



KÜÇÜK STAJLAR

200/41

Küçük Stajlar Konu kitabımız toplamda
41 soruya referans vermiştir.



25/24

25 Küçük Stajlar sorusunun 24'üne 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

KÜÇÜK STAJLAR / DERMATOLOJİ

TUSEM®
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

Hafif (vücutun <%3-5'i): **TOPİKAL** (kortikosteroid (betametazon, mometazon, triamsinolon), **kalsipo-trien/riol** (D3), Keratolitik (retinoidler/tazaroten, salisilat), Topikal kalsinörin inhibitörleri (takrolimus, pimekrolimus), katran preparatları (kömür), anthralin. Tedavi yararı yeterince sistemik ajanlar (doksorokin hariç)

Orta - ciddi (vücutun >%3-5'i): **SİSTEMİK** (siklosporin, *metotreksat, IL-17 (brodalumab, sekukinumab), IL-23 (ustekinumab, risankinumab), TNF-alfa inh.), **FOTOTERAPİ** (PUVA (8-55mg ve 110mW/cm² 4), Daz-bant UVB tedavisi), **Reflumilast** (Esofodistaza 4

Klinik Bilimler 123. soru

Tusem Küçük Stajlar Konu Kitabı Sayfa 075

LİKEN HASTALIĞI

Deri, mukoz (**AĞIZ, özefagus, glans penis, vulva), saçlı deri (şarıl alopesi/ liken planopilaris), kulak, *lomber bölge veya tırnakları tutan sıklıkla el-ayak bilek *FLEKSÖR yüzlerde, küçük, *Parlak, tepesi düz (Planar), *Poligonal, mor, *menekşe (Purple), kaşıntılı (Pruritik) *Papül/Plak lezyonlarla karakterize kronik inflamatuvar hastalıktır. 30-60 yaş, K>E, Bilateral/simetrik tutulum. **Ağızda lezyon yapar !!! *Meme başına yerleşmez !!! *Eklem tutmaz !!!

Liken Hastalığı İpuçları

HİPERgranulozum Hiperkeratoz	Parlak, Planar, Purple, Plak, Poligonal, Pruritik, Papül	MUKOZAL tutulum (Oral SCC risk)	Wickham çizgileri (beyaz retiküler çizgi)	Dermal-epidermal lenfositik infiltrasyon	geçici pigmentasyon şiddetli kaşıntı
İrregüler akantoz testere dişi görünüm	likten planopilaris (şarıl) Max Joseph boşlukları	HCV, HIV, otimm. HHV-7, KOEBSER +	ACE inh., tiyazid Beta bloker, doksorokin	eozinofilik ÇİVATTE kollid cismakler	Subungual hiperkeratoz Onikoliz, san diskolorasyon



1. basamak tedavi: Yüksek etkili topikal kortikosteroidler (betametazon-intralezyonel).

2. basamak tedavi: Sistemik oral kortikosteroid (prednizon)/retinoid (isitretin), Fototerapi (UVB/PUVA), Oral retinoidler (örn. asitretin)
İnatçı vakalarda: İmmüünsüpresifler (Azotopirin, MTX, Siklosporin)

PITYRIAZIS ROZEA

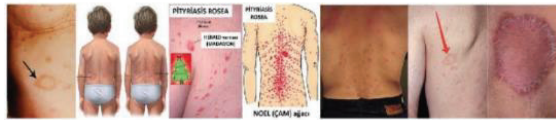
Gövde ve proksimal ekstremitelerde eritemli, oval papülskuamlı plak ve yamalarla karakterize, iyi huylu, kendini sınırlayan, spontan remisyona gösterebilen kaşıntılı döküntü. **Sıklıkla 10-35 yaşta** ince **yakalıklı (collarette)** tarzı, 1-5 cm **TEK** oval (**Herald (haberçi) **MADALYON plak) ile başlar.

Mevimsel değişiklikler (İlkbahar ve sonbahar) gösterebilir. **HHV-6, HHV-7 reaktivasyonu** ilişkili olabilir. Vakaların % 25-75'inde **kaşıntı (+)**

Pityriasis Rozacea İpuçları

Herald (haberçi) madalyon TEK plak	HHV-6, HHV-7, HHV-8, HINI	İlkbahar, sonbahar	Gövde, boyun, üst ekstremiteler	Hipo- hiperpigmentasyon	Prognoz mükemmel Spontan rezolüsyon
Noel (zani) ağacı Langer çizgileri	Ömür boyu bağışıklık Nüks nadir ama olabilir	somon renkli plak	Viral prodrom +/- kaşıntılı döküntü		yakalıklı (collarette)

Döküntüden **1-2 hafta önce prodromal grip benzeri** hastalıkla başlar. Buluşıcı olduğu kabul edilmesine de kiteller halinde ortaya çıkabilir ve aynı toplulukta birçok kişiyi etkileyebilir. Ömür **boyu bağışıklık** (tekrarlama nadir ancak mümkün).



Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 124

124.Konjenital sifilizde görülen ve Higoumenaki bulgusu ?

- A) Burun kökü basıklığı
- B) Frontal basıklık
- C) Yüksek palatal ark
- D) Sternoklaviküler kalınlaşma

İLGİLİ NOTLAR

Kıymetli arkadaşım;
Konjenital sifiliz başta pediyatri sonra mikrobiyoloji sonra enfeksiyon ve EN SON bizim anlatmamız gereken konudur ki konunun en zor atipik bulgu sorusu bizden gelmiştir.

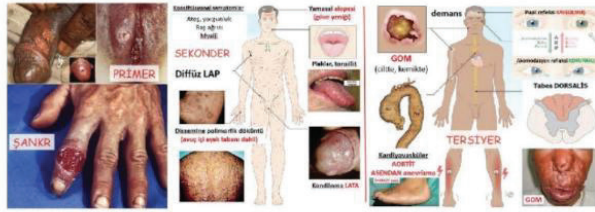
Biz diğer bulgulardan bahsediyoruz kitabımızda ama Pediyatri Q-book SAYFA:209 SORU:50'de BİREBİR SORUYU CEVAPLAYACAK BİLGİYİ GÖRÜYÖRÜZ.

Farklı branş sorularında referansın dersane bütünü olarak verilir verilemediği değerlendirilmesinin gerektiğini hatırlatmak istiyorum.

KÜÇÜK STAJLAR / DERMATOLOJİ

TUSEM®
 TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

SİFİLİZ



- **Treponema pallidum:** Spiroket ailesine ait gram negatif, spiral şekilli bakteri. İnkübasyon ortalama **21 gün**. Özellikle evre 1 ve 2'de oldukça bulgudur.
- **PRİMER lezyon (çankır):** Tipik tek, kabarık, ağrısız papül olarak başlar (genital bölgede). Ağrısız (vasa nervorumun iskemik ölümü nedeniyle ağrısız), tabanı sert, endüre ve zemini temiz bir ülsera döner. Çankır çıktıktan 10 gün sonra LAP olur. Genellikle yara izi bırakmadan 3-6 haftada spontan iyileşir.
- **SEKONDER sifiliz:** Spiroketlerin sistemik yayılımıyla yaygın hastalık, immünolojik reaksiyon olur. Birincil enfeksiyondan 2-12 hafta sonra başlar ve 2-6 hafta sürer. Bulguların EN ÇOK Yaygın, hassas olmayan LAP; Ateş, yorgunluk, miyalji, baş ağrısı, kondiloma lata (büyük papül) izlenebilir. Polimorfik döküntü (yaygın, kaşıntısız maküler/papüller), Gövde ve ekstremiteleri, avuç içlerini ve ayak tabanlarını da içerir. Oral muköz plak, kızılmsı kahverengi veya baktir kırmızı, kenar yalıtık tarzı skuamli lezyonlar oluşabilir. Yamasal alopesi (göve yenisi alopesi), Boğaz ağrısı (akut sifilitik tonsillit) bulunabilir.
- **LATENT sifiliz:** (Erken <1 yıl, Geç >1 yıl). Seroloji (+)'tir. Seropozitifliğe rağmen klinik semptom yok.
- **TERSEYER sifiliz:** Bulguları değil. Lezyonlarda T.pallidum yok. Sırtı burun ve tabes dorsalis yapabilir.
- **GOM:** Ülserasyona eğilimli nekrotik merkezli kronik, yıkıcı granülatöz lezyon (tibia ön yüz sık).
- **KARDİYOVASKÜLER sifiliz:** Aortit, asendan aort anevrizması (torasik), sifilitik mezoaortit, aort kökü genişlemesi ve yerleştiği.
- Aortun intimal kalsifikasyonları BT veya MRI'da ağaç kabuğu görünümünde olabilir.
- **NÖROSİFİLİZ:** Argyll Robertson pupil, Tabes Dorsalis.
- **NON-TREPONEMAL:** VDRL/RPR, **TREPONEMAL:** FTA-ABS/MHA-TP. Kültür: Üretilmez.
- **Mikroskop:** Karanlık alan mikroskopisi, Konjenital sifilizde: FTA-ABS IgM.

PARAZİTER DERİ HASTALIKLARI

Klinik Bilimler 124. soru
Tusem Küçük Stajlar Konu Kitabı Sayfa 087

- Etken *Sarcoptes scabiei*'dir. Dişi akar insan stratum korneumuna girer ve yumurtalarını bırakır. Gecikmiş tip 4 HS ile şiddetli kaşıntı (gece) ve entemeli papüloveziküler döküntü oluşturur. Primer lezyonu korneumda açtığı *silon olarak da adlandırılan ince serpinjinöz *tünel, tünelin uçundakise vezikül perle dir. Akarlar konakçı olmadan 3 güne kadar hayatta kalabilirler. **Üst ekstremiteler**, interdigital web boşlukları, parmakların yanları, avuç içleri, fleksör bilek yüzeyleri ve dirseklerin ekstansör yüzeyleri, göbük ve genital bölge, ayaklar sıklıkla etkilenir.
- **Tedavi** bütün aileye uygulanır. Uzun kuluçka süresi (3-6 hafta) nedeniyle, tanıdan önceki 6 hafta içinde hasta ile uzun süreli alt teması olan kişilerin asemptomatik olsalar bile tedavi edilmesi gerekir. Bütün giysi ve çarşaf lar kaynar suda yıkanmalı ya da 72 saat saklanmalıdır. *Permetrin (x2), *benzil benzoat, *sülför/kükürt, lindan, *krotamiton, **ORAL İvermektin** (topikal DEĞİL II) kullanılabilir. Kaşıntı için oral antihistaminik, topikal kortikosteroid, sekonder bakteriyel için antibiyotik verilebilir. Hastalar ilk tedaviden sonraki gün okula veya işe dönebilirler. Kaşıntı, 2 haftaya kadar devam edebilir.

PEDICULOSIS (BİT)

Pediculus humanus capitis (baş): Yumurtalarını (sirkle) başta saçlı deriye bırakır. Kan emerek beslenir. Aşırı kaşıntılıdır. Bir konakçı olmadan bitler 2-3 gün içinde ölür. Bitler zıplamaz, uçmaz veya insan dışı konakçılara sahip değildir. Baş biti olan bireylerin okuldan uzaklaştırılmasına gerek yoktur. Tedavi: İnce dişli tarağla temizlemek, Permetrin, Topikal ivermektin

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 125

125. Tek taraflı optik nörit ile tariflenen MS vakasında hasta için en olası tanı ve en uygun tetkik aşağıdakilerin hangisinde birlikte verilmiştir?

A) Multipl skleroz – Kraniyal manyetik rezonans görüntüleme

İLGİLİ NOTLAR

KÜÇÜK STAJLAR / NÖROLOJİ VE NÖROŞİRURJİ

TUSEM
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

Trinükleotid Tekrar Hastalıkları

Hastalık	Kalıtım	Gen	Krom.	Tekrar
Huntington	OD	HTT	4	CAG
Fragil X	X'e bağlı D	FMR1	X	CGG
Miyotonik distrofi	OD	DMPK	19	CTG
Friedreich ataksisi	OR	FXN	9	GAA
Kennedy (SpinoBulber)	X'e bağlı R	Androjen reseptör	X	CAG

KENNEDY HASTALIĞI (BULBOSPİNAL NÖROPATİ)

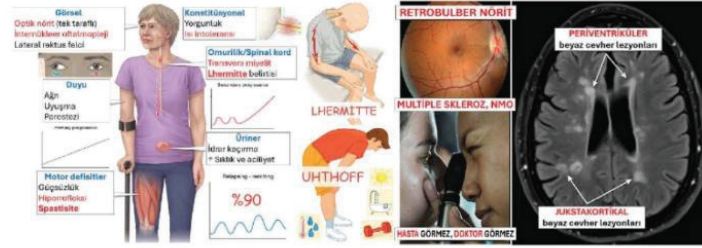
- X'e bağlı AMN bozukluğu (Piramidal/ÜMN bulguları YOK !!!)
- Androjen reseptör geninde trinükleotid (CAG) tekrarları



Klinik Bilimler 125. soru
Tusem Küçük Stajlar Konu Kitabı Sayfa 023

DEMYELİNİZAN HASTALIKLAR

MULTİPLE SKLEROZ



- Multipl skleroz (MS), merkezi sinir sisteminde (MSS) demiyelinizasyona ve aksonal dejenerasyona neden olan ve çok çeşitli nörolojik semptomlara yol açan kronik bir otoimmün hastalıktır. Oligodendrositler tarafından oluşturulan miyelin kılıfı hasar vardır.
- Çevresel risk: **Düşük D vitamini, Sigara, **EBV, HHV 6**, Erken obezite, Coğrafi konum (ekvatoralın uzaklarda), HLA-DRB1 polimorfizmi
- **HLA-DRB1*15** aleli riski artırır//HLA-A*02 aleli ise koruyucu
- MS en sık **15-45 yaş** arası **kadın (K>E)** bireylerde görülür. Kadınların MS gelişime olasılığı erkeklerden 3 kat daha fazladır.
- **Relapsing-remitting %90/Sekonder progresif %50/ Primer progresif %10** (MSS'nin farklı yerleri farklı zamanlarda multifokal tutulur).
- **UNİLATERAL OPTİK NÖRİT**: Genellikle en erken belirti; En sık nedeni MS (>70 yaş T.A). **Tek taraflı, ağnı, görme bozukluğu ve renk körlüğü, RAPD (+) (Marcus Gunn)** veya funduskopide optik disk ödemi ile birlikte ağnı monoküler görme kaybı/ Funduskopi: **2/3'ünde optik disk normal (RETRObulber)**
- En sık görülen görme alanı bozukluğu **santral skotom**
- **MLF lezyonu: internükleer oftalmopleji (İL içe NO) + KL nistagmus** (İL gözün addüksiyon yapamaması, KL horizontal nistagmus ile abdüksiyon)
- **Bilateral internükleer oftalmopleji (BİNO)** MS için patognomoniktir.
- **Trigeminal nevralji** sıklıkla **TEK** taraflı ama **BİLATERAL** ise **genç** hasta = **MS düşün !!!**
- Unilateral duyuusal anormallikler (Uyuşukluk, karıncalanma, yanma), **ÜMN** (I.MN) (Spastisite, DTR artışı, klonus, babinski +),
- **Transvers miyelit**: Asimetrik parapleji, tek taraflı duyu kaybı, mesane disfonksiyonu
- **LHERMITTE belirtisi** (örn., boyun fleksiyonda iken sırttan aşağıya doğru elektrik benzeri his)
- **UHTHOFF fenomeni**: Isya maruziyet (sıcak duş, egzersiz), yavaşlamış sinir iletimi nedeniyle MS semptomlarını şiddetlendirir (sıcakta UF olur)

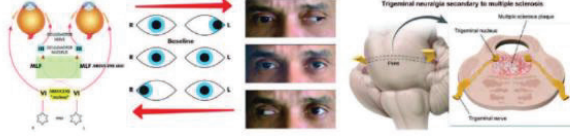
Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 125

125. Tek taraflı optik nörit ile tariflenen MS vakasında hasta için en olası tanı ve en uygun tetkik aşağıdakilerin hangisinde birlikte verilmiştir?

A) Multipl skleroz – Kraniyal manyetik rezonans görüntüleme

TUSEM KÜÇÜK STAJLAR / NÖROLOJİ VE NÖROŞİRURJİ

- MS tanısı, **mekanda** ve **zamanda** yayılmış nörolojik hasar kanıtı (örn., **iki farklı zamanda** MSS'nin **iki ayrı bölgesinde**) gösteren hastalarda konulabilir; bu **McDonald kriterleri** olarak bilinir.
- KONTRASTLI beyin ve omurilik MRG'si**: Lezyonlar için tipik bölgeler (T2 hiperintens) **jüskortikal, periventriküler, infratentorial ve spinal kord**. Mekanda yayılım, bu alanların 2 veya daha fazlasında lezyon bulunmasıyla belirlenebilir. Zamanda yayılım, hem kontrast tutan bir lezyon (aktif lezyon) hem de kontrast tutmayan bir lezyonun (eski veya inaktif) varlığı ile belirlenebilir. MR'da **ependime dik periventriküler lezyonlar DAWSON** parmakları.
- BOS analizi: OLİGOKLONAL bantlar (OKB)**, IG indeksi: **> 0,7**, Mononükleer pleositoz (6-20 hücre/mm3), Miyelin bazik protein (MBP) oranı ↑
- Multiple skleroz **periferik siniri TUTMAZ !!!** VEP/SEP/BAEP gibi uyandırılmış potansiyeller tanıda kullanılabilir.
- Demyelinize alanlara Patoloji'de: **Shadow plaklar**



Multiple Sklerozda Prognoz

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

Klinik Bilimler 125. soru
Tusem Küçük Stajlar Konu Kitabı Sayfa 024

ancak kene öyküsü ve eritema migrans döküntüsü büyük olasılıkla mevcut olacaktır). **Akut dissemine ensefalomyelit (ADEM)** (Multifokal nörolojik defisitlerin akut başlangıcı ile kendini gösterir, ancak MS'in relapsing-remitting modelinden farklı olarak akut monofazik seyir izler. Hastalarda genellikle MS için atipik olacak şekilde ateş ve bilinç değişikliği de vardır). **Miyelin oligodendrosit glikoprotein antikor ilişkili hastalık (MOGAD)** (Tekrarlayan ataklar ile çıkabilir, ancak hastalar ensefalitte (bilinç değişikliği) sahiptir).

