süren korku, anksiyete

SELEKTİF MUTİZM

Tipik dil ve konuşmanın **normal gelişimi**. Genellikle **5 yaşından ÖNCE** başlangıç.

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK

Obsesyonlar ve/veya kompulsyonlar (En sık **kontaminasyon/ el yıkama**)

Obsesif kompulsif **bozukluk:** Ego-distonik (davranış kalıpla uyumuyor)

Obsesif kompulsif **kişilik bozukluğu:** Davranış **ego-sintonik** (uyuyor)

YÜKSEK doz SSRI (sertralin, paroksetin, fluoksetin, fluoksamin, citalopram)

Alternatif: Serotonerjik etkili TSA (**klomipramin** → **EN ETKİLİ**)

AKUT STRES BOZUKLUĞU

• **3 gün-1 AY** sürer.

TRAYMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU

Trayma sonrasında **>1 AY** GEÇTİKTEN SONRA konur.

SOMATOFORM BOZUKLUKLAR (BEDENSEL BELİRTİ BOZUKLUĞU VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR)

Belirtiler **kasıtlı oluşturulmaz** (yapay bozukluk ve temaruzdan farkı)

Sağlık personeli dâhil başkalarını aldatmaya yönelik kasıtlı bir **girişim söz konusu değildir**.

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 129

129.izole posterior inferior serebellar arter iskemisine bağlı inme tanısı ile yatırılıyor.

hangisinin saptanması en az olasıdır?

- A) Kognitif disfonksiyon
- B) Vertigo
- C) Nistagmus
- D) Disfaji
- E) Ataksi

İLGİLİ NOTLAR

20

KÜÇÜK STAJLAR

TUSEM®
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

FREY SENDROMU (GUSTATUAR HİPERHİDROZ/ AURICULOTEMPORAL SENDROM)

N.auriculotemporalis'in innervasyon alanında parotis bölgesinde **yemek yerken, çiğnerken veya yiyecek bir madde düşünülürken** tek taraflı yanakta **sıcaklık artışı, eritem, kızarıklık** ve terleme ile karakterizedir.



- 1) Ani başlayan **vertigo**, yüzünün sağında uyuşma, sağda dengesizlik, **ses kısıklığı, hıçkırık ve yutma zorluğu** → Lateral **MEDÜLLER** sendrom
- 2) Okülomotor (3.) CN'in etkilenmediği sendrom → **Wallenberg**

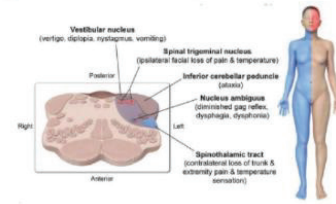
MEDIAL MEDULLAR SENDROM (DEJERINE)--- İNFERİOR ALTERNAN HEMİPLEJİ

MEDIAL medullar sendrom (DEJERINE)---İNFERİOR ALTERNAN HEMİPLEJİ



Klinik Bilimler 129. soru
Tusem Küçük Stajlar COMPACTUS
Özet Ders Notu Sayfa 020

LATERAL MEDULLAR SENDROM (WALLENBERG)---PİCA



Bulbus lateralisini besleyen: **A. Cerebelli POSTERIOR inferior (PICA) iskemisi**

Tr. spinothalamicus: **KONTRALATERAL** beden yarısı **ağrı-ısı** duyu (-) kaybı.

Nuc. Trigeminalis: **İPSİLATERAL** yüz yarısı **ağrı-ısı** duysusu (-), kornea reflex

Nuc. Ambigus (9-10-11.CN): **disfaji**, ses kısıklığı, azalmış öğürme

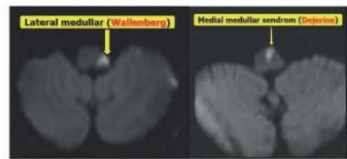
Nuc. Solitarius (7-9-10. CN): **İPSİLATERAL** tat almada azalma (aguzi)

Nuc. vestibulares: **vertigo**, denge bozukluğu, bulantı-kusma, nistagmus

İnferior serebellar pedüncül: **İpsilateral ataksi**, dismetri, disidiadokokinezi

Sempatik liflerin etkilenmesi: **İpsilateral HORNER** sendromu

Hipoglossal (12.CN) sinir, kortikospinal yol ve lemniscus medialis XXXXX



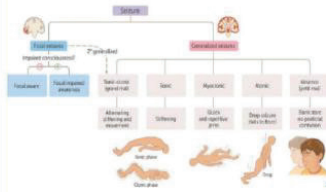
Tr. KORTİKOSPİNALİS etkilenmesine bağlı KL hemipAREZİ/PLEJİ

Lemniscus **MEDIALİS**: **KL ŞUURLU** proprioseptif, vibrasyon, 2 nokta ayrımı

N. hypoglossus **harabiyeti**: dil kaslarında paraliz (İL GLOSSEPLEJİ)

MLF kütülümü Internükleer ofalmopleji (İNO)

EPILEPSİ



FOKAL NÖBETLER

Fokal Nöbetler	
Kökü	Özellikler
Frontal	Todd paralizi (sık): Post-iktal 24-36 saat İL kuvvet kaybı
Temporal (EN SIK)	Otomatizmalar (en sık), Epigastrik yükselen his (aura) %75 orobukolingual (ağız şapırdama, yalanma, yutkunma)

Parsiyel (Fokal) → ilk tedavi **Karbamazepin** (Lamotrijin ve Levetirasetam)

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 132

132. Yüksekten düşme sonrası iki kostada kırık olan hastaya bupivakain sonrası kardiyak arrest gelişiyor. Bu hastada sonraki en uygun yaklaşım hangisidir?

İLGİLİ NOTLAR

Kıymetli arkadaşlar;
Sınavda gelen senaryo aynen kitabımızda geçiyor.

Yan tesiri geri döndürmek için kullanılan tedaviyi de farmakoloji kaynaklarımızda mükemmel bir şekilde vurguladığımızı farkediyorsunuz.

112

KÜÇÜK STAJLAR

TUSEM®
TİPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

	Bölgesel Anestezi	
	Spinal Anestezi	Epidural Anestezi
Servise	L3 ve altı (genellikle) (araloid - pir)	L2 ve üzeri (ligament flavum - dura)
Başlangıç süresi	2-5 dk	10-15 dk
Zorluk	Kalay	Zor
Dozaj	Düşük volüm LA	Yüksek volüm LA
Sürekli infüzyon	Mümkün değil	Kateter kullanımı ile mümkün
Komplikasyon	Baş ağrısı sık ama hafif	Baş ağrısı nadir ama ciddi
Nörotoksikite	Olabilir	Nadir
Sistemik bulgular	Nadir (hipotansiyon ve bulantı)	Daha sık

KAUDAL (ŞAKRAL EPİDURAL) ANESTEZİ

- Perianal, uretral, perine ve alt ekstremité girişimlerinde uygulanır. Tedavi amacıyla bel ve sırtık sinir ağrısı bacaklardaki vazopastik hastalıkların ağrısı ve postoperatif ağrı tedavisinde kullanılır.

2- PERİFERİK SİNİR BLOKLARI

- Periferik sinir blokları, genel anesteziye (solunum depresyonu, aspirasyonu) ve nöral anestezie (BOC sızın sendromu, idrar retansiyonu) bağlı olan riskleri taşımaz. PSS sinirlerinin etrafına lokal anestezi maddelerinin enjekte edilmesiyle, ilgili innervasyonlu dokudaki ağrı iletiminin geri dönüşümü olarak uyuturulmasını sağlar.
- Periferik sinir blok **kontrendikasyonları**: A) **Hastanın reddetmesi** B) **Girişim yerinde enfeksiyon bulunması** C) **Hastanın lokal anesteziye alerjisi olması** D) **Blok yapılacak sinirde önceden hasar mevcut olması**
- Obstrüktif uyku apnesinin (OSAS) periferik sinir blokları ile ilgili kontrendikasyon teşkil eden bir durumu **yoktur**.



LOKAL ANESTEZİ

- Lokal anestezi**, uygulama alanına çevresindeki sinir uçlarını bloke ederek ağrı iletimini reversible uyuturur.
- Hem yetişkinlerde hem de çocuklarda küçük müdahaleler ve yara onarımı için yaygın olarak kullanılır ve **topikal** (jel, merhem, sprey, yama) ile **infiltrasyon** anestezisi olmak üzere **subkutan** ya da **submukozal** etki sağlar.
- Tek nokta (Single-point) infiltrasyonu**: Lokalize ağrı prosedürler (lomber ponksiyon, insizyon ve drena)

LOKAL ANESTEZİKLERİN YAN ETKİLERİ VE TOKSİSİTESİ

Sistemik Yan Etkileri:

- Başlangıçta dilde ve ağız çevresinde uyuşukluk, baş dönmesi, huzursuzluk, sinirlik ve kas seğirmeleri görülür.
- Bunu **konvülsiyonlar**, **bilinç kaybı** takip eder. Medüller depresyona bağlı apne, **kardiyovasküler kollaps** ve koma.
- İntrakardiyak blok ve **kardiyak arrest** yapabilirler (özellikle bupivakain).
- Sempatik blokaja bağlı olarak hipotansiyona neden olabilirler. Daha çok ester yapıları alerjik reaksiyonlar oluşturabilirler.
- KVS ve SSS'de başlangıçta depresan etki oluştururlar (lokain hariç bu madde öfori yapar).
- Yüksek dozlarda SSS üzerinde disinhibisyonu bağlı ekstrasistasyon (tonik klonik konvülsiyonlar) yaparlar.
- Hipotansiyon** (en belirgin **spinal anestezi** sırasında olur). Kardiyak aritmiler ve kardiyak arrest (**Bupivakain**)
- SSS üzerine toksik etkiler (**Lidokain**), **Vücut ısısında artış**.
- Ester yapıda olanlara karşı alerjik reaksiyonlar sıklıkla (Prokain, Tetrakain). **Alerjiden sorumlu olan**, esterlerin parçalanması ile oluşan **p-aminobenzoik asit** (PABA). ***

MALİGN HİPERTERMİ

- Malign hipertermi, **genel anestezi sırasında** iskelet kasında kontrol dışı bir kasılmaya yol açan, yaşamı tehdit eden **hiperkatabolik** bir duruma ve **vücut sıcaklığında artışa** neden olan sublinik bir miyopati. O.D geçicidir.
- Vakalar **ryanodine reseptör tip 1 (RYR-1)** veya **dihidropiridin reseptörlerinde (DHPR)** mutasyonla ilişkilidir.

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 133

133.hangisi dinamik böbrek sintigrafisi endikasyonu değildir?

- A) Üreteropelvik darlık
- B) Veziköüretal reflü
- C) Obstrüktif böbrek hastalığı
- D) Malign böbrek kitlesi
- E) Renovasküler hipertansiyon

İLGİLİ NOTLAR

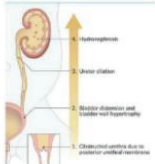
84

KÜÇÜK STAJLAR



Etiyoloji:

- PRİMER VUR (daha sık):** Kısa intramural üreter, üreterin laterale açılması, **trigonal zayıflık** (en sık veziköüretal bileşke [VUJ] tamamen kapanamaz ve üretere idrar kaçağı olur.
- SEKONDER**
- Mesane çıkış obstrüksiyonu:** (anatomik/fonksiyonel): mesanede yüksek basınç → üreterovezikal bileşkeden (VUJ) idrarın geri kaçağı.
 - Anatomik:** posterior üretral valfler (%50'sinde VUR gelişir), üretral meatal darlık
 - Fonksiyonel:** mesane ve bğışsak disfonksiyonu; nörojenik mesane
- Sistit**
- Üreterin Konjenital Anomalleri:**
 - Üreter duplikasyonu** (en yaygın böbrek anomallığı; nüfusun %1'i)
 - Ektopik üreter**
 - Üreterosel**
 - Prune-Belly Sendrom:** Karın kasları, üreterler ve mesanenin düz kaslarının normal gelişmesini tamamlamadığı oldukça nadir bir hastalıktır. Bilateral kriptorşidizm, idrar yollarında dilatasyon, VUR
 - İyatrojenik** (transüretral mesane ameliyatları)
- Çocuklarda mesanede anatomik obstrüksiyon yapan en s neden posterior üretral kapaktır.**



Ultrasonografi: Ateşli İYE olan çocuklarda ve takiplerde endikedir. Hidronefroz ve genişlemiş üreter tespiti

Kontrastlı İşeme Sistoüretrografi (Miksiyon Sistoüretrografi/VCUG):

- 2 veya daha fazla ateşli İYE geçiren çocuklar veya
- Aşağıdaki durumlardan herhangi biri ile birlikte ilk ateşli İYE:
 - USG'de tespit edilen böbrek anomallısı
 - 39°C üzerinde ateş ve idrar kültüründe E. coli dışında bir patojen
 - Hipertansiyon
- Kontrastlı madde üretral kateter aracılığıyla mesaneye verilir; görüntüler çocuk işerken floroskopi ile elde edilir. Miksiyon sırasında kontrast maddenin üreterlere doğru geriye yansması Veziköüretal Reflü (VUR) tanısını koyar. VUR, işeme sistoüretrografi sonuçlarına göre 5 **şiddet derecesine** ayrılır.



DWOSKİN SINIFLAMASI

- Gr 1:** Yalnızca alt üreterde (Üreter dilatasyonu yok)
- Gr 2:** Kalikslerde dilatasyon yok pelvikaliksial dolma (Reflü, böbrek pelvisine kadar uzanır, Üreter dilatasyonu yok)
- Gr 3:** Kalikslerde hafif kütleleşme ile beraber pelvikaliksial

Klinik Bilimler 133. soru
Tusem Küçük Stajlar COMPACTUS
Özet Ders Notu Sayfa 084

Özet Ders Notu Sayfa 084

Mesane trabekülasyonu (konjenital DEĞİL !!! EDİNSEL) // Sistite sekonder mesane duvarı ödemi (EDİNSEL)

Klinik Bulgular:

- Prenatal dönemde,** rutin antenatal USG ile hidronefroz tespit edildiğinde şüphelenilir.
- Postnatal prezentasyon:** Tekrarlayan ateşli İYE, Yehi doğanlar (huzursuzluk, ateş ve halsizlik), Büyük çocuklar (ateş ile ilişkili idrar acılığı, sıkılığı, kaçırma ve dışürü), Reflü nefropatisi (renovasküler HT, böbrek yetmezliği, üremi), idrar yaparken ağrısında veya sırasında flank veya karın ağrısı
- VUR genellikle idrar yolu enfeksiyonuna neden olana kadar asemptomatiktir.

Komplikasyonlar:

- Enfeksiyonları:** Ürosepsis, Piyelonefrit, Perinefrik apse
- Böbrek komplikasyonları:** Megaüreter, Hidronefroz, renal skar, Kronik böbrek hastalığı

Tanı:

- İdrar Analizi ve İdrar Kültürü:** Enfeksiyonu dışlamak için hidronefroz olan tüm çocuklarda endikedir
- Böbrek Fonksiyon Testleri:** Serum kreatinini, üre ve elektrolit

Dmsa Böbrek Taraması (Dimerkaptos Üksinik Asit):

- Korteks, böbrek fonksiyonu ve skarlaşmanın değerlendirilmesi
- Takipler ve tedavi izleme** için de önerilmektedir

Mag3 Taraması (Merkaptasetiltriğliserin) (Radyonükleer Sistoüretrografi):

- VUR'u tespit eder (özellikle obstrüksiyonlardan kaynaklanıyorsa), böbrek fonksiyonunu ölçer

Tedavi:

- Konservatif Tedavi:** 5 yaşın altındaki çocuklarda VUR evre I-III'te Uzun süreli profilaktik antibiyotikler
 - 3 aydan büyük çocuklar: trimetoprim-sülfametoksazol, nitrofurantoin
 - 2 aydan küçük bebekler: amoksisilin

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 134

134. Sistemik lupus eritematozus öyküsü olan ve steroid kullanan hastada, diz grafisinde sklerotik ve radyolusent alanlar saptanıyor. Bu hastada en olası tanı hangisidir?

İLGİLİ NOTLAR

TUSEM®
 TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

KÜÇÜK STAJLAR

77

- İlk 6 ayda kalça **abduksiyon** ve **fleksiyonda** tutan dinamik ya da statik ortezlerle (**Pavlik** bandaj) tedavi yapılır.
- 6-18 ay arası genel anesteziyle **kapalı redüksiyon** ve **Pelvipedal alçı**, başını sağlanamazsa açık redüksiyona gidilir. 18 ay sonrası **açık redüksiyonla** birlikte asetabulumu yönelik **osteotomiler**, **asetabuloplastiler**
- Açık redüksiyondan da yarar görmeyen olgularda **osteotomi** cerrahisi için **sınır 18. aydır**.
- Kalçanın kapalı redüksiyonu ve sonrasında redüksiyonun korunması için alçı uygulaması (**hiperabduksiyon alçası**) genel anestezi altında yapılır.
- Tedavide **hiperabduksiyonun komplikasyonu** olarak **femur başı avasküler nekroz** gelişebilir.
- **Avasküler nekroz**, tedavi sonrası uzun dönemde sorunlara yol açan en önemli komplikasyondur ve uzun dönemde dejeneratif eklem hastalığına yol açar. tedaviye bağlı komplikasyondur. önlenemez. Bassı altında kalan **medial circumflex femoral arter** dir.
- **POSTERIOR** kalça eğiliminde bacak pozisyonu: **kalça fleksiyon** ve **ADDÜKSİYON**, bacak **İÇ ROTASYON**
- **POSTERIOR** kalça olukunda zedelenme riski olan **ŞİVATIK**

Klinik Bilimler 134. soru
Tusem Küçük Stajlar COMPACTUS
Özet Ders Notu Sayfa 077

- Osteokondrozlar ossifikasyon merkezinin **aseptik-avasküler nekrozlarının** ortak adıdır.
- Belli bir süre sonra **spontan düzelen** ancak sakatlık bırakabilen bir hastalık grubudur.
- **Kırık sonrası avasküler nekroz** riski en çok **femur boynu**, **skapoid**, **talus** ve **lunatum** kırıklarında olur.
- **PERTHES CALVE LEGG HASTALIĞI (EN SIK)** Proksimal femoral epifizin aseptik avasküler nekrozudur. Etiyolojide en sık travmanın rol aldığı düşünülen, 4-8 yaşlarında erkeklerde daha sık görülen bir hastalıktır. Klinik olarak kalça ve dizde ağrı, topallamayla başlayan şikayetlere, kalçada abduksiyon, internal rotasyon kısıtlılığı eklenir. Uyuk kısıtlarında ağrı, kusama.
- 1- Ne kadar **küçük** yaşta başlarsa o kadar **iyidir** (en önemli). 2- Femurun başı ne kadar az tutulmuşsa o kadar iyidir. 3- Şişmanlık kötü. 4- Eklem hareketlerinde sertlik ve fleksiyon kontrolünün önemi.
- **Steroid** kullanımı; **<45 yaş avasküler nekrozunun** en önemli sebebidir; bilateral avasküler nekroz yapar.
- **OSGOOD SCHLATTER (x2):** **Tuberositas Tibia'nın** aseptik nekrozudur. Pubertal yaşlarda görülür.
- **KOHLER HASTALIĞI:** **TARSAL NAVİKÜLER** Kemikğin aseptik nekrozudur.
- **KJENBOCK HASTALIĞI:** El Kemik (Lunatum) aseptik nekrozudur.
- **SEVER HASTALIĞI:** **KALKANEUS** posteriyorunun apofizii.
- **FREIBERG HASTALIĞI:** 2. Metatars başının aseptik nekrozudur.
- **SCHENLERMANN HASTALIĞI (ADÖLESAN KİFOZU):** **Vertebra** Limbusunun aseptik nekrozudur. Torasik ve torakolomber vertebraların yapısal kifozudur. Erkeklerde daha sık gözükür. Başlangıç yaşı 10-12 arasındır. Alt torasik ve üst lomber vertebralarda anterior kamalgama olur.
- **PANNER HASTALIĞI:** **KAPUT HUMERİ'nin** aseptik nekrozudur.
- **JOHANSSON-CARSEN HASTALIĞI:** **PATELLA ALT UCU'nun** aseptik nekrozudur.

- **PREİSER HASTALIĞI:** **SKAFOLD** kemikğin **aseptik nekrozudur**.
- **DIETRICH hastalığı:** **Metakarpal başı AVN'si**
- **THIEMANN hastalığı:** **Falanks AVN'si**
- **AHLBACK hastalığı:** (**subkondral yetmezlik kırığı**): **Medial femoral kondilin AVN'si**
- **BLOUNT hastalığı:** **Tibianın proksimal metafizinin medial yüzünün AVN'si**
- **SİNDİNG-LARSEN JOHANSSON hastalığı:** **Patellanın inferior kutpunun AVN'si**

İSKELET SİSTEMİNİN ENFEKTİF HASTALIKLARI

Primer Osteomyelit:

- Ağır kırık, ortopedik operasyondan sonra kontaminasyonla olur. en sık: **topuk**, **sakrum** ve **tüberküml majus'ta**

Hematogen (SEKONDER) Osteomyelit:

Yücuttaki benzer enfeksiyon kaynağından hematogen gelir. En sık çocuklarda, **dize** yalan **metafizlerde** yerleşir. Erişkinlerde ise **vertebralarda** daha siktir. Başlangıçta radyolojik bulgu olarak **yumuşak doku** şişliği gözlenir.

+ Etkin mikrorganizmalar:

- Yenidoğanlarda; streptokok öne çıkar. **3 ay-3 yaş arasında**; h. influenza, i. v. ilaç kullananlarda eroinmanlarda; psödomonas, **sickle cell anemide**, salmonella'nın insidansı belirgin derecede artmıştır ama en sık etken yine **s. aureus'tur**. **Hematogen Osteomyelitte** en sık etken **STAF. AUREUS**

Akut Osteomyelit:

Sepsis, yüksek ateş, lokalize ağrı, şişlik, hareket kısıtlılığı vardır. Genelde lökositoz olmaz. Sedim, CRP yükselmiştir.

Tanı: **Direkt grafilerde** yumuşak doku şişliği 1-3 gün sonra ortaya çıkar ancak kemik veya periost hasarı 10-12 günden önce anlaşılamaz. İlk bulgu yumuşak doku şişliğidir. **MRG** erken inflamatuvar değişiklikleri gösterir.

Tekneyum-99m sintigrafisi %90-95'inde (+). Negatif olması akut osteomyelit tanısını dışlamakta kullanılır.

Subakut Osteomyelit:

Hastanın direni yüksek, M. O. virüsü düşük ise olur. Etken **s. aureus**dur.

– **Kemik içi enfeksiyon kavitesi.** Radyolojik olarak etrafı sklerotik kemikle sınırlı litik odak (**BRODIE ABSESİ**). Subakut hematogen osteomyelit en sık görülen formu Brodie absesidir. Radyolojik olarak tümörle karıştırılabilir. Kesin tanı için biyopsi gerekebilir.

Kronik Osteomyelit:

Subakut O. M. cilde fistülize olursa kronikleşmenin göstergesidir. CRP ve sedimentasyonda artış görülebilir. Vakaların ancak %35'inde lökositoz saptanmıştır. Kronik osteomyelit varlığını veya yokluğunu tam gösterebilen bir tetkik mevcut değildir. Direkt grafiler ilk istenmesi gereken tetkik olmamıştır.

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 135

135. Altmış üç yaşındaki erkek hasta 2 haftadır olan sarılık şikayetiyle başvuruyor. Öyküsünden renal hücreli karsinom tanısı olduğu öğreniliyor. Fizik muayenesinde cildin ikterik olduğu gözleniyor. Laboratuvar tetkiklerinde bilirubin ve alkalen fosfataz düzeyi yüksek saptanıyor. Batin ultrasonografisinde ekstrahepatik safra yollarında dilatasyon izlenmiyor ve hastada intrahepatik kolestaz olduğu değerlendiriliyor. PET-BT'de karaciğerde patoloji saptanmıyor.

hastada gelişen intrahepatik kolestaza yol açması **en olasıdır?**

A) Stauffer sendromu

İLGİLİ NOTLAR

90

KÜÇÜK STAJLAR



Kromofob Hücreli Karsinom

- Interkalat hücrelerden köken alır: Perinökleer haloya sahip soluk eozinofilik hücreler vardır.
- **Onkositom ile karışır.** Diğer tiplere göre az görülür ama **çok iyi prognostudur.** Hipodiploidi tipiktir.

Toplayıcı Kanal Karseni

- Medulladan ortaya çıkar. KSAÖ prognostudur. **Medüller kanser olarak hücreli anemide görülür.**
- **Sarkomatoid değişiklikler kötü prognosta birliktedir.**

Ailesel Renal Hücreli Kanser Sendromları

	Temel Klinik Bulgular
Von Hippel Lindau	1. Berrak Hücreli RCC 2. MSS hemangiyoblastoma 3. Retinal anjiyoma 4. Feokromositoma
Hereditör papiller RCC (MET mut.)	1. Tip 1 papiller RCC
Ailesel leyomyomatosis (Fumarat Hidratat)	1. Tip 2 papiller RCC 2. Kutanöz leyomyomatosis 3. Ürterast leyomyomlar
Birt-Hogg-Dube sendromu (Folikül)	1. Kromofobik RCC 2. Akciğer kistleri 3. Spontan pnömotoraksi

- T2a..... Tümör >7 cm ve ≤10 cm b5brek içinde sınırlı // T2b..... Tümör >10 cm ve b5brek içinde sınırlı
- **T3..... Tümör büyük vana ve/veya perinefratik dokuya uzanıyor ama Gerato fasiasını aşmaz ve aynı taraflı adrenal beze ulaşmaz**
- T3a..... Tümör renal vana veya segmental dallarına uzanır veya perirenal ve/veya renal sinde yağlı dokusu invaze; fakat Gerato fasiası ötesine uzanmaz
- T3b..... Tümör **diyafragma altı** vana cava inferior'a uzanır
- T3c..... Tümör **diyafragma üstü** vana cava'ya uzanır veya vana cava duvarına invazidir
- T4..... Tümör **Gerato fasiasının ötesine** geçmiştir (aynı taraflı adrenal bazin komşuluk yoluyla tutulumu da dahil)



BENİGN PROSTAT HİPERPLAZİSİ (BPH)

İnsidans ve Epidemiyoloji:

- BPH **erkeklerdeki en sık görülen selim tümör** olup, insidansı yaşla ilişkilidir.
- Prostat büyümesinden en fazla sorumlu olan ve **prostat en fazla büyüyen** hastalıktır.

Etiyoloji:

- BPH etiyolojisi **endokrin kontrolündedir.** BPH **transisyonel** (değişici epitelium hücreli) zonda gelişir.
- Anlamli **düz kas bileşeni** olan hastalarda **alfa bloker** (Fenoksibenzamin ve prazosin) tedavisine iyi cevap verir.
- Epiteliden oluşan BPH'li hastalar **5α-redüktaz inhibitörlerine** (Finasterid) daha iyi yanıt verir.
- **Stromada** anlamli kolajen komponenti olan hastalar **her iki medikal tedavi şekline de yanıt veremeyebilir.**

Klinik Bulgular:

- BPH'nin semptomları **obstrüktif ve irritatif** yalanmalar olarak ayrılabilir.
- **Obstrüktif** semptomlar duraklama, idrar akımının gücü ve çapında azalma, tam olmayan mesane boşaltım hissi, gıft işeme (önceki işmeden sonra 2 saat içinde ikinci kez işeme), idrar yapmada zorlanma ve işeme sonrası damlamayı içerir.
- **Irritatif** semptomlar acil işeme hissi, sık işeme ve noktürniyi içerir.

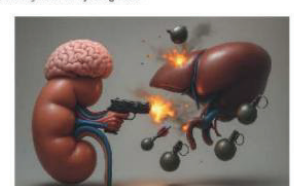
Tedavi:

Transüretral Prostat Rezeksiyonu (Turp)

- Basit prostatitadomilerin %95'i endoskopik olarak gerçekleştirilebilir.
- TURP'un riskleri **retrograd ejakülasyon** (%75), **impotans** (%5-10) ve **inkontinans** (<1%) içerir.
- **Komplikasyonlar;** kanama, **üretra darlığı** veya **mesane boyunu kontraktürü**, prostat kapsülünün perforasyonu ile ekstravazasyonu ve perforasyon ağır ise hipotonik irigasyon solüsyonunun emilimine bağlı **hipervolemik hiponatremik** durumun neden olduğu **TUR sendromunu** içerir. TUR sendromunun klinik belirtileri bulanık, kusma, konfüzyon, HT, bradikardi ve görsel bozuklukları içerir.

Klinik Bilimler 135. soru
Tusem Küçük Stajlar COMPACTUS
Özet Ders Notu Sayfa 090

Stauffer sendromu (nonmetastatik hepatik disfonksiyon sendromu): Renal hücreli karsinomun paraneoplastik bir manifestasyonu olup, karaciğer metastazı olmaksızın KCFT'de bozulma ile karakterizedir. Açıklanamayan KCFT yükseliği (özellikle ALP) olan hastada metastaz olmadan renal kitle tespit edilmesi durumunda düşünmek gerekir. Primer renal tümörün rezeksiyonu sonrasında karaciğer fonksiyon testlerinin normalleşmesi tanıyı doğrular.



TÜMÖR EVRELENDİRMESİ

- TX..... Primer tümör değerlendirilemiyor // TO..... Primer tümör varlığına dair belirti yok
- **T1..... Tümör ≤ 7 cm, b5brek içinde sınırlı**
- T1a..... Tümör ≤ 4 cm, b5brek içinde sınırlı // T1b..... Tümör > 4 cm, ancak ≤ 7 cm, b5brek içinde sınırlı
- **T2..... Tümör > 7 cm, b5brek içinde sınırlı**

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 181

181.sol kol ve bacakta güç kaybı şikâyetiyle acil servise başvuruyor. (SAĞ HEMİSFER STROKE --> PARADOKSAL EMNOLİ)

Öyküsünden 12 saatlik bir yolculuk yaptıktan sonra sol bacağına şişlik ve ağrı gelişmesi (SOL DVT)

Doğum kontrol ilacı dışında herhangi bir ilaç kullanımı olmayan hastanın fizik muayenesinde sol kol ve bacakta 2/5 güç kaybı tespit ediliyor.

Bu hastada aşağıdaki kardiyak patolojilerden hangisinin görülmesi en olasıdır?

Patent duktus arterioyozus

İLGİLİ NOTLAR

120

KÜÇÜK STAJLAR

TUSEM®
TİPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

- Kritik ekstremite iskemisi:** Ekstremitiyi tehdit eden arteriyel tıkanıklığın göstergesidir. Akut bir olaydan ziyade kronik bir süreç işaret eder. >2 hafta istirahat ağrısı, iyileşmeyen ülseler, doku kaybı (gangren)
- Buerger işaretleri:** Hasta sırt üstü yatarken, alt ekstremiteleri kalçadan 45 derecelik açıyla kaldırır. Ayaklardaki solukluk için değerlendirilir. Hastadan muayene masasının kenarında

bacaktan sarılık vaziyette oturmasını isteyin. Ayakların renginin geri dönme süresini ve toplardamarların genişleme zamanını değerlendirin.

- Pozitif Buerger:** Ekstremitte kaldırıldığında alt solukluğu, Ekstremitte sarılığında reaktif hiperemi, >20 sn venöz dolun süresi ileri düzeyde iskemiyi gösterebilir.

prosedür

solukluk **Reaktif hiperemi** **Sarılaşma** **venöz dolun**

Pozitif Buerger Sağ PAH

asemptomatik **İntermitant kladikasyon** **KÜRÜ gangren**

İstirahat ağrısı **gangren** **YAT gangren**

- Fontaine Sınıflaması:** Evre I: asemptomatik, Evre II: eforla ağrı, Evre III: istirahat ağrısı, Evre IV: nekroz, gangren
- PAH klinik özellikleri** olan hastalarda, istirahat ABI'sını ölçün. **ABI ≤ 0,9** ise PAH doğrulanır.

- Kritik ekstremite iskemisi tedavisi:** Egzersiz + kardiyovasküler risk faktörü modifikasyonu + revaskülarizasyon
- <2 haftalık semptom veya bulgularla ekstremiteye ani arteriyel kan akışının azalması; uzuv canlılığını tehdit eder.
- Etiyoloji:** Arteriyel tromboz (Ateroskleroz, travma, stent veya greft trombozu, anevrizmal tromboz (en sık popliteal arter anevrizmalarında), vaskülit, trombofil, hiperkoagülopatilerde, aort diseksiyonu, arteriyel VK [şok, sepsis, ilaçlar (norepinefrin)], sol tarafı ilgilendiren kardiyak neden (endokardit, miksom, aort kapak replasmanı)
- Alt ekstremite vakaların %80'ini oluşturur ve arterial trombozdan kaynaklanır (En sık yüzeyel femoral arter).**

Klinik Bilimler 181. soru
Tusem Küçük Stajlar COMPACTUS
Özet Ders Notu Sayfa 120

- Ayak-brakiyal indeksi (ABI):** Sistolik ayak kan basıncının sistolik brakiyal kan basıncına oranıdır.
- İstirahat ABI:** Şüpheli non-akut PAH için 1. basamak tani testi (intermittent kladikasyon, dinlenme ağrısı veya alt ekstremitelerde iyileşmeyen ülseler veya gangren). Hastadan yaklaşık 10 dk supin pozisyonunda dinlenmesini isteyin. Kan basıncı kullanarak nabızı bulun. Ayak basıncı: **Dorsalis pedis** ve **posterior tibialis** arterlerinin **sistolik** basıncını **bilateral** olarak ölçün. Her iki kolun **brakiyal** arterlerinin sistolik basıncını ölçün. Her bacak için ABI'yi hesaplayın: En yüksek basıncın birbirine bölün.
- > 1.4 **Medial kalsifik skleroz** ile sıkışmayan damar duvarı, 1-1.4: Normal, 0,91-0,99: Sınırdan, ≤ 0,9: **Anormal**.
- ABI (≤ 0,9)** ve **ABI (> 1,4)** tüm nedenlere bağlı ve **kardiyovasküler mortalite** riski ile ilişkili.
- IV kontrast ile MR anjiyografi, BT anjiyografi, Doppler USG, Kateter anjiyografi (DSA)
- 1. basamak önlemlere rağmen kalıcı kladikasyon; **Silostazol** (PDE-3 inhibitörü VD. **Yürüme mesafesini artıran** ilaç, **pentoksifilin**, **HMG-KoA redüktaz inhibitörleri**, ranitidin, veya **revaskülarizasyon** (stenoz < 10 cm, oklüzyon < 5 cm veya Aortiliak hastalık varsa **endovasküler** revaskülarizasyon, diğer olgularda **cerrahi** revaskülarizasyon)
- Cerrahi revaskülarizasyon:** uzun segment (> 10 cm) multifokal, Ortak femoral arter lezyonları, Saf infrapopliteal, CTO

AKUT ARTER İSKEMİSİ

- Arteriyel emboli ağrısı **ani ve şiddetlidir**, oysa tromboz ağrısı yavaş gelişir ve kladikasyon ile önceden gelebilir
- En iyi başlangıç testi** (arteriyel ve venöz **Doppler USG**), Doğrulama testi (**anjiyografi (DSA, BT, MR)**)
- Ayak bileği-kol indeksi:** 0.9: periferik arter hastalığı, < 0.4: şiddetli periferik arter hastalığı
- CTA** (en yaygın başlangıç çalışması): tıkanıklık yerini, damar anatomisini ve cerrahi hedefleri belirler
- Dijital substraksiyon anjiyografi, Doppler USG, MR anjiyografi

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 182

182. Depolarizan etkili nöromusküler blokör hangisidir?

TUSEM
TİPİ UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

Klinik Bilimler 182. soru
Tusem Küçük Stajlar COMPACTUS
Özet Ders Notu Sayfa 107

- **ATROPİN kullanım amacı:** Parasempatik bronşiyal ve kardiyak reflekslerin azaltılması. Ayrıca oftalmolojide miyozis (piloileji için), GİS ve GÜS'deki spastik durumlarda, organofosfat zehirlenmesinde kullanılır.
- Bu amaçla operasyondan önceki gece PO **anksiyolitik** ajan (örn benzodiyazepin) operasyon sabahı ise IV sedatif-**anksiyolitikler** (midazolam) ve/veya **analjezik** (morfin) uygulanabilir. Preoperatif güncel açlık süresi berrak sıvı (su) 2 saat, anne sütü 4 saat bebek maması 6 saat ve katı gıda alımı 6 saattir. Ancak kullanılan antianginal ve antihipertansif ajanlar operasyon sabahı az miktarda su ile verilmelidir.
- Endotrakeal entübasyonda tüpün trakea içine yerleştirilmiş olduğunu en iyi gösteren: **End-tidal CO2 basma ölçümü**

ENTÜBASYONUN Komplikasyonları	
• Larinksoskopi ve entübasyon sırasında Yanlış yerleştirme - Özofageal/Bronşiyal entübasyon, AC ödemi, kaf larenkte • Hava yolu travması - Diş hasarı, Dudak, dil veya mukazada lacerasyon - Bağız ağrısı, Mandibula çığı, Retrofaringeal diskonyon • Fizyolojik refleksler - HT, taşikardi, İntratrakeal/İntrasküler/İntrabdominal HT - Hipo değil HİPERtansiyon (HT) // Laringspasz - Tüpün fonksiyonunun kötü olması - Kaf perforasyonu	• Tüp yerleştirilmes - Yanlış yerleşim: Bronşiyal entübasyon, kaf larenkte - Havayolu travması: Mukozal ülserasyon, sırtma - Tüpün yanlış fonksiyonu: Yangın/ patlama, Tıkanma • Entübasyonu takiben • Hava yolu travması: Ödem ve darlık (glottik, subglottik veya trakeal) - Ses kısıldığı (vokal kord granülomu veya paraliz) - Larenjin fonksiyon bozukluğu ve laringeal aspirasyon • Laringspasz, Negatif basınç pulmoner ödem

Cerrahi Sonrası Rutin 'Uyanık' EKSTÜBASYON Kriterleri

Subjektif Klinik Kriterler: Spontan solunum, Komutlara uyum, 5 saniye süre ile baş kaldırabilme, Gag refleksli intakt, Hava yolu temiz, Yeterli ağrı kontrolü, İnhalasyon anesteziklerinin minimal end ekspiratuar konsantrasyonu

Objektif Kriterler: Vital kapasite ≥ 10 mL/kg, İstemli negatif inspiratuar **pik basıncı** ≥ 20 cmH2O

2. OPERASYON DÖNEMİ

a. Monitörizasyon

- EKG, Puls olometri, Non-invazif arter basıncı, **End-tidal parsiyel karbondioksit basıncı ET-PCO2**
- Diğer-invazif teknikler: İnvazif arter ve Santral venöz basınç, EKO

- b. **Anestezi uygulaması:** Genel Anestezi'nin olmazsa olmazı **kas gevşemesi** olmak üzere üç ana bileşeni bulunmaktadır. Kas gevşemesi entübasyon yapılan her vakada gereklidir. Maske ile anestezi verilen yüzeysel cerrahide (örn küretaj, sistoskopi) kas gevşemesine gerek olmaz.
- **Anestezi 3 ana dönemde** **özellenebilir**: 1-İndüksiyon, 2-İdame, 3-Uyanma ve derlenme

İNDÜKSİYON: Hastanın **anestezisyeye giriş** dönemini ifade eder. Olası problemlere karşı anestezisyeye başlamadan önce maske ile %100 oksijen birkaç dakikalık **verilerek preoksijenizasyon (denitrojenizasyon)** sağlanır.

Hipnoz; tiopental, propofol, etomidat, ketamin, midazolam gibi ajanlarla sağlanırken, analjezi için **opioid ajanlar** (fentanil, alfentanil, remifentanil) kullanılır. Kas gevşemesi gerekirse **depolarizan ve nondepolarizan nöromusküler blokörler** (**rokuronyum, veküronyum, süksinilkolin**) verilir. Kullanılan ajanların etki başlama süresine göre 30-120 sn beklendikten sonra entübasyon uygulanır.

Çocuklarda ise **solunum yollarını irite etmemesi** nedeniyle özellikle **SEVOFLURAN** maske ile uygulanır, hipnoz oluşmasını takiben damar yolu açılır ve işleme enişlerdeki gibi devam edilir.

İDAME: Anestezinin **operasyon sonuna kadar** olan dönemini kapsar. Sıkdıkla hipnoz için inhalasyon yoluyla kullanılan volatili ajanlar (**halotan, enfluran, isofluran, sevofluran, desfluran**) tercih edilir. Anestezi akciğerlerde ventilasyon perfüzyon ilişkisini bozarak ateletazilere ve şant artışına yol açtığından oda havasından daha yüksek konsantrasyonda oksijen uygulanması gerekir. İdame döneminde analjezi için **aset protokole** ek olarak intravenöz yoldan narkotikler (**fentanil, alfentanil, remifentanil**) verilir. Yine kas gevşemesinin idamesine gerek varsa (örn. Batın, toraks, beyin operasyonları) nöromusküler blokörler etki süreleri geçince intravenöz yoldan ek dozlar uygulanır.

Anestezi indüksiyonunda hipnoz ve kas gevşemesi ile beraber hastanın solunumu kaybolur. Bu süreçte önce maske ve balon ile manuel ventilasyon uygulanır. **Entübasyonu takiben endotrakeal tüpün trakeada ve karinanın üstünde yerleşliğine kanaat getirilince** (bunu anlamada en **değerli yöntem End-tidal karbondioksit basıncı ölçümüdür**) **mekanik ventilasyona** geçilir. Soluk hacmi (6-10 mL/kg), frekans (10-30/dak, yaş azaldıkça frekans arttırılır), I: E (1: 2) gibi ayarlanır.

UYANMA ve DERLENME: Cerrahinin sonuna gelindiğinde **önce inhalasyon ajanı azaltılıp** kapatılır. Uyanma döneminde **%100 oksijen** uygulanır ve hipoksi riskini azaltmak için bu uygulamaya ekatübasyon sonrası ilk baş dakika devam edilir. Hasta daha sonra uyanma odasına alınarak monitörize edilir ve vital fonksiyonları izlenir. **Analjezik ajanlar** (morfin, dolantin gibi narkotik analjezikler, tramadol, NSAİD) uygulanır. Zaman ve mekan oryantasyonunun yerine geldiği ve kas kuvvetinin yeterli olduğu zaman yatığına gönderilir. Derlenme odasında **Aldate skoruna göre** servise gönderilmesine karar verilir.

3. **POSTOPERATİF DÖNEM:** Bu dönemde özellikle kardiyak riski yüksek, solunumsal hastalıklan bulunan ve major operasyon geçiren hastaların yoğun bakım ünitesine alınarak vital parametrelerin izlemi yapılabilir.

Uyanış derlenme nedenleri

+ Renal ve hepatic yetmezlik + Nörolojik olaylar + Uyanış cerrahi süresi + İleri yaş + Genetik sebepler + Rezidüel ilaç etkisi + Anestezi süresi ve tipi + Nöromusküler blokun uzaması	+ Hipotroidi + Hipofostatemi + Hiponatremi + Hipotermi + Hipo-hiperkarbi + Santral antikolinerjik sendrom + Serebral hipoksi + Kafa içi kanama ve intraoperatif emboli
---	--

AMELİYAT SONRASI ERKEN DÖNEMDE GÖRÜLEN SORUNLAR

Solunumla İlgili Sorunlar

Hava yolu obstrüksiyonunun en başta gelen nedeni, bilinci açılmamış hastada dilin geriye kaçmasıdır.

İLGİLİ NOTLAR

Kıymetli arkadaşım;

Derslerde de vurguladığımız üzere biz anestezinin farmakoloji dışındaki kısımlarına ağırlık veririz.

Bunun en büyük sebebi farmakoloji kitabımızda bu detayların mükemmel şekilde yer almış olmasıdır.

Aksi halde ortak konuları her branşta tekrar tekrar işlersek sizlerin yükü binlerce sayfa artmış olacaktır.

Bu soruda da farma kitabımızda İhsan hocamızın nokta atışı tespitleri soru için fazlasıyla yeterlidir.

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 183

183. Sigara kullanım öyküsü olan hasta öksürük ve kilo kaybı ile başvuruyor. Fizik muayenesinde ptosis saptanan hastada en olası tanı ve hangi görüntüleme yöntemi tercih edilmelidir?