- Akut ataklar için ilk tedavi, atakın süresini azaltmak için 3 - 7 günlük **yüksek doz intravenöz steroid** (örn., metilprednizolon) tedavisidir. Steroidlere iyi yanıt vermeyen hastalar plazma değişimi ile tedavi edilebilir.
- Yürüme sorunları**: MS'li birçok hastada vardır ki baston, tekerlekli sandalye gerekir. **4-Aminopiridin (dalfampridin)** yürümeyi iyileştirebilir.
- Spastisite**: ÜMN disfonksiyonu nedeniyle çıkar ve hareket bozukluğuna yol açabilir. Fizik tedavi ve kas gevşeticiler (**baklofen, tizanidin**) kullanılır.

Diğer Demyelinizan Hastalıklar	
Transvers Miyelit	- Omurluğun bir segmentine inflamatuvar hücrelerin infiltrasyonu ile karakterize immün hastalık. Yakın zamanda geçirilmiş enfeksiyonu (GİS, ÜSYE) takip eder. Ayrıca MS, NMO ve SLE gibi çeşitli otoimmün bozukluklarla da ilişkilidir. ≥ 1 komşu omurluk segmentinde (torasik) lokalize akut, hızla ilerleyen miyelopatiye sahiptir. - Motor güçsüzlük (sıklıkla ÜMN nadiren AMN) + Seviye veren duyu kusuru (TUM duyular) + otonom disfonksiyon (bağırsak/mesane inkontinansı veya retansiyonu). Baş genellikle etkilenmez ve hastaların bilinç seviyeleri normaldir. - İlk basamak tedavi için tipik olarak 3-5 gün boyunca yüksek doz intravenöz glukokortikoidler verilir.
DEVIC Hastalığı (Nöromiyelitit Optik)	BİLATERAL Optik nörit + transvers miyelit, EN AZ 3 omurluk segmenti etkilenir. Serum aquaporin-4 ab (+).
ADEM (Akut Dissemine Ensefalomyelit)	Postviral, açılama, geçicilik çağı, tek atak, BİLATERAL optik nörit, monofazik, multifokal
Progresif Multifokal Lökensefalopati (PML)	JC (John Cunningham), İmmünsüpres, natalizumab, Anti-integrin, Oligodendroglia hasarı - Oligodendroglialarda buzlu cam tipinde amfifilik intranükleer inklüzyon, dev/bizar astrosit
Subakut Kombine Dejenerasyon	- Beyin, serebellum, spinal kord ve sinir tutulumu. Vegeteryan, gastrektomi, B12 (-) - Vibrasyon, pozisyon +, parestezi, Romberg (+), Spastisite, DTR (↑, ↓), ÜMN + AMN
Santral Pontin Miyelinozis	Hiponatreminin hızı düzeltilmesi, Kronik alkolik'te Piramidal kuadrıparesiz

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 çözüyoruz)

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

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

Adrenolökodistrofi --> Peidiyatri

Kennedy hastalığı --> Nörolojide anlatıyoruz

İLGİLİ NOTLAR

Stiff person --> (Soru bankasında çözüyoruz)

B) Hereditär spastik parapareze --> soruda hastalığın 3 komponentinin de tariflendiğini görüyoruz

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

Adrenolökodistrofi -->
Peidyatri

Kennedy hastalığı -->
Nörolojide anlatıyoruz

KÜÇÜK STAJLAR / NÖROLOJİ VE NÖROŞİRURJİ



Hastalık	Kalıtım	Gen	Krom.	Tekrar
Huntington	OD	HTT	4	CAG
Fragil X	X'e bağlı D	FMR1	X	CGG
Miyotonik distrofi	OD	DMPK	19	CTG

Klinik Bilimler 126. soru
Tusem Küçük Stajlar Konu Kitabı Sayfa 023

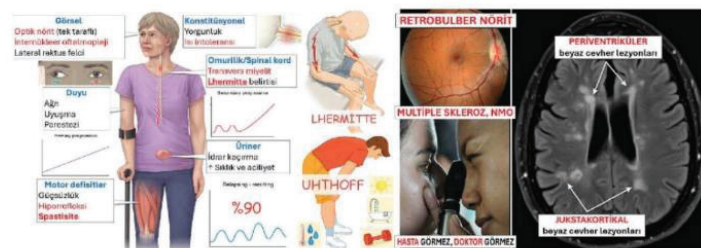
KENNEDY HASTALIĞI (BULBOSPİNAL NÖROPATİ)

- X'e bağlı AMN bozulduğu (Piramidal/ÜMN bulguları YOK III)
- Androjen reseptör geninde trinükleotid (CAG) tekrarları
- Tremor, fasyölasyon, kramp ve proksimal ve distal zayıflık
- Disfaji, dizatri, jinekomasti ve testiküler atrofi eşlik edebilir



DEMYELİNİZAN HASTALIKLAR

MULTIPLE SKLEROZ



- Multipl skleroz (MS), merkezi sinir sisteminde (MSS) **demiyeliasyona** ve **aksonal dejenerasyona** neden olan ve çok çeşitli nörolojik semptomlara yol açan kronik bir otoimmün hastalıktır. **Oligodendrositler** tarafından oluşturulan **miyelin kılıfı** hasar vardır.
- Genesel risk: **Düşük D vitamini, Sigara, **EBV, HHV 6**, Erken obezite, Coğrafi konum (ekvatoral dairelerde), HLA-DRB1 polimorfizmi
- **HLA-DRB1*15** aleli riski artırır/HLA-A*02 aleli ise koruyucu
- MS en sık **15-45 yaş** arası **kadın (K>E)** bireylerde görülür. Kadınların MS geliştime olasılığı erkeklerden 3 kat daha fazladır.
- **Relapsing-remitting %50/Sekonder progresif %50/ Primer progresif %10 (MSS'nin farklı yaşları farklı zamanlarda multifokal tutulur).**
- **UNILATERAL OPTİK NÖRİT:** Genellikle en erken belirtir. En sık nedeni MS (>70 yaş **TA**). Tek taraflı, ağrılı, görme bozukluğu ve renk körlüğü, **RAPD (+)** (Marcus Gunn) veya fundoskopide optik disk ödemi ile birlikte ağrılı monoküler görme kaybı/ Fundusopki; **2/3'ünde optik disk normal (RETROBUlber)**
- En sık görülen görme alanı bozukluğu **santral skotom**
- **MLF lezyonu; İnternükleer oftalmopleji (İL İLE NÖ) + KL sinistrosiyon** (İL gözün adduksiyon yapamaması, KL horizontal niştosiyon ile abduksiyon)
- **Bilateral internükleer oftalmopleji (BİNO) MS için patognomoniktir.**
- **Trigeminal nevralji** sıklıkla **TEK** taraflı ama **BİLATERAL** ise **genç hasta=MS düşün !!!**
- **Unilateral duyuşal anormallikler** (Uyuşukluk, karıncalanma, yanma), **ÜNN (1 MN)** (Spastisite, DTR artışı, klonus, baskıncı +),
- **Transvers miyelit:** Asimetrik paraparezi, tek taraflı duyuş bozukluğu, mesane disfonksiyonu
- **LHERMITTE belirtisi** (Örn., boyun fleksiyonda ilken sırttan aşağıya doğuun elektrik benzeri his)
- **UHTHOFF fenomeni:** Isıya maruziyet (ısıcak duş, egzersiz), yavaşlamış sinir iletimi nedeniyle MS semptomlarının şiddetlenidir (ısıcada UF okur)

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 birinici ve ikinci derece akrabalardan iki kişide benzer şikâyetler (**HEREDİTER**)

en olası tanı hangisidir?

Stiff person --> (Soru bankasında çözüyoruz)

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

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

Adrenolökodistrofi --> Pediatri

Kennedy hastalığı --> Nöroloji anlatıyor

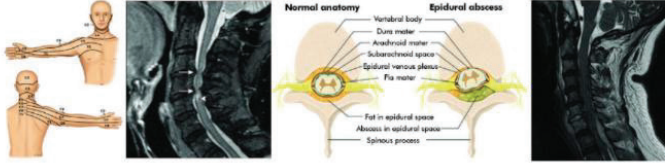
KÜÇÜK STAJLAR / NÖROLOJİ VE NÖROŞİRURJİ

TUSEM
 TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

- **Demyelinizan polinöropati (AMN):** hem akut (**AIDP/Guillain-Barre**) hem de **CIDP**, AMN disfonksiyonundan kaynaklanan ilerleyici güçsüzlüğe neden olur. Bununla birlikte, duysal kayıp ve otonom disfonksiyon yaygındır. ÜMN belirtileri yoktur ve NCV'ler azalmıştır (demyelinizasyon ile uyumlu).
- **Multipl skleroz (ÜMN):** hemen hemen her vücut segmentinde kas güçsüzlüğüne neden olabilir. Bununla birlikte, multipl skleroz MSS lezyonlarından kaynaklandığı için, ÜMN (örn., spastisite, hiperrefleksi) belirgindir, oysa AMN belirtileri (örn., fasikülasyonlar) tipik olarak yoktur. Ayrıca, disfonksiyon epizotları belirgin olma eğilimindedir (örn., relapsing-remitting - ataklarla seyreden).
- Postpolio sendromu, intraspinal lezyonlar (örn., tümör, siringomiyeli), spinobulbar müsküler atrofi, herediter spastik parapleji ve paraneoplastik motor nöron sendromları da dikkate alınmalıdır.
- **Riluzol:** glutamat kaynaklı eksitotoksisiteyi azaltır; hayatta kalmayı aylar boyunca uzatır ve tüm hastalar için önerilir.
- **Edaravon:** **oksidatif stres azaltan** serbest radikal temizleyicidir. Fonksiyonel bozulmayı yavaşlatır ve tüm ALS hastaları için de önerilir.
- **Tofersen:** mRNA'sına bağlanarak SOD1 protein seviyelerini azaltan bir antisens oligonükleotittir. Bu, SOD1 mutasyonlarında görülen toksik protein özelliklerini azaltır (ailesel ALS vakalarının ~%15'inden sorumludur). Tofersen, özellikle SOD1 gen varyantları olan hastalar için önerilir.
- **Nöromüsküler solunum yetmezliği:** ölümün en sık nedenidir ve ilerleyici inspiratuar kas güçsüzlüğünden kaynaklanır.
- **Pösdöbulber etki:** duygusal kontrolle ilgili bozulmuş kortikobulbar sinyallerden kaynaklanan **uygunsuz kahkaha / ağılama patlamaları** tanımlar. %50'yi, özellikle bulber tutulumu olanlar etkiler ve deksametoforan-kinidin / antidepresanlarla (örn., amitriptilin, fluoksamin) tedavi edilir.
- ALS, çoğu hastanın 3-5 yıl içinde ölmesi ve yalnızca %30'unun 5 yıldan fazla yaşamıyla kötü bir prognoza sahiptir. Bununla birlikte, nispeten küçük bir yüzde >10 yıl hayatta kalabilir (örn., teorik fizikçi Stephen Hawking).

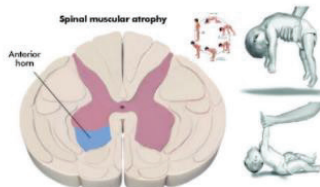
Klinik Bilimler 126. soru
Tusem Küçük Stajlar Konu Kitabı Sayfa 027

- Klinik **kompresyon seviyesinde**, boyun ağrısı ve serinliği, **Okspital baş ağrısı**. Ellerde ve kollarıda **ayrı bozukluğu** (parestazi), **güçsüzlük** ve sakarlık
- Lezyon **seviyesinde AMN** belirtileri (kolda, elde güçsüzlük, atrofi, DTR ↓) // Lezyon **seviyesinde 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 MÜSKÜLER ATROFİ (O.R) SMN1

- Spinal kord **ön boynuz** dejenerasyonuna bağlı ekstremitelerde **AMN** defisiti
- Bebek ve küçük çocukta **kaba motor gecikme** (baş tutamama/oturamama)
- **Proksimal** alt ekstremita **güçsüzlüğü** (öncelikli), **Gowers**, atrofi, **hipotoni**, hiporefleksi, zayıf ağılama, zayıf emme, büyüme gecikliği, DTR'de ↓ saptanabilir.
- **Alt CN** çekirdekleri bulber disfonksiyonu; **dili fasikülasyonları** ve dislaji (9-10. CN).
- **Yüz ve göz kasları korunur** çünkü üst beyin sapı motor çekirdekleri etkilenmez.
- Mental bozukluk **YOK** (kognitif fonksiyonlar tipik normaldir) (**Duchenne'de olabilir**)
- Kreatin kinaz (CK) düzeyleri SMA'da normal veya hafif yüksek olabilir



Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 127

127.sorun 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

KÜÇÜK STAJLAR / PSİKİYATRİ

TUSEM
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

Bipolar ve ilişkili Bozukluklar

MANİK Dönem - Semptomlar daha şiddetli - En az 1 hafta (≥ 7) (veya hastaneye yatış varsa daha kısa) - Psikotik özellikler olabilir (grandiyöz ve paranoid) - Sosyal/mesleki işlevsellikte belirgin bozulma VEYA hastaneye yatış	HİPOMANİK Dönem - Semptomlar daha az şiddetli ≥ 4 ardışık gün - Psikotik özellikler YOK - Hastaneye yatış gerektirecek kadar şiddetli değil.
--	---



A) Olancağı kabarmış duygudurum, enerji ve aktivite artışı.

B) Aşağıdaki belirtilerden en az 3'ü (duygudurumu iritabl ise 4'ü)

- Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük, fikir uçuşmaları, Her zamankinden daha konuşkan
- Dikkat dağınıklığı (**spontan dikkatte artma**), Uyku gereksiniminde azalma (**İLK BELİRTİ**),
- Amaca yönelik etkinlikte artma ya da psikomotor ajitasyon
- Kötü sonuçlanabilecek etkinliklere aşırı katılma (aşırı para harcama, cinsel girişimler)



BİPOLAR 1

- En az bir **MANİ** atak + Majör depresif VEYA hipomanik ataklar (majör depresif dönem öyküsü mutlak gerekli değildir)

BİPOLAR 2

- En az bir **hipomani** atakı VE ≥ 1 **majör depresif** atak (daha önce mani atakı geçirmemiş olmak (bipolar 1'den ayırt edici özellik))

SİKLOTİMİK bozukluk

En az 2 yıl (≥ 2) boyunca, **Hafif depresyon** + **hipomanik dönemler** vardır (Psikotik belirtiler beklenmez). Remisyon dönemi **2 aydan kısa** (si 2) olmalı.

Hızlı döngülü bipolar bozukluk: 1 yıl içinde ≥ 4 depresyon, mani veya hipomani atakı.

Maddeler/ilaçlar yol açtığı: Alkol, Fensiklidin, Amfetamin, Kokain, Benzodiazepin, Glukokortikoidler (deksametazon)

Başka bir tıbbi duruma bağlı: Endokrin hiperkortizolizm (**Cushingi**), otoimmün (**M.S.**), Nörolojik (**inme, travma, deliryum**)

Klinik Bilimler 127. soru

Tusem Küçük Stajlar Konu Kitabı Sayfa 055

- Ağrı, uyuma, kanncalanma vb. **somatik belirtiler** varlığı bipolar bozukluk açısından özel bir risk faktörü oluşturmaz. Somatik belirtiler daha çok duygularını anlamakta ve ifade etmekte zorlanan **aleksitimik** hastalarda görülür.
- Tedavi:** Duygudurum dengileyici ilaçlar ilk seçenektir. Prototipi **lityum karbonat** (ilk seçenek) olup hem tedavi hem profilakside kullanılır. Tamamen böbreklerden atılır (*KCFT GEREKMEZ). Terapötik indeksi dardır. Agresyonu ve intihar düşüncesini azaltır. Tedavi öncesi BFT, TFT, CBC, EKG, Beta-hcG bakılır ama **KcFT** gerekmez. Gebelerde kontrendike (Ebstein anomalisi), süte geçer (geçer bebek). CBC'de lökositoz (G-CSF benzeri etki), diyare, tremor (EN SIK) yapabilir. Vazopresin (ADH) V2 reseptör duyarlılığını azaltarak nefrojenik *Di ve polidüri yapar. Tedavisinde amilorid kullanılır. TSH reseptör duyarlılığını azaltarak **hipotiroidi** (bazen hiper-) guatra ayrıca hipotansiyon, bradikardi ve AV uzaması yapar.
- Lityum:** *Bipolar'da, rekürrens depresyonu, akut *MDB, *sizoaffektif ve *agresyon tedavisinde de kullanılır (santral bozuklukta XXX)
- Tiazid, NSAİİ, ACE inhibitörleri ve ARB'ler** glomerüler filtrasyonla lityum atılımını azaltarak plazma lityum düzeyini ve lityum zehirlenme riskini artırır. Teofilin ve **aminofilin** gibi metilksantinler, kafein ve **asetazolamid** gibi KAl ile sodyum bikarbonat plazma lityum düzeyini düşürür.
- Bipolar takipli hastada; bulantı, kusma, iştahsızlık, dizartri, nistagmus, diyare, kaba tremor ve EKG'de AV blok izlenirse lityum zehirlenmesi düşünülür. Ayrıca lityum istenerek en uygun tekniği **san lityum düzeyidir**. İlk müdahale hızlı bol IV hidrasyon, sonrası teofilin ve aminofilin gibi metilksantinlerdir. **Diyaliz en etkili yöntemdir**. Tedavide aktif kömürün yeri yoktur (TSA intokata ise vardır). Relaps riski açısından ek antipsikotik başlamak *uygun DEĞİLDİR (Bipolar alevlenme yoksa endikasyon yoktur). *DTR'lerde azalma BEKLENMEZ III
- Lityum;** Klorazepin dş; antipsikotiklerin EPS yan tesir riskini artırır. SSRI veya MAO inh. ile alındığında **serotonin sendromu** yapabilir.
- ***Valproat** ile ***karbamazepin** (akut tedavi ve profilaksi) ve **lamotrijinin** (profilaksi) de duygudurum dengileyici etkiye vardır.
- Hızlı döngülü ve karma özellikli (Depresyon ve mani belirtilerinin aynı anda bulunduğu) bipolar bozuklukta **valproik asit** daha etkili olabilir.
- Diazepam ve ***klonazepam** gibi benzodiazepinler akut manide yararlıdır. Fluoksetin ile olanzapinin kombinasyonu ruhsat almıştır.
- Klorpromazin, aripiprezol, olanzapin, ***risperidon**, **ketiapin** ve ziprasidon gibi antipsikotikler bipolar hastalığın **manik fazında** kullanılır.