İLGİLİ NOTLAR

KÜÇÜK STAJLAR

TUSEM®
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

32

HORNER Sendromu

Tip	Anatomik yörünge	Tipik lezyon
SANTRAL	- Hipotalamus (1. sıra-öklösempatik nöron) → - Bayın sapı, servikal ve torasik omurilik → - Sillospinal merkez (C8-T2)	- Bayın sapı enfarktisi (Wallenberg sendromu) - Servikal omurilik hasarı (Brown Sequard, siringomyeli) - Bayın tümörü - Bayın sapı (pontin) kanaması - Demiyelinizan hastalık (multipl skleroz) - Malformasyonlar (Arnold-Chian) - Menenjit
Preganglionik	- Sillospinal merkez (2. sıra - öklösempatik) → - Pulmoner speks → - STELLAT ganglion → - Ganglion cervicothoracicum (stellatum) - SUPERIOR servikal ganglion	- İpsilateral akciğer veya kal ağrsı - Stellat ggl'ü sıkıştıran meme veya akciğer ca., Pancoast tm.) - Yatrojenik (doğum travması, santral venöz kateterizasyonu) - Lenfadenopati - Arteriyel lezyonlar/diseksiyon: aort, subklavyen, comm karotis - Servikal kaburga
Postganglionik	- SÜP servikal ggl. (3. sıra - öklösempatik) → - İnternal karotid arter ve oftalmik sinir → - İris dilatör kası	- İnternal karotid arterin diseksiyonu - Boyun veya yüz ağrsısının eşlik ettiği Horner, - KÜME BAŞ AĞRISI - Kavernöz sinüs Tümürlü, Herpes zoster enfeksiyon

KAROTİD ARTER DİSEKSİYONU

Ptozis nedeni kas → Müller kası (Süperior tarsal kas): 2 mm elevasyon

- 1) Boyun disseksiyonu yapılan hasta, post-op sol tarafta enoftalmus, ptozis ve miyozis geliyorsa → **SEMPATİK SINIR trunkus travması**
- 2) 40 yaş E. ciddi yaralanma olmayan trafik kazasında, sağda lokalize boyun ağrsısı tarifliyor. Ağrı, 2 gün içinde ↑ ve il başa yayılıyor. Bu sırada sol yan güçsüzlüğü gelişiyor. Sağda hafif ptozis ve miyozis, solda hemiparezi ve hemihipestezi → **KAROTİD ARTER DİSEKSİYONU**

2 BEYİN CERRAHİSİ

BOS başlıca koroid pleksustan salgılanır.

AC pankaoast tm. düşünülüğünde ilk istenmesi gereken PA akciğer grafidir.

Paratrigeminal öklös-empatik sendrom (READER sendromu)

Trigeminal sinir oftalmik (V1) dağılım alanında sabit tek taraflı, sürekli ağrı,

İpsilateral ptozis ve miyozis (parsiyel Horner) ama X anhidrozis X

Tanı doğrulamada: apraklonidin ve kokain testleri

Lokalizasyon için: hidroksiamfetamin testi

Klinik Bilimler 183. soru
Tusem Küçük Stajlar COMPACTUS Özet Ders Notu Sayfa 032

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 183

183. Sigara kullanım öyküsü olan hasta öksürük ve kilo kaybı ile başvuruyor. Fizik muayenesinde ptozis saptanan hastada en olası tanı ve hangi görüntüleme yöntemi tercih edilmelidir?

118

KÜÇÜK STAJLAR

TUSEM
TIPTA UZMANLIK SINAVI EGITIM MERKEZİ

MEDİASTEN HASTALIKLARI

- Mediasten; Üstte torasik giriş, arkada vertebral kolon, önde sternum ve altta diyafram arasındaki boşluktur.
- Mediastenin lateral sınırları mediastinal plevradır. Plevral boşlukta yer alan akciğerler hariç, tüm toraka içeriği mediastende.
- **Non-malign mediastinal hastalıklar:** Pnömomediastinum, Akut-Kronik mediastinit, VKSS, Castleman hastalığı
- Malignite riski anterior mediastinal kitlelerde %66, posterior mediastinal lezyonlarda yüzde 15-20'dir.

ÖN MEDİASTEN KİTLELERİ

- **T cell Lenfoma, Timoma, Tiroid ca, germ hücreli tümörler (Teratom)** bu kompartmanın önde gelen tanılardır.
- **Timik tümörler** anterior mediastenin en sık neoplazileridir (%20), çocuklarda nadir, en çok orta yaşlı erişkinlerde dir.
- Mediastende bulunan en sık lenfoma tipleri; Hodgkin Non-Hodgkin ve lenfoblastik lenfomadır.
- Mediastinal germ hücreli tümörler, anterior kitlelerin % 20'si olup teratomlar hariç neredeyse sadece erkeklerde görülür.

SÜPERİÖR (ÜST) MEDİASTEN KİTLELERİ

- **T cell Lenfoma, Timoma, Tiroid ca** (ektopik tiroid), paraTiroid tümörleri, metastatik tümörler

ORTA MEDİASTEN KİTLELERİ

- En sık görülen kitleleri, pulmoner sistem, perikard veya özofagusla ilişkili erken gelişim sırasında oluşan iyi huylu kistlerdir.
- **Bronkojenik kistler, perikardiyel kistler, diyafragma hernileri, lenfoma, vasküler kitleler** (aort anevrizması), sarkoidoz

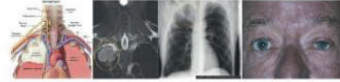
ARKA MEDİASTEN KİTLELERİ

- Paravertebral boşlukta yer alan nörojenik tümörlerdir ve %10-20'si maligndir (%75'i 4 yaş altı çocuklarda görülür)
- Tümör çocukluk çağıında ortaya çıkmışsa malign olma şansı daha yüksektir. Erişkinlerde benign olma eğilimindedir.
- **Nörolemmoma (schwannom)** sinir kılıfının Schwann hücrelerinden köken alır ve daha sık görülür
- Semptomlar arasında interkostal sinirlere baskı nedeniyle olan göğüs ağrısı, MS'e doğru büyüme kord basısı oluşur.
- **Nörojenik (sağda sıkl) (schwannom, nörofibrom, ganglionnörom, ganglionfibrositom, nöroblastom, paraganglioma, feo-)**

Klinik Bilimler 183. soru
Tusem Küçük Stajlar COMPACTUS
Özet Ders Notu Sayfa 118

PANKOAST TUMÖRÜ (APİKAL AKCİĞER KANSERİ/SÜPERİÖR SULKUS TUMÖRÜ)

- Tümörün çevredeki yapılara olan kötü etkisine bağlı olarak oluşan semptomlar topluluğu;
- **Servikal sempatik ganglion (stellat ganglion): Horner sendromu** (İl miyosis, ptosis, enofthalmus ve anhidroz)
- **Brakiyal pleksus:** Koltuk altı ve omuzda lokalize ağrı (pleksus nevraljisi), üst ekstremitelerde kasılma ve atrofi
- **Rekürren larengeal sinir:** ses kısıklığı
- **Brakiyosefalik ven:** Tek taraflı kol ödemi, Yüzde ödem
- **Frenik sinir:** hemidiyafram felci (röntgende yükselmiş hemidiyafram)

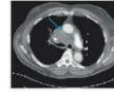


Pulmoner Semptomlar: Öksürük, hemoptizi, ilerleyici nefes darlığı, Hırıltı, Göğüs ağrısı

Ekstrapulmoner semptomlar: Konstitüsyonel semptomlar (kilo kaybı, ateş, halsizlik)

Süperior vena kava sendromu (VKSS sendromu):

VKS kompresyonu sağ atriya ve venöz geri akımı engeller, baş, boyun ve üst ekstremitelerde venöz konjesyon olur.



Ses kısıklığı (Rekürren larengeal sinirin paralizisi), **Nefes darlığı ve diyafragmatik elevasyon** (Frenik sinirin paralizisi)

Perküsyonda donukluk, azalmış sesler (İpsilateral malign effüzyon), Postobstrüktif pnömoni, Disfaji (Özofagus kompresyon) NOT: >40 yaş aynı bölgede tekrarlayan solunum enfeksiyonları (pnömoni) her zaman akciğer kanseri şüphesini artırmalıdır.

Metastatik hastalığın belirtileri: Akciğer ca. taşıdığı alan hastaların > %50'si, başvuru sırasında metastatikdir.

Akciğer kanserinin en yaygın metastaz yaptığı yerler: Beyin, Karaciğer, Böbrek Üstü Bezleri ve Kemiklerdir.

Akciğer Kanserleri			
Para-neoplastik	Kategori	KHDAK (Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanserleri)	KHAK (Küçük Hücreli)
Ortak		Kazeksi, Trombositoz ve DİK, Hiperkoagülabilité (adenokarsinom), Akantozis nigrikans	
		Dermatomiyozi	
Spesifik	Endokrin	Maligniteye bağlı hiperkalsemi (SCC ile artan risk), HCG üretime bağlı jinekomasti (büyük hücreli karsinom ve kötü diferansiye adenoca.)	Cushing sendromu, Uyumsuz ADH (SIADH)
	Diğer	Hipertrofik osteoartropati (Pierre-Marie-Bamberger hastalığı) → B ve ayak parmaklarında çomaklaşma (Hipoparati parati), → Ekstremitelerde ve uzun kemiklerde güçlük ve ağrı. Adenokarsinom (tromboflebit migrans , nonbakteriyel venöz ekstremitelerde)	Lambert-Eaton sendromu serebellar dejenerasyon Periferik nöropati

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 184

184.hangisinin biliyer atreziye görülmesi en az olasıdır?

- A) Uzamış sarılık
 B) Akolik dışkılama
 C) Koyu renkli idrar
 D) Hepatomegali
 E) Portal vende gaz

İLGİLİ NOTLAR

Bir soruya metinden referans vermek başardır.

Bir soruya verilen referansta şıklar bold ve kırmızı belirtilmişse bu daha büyük başarıdır.

Bir soruya resimle referans vermek ise sanattır :)

4 şıkkın da resimde gösterildiğini farkediyoruz.

Soru hazırlanırken acaba bu resim mi açıldı...

98

KÜÇÜK ST

Klinik Bilimler 184. soru
 Tusem Küçük Stajlar COMPACTUS
 Özet Ders Notu Sayfa 098

- Anal açıklığının olmadığı, rektumun sporadik olarak görülen malformasyonudur.
- Etiyoloji: **Mezodermal defektler** (ör: **VACTERL sendromu** - **Down sendromu** - **Maternal diyabet** - Diğer (vajinal, uterin, renal anomaliler, omurga veya kardiyovasküler malformasyonlar))
- Anal açıklık yerine mekonyumun görülebildiği ince ana membran, **Obstipasyon**, **ileus** Diyalamayı zorlaştırır **fişüller** (örn, **rektovestibüler**, **rektouretral** **rektovajinal**), **Küçük** veya **elastik anal gamze**, Bazı vakalarda **kova sapi malformasyonu**, **Düz makat** (kalçalar arasındaki orta hat oluşunun olmaması veya yetersiz gelişmesi)

ANOREKTAL MALFORMASYON

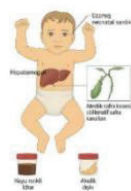
- Her **yenidoğanda** anüs normal görünüyorsa dahi olsa yumuşak bir sonda ile ya da parmakla kontrol edilmelidir. **Distansiyon**, **fekaloid kusma** izlenebilir. Puborektal kas normal dışı kontrolünde çok önemlidir ve bu seviyeye göre yüksek (erkeklerde), alçak (kızlarda) ya da intermediate anorektal anomaliler şeklinde sınıflama yapılır.
- 1/5000. E>K. %75 olguda **rektumla, genital veya üriner sistem arasında fişül** vardır.
- Erkeklerde: 1. **rektouretral**, 2. perineal fişül. Fişülü anorektal agenezili olguların %50'si Down' da görülür.
- Kızlarda: 1. **Rektovestibüler**, 2. anokutanöz fişüller görülür.
- **En sık görülen**: yüksek tip anorektal agenezisi alçak tip anokutanöz fişüldür.
- %50 ARM'ye ek anomali eşlik eder. Yüksek ve intermediate fişte ek anomali sıklığı 2 kat fazladır.
- **En dikkat çekici ek anomaliler** vertebral (sakral) ve üriner sistem anomalileridir.
- **Tethered kord**, **ARM** ile birlikte en sık görülen spinal disrafizm örneğidir.
- En sık ek anomali **GÜS** anomalileridir. En sık **GÜS** anomalisi **VUR**. 2. sık renal agenezisi ve displazi görülür.
- **KVS anomalileri** (VSD, Fallot tetralojisi), **GİS anomalileri** (en sık özofagus atrezisi).
- **VATER** ve **VACTERL** sendromlarının bir parçasıdır.
- **İnci işareti**: skrotal raphe içinde beyaz mekonyum olmasıdır.
- **Baval sapi bulgusu**: anüs olması gereken yerde deri kavminin olmasıdır.
- **Bebek ağlayınca anüs olması** gereken yerde kabanlılık "bulging" olur.
- Erkek çocuklarda **gluteal aralarında kıvrım yoktur**; düz kalça bulgusu (flat bottom).
- **Rekto-üriner fişül** varlığını anlamak için, **mutlaka idrar incelemesi** yapılmalıdır.
- Doğumdan sonraki 24 saatte sonra **invertogram** ile anomalinin düzeyi saptanır.

PERSİSTAN KLOAKA

- Rektum, vajen ve üriner sistemin son kısımlarının **tek bir boşluk halinde birleşmiş** olduğu durum **kızlardaki en karmaşık ARM'dir**. Tanısı klinik olarak konulur. Anal atrezili kızlarda dış genital organlar küçükse akla gelmelidir.
- %50'sinde **hidrokolpos** vardır. **Bilateral megaüreter**, **vajinal, uterin duplikasyonlar**, **septasyonlar** olabilir.

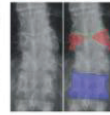
BİLYER ATREZİ

- K>E, 1/10.000, %10-35'inde ek anomali (sitüs inversus, aspleni, polispleni, kardiyak)
- Ekstrahepatik sistemin, en yaygın da ana safra kanalının, tıkanıklığı / devamsızlığı,
- → safra akışının engellenmesi (kolestaz) → **sekonder biliyer siroz ve portal HT**.
- **Uzamış neonatal sarılık** (> 2 hafta). Postnatal 2. hafta başlayabilir.
- **Akolik dışkı, koyu renkli idrar, Hepatomegali, AST, ALT, ALP GGT'de ↑**
- **USG**: Safra kesesinin yokluğu, Safra yollarında dilatasyon olmaması
- **Karaciğer Biyopsisi**: Safra kanalı dejenerasyonu ve fibrozis ile birlikte aktif inflamasyon, proliferasyonu, Portal stromal ödem
- **Hepatobiliyer Sintiografi**: İşaretleyicinin bağırsağa atılımının başarısız olması
- Tanıyı doğrulamak için **"intraoperatif kolanjiyografi"**
- **Tedavi: KASALI prosedürü (hepatoporoenterostomi)**, Safra drenajını sağlamak için karaciğer ve ince bağırsak arasında bir bağlantı oluşturulur. Postoperatif: Vakaların %50'sinde **kolanjit** ve > %60'ında **portal HT** gelişebilir.
- Karaciğer sirozu vakalarında: **karaciğer transplantasyonu** (çocuklarda karaciğer transplantasyonunun 1. nedeni)
- **Tespit Edilmezse**: Erken biliyer karaciğer sirozu (yaklaşık 9 haftalıkken). Çocuklar yaşamın ilk 2 yılı içinde ölebilir.



ALACIĞI SENDROMU

- İntrahepatik biliyer kanal **aplazisi** veya **hipoplazisi** ile karakterize genetik bir durum, **OD**
- Karaciğer BX: İnterlobüler safra kanallarının **sayısında azalma**, %90'ında 20. krom. **JAG1** geninde mutasyon
- **Hepatik belirtiler** (Kolestaz, Sarılık, Kaşıntı, Siroz, Yüz dismorfizmi (Üçgen/Triangular yüz, Çökük gözler, Geniş burun köprüsü), **Konjenital kalp defektleri** (periferik pulmoner stenoz), **Kelebek vertebra**, Renal displazi, **Posterior embriyotokson**, AST, ALT, GGT'de ↑)



MEKONYUM İLEUSU

- Kistik fibrozisli bebeklerde anormal mekonyumun **terminal ileumda** birikerek obstrüksiyona yol açmasıdır.
- **En çok pankreas, akciğer, ter bezleri ve ince bağırsaklar etkilenir. Prematürelde görülmez. O.R**
- **Tarile** anormal ve **yüksek oranda Na, Cl atılır**. Mukus tıkaçları sonucunda **progresif akciğer hastalığı** ve sekonder enfeksiyonlar (Pseudomonas) gelişir. Mukus pankreas kanalını tıkar ve dış salgıları atılamaz. Buna bağlı **asiner hücrelerde atrofi ve pankreasta fibrozis** oluşur.
- **Safra** kuma, abdominal distansiyon ve mekonyum çıkaramama vardır. Karın palpasyonunda sağ alt kadranda içi dolu lastik levamlı bağırsak halkaları vardır.
- **Radyoloji**: direkt kann grafisinde yutulmuş havanın mekonyum içine girmesine bağlı **buzlu cam manzarası** (Neuhauser işareti, **sabun köpüğü**), kalıfifikasyon vardır. Kolon grafisinde **kullanılmamış kolon** görünümü.

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 185

185. düşükten sonra bilinç kaybı

kısa süre sonra uyanan 6 yaşındaki hasta

İlk başvuruda bilinci açık ve sol temporal sefal hematoma olan hastanın

acil servisteki izlemi sırasında giderek bilincinin kapandığı, sol pupilde midriyazis geliştiği ve ağrılı uyararı solda lokalize ettiği, sağ hemiparetiği olduğu gözleniyor.

BT'de sol temporal fraktür hattı altında, unkal herniasyona neden olan konveks yapıda, 2 cm kalınlığında hiperdens lezyon

en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

Akut epidural hematom

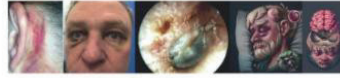
İLGİLİ NOTLAR

TUSEM®
TIPTA UZMANLIK SINAVI EGITIM MERKEZİ

KÜÇÜK STAJLAR

37

BAZİLER KAFATASI KIRIKLARI



Bilateral Periorbital ekimoz (Rakun gözleri) → ANTERIOR

Postauriküler ekimoz (Battle Belirtisi) → POSTERIOR

Orbita kırıklarında İLK TERCH tanı yöntemi → Caldwell direkt grafi

EN İYİ tanı yöntemi → BT'dir

BOS Kaçakları Tanısı: Beta-trace-protein (βTP)/Beta-2-transferrin (β2-Tf).

β2-Tf testi BOS tanısı için patognomoniktir.

Primer beyin hasarı: FOKAL (İntrakranial kanama → EDH, SDH, SAK, İRK, (Konk) ürpel, Coup-Contrecoup hasarı, (pasif) laseksiyonları, (İntra-serebral-serebellar hematoma)

Primer beyin hasarı: DİFFÜZ (Kontüzyon, Serebral ödem, Diffüz aksonal hasar)

Kontüzyon → Görüntüleme bulgusu olarak alırsanız, (ne kontüzyondan ayrımı yapılabilmektedir)



DİFFÜZ AKSONAL HASAR

Aksonlar üzerinde **akselasyon-deselerasyon** veya rotasyonel kayma kuvvetleri (gri-beyaz cevher bileşim)

Ağır nörolojik bozukluk (GKS skoru ≤8), komadadır

Klinik tablo görüntüleme bulgularından daha ciddi

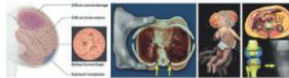
BT, ciddi ve büyük hemorajik lezyonlar haricinde duysuz olup DAH'nin sadece %19'u tespit edilebilirken, MR T2 ağırlıklı görüntülemesinde bu oran %92'dir. MRG, tamamen normal beyin BT'si olan hastalarda şüpheli diffüz aksonal yaralanmayı değerlendirmek için tercih edilen modalitedir.



MRG, paramanyetik kan ürünlerine son derece duyarlı olan SWI veya GRE sekansları, gri-beyaz cevher bileşiminde, **korpus kallozumda** veya **beyin sapında** küçük duyarlılık artefaktı bölgelerini (mikrokazamolar) gösterebilir.

Bazı durumlarda MR'da da bulgular normal iken **otopside** saptanabilir.

SARSILMIŞ BEBEK SENDROMU

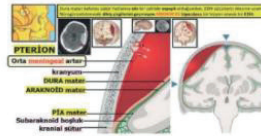


Klinik Bilimler 185. soru
Tusem Küçük Stajlar COMPACTUS
Özet Ders Notu Sayfa 037

İNTRAKRANYAL KANAMALAR (EPİDURAL, SUBDURAL)

EPİDURAL KANAMA (DIŞ BÜKEY/BİKONVEKS)

En acil intraserebral kanama, %70-95'inde **kanık** öyküsü (temporal)

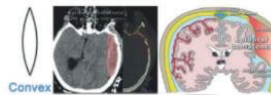


Orta meningeal arter (A.M.M) kanaması

T travma sonrası **şuurun açık olduğu kısa dönem (Lusid interval)** %50'de

Lusid interval sonrası nörolojik bozulma hızlı ("konuşur ve kötüleşir")

Tedavi: **Burr-Hole** açılır, hematoma boşaltılır



- 1) Görüntüde aralanmış olma olasılığı en yüksek anatomik yapı → **A.M.M**
- 2) Kafa travmasında A.M.M yırtıldığında dura ile kemik arasında → **EPİDURAL**
- 3) Travmatik kafa kırığında A.M.M yaralanması sonucu → **EPİDURAL**

SUBDURAL KANAMA (İÇ BÜKEY/BİKONKAV)

Köprü venlerin yırtılması sonucu oluşur

Kafa travmalarından sonra en sık **kitle etkisi** yapan lezyonlar

Akut form: İlk 3 gün (**Mortalite yüksek**), Kronik form: 3 hafta sonrası

Kronik subdural genelde **infant** dönemde ve **yaşlılarda** görülür. Dura mater'den bir membran gelişir. Bu yapıya **neomembran** denilir.

Unutkanlık, kişilik değişiklikleri, **KİBAS**, **hemiparezi**, **hemipleji** izlenebilir.

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 185

185. düştükten sonra bilinç kaybı

kısa süre sonra uyanan 6 yaşındaki hasta

İlk başvuruda bilinci açık ve sol temporal sefal hematomu olan hastanın

acil servisteki izlemi sırasında giderek bilincinin kapandığı, sol pupilde midriasis geliştiği ve ağrılı uyararı solda lokalize ettiği, sağ hemiparetik olduğu gözleniyor.

BT'de sol temporal fraktür hattı altında, unkal herniasyona neden olan konveks yapıda, 2 cm kalınlığında hiperdens lezyon

en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

Akut epidural hematom

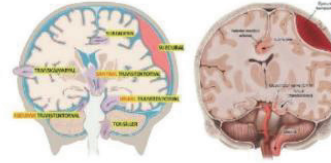
38 KÜÇÜK



- 1) 15 gün önce kafa travması geçiren, gün geçtikçe baş ağrısı şiddetinde artış olan hasta acile unutkanlık ve kusma → **Kronik SUBDURAL hematom**
- 2) 15 yaş erkek tekrarlayan epileptik nöbetler ve ani gelişen şuur kaybı sonrası kranial BT'si SAK ise etyoloji → **Arteriovenöz malformasyon**
- 3) Hangisi venöz kanamadır → **SUBDURAL kanama**
- 4) Kafa travması ile ilgili olan hasta, aksiyel BT'de, pariyetal konşuluğunda, **konkavitesi serebral parankime doğru kanama** → **SUBDURAL**
- 5) 58 yaş erkek 3-4 gündür baş ağrısı ve sol kuvvetsizlik (+). 1 ay önce yürürken takılıp düşmüş ve kafasını çarptığı ancak bilinci kaybı yaşamamış, sol hemiparezi (4/5), sol hemihipotezi saptanan hastadan acil BT isteniyor. En olası tanı → **SUBDURAL kanama**

HERNİASYON SENDROMLARI

Beyin dokusunun kafa içi bölmeler arasında yer değiştirmesi



SUBFALKSİYAN HERNİASYON (SİNGÜLER) (RADYOLOJİK EN SIK)

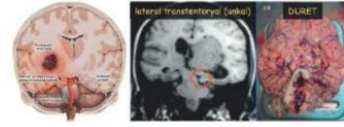


Singulat gyrus karşıya geçer. Anterior Cerebral Arter (bACA) bası altında

Klinik Bilimler 185. soru
Tusem Küçük Stajlar COMPACTUS
Özet Ders Notu Sayfa 038

LATERAL DESENDAN TRANSTENTORİYEL (UNKAL) HERNİASYON

En sık semptom oluşturan herniasyon çeşidi



Posterior serebral arter (PSA) basısında → **KL. homonim hemianopsi**

3. CN basısı → **İL. midriasis** // **İL. piramidal bası** → **KL. hemiparezi**

KL. piramidal irritasyon ile **İL. hemiparezi** (Kernohan fenomeni)

Orta beyin ve üst ponsa çizgisel kanamalar "DÜRET kanamaları"

- 1) Transtentorial herniasyonda ilk etkelenen CN → 3
- 2) Temporal lob herni beklenmeyen: Bradikardi/ Cheyne Stokes/ Piramidal trakt/ Olfaktör/ Optik atrofi
- 3) Kafa travması, tek gözü sağa devye ve pupil midriatik ve ışık refleksi (-)
- 4) Kafa travması, sağ midriasis, sol hemiparezi, ilerleyici şuur (-) → **UNKAL**

SANTRAL (AKSİYEL/DİENSEFALİK) TRANSTENTORİYEL HERNİASYON

BİLATERAL yerleşmiş **kronik subdural** hematoma gibi lezyonlarda

Bilateral Miyozis → fiks dilate, **yukarı bakış kasıtlılığı**, **Cheyne-Stokes**

RAS disfonksiyonu ile bilinç (-), dekortike (fleksör) → deserebre (ekstansör)

Bulbus etkilenince kardiyak ve solunum fonksiyonlarında kötüleşme

YUKARI HERNİASYON (ASENDAN HERNİASYON)

Süperior serebellar arter basısıyla **serebellar enfarkt** gelişme riski.

TONSİLLER HERNİASYON (FORAMİNAL HERNİASYON) (EN KÖTÜ PROGNOZ)

Serebellar tonsillerin foramen magnumdan fırlaması

Ense sertliği, öğürme ve öksürük reflekslerinin kaybı görülür

opistotonus (deserebre), tortikollis, apne, ölüm

CHIARI malformasyonu ilişkisine dikkat !!!

Spinal ve vertebral arterler bası altında kalabilir

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 187

187. En sık görülen malign melanom alt tipi

Yüzeyel yayılan

İLGİLİ NOTLAR

50

KÜÇÜK STAJLAR

TUSEM
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

ALOPEŞİ AREATA (SAÇ KIRAN)

Saç foliküllerinin **immün** (CD8+ T cell) inflamasyonuyla, iyi sınırlı, yamasal, **skar bırakmayan** dökülme.

anagen → telogen faza geçişte sorun (ÜNLEM I işareti/siyah nokta)

%20 **allesel**, **Tirmak** (%40): tirmak çukurlaşması-pitting, onikolizis, Beau

Tinea kapitis'ten farklı olarak lezyonlarda **skuam** / pullanma bulunmaz.

Aile öyküsü, **tirmak**, <12 yaş, **afiyazis**, alopesi **totalis/universalis** KÖTÜ

YASSI HÜCRELİ KANSER (SCC)

2. en sık dermatolojik ca. P53 mut. **UV risk**. **Kronik skar** (**marjolin**)

İmmünsüpres (KT → HPV 5-8 ilişkili) ve organ transplant alanlarında **EN SIK**

Kronik skar alanlarında gelişen üler (**MARJOLIN**) zemininde Agresif **SCC**

KUTANÖZ T HÜCRELİ LENFOMA

Lösemik formu → **SEZARY** sendromu

DERİ TÜMÖRLERİ

DERMATOFİBROM (Benign Fibröz Histiositom):

Alt ekst. tek veya çoklu sert papül, nodül. E>K

Lateral kompresyon ile lezyonda **merkezi** çukurluk oluşur (çukur işaret).

Tipik özelliikleri arasında **fibroblast** ve **histiosit proliferasyonu**

SEBOREİK KERATOZ:

>30 yaş erişkin EN SIK iyi huylu deri tümörüdür. E>K

Ahtaki mide adenoma. da **paraneoplastik seboreik keratoz** (**Leser-Trelat**)

Tarı genellikle **kloniktir**; dermatoskopide **boynuz kistleri** patognomiktir.

Benign-Premalign Deri Tümörleri	
BENİGN	Seboreik Keratoz
	• Derinin en sık benign tümörü
	• Hastalarda birden fazla, döküntülü seboreik keratoz (Leser-Trelat işareti)
	• Mide adenokarsinomu en sık görülen kanser ilişkisi
PREMALIGN	Keratoakantoma
	• Histopatolojik olarak skuamöz hücreli karsinoma benzer
	Aktinik (Solar) Keratoz
	• En sık premalign deri tümörü
	• SCC dönüşebilir
	Lökoplaki
	• SCC dönüşebilir
PREMALIGN	Eritroplaki
	• SCC dönüşebilir
	• Oral skuamöz hücreli karsinoma dönüş için en büyük potansiyele sahip
	Bowen Hastalığı
PREMALIGN	Queyrat eritroplazis
	• İn situ SCC (Bowen hastalığının Glans penisteki hali)
	Pageit Hastalığı
PREMALIGN	• İn situ adenokanser

C. MALİGN DERİ TÜMÖRLERİ

BAZAL HÜCRELİ KANSER

EN SIK deri kanseri. PTCH mutasyonu (Hedgehog yolu)

Epidermis bazal hücrelerinden veya **kal folliküllerinden** gelişir. Yanak, nazolabial, alın ve göz kapağında, **üzeri telenjektazik** ortası çökük, kenarı kabank kubbe şekilli papül, **ülserleşir** (**ulcus rodens/ülser** endüre nodül). Pembe inci görünüm

Klinik Bilimler 187. soru
Tusem Küçük Stajlar COMPACTUS
Özet Ders Notu Sayfa 050

MALİGN MELANOM

RISK: Açık ten, mavi-yeşil göz, kızıl-aarı saç, Genetik (p16, BRAF, CDKN2A, CDK4, MC1R, NRAS, TERT, BAP1, KIT mut). Xeroderma pigmentos, Kronik immünsüpresyon, Güneş Yanığı Öyküsü, Güneş Maruziyeti (Aralıklı ve Kümülatif UV Maruziyeti, Güneşlenme, Solaryum, PUVA), Güneş Hasarlı Cilt ~ Diğer Deri Kanserleri (BCC, SCC, Aktinik Keratozis, Solar Lentigoları), >50-100 nevüs, atipik/displastik >20 cm geniş >40 cm dev konjenital nevüs, Çirkin ödelek yavrusu nevüs

Melanom Alt Tipleri	
A. Süperfisyel yayılan melanom	• En sık tip (%70). • İyi prognostu • Kadında en sık alt ekstremitede, erkekte sırtın üst tarafında
B. Nodüler melanom	• İkinci en sık tip (%15-30). • En kötü prognostu • En sık gövdede yerleşir. • Radyal büyüme paterni yoktur
C. Lentigo maligna ve lentigo malign melanom	• Lentigo maligna insitu formudur. • Lentigo maligna'nın lentigo malign melanoma'na dönüşme riski düşük • Yaşlılarda sık ve en sık yüzde • Nevüsle en az ilişkili olan tip
D. Akral lentiginöz melanom	• Koyu tenli insanlarda daha sık • En sık ayak tabanında • El içi ve subungual olarak da görülebilir. • Güneş ile ilişkili değil.
E. Desmoplastik melanom	• Agresif ve telazarlayıcı olmasına rağmen, metastaz oranı diğer tiplerden düşük.
F. Mukozal melanom	• En sık baş boyun mukozalarından kaynaklanır

ABCDE kriterleri: → **TAM KAT EKSIZYONEL BİYOPSİ** ile **HISTOPATOLOJİK** inceleme

A: **Asimetri**

B: İregüler borders (**düzensiz sınırlar**)

C: Color variegation (**renk değişikliği**)

D: Diameter > 6 mm

E: Evolving over time (giderek **değişim** göstermek)

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 189

189. Tonsiliti olan hastada, kulağa vuran refere otalji hangi kraniyal sinirle ilişkilidir?
Glossofaringeal sinir

Klinik Bilimler 189. soru
Tusem Küçük Stajlar COMPACTUS
Özet Ders Notu Sayfa 068

ORTA KULAK TÜMÖRLERİ

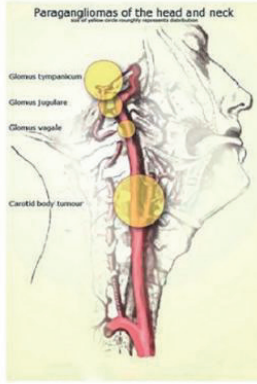
- Orta kulağın en sık malign tümörü SCC
- Orta kulağın en sık benign tümörü glomus jugulare'dir.

GLOMUS TÜMÖRLERİ

- Paraganglioma (glomus tm) ekstra-adrenal paraganglia hücrelerinden kaynaklanan nörendokrin tm.
- Bazen fonksiyonel olup noradrenalin ve dopamin salgılayabilirler.

GLOMUS TİMPANİKUM:

- Glossofaringeal sinir timpanik dalı (Jacobson siniri) kaynaklı
- Timpanik zarın arkasında **pulsatil kırmızı renkli lezyon** görülür. Hastada **pulsatil tinnitus** vardır.



GLOMUS JUGULARE

- Juguler bulbus adventisyası paraganglia hücreleri kaynaklı
- Tümör temporal kemiği erode ederek büyür.
- Pulsatil tinnitus** (en erken semptomu) ön plandadır.
- Orta kulağa ağırlıca timpanik membranın arkasında **maavi renkli lezyon** olarak görülür.
- Tümörler büyüyüp **jugular foramen** sendromuna (9, 10, ve 11 tutulumu) yol açabilir. Nadiren 7 ve 12 tutulumu yapabilir.

CAROTİD BODY TÜMÖRLERİ (GLOMUS KAROTİCUM)

- Ana carotid arterin bifurkasyonundan kaynaklanır.
- Baş boyun bölgesinin en sık glomus tümörü
- Karotis interna ve eksternayı birbirinden ayırır
- Lateral yönde hareketli iken aşağı-yukarı (kranio-kaudal) yönde hareket etmezler.

TUSEM®
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

VAGAL PARAGANGLİOMA (GLOMUS VAGALE)

- Vagal sinirin perinöryumundaki paraganglionik hücreler.
- Cerrahide sinir sıklıkla kesilmek zorunda olduğu için cerrahi sonrası vokal kord paralizi gelişir.

PARANAZAL SİNUS HASTALIKLARI (SİNÜZİT)

- Sinüzit, paranasal sinüs mukozasının inflamasyonudur.
- Sinüs ostiumundaki obstrüksiyon hipoksik ortam meydana getirerek hem sıyaların fonksiyonunu bozar hem de sinüs içinde sekresyon birikimine neden olarak bakteri üremesi için uygun bir ortam oluşturur.
- Sinüzite zemin hazırlayan faktörler:** Nazal allerji, Septum deviasyonu, Silyer fonksiyon bozukluğu (immotil silia, Kartagener sendromu), Adenoid hipertrofi
- S. pneumoniae** (en sık) **H. influenzae**, **M. Catarrhalis** ve **S. aureus**, akut sinüzitlerin çoğundan sorumlu organizmalardır. Tedavide **amoksisilin/klavulanik asit** sıklıkla kullanılmaktadır.
- Özellikle **immünosupresif** hastalarda aspergillus, mucormycosis, coccidiomycosis gibi mantar enfeksiyonları da sinüzite yol açabilirler. En sık **Aspergillus fumigatus** görülür. Bu vakalarda kesin tanı biyopsi ile konur.
- Semptomları:** Burun tıkanıklığı, purülen akıntı, postnazal akıntı, ateş, ağır kokusu, baş ağrısı bulunabilir.
- Doğumda var olan sinüsler **etmoid** ve **maksiller** sinüslerdir.
- Çocuklarda en sık **etmoid** sinüzit, erişkinde ise en sık **maksiller** sinüzit görülür.
- Tanı:** **Water's grafisi** ve gerekirse BT ile tanı konur. Sinüsleri en iyi gösteren **tektik bilgisayarlı tomografi**dir.
- Tedavi:** **antibiyotik** ve **dekonjestan** tedavidir. Cerrahi yöntem olarak da endoskopik sinüs cerrahisi kullanılır.

SİNÜZİT KOMPLİKASYONLARI

- ORBITAL komplikasyonlar (etmoid sinüzitte sık):** En sık etkenler **streptokok**.
- Periorbital selülit (Preseptal Selülit) (EN SIK komplikasyon):** Göz kapağında ödem ve kızamıklık.
- Orbital selülit:** Proptozis, kemozis, **azalmış** göz hareketleri, **ağrı** göz hareketleri ve diplopi
- Orbital abse:** Ciddi **egzoftalmi**, kemozis, tam yerleşmiş **oftalmopleji** ve körlük
- SUBperiostal abse:** Periost ve lamina papyracea arasındaki absesdir.
- Kavernöz sinüstrombozu (CN III, IV, V1, V2, VI):** intrakraniyal komplikasyonlar içinde de değerlendirilebilir. Kemozis, orbital ağrı, proptozis ve oftalmopleji ile karakterizedir. En dikkat çekici özelliği karşı gözü etkileyebilmesidir. **Tedavi:** Antibiyotik ve abse drenajı
- İNTRAKRANİYAL komplikasyonlar (frontal sinüzitte sık):**
- Meningit:** EN SIK intrakraniyal komplikasyon
- Epidural, Subdural, Intraserebral abse:** **Frontal** sinüzit komplikasyonu
- KEMİK komplikasyonlar (frontal sinüzitte sık):**
- Osteomyelit (Pott's Puffy Tumor):** **Frontal** sinüzite bağlı **osteomyelit** gelişebilir. Periostun altına bürken purülasyona bağlı şişliğe **Pott's puffy tumor** denilir.
- BOS sızıntısı** şüphesinde toplanan sıvıda **IgG-transferrin** oldukça spesifik bir proteindir ve tanı için kullanılır.
- Apikal kök abseleri** (çürük ilişkili pulpa enf.) sıklıkla **MAKSİLLER** sinüse drene olarak sinüzite neden olurlar.

İLGİLİ NOTLAR

Tonsil lezyonlarında yansıyan ağrısı (refere otalji) gösteren bir diğer bölüm ("Orofarenks Skuamöz Hücreli Karsinomu" başlığı altında):
"Orofarenks SCC, tümör invazyonu veya lokal irritasyona bağlı olarak boğaz ağrısı ve odinofaji (ağrılı yutma) ile kendini gösterebilir. Genellikle ülserleşir ve kırılabilir (hafif dokunuştta kanama). Diğer belirtiler arasında yansıyan kulak ağrısı veya izole bir boyun kitlesi... yer alır".

Glossofaringeal Sinirin Kulak ile Doğrudan Bağlantısı (Timpanik Dalı Jacobson Siniri): Orta kulak patolojileri (Glomus Timpanikum) anlatılırken, glossofaringeal sinirin kulaktaki varlığı şu satırlarla kesin olarak belirtilmiştir: **"GLOMUS TİMPANİKUM: Glossofaringeal sinir timpanik dalı (Jacobson siniri) kaynaklı"**.
"Koklear promontoryum üzerindeki inferior timpanik sinir (Jacobson siniri) boyunca bulunan glomus cisimciklerinden (paragangliolar) kaynaklanır."

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 189

189. Tonsiliti olan hastada, kulağa vuran refere otalji hangi kraniyal sinirle ilişkilidir?
Glossofaringeal sinir

TUSEM
TİPİ UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

KÜÇÜK STAJLAR

69

SİNÜS TÜMÖRLERİ

- En sık sinüs tm. osteomdur, benign dir ve en sık frontal sinüse yerleşir. Gardner sendromu multipl osteomlar.
- En sık malign sinanazal tm. skuamoz hücre tipindedir ve en sık maksiller sinüse lokalizedir. İleri yaşta unilateral, kanlı ve pis kokulu burun akıntısı ile karakterizedir.
- Inverted papillom: Borderline seyirli ve 10mör içerisinde SCC odakları gelişebilen bir patolojidir.

KONJENİTAL BOYUN KİTLE VE KİSTLERİ

Yerleşime Göre Boyun Kitleleri		
LATERAL boyun kitleleri	ORTA HAT kitleleri	TÜM BOYUNDA yerleşebilenler
- Brankial anomaliler - Laringosel - Timik kist - Pödotümör infancy (fibromatosis coli)	- Tiroglossal duktus kisti (en sık) - Dermoid kist - Plunging ranula - Teratom	- Hemanjiyom - Lentaniyom (kistik higroma)

LATERAL BOYUN KİTLELERİ

- Brankial anomaliler:** İçeriğine göre brankial kist veya sinüs adını alabilir. 6 tipten oluşur. En sık 2. brankial kist olup SKM kası derininde, hemen medialinde görülürler. Zaman zaman dışarıya fistülize (EN SIK klinik) olabilir.
- Laringosel:** Öksürükte hareket eden ve valsalva ile belirginleşen kitle olarak görülür. Sıklıkla intra laringeal basıncın arttığı öfemeli çalgılar kullananlarda olur. İnternal, eksternal ve miksa tip olmak üzere 3 tipi vardır. Larinks içi basıncın artmasından dolayı ventrikülün saklanmasıyla meydana gelir. Tiroglossal duktusun intra laringeal kısmının dilatasyonu ile oluşur.
- Timik kist:** Embriyolojik dönemde timus boyun yan hattından aşağıya doğru göç ederek mediastene iner. Bu iniş sırasında kalan timik doku lateral boyun kitlesi olarak görülür.
- Infantil psödotümör:** İnfantin SKM tümörü veya fibromatosis coli olarak da bilinir. Spontan regrese olur. % 20 kadarı tortikelise ilerleyebilir.

ORTA HAT BOYUN KİTLELERİ

- Tiroglossal duktus kisti:** Tiroid dokusunun embriyolojik dönemde dil kökünden aşağıya doğru göç ederken kalan kalıntısıdır. Bu yol boyunca kistik orta hat kitlesi olarak görülür. EN SIK konjenital boyun kitlesidir. Dilin dışarı çıkmasıyla yulak doğru hareket eder. Yulakla birlikte hareket eder. SISTRUNK operasyonu yapılır (Traktusu da içeren en blok kistektomi + santral hyoid kemik eksizyonu).
- Dermoid kist:** Benign teratom. Yavaş büyür, ağrısız, yumuşak kıvamli, gevşek yapışık olmayan kitle. Cerrahi öncesi MRG ile intrakraniyel uzanımının değerlendirilmesi gerekir.
- Plunging ranula:** Sublingual glandın retansiyona uğraması ranula (ağız tabanı) boyna ilerlemesiyle oluşur.

ORTA VE LATERAL YERLEŞİMLİ BOYUN KİTLELERİ

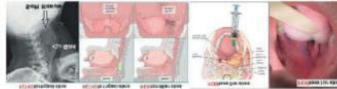
- Lentaniyom (kistik higroma):** Boyunda yumuşak kıvamli ısıgı geçiren kitle.
- Hemanjiyom:** Çocukluk çağı en sık benign vasküler doku tm. Sıklıkla baş-boyunda. Pembe leke görünümünde vasküler kitle. Tedavide İLK basamatta EN UYGUN seçilecek ilaç Oral PROPRANOLOL.