Gebelikte ilişkili Bozukluklar

Bebek Hüzünü (%40-80)	• Postpartum EN SIK bozukluk (ağlama atakları), 3 gün içinde başlar, 2 haftada düzelir, tedavi gerekmez.
Postpartum Depresyon (%15)	• Doğum sonrası ilk 3 ay içinde başlar. Tedavisiz (en az 2 hafta) aylarca sürer (SSRI/Sertralin, EKT tedavisi).
Postpartum Psikoz (%0,1)	• İlk 2 haftada başlar. %50 ilk doğumda. ACİL III. Antipsikotikler , antidepressanlar ve lityum kullanılabilir.
Postpartum OKB	• Annenin bebeğe zarar vermesiyle ilgili mantıksız obsesyonlar. Sanrı yoktur. SSRI + BDT

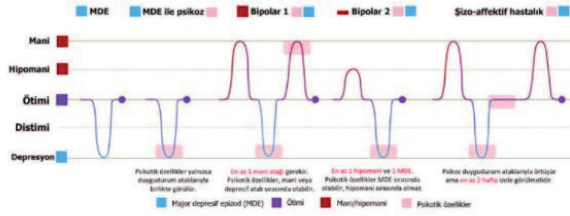
Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 127

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

TUSEM®
 TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

KÜÇÜK STAJLAR / PSİKİYATRİ


**Majör Depresif Bozukluk (MDB) (UNIPOLAR) Tanı Kriterleri

Aşağıdaki semptomlardan **≥5'i ≥2 hafta** süreyle (en az 1 semptom depresif duygudurum veya ****İlgi/zevk kaybı (anhedoni)** olmalıdır:

- 1- Depresif duygudurum, 2- İlgi / zevk kaybı, 3- Kilo değişikliği (↓ ↑), 4- Uykusuzluk ya da aşırı uyuma, 5- Psikomotor retardasyon / ajitasyon, 6- Düşük enerji, 7- Değersizlik, suçluluk duygusu,

Klinik Bilimler 127. soru
Tusem Küçük Stajlar Konu Kitabı Sayfa 052



- **Depresyon:** Parkinson hastalığında en sık görülen psikiyatrik bozukluktur.
- **Tedavi** → Antidepresanlar. %75'i ilaca cevap verir (fakat belli bir süre gerektirir). ****EKT**, major depresif bozukluğun **en etkili tedavi** yöntemidir. EKT'nin birincil endikasyonu major depresyondur.
- **Ketamin**, çoğunlukla anestezi olarak kullanılan NMDA reseptör antagonistidir. Unipolar MDB tedavisi için IV infüzyon verilebilir. **Intranasal** formu **Esketamin**, **tedaviye dirençli depresyon** için FDA onayı almıştır.
- **TRİSİKLIK antidepresanlar (TAD):** Imipramin (Enürezis nokturna), desipramin, klomipramin (OKB'de en etkili ilaç), amitriptilin (kanser ağrısı, fibromyalji ve migren profilaksisinde), nortriptilin, nortriptilin ve doksepin. Muskarinik blokajla (ağız kuruluğu, sıcak-kuru deri, hipertermi, midriyazis, siklopleji, görme bulanıklığı, taşikardi, konstipasyon, üriner retansiyon ve konfüzyon gibi **atropin benzeri** bulgular), Alfa 1 blokajla (**postural hipotansiyon**), H1 blokajla (**sedasyon ve kilo artışı**), Na kanal blokajıyla (**QRS genişlemesi ve aritmi**) K kanal blokajıyla (**QT uzaması**) yan etkiler oluşturabilirler. **Erektile disfonksiyon** yaparlar. SGL etkisi en güçlü klomipramin daha çok seksüel yan tesir yapar. Yüksek dozda **kardiyak aritmi** (Amitriptilin), **konvülsiyon** ve komaya neden olabilirler. MAO inhibitörleri ile alımda HT krize neden olurlar. SSRI, MAO inhibitörü veya mepredin ile alındıklarında **serotonin sendromu** yaparlar.
- **TAD (amitriptilin) İNTOKSİKASYONU:** Ağız kuruluğu, sıcak ve kuru deri, hipertermi, midriyazis, siklopleji, görme bulanıklığı, taşikardi, hipotansiyon, barsak hareketlerinde azalma, işeme zorluğu, sedasyon, **Uzun PR/QR/QT**, kardiyak aritmi (VT/VF), konvülsiyon, delirium, solunum depresyonu ve koma gibi bulgular ortaya çıkar. Tedavide en uygun öncelikli tedavi yaklaşımı GİS dekontaminasyonu amaçlı **Gastrik lavaj** (ilk 2 saatte) ve **aktif kömür** (ilk 2 saatte) uygulamaktır. O₂ IV sıvı, **Lidokain** veya **sodyum bikarbonat** (NaHCO₃) (QRS>100 ms, kardiyotoksikite için), **BZD** (nöbet için) de kullanılır. Fizostigmin, Fosfenitoin (kardiyotoksikiteyi kötüleştirebildiğinden), 5mf-1A, 1C ve 3 antagonistler **kontrendikedir**.
- **SSGİlerin tedavide ilk seçenek olduğu:** Major depresyon, Distimi, Anksiyete bozuklukları, OKB, TSSB, Premenstrüel disfonk bozukluk
- **SSGİ yan etkileri:** Seksüel disfonksiyon, Bulantı, dispepsi, diyare (sertralin), Konstipasyon (paroksetin), QT ↑, Trombosit XXX, Na ↓, Terleme
- **NE ve D Geri Alım İnhibitörü:** Bupropiyon (sigara)//MAOI-A: Moklobemid//Mirtazapin, Mianserin (antihistaminik)//Trazodon (Priapizm)
- **BUPROPION:** MDB ve **nikotin bağımlılığında** kullanılan amfetaminlere benzeyen **atipik antidepresandır**. D ve NE geri alımını inhibe eder (DNRI). MDB tedavisi için NMDA ant. deksmetorfan ile kombine preparatı vardır. D geri alımını NE geri alımından daha güçlü inhibe eden tek antidepresandır. Serotonin sistemini etkilemez. **Seksüel disfonksiyon yapmaz** ve kilo kaybına neden olur. MAO inh. sonrası 14 gün bekle !!!

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 128

128.OKB hastanın fonksiyonel nörogörüntülemesinde aktivite artışı ?

Nucleus caudatus

Klinik Bilimler 128. soru
Tusem Küçük Stajlar Konu Kitabı Sayfa 058

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK VE İLİŞKİLER

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK

- OKB ile ilişkilenen faktörler: Genetik, Orbitofrontal korteks, anterior singulat korteks ve striatumdaki anormallikler (kortiko-striato-talamo-kortikal yolakta hiperaktivite), Streptokok enfeksiyonlarıyla ilişkili pediatrik otoimmün nörolojik bozukluk (PANDAS), Psikolojik travma, ***serotonin aktivite azlığı. Başlangıç ergenlik ya da erken yetişkinliktedir. %60'ında MDB (en sık komorbidite) vardır.
- OKB savunma mekanizmaları, bastırma, realiteyi formasyon (karşıt tepki oluşturma), izolasyon, yer değiştirme ve yapma bozmadır.
- OKB için en etkili psikoterapi; Bilişsel Davranışsal Tedavi-Maruz Bırakma ve Yanıt Önlemedir.

Travma ve Stresle İlgili Bozukluklar (Afet, Kaza, Saldırı)

- Kirlenme (1.), kuşku (2.) mental, simetri, zarar verme korkusu vb. konularda **obsesyon** (düşünce) ve **kompulsyon** (eylem)
- OKB'nin davranış ve düşünce kalıpları **egodistoniktir** (benlik algısıyla tutarsız). OKB (küçük bozukluğu) ise **egosiniktir**.
- Komorbiditeler**: Depresif/Bipolar/Şizofrenik bozukluk, Şizofreni, Tık (Tourette)/Kıskık/Anksiyete/ Dürtü kontrol bozuklukları.
- Tedavi: maruziyet, BDT, **serotonerjik** antidepresan (**YÜKSEK doz SSRI** (sertralin, paroksetin, FLUoksetin/ vakaamin, citalopram)



- Alternatif: **Serotonerjik TSAD (klomipramin) → EN ETKİLİ** ama 2 SSRI denemesine yanıt vermeyen hastalar için seldaniş.

Vücut dismorfik	• Dış görünümde başkalarına önemsenmeyecek bir kusur ya da düzr algılama ve bu algı ile aşırı uğraş hali. SSRI/BDT
Trikoillomani (saç yolma)	• Saçda seyrekleşme, gövde yeniği görünüm ve uzun kısıklı saç yapısı . Değişen farklı uzunluklarda düzensiz kırık saç telleri görülür. • Dokülen yerlerin unvanları belirsiz . Kaşıntı ve bölgesel dökülme alanları izlenmez . Saçlar çekilince ele gelmez. MDB birikeliği sıkır.
Deri yolma	• Belirgin doku hasarına yol açabilen, tekrarlayan deri yolma davranışı
Birikirialilik	• Sahip olduklarını elden çıkarmakta ya da onlarla ilişkili kesmekte güçlük söz konusudur.

DISSOSİYATİF BOZUKLUKLAR

Kişinin algısı, bellek, kimlik gibi bilişsel fonksiyonlarının birlikte çalışmasının **organik bir sebep olmadan** bozulmasıdır.

Dissosiyatif Bozukluklar

Dissosiyatif Amnezi (EN SIK)	• Unutkanlık çözülmesi otobiyoğrafik bilgilerin hatırlanmasında yetersizlikte (normal unutmayla tutarsız) karakterizedir. • Sıklıkla stresör (fiziksel/cinsel istismar) ile tetiklenir. Kısa süreli bellek kaybı var ve kaybettiğinin farkındadır .
Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu:	• Kimlik çözülmesi (a) ≥2 belirlen kimlik hali ya da bir basan kimlik deneyimi ve (b) tekrar eden unutkanlık. • Bazen cin çarpması olarak tanımlanır. Füg yaygındır. Kimlik çözülmesi bozukluğu depresyon, anksiyete, madde kullanımı, self mutilasyon, non-epileptik nöbetler ile sıkça birlikte görülür. Travmatik çocukluk öyküsü çoğununda vardır.
Dissosiyatif Füg	• Kaybolma ve yıllar sonra başka şehirde bulunma (anlamsız gezintiler). Geçmişini hatırlamaz. Hasta durumun farkında değildir. • Kendilerini birdenbire kumsalda, işyerinde, gece kulübünde ya da evde herhangi bir yerde (elbise dolabında, yataкта ya da kanepede üzerinde, evin bir köşesinde) bulduklarını dile getirebilir ve oraya nasıl geldiklerini hatırlayabilirler.
Depersonalizasyon Derealizasyon Bozukluğu:	• Sürekli ya da yinelenmeli olarak ortaya çıkan gerçek dışı deneyimler , kendine yabancılaşma/ depersonalizasyon (zihninden, benliğinden ya da bedeninden ayrılması) ve/veya gerçek dışılık/ derealizasyon) (sevresinden aynıması) ile karakterizedir. • Kendine yabancılaşma ya da gerçek dışılık sırasında gerçeği değerlendirme bozulmamıştır . Hallüsinasyon görmez. • Anksiyete, depresyon, psikotik bozukluk, uyku deprivasyonu, madde bağımlılığı, kafa içi kitle, temporal epilepsi birikeliği.

58

İLGİLİ NOTLAR

Kıymetli arkadaşlarım. Derslerimizde bilhassa nörolojide ve nöroanatomiye sıklıkla putamen + globus pallidus → LENTİFORM nükleus iken + KAUDAT nükleus → korpus STRİATUM kavramlarını bildiğiniz üzere sıklıkla kullanıyoruz.

Striatum patolojisi olarak belirttiğimiz OKB ile ilgili tek komponent şıklarda kaudat nükleus idi.

Alanından gelen çok zor bir soruydu fakat dikkatli arkadaşların buradan yakalamış olacağını umuyorum.

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 129

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

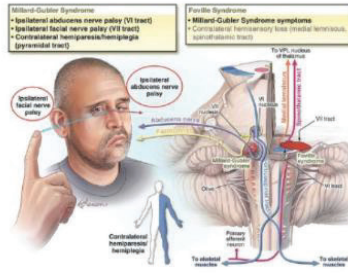
hangisinin saptanması en az olasıdır?

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

İLGİLİ NOTLAR

KÜÇÜK STAJLAR / NÖROLOJİ VE NÖROŞİRURJİ

TUSEM
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ



FOVİLE → MİLLARD + KL hemisensoryal (Lem. medialis-Spinoalamik)

İÇE KİLİTLENME (LOCKED-IN) sendromu

- **BASIS pontis** (Bilateral VENTRAL pons hasarı)
- (kortiko-spinal (CS), kortiko-pontin ve kortiko-bulber (CB) yollar)
- **KUADRİPLEJİ** + konuşma/yutkunma güçlüğü + **HORIZONTAL felç**
- **VERTİKAL göz hareketleri** (kırpma) dışında istemli kaslar felç
- **bilinç**, farkındalık, biliş, **AĞRI-İSİ** duygusu (LST) korunur !!!

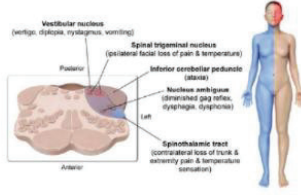


Klinik Bilimler 129. soru
Tusem Küçük Stajlar Konu Kitabı Sayfa 015

LATERAL medullar sendrom (Wallenberg) → PICA

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

- **Tr. spinotthalmicus:** **KONTRALATERAL** beden yarımı **ağrı-ısı** duyu (-) kaybı.
- **Nuc. Trigeminalis:** **İPSİLATERAL** yüz yarımı **ağrı-ısı** duygusu (-), 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
- **Inferior serebellar pedünlük:** İpsilateral ataksi, diadokokinazi
- **Sempatik liflerin etkilenmesi:** **İpsilateral HORNER** sendromu
- **Hipoglossal (12.CN) sinir,** kortikospinal yol ve lemniscus medialis



MEDIAL MEDULLAR SENDROM (DEJERİNE) İNFERİOR ALTERNAN HEMİPLEJİ

- **Tr. KORTİKOSPİNALİS** etkilenmesine bağlı **KL hemipAREZİ/PLEJİ**
- **Lemniscus MEDIALİS:** **KL ŞUURLU** proprioseptif, vibrasyon, 2 nokta ayrımı
- **N. hypoglossus** **harabiyeti:** dil kaslarında parali (İL GLOSSEPLEJİ)
- **MLF** tutulumu **internükleer ofalmopleji (INO)**



15

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 130

130. Belirli bir yılda gebelik, doğum ve lohusalığa bağlı ölümlerin, aynı yıl canlı doğum sayısına oranlanıp 100.000 ile çarpılmasıyla elde edilen ölçüt hangisidir?

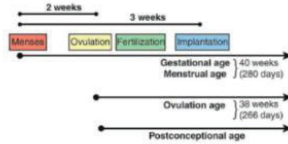
İLGİLİ NOTLAR

3

PERİNATOLOJİ

GEBELİK İLİŞKİLİ TANIMLAR

Gestasyonel (Menstrüel) Yaş: Son adet tarihinin (SAT) ilk gününden hesaplanır (>42 hafta: postterm).
Ovulasyon (Postkonsepsiyonel) Yaş: Fertilizasyon gününden itibaren hesaplanır (>40 hafta: postterm).



Gestasyonel yaş ile ovulasyon yaşı arasında 2 hafta beklenir; ancak hastanın polimenore / oligomenore durumlarında foliküler faz değişimine göre hesaplanır. Örn; 21 günde bir adet gören kadında gestasyonel yaş ile ovulasyon yaşı arasında 1 hafta olurken; 35 günde bir adet gören kadında gestasyonel yaş ile ovulasyon yaşı arasında 3 hafta olur. Takipte sıklıkla SAT'a göre hesap yapılır.

Fetal yaş: Konsepsiyon ürününün implantasyonundan itibaren hesaplanır

Embriyonik dönem: Konsepsiyondan 2 hafta sonra başlar (hastanın beklenen mens dönemine denk gelir); 8 hafta sürer; Son adet tarihinden (SAT)'a göre ilk 10 haftalık döneme kadardır. Organogenez dönemidir (son 6 haftası). Teratojen maruziyeti ile **major** anomali izlenir.

Fetal dönem: SAT 'a göre 10. haftadan sonraki dönemdir. teratojen maruziyeti ile **minör** anomali ya da **fonksiyonel** defekt izlenir.

Antenatal Dönem: Konsepsiyondan doğuma kadar olan faz

Perinatal Dönem: 20. haftadan postpartum (PP) 28. güne kadar olan faz

Perinatal mortalite (ölüm hızı): 1000 doğum başına (ölü + canlı) düşen ölü doğum + neonatal ölüm

Gravida: Total gebelik sayıdır (hcg pozitif)

Nulligravid: Hiç gebe kalmamış kadın / **Primigravid:** Bir kadının ilk gebeliği / **Multiigravid:** öyküde birden fazla gebeliği olan kadın

Parite: > 500 gr / 20 hafta canlı ya da ölü fetus doğumu

Çoğul gebeliklerde gravida ve parite tek (bir) sayılır doğumu **tek parite** olarak kabul edilir.

Nullipar: Doğum yapmamış kadın (gebeliğini doğum yapma aşamasına kadar getirememiş kadın, daha önce abort yapmış veya yapmamış) / **Primipar:** Daha önce bir çocuk doğurmuş kadın / **Multipar:** Daha önce iki veya daha çok gebelikte çocuk doğurmuş kadın

Abortus: SAT'a göre 20 hafta ya da < 500 gr fetus (ölü ya da canlı), plasenta ve membranların bir kısmının (inkomplet) ya da tamamının (komplet) uterus kavitesi dışına atılmasıdır.

İnfant: Canlı doğum sonrası ilk 12 aylık dönem

Bebek (infant) ölümü: Canlı doğup ilk 12 ay içinde ölen bebek kaybedilen bebekleri tanımlar. **Infant mortalitesi:** Canlı doğan 1000 bebeğin kaçış ilk 12 ay içinde öldü. **Fetal (ölü doğum) ölüm hızı (oranı):** ölü doğum / canlı + ölü doğum.

Makrozomi > 4000 gr / **Düşük doğum ağırlıklı:** < 2500 gr / **Çok düşük doğum ağırlığı** < 1500 gr < / **Aşırı düşük doğum**

Klinik Bilimler 130. soru
Tusem Kadın Doğum Konu
Kitabı+2026 Sayfa 097

Maternal mortalite oranı: 100.000 canlı doğum başına üreme ile ilgili süreçte (gebelik ve doğumda) kaybedilen anne sayıdır.