LARENKSİN KONJENİTAL HASTALIKLARI

- Laringosel:**
- Laringomalazi:** İnspiratuar stridor ve suprasternal çekilmeler vardır. Birçok vaka 2 yaşından önce düzelir. Larinksin en sık konjenital anomalisidir. İnfantlarda respiratuar distresin en sık laringeal sebebidir.
- İnfantlarda inspiratuar stridorun** en sık sebebidir.
- Vokal Kord Paralizisi:** Laringomalaziden sonra en sık infantil stridor nedeni vokal kord paralizisidir. (Bu bilgi pediatriye subglottik stenoz olarak geçmektedir).
- Laringeal Anjiyofibrom:** Çocukluk çağı çabuk kanayabilen, entübasyon esnasında dikkat gereken durum.
- Konjenital Larengal Stridor:** Sık sebeplerinden biri: Epiglot ve aryepiglottik bölgeyi içine alan bir laringomalazidir. Genellikle doğumdan sonra veya erken dönemde görülür. Bir yaşa kadar devam eder ve spontan düzelir. Larengal webler ise laringomalaziden sonra en sık infantil stridor nedenidir.
- PIERRE-ROBIN sendromu:** Yarı damak (velofaringeal yetenizlik, hipomazilit), mikrognati, glossopitozis.
- Vincet Anjini:** Spiroket ve fuziform bakteriler. Oral kavitede kötü kokulu, toral ya da dil kökünde kırlı gri renkte membranla örtülü ülseryasyon.
- Yarı Damak:** Yarı damakta velofaringeal yetmezlik görülür. Hipemazal konuşma bozukluğu. Sırlamı burundan gelmesi. Tedavide cerrahi onarım 9-12. ay arasında yapılır. İzole yarı damak en sık bifid uvula ile en genel monod yarı damagin en sık formu Unilateral (sol) komplet yarı damak ve dudaktır.

Klinik Bilimler 189. soru
Tusem Küçük Stajlar COMPACTUS
Özet Ders Notu Sayfa 069

- Peritonsiller Abse:** 20-40 yaşta görülür.
- Klinik, akut tonsillit** şeklinde başlar. Ateş, kulağa vuran şiddetli boğaz ağrısı, yutma güçlüğü, trismus ve ses değişikliği (sıcak patates sesi/boğuk ses) vardır. Uvula karşı tarafa kaymıştır.
- Trismus, uvular deviasyon ve difoni** durumunda akla gelmelidir (Quinsy's Triad).
- Önce flemon vardır ve bu dönemde fluktuasyon alınmaz. Bu safha çocuklarda sık görülür.
- Tedavi flemon safhasında antibiyotik verilir. Absede ise drenaj yapılır ve antibiyotik verilir.
- Enfeksiyon iyileştikten sonra tekrarlama riski olduğundan tonsillektomi yapılır.



"Peritonsiller Abse" başlığı altında:

"Klinik, akut tonsillit şeklinde başlar.

Ateş, kulağa vuran

şiddetli boğaz ağrısı,

yutma güçlüğü, trismus ve

ses değişikliği (sıcak patates sesi / boğuk ses) vardır".

"İpsilateral yansıyan otalji (kulak ağrısı) saptanır".

Glossofaringeal Sinirin

Kulak ile Doğrudan

Bağlantısı (Timpanik Da

I Jacobson Siniri): Orta

kulak patolojileri (Glomus

Timpanikum) anlatılırken,

glossofaringeal sinirin

kulaktaki varlığı şu satırlarla

kesin olarak belirtilmiştir:

"GLOMUS

TİMPANİKUM: Glossofaringeal

sinir timpanik dalı

(Jacobson siniri)

kaynaklı".

"Koklear promontoryum

üzerindeki inferior

timpanik sinir (Jacobson

siniri) boyunca bulunan

glomus cisimciklerinden

(paragangliyalar)

kaynaklanır."

Soru kökü ve çözümü: Temel Bilimler 6

6. Nucleus ventralis posteromedialis ve nucleus ventralis posterolateralis'in bağlantılı olduğu beyin bölümleri = Gyrus postcentralis

İLGİLİ NOTLAR

TUSEM
 TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

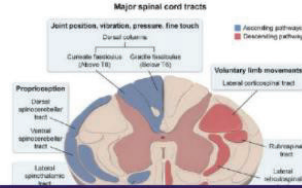
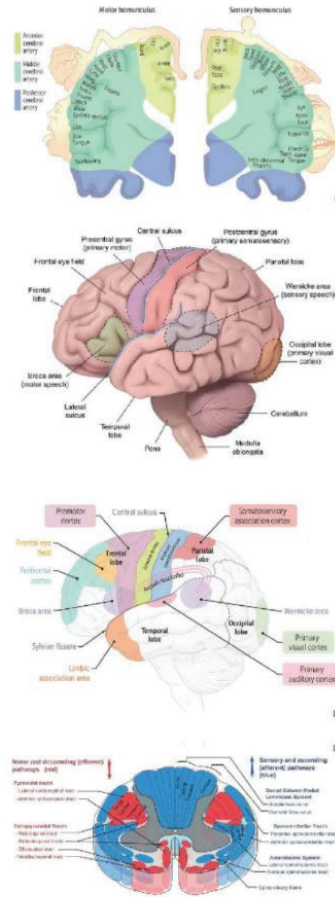
KÜÇÜK STAJLAR

7

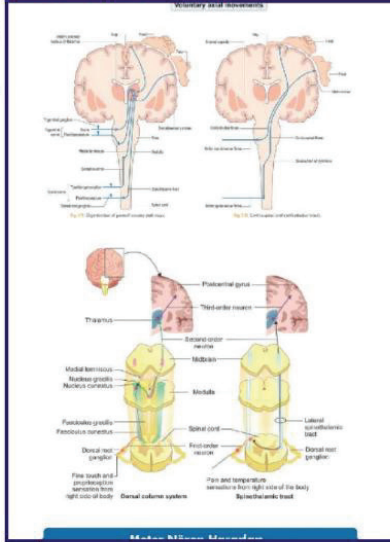
1

NÖROLOJİ

MUAYENE



Temel Bilimler 6. soru
Tusem Küçük Stajlar COMPACTUS
Özet Ders Notu Sayfa 007



*ÜMN (1.MN) hasarı	**AMN (2.MN) hasarı:
Spastik paraliz, hiperoniile Hiperrefleksi (Patolojik refleks +) (Babinski/ekstansör plantar, Klonus, Hoffman) DTR ↑ (biceps, triceps, patella, ağıl) yüzeysel refleks ↓ (kann cildi, anal, kremaster) Atrofi (ileri dönemde nadir ya da yok) Pseudobulber efekt (yersiz ağız-gulme) Sustalı galo rijiditesi PRONATOR kayma *Ön boynuz hücrelerine inen inhibisyon kaybı Serebral Korteks, Subkorteks, Dorsal Spinal Kord	Geçek (flask) paraliz Hiporefleksi/Arefleksi DTR ↓ yüzeysel N/Ü Atrofi (Amyotrofi) Fasüilasyon (eşlik eden kramp) **Denervasyon sonucu Ön Boynuz, Sinir Kökü (Cauda Equina), Brakiyal veya Lumbosakral Pleksus

Soru kökü ve çözümü: Temel Bilimler 10

10. Arteria meningea media kanamasına hangisinin hasarının yol açması en olasıdır? Pterion

İLGİLİ NOTLAR

TUSEM
TIPUS GÖRÜLMÜŞ HASTALIKLAR

KÜÇÜK STAJLAR

37

BAZİLER KAFATASI KIRIKLARI

Bilateral Periorbital ekimoz (Rakun göder) → **ANTERİÖR**

Postauriküler ekimoz (Battle Belirisi) → **POSTERİÖR**

Orbita kırıklarında İLK TERCİH tanı yöntemi → **Caldwell** direkt grafisi

EN İyi tanı yöntemi → **BT** dir

BOS Kaçakları Tanısı: Beta-trace-protein (İTTP)/Beta-2-transferin (İT2-Tr).

İT2-Tr testi BOS tanısı için patognomoniktir.

Primer beyin hasarı: **TRAKİA** (İntrakraniyal kanama → EDH, SDH, SAK, İSK), **Konvülsiyon** (Konv-Centropus hasarı, Epileptik kasemasyonları, İnter-central-serebeller hasatam)
Primer beyin hasarı: **DİFÜZ** (Konv-ayrım, Serebral hasar, Diffüz aksonal hasar)
Konv-ayrım → Görüntüleme bulguları: Konv-ayrım (konvülsiyon) ayırımı yapılabılır.

DİFÜZ AKSONAL HASAR

Aksanlar üzerinde **akselasyon-deselasyon** veya rotasyonel kayma kuvvetleri (gri-beyaz çevher bileşim)

Ağır nörolojik bozulduk (GKS skoru ≤8), **komadadır**

Klinik tablo görüntüleme bulgularından daha ciddi

BT, ciddi ve büyük hemorajik lezyonlar haricinde duyarız ancak DAH'ın sadece %19'u tespit edilebilirken, MR T2 ağırlıklı görüntülemeye bu oran %92'dir. **MRG,** tamamen normal beyin BT'si olan hastalarda şüpheli diffüz aksonal yaralanmayı değerlendirmek için tercih edilen modalitedir.

MRG, paramanyetik kan ürünlerini son derece duyarlı olan **SWI** veya **GRE** sekansları, gri-beyaz çevher bileşiminde, **korpuz kallaözümü** veya **beyin sapında** küçük duyarlılık artefaktı bölgelerini (mikrokanamalar) gösterebilir.

Bazı durumlarda MR'da da bulgular normal iken **opside** saptanabilir.

SARSILMIŞ BEBEK SENDROMU

Temel Bilimler 10. soru
Tusem Küçük Stajlar COMPACTUS
Özet Ders Notu Sayfa 037

İNTRAKRANYAL KANAMALAR
(EPIDURAL, SUBDURAL)

EPİDURAL KANAMA (DIŞ BÜKEY/
BİKONVEKS)

En acil intraserebral kanama, %70-95'inde **kıvrık öyküsü** (temporal)

Orta meningeal arter (A.M.M.) kanamaları

Trauma sonrası **şuğun açık olduğu kısa dönem (Lusid interval)** %50'de

Lusid interval sonrası nörolojik bozulma hızı ("konuşur ve köhölür")

Tedavi: **Burr-Hole** ağırlı, hematoma başlatılır

- 1) Görüntüde aralanmış olma olasılığı en yüksek anatomik yapı → **A.M.M.**
- 2) Kafa travmasında A.M.M. yırtıldığında dura ile kemik arasında → **EPİDURAL**
- 3) Travmatik kafa kırığında A.M.M. yaralanması sonucu → **EPİDURAL**

SUBDURAL KANAMA (İÇ BÜKEY/BİKONKAV)

Köprü venlerin yırtılması sonucu oluşur

Kafa travmalarından sonra en sık **kitle etkisi** yapan lezyonlar Akut form: İlk 3 gün (**Mortalite** yüksek), Kronik form: 3 hafta sonrası

Kronik subdural kanama **infant** dönemde ve **yaşlılarda** görülür. Dura mater'den bir membran gelişir. Bu yapıya **neomembran** denilir.

Unutkanlık, kişilik değişiklikleri, KİBAS, hemiparezi, hemipleji izlenebilir.

Soru kökü ve çözümü: Temel Bilimler 11

11. Sol testisin venleri nereye dökülür? vena renalis sinistra

İLGİLİ NOTLAR

TUSEM
 TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

KÜÇÜK STAJLAR

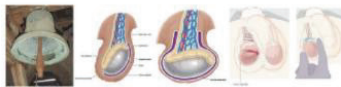
103

- **Doppler USG:** Testis torsiyonunu ve skrotal apseyi ekarte etmek için kullanılabilir. Büyümüş, hiperemik epididim ve artmış kan akışı, epididimite gösterir. Ayrıca tanılar: Testis torsiyonu, Hidrozel, Varikosel, Inguinal herni
- **Tedavi:** Ampirik antibiyotik + yatak istirahati, skrotal elevasyon, soğuk uygulama, analjezik, idrar yolu enfeksiyonu kaynaklı etkenlerde → **känolon**, Cinsel yolla bulaşan etkenler → **seftriakson (+ doksisiklin)**
- **Orşit:** Testisin tek veya iki taraflı enfeksiyonu, Puberte sonrası erkeklerde **kabakulağın en sık komplikasyonu**
- **Bakteriler** → N. gonorrhoeae, C. trachomatis. // Virüsler → kabakulak, Coxsackie B
- Bakteriyel orşit skatla iye diğkili epididimite kaynaklı. Parotitten ≤ 7 gün sonra gkar. Genellikle kendi kendini sınırlar, ≤ 10 günde iyileşir. Ani başlangıçlı ateş, bulantı, kusma, ağrı ve şişlik (çoğunlukla tek, %15 bilateral)
- %15'inde iki taraflı. Komplikasyonları: **infertilite, piyosel, fistül**



TESTİS TORSİYONU

- Testis torsiyonu, testisin tunika vaginalis içinde dönmeye (intravajinal torsiyon) ya da daha yukarıda, spermatic kordun, içindeki bütün elemanlarıyla birlikte kendi etrafında dönmeye (ekstravajinal torsiyon).
- **Sol testisin saatın tersi** (2 daha sık), **sağ testisin saat yönünde** dönmeye sonucu oluşur. %50 **uykuda** oluşur.
- Kan akımının dumasıyla 3-4 saatte testiküler atrofi. En sık **YD (ilk 30 gün)** ve pubertede (**10-14 yaş**) izlenir.
- Tunika vajinalisin testise bağlanması uygun olmayan şekilde **yüksekse**, kord bunun içinde dönebilir ve intravajinal torsiyon oluşturarak **ÇAN TOKMAĞI** görüntüsü (**Bell-Clapper deformitesi**) oluşturur.
- **Bell clapper** torsiyon vakalarının %90'ında varken genel erkek popülasyonunun %12'sinde mevcuttur.
- İdiopatik, **BELL-CLAPPER**, travma, inmemiş testis, malignite, ani hareket, soğuk hava
- Testis şiş ve hassastır. **Akut epididimite** ile karışabilir. Epididimite testis **elev edildiğinde** ağrı azalabilir (**Prehn işareti**). Ancak sensitivitesi ve spesifitesi yüksek değildir. Torsiyonda **Prehn (-) / kremasterik refleks (-)**
- **Doppler USG** alan ölçümü ve **testiküler sintigrafi (99m-Tc perteknetat)** testis torsiyonunda azalmış, orşit ve epididimite artmış kan akımını gösteren, ayrıca tanıda çok yararlı yöntemlerdir. **Testis torsiyonu ile akut epididimoorşit** aynı tanısında en yararlı ⇒ **DOPPLER US** iken En sensitif ⇒ **SİNTİGRAFI**
- Testis kurtarma şansının en yüksek olması için semptomların başlamasından sonraki **6 saat** içinde tedavi edilmeli.
- Çocuğun cerrahi merkezine ulaşması **birkaç saatten fazla** zaman alacaksa, **elle detorsiyon** denenebilir. Tedavimiz acil cerrahi eksplorasyon, detorsiyon ve orşiopeksidir (testis nekroze olmuşsa orşektomi yapılmalı)



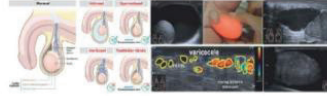
- **Testiküler appendiksin torsiyonu (Morgagni hidatidi):** testis üzerindeki veya epididimdeki çıkıntıların kendi etrafında dönmeye, testis torsiyonu ile karışır. Fakat **kremaster refleks alınabilir**, testisin dikey pozisyonu bozulmaz.



- **Mavi nokta işareti** (Morgagni hidatidinin infarktüsü, skrotal cilt üzerinden mavi olarak görünür).
- Tedavisi analjezik, yatak istirahati, soğuk uygulama ve nadiren cerrahi.

HİDROSEL

- **Tunika vaginalis** içinde normalden fazla (<1-3 cc) sıvı. Genellikle **UNİLATERAL** ve **sağda** sık. 20-50 yaş sık
- **Skrotal bir kitlenin doğumdan beri var olduğu** öğrenilir. Fizik muayenede kistik bir kitle palpe edilir.
- **İdiyopatik** (en sık), konjenital (**processus vaginalis açık**), kazanılmış (tümör, travma, cerrahi, epididimoorşit, torsiyon, **Wuchereria bancrofti** (lenfetik filaryazis/Dünya'da en sık neden))
- Non-Komünikan tipte **processus vaginalis kapalıdır** (erişkinlerde). Etkilenen skrotumda fluktuasyon, ağrısız şişlik
- **Transluminasyon VERİR !!** (Hematozel ⇒ transluminasyon vermez. Tanıda ⇒ **Skrotal USG** kullanılır
- Konjenital hidrozel 6 aya kadar rezorbe olur. **Konjenital hidrozelde sklerozan madde VERİLMEZ !!**
- **Cerrahi için endikasyonları:** 1 yaşına kadar spontan rezolüsyon olmazsa, Ağrı rahatsızlık ve/veya skrotal cilt bütünlüğü bozulursa, Altta yatan patolojiden şüphelenilirse, Testis palpe edilemiyorsa, infertilite kaygısı varsa



SPERMATOSEL

- **Sperm (ölü) hücreleri** ile dolu, **iyi huylu** kistik yapılardır. Epididim başında bulunurlar.
- USG ile epididimal kistten kesin bir şekilde **ayrı edilemez**. Spermatozel nadiren semptomatiktir.

HEMATOSEL

- Tunika albuginea ile tunika vaginalis arasında (testisin dışında) kan toplanması. Sebep çoğunlukla travmadır. USG ile testis içi bir yaralanma olup olmadığı kontrol edilmelidir. Tedavisi, soğuk uygulama, analjezik ve cerrahi drenaj.



PIYOSEL

- **Tunika vaginalisin vüscrat ve parietal yaprakları arasındaki**

Temel Bilimler 11. soru
Tusem Küçük Stajlar COMPACTUS
Özet Ders Notu Sayfa 103

- **sağda** skrotal arazınada ve skatla zorla yayılmasında görülür. %90 sadece **solda** görülür. Çünkü sol spermatic ven daha uzundur ve renal vene dik dökülür. Erkeklerde **skrotal büyümenin** en yaygın nedeni.

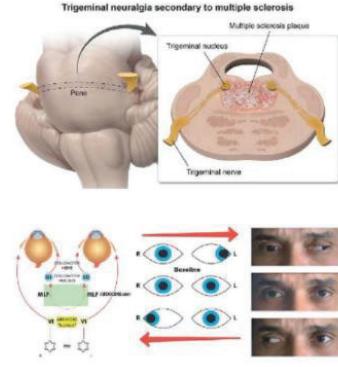
Soru kökü ve çözümü: Temel Bilimler 56

56. Kemik iliği nakli olan ve vefat eden hastanın beyin biyopsinde inöronda demiyelinizasyon, atipik çekirdekli astrositler ve çok fazla histiyosit tespit ediliyor. Bu tabloya yol açan etken hangisidir?

İLGİLİ NOTLAR

TUSEM®
TIPTA UZMANLIK SINAVI EGITIM MERKEZİ

Temel Bilimler 56. soru
Tusem Küçük Stajlar COMPACTUS
Özet Ders Notu Sayfa 025



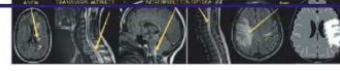
Bilateral internükleer oftalmopleji (BİNO) MS için patognomoniktir
Trigeminal nevralji sıklıkla TEK taraflı ama **BİLATERAL** ise genç hasta=MS

- Tanıda en iyisi **kontrastlı MR**
- MR'da **ependime dik periventriküler** lezyonlar **DAWSON** parmaklar
- Oligoklonal bant** pozitifliği (OKB), VEP/SEP/BAEP
- IG indeksi: **> 0,7**, Monoklonal **pleositoz** (6-20 hücre/mm³)
- Protein seviyesi, Miyelin bazık protein (MBP) oranı ↑
- Demiyelinize alanlara Patoloji'de: **Shadow** plaklar



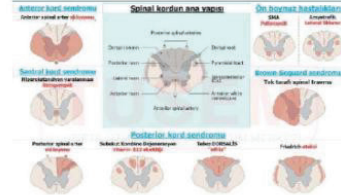
Multiple Skleroz Prognoz	
İyi prognoz	KÖTÜ prognoz
Relapsing remitting form (en sık)	Progresif
GENÇ (20-40) yaş KADIN	GEÇ yaş ERKEK
Optik nörit olması	Serebellar
Duyusal bulgular	Motor bulgular
(EN SIK MS EN İYİ MS)	Sfinkter kusuru
	Piramidal bulgu

Demiyelinizan Hastalıklar	
Transvers Myelit	Seviye veren duyu kusuru + otonom disfonksiyon
DEVIC Hastalığı (Nöromiyelitis Optik)	BİLATERAL Optik nörit + transvers miyelit Serum aquaporin-4 ab (+). Kranial MR: N EN AZ 3 omurilik segmenti etkilenir
ADEM (Akut Diseminat Ens.)	Postviral, açılanma, çocukluk çağı, tek atak BİLATERAL optik nörit, monofazik , multifokal
Progresif Multifokal Lokoensefalopati (PML)	JC (John Cunningham), İmmünsüpres, natalizumab Oligodendroglia hasarı, Anti-integrin Oligodendroglialarda buzlu cam tipinde omfolitik intranükleer inklüzyon, dev/ bizzar astroit
Subakut Kombine Dejenerasyon Vejeteryan, B12 (-)	Beyin, serebellum, spinal kord ve sinirler Vibrasyon, pozisyon ↓, parestezi , Romberg (+) Spastisite , DTR (↑, ↑), ÜMN + AMN
Santral Pontin Myelinosis	Hiponatreminin hızlı düzeltilmesi Kronik alkolik 'te Piramidal kuadriparezi



1. (ÜMN) ve 2. (AMN) motor nöron bulgularının bir arada (SSAF kardaşlar)
Siringomiyeli / S-ubakut kombine dejenerasyon / A-LS/
F-reiderich ataklı

PİRAMİDAL SİSTEM (MOTOR SİSTEM) HASTALIKLARI



Soru kökü ve çözümü: Temel Bilimler 90

90. Hangi ilaç migren profilaksisinde kullanılmaz ?

İLGİLİ NOTLAR

12

KÜÇÜK STAJLAR

TUSEM®
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

Migren Baş Ağrısı Çeşitleri	
1) AURASIZ	YAYGIN/EN SIK görülen tip/5 atak
2) AURALI	KLASİK/AURA; 5-60 dk focal nörolojik semptom/2 atak En sık vizüel (scintillasyon skotomu/parlak-titre)
Hemiplejik	+ motor güçsüzlük
Retinal	+ tek gözde fotopsi, görme kaybı (körlek)
Baziller	vestibulo otoliti disartri, diyaloji, tipitus

- 1) Küme baş ağrısında profilaktik tedavide kullanılmayan → OPIOID
- 2) Kronik küme tipi baş ağrısının koruyucu tedavisi → VERAPAMIL
- 3) 45 yaş Erkek, 14 yıldır yılda 4 kez 16 gün ve günde 5 kez süren, aynı saatlerde, sol yüzde, göz etrafında, gözde kızama ve yaşama → KÜME
- 4) 62 yaş Erkek, 20 yıldır yılda birkaç kez, günde 4 kez, 30 dk süren, sağ göz içi, göz arkası ve şakakta ağrı oluşması → KÜME

Temel Bilimler 90. soru
Tusem Küçük Stajlar COMPACTUS
Özet Ders Notu Sayfa 012

Migren tedavisi PROFILAKSİ	
Trisiklik antidepressanlar (Amitriptilin)	
Beta blokörler (Propranolol, Metoprolol, Timolol)	
Kalsiyum kanal blokörleri (Verapamil, Flunarizin)	
Antikonvülsan (Topiramet, Valproat, Gabapentin)	
Pizotifen (anti-serotonin ve anti-histamin etkili)	
CGRP reseptör antagonistleri	
Anti-CGRP monoklonal antikorlar	
Diger: Venlafaksin, Siproheptadin, Botulinum Toksin	

Migren tedavisi AKUT ATAK	
Aspirin, Parasetamol, İbuprofen, Naproksen (NSAİ ilaçlar)	
Ergotlar (Ergotamin, Dihydroergotamin)	
Kafein (Ergotamin ile kombine kullanılır)	
Triptanlar (Serotonin 5-HT _{1D/1B} agonist)	
Sumatriptan, Almotriptan, Zolmitriptan, Zolmitriptan	
Lasmiditan (Serotonin 5-HT _{1F} agonist), Flunarizin	
CGRP reseptör antagonistleri	

hem atak hem profilaksidede T-tipi kalsiyum kanal blokörü → **Flunarizin**

- 1) 30 yaş F, 1 yıldır tekrarlayan 1 gün süren, bilateral, şiflen alıyolan, FONO-fobi, şiddetli ağrı ve mide bulantısı olan → AURASIZ MIGREN
- 2) 32 yaş K, 10-15 yıldır ayda 1-2 kez, zonklayıcı, bulantı-kusma, 8-12 saat süren, uykusuzluk, açlık, stresle tetiklenen → AURASIZ MIGREN
- 3) 25 yaş K, 10 yıldır, haftada 1-2 kez, 8-10 saat, tek taraflı, zonklayıcı, FOTO-fobi, bulantı-kusma, şiddetli ağrı → AURASIZ MIGREN

TRİGEMİNAL OTONOM Baş Ağrıları
 (primer) (Küme/Paroksizmal hemikrani/SUNCT)
 Burun akıntısı, tıkanıklık, Göz yaşama, kanlanma, Alın ve yüz terleme

KÜME Tipi Baş Ağrısı	
Genç erkek, Tek taraflı, şiddetli, 15-180 dk, Otonom, sigara, alkol	
Paroksizmal HORNER (miyoz, ptozis), BRADİKARDİ, HT, gastrik salgıda ↑	
AKUT: 5-8 litre OKSİJEN + (ergotlar, sumatriptan, kortikosteroid)	
PROFILAKSİ: *Verapamil (ilk), *kortikosteroid, lityum	

Steroidler hem AKUT tedavide hem de PROFILAKTİK tedavide verilir !!!

Paroksizmal HEMİKRAİNİ	
Genç kadın, Tek taraflı, 2-45 dk, Otonom, zonklayıcı, 5-20 atak	
**INDOMETAZİN (Küme'de NSAİ etkisiz)	

SUNCT	
S → Short (Kısa süreli), 5-240 saniye, günde ortalama 60 atak	
U → Unilateral (Tek taraflı), orbital, retro/suprabortal ve temporal	
N → Neurajiform (Elektirik çarpar tarzda), splanajik, nevraljik	
C → Conjunctival injections (kanlanma)	
T → Tearing (aşırı yaşama, sulanma)	
50 yaş ERKEK hasta, sekonder nedenler genellikle posterior fossada	

Tüm SUNCT hastalarında konjunktivada **kızamık** ve göz yaşama vardır. SUNA hastalarında ise bu iki bulgu **bir arada görülmez** (en çok biri)

SUNCT/SUNA deriyi dokunmakta, yüz yıkamaya, rüzgarla, saç tarama, tıraş olma, diş fırçalamaya, okuma, çişeme ve konuşmayla tetiklenebilir

FAKAT tetiklenme sonrası **refrakter** dönem **BEKLENMEZ** (TN'den farklı)

SUNCT/SUNA'nın tedavisinde en etkili ilaç **lamotrigine**'dir

Akut atak (IV LIDOKAİN)-Profilaksi (**LAMOTRİJİN**)

HİPNİK Baş Ağrısı	
YAŞLI hasta BİLATERAL 30 dk süren, GECE uyandıran baş ağrısı	
Otonom bulgu YOKTUR !!!	

SEKONDER Baş Ağrıları	
SAK	Hayatında yaşadığı en şiddetli baş ağrısı
SVT	Hızlı progresif, dirençli, şiddetli, tek taraf ve zonklayıcı
Temporal arterit	>50 yaş K, PMR birlikteliği, sedim ↑, CRP ↑ Önce amarozis fugaks → sonra kalıcı körlek İnternal elastik laminada parçalanma (biyopsi)
Kafa içi kitle	Sabah uyanınca en fazla ve bulantı-kusma eşlik eder
LP Ağrısı	LP hikayesi olanda yalnca düzelen baş ağrısı
Pseudotümör serebri	Diffüz baş ağrısı ve KİBAS bulgularının öne eğilme - valsalva ile kötüleşmesi
İlaç Ağrısı Kullanım	ergotamin, triptan, basit analjezikler, opioidler, kombine analjeziklerin ayda >10-15 gün alınması
RSVS	Üç ay içinde kendiliğinden sonlanan şiddetli baş ağrısı (Reversibil serebral vazokonstriksiyon sendromu)
CADASIL	aurali migren baş ağrısı ilk semptom, tekrarlayan inme (Cerebral OD Arteriopati, Subkortikal İnfarakt ve Lökensefalopati)

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 101

101. Topikal permetrin uygulanamayan uyuz hastasında en uygun tedavi seçeneği hangisidir?
İvermektin

İLGİLİ NOTLAR

TUSEM®
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

KÜÇÜK STAJLAR

49



SEBOREİK DERMATİT

Sağı deri, alın, kulak arkası, **kaşlar,** nasolabial, burun, çene, boyun, sırt, göğüs, presternal, koltuk altı, genital, eritemli zeminde, **üzeri sarı, yağlı skuamli, pullu makül ve yama** Malassezia furfur (Pityrosporum ovale), yetişkin (kepeklenme) Infanlarda olan ve diyare ile birtikelliği olan hastalığa **LEİNER HASTALIĞI**.

Yakınlık; Parkinson, (HIV), yağlı cilt (seборе), androgenetik alopesi

Tedavi: kortikosteroid, pimelkrolimus, ketokonazol, çinko pirityon

İLAÇ DÖKÜNTÜLERİ

DRESS (İLAÇ BAĞLI HİPERSENSİTİVİTE SENDROMU): 1-6 hafta

Ateş, şiddetli döküntü, **LAP,** hematolojik (eozinofili, atipik lenfositöz) ve organ tutulumu, (**hepatit, kardit, nefrit, farengit**) ile giden ağır tablodur.

ÜRTİKERYAL HASTALIKLAR

ÜRTİKER (KURDEŞEN) VE ANJİÖDEM

Kaybolan, Kaşınılı, Kabarık, eritemli (Kızamık), şdemli papül ve plaklar. Tip 1 HS

Fiziksel uyanlarla derinin çizilmesi sonrası kızamık kabarıklıklar ortaya çıkarsa buna "**dermografizm**" denir.

Anjiyoödem, aynı mekanizma ama derin dermis ve cilt altı şişlik var.

6 haftadan uzun süre tekrarlamaya devam ederse bu kronikleştir.

Akut Ürtiker/anjiyoödem tedavisi **antihistaminik** (DESLORETADİN/serizin)

C1 inhibitörü (-) tedavisinde **androgenik, antifibrinolitik** ajanlar ve C1 inh. konsantraları **TDP** ve **C1 inh.** konsantrasi akut atakları durdurabilir.

ÜRTİKERYAL VASKÜLİT (LÖKOSİTOKLASTİK)

Lezyonlar **24 saat**ten uzundur, **Kaybolup** aynı yerde **tekrarlar** **hileşirken** **hiperpigmentasyon** bırakabilir. **Hipokomplementemi** eşlik edebilir.

DERİ TÜBERKÜLOZLARI

En sık tipleri **lupus vulgaris** ve **scrofuloderma** (Türkiye'de en sık) dir.

Lezyondaki bakteri yüküne göre **multibasiller** ve **paucibasiller** **Lupus vulgaris** ve **tüberkülozis verrukoza** kutis **paucibasiller** tipleridir.

Deri Tüberkülozları			
PRİMER	• Tüberküloz primer kompleksi • Milyer deri tüberkülozu • Reinfeksiyon	• Duyarlanmamış • Duyarlanmamış	• Ekzojen • Hematojen
SEKONDER	• Lupus vulgaris • Tüberkülozis kutis verrukoza • Reaktivasyon	• Duyarlı • Duyarlı	• Endojen • Ekzojen
	• Skrofuloderma	Duyarlı	• Direkt yayılım
	• Tüberkülozis kutis orifiyalis	Duyarlı	• Otoinokülasyon
	• Metastatik tüberküloz abseleri	Duyarlı	• Hematojen

Lupus Vulgaris: %90 baş (en sık yüz) ve boyun tutulumu. **K-S** lezyonları, **Silber** absesi, **Löwen** derisi, **Diskoid** testide

En sık yerleşim **gövde**. Lezyon **bistüri** ile hafif kızamık **deskuame** olur.

Falaş (yonga) belirtisi (+)'tir. **Bulaşmaz**. **Wood** ışığında **sarı yeşil floresan**

Klinik Bilimler 101. soru
Tusem Küçük Stajlar COMPACTUS
Özet Ders Notu Sayfa 049

UYUZ (SCABIES / GALE)

Etken **Sarcoptes scabiei**, gece kaşıntıları, bütün aile tedavi edilir.

Topikal Tedavi: Permetrin, benzil benzoat, sülfür, **Sistemik: İvermektin**

TİNEA (PİTRİAZİS) VERSİCOLAR

Malassezia furfur (Pityrosporum orbiculare). **Normal deri florasında** yer alır.

Alopesi Tipleri

SKATRİZAN alopesiler	NON-skatrizan alopesiler
Sideroderma Tinea kapitis (inflatuar kerion formu) Folikülitis dekalman Diskoid Lupus Eritematozis (DLE) Lupus Vulgaris Likten planopilaris Radyoterapi Cerrahi alan izi	Tinea kapitis (non-inflatuar) Hormonal Alopesi areata Trikotilomani Sekonder sifiliz, SLE Androgenetik Alopesi Telogen/Alopesi effluvium Zn ve Cu (-)

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 141

141.

Üç yaş erkek, ateş, huzursuzluk, beslenememe, ses kısıklığı ve kafasını eğik tutma nedeniyle çocuk acil servise getiriliyor. Fizik muayenesinde tortikolis, trismus, tonsiller hipertrofi ve uvula deviasyonu saptanıyor. Hastanın vücut sıcaklığı 39 °C, solunum sayısı 34/dakika, nabız 140/dakika, kan basıncı 110/50 mmHg, nabız oksimetre satürasyonu %88 olarak tespit ediliyor. Bu hasta için en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

İLGİLİ NOTLAR

TUSEM®
 TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

KÜÇÜK STAJLAR

69

SİNÜS TÜMÖRLERİ

- En sık **sinüs tm. osteom**dur, benign dir ve **en sık frontal sinüse** yerleşir. **Gardner sendromu** multipl osteomlar.
- En sık malign **sinonazal tm. skuamöz hücre** tipindedir ve **en sık maksiller sinüse lokalizedir**. İkinci sıklıkta ise adenokanserler görülmektedir. İleri yaşta **unilateral, kanlı ve pis kokulu burun akıntısı** ile karakterizedir.
- Inverted papillom**: Borderline seyirli ve tümör içerisinde SCC odakları gelişebilen bir patolojidir.

KONJENİTAL BOYUN KİTLE VE KİSTLERİ

Yerleşime Göre Boyun Kistleri		
LATERAL boyun kistleri	ORTA HAT kistleri	TÜM BOYUNDA yerleşebilenler
- Brankial anomaliler - Laringosel - Timik kist - Pseudotümör infançy (fibromatosis coli)	- Tiroglossal duktus kisti (en sık) - Dermoid kist - Plungin ranula - Teratom	- Hemanjiyom - Lenfanjiyom (kistik higroma)

LATERAL BOYUN KİTLELERİ

- Brankial anomaliler**: İçeriğine göre brankial kist veya sinüs adını alabilir. 6 tipten oluşur. En sık **2. brankial kist olup SKM kasi derininde, hemen medialinde** görülürler. Zaman zaman **dışarıya fistülize (EN SIK klinik)** olabilir.
- Laringosel**: Öksürükte hareket eden ve **valsalva ile belirginleşen** kitle olarak görülür. Sıklıkla intra karangiyal basıncın arttığı öflemeli çalgılar kullananlarda olur. İnternal ve mikta tip olmak üzere 3 tipi vardır. Larinksin basıncının artmasından dolayı **ventrikülün sakculusunda** kaynaklanan içi hava dolu boşluklardır. Larinksin içine olan internal, tiroglossal membrandan çıkarak eksternal laringosel denilir.
- Timik kist**: Embriyolojik dönemde timus boyun yan hattından aşağıya doğru göç ederek mediastene iner. Bu iniş sırasında kalan timik doku **lateral boyun kitlesi** olarak görülür.
- İnfançy psödötümörü**: İnfançy **SKM tümörü** veya **fibromatosis coli** olarak da bilinir. **Spontan regrese** olur. **% 20 kadan tortikolise** ilerleyebilir.

ORTA HAT BOYUN KİTLELERİ

- Tiroglossal duktus kisti**: Tiroid dokusunun embriyolojik dönemde dil kökünden aşağıya doğru göç ederken kalan kalıntısıdır. Bu yol boyunca kistik **orta hat kitlesi** olarak görülür. **EN SIK konjenital boyun kitlesi**dir. **Dilin dışarı çıkarmasıyla yukarı doğru hareket eder**. Yutkunmaya hareketlidir. **SİSTRUNK operasyonu** yapılır (**Traktusu da içeren en blok kistektomi + santral hyoid kemik ekstizyonu**).
- Dermoid kist**: Benign teratom. **Yavaş büyüyen, ağrısız, yumuşak** kavamlı, çevreye yapışık olmayan kitle. **Cerrahi öncesi MRG ile** intrakraniyel uzanımının değerlendirilmesi gerekir.
- Plungin ranula**: Sublingual glandin retansiyonu uğraması **ranula** (ağız tabanı) boyna ilerlemesiyle oluşur.

ORTA VE LATERAL YERLEŞİMLİ BOYUN KİTLELERİ

- Lenfanjiyom (kistik higroma)**: Boyunda yumuşak kavamlı içi geçiren kitle.
- Hemanjiyom**: Çocukluk çağı en sık **benign** vasküler doku tm. Sıklıkla **baş-boyunda**. **Pembe leke** görünümünde **vasküler** kitle. Tedavide **İLK basamakta EN UYGUN** seçilecek ilaç **Oral PROPRANOLOL**.

LARENKSİN KONJENİTAL HASTALIKLARI

- Laringosel:
- Laringomalazi**: İnspiratuar **stridor** ve suprasternal çekilmeler vardır. Birçok vaka 2 yaşından önce düzelir. **Larinksin en sık konjenital** anomalisidir. İnfantlarda **respiratuar distresin** en sık **laringeal** sebebidir.
- İnfançyda inspiratuar stridorun** en sık sebebidir.
- Vokal Kord Paralizisi**: Laringomalaziden sonra en sık **infantil stridor** nedeni vokal kord paralizisidir (Bu bilgi pediatride subglottik stenoz olarak geçmektedir).
- Laringeal Anjiyofibrom**: Çocukluk çağı çabuk kanayabilen, entübasyon esnasında dikkat gereken durum.
- Konjenital Laringeal Stridor**: Sık sebeplerinden biri. Epiglot ve aryepiglotik bölgeyi içine alan bir **laringomalazidir**. Genellikle doğumdan sonra veya erken dönemde görülür. Bir yaşa kadar devam eder ve spontan düzelir. **Laringeal webler** ise laringomalaziden sonra en sık **infantil stridor** nedenidir.
- PIERRE-ROBIN sendromu**: Yarak damak (velofaringeal yetersizlik, hipernazalite), **mikrognati**, **glossopitozis**.
- Vincent Anjini**: **Spiroket** ve **fuziform bakteriler**. Oral kavitede **kötü kokulu**, tonsil ya da dil kökünde **kirli gri renkte membranla örtülü** ülserasyon.
- Yarak Damak**: Yarak damakta **velofaringeal yetmezlik**.

Klinik Bilimler 141. soru
Tusem Küçük Stajlar COMPACTUS
Özet Ders Notu Sayfa 069

DERİN BOYUN ENFEKSİYONLARI

PERİTONSİLLER ABSE (EN SIK)

- En sık erken **streptokok** pyogenes. En sık **ergen ve genç yetişkinlerde** (20-40 yaş) görülür.
- Klinik, **akut tonsillit** şeklinde başlar. Ateş, kulağa vuran şiddetli **boğaz ağrısı**, **yutma güçlüğü**, **trismus** ve ses değişikliği (**sıcak patates sesi**/boğuk ses) vardır. Uvula karşı tarafa kaymıştır.
- Trismus**, **uvula deviasyonu** ve **disfoni** durumunda akla gelmelidir (**Quinsy's Triad**).
- Önce fleğmon vardır ve **bu dönemde fluktuasyon alınmaz**. Bu safha çocuklarda sık görülür.
- Tedavi **fleğmon safhasında antibiyotik verilir**. Absede ise drenaj yapılır ve antibiyotik verilir.
- Enfeksiyon iyileştikten sonra tekrarlama riski olduğundan **tonsillektomi** yapılır.



Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 145

145. Atopik dermatitli bebeklerde aşağıdaki klinik durumlardan hangisinin görülmesi en az olası olan

İLGİLİ NOTLAR

48

KÜÇÜK STAJLAR

TUSEM®
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ



BÜLLÖZ PEMFİGOİD

>60 yaş, şiddetli **KAŞINTILI** büyük **GERGİN** büller, nikolsky (-), tzanok (-)

Eozinofili ve **SUBepidermal** büller. **HEMidesmozomdaki BP-230/180'e** ab

FUROSEMİD, **spironolakton**, **ACE inh.**, **penisilin**, **florokinolon** tetideyebilir.

EPİDERMALİZİS BÜLLÖZA: küçük travmatik bül oluşumu

DERMATİTİS HERPETİFORMİS (DUHRİNG HASTALIĞI)

Hastaların çoğunda gluten duyarlılığına bağlı, **ÇÖLYAK** hastalığı ilişkisi

Sırt, kalça ve dirseklerde, **eritemli simetrik, kaşıntılı papül, vezikül, bül**

STEROİDE cevap **vermeyen** lezyonlarla, şiddetli kaşıntıyla karakterize

Dermal papillerin uçlarında **granüler tarzda IgA birikimi** saptanır.

20-40 yaş, **nikolsky (-)**, **KOEBNER**

Enfeksiyonlar (en yaygın): **HSV**, **Mycoplasma pneumoniae**
Cilt ve mukosa tutan otoimmün (Tip 4 HS T cell aracılı). **SUBepidermal bül**

EPİDERMAL NEKROZİS

1. Stevens-Johnson (< %10) 2. Toksik epidermal nekrolizis (> %30)

En sık sebep ilaç reaksiyonlarıdır (Allopürinol, lamotrigin)
HIV, **M. Pneumoni**, **Herpes**, **HAV**, **otoimmün (SLE) hastalık** ilişkisi **VAR**dır.

NIKOLSKY (+), **SUBepidermal bül** görülür. Atipik **target** (santrali kayı)

STAFİLOKOKSİK HAŞLANMIŞ DERİ SENDROMU (RİTTER)

Mukosa genellikle **etkilenmez**. Staf. Aureus **eksfolyatif** toksinleri

Burda bölünme **İNTRAepidermal**, **TEN** ve **SJS'de** ise **SUBepidermal**

DERMATİTLER (EGZEMA)

Genetik: %70'inin ailesinde **atopi öyküsü**, **Flaggrin** mutasyon
İnfantil AD (yaş < 2 yıl): Yüz, baş ve ekstremitelerin **ekstansör** yüzleri

Hertoghe belirtisi: kaşıntının dış üçte birinin incelenmesi veya dökülmesi

Klinik Bilimler 145. soru
Tusem Küçük Stajlar COMPACTUS Özet Ders Notu Sayfa 048

Atopik Dermatit Tanı Kriterleri (Hanifin-Bajka) Kriterleri	
Majör kriterler	
Kaşıntı - Ailede atopi öyküsü Tipik morfoloji ve dağılım: İnfantlarda (yüz, ekstansör bölge), Erişkinlerde (fleksural bölgede) likenifikasyon Kronik tekrarlayıcı dermatit	
Minör kriterler	
- Xerosis - Kutanöz enfeksiyonlara duyarlılık - El ve ayakların nonspesifik dermatiti İktiyozis vulgaris - Palmar hiperlineerite Keratosis pilaris Serum IgE düzeyinde yükselme Pityriasis alba - Meme başı ekzeması - Erken başlangıç yaşı Kellitis - Deri testlerinde pozitif erken tip alerji yanıtı	- Infraorbital Dennie Morgan çizgisi - Periorbital kaşıntı Keratokeratosis Anterior subkapsüler katarakt Yineleyen konjunktivit - Fasial eritem ve solgunluk - Perifoliküler tutulum - Besin hipersensitivitesi Beyaz dermografizm - Lipit çözücü ve yün intoleransı - Çevresel veya emosyonel faktörlerin hastalığın gidiş

KONTAKT DERMATİT (TEMAS DERMATİTİ)

Alerjik kontakt dermatit öncelikle **klinik bir tanı**, **PATCH (YAMA)** testi

DİAPER dermatiti: Çocukta **bez bölgesinde** oluşan akut irritant kontakt

İNTERTRİGİNÖZ ekzema: **kıvrım yerlerinin** inflamatuvar ekzeması

NUMULER (DİSKOİD): kol, bacak, oval plaklar (**STAFİLOKOK** kolonizasyonu)

LİKEN SİMPEKS KRONİKUS (SINIRLI NÖRO dermatiti): **OKB** ve **stres** ilişkili

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 154

154.mononöritis multipleksin PAN' da görülebilmesi

İLGİLİ NOTLAR

TUSEM
 Tıpta Uzmanlık Sınavı Eğitim Merkezi

KÜÇÜK STAJLAR

27

Lezyon seviyesinde **AMN** belirtileri (kolda, elde güçsüzlük, atrofi, DTR ↓)

Lezyon seviyesi altında **ÜMN** (güçsüzlük, spastisite, DTR ↓ Babinski)

Pozitif Lhermitte, Bozulmuş mesane ve bağırsak kontrolü (nadir)

Yürümede bozulma (erken işaret) → Dorsal kolonopropriosepsiyon

Omurluk ve sinir kökü yaralanması (**radikülopati**) sıklıkla eş zamanlı

Servikal X-Ray, Spinal MR, BT Miyelografi, EMG tanıda yararlı
Mesane/bağırsak kontrol kaybı acil cerrahi dekompresyon gerektirir!!!