Gebelik ilişkili anne ölümü: Gebelik ve postpartum ilk 42 gün içindeki maternal ölümdür.

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 131

131. serum potasyum düzeyinin yüksek bulunması üzerine hastaya %10 kalsiyum glukonat veriliyor.

uygulanan tedavi ile aşağıdakilerden hangisinin amaçlanmış olması **en olasıdır**?

B) Potasyumun kardiyak etkisini membran stabilizasyonu ile antagonize etme

İLGİLİ NOTLAR

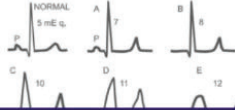
TUSEM®

SIVI ELEKTROLİT DENGESİ VE ASİT-BAZ BOZUKLUKLARI

GENEL CERRAHİ

Belirtiler

- **GİS'e alt bulgular**; bulantı, kusma, intestinal kolik ve diyardir. **Nöromuskuler semptomlar**; güçsüzlük, parali, solunum arrestidir.



Hiperpotasemide EKG değişiklikleri

- + EKG'de T sivrileşmesi (en erken bulgu)
- + QRS genişlemesi
- + PR uzaması (birinci derece blok)
- + Düzleşmiş, kaybolmuş P dalgaları
- + Sinüs dalgası oluşumu, bradikardi ve

Klinik Bilimler 131. soru
Tusem Genel Cerrahi Konu Kitabı Sayfa 017

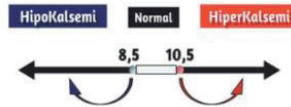
Tedavi

- **Önemli nokta** hastanın hiperpotasemi gelişmesinden korunmasıdır. Bu amaçla **yeterli idrar çıkarmayan hastalara potasyum verilmemelidir.**

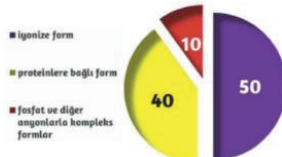
Hiperpotasemi tedavi yönergesi (Sabiston)
İlk: potasyum infüzyonunu durdur
EKG'de yaklaşmakta olan arrest bulguları: P dalgası kaybı, geniş QRS... Acil / çok etkin tedavi
• IV kalsiyum infüzyonu → 10 dakika içinde 10 mL %10 kalsiyum klorid veya 3-5 dakika içinde 10 mL %10 kalsiyum glukonat
• IV sodyum bikarbonat infüzyonu → 50-100 mEq 10-20 dakika içinde
EKG'de daha hafif bulgular: T sivrileşmesi... Hızlı tedavi
• Glukoz ve insülin infüzyonu → iv 1000 mL 5% D ₅ + 10 Ü insülin; kan glukozunu izle
• Hemodiyaliz
Kan biyokimyasında hiperpotasemi, EKG bulgusu yok... Saatler içinde etkin tedavi
• Potasyum bağlayıcı reçine (Kayexalat) → %20 sorbitol içinde oral yolla
• Loop diüretikleri (Furosemid)

Semptomatik Hiperpotasemi tedavi yönergesi (Schwartz)
Potasyum infüzyonunu durdur
Potasyumu uzaklaştırmak
• Kayexalat
• Diyaliz
Potasyum kaydırma
• Glukoz 1 ampul D50 ve iv regüler insülin 5-10 ünite,
• 1 ampul iv Bikarbonat
Kardiyak etkileri önleyin
• Kalsiyum glukonat 5-10 mL %10'luk çözelti

KALSIYUM DENGESİ



- **Vücutta en fazla bulunan elektrolittir.** Yetişkin insanda yaklaşık 1000-1200 gr kalsiyum bulunur. Bunun %99'u kemiklerde fosfat ve karbonat tuzları şeklindedir. Geri kalanın büyük bir kısmı (%0,6) hücre içinde, %0,11 (1.3 gr) de hücre dışı sıvıdadır.



- Doku belirtilerini iyonize kalsiyum belirler.
- Albümindeki her 1 gr/dL azalış kalsiyumun 0,8 mg azalmasına neden olur.
- Ayrıca pH değişiklikleri de iyonize kalsiyum konsantrasyonunu etkiler. **Asidoz proteinlere bağlı kalsiyumu azaltarak, iyonize kalsiyumu artırır.**

Tipik vakı

- + **Hipokalsemi** kasılmalarla, **hiperkalsemi** organ komplikasyonları ile sorulur.

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 131

131. serum potasyum düzeyinin yüksek bulunması üzerine hastaya %10 kalsiyum glukonat veriliyor.

uygulanan tedavi ile aşağıdakilerden hangisinin amaçlanmış olması **en olasıdır**?

B) Potasyumun kardiyak etkisini membran stabilizasyonu ile antagonize etme

DAHİLİYE / NEFROLOJİ

TUSEM®
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

Tedavi

- Altta yatan neden tedavi edilir. Asemptomatik hastada **oral** potasyum replasmanı yapılır.
- İntravenöz olarak **saatte 10 meq/L'nin üzerinde** replasman yapılacaksa hasta **monitörize** edilir.
- Saatte **20 meq/L**, 1000 cc içerisinde **60 meq/L** maksimum replasman hızıdır.
- **İzotonik mayı** içerisinde replasman yapılır.
- **Dirençli hipokalemi** olan bir hastada akla mutlaka **hipomagnezemi** getirilmelidir. Hipomagnezemiye bağlı ROMK kanallarında potasyum sekresyonu olur.
- **Dirençli hipokalemi veya hipokalemi** varlığında mutlaka **hipomagnezemi** araştırılmalıdır.

HİPERKALEMİ

- Serum potasyum seviyesinin **5.5 meq/L'nin** üzerinde olmasıdır.
- En sık neden **böbrek yetmezliği**dir.
- Hiperkalemi sapıtan bir hastada öncelikle **psödohiperkalemi** ekarte edilmelidir (hemolizli veya bekletilmiş kanda yapılan değerlendirme veya lökositöz-trombositöz bağlı). EKG bulgusu beklenmez.

Hiperkalemi Nedenleri

Redistribüsyon (hücre dışına geçiş)	Aşırı potasyum yükü	Renal atılımın azalması
Asidoz	Ekzojen alım	Böbrek yetmezliği (GFH < %20)
Beta bloker	Travma	ABY, KBH
İnsülin azlığı (glüköz ve osmolalite ↑)	Tümör lizis sendromu	Aldosteron azlığı veya duyarlılığı
Hiperkalemi periyodik paralizisi	Rabdomiyoliz	Addison hastalığı
Hücre yıkımı (travma, tümör lizis...)	Hemolitik anemi	Hiporeninemi hipoadosteronizm*
Hiperosmolalite (kontrast, hipertonic dekstroz, mannitol)		İlaçlar (NSAİ, ACE inh, ARB, potasyum tutucu diüretikler-spirolakton-triamteren-amilorid, heparin, renin inhibitörü aliskiren)
Digoksin		Tip 4 RTA

* Hiporeninemi hipoadosteronizm, diyabet ve interstisyel böbrek hastalıklarında önemli bir hiperkalemi nedenidir. GFH > %20 olup, normal anyon gapli metabolik asidozda eşlik eder.

Klinik

- **Kas güçsüzlüğü, paralizisi** gelişebilir.
- Diyafram kası etkilenirse **solunum yetmezliği** görülebilir.
- **Metabolik asidoz** sıklıkla eşlik eder.
- Hiperkaleminin en erken EKG bulgusu **T sivrililiği**dir. Bunun dışında şöyle akılda tutulabilir: EKG kompleksini eline alıp her iki tarafa doğru çektiğini düşün. Yani önce **PR uzar** ve **P dalgası kaybolur**, sonra **QRS genişler**, daha fazla çekersen **fibrilasyon ve asistoli** gelişir.



+ Asistoli yapabilen elektrolit bozuklukları:

- **Hiperkalemi → diastolde**
- **Hipokalemi → sistolde**

Klinik Bilimler 131. soru
Tusem Dahiliye Konu Kitabı+2026
Sayfa 211

Tedavi

- **EKG bulguları varlığında** ve/veya klinik belirtiler varsa **acil tedavi** endikasyonu vardır.
- **İlk yapılması** gereken şey potasyumun kalpteki etkilerini antagonize etmek amacıyla **iv kalsiyum glukonat** uygulamasıdır. Potasyum düzeyini azaltmaz. Aksiyon potansiyeli eşğini artırarak aritmilerin önlenmesinde **en etkili** tedavidir. **EKG bulguları düzelene** kadar tekrar yapmak gerekebilir.
- **Potasyumun hücre içine girişinin artırılması (hızlı etki gösterirler):**
 - İnsülin + dekstroz iv
 - İv bikarbonat (ciddi metabolik asidoz varlığında)
 - İnhaler beta agonist (albuterol)

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.

TUSEM®
 TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

KÜÇÜK STAJLAR / ANESTEZİ

3. LOKAL ANESTEZİ

- **Lokal anestezi**, uygulama alanı ve çevresindeki sinir uçlarını bloke ederek ağrı iletimini reversible uyuşturmaktır.
- L.A. lar zayıf bazlardır. **Enfekte/asidik ortamda iyonize** hale geçerler, hücre membranından geçemezler, etkileri azalır. Bu sebeple **enfeksiyon varsa anestezi zorlaşır!!!**
- Hem yetişkinlerde hem de çocuklarda küçük müdahaleler ve yara onarımı için yaygın olarak kullanılır ve **topikal** (jel, merhem, sprey, yama) ile **infiltrasyon** anestezi olmak üzere **subkutan** ya da **submukozal** etki sağlar.
- **Tek nokta (Single-point) infiltrasyonu**: Lokalize ağrılı prosedürler (ömler ponksiyon, insizyon ve drenaj)
- **Yara onarımı için lokal anestezi**: Daha büyük lasereasyonlar (yani, birden fazla anestetik enjeksiyon gerektiren)



Klinik Bilimler 132. soru
Tusem Küçük Stajlar Konu Kitabı Sayfa 156

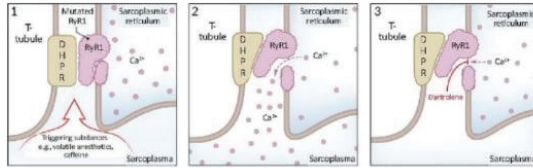
LOKAL ANESTEZİKLERİN YAN ETKİLERİ VE TOKSİSİTESİ

Sistemik Yan Etkileri:

- Başlangıçta **dilde ve ağız çevresinde uyuşukluk**, baş dönmesi, huzursuzluk, sinirlilik ve kas seğirmeleri görülür.
- LAST genellikle SSS bulgularıyla başlar: **perioral uyuşma**, **metalik tat**, tinnitus, ajitasyon → konvülsiyon → arrest
- 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 allerjik reaksiyonlar oluşturabilirler.
- KVS ve SSS'de başlangıçta depresyon etki oluştururlar (lokain hariç bu madde şfori yapar).
- Yüksek dozlarda SSS üzerinde disinhibisyona bağlı ekaitasyon (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 allerjik reaksiyonlar sıkır (Prokain, Tetrakain). **Allerjiden sorumlu olan**, esterlerin parçalanması ile oluşan **p-aminobenzoik asittir. (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 subklinik bir miyopatidir. **Q.D** geçişlidir.
- Vakalar **ryanodine reseptör tip 1 (RYR-1)** veya **dihidropiridin reseptörlerinde (DHPR)** mutasyonla ilişkilidir.



- Tetikleyici **Volatil anestetikler** (izofluran, sevofluran, desfluran, halothan; nitroz oksit hariç), **Süksinilkolin**
- **Klinik Özellikler**: Erken Belirtiler (Tasikardi, Taşipne, Siyanoz, **Yaygın rijidite**, masseter rijiditesi), Geç Belirtiler (Yüksek vücut sıcaklığı (**45°C'ye kadar**), sekonder organ hasarı belirtileri (aritmiler, Oligüri (ABY), Nöbetler, Kanama ve/veya tromboz (DİK), **Miyoglobülinüri**, kas ağrısı, şişlik ve etkilenen kas zayıflığı (**rahdomiyolizis**)). Her ne kadar vücut sıcaklığındaki artış genellikle malign hipertermi için geç bir belirti olsa da, şiddetli vakalarda erken bir belirti olarak ortaya çıkabilir. **Düz kas ve kalp kası etkilenmez!!!**
- **Tanı**: Genellikle klinik ve intraoperatif belirtilere (kas ve çene rijidite, hipertermi) bağlı olarak, **artmış end-tidal CO2** ve kas yıkımı belirtileriyle ilişkili olarak konur. Pozitif aile öyküsü, şüpheli klinik öykü veya masseter kas rijidite olan hastalar, MH riskini dışlamak için doğrulayıcı preoperatif teste tabi tutulmalıdır.

156

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

TUSEM[®]
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

KÜÇÜK STAJLAR / RADYOLOJİ VE NÜKLEER TIP

• Kemik metastazı alanların %10-40'ında **sintigrafi pozitif** iken radyografi bulgu veremeyebilir. • Kemik sintigrafisinin **duyarlılığı yüksek (> %95)**. • **Blastik** kemik tümörleri/metastazları **sıcak odak** (artmış tutulum). • **Prostat, meme ve akciğer** kanserinin **osteoblastik** metastazları kolayca saptanabilir. • **Osteolitik** lezyonlarda hassasiyeti daha düşüktür (örn. **Multipl myelom, RCC, lenfoma**). • **Ultrik** kemik metastazları (**Anaplastik** tümörler /**multipl myelom**): **SOĞUK** odak

TÜM VÜCUT KEMİK SİNTİGRAFİDE SUPERSCAN GÖRÜNTÜ BULGUSU

- **Prostat** ca. yaygın kemik met., **Meme** ca. yaygın kemik met., **Transizyonel hücreli** karsinom
- **Renal osteodistrofi** (metabolik), **sekonder hiperparatiroidizm**, **Osteomalazi** (metabolik)
- **Myelofibrozis**,
- **Mastositoz**, yaygın Paget hastalığı
- **Multipl myelom** **Ultrik** metastazlara yol açtığından **superscan** görünümü **beklenmez**.

Tc-99m HMPAO ise kemik sintigrafisinde değil, **lökosit** işaretleme sintigrafilerinde ve **serebral perfüzyon** değerlendirmelerinde kullanılır. Özellikle çeşitli **enfeksiyonlarda** **lökosit** işaretleme tekniği kullanılabilir. **Akut osteomyelit** gibi durumlarda lökosit işaretleme tekniği başarılı olabilmektedir. Lökosit işaretleme tekniğinde özellikle **Tc 99m HMPAO** kullanılır.

• **Kemik sintigrafisi** akut osteomyeliti kronik osteomyelitiden ayırmada **yetersiz** kalmaktadır. Çünkü **enfeksiyon** varlığı enfeksiyon için **spesifik** değildir.

Akut osteomyelit kronik osteomyelitiden ayırmak için aşağıdaki teknikler uygulanabilir.

Klinik Bilimler 133. soru
Tusem Küçük Stajlar Konu Kitabı Sayfa 332

DİNAMİK BÖBREK SİNTİGRAFİSİNDE KULLANILANLAR

- **Tc GH**
- **Tc DTPA** (glomerüler)
- **Tc EC** (tübüler)
- **Tc MAG3** (tübüler)
- **Tc-99m** ile işaretli dietiltriüamipentaasetik asit (**DTPA**), dimerkaptosüksinik asit (**DMSA**)'dır.
- **DTPA** böbrekten **glomerüler filtrasyon** yoluyla atılır. Böbrek perfüzyonunun ve pelvikalikül sistemin değerlendirilmesi ve glomerüler filtrasyon oranının hesaplanması amacıyla kullanılır.
- **DTPA** sintigrafisi **dinamik** incelemeler, **böbrek fonksiyonları** ile **GFR** hakkında da bilgi verir.
- **DTPA** sintigrafisi **VUR** tanısında ve tanı almış hastaların **takibinde** kullanılır.
- **Tc MAG3** **tübüler sekresyon** yoluyla böbreklere sızılır. **Proksimal tübül** lümeninden **sekresyona** uğrayarak atılır (**Tübüler Fonksiyon**). Ekstraksiyon oranı %40-50 arasındadır. **Yüksek oranda proteinlere** bağlanır.
- **Diüretikli Renal Sintigrafisi (99Tc-MAG3)** → **Hidronefroz** ve **Hidroüteronefroz**.
- **Kaptoprili Renal Sintigrafisi (99Tc-MAG3)** → **Renovasküler Stenoz**.
- **Tc EC, Tc MAG 3** ile benzer özellikler gösterir. **Klirensi** daha **yüksektir**, plazma **proteinlere bağlanma** oranı daha **düşüktür**.

RENAL GÖRÜNTÜLEME

- Renal fonksiyon ve anatomi değerlendirilmesi için **99mTc DTPA** veya **99mTc MAG3** kullanılır.
- **Erişkinlerde** **üreteropelvik** baskı **tıkanıklığını** değerlendirmek için ve renal hastalarda böbrek fonksiyonlarını değerlendirmek için kullanılır.
- **Çocuklarda** **99mTc DMSA** **piyelonefriti** değerlendirmek için kullanılır.

DİNAMİK RENAL SİNTİGRAFI

- Dinamik renal sintigrafi **görsel**, **semi-kantitatif** ve **kantitatif** olarak değerlendirilir.
- Diferansiyel renal fonksiyon, T_{max}, T_{1/2} değerleri, **semikantitatif** değerlendirilmeden elde edilir.
- Böbreğin etrafına çizilen ilgi alanlarından, **semi-kantitatif** parametreler elde edilir.

ENDİKASYONLARI: • Konjenital ve edvi böbrek hastalıkları, Renovasküler hipertansiyon, Boşaltım anomalileri (Diürez sintigrafisi), Perfüzyon değerlendirilmesi, Gerçek kortikal yapıların değerlendirilmesi • Nefrotoksik ilaçların değerlendirilmesi • Renal fonksiyonu etkileyen hastalıklarda (DM, SLE, HT) • Renal transplantasyon değerlendirilmesi • Girişimsel veya cerrahi sonrası

STATİK RENAL SİNTİGRAFI (RENAL KORTİKAL SİNTİGRAFI (99Tc-DMSA))

DMSA'nın yaklaşık olarak **%90**'i enjeksiyonu takiben **plazma proteinlerine** bağlanır. Belirgin olarak renal **ekskresyonu yoktur**. Büyük oranda **böbrek parankiminde birikir**.

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 133

133.hangisi dinamik böbrek sintigrafisi endikasyonu değildir?