SPİNAL MUSKÜLER ATROFİ (O.R)

Spinal kord ön boynuz dejenerasyonuna bağlı ekstremiteelerde **AMN** defisiti

WERDNİG-HOFFMAN HASTALIĞI

(KONJENİTAL TİP/TİP 1 SMA) 0-6 AY

Ön boynuz nöronları yok ya da az. Fetal hareketler azdır

Dilde atrofi ve fasililasyonlar vardır (Duchenne'de YOK)

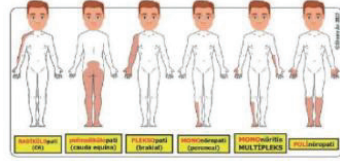
Kaslar ileri derece atrofikdir. DTR alınmaz. Duyu kusuru YOK

Mental bozukluk YOK (Duchenne'de olabilir)

Genelde solunum yetmezliği ve pnömoni ile ölürler

PERİFERİK SİNİR HASTALIKLARI

Hipoplastik Felçli Hastaya Yaklaşım	
Santral felç (supranükleer)	Periferik (intra/infranükleer)
Dil lezyonunun karşı tarafına döner	DN lezyon tarafına devrile
Atrofi, fasililasyon yok	Atrofi ve fasililasyon var



POLİNÖROPATİ

DİSTALDEN → **PROKSİMALE** (DİZE KADAR) ilerleyen **asenden SİMETRİK** ekstremite distallerinde **ELDİVEN** ve **ÇORAP** tarzı duyu kusuru, Tanı: **EMG**

DTR'de ↓ veya kaybolma da ekstremite distallerinden (Aşıl) başlar

Bilinen en sık sebep **DM**, **Alkol** // herediter en sık → **CMT** (HMSN)



CMT'de Pes kavus (çukur), **düşük ayak**, **çekiç parmak**, **leylek bacak**, atrofi

Tekrarlayan kompresyon nöropatileri, Sural biyopsi (soğan zarı görünüm)

Akşama basınca duyarlılık (tomaküler (soşal) nöropatisi: fokal kalınlaşma

Nütrisyonel; B1, B3, B6, B12 (-), Vit. E (-), Bakır (-) ilişkili

Sinir hipertrofi → Lepre, NF, CMT, akromegali, Refsum, HMSN-

Klinik Bilimler 154. soru
Tusem Küçük Stajlar COMPACTUS
Özet Ders Notu Sayfa 027

MONONEURİTİS MULTİPLEX

≥ 2 izole mononöropati, **siyatik** ve **radyal** nöropati (**Asimetrik multifokal**)

En tipik örnekleri **poliarteritis nodoza (PAN)**, EGPA, GPA, **DM**, SLE, Sjögren, **RA**, **Amiloidoz**, **Kriyoglobulinemi**, HIV, Lepre, Lyme, HBV, HCV, HSV

DİABETİK NÖROPATİ

Makrovasküler (KAH, SVH, PAH), **Mikrovasküler** (retina/nöropati)

Periferik nöropatilerin en sık nedenidir (%75 en yaygın **polinöropati**)

Otonomik nöropati: İmpotans, nokturnal **diare**, postural hT, terilemede ↑, gastroparazi, **konstipasyon**, safra çamuru, nörojen mesane, istirahat taşikardisi, sessiz MI, ani ölüm, uzun QT, ısı intoleransı



Kraniyal mononöropatiler: 3. (EN SIK)>4.>6.>7. CN tutulabilir

Diyabetik 3. CN tutulumunda **pupil** ve **ışık refleksi** etkilenmez

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 164

164. Travmaya bağlı diyafragma yaralanması düşünülen bir hastada tanısıl yöntem olarak tercih edilebilecek yöntemler Bilgisayarlı tomografi, Manyetik rezonans görüntüleme, Laparoskopi, Akciğer grafisi

İLGİLİ NOTLAR

116

KÜÇÜK STAJLAR

TUSEM®
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

Parnak

Tansiyon PNX'te başarsız iğne dekompresyonu, travmatik kardiyak arrest. Başlangıç aşaması göğüs tüpü yerleştirilmeyle aynıdır. Amaç açık PNX oluşturmak.

Tüm pnömotoraks tipleri için genel nüks oranı %38, PSP'de %50'dir.

Nüks oranları giderek artar: (2. Nüks %62, 3. Nüks %80)

Spontan pnömotoraks için stabilite kriterleri (stabil kabul edilebilmesi için aşağıdakilerin hepsinin mevcut olması gerekir):

- Solunum < 24 nefes/dakika, SpO₂ (oda havası): > %90, cümlelerle konuşabilme, Kalp atımı hızı 60-120/dk, kan basıncı: N

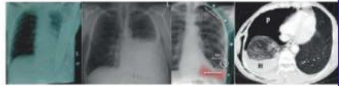
Pnörodes: Visseral ve pariyetal plevranın birbirine yapıştılması işlemidir. Pnömotoraks nüks edemeyecektir.

Pnömotoraks operatif girişim endikasyonları: İnatçı hava kaçağı (7 günün aşkın hava drenajı), Nüks pnömotoraks, Büyük amfizem bülö varlığı, Pnömonektomili oluda ilk pnömotoraks, Mesleki ilk pnömotoraks (pilot ve dalgıçlar)

Cerrahi endikasyonları: Rekürren pnömotoraks (aynı veya diğer tarafta), 7-10 günden fazla süren peristaltik hava kaçağı ve imkomplet akciğer ekspansiyonudur. İşlem apikal bleblerin staplerle çıkarılması ve plevral abrazyondur. Bu video torakoskopik ile tamir için uygun bir endikasyondur.

HEMOTORAKS

- Siddetli penetran ya da ağır künt travmalardan sonra gelişir. Solunum seslerinin etkilenen tarafta alınmaması ve perküsyonda matite alınması ile hemotorakstan şüphe edilerek akciğer grafisi istenir.
- Ayakta çekilen grafide** hemotorakstan görülebilmesi için **en az 300-500 ml kanın** plevral boşlukta toplanmış olması gerekir. Yatar pozisyonda ise 1000 ml'lik hemotoraks bile gözden kaçabilir. Bu nedenle, hemotorakstan şüphe ediliyor ve hasta oturmayacak durumdaysa **lateral dekübit akciğer grafisi** çekilmelidir.
- Toraks içi kanama künt ise **interkostal arterler**, penetran ise **internal mamaryal arterlerden** köken alır.
- Geç kalırsa plevral boşlukta kan pıhtılaşmaya başlar ve organize fibrin oluşarak fibrotoraksa sebep olur.
- Akciğer grafisinde **opasite izlenir**. Atelektazi olabilir. **4-5. interkostal aralıktan** 10p takılıp su altı drenajına başlanır. Gelen sıvı söt rengindeyse buna **şilotoraks** denir. Duktus torasikus zedelenmesi olabilir.
- Hemotoraks torakotomi endikasyonları:** İlk anda boşaltılan kanın 1500 ml ya da 29 mL/kg'si aşması (masif hemotoraks). Kanamanın >150-200 mL/saat ya da >2 mL/kg olarak 2-4 saatten fazla sürmesi (masif hemotoraks). Toraks tüpünün sık tıkanması neticesinde yeterli drenaj yapılamaması



TRAKEOBRONŞİYAL YARALANMA

- Ana karınaya (distal/proksimal) 2-2,5 cm'lik bölgede** Tanı bronkoskopi ile konur.
- Dispne, sternal hassasiyet, cilt altı amfizem, PNX, **hammam** **ışareti**, ses kısıldığı, hemoptizi

- Torakotomi tüpü konulmasına rağmen göğüs akciğerin ekspansiyon alamaması, masif hava kaçağının devam etmesi ve masif progresif cilt altı amfizemi şüphe uyandırır!!!
- X-ray (cilt altı amfizemi, pnömomediastinum, PNX), bronkoskopi (lezyonun görülmesi)
- PNX, hava yolu tıkanıklığı, bronkoplevral fistül, mediastinit, Tedavi ise primer tamirdir.

+ Hamman işareti: Kalp atışıyla eş zamanlı olarak duyulabilen **prekordiyal kreptasyon**, Pnömomediastin, pnömooperkardiyum ve trakeobronşiyal yaralanmalarda görülür.

TRAVMATİK AORT RÜPTÜRÜ

- Künt aortik yaralanmalar** travma hastalarında en sık görülen kardiyovasküler olaydır.
- Toraks aorta ve dallarının künt travma ile yaralanmasından sorumlu tutulan başlıca 4 mekanizma mevcuttur:
 - Trafik yada uçak kazalarında olan horizontal deselerasyon
 - Asansör kazalarında izlenen vertikal deselerasyon
 - Sternal kompresyon
 - "Crush" tipi yaralanma dediğimiz göğüs altında kalma yada deprem sonrası görülen yaralanmalar
- Horizontal deselerasyon sonucu gelişen rüptürler %90 oranında aortik **istmusta** lokalizedir. Vertikal deselerasyon yaralanmaları çıkan aorta ya da arkus aortayı etkilemektedir.
- Belirtiler: dispne, retrosternal ve interkapüler ağrı, disfaji ve ses kısıldığı
- Mobil asendan aorta ve arkus aortanın hareket etmesi, fakat interkostal arterler ve mediastinal plevra nedeniyle fiks olan desendan aortanın sabit kaldığı deselerasyon yaralanmalarında oluşur. Bu hareket **en sık sol subklavyan arterin distalinde, istmus bölgesinde, yırtılmaya yol açar**.
- Aortik yaralanma genelde intima da kırılmaya yol açar; mediya ve adventisiya tabakaları sağlamdır.
- Üst ekstremitelerde hipertansiyon, alt ekstremitelerde hipotansiyon, boyun hematomu yada dolgunluğu, prekordiyumda ve interkapüler alanda sistolik üfürüm saptanır.
- Akciğer grafisinde şu bulgular görülebilir:** Mediastende genişleme, Aortik topuzun silinmesi, Sol ana bronşun aşağı itilmesi, Apikal hematomi, Trakeanın sağa itilmesi ve sol plevral effüzyon

Klinik Bilimler 164. soru
Tusem Küçük Stajlar COMPACTUS
Özet Ders Notu Sayfa 116

DIYAFRAGMA RÜPTÜRÜ

- Karın/göğüşe olan **penetran** (%65); **künt** (%35) travmada özofageal hiatusun başlayan radyal yırtıktır. X-ray'de göğüs boşluğunda kolon veya midenin görülmesi ile tanı konulur. **Göğüs ve karın BT: Stabil** hastalarda **İLK** tercih edilen tetkiktir; diyafram süreksizliği, diyafram hernisi ve **kum saatli** **ışareti** gibi bulgular görülebilir.
- Acilen NG sonda konulması (eğer yoksa) akut gastrik dilatasyon gelişerek hayatı tehdit eden bir solunum sıkıntısına yol açmasını engelleyecektir.
- Rüptür 7-10 gün içinde tamir edilmezse** akciğer yapıldıklarının ayrılması aşısından transtorasik tamir önerilir.

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 164

164. Travmaya bağlı diyafragma yaralanması düşünülen bir hastada tanısasal yöntem olarak tercih edilebilecek yöntemler
 Bilgisayarlı tomografi, Manyetik rezonans görüntüleme, Laparoskopi, Akciğer grafisi

Klinik Bilimler 164. soru
 Tusem Küçük Stajlar COMPACTUS
 Özet Ders Notu Sayfa 117

STAJLAR

117

- **Diyafragma rüptürünün 5 klinik belirtisi vardır:** Sol hemitoraksın hareketiz ve şişkin durumda olması, Kalp seslerinin sağ hemitoraksa doğru yer değiştirmesi, Solda solunum seslerinin duyulmaması, Göğüs içinde başırsak seslerinin duyulması, Perküsyonda timpanik ses duyulması
- **Akciğer grafisinde diyafragma rüptürü bulguları:** Diyafragma elevasyonu, Diyafragma sınırlarında silinme yada düzensizleşme, Visseral herniasyon, Sol hemitoraksa alt zonda hava-sıvı seviyeleri, Nazogastrik tüpün göğüs içinde izlenmesi, Plevral sıvı, Pnömotoraksa, Hidrotoraksa



ÖZEFAGÜS RÜPTÜRÜ

- **İatrojenik (en sık)** (endoskopik işlemler, entübasyon, NG sonda takılması), barotrauma (flekülan kusmalar, defekasyon, doğum sırasında), yabancı cisim, korozi madde, özofagus kansinomu, ateşli silah yaralanmaları
- Boyun/göğüs ağrısı, ateş, taşikardi, hipotansiyon, solunum, yutma güçlüğü, subkutan emfizem, PNK, plevral efüzyon, hematemez ve **hızla gelişen mediastinit**e yol açar (küntten çok **penetran** yaralanmalar sonucu)
- Akciğer grafisi, özofagoskopi, özofagografi. Perforasyon <24 saat ise patolojik özofagusu çıkar + flep ile kapat



PNÖMOMEDİASTİNÜM

- Pnömomediastinümde, radyolojik incelemede, **kalbi saran hava**, timusla kalp gölgesini ayıran hava gözlenir.
- Primer: Akciğer **büllerinin** yırtılması (predispozan faktör: sigara)
- Sekonder: Travmatik, atravmatik (**Boerhaave** sendromu, bronşektazi, KOAH, astım, interstiyel akciğer hastalığı, akciğer kanseri), iatrojenik (endoskopi, entübasyon, fazla ventilasyon basıncı, santral kateter takılması).
- Klinik: Göğüs ağrısı (ani başlangıçlı, retrosternal, boyna veya sırtta yayılan), nefes darlığı, cilt altı emfizem, öksürük, ses değişikliği, **Hamman işareti**
- Tanı: X-ray (mediastinal yapıları çevreleyen hava, mediastinal plevranın görünür hale gelmesi), BT



KARDİYAK KONTÜZYON

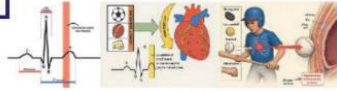
- Künt travmatik torasik hasar sonucu meydana gelen, miyokardiyal disfonksiyona, göğüs ağrısı, hipotansiyon, aritmi, artmış kardiyak biyobelirteçler ve kardiyjenik şok gibi çeşitli klinik etkilere neden olan bir yaralanma
- Göğüsle ekimoz, ağrı, hassasiyet, Hipotansiyon, Takipne, nefes darlığı, Taşikardi, aritmiler, kardiyak üfürüm, kalp seslerinin azalması, Juguler venöz dolgunluk, Baş dönmesi, senkop, Kardiyjenik şok, Ani kardiyak arrest olabilir

Tanı: EKG, troponin, TTE (Transtorasik Ekokardiyografi) yetersiz olduğunda TEE (Transözofageal Ekokardiyografi)
 Travmalarda görüntüleme: eFAST, CXR, kontrastlı veya kontrastsız göğüs BT, BT anjiyografi (vasküler hasar)

Taşikardinin sıvı resüsitasyonuna rağmen devam etmesi ve hemorajinin dışlanması durumunda düşün.

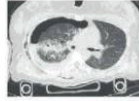
Commotio Cordis: göğsün prekordiyal bölgesine **hafif künt** travma sonrası **VF** ve **ani kardiyak ölüm**. Sert, küresel cismin (beyzbol, golf topu) T dalgasının elektrikal olarak hassas yüceltme periyodu sırasında dik açıyla prekordiyal bölgeye çarpması. Göğse künt travmayı takiben kollaps. Yöpsal miyokardiyal yaralanmanın olmaması

Alta yatan kardiyovasküler bir hastalık olmadan kaburgalara, stemuma ve kalbe zarar vermeden delici bir yaralanma olmaksızın, göğse künt ve genellikle masum görünen kasıtsız bir darbe ile tetiklenen VF ve ani ölüm



AKCİĞER KONTÜZYON

- Travma sonrası: **intraalveoler hemoraji** ve **interstiyel ödem** ile karakterize
- Solunum sıkıntısı (dispne, siyanoz), hipoksi, taşikardi, göğüs ağrısı
- Göğüs travmasıyla birlikte **en sık yaralanmadır (majör göğüs travmalı hastaların %30-75'i)**
- Tanı, X-ray (Düzensiz alveolar infiltratlar, beyazlaşmış hemitoraks, yaygın opasiteler), BT, AKG ve solunum sıkıntısı.
- **Tedavi** övolemisi korumak (aşırı IV hidrasyondan kaçınılmalı), ek olası tedavi, agresif akciğer bakımı, yeterli analjezi (epidural narkotikler) ve plevral boşluk komplikasyonları varsa göğüs tüpü ile yapılır.
- **Pnömoni**, %50-70 oranıyla **en sık komplikasyon** olup tekipe **akciğer absesi** ve **ampiyem** gelişebilmektedir.



PLEVRAL TÜMÖRLER

- **Benign lezyonları:** lipom, plak ve plevral kalınlaşmadır. Plakların kalıfifikasyonu **asbestosis** için **patognomoniktir**.
- Plevral tümörlerin çoğunluğu **maligen** olma eğilimindedir ve **en sık tanı mezotelyomadır**. E>K. En sık 50 yaş üzerinde.
- **Asbest maruziyeti/hershane işçileri (en önemli risk)**. Sigaranın mezotelyoma insidansını artırdığı **gösterilmemiştir**.
- Dispne, **plöritik olmayan göğüs ağrısı (en sık)**, ateş, terleme, kilo kaybı, yorgunluk, donuk perküsyon, etkilenen tarafta akciğer seslerinin olmaması/azalması ve plevral efüzyon ile birliktedir ve hemen hemen her zaman **ölümcül** bir hastalıktır.
- **Kalın/eksüdatif plevral efüzyon**, x-ray/BT (**plevral kalınlaşma**), biyopsi (mezotelyoma hücreleri, psammoma cisimcikleri)
- Mezotelyoma hücreleri (EM'de **uzun ve ince** mikrovilluslar), aksine, adenokarsinomların **kısa ve kalın** mikrovilluslar izlenir.
- Adenokarsinom aynı zamanda vimentin, **kalretinin** ve **sitokeratin 5/6** ile (+) boyanması anlamıdır. (adenokarsinomda -)

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 166

166. Özofagus perforasyonlarına nedenleri Endoskopik işlemler, Boerhaave sendromu, Travma, Yabancı cisim yutulması

İLGİLİ NOTLAR

TUSEM
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

KÜÇÜK STAJLAR

117

- **Diyafragma rüptürünün 5 klinik belirtisi vardır:** Sol hemitoraksın hareketsiz ve şişkin durumda olması, Kalp seslerinin sağ hemitoraksa doğru yer değiştirmesi, Soluda solunum seslerinin duyulmaması, Göğüs içinde bağırsak seslerinin duyulması, Perküsyonda timpanik ses duyulması.
- **Akciğer grafisinde diyafragma rüptürü bulguları:** Diyafragma elevasyonu, Diyafragma sınırlarında silinme yada düzensizleşme, Visseral herniasyon, Sol hemitoraksa alt zonda hava-sıvı seviyeleri, Nazogastrik tüpün göğüs içinde izlenmesi, Plevral sıvı, Pnömotoraks, Hidrotoraks



Klinik Bilimler 166. soru
Tusem Küçük Stajlar COMPACTUS
Özet Ders Notu Sayfa 117

ÖZEFAGUS RÜPTÜRÜ

- **İatrojenik (en sık)** (endoskopik işlemler, entübasyon, NG sonda takılması), barotravma (tekrarlayan kusmalar, defekasyon, doğum sırasında), yabancı cisim, korozyf madde, özofagus karsinomu, ateşli silah yaralanmaları
- Boyun/göğüs ağrısı, ateş, taşikardi, hipotansiyon, solunum yutma güçlüğü, subkutan amfizem, PNX, plevral efüzyon, hematemez ve **hızla gelişen mediastinitis** yol açar (küntten çok **penetran** yaralanmalar sonucu)
- Akciğer grafisi, özofagoskopi, özofagografi. Perforasyon <24 saat ise patolojik özofagus çıkar + flep ile kapat



PNOMOMEDIASTINUM

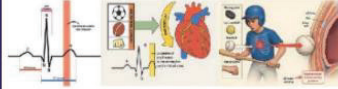
- Pnömomediastinuma, radyolojik incelemede, **kalbi saran hava**, timusta kalp gölgesini ayıran hava gözlenir.
- Primer: Akciğer **büllerinin** yırtılması (predispozan faktör: sigara)
- Sekonder: Travmatik, atavmatik (**Boerhaave** sendromu, bronşektazi, KOAH, astım, interstiyel akciğer hastalığı, akciğer kanseri), iatrojenik (endoskopi, entübasyon, fazla ventilasyon basıncı, santral kateter takılması).
- Klinik: Göğüs ağrısı (ani başlangıçlı, retrosternal, boyna veya sırtı yayılan), nefes darlığı, cilt altı amfizem, öksürük, ses değişikliği, **Hamman işaret**
- Tanı: X-ray (mediastinal yapıları çevreleyen hava, mediastinal plevranın görünür hale gelmesi), BT



KARDİYAK KONTÜZYON

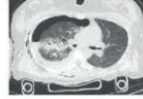
- Kunt travmatik torasik hasar sonucu meydana gelen, miyokardiyal disfonksiyona, göğüs ağrısı, hipotansiyon, aritmi, artmış kardiyak biyobelirteçler ve kardiyojenik çok gibi çeşitli klinik etkilere neden olan bir yaralanma
- Göğüste ekimoz, ağrı, hassasiyet, Hipotansiyon, Takipne, nefes darlığı, Taşikardi, aritmiler, kardiyak öforüm, kalp seslerinin azalması, Juguler venöz dolgunluk, Baş dönmesi, senkop, Kardiyojenik çok, Ani kardiyak arrest olabilir

- Tanı: EKG, troponin, TTE (Transstorasik Ekokardiyografi) yetensiz olduğunda TEE (Transözofageal Ekokardiyografi)
- Travmalarda görüntüleme: eFAST, CXR, kontrastlı veya kontrastsız göğüs BT, BT anjiyografi (vasküler hasar)
- **Taşikardinin sıvı resüsitasyonuna rağmen devam etmesi** ve hemorajinin dışlanması durumunda düşün.
- **Comotio Cordis:** göğüsün prekordiyal bölgesine **hafif kunt** travma sonrası **VF ve ani kardiyak ölüm**. Sert, küresel cismin (beyzbol, golf topu) T dalgasının elektriksel olarak hassas yükselme periyodu sırasında dik açıyla prekordiyal bölgeye çarpması. Göğüs kunt travmayı takiben kollaps. Yapısal miyokardiyal yaralanmanın olmaması
- Alta yatan kardiyovasküler bir hastalık olmadan kaburgalara, sternuma ve kalbe zarar vermeden delici bir yaralanma olmazsa, göğüs kunt ve genellikle masum görünen kasıtsız bir darbe ile tetiklenen VF ve ani ölüm



AKCİĞER KONTÜZYON

- Travma sonrası **intraalveoler hemoraji ve interstiyel ödem** ile karakterize
- Solunum sıkıntısı (dispne, taşipne, siyanoz), hipoksi, taşikardi, göğüs ağrısı
- Göğüs travmasıyla birlikte **en sık yaralanmadır (majör göğüs travmalı hastaların %30-75'i)**
- Tanı, X-ray (Düzensiz alveolar infiltratlar, beyazlaşmış hemitoraks, yaygın opasiteler), BT, AKG ve solunum sıkıntısı.
- **Tedavi** övolemiiyi korumak (ağır IV hidrasyondan kaçınılmalı, ilk olakışan tedavisi, agresif akciğer bakımı, yeterli analjezi (epidural narkotikler) ve plevral boşluk komplikasyonları varsa göğüs tüpü ile yapılır.
- **Pnömoni**, %50-70 oranıyla **en sık komplikasyon** olup tekipe **akciğer apsesi** ve **ampiyem** gelişebilmektedir.