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

KÜÇÜK STAJLAR / RADYOLOJİ VE NÜKLEER TIP

TUSEM
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

- %50'si, renal kortekste **proksimal** tübüler hücreler tarafından **tutulur** (**Kortikal Fonksiyon**).
- **Reseptör aracı endositoz** ile (**megalın-cubulin** reseptörleri aracılığıyla) alınır.
- Bu özellikleri nedeniyle **dinamik** böbrek sintigrafisi **kullanılmaz**.
- **STATİK renal sintigrafide** kullanılır. **DMSA** sintigrafisi daha çok **anatomik** ile birlikte renal **skar** dokusunu göstermek için kullanılan **statik** görüntüleme metodudur.
- **Akut İYE sonrası** 6. ayda, renal skar tespitinde
- **Akut piyelonefrit** tanısında kullanılır.
- **Konjenital renal anomali**lerde, fonksiyonel dokunun görüntülenmesinde kullanılır. (Ör: At nalı böbrek, Ektopik böbrek, Duplik böbrek, Renal agenezi, Multikistik renal displazi)

Sintografi, renal **transplantasyonda rejeksiyonu** saptamak için de kullanılabilir.

STATİK renal sintigrafisi endikasyonları:

- Üriner sistem enfeksiyonları • Böbrek enfarktüsü • Multikistik displastik böbrek, • Ektopik böbrek • At nalı böbrek

FAKÜLTE → hangisi sintigrafik olarak **normal renal tutulumda azalma** göstererek **pyelonefrit** tanısına yardımcı olur? (**Dizüri** şikayeti olan kız çocuk, idrar kültüründe **E. Coli** üremesi var, hangi nükleer tıp yöntemi seçilmelidir?)

- **Tc-99m DMSA**

FAKÜLTE → **Tekrarlayan İYE**'nin aynı tanısında, hangi nükleer tıp görüntüleme tekniği kullanılır?

- **Voiding Sistürografi (99Tc-DTPA) → VUR ve PUV**

FAKÜLTE → **Hidronefroz** aynı tanısında, hangi nükleer tıp görüntüleme tekniği kullanılır?

- **Diüretik Renal Sintigrafisi (99Tc-MAG3) → Hidronefroz ve Hidroureteronefroz**
- **Kaptopril Renal Sintigrafisi (99Tc-MAG3) → Renovasküler Stenoz**

NÜKLEER GASTROENTEROLOJİ

Klinik Bilimler 133. soru
Tusem Küçük Stajlar Konu Kitabı Sayfa 333

- **Akut kolesistit:** incinin sağ tarafı safra kesesinin görünümlenmesi.
- **Kronik kolesistit:** 1. saatte safra kesesi görüntülenmez
- Ayrıca ameliyat sonrası veya travmada **safla sızınlanımı** değerlendirilmek için kullanılır.
- Safra kesesi ejeksiyon fraksiyonu (>%38 normal) **bilier diskineziyi** değerlendirmek için kullanılır.

RBC Taraması: • Kanı (**99mTc RBC**'ler) andajık görüntüleri ile **IV radyotracer** enjeksiyonu

GIS kanaması: • <0.5 ml/dk akut kanama yerini gösterir (**anjyografiden daha hassas**) • >0.5 ml/dk'da **akut kanama** varsa, **anjyografi** kullanılır (hem teşhis hem de tedavi) • Karaciğer lezyonu değerlendirilmesi

Meckel's Scan: 99mTc pertechnetat kullanılır, hastaya **ranitidin** premedikasyonu verilir.

111 Octreoscan: Karsinoid dahil **nöroendokrin** tümörlerin değerlendirilmesi ve evrelenmesi için kullanılan bir somatostatin analogudur, gastrinoma ve karsinoid, insülinomaya göre daha oktreotid sensitif olma eğilimindedir.

İyotlu MIBG: En yaygın olarak **feokromositoma**, **nöroblastom** ve **medüller** tiroid kanseri için kullanılan bir **norepinefrin** analogudur, yukarıda belirtildiği gibi sınırlı kardiyak uygulamalarda kullanılır

Mide boşalması: Genellikle **99mTc sülfür kolloid** ile standartlaştırılmış bir katı ya da sıvı yemek işaretlenir ve mide boşalması zaman içinde incelenir. Katılar ve sıvılar için normal aralıklar vardır

NÜKLEER NÖROLOJİ (EPILEPSİ VE DEMANS)

- **Demans** tanısında, ilk görüntüleme seçeneği olarak **MRS** kullanılır; çünkü tedavi edilebilir demans nedenlerini (tümörler, vasküler demans vb.) ekarte eder. • **Hipometabolizma**, **Alzheimer** ile diğer demans formları arasında ayırma yardımcı olur.
- Hipometabolizmanın kapsamı, hastanın **klinik** bulguları ile **korele**dir ve sonucu **predikte** eder.
- **PET; FDG** demans tanısında, sıklıkla Alzheimer'da önemlidir.
- BOS almasını ve sızmasını **111 In-DTPA** ile değerlendirilerek **normal basıncı hidrosefali** ve **beyin atrofisi** ayırımı yapılabilmekte olup günümüzde ise bu tekniğin yerini **BOS akım MR** almıştır.
- **BOS şahtı** 99mTc ve **111 In-DTPA** ile değerlendirilebilir.
- Kalbin MIBG ile adrenenjik görüntülenmesi demanstaki otonomik disfonksiyonları saptamak suretiyle **Lewy Body** ve **Parkinson'u** tanımda ve demansın diğer formlarından ayırt etmede faydalıdır. (Otonomik hasarlanma kalpte azalmış MIBG ilişkilidir)

Sintigrafide Tümör görüntülenmesi: • **I-123 alfa metiltirosin** • **Talium 201** • **F-18 FDG** • **Tc-99m MIBI**

Single Photon Emission Computed Tomography (SPECT)

- Bilgisayarlı tomografi cihazlarına benzeyen ama **gama** ışınlarıyla gerçekleştirilen nükleer tıp tomografik görüntüleme tekniğidir.
- **SPECT** bir **gama kamerası** tarafından farklı açılardan taranan 2 boyutlu görüntüleri, yazılım yardımıyla 3 boyutlu tomografik görüntü haline dönüştürür.

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 134

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

İLGİLİ NOTLAR

TUSEM[®]

KÜÇÜK STAJLAR / ORTOPEDİ

- Protez vb gibi MR görüntü kalitesini etkileyen durumlarda → **üç fazlı kemik sintigrafisi**. En erken bulgu veren görüntüleme yöntemi → **99m-Tc sintigrafisi**, ancak anatomik detaydan yoksundur.
- Osteomyelit için **en spesifik tanı testi kemik biyopsisi ve kültürüdür**. Kemik biyopsisi, mümkünse **antibiyotik başlatılmadan önce** yapılmalıdır; bu, etken patojenlerin belirlenmesini ve antibiyotik tedavisinin özelleştirilmesini sağlar. Ancak, kemik biyopsisi invaziv bir prosedürdür ve antibiyotiklerin ertelenmesi sonuçları kötüleştirebilir. Hastaya özel karar vermek gerekir.
- **Ayrıca tanımda: Septik artrit**, eklemler başlangıcının enfeksiyonu olup, etkilenen eklemda ağrı, şişlik ve eritem ile kendini gösterebilir. Eklem efüzyonu ve kısıtlı hareket açıklığı, osteomyelitte genellikle yokken septik artrit belirgin klinik özellikleridir. **Osteonekroz**, kronik eklemler/kemik ağrısı ile kendini gösterebilir. Genellikle SLE, antiphospholipid antikor sendromu, kronik steroid kullanımı gibi risk faktörlerine sahip hastalarda görülür. Röntgen tanı koyucu olabilir (düzleşmiş, çökmüş epifiz; ancak erken röntgenler normal olabilir, bu durumda ileri görüntüleme (MRI) gerekebilir. **Refleks simpatik distrofi (RSD)**, lokalleşmiş ağrı, şişlik ve alt değişikliklerine neden olabilen karmaşık bir ağrı sendromudur. Ancak, RSD genellikle ateş veya yükselmiş inflamatuvar belirteçler oluşturmaz ve görüntüleme çalışmaları genellikle normaldir.
- **Ampirik tedavi**: Geniş spektrumlu antibiyotikler (vankomisin artı 3/4. kuşak sefalosporin), MRSA ve gram-negatif organizmalar dahil olmak üzere yaygın osteomyelit patojenlerini kapsamalıdır. Antibiyotik tedavisinin süresi, komplike olmayan akut osteomyelit için **6 hafta**dan, kronik osteomyelit veya protez eklemleri içeren osteomyelit için **birkaç aya kadar** değişebilir.
- **Debridman**: Enfekte ve canlılığını yitirmiş kemik dokusu, iyileşmeyi teşvik etmek ve enfeksiyonun daha fazla yayılmasını önlemek için çıkarılır. Apse varso, irin ve enfekte dokuyu uzaklaştırmak için iğne aspirasyonu veya cerrahi insizyon ve drenaj ile apselerin drenajı yapılabilir.
- **Yabancı cisimlerin çıkarılması**: Enfekte olmuş protez eklemler, implantlar veya donanımlar enfeksiyonu ortadan kaldırmak için çıkarılması gerekebilir. Osteomyelit, bitişik eklemleri etkileyerek septik artrite yol açabilir.
- **Ameliyatsız**: osteomyelitin nadir bir komplikasyonudur; burada anormal proteinler çeşitli organlarda birikerek fonksiyon bozukluğuna yol açar.

Klinik Bilimler 134. soru
Tusem Küçük Stajlar Konu Kitabı Sayfa 120

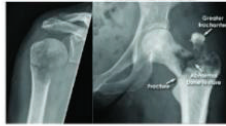
- **Risk faktörleri**: Zayıf vasküler beslenme, Yetersiz immobilizasyon, DM, osteoporoz, Açık kırıklar, Enfeksiyon, Sigara
- **Tipi**: **Hipertrofik** (yetersiz immobilizasyon nedeniyle kallus oluşumu), **Atraktif** (yetersiz vaskülarizasyon, kallus yok)
- **Klinik bulgular**: Ağrı ve şişlik, Kısıtlı ağırlık taşıma kapasitesi, Devam eden azalmış hareket açıklığı
- Görüntüleme, yaralanmadan 6-9 ay sonra kırık birleşiminin eksikliğini gösterir.
- **Tedavi**: Debridman ve rezeksiyon Osteosentez (tespit), Enfekte ise kültüre yönelik antibiyotikler
- **YANLIŞ KAYNAMA (malunion)**: Patolojik pozisyonda **kötü iyileşme**, angulasyon, rotasyon veya uzuvda kısalma. Çocuklarda en sık **suprakondiler humerus kırıklarında Cubitus Varus** deformitesi olarak çıkar. Tedavisiz kalırsa **Volkman İskemik Kontraktür** gelişebilir. Çocuk uzun kemik kırıklarının en sık komplikasyonudur. Posttraumatik O.A riskini artırır. Yetersiz immobilizasyon, hatalı redüksiyon, başımsız fiksasyon, riski artırır.
- **Klinik Bulgular**: Ağrı ve şişlik, Fonksiyon bozukluğu, Ekstremité kısalığı (alt ekstremitelerde kötü tolere edilir)
- **Tedavi**: Semptomatik hastalarda cerrahi düzeltme (osteotomi)

PSEUDOARTROZ



PATOLOJİK KIRIK

- Altta yatan bir durum nedeniyle anormal kemik zayıflığından kaynaklanan spontan veya hafif travmaya sekonder olabilen kırık.
- **Etiyoloji**: Metabolizma bozuklukları (**osteoporoz** (en sık), hiperparatiroidizm), Kemik lezyonları (Malign tm. ve metastaz), Benign tm. (kistler dahil), multipl miyelom, kronik osteomyelit ilişkili olarak Proksimal femur, Proksimal humerus, Omurga (vertebral **kompresyon kırıkları**) da izlenebilir.
- **Klinik özellikler**: Kırık bölgesinde lokalize ağrı, ağrısız şişlik, sistemik (yorgunluk, açıklanamayan kilo kaybı), yaygın kemik ağrısı
- **Röntgen** (altta yatan nedene bağlı): Kemik lezyonları, Kortekslerin incelmeleri, Yaygın **osteopeni**



AÇIK KIRIK

- Açık kırıklar ve patolojik kırıklar, modifiye tanı ve tedavi yaklaşımları gerektiren özel kırık türleridir. Cilt ve yumuşak dokudaki bir açıklık yoluyla dış ortamla doğrudan bağlantısı olan kırıklardır. Genellikle yüksek enerjili travma sonucu oluşur.
- **Klinik özellikler**: Yumuşak doku yaralanmaları (açık yara veya delinme), görülebilir kemik parçaları, görüldüğü derecede yağlı veya yağsız kan kaybı

120

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 134

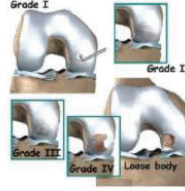
134. Sistemik lupus eritematozus öyküsü olan ve steroid kullanan hastada, diz grafisinde sklerotik ve radyolusent alanlar saptanıyor. Bu hastada en olası tanı hangisidir?

TUSEM®
 TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

KÜÇÜK STAJLAR / ORTOPEDİ

OSTEOKONDRİTİS DİZSEKANS

- Osteokondritis dissekans, subkondral kemik fokal aseptik nekrozudur. Subkondral hipovasküler alana tekrarlayan travma → osteonekroz → nekrotik kemik yetersiz revaskülarizasyonu → ilerleyici subkondral kemik lezyonu → subkondral kemik ve eklem içi kırıntıların ayrılması.
- En sık okul çağındaki çocuklar ve ergenlerde görülür. En sık (%75) **DİZ** eklemi (femur medial kondil) etkilidir. En sık sebepler aşırı kullanım veya travmadır.
- Ağrı ve eklem kilifleşmesi izlenebilir. X-ray en iyi başlangıç tefekkirdir (eklem aralığına giren kopmuş parçalar → eklem fareleri olarak isimlendirilir).
- Fakat MR erken hastalığı tespit etmede daha duyarlıdır. Birinci basamak tedavi fiziksel aktivitenin azaltılmasıdır. Kemik-kıkırdak parçası tamamen yer değiştirmişse cerrahi endikedir → artroskopik ekstremitasyon, açık fleksiyon, transplantasyon. OKD'nin radyolojik tanı olduğunu unutmamak gerekir.



OSTEOGENEZİS İMPERFEKTA (CAM KEMİK HASTALIĞI)

- İskelet deformasyonlarına ve kolayca kırılan kemiklere neden olan osteoblastik aktivitenin, kemik matriks oluşumunun, Tip I kollagen sentezinin, yani osteogenenezin bozulması ile karakterize O.D. genetik bir bozukluk (COL1A1/COL1A2 gen mutasyonları).
- **Tip I (en hafif ve en sık):** Büyüme gecikmesi, iskelet deformasyonları, kırılan kemikler, minimal travma nedeniyle oluşan kırıklar, **mavi skleroz**, kemikçiklerin deformasyonuna bağlı ilerleyici **işitme kaybı**, kırılan dişler (dentin yokluğu), ligamentöz gevşeklik ve eklem hipermobilitesi, incecik deri.

Klinik Bilimler 134. soru
Tusem Küçük Stajlar Konu Kitabı Sayfa 142

OSTEONEKROZLAR (AVASKÜLER NEKROZLAR)

- **Osgood-Schlatter** hastalığı → Tibial tüberositen AVN'si
- **Panner hastalığı** → Humerus başının AVN'si
- **Klenböck hastalığı** → Lunat kemiğin AVN'si
- **Preiser hastalığı** → Skafoidin AVN'si
- **Dietrich hastalığı** → Metakarpal başı AVN'si
- **Thiemann hastalığı** → Falanks AVN'si
- **Legg-Calvé-Perthes** hastalığı → Femur başı AVN'si
- **Ahlback hastalığı** (subkondral yetmezlik kırığı) → Medial femoral kondilin AVN'si
- **Blount hastalığı** → Tibianın proksimal metafizinin medial yüzünün AVN'si
- **Sinding-Larsen-Johansson hastalığı** → Patellanın inferior kutupunun AVN'si
- **Sever hastalığı (kalkaneal apofizit)** → Kalkaneal apofizinin AVN'si
- **Köhler hastalığı** → Navikular kemiğin AVN'si
- **Freiberg hastalığı** → Metatarsal kemiklerin başının (en sık 2. metatars) AVN'si

PES EKİNOVARUS

- 5 farklı deformiteden oluşan kompleksi bir ayak deformitesidir. **Konjenital** (en sık), kazanılmış (nörolojik, travma) olabilir. %50 bilateral.

Arka ayak (kalkaneus ve talus) ile ilgilendirilir:

- **Ekim:** Kısa Ağıl tendonu ayağı plantar fleksiyonda sabitler
- **Varus:** Kalkaneusun supinasyonu

Orta ve ön ayak:

- **Adduktus:** Ayak parmaklarının medial sapması, içe dönmesi (ön ayağın adduksiyonu)
- **Supinatus:** Önayağın ters dönmesi
- **Kavus** (yüksek ark): Ayağın belirgin bir şekilde kavışması (en sık CMT / Charcot-Marie-Tooth hastalığında)

Posterior tibial kas dominantı (esas sorumlu kas), talus boyununun medial sapması, zayıf peroneus kasları, kısa Ağıl tendonu patolojileri bulunabilir. Manuel düzeltme ve alçı (**Ponseti metodu**), ağıl tenotomisi, ayak abduksiyon desteği (Ponseti desteği → relapsların önlenmesi için)

142

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

KÜÇÜK STAJLAR / ÜROLOJİ

TUSEM
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

KROMOFEB HÜCRELİ KARSİNOM

- **İnterkalat hücrelerden** köken alır. **Perinükleer halo**ya sahip soluk **ezinofilik** hücreler vardır.
- **Onkositom** ile karışır. Diğer tiplere göre az görülür ama **çok iyi prognozludur**. **Hipodiploid**i tipiktir.

TOPLAYICI KANAL KANSERİ

- Medulladan ortaya çıkar. Kökü prognozludur. **Medüller kanser orak hücreli anemide** görülür. Sarkomatoid değişiklikler kötü prognoz.
- Böbreklerin toplayıcı sistem tümörlerinin % 90'ından fazlası üroteliyal transizyonel hücreli karsinomlardır. **Skuamoz hücreli karsinomlar** % 5'den azdır ve çoğunlukla **kronik enflamasyon** ve **taş** oluşumu ile birliktedir.

Ailesel Renal Hücreli Kanser Sendromları

	Temel Klinik Bulguları
Van Hippel Lindau	1. Berrak Hücreli RCC 2. MSS hemangiyoablastoma 3. Retinal anjiyoma 4. Feokromositoma
Hereditär papiller RCC (MET mut.)	1. Tip 1 papiller RCC
Ailesel leyomyomatozis (Fumarat Hidrataz)	1. Tip 2 papiller RCC 2. Kutanöz leyomyomatozis 3. Uterusta leyomyomlar
	1. Kromofobik RCC

Klinik Bilimler 135. soru
Tusem Küçük Stajlar Konu Kitabı Sayfa 233

Klinik bulgular;

Klinik Bulgular

Lokal tümör büyümesine bağlı	Metastaza bağlı	Paraneoplastik sendromlar
Hematüri Yan ağrısı Abdominal kitle Parirenal hematom	Uzun süreli öksürük Kemik ağrısı Servikal LAP Ateş, kilo kaybı, yorgunluk	Hiperkalsemi Hipertansiyon Polisitemi Stauffer sendromu

Stauffer sendromu (nonmetastatik hepatik disfonksiyon sendromu): Renal hücreli karsinomun paraneoplastik bir manifestasyonu olup, karaciğer metastazı olmaksızın KCFT'de bozulma ile karakterizedir. Açıklanamayan KCFT yükseldiği (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**, böbrek içinde sınırlı
- T1a..... Tümör ≤ 4 cm, böbrek içinde sınırlı // T1b..... Tümör > 4 cm, ancak ≤ 7 cm, böbrek içinde sınırlı
- T2..... **Tümör > 7 cm**, böbrek içinde sınırlı
- T2a..... Tümör > 7 cm ve ≤ 10 cm böbrek içinde sınırlı // T2b..... Tümör > 10 cm ve böbrek içinde sınırlı
- T3..... **Tümör büyük venlere veya perinefrik dokuya uzanıyor** ama **Gerato fasyasını aşmaz** ve aynı taraflı adrenal beze ulaşmaz
- T3a..... Tümör renal vene veya segmental dallarına uzanır veya perirenal ve/veya renal sinüs yağlı dokusu invaziv; fakat Gerato fasyası ötesine uzanım yok
- T3b..... Tümör **diyafragma altı** vena cava inferior'a uzanır
- T3c..... Tümör **diyafragma üstü** vena cava'ya uzanır veya vena cava duvarına invazivdir
- T4..... Tümör **Gerato fasyasının ötesine** geçmiştir (aynı taraflı adrenal bezin komşuluk yoluyla tutulumu da dahil)

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 136

136. dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun ayırıcı tanısı

İLGİLİ NOTLAR

KÜÇÜK STAJLAR / PSİKİYATRİ

TUSEM
 TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

- Tanı için belirtilerin <12 yaş başlaması, 6 ay sürmesi ve en az iki ortamda (ev, okul) görülüp işlevselliğin bozulması gerekir. Etkilenen çocuklar genellikle akademik başarısızlık, aile üyeleri ve akranlarıyla kişiler arası ilişkilerde sorunlar ve düşük öz saygı yaşarlar.
- Ayrıca tanısında:** Fragile X, Fetal alkol sendromu, OKB, Tourette sendromu, *Tiroid bozuklukları, Ağır metal zehirlenmesi (*kurşun), *Anemi, ilaç yan etkileri (*antihistaminik, astım tedavisi, kortikosteroid, antikonvülan), Madde kullanımı, işitme ve görme defektleri, Lökodistrofiler, Posttravmatik beyin hasarı, Postensefalitik bozukluklar yer alabilir. **Kayıp-metabolizma** bozuklukları da yer almamaktadır.
- DEHB etiyolojisinde en çok üzerinde durulan genler: DRD4, DAT1
- DEHB'de temel olarak beyinde **prefrontostriatal yetmezlik** bulunmakta olup D/NA aktivitesinde düşüklük saptanmıştır.
- Tedavi:** Stimulanlar yaygın kullanılmaktadır (Metilfenidat, Dekstroamfetaminler). Stimulanların yaygın yan etkileri: uykusuzluk, ***azalmış iştah**, gastrointestinal rahatsızlıklar, kaygıda artış, sinirlilik, baş ağrısı, taşikardi.
- Atomoksetin** MSS'de presinaptik norepinefrin taşıyıcısının seçici bir inhibitörü olarak DEHB tedavisinde FDA onayı alan non-stimulan bir ilaçtır. Madde kötüye kullanımı, anksiyete ve tik bozuklukları eş tanımlarının mevcut olduğu durumlarda tercih edilebilmektedir.
- Klonidin**, Guanfasin: alfa-2 nöradrenajik reseptörlerin seçici agonistidir.

TİK BOZUKLUĞU

- DEHB ve OKB eş tanımlar sıklıkla saptanmaktadır.
- Tedavide veziküler amin pompasını inhibe eden **tetrabenazin**, dopamin reseptörlerini bloke eden **haloperidol**, flufenazin, pimozid veya aripiprazol, santral etkili alfa2 agonist **klonidin** ve guanfasin ile klonazepam yararlıdır.

Klinik Bilimler 136. soru

Tusem Küçük Stajlar Konu Kitabı Sayfa 067

(>3 hafta kullanım sonrası), akut opioid yoksunluğuna yol açar. Belirtiler esas olarak, uyanıklık, solunum ve otonom fonksiyonlardan sorumlu olan **ponsun** içinde bulunan **locus coeruleus**'teki nöradrenajik hiperaktiviteden kaynaklanır. Brakidiktan sonra 4-12 saat gibi kısa bir sürede başlayabilir. Belirtiler genellikle 24-48 saat içinde zirveye ulaşır.

- Belirtiler arasında: İlaç isteği, disfori, anksiyete, ajitasyon, huzursuzluk, miyalji, **kas krampları**, **rinore** (burun akıntısı), **lakrimasyon** (gözyaşı), **esneme**, **piloereksiyon**, **karn krampları**, ishal, bulantı, kusma, midriyazis, hiperrefleksi (**grip benzeri** semptomlar).
- Non-opioid ilaçlar:** Klonidin (santral alfa-2 adrenajik agonist), Tizanidin (kas gevşetici), Loperamid (peristaltizmi azaltır), NSAİİ
- Opioid replasmanı:** Metadon (tam mü opioid agonist), Buprenorfin (parsiyel mü agonist)



OPIOİD İNTOKSİKASYONU

- Klinik bulgular:** Öfori, mental depresyon ve peltek konuşma, **miyozis**, azalmış solunum hızı (dakikada <12), hipotansiyon, bradikardi ve hipotermi, azalmış barsak sesleri, *konstipasyon, soğuk ve nemli deri, pruritus (histaminik değişim) Opioid doz aşımı klasik triad: **koma**, **pin-point (iğne ucu) pupil** ve **solunum depresyonu**dur. Tedavi: Nalokson (Kısa etkili opioid antagonist), naltrekson, IV sıvı desteği sağlanır.
- Alkol intoksikasyonu:** Peltek konuşma, mental depresyon, taşikardi ve koma ile karakterizedir, ancak miyozis ve barsak seslerinde azalma beklenmez. Etil alkolü genellikle mevcuttur ve taniya destek olur.
- Benzodiazepin intoksikasyonu:** Ataksi, peltek konuşma ve sedasyona yol açabilir, ancak SSS depresyonu genellikle opioidlerden hafiftir. İzole BZD doz aşımında solunum depresyonu beklenmez ve vital bulgular genellikle normaldir ("vital bulgular normalden koma").
- Hipoglisemi:** Uyuşukluk/letarji, taşikardi, tremor ve diforez olabilir. Miyozis ve azalmış solunum hızı karakteristik değildir.

STİMÜLAN (KOKAİN/AMFETAMİN) YOKSUNLUĞU

- Uyancı yoksunluğu, intoksikasyon fazından sonra ortaya çıkar ve genellikle derin bir disfori, anhedoni ve ağır huzursuzluk ile kendini gösterir; bu da maddeye tekrar yönelim için isteği artırabilir.
- Semptomlar:** **disfori (depresif)** ile birlikte en az ikisini içerir: ağır yorgunluk, insomnia veya **hipersomnia**, çarpıntı ve rahatsız edici yoğun rüyalar, **hipertansiyon** ve psikomotor yavaşlama ya da **ajitasyon** (huzursuzluk, dolaşma). Psikoterapi, ilk tedaviler ve kullanımı azaltmada etkili.
- Opioid yoksunluğu:** Uykusuzluk, sinirlilik, psikomotor ajitasyon ve terlemeye neden olabilir, ancak burada sıklıkla görülen midriyazis, karn krampları, ishal, piloereksiyon, lakrimasyon/rinore ve yaygın kas ağrıları tipik olarak uyancı madde yoksunluğunda görülmez.
- Kannabis (Esrar) yoksunluğu:** Uykusuzluk ve duygudurum değişiklikleriyle kendini gösterebilir; ancak, uyancı yoksunluğundaki hiperfajinin aksine **iştah kaybı** yaygındır ve (akut olmasının aksine) başlangıcı genellikle kademelidir.



67

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 159

159. Son 15 gündür halüsinasyon ve paranoid düşünceler gelişen 15 yaşındaki hastada ayırıcı tanıda öncelikli olmayan hangisidir?

İLGİLİ NOTLAR

Kıymetli arkadaşım;

DSM-V'ten sorulmuş
çocuk psikiyatri
sorusudur.

Küçük staj kitabımız
şıkları tek tek eleterek
doğru cevaba
götürmektedir



KÜÇÜK STAJLAR / PSİKİYATRİ

+ Duygudurumla uyumlu sanrılar genellikle şiddetli depresyon/manide görülür (örn., depresyonda değersizlik sanrsı, manide grandiyöz sanrılar), oysa şizofreni/bazı bozuklukta duygudurumla uyumlu olmayan sanrılar ortaya çıkar.

Klinik Bilimler 159. soru
Tusem Küçük Stajlar Konu Kitabı Sayfa 048

SEKONDER PSİKOZ NEDENLERİ

A) Başka bir tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk

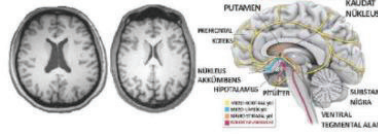
Multifaktöryel (delirium), **Otoimmün** (SLE, anti-NMDA reseptör ensefaliti), **Endokrin** (hipertiroidizm/tirotoksikoz, hiperkortizolizm, Wilson), **Metabolik** (porfirin, B12 eksikliği), **Nörolojik** (Demans, travmatik beyin hasarı (sağ parietal), neoplazm, ensefalit, temporal lob epilepsisi)

B) Madde kullanımına bağlı psikotik bozukluk (Deliryum sırasındakiler DEĞİL)

Psikoaktif etkilere olan keyfi verici maddeler: Alkol, Halüsinojenler (**fensiklidin**), ****Amfetaminler**, Kokain, Kannabis (Marijuana)
Psikoaktif yan etkilere ilağlar: Analjezik (opioid), Sedatif/hipnotik, Kas gevşetici (süklobenzaprin), Antihistaminik (difenhidramin),
 Anti depresan (SSRI), Kardiyovasküler (klonidin), AntiHT (metildopa), Anti korvülzan (levetiracetam), Antiparkinson (dopaminerjik),
 KT ajanı (bloomisin), **kortikosteroid**

NÖROTRANSMİTERLERİN DİSREGÜLASYONU

- Mezo-kortikal (D2 **hipo**-aktivite) D ↓: **negatif**
- Mezo-limbik (D2 **hiper**-aktivite) D ↑: **pozitif**
- ↑ Serotonerjik aktivite
- ↓ Dendritik dallanma
- ↓ Glutamaterjik (NMDA reseptör **hipo**fonksiyon),
- ↓ GABA, ↑ dopamin



Şizofreni tanısında; görüntüleme şart değildir, ancak ****kortikal atrofi** (hipokampus, amigdala, talamus, limbik sistem, temporal ve prefrontal korteks hacim kaybı), **lateral ve 3. ventriküllerde genişleme**, azalmış simetri gösterebilir. Frontal loblarda **hipo- /bazal gangliyonlarda hiper-aktivite**.

KLİNİK BULGULAR

- **Halüsinasyon** (işitil, görsel, somatik): Primer psikoz daha çok **işitil**, sekonder psikoz daha çok **görsel** halüsinasyonla ilişkilendirilir.
- **Sanrı** (*grandyöziye/böyöklük, parakeüsyon/zarar götme, niferans/alınma, somatik pasivite/bedan kontrolü, erotomanik, nihilistik/hiçlik*)
- **Dezorganizasyon** ***düşünme/konuşma** (***Clang çağırışn (kafiye), kelime salatası/enkoheran**, **teşetsel**, **dominant**, **ekolajik**, **neolojizm**, **regresif**)
- **Negatif belirtiler** (daha önce): **"Künt affekt, avolüsyon"** *apatî (işitsiz, alojî (faz konuşma), anhedoni (zavk alamama), "anergî, gerî çekilme*
- **Pozitif belirtiler:** Halüsinasyon (işitil), **sanrı, dezorganizasyon** **düşünce ve konuşma** (Clang, kelime salatası/enkoheran, teşetsel konuşma, neolojî), belirtiler arasında **katalepi** ve **voya** sosyal olarak uygunsuz duygusal tepkiler (uygunsuz gülümseme, çocukluk) bulunabilir.
- **Diğer belirtiler:** Kognitif semptomlar (Dikkatsizlik, **Bellek bozukluğu**, yönetici işlevlerde zayıflama), Duygu durum belirtileri ve anksiyete (**depresyon** (en yaygın), sosyal fobi, özgül fobi), Uyku bozukluktan, azaalım gıda alımı, Sosyal ve/veya mesleki işlev bozukluğu, sosyal geri çekilme izlenir.
- **CAPGRAS sendromu:** Hastalar tanıdığı kişilerin (es, aile üyeleri) yüzlerini başkalarıyla yer değiştirdiğine inanır (Lewy body demansına da izlenir).
- **FREGOLI sendromu:** Hastanın, kendisini tanıyan kişinin sürüklî kılık değiştirerek farklı kimselere büründüğüne dair sanrıları. Hazî kılık değişimleriyle Ünlü İtalyan aktör Leopoldo Fregali.
- **COTARD sendromu:** Kişinin öldüğüne, var olmadığına veya organlarının yokoldüğüne inanması (nihilistik sanrı)
- Şizofreni olan kişilerde, eşik eden sağlıklar durumundan şübhü **uyku sürüsü azalmıştır**. Şizofrenide, kilo alımı, **DİM, metabolik sendrom**, HT, KVS ve akciğer hastalıkları, toplumdan daha sık görülür. Alkol kullanma bozukluğu, depresyon, şizofreni ve **intihar riski** ↑ (%5'i intihara kaybedilir)
- **Laboratuvar değerlendirmesi:** CBC, biyokimya (KÇFT, BFT, TFT), B12, idrarda madde taraması, T1T, HIV serolojî

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 181

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

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

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

Bu hastada aşağıdaki kardiyak patolojilerden hangisinin görülmesi en olasıdır?

Patent duktus arteriyozus

İLGİLİ NOTLAR

KÜÇÜK STAJLAR / GÖĞÜS CERRAHİSİ VE KALP DAMAR CERRAHİSİ

TUSEM®
 TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

- **Ayak-brakiyal indeksi (ABI):** Sistolik ayak kan basıncının sistolik brakiyal kan basıncına oranıdır.
- **İstirahat ABI:** Şüpheli non-okut PAH için 1. basamak tanı testi (intermitan kludikasyon, dinlenme ağrısı veya alt ekstremitelerde iyileşmeyen üşümler veya gangren). Hastadan yaklaşık 10 dk supin pozisyonda dinlenmesini isteyin. Kan basıncı manganlarını ayaklara ve kollara yerleştirin. Doppler cihazı kullanarak nabız 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:** Sınırdaki, **≤ 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 kludikasyon: **Silostazol** (PDE-3 inhibitörü VD. **Yürüme mesafesini artırarak** ilaç), **pentoksifilin**, **HMG-KoA redüktaz inhibitörleri**, ramipril, veya **revaskülarizasyon** (stenoz < 10 cm, oklüzyon < 5 cm veya Aortilak hastalık varsa **endovasküler revaskülarizasyon**, diğer olgularda **cerrahi revaskülarizasyon**)
- **Cerrahi revaskülarizasyon:** uzun segment (> 10 cm) multifokal, Orta femoral arter lezyonları, Saf infrapopliteal, CTO
- **Kritik ekstremité iskemisi tedavisi:** Egzersiz + kardiyovasküler risk faktörü modifikasyonu + revaskülarizasyon
- Kludikasyonda genel olarak aterosklerozun ilerlemesinin engellenmesi için yeni risk faktörleri için ve yürüme mesafesinin artırılması için ilaç tedavileri yapılmaktadır: **Pentoksifilin**, **ramipril**, **HMG-KoA redüktaz inhibitörleri**, **silostazol** ateroskleroz ve risk faktörleri için verilen ilaçlardır.



- **Anterior kompartman tibia,** fibula ve interosseöz membran ile sınırlanır. Ayagın ekstansör kasları, anterior tibial arter, derin peroneal siniri içerir. Kompartman içi basıncın artmasına sekonder anterior tibial kompartman sendromu gelişir.
- Travma (lank, ödem, hematoma), Tümör, Yanık, Yılan sokması, Anjiyoneolitik ödem, *****Reperfüzyon hasarı** (by pass cerrahileri/**Femoro-popliteal by pass**/koroner by-pass), **Tibial arter elastikasyonu**, Antiokügan kullanan hastada vasküler pantiyasyon, IV/IA ilaç kullanımı, dar alçı, Uzamış ekstremité kompresyonu, **Poliitemia vera** ilişkili olabilir.
- **Üvede retikülaris:** *****Kompartman sendromu** nedeni değildir. Üvede retikülaris staz göstergesidir. Deride kızamık balık.