PLEVRAL TÜMÖRLER

- **Benign lezyonları; lipom, plak ve plevral kalınlaşmadır.** Plakların kalifikasyonu **asbestosis** için **patognomoniktir**.
- Plevral tümörlerin çoğunluğu **malign** olma eğilimindedir ve **en sık tanı mezotelyomadır**. E>K. En sık 50 yaş üzerinde
- **Asbest maruziyeti/tershane işçileri (en önemli risk).** Sigaranın mezotelyoma insidansını artırdığı **gösterilmemiştir**.
- Dispne, **plöritik olmayan göğüs ağrısı (en sık)**, ateş, terleme, kilo kaybı, yorgunluk, donuk perküsyon, etkilenen tarafta akciğer seslerinin olmaması/azalması ve plevral efüzyon ile birlikte ve hemen hemen her zaman **ölümcül** bir hastalıktır.
- **Kant/aksüdatif plevral efüzyon**, x-ray/BT (**plevral kalınlaşma**), biyopsi (mezotelyoma hücreleri, psammoma cisimcikler)
- Mezotelyoma hücreleri (EM'de **uzun ve ince** mikrovilluslar), akaisne, adenokarsinomların **kısa ve kalın** mikrovilluslar izlenir.
- Adenokarsinom ayırtımında vimentin, **kalretinin ve sitokeratin 5/6** ile (+) boyanması anlamlıdır. (adenokarsinomda (-))

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 174

174. Meckel divertikülü ile ilgili Konjenital ve gerçek tipte bir divertiküldür. Sıklıkla asemptomatiktir. En sık gastrik mukoza olmak üzere pankreatik ve kolonik mukoza içerebilir. Erişkinlerde lokalizasyonu genellikle ileoçekal valden 60 cm proksimaldedir. Erişkinlerde en sık görülen komplikasyonlardan biri intestinal obstrüksiyondur.

İLGİLİ NOTLAR

TUSEM®
 TİPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

KÜÇÜK STAJLAR

99

- **Kistik fibrozis tanısında;** ter testi, mekonyum strip testi, Farber testi, triptik aktivite, immünoelektroforiz, DNA analizi kullanılabilir. Basit mekonyum ileusunun tedavisi **rektal irrigasyonla** yapılmaz.

MEKONYUM TIKAK SENDROMU

- Benign kolonik bir obstrüksiyondur. Normalde sert olan mekonyumun son 1-2 cm'lik kısmının doğumdan hemen önce veya doğumda atılmamasıyla oluşur. ADBG'de distal tıkanıklıkla uyumlu çok sayıda **sıvı-gaz seviyesi**.

MEKONYUM PERİTONİTİ

- İntrauterin son 6 ayda geçirli sebeplerle meydana gelen bağırsak perforasyonları sonucu oluşan steril kimyasal bir peritonittir. Bağırsak yapışıklığı ve **kalsifikasyonla** iyileşir.

KOYULAŞMIŞ SÜT TIKAK SENDROMU

- %80'i **SGA**'lı ve **prematüre** bebeklerdir. Anne sütüyle beslenen bebeklerde **görülmez**.
- İlk hafta dışkılama normalken, daha sonradan ince bağırsak belirti ve bulguları ile ortaya çıkar. Hızlı kilo alımı için **yüksek kalorili proteinli ve yağlı mamalar** ile beslenen bebeklerde ortaya çıkabilir.
- Direkt grafide **buzlu cam görünümü** vardır. Tedavide lavman denenir, olmazsa enterostomi ile pihli çıkarılır.

DÜPLİKASYONLAR

- Genellikle **mezenterik yüzde** mezenter yaprakları arasında yer alırlar.
- Sindirim sisteminde duplikasyonlar **en sık** bağırsakta, burada da **ince bağırsaklarda** görülür. **En sık terminal ileum ve ileoçekal bğda** ve özofagusta yer alırlar.
- **Kistik** (EN SIK), tübüler ve intramural olarak 3 tipi vardır. Birlikte **en sık görülen anomali hemivertebradır**.
- **Kusma** özellikle duodenum yerleşimlerinde belirgindir. Erişkin yaşlarda **adenokarsinoma** dönüştürülebilir.
- ADBG, ultrason ve BT'de **dev boyutu kitle** görülür. Perforasyon genellikle ileumun son bölümünde görülür.

YENİDOĞANDA GİS KANAMA

- Çocuklarda GİS kanamaları **en sık kolorektal bölgede** yer alan **lezyonlara** bağlıdır.

Klinik Bilimler 174. soru
Tusem Küçük Stajlar COMPACTUS
Özet Ders Notu Sayfa 099

MECKEL DİVERTİKÜLÜ

- En sık konjenital GİS anomalisi (%2). İntrauterin 6-7. haftada oblitere olması gereken vitellin kanalın (**Omfalomezenterik kanal**) (yolk kesesini embriyolojik dönemdeki orta bağırsığa bağlayan kanal) proksimal segmentinin kalıcı olması. E>K.
- **Gerçek bir divertiküldür** (ince bağırsığın 3 tabakasını da içerir). **Vitellin arterden** beslenir. En sık **ileumda**.
- **İlgili anomaliler:** Omfalomezenterik fistül, umbilikal sinüs, umbilikus kisti ve fibröz bant.
- 2'ler kuralı: **ERKEK**lerde **2 kat** fazla; ≤ 5 cm (**2 inç**) uzunluğunda; ileoçekal valfin yaklaşık **2 feet** (~60 cm) proks. (ileumun antimezenterik tarafında); **nüfusun %2'sinde**; **%2 semptomatik**; **ilk 2 yaşta** ortaya çıkar; **2 tip mukoza** içerir; $\rightarrow$ **ileal + Ektopik mukoza** (asit üreten **MİDE mukozası** (%60), pankreatik, kolon ve duodenal mukoza)

- Ektopik mide veya pankreatik mukoza varlığında divertikül içinde **asit/enzim salınımıyla** ileal obstrüksiyon $\rightarrow$ kanama
- **Klinik: Asemptomatik** (en sık $\rightarrow$ insidental). **Semptomatik: Alt GİS kanama** (hematokeziya, melena) (en sık).
- **Tanı:** Semptomatik Meckel, genellikle GİS kanamanın araştırılması sırasında tanı alır. **Tanı yöntemleri:**
- **Teknesyum Tc-99m perteknetat sintigrafisi** (Gastrik mukoza tarafından emilen Tc-99m ile non-invaziv teknik); Divertikülü kaplayan **ektopik gastrik mukozanın** görüntülenmesi (çocuklarda sensitivite %90 ve spesifite %98)
- **BT anjiyografi** (Gİ kanama kaynağını lokalize etmede kullanılır. Patent **VITELLİN arter patognomoniktir**).
- Mezenterik arteriyografi, İşaretili RBC taraması (kanayan Meckel divertikülü tespit etmek için faydalıdır), çift balon enteroskopi, kapsül endoskopi, diagnostik laparoskopi
- **Komplikasyon:** Divertikülit, İntususepsiyon, Gİ perforasyonu, tıkanıklık, anemi, fibröz bant çevresinde volvulus, perforasyon, sepsis, **ÜTİRE fitiği** (Meckel divertikülünün femoral fıtık içinde hapsolmesi), neoplazi



- **Tedavi:** Laparotomi/laparoskopide tespiti; çocuklarda ve gençlerde, ve <50 yaş olup komplikasyon riski yüksek olanlarda rezeksiyon önerilir. Semptomatik veya komplike Meckel divertikülünün cerrahi rezeksiyonu gerekir.

KONJENİTAL AGANGLİYONİK MEGAKOLON (HIRSCHSPRUNG HASTALIĞI)

- E>K: (4/1), 1/5000, Hirschsprung hastalığı her zaman **REK**ümü içerir ve sıklıkla **RET** mutasyonları ile ilişkilidir.
- Term ve normal doğum ağırlıklarında sıklıkla. **En tipik ve erken belirti** mekonyumun >24-48 saat çıkarılmamasıdır.
- **RET** mutasyonları (**MEN2**), **Endotelin reseptör B (EDNRB)** mutasyonları (**Waardenburg**), **Trizomi 21 (Down)**, **Nöroblastom**, **NF**, konjenital **sağırık**, **malrotasyon**, **gastrik divertikül**, **Chagas** ve intestinal **atrezi** ilişkilidir.
- **Shah Waardenburg sendromu:** Megakolon + yüz deformitesi + konjenital sağırık + beyaz saç + Hirschsprung
- **Ondine sendromu:** Hirschsprung hastalığı + doğumsal **santral hipoventilasyon**

Parasempatik nöroblastların (ganglion öncüler) **nöral krestten distal kolona hatalı migrasyonu** nedeniyle oluşur. Bu süreç gelişimin 4. ve 7. haftaları arasında gerçekleşir. Etkilenen segmentler histolojik olarak anorektal hattın başlayarak **Meissner pleksusu** ve **Auerbach pleksusu** (submukozal ve miyenterik pleksus/gangliyon) **yokluğu** ile karakterizedir ve şunlara yol açar: koordinasyonsuz peristaltizm ve yavaşlamış motilite, stenoz, obstrüksiyon, Agangliyonik bölümün proksimalindeki kolon segmentinin genişlemesi (olası **megakolon**)

Ultra-kısa segment (pelvik taban altındaki distal rektum ve anüs), **Kısa segment** (**REKTOİSGMOİD** (%80)), **Uzun segment** (distal kolonun splenik fleksuraya kadar tutulumu (%10)), **Total kolonik:** tüm kolon (%3-8)

Mekonyum çıkışında gecikme (>24-48 saat), karında şişkinlik ve safra kusma, sıkal an sfinkter, **Boş rektum**, **Fışkırtma işareti:** pargoğın gelişmesiyle dışı ve gazın **patlayıcı** şekilde çıkması, Kronik kabızlık, Büyüme geriliği

Karın röntgeni (Karın şişliği ve gecikmiş mekonyumu olan YD'da bağlanış çalışması (kontrast lavman ile): Rektumda azalmış veya kaybolmuş hava, Dar agangliyonik bölgenin proksimalinde genişlemiş kolonik segment

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 176

176. Akut apandisit ile ilgili Erişkinlerde lümende tıkanmaya neden olan fekalitler en sık nedenlerindendir. Dunphy bulgusu öksürmekle sol alt kadranda ağrı olmasıdır. Çocuk ve genç hastaların ayırıcı tanısında akut mezenterik lenfadenit düşünülmelidir. Rovsing bulgusu sol alt kadrana basıldığında sağ alt kadranda ağrının olmasıdır.

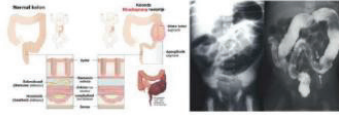
İLGİLİ NOTLAR

100

KÜÇÜK STAJLAR

TUSEM®
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

- Kontrast lavmanlar (Barium Enema):** tanısal ve terapötik olabilir, çünkü kontrast, dışkıyı geçişine yol açabilir. Anganglionik segment uzunluğunu belirlemeye, ayrıca tanımlar (bağırsak atrezisi, mekonyum ileus ve tıkaç sendromu) dışlamaya yardımcı olur. Normal innerve, proksimal genişlemiş bağırsak ile anganglionik, dar distal bağırsak (geçiş zone) arasında potansiyel kalibrasyon değişikliği. Normal olması Hirschsprung'u dışlayamaz.
- Kontrastlı grafilerde ganglionikten anganglionik segmente geçiş zonunun görülmesi patognomoniktir
- Anorektal manometri:** Rektumun gerilmesinden sonra internal sfinkterin gevşeme refleksinin olmaması
- Rektal Biyopsi:** Görüntüleme bulgularından bağımsız olarak, Hirschsprung hastalığından şüphelenilen tüm çocuklarda tanıyı doğrulamak için (ganglion hücrelerinin yokluğu, Yüksek asetilkolinesteraz aktivitesi, Hiperτροφik sinir lifleri, Kalretinin immünoyamasının yokluğu). Yüksek şişme, normal lavmanda uygula.
- En ciddi komplikasyonları: **Nekrotizan enterokolit** (diare), Toksik megakolon, perforasyon, peritonit, sepsis, inkontinans
- Yenidoğan intestinal obstrüksiyon ayına tanısında **intestinal nöronal displazi** (Hirschsprungdaki anganglionozun aksine **hipergangliyonoz** varlığı), **mekonyum ileus** (Barium enemada "mikrokolon" ve terminal ileumda mekonyum topakları, **Kistik fibrozis** ilişkisi), mekonyum tıkaç sendromu, konjenital hipotroidi düşünülmelidir.
- En sık **Duhamel ameliyatı** ve çeşitli varyantları kullanılır. **Pullthrough** ameliyat yapılabilir.



İNVAGİNASYON (İNTUSEPSİYON)

- Bağırsağın proksimal kısmının distal kısma ilerlemesidir. Bu ilerleme mekanik obstrüksiyona ve iskemiyi yol açar.
- <2 yaş barsak tıkanmasının en sık nedeni ve en sık acil cerrahi nedenidir. En sık **İLEO-KOLİK / ÇEKAL**, **Enteroenterik** (ileoileal, jejunojejunal, jejunokoleal), **Kolokolik** (kolosigmoidal, apendikoçekal (nadir)) olabilir.
- Çocuklar** (%95): En sık grup. Genellikle 3 ay - 5 yaş. (Peak: **4-18 ay**). >2 yaş insidansı azalır. E>K. %90 **idiyopatik** Bilinen nedenlerde en sık **Meckel divertikülü**, polip, hamatom, lenfoma, hemanjiyom, Ig A vaskülit, kistik fibrozis
- Yetişkinler:** nadiren etkilenir (Ortalama yaş: 50). E=K. En sık neden: **neoplazmlar** (%65), enfeksiyon, post-op
- Çocuklarda invaginasyon, bağırsak tıkanıklığı ve akut karın nedenleri arasında en yaygın durumlardan biridir.
- Viral bir hastalığa (adenovirüs) veya aşlamaya (rotavirüs) bağlı büyümüş Peyer plaklarının öcük nokta olması
- Klinik:** Sıklik **kolik** karın ağrısı (ani güçlük veya ağırlama nöbetleri, dizler göğüze çekilir), kusma (**başta safrası, sonra sarı**), batin hassas, sağ üst kadranda palpabl **sis/su** şekline kütle, mukuslu **açık pembe** renkli (**ÇİLEK JÖLESİ**) dışkı, letarji, şok, mental değişiklik, **Dans işaretli** (Sağ alt kadrada belirgin çukurlaşma, boşluk), Anormal bağırsak sesleri, (Klasik ağrı, palpabl kütle ve kanlı dışkı <%15'te +))
- USG'da hedef işaretli, donut, öküz gözü** (transvers), **yalancı böbrek** işaretli (longitudinal) izlenebilir. Tanısal belirsizlik/reduksiyon planında USG/floroskopi kullanılarak **kontrast madde/pnömatik lavman** (en iyi) yapılır. Kolon grafisinde kadeh görünümü vardır.



NEKROTİZAN ENTEREKOLİT

- Bağırsak duvarının hemorajik nekrotizan iltihabı (%10-30 mortal), En sık **distal ileum** ve **proksimal kolonu** etkiler
- Prematür ve düşük doğum ağırlıklı** bebeklerde daha sık görülür.
- NEK, **prematüre** bebekte akut karın nedenlerinin en yaygın olanıdır. En sık: Doğumdan sonraki **2-4. hafta**
- Beslenme intoleransı, Abdominal distansiyon, renk değişikliği, Kusma, Rektal kanama, Dengesiz vücut ısısı, Letarji, Apm bradikardi, **Evre II kanıtlanmış** (Bağırsak seslerin olmaması, Karın hassasiyeti, Karın duvarında selülit), **Evre şiddetli** (Yaygın peritonit, Belirgin karın hassasiyeti ve/veya distansiyon, Kardiyorespiratuar instabilite)
- Karın röntgeni:** **Pnömatosis intestinalis** (bağırsak duvarında gaz varlığının **patognomonik** bulgusu), **Portil venöz gaz** (Umbilikal venöz kateterli YD'da sık görülür ve bu NEK belirtisi değildir. **Pnömo**peritoneum (perforasyon olursa),
- Karın USG:** Intramural ve intraperitoneal gaz, ↓ peristaltizm, ↑ duvar kalınlığı, ↓ duvar perfüzyonu, Serbest sıvı
- CBC (nötropeni, trombositopeni, anemi), Koagülasyon (DK belirlenir), Kan gazı (metabolik asidoz),
- Komplikasyonlar:** Akut (Perforasyon, Peritonit, Sepsis), **Kronik** (Kısa bağırsak sendromu, intestinal darlık ve fistül)
- Tedavi:** Oral beslenmenin kesilmesi, Cerrahi (Nekrotik segmentin çıkarılması), Sepsis için antibiyotik (Ampisilin + Gentamisin)

- ADBG:** İlk değerlendirme olarak önerilmez çünkü tanısal doğruluğu düşüktür. **Batin BT;** yetişkinlerde önerilir.
- Konservatif tedavi:** **NG dekompresyon**, **IV sıvı replasmanı**, US veya floroskopi rehberliğinde **hava enema**

Klinik Bilimler 176. soru
Tusem Küçük Stajlar COMPACTUS
Özet Ders Notu Sayfa 100

ÇOCUKLARDA APANDİSİT

- >2 yaş çocuklarda akut batinin en sık nedenidir. Yaşam boyu risk: %8, En sık yaş: (10-19 yaş), E>K
- Lenfoid hiperplazi** (%60) → çocuk ve gençlerde en sık // **Fekalit** ve fekal staz (%35) → yetişkinlerde en sık neden
- Neoplazm** → >50 yaş daha olası/**Parazitler** → Enterobius vermicularis, Ascaris lumbricoides, Taenia, Schistosoma
- En sık ve spesifik semptom **yer değiştiren karın ağrısı:** Akut **periumbilikal** (visseral periton/**T8-T10 dermatom**) başlar, 12-24 saatte en sık **sağ alt kadrana** (pariyetal periton) ilerler, zamanla şiddetlenir),
- Kusma (başta mide, sonra safra), iştahsızlık (%80); perforasyonda (24-48 saat) hassasiyet, kusma, ateş, lökositoz

ANKARA	Ziya Gökalp Cad. No: 3 (Sosyal İşhanı) Kat: 5 Kızılay/ANKARA 0 (312) 435 05 00
İSTANBUL	Beyazıtğa Mah. Topkapı Cad. No: 1 Kat: 3-4-5 Topkapı/İSTANBUL 0 (212) 523 10 00
ADANA	Yeni Baraj Mah. 68053 Sok. Aydın 6 Apt. No: 8/B Seyhan/ADANA 0 (322) 224 63 23
ANTALYA	Güllük cad. (Soytaş Ulukut İş Merkezi) Kat: 7 No: 10/27 Muratpaşa/ANTALYA 0 (242) 243 88 22
BURSA	Asimbey Cad. No: 12 Görükle Mah. B blok Daire: 2 Nilüfer/BURSA 0 (224) 441 74 14
EDİRNE	İstasyon Mahallesi Atatürk Bulvarı Libra Teras Evleri A blok Kat:2 No:193 D:16 MERKEZ /EDİRNE
ERZURUM	Lala Paşa Mah. İzzet Paşa Cad. Ömer Erturan İş Merkezi Kat: 1 No: 3 Yakutiye/ERZURUM 0 (442) 233 35 85
KOCAELİ	28 Haziran Mah. Turan Güneş Cad. No: 273 Kat: 1 İzmit/KOCAELİ 0 (553) 144 08 55
KONYA	Sahibi Ata Mahallesi Mimar Muzaffer Cad. Zafer Alanı Abide İş Merkezi: Kat: 4 Meram/KONYA 0 (332) 351 95 23
SAMSUN	Cumhuriyet Mah. 65. Sokak No: 3 Kat: 1 Atakum/SAMSUN 0 (362) 431 93 39



@tusemegitim



@tusemegitim



@tusemegitim



@tusemegitim



@tusemegitim



www.tusem.com.tr