Klinik Bilimler 181. soru
Tusem Küçük Stajlar Konu Kitabı Sayfa 255

AKUT ARTER İSKEMİSİ

- <2 haftalık semptom veya bulgularla ekstremitéye ani arteriyel kan akışının azalması; uzuv canlılığını tehdit eder.
- **Etiyoloji:** Arteriyel **tromboz** (***Ateroskleroz**, travma, stent veya greft trombozu, **anevrizmal tromboz** (en sık **popliteal** arter), vaskülit, trombofil, hiperkoagülopatislerde, aort diseksiyonu, arteriyel VK [sok, sepsis, ilaçlar (norepinefrin)], sol tarafı ilgilendiren kardiyak neden (endokardit, **miksoma**, aort kapak replasmanı)
- **Alt ekstremité** vasküler %80'ini oluşturur ve **arterial trombozdan** kaynaklanır (En sık **yüzeyel femoral arter**).
- Üst ekstremité, genellikle arterial **embolizm** nedeniyle oluşur. Emboli kaynaklıysa, akut başlar ve **AF (en sık)** gibi bir kalp hastalığı vardır.
- Arteriyel **emboli:** Emboli en sık küçük (parmak) veya bifurkasyonlardaki büyük damarları (popliteal) tıkmaktadır.
- **Kalp embolileri** (***Atrial fibrilasyon** (en sık), ***MI**, Enfektif endokardit, **miksoma**, ***mitral stenoz**, **Kolesterol embolisi** (mavi ayak sendromu), **Paradoksal emboli** (Patent foramen ovale aracılığıyla)
- Tıkama bölgesinin distalinde **6P bulgusu** görülür: **Pain** (ağrı), **Pallor** (solukluk), **Pulselessness** (nabızsızlık), **Paralysis** (paraliz) (ileri ense bulgusu), **Paresthesia** (parestezi), **Poikilothermia** (ısı değişikliği). *****Ödem beklenmeyen bulgudur!!!**
- Arteriyel **emboli** ağrısı **ani ve şiddetlidir**, oysa tromboz ağrısı yavaş gelişir ve kludikasyo ile önceden gelebilir
- **En iyi başlangıç testi** (arteriyel ve venöz **Doppler USG**), Doğrulayıcı test (**anjiyografi (DSA, BT, MR)**)
- **Ayak bileği-kol indeksi:** **ABI ≤ 0.9:** periferik arter hastalığı, < 0.4: şiddetli periferik arter hastalığı.

255

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 182

182. Depolarizan etkili nöromusküler blokör hangisidir?

Klinik Bilimler 182. soru
Tusem Küçük Stajlar Konu Kitabı Sayfa 147

KÜÇÜK STAJLAR / ANESTEZİ

TUSEM®
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

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

Çocuklarda ise **solumun yollarını irrite etmemesi** nedeniyle özellikle **SEVOFLURAN** maske ile uygulanır, hipnozun oluşmasını takiben damar yolu açılır ve işleme eşitindeki gibi devam edilir.

İDAME: Anestezinin **operasyon sonuna kadar** olan dönemini kapsar. Sıdıkla hipnoz için inhalasyon yoluyla kullanılan volatil 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 **azot protoksite** 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 karınının üstünde yerleştiğine 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 artırılır), I: E (1: 2) gibi ayarlanır.

İYANIMA ve DEPRİMİME: Cerebrin vasküler girdiride **önce lokalizasyon ajanı azaltılır** (kapalıdır). İyana dönmeye **%100 oksijen** uygulanır ve hipoksi riskini azaltmak için bu uygulamaya ekatübasyon sonrası ilk beş 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 lareksinin yeterli olduğu zaman yatağına gönderilir. Derlenme odasında **Aldate skoruna göre** servise gönderilmesine karar verilir.

- **Hiperkarbi ve hipoksi** gibi durumlarda hastada meydana gelen stres nedeniyle simpatik deşarj meydana gelir. Bunun neticesinde öncelikli olarak genel anestezi altında da olsa hastada taşikardi ve hipertansiyon meydana gelir. Daha sonra sebebe bağlı olarak süreç farklı şekillerde (bradikardi, hipotansiyon) bir klinik duruma dönüşebilir ancak öncelikli meydana gelen strese sekonder simpatik stimulus sonucu taşikardi ve hipertansiyondur.
- Yine aynı şekilde anestezi derinliği azaldığı (yüzeyel anestezi) durumlarda hastada taşikardi ve hipertansiyon şeklinde yanıt meydana gelir. Halbuki anestezinin derin olduğu durumlarda bu şekilde bir stres yanıt ortaya çıkmaz.
- Malign hipertermi ve tiroid **kriz** gibi hipermetabolik olaylarda, hasta genel anestezi altında bile olsa, stres yanıt olarak taşikardi ve hipertansiyon meydana gelir.

3. POSTOPERATİF DÖNEM

Bu dönemde özellikle kardiyak riski yüksek, solunumsal hastalıkları bulunan ve major operasyon geçiren hastaların yoğun bakım ünitesine alınarak vital parametrelerin izlemi yapılabilir.

Uzamış Derleme Nedenleri

• Renal ve hepatik yetersizlik	• Genetik sebepler	• Hipotiroidi	• Hipo-hiperkarbi
• Nörolojik olaylar	• Rezidüel ilaç etkisi	• Hipofosfatemi	• Santral antikoagüler sendrom
• Uzamış cerrahi süresi	• Anestezi süresi ve tipi	• Hiponatremi	• Serebral hipoksi
• İleri yaş	• Nöromusküler blokajın uzaması	• Hipotermi	• Kafa içi kanama ve intraoperatif emboli

AMELİYAT SONRASI ERKEN DÖNEMDE GÖRÜLEN SORUNLAR

SOLUNUMLA İLGİLİ SORUNLAR

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

Hipoksi

- Nedenlerin başında **hipoventilasyon, ventilasyon / perfüzyon uyumsuzluğu ve pulmoner şantların artması** gelmektedir. Şant artıran nedenler arasında ateletazi, PNX, diffüz hava yolu kollapsı, pulmoner ödem sayılabilir.
- **Diffüzyon Hipoksisi:** Oksijen/ Azot protoksite almakta iken hava solunuma başlayan hastada, dokulardan diffüze olup hızla kanı terk eden azot protoksite alveolar oksijeni ve karbondioksiti diüze etmesine bağlı olarak gelişir. Azot protoksite kesilmesinden sonra 1-2 dakika, saf oksijen ventilmesi bunu önleyecektir.

Ateletazi

- En sık rastlanan akciğer komplikasyonu **ateletazidir**. Ameliyat sonrası ağrı, sırt karnı bandajı, bronş sekresyonlarının atılmamasına yol açarak ateletazi oluşturur. Önlemede, PRE-OP (Elektif cerrahi öncesi sigara bırakma (6-8 hafta), nefes ve aerobik egzersizler, KŞİG kontrol edilen astım, semptomatik KOAH ve solunum anesteziyonlarının tedavisi), INTRA-OP (PEEP ile ventilasyon), POST-OP (insentif spirometri (en önemlisi), Ağrı kontrolü, Yeterli mobilizasyon) yararlı olur. **Ateş, takipne ve taşikardi** ve dinlenimde ateletazi alanında solunum seslerinde azalma ve raller saptanır. Postural drenaj yapılır ve ekspektoran, antibiyotik, nemli oksijen verilir.

147

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 ptozis saptanan hastada en olası tanı ve hangi görüntüleme yöntemi tercih edilmelidir?

İLGİLİ NOTLAR

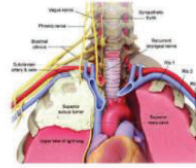
KÜÇÜK STAJLAR / NÖROLOJİ VE NÖROŞİRURJİ

TUSEM
 TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

Horner Sendromu - Genel Bakış

Tip	Anatomik Yol	Tipik Lezyon
Santral	• Hipotalamus (1. sıra oküloempatik nöron) → beyin sapı, servikal ve torasik spinal kord → siliyospinal merkez (C8-T2)	• Beyin sapı innervasyonu (***) WALLBERG/Lateral medüller sendromu (EN SIK) • Servikal spinal kord hasarı (Brown-Séquard sendromu , siringomiyeli) • Beyin tümörleri • Beyin sapı (pontin) kanaması • Demiyelinizan hastalık (MS) • Malformasyonlar (Arnold-Chiari) • Menenjit
Pre-ganglionik	• Siliyospinal merkez (2. sıra oküloempatik nöron) → pulmoner apaks → stellat ganglion → superior servikal ganglion	• Tümörler (stellat ganglionu basan meme / akciğer ca., PANCOAST tm. (EN SIK)) • İyatrojenik (doğum travması, santral venöz kateterizasyon) • Larfanenopati • Arteriyel lezyon/diseksiyon: Aort, subklavyen, common Karotid • Servikal kaburga
Post-ganglionik	• Superior servikal ganglion (3. sıra oküloempatik nöron) → internal karotid arter ve oftalmik sinir → iris dilatör kası	• Internal karotid arter diseksiyonu (EN SIK (boyun/yüz ağrısı + HORNER)) • Küme baş ağrısı • Kavernöz sinüs • Tümör • Herpes zoster enfeksiyonu

• **PANCOAST tümörü:** Brakiyal pleksusun veya bitişik kemik yapılarının invazyonuna bağlı **omuz ağrısı** (en sık). Paravertebral sempatik zincirin veya servikal ganglionun invazyonuna bağlı **Horner sendromu**. Bu, Pancoast tümörü olan hastaların %50'sine kadarında görülür. C8 / T1 sinir köklerinin invazyonuna bağlı ulnar dağılımda kol ağrısı/el zayıflığı (intrinsic el kaslarının zayıflığı). Ağrı baş ve boyuna yayılabilir. Superior vena kavayı (SVK) sıkışmasıyla **SVK sendromuna** ve **rekürren laringeal sinir tutulumu ses kısıklığına** neden olabilir. Superior sulkus tümörlerinden (Pancoast) şüphelenilen hastalar, göğüs görüntülemesi (**göğüs röntgeni**) ve ardından bir lezyon bulunursa evreleme görüntülemesi ile biyopsi yapılmalıdır.



• **INTERNAL KAROTİD ARTER DİSEKSİYONU:** Internal karotid arteri boyunca ilerleyen sempatik liflerin diseksiyonu, **kısmi Horner sendromuna** yol açar (eksternal karotid arteri boyunca ilerleyen ter liflerinin korunması nedeniyle **anhidroz tipik olarak yoktur**). Akut **boyun ağrısı** ile birlikte Horner sendromu bu tanıdan şüphelenilmesine yol açmalıdır. Karotis diseksiyonu olan hastaların %50'si sadece Horner sendromu ile başvurabilir. Karotis arteri diseksiyonu olan hastalarda, arteriyel **intimaldaki hasar**, kanın damar duvarına akmasına, yalancı lümen, anevrizma veya en sık olarak **intramural hematoma** oluşmasına yol açar. Bu, arteriyel tıkanmaya veya tromboembolik olaylara yol açabilir; **serebral iskemide** (inme, TIA) başvuruda görülebilen yaygın bir komplikasyondur. Karotis arteri diseksiyonundan şüpheleniliyorsa, **BT anjiyografi** veya **MR anjiyografi** yapılmalıdır.

• **Çocuklarda Horner sendromu:** Etiyolojisi tipik olarak yetliklerden farklıdır. Bir çocukta Horner sendromunun **en sık nedeni**, C8 ve T1 ve uzanan sempatik lifler boyunca **aşırı traksiyon** nedeniyle **doğum sırasında omuz distozisi** ile ilgili yaralanmadır. Bu duruma sahip bebekler, ipsilateral Horner sendromu ile birlikte **Klümpke paralizisi** (pençe el görünümü) ile başvuracaktır. 2. sık nedeni bir **tümördür**, özellikle de **paraspinal nöroblastomdur**. Nöroblastom, çocukluğun en sık görülen ekstrakraniyal solid tümörüdür ve ortalama yaşı <2 yıldır. Servikal paravertebral sempatik zincirin tümör tutulumu, **ipsilateral Horner sendromuna** yol açabilir. Terleme genç çocuklarda genellikle fark edilmesi zor olsa da, anhidrotik bölgelerde yüzde kızamık olmaması (yani "harlequin" işareti) gözlemlenebilir.

Paratrigenal okülo-empatik sendrom (READER sendromu)

• **Trigeminal sinir oftalmik (V1) dalının** alanda **sabit tek taraflı, sürekli ağrı, il. niyotizis ve miyozis** (parasol Horneri ama X)

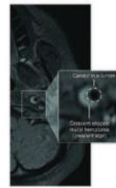
Klinik Bilimler 183. soru
Tusem Küçük Stajlar Konu Kitabı Sayfa 035

SERVİKAL ARTER DİSEKSİYONU (KAROTİD VE VERTEBRAL)

• Boyundaki karotis veya vertebral arterlerin **intima** tabakasının yırtılması sonucu **intramural hematoma** oluşmasıdır. Bu hematoma, kan akışını engelleyebilir veya **tromboembolizme** neden olarak, serebral perfüzyonun bozulması nedeniyle nörolojik defisitlere yol açabilir. Bu diseksiyonlar, iskemik inmenin önemli nedenlerindendir ve gençlerdeki inmelerin %25'ini oluşturur. Durum genellikle travma sonucu meydana gelir.

• Common karotis sağda **brakiyosefalik trunkustan**, solda **aort arkundan** çıkar. C4 vertebra seviyesinde ikiye ayrılır.

• Vertebral arterler, **subklavyen** arterlerden çıkar ve servikal vertebralara (C1 ile C6) transvers foraminallerden yukarı ilerler. Vertebral arterlerin önemli dalları arasında beyin sapını ve omurilikli besleyen **posterior inferior serebellar arter (PICA)** ve anterior spinal arter bulunur.



Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 183

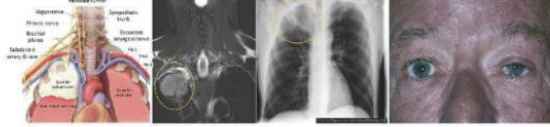
183. Sigara kullanım öyküsü olan hasta öksürük ve kilo kaybı ile başvuruyor. Fizik muayenesinde ptozis saptanan hastada en olası tanı ve hangi görüntüleme yöntemi tercih edilmelidir?

TUSEM

KÜÇÜK STAJLAR / GÖĞÜS CERRAHİSİ VE KALP DAMAR CERRAHİSİ

PANKOAST TÜMÖRÜ (APİKAL AKCİĞER KANSERİ/SÜPERİOR SULKUS TÜMÖRÜ)

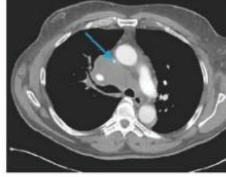
- Tümörün çevredeki yapılara olan kötü etkisine bağlı olarak oluşan semptomlar topluluğu;
- Servikal sempatik ganglion (stellat ganglion): Horner sendromu** (İl miyozis, ptosis, enoftalmus ve anhidroz)
- Brakiyal plexus** (Koltuk altı ve omuzda lokalize ağrı (plexus neuralji), üst ekstremitelerde kaslarda zayıflık ve atrofi), **Rekürren larangeal 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)

VENA KAVA SÜPERİOR SENDROMU (VKSS SENDROMU)

- VKS kompresyonu sağ atriyuma venöz geri akımı engeller, baş, boyun ve üst ekstremitelerde venöz konjesyon olur;
- Ses kısıklığı** (Rekürren larangeal sinir), **dispnö** ve **diyafragmatik elevasyon** (Frenik)
- Perikardiyonda donukluk, **azalmış sesler** (ipsilateral malign effüzyon), Postobstrüktif pnömoni, Disfaji (Özofagus kompresyon)
- >40 yaş aynı bölgede tekrarlayan pnömoni akciğer kanseri şüphesini artırmalıdır.



Akciğer kanserinin en yaygın metastaz yaptığı yerler: Beyin, Karaciğer, Böbrek Üstü Bezi ve Kemiklerdir. Akciğer ca. teşhisi alan hastaların >%50'si, başvuru sırasında metastatikdir.

Paraneoplastik Patolojiler

Klinik Bilimler 183. soru
Tusem Küçük Stajlar Konu Kitabı Sayfa 252

Özellik	Endokrin	Diğer
Spesifik	Maligniteye bağlı hiperkalsemi (SCC ile artan risk), HCG üretimine bağlı linekomasti (büyük hücreli karsinom ve kötü diferansiyasyonlu adenoma), Hipertrofik osteoartropati (Pierre-Marie-Bamberger hastalığı) → El ve ayak parmaklarında şemakleşme (Hippokrat parmak), → Ekstremitelerde ve uzun kemiklerde şişlik ve ağrı. Adenokarsinom (tromboflebit migrans , nonbakteriyel vasküler endokardit)	Cushing sendromu, Uyumsuz ADH (SIADH) Lambert-Eaton sendromu serebellar dejenerasyon Periferik nöropati

- Hedefe yönelik tedavi:** EGFR mutasyonu: **osimertinib** VEYA reseptör monoklonal antikor (setuksimab), **ALK:** alektinib, **ROS1:** kizotinib, **BRAF mutasyonu:** dabrafenib + trametinib
- Kemoterapi:** Yaygın olarak kullanılan ajanlar: **sisplatin** artı ikinci bir ajan (5m, **etoposid**)
- İmmünoterapi:** PD-L1/PD-1 etkileşimini engelleyen: **durvalumab**, **pembrolizumab** ve **atezolizumab**

AKCİĞER KANSERİNDE İNOPERABİLİTE KRİTERLERİ

- Toraks dışı metastaz, Kontralateral hilir lenf nodu metastazı, Karşı akciğer metastazı
- İntrapleural yayılım, İntratorasik T4 tümörü, Ekstrakapsüler yaygın mediastinal LAP (N2-3)
- Malign pleural effüzyon, Vena kava superior sendromu, Rekürren larangeal sinir tutulumu
- Frenik sinir tutulumu (diyafragma paralizisi), Horner sendromu, Pulmoner yetmezlik

+ Akciğer kanserinde lokal invazyonlar da dahil tüm metastazlar inoperabilite kriteri olarak kabul edilir. İstisnası soliter beyin metastazıdır.

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 184

184.hangisinin biliyer atrezide 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 başarıdır.

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...

TUSEM®
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

KÜÇÜK STAJLAR / ÇOCUK CERRAHİSİ

BİLYER ATREZİ

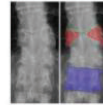
- K>E, 1/10.000, %10-35'inde ek anomali (sitüs inversus, aspleni, polispleni, kardiyak)
- Ekstrahepatik sistemin, en yaygın da ana safra kanalının, tıkanıklığı / devamsızlığı.
- safra akışının engellenmesi (kolestaz) → sekonder biliyer **siroz** ve **portal HT**.
- Uzamış neonatal sarılık** (> 2 hafta), 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 Sinfografi**: İzoleleyicinin başırsağı atılımının başarısız olması
- Taniyi doğrulamak için **"intraoperatif kolanjiyografi"**
- Tedavi: KASAİ prosedürü (hepatopartoenterostomi)**. Safra drenajını sağlamak için KC ve ince bağırsak arasında bağlantı oluşturulur. Postoperatif: Vakaların %50'sinde **kolanjit** ve > %60'ında **portal HT** gelişebilir. **"En geç 8 haftalıkken (ilk 60 günde)"** yapılmalıdır.
- Karaciğer sirozu vakalarında: **KC transplantasyonu** (çocuklarda KC transplantasyonunun 1. nedeni)
- Tespit Edilmezse: Erken biliyer karaciğer sirozu (yaklaşık **9 haftalıkken**). Çocuklar yaşamın ilk 2 yılı içinde ölebilir.

Klinik Bilimler 184. soru
 Tusem Küçük Stajlar Konu Kitabı Sayfa 208

- Tanıda USG ve MRCP faydalıdır. Tip I koledok kistinde tedavide cerrahi ekizyon ve **Roux-en-Y hepato-jejunostomi alın standardtır**. Bu, malignite riskini azaltmak ve tekrarlayan enfeksiyonları önlemek için gereklidir. Tedavi edilmezse kolanjiyokarsinom gelişme riski vardır.
- Tip IV koledok kistleri hem **intrahepatik** hem **ekstrahepatik** safra yollarını tutar.
- Sadece intrahepatik tutulum Todani Tip V (Caroli hastalığı) ile ilgilidir.**

ALAGİLLE SENDROMU

- Intrahepatik 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 kökü), **Konjenital kalp defektleri** (periferik pulmoner stenoza), **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**
- Terle anormal ve yüksek oranda Na, Cl ahtır.** Mukus tıkanıklığı sonucunda **progresif akciğer hastalığı** ve sekonder enfeksiyonlar (Pseudomonas) gelişir. Mukus pankreas kanalları tıkar ve dış salgılar atılamaz. Buna bağlı **asiner hücrelerde atrofi ve pankreasta fibrozis** oluşur.
- Safra tıkanıklığı**, abdominal distansiyon ve mekonyum çıkaramama vardır. Kann palpasyonunda sağ alt kadranda içi dolu lastik kıvamlı bağırsak halkaları vardır.
- Radilyoloji**: direkt karın grafisinde tutulan havanın mekonyum içine girmesine bağlı **buzlu cam manzarası (Neuhauser işareti, sabun köpüğü)**, kalsifikasyon vardır. Kolon grafisinde **kullanılmamış kolon** görünümü.
- Kistik fibrozis tanısında**; ter testi, mekonyum strip testi, Farber testi, triptik aktivite, immünoresaktif tripsinojen tayini, DNA analizi kullanılabilir. Basit mekonyum ileusunun tedavisi **rektal irrigasyonla** yıkamadır.

MEKONYUM TİKAÇ SENDROMU

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

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 184

184.hangisinin biliyer atrezide görülmesi en az olasıdır?

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

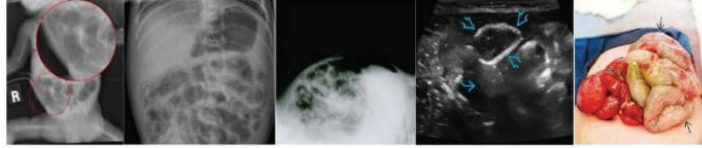
4 doğru şıkkı gösterdiğin gibi yanlış şıkkın da nerde olduğunu bold ve kırmızı göstermişsindir.

KÜÇÜK STAJLAR / ÇOCUK CERRAHİSİ

TUSEM
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

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, Apne, bradikardi, **Evre II kanıtlanmış** (Bağırsak seslerinin olmaması, Karın hassasiyeti, **Karın duvarında selülit**), **Evre III şiddetli** (Yaygın peritonit, Belirgin karın hassasiyeti ve/veya distansiyon, Kardiyorespiratuar instabilite).
- **Karın duvarında eritem ve mavi lezyonlar** barsakta ciddi iske mi ve nekrozda ilerlemeye işaret edebilir.
- **Karın röntgeni: Pnömatosis intestinalis** (bağırsak duvarında gaz varlığının **patognomonik** bulgusu), **Portal 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 (DİK belirtileri), Kan gazı (metabolik asidoz),
- **Komplikasyonlar:** Akut (Perforasyon, Peritonit, Sepsis), **Kronik** (Kısa bağırsak sendromu, intestinal darlık ve fistül)
- **Tedavi:** Oral beslemenin kesilmesi, Cerrahi (Nekrotik segmentin çıkarılması), Sepsis için antibiyotik (Ampisilin+Gentamisin)



Klinik Bilimler 184. soru
Tusem Küçük Stajlar Konu Kitabı Sayfa 211

- Bağırsağın proksimal kısmının distal kısmına ilerlemesidir. Bu ilerleme mekanik obstrüksiyona ve iske miye yol açar.
- <2 yaş barsak tıkanmasının en sık nedeni ve en sık **acil cerrahi** nedenidir. En sık **İLEO-KOLİK / ÇEKALİ**, Enterointerik (ileoileal, jejunojenual, jejunosileal), **Kolokolik** (kolosigmoidal, apendikoçekal (nadir)) olabilir.
- **Çocuklar** (%95): En sık grup. Genellikle 3 ay - 5 yaş. (Peak: **4-18 ay**). >2 yaş insidans azalır. E>K. %90 **idiyopatik** Bilinen nedenlerde en sık **Medal divertikülü**, polip, hematomi, 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 hist hastalığa (adenovirüs) veya açılmaya (rotavirüs) bağlı büyümüş Peyer plaklarının öncü nokta olması
- **Klinik:** Sırtık **kolik** karın ağrısı (arı çığlık veya ağlama nöbetleri, **dizler göğüze çekilir**), kusma (**başta safrası, sonra safralı**), batin hassas, sağ üst kadranda palpabl **sols/sucuk** şeklinde kitle, mukusu **açık pembe** renkli (**ÇİLEK JÖLESİ**) dışkı, letarji, yok mental değişiklik, **Dans işareti** (Sağ alt kadrada belirgin gukurlama, boşluk, Anormal bağırsak sesleri, (Klasik ağrı, palpabl kitle ve kanlı dışkı <%15'te (+))
- **USG'de hedef işareti, donut, şükûz gözü** (transvers), **yalancı böbrek** işareti (longitudinal) izlenebilir. Tanısal belirsizlik/redüksiyon planında USG/floreskopi kullanılarak **kontrast madde/pnömatik lavman** (en iyi) yapılır. Kolon grafisinde **kadeh görünümü** vardır.



- **ADBG:** ilk değerlendirmede olarak önerilmez çünkü tanısal doğruluğu düşüktür: **Bahn BT**; yetişkinlerde önerilir.
- **Konservatif tedavi:** NG dekompresyon, IV sıvı replasmanı, US veya floreskopi rehberliğinde **hava enema**
- **Cerrahi:** Konservatif tedavi başarısız olduğunda acil cerrahi uygulanmalıdır.
- Çocukta cerrahi gerektirecek obstrüksiyona en sık neden olan enfeksiyöz neden **askariyozis**dir.

211

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 midriyazis geliştiği ve ağrılı uyarıyı 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?

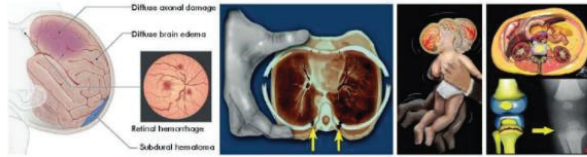
Akut epidural hematom

İLGİLİ NOTLAR

TUSEM
 TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

KÜÇÜK STAJLAR / NÖROLOJİ VE NÖROŞİRURJİ

SARSILMIŞ BEBEK SENDROMU



Klinik Bilimler 185. soru
Tusem Küçük Stajlar Konu Kitabı Sayfa 042

İNTRAKRANYAL EKSTRAAKSİYEL KANAMALAR (EPIDURAL, SUBDURAL)

İNTRAKRANYAL HEMATOMLAR

İntrakranyal Hematomlar		
EPI-DURAL (%5-10 mortal)	Akut SUB-DURAL (%50 ile en mortal)	Kronik SUB-DURAL (%10 mortal)
- Kafatası kırığı (>%90), PTERİYON - Arteria Meningea Media (A.M.M)/temporal - Kafatası ile dura arası - Daha genç (20-30 yaş) - MTK > düşme > soldır - Çocuklarda düşme >	- Akselerasyon-deselerasyon - Kortikal köprü veni - Dura ile araknoid arası - Daha yaşlı (40-60 yaş) - MTK (köt travma) > düşme > soldır - Yaşlı erişkinlerde düşme > - Sarsılmış bebek sendromunda izlenebilir	- Akut SDH → kan rezorbe edildi - Kortikal köprü veni - Yaşlılarda ve infantta daha sık (alkol, epilepsi, hiponatremi, sarsılmış bebek) - Bein atrofi, ileri yaş, alkol, Alzheimer, HIV ve vasküler demans, kronik DM risk faktörü - Trauma minör olabilir - Dura mater'den neomembran gelişir
- Arteriyel = hızlı (dakikalar-saatler) - uzad interval (%50) (gür kısa süre açık) - KB'da hızlı ↑ hemiasyon (en sık subfalein) - Transientoryal (3. CN felci, KL hemiparezi)	- Voniz = yavaş (akut 1-2/ subakut 3-14 gün) - Mental değişiklik (konfüzyon, ↑ somnolans) - Fokal defisit, nöbet, KL hemiparezi ve ÜMN - İL hemiparezi (Kernohan/yanlış lokalizasyon)	- Sinai (haftalar-aylar), kademeli - Konfüzyon, deliryum, somnolans, ataksi, hafıza bozukluğu, demans, tekrarlayan baş ağrıları, KL hemiparezi (en sık), inkontinans
- Bikonveks/lens-lentiform/limon - HİPER-dens = akut kanama (dış bükü) - Süür hatlarını GEÇMEZ, orta hattı geçer	- Bikonkav/Hilal, muz/kresant - HİPER-dens = akut kanama (iç bükü) - Süür hatlarını GEÇER, orta hattı GEÇMEZ (falka ile sınırlıdır)	- Hilal çeldi - HİPO-dens = kan rezorbe olmuş - Süür hatlarını GEÇER, orta hattı geçebilir
Nöroşirürji girişim endikasyonları: Hematom boyutu ≥ 10 mm // Orta hat kayması ≥ 5 mm // herniasyon belirtileri (anizokori, eklatansöz postür) // GKS skorunda ≥ 2 puan düşüş // tek veya çift fokal dilate pupil // ICP > 20 mm Hg durumunda acil kraniotomi veya burr hole		

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 hematoma olan hastanın
acil servisteki izlemi sırasında giderek bilincinin kapandığı, sol pupilde midriazis 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

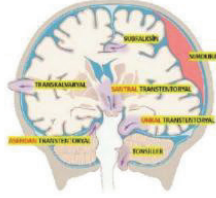
KÜÇÜK STAJLAR / NÖROLOJİ VE NÖROŞİRURJİ

TUSEM
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

- **Subdural higromalar;** kronik SDH'lerden gelişir, bu nedenle bunlar da hilal şeklindedir ve hipodensdir. Subdural alanda BOS binkimidir. Kafa travması sonrası araknoid membranda yırtılma sonucu oluştuğu düşünülmektedir. BT taramasında kronik SDH'den ayırt edilmesi zordur.

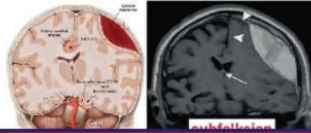
HERNİASYON SENDROMLARI

- **Falx cerebri,** serebral hemisferleri ayıran dikey orta hat dura kıvrımı/
Tentorium cerebelli, serebrumu serebellumdan ayıran yatay dura kıvrımı
- **SUBFALKSİN: Singulat girusun** (korpus kallazumun hemen üzerindeki serebral korteksin medial girusu) falx cerebri altında herniasyonu.
- **UNKAL: Medial temporal lobun** (unkus) tentorial çentikten herniasyonu, bu durum **okülomotor siniri (CN III)** ve beyin sapını sıkıştırabilir.
- **SANTRAL: Diensefalonun** (talamik ve hipotalamik) tentorial çentikten aşağı doğru yer değiştirmesi, bu durum orta beyin ve ponsu sıkıştırabilir.
- **TONSİLLER: Serebellar** tonsillerin foramen magnumdan herniasyonu ve beyin sapı kompresyonuna neden olması.
- İKB artığında, çeşitli semptomlarla kendini gösterebilir. Klasik belirtiler baş ağrısı, kusma ve mental durum değişikliğidir. **Baş ağrısı** genellikle artmış İKB'nin **en erken** belirtisidir. Bulanık görme ve fizik muayenede paplödem olabilir; ancak paplödem orta ya çıkması günler sürebilir.
- Şiddetli artmış İKB'li olan hastalar **bradikardi, HT ve solunum depresyonu** kombinasyonu olan **Cushing triadı** ile tanımlanmıştır. Bu triad tipik olarak yaklaşan herniasyonun bir işaretidir.



SUBFALKSİYAN HERNİASYON (SİNGULER) (RADYOLOJİK EN SIK)

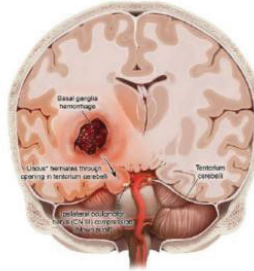
- **Singulat gyrus** karşıya geçer. **Anterior Cerebral Arter** (bACA) bası altında kalma **KL bacaklarda güçsüzlük ve inkontinans** gelişebilir.
- Genellikle tümör veya **epidural hematoma** gibi tek taraflı frontal, parietal veya temporal lob lezyonundan kaynaklanır.
- Beyin sapı ve ilgili kranial sinirler, diğer herniasyon sendromlarında olduğu gibi sıkılmaz. Bu nedenle, subfalksin herniasyon pupiller tutulmaya (3. CN kompresyonu), düzensiz



Klinik Bilimler 185. soru
Tusem Küçük Stajlar Konu Kitabı Sayfa 043

LATERAL DESENDAN TRANSTENTORİYEL (UNKAL) HERNİASYON (EN SEMPTOMATİK)

- Unkal herniasyon, **medial temporal lob (unkus)** artan basınç nedeniyle tentorium cerebelli altında yer değiştirdiğinde meydana gelir. Bu genellikle **temporal lobdaki kitleden veya yakındaki bazal ganglionlardaki kanamadan** kaynaklanan kitleden kaynaklanır. Aşağıdaki yapıları sıkıştırabilir:
- **İpsilateral 3. CN.** CN III'ün diğer liflerinin sıkışması İL fila, dilate pupile neden olabilir. Sinir daha fazla sıkılırsa, okülomotor kasların paralizisi daha sonra meydana gelir ve **İL pitöz** ve **aşağı-dışa** yer değiştirmeye yol açar. **3. CN basısı** → **İL midriazis**
- **İpsilateral posterior serebral arter (PSA):** Kompresyon, **maküler koruma ile kontralateral homonim hemianopsiye** neden olabilir.
- **Orta beyin İL serebral pedinkülü:** Bu yapının tentoriuma karşı sıkışması, inen kortikospinal yolları zarar verebilir ve **KL hemiparaziye** neden olabilir.
- **KL serebral pedinkül:** Köstüleşen herniasyon orta beyin KL tarafı ittiğinde, KL serebral pedinkül de tentoriuma karşı sıkışabilir ve İL hemiparaziye neden olabilir. İL hemiparazi, **Kernohan fenomeni** olarak bilinen yanlış lokalize edici bir işaretir; beyin lezyonlarında sıklıkla görülen aksine, beyin lezyonuyla aynı tarafta nörolojik bir defisittir. **İL piramidal bası** → **KL hemiparazi** // **KL piramidal irritasyon ile İL hemiparazi (Kernohan fenomeni)**
- Orta beyin ve üst ponsa **çizgisel kanamalar "DURET kanamaları"**



43

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 187

187.En sık görülen malign melanom alt tipi

Yüzeyel yayılan

İLGİLİ NOTLAR

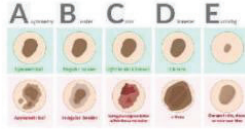
TUSEM
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

KÜÇÜK STAJLAR / DERMATOLOJİ

- Malign melanom prognozunda en önemli faktörler tümörün kalınlığı (> 1,5 mm ise kötü) ve vertikal yayılım derecesidir.
- Ülserasyon (kötü). Tümörü infiltrate eden lenfositlerin sayısı ne kadar fazlaysa prognoz o kadar iyidir. Regresyon (kötü), Erkek (kötü), Gövde (kötü) prognoza ilişkilidir. (Üveal melanomda lenfositik infiltrasyon, horizontal yayılım, epitelioid hücre, monozomi 3 kötü, silier-koroid kötü)
- CLARK: *1 (epidermis), *2 (papiller dermis), 3 (papiller-retiküler), 4 (retiküler), 5 (subkutan)**

ABCDE kriterleri: TAM KAT EKSİZYONEL BİYOPSİ İLE BRESLOW KALINLIĞI

A: **Asimetri**
B: **İrregüler borders (düzensiz sınırlar)**
C: **Color variegation (aynı lezyon içinde farklı pigmentasyon)**
D: **Diameter > 6 mm**
E: **Evolving over time (zamanlar boyut, şekil, renkte değişim)**



SÜPERFİSYAL melanom: EN SIK tip (% 70). *İYİ prognoz (geniş radyal büyüme). K. alt elastin, E. sırt üst taraf

NODÜLER melanom: 2. SIK tip (%30). EN KÖTÜ prognoz (hızlı vertikal büyüme, radyal fazı yoktur). En sık gövdede. Renksiz amelanotik olabilir.

LENTİGO MALİGNA (lentigo malign melanom): EN İYİ prognozlu tip. İN SITU (pre-malign). Yaşlıda sık el ve yüzde. Nevüs ilişkisi minimalki.

AKRAL LENTİGINÖZ melanom: Koyu tenli insanlarda el içi, ayak tabanında, güneş ilişkisi ve kötü. Afrikan Amerikan ve Asyalılarda en sık tip.

DESMOPLASTİK melanom: Yaşlı, lokal agresif, Erkek, güneş gören bölgelerde

MUKOZAL melanom: Konjunktiva, intranasal, sinüs, GÜS (%45) mukozasından kaynaklanır. GÜS melanomu %90 kadındır ve kötüdür.

ÜVEAL melanom: Genel olarak nadir görülmekte birlikte, en sık görülen primer intraoküler malignitedir.

AMELANOTİK melanom: Lezyondaki melanositler çok az veya hiç pigment üretmez, renk deri renginden parlak pembe veya kırmızıya kadar değişir.

MAVİ (Blue) Nevus: Malign Melanom ile karışır. Selüler alt tipinden melanom gelişebilir. Yuvalanma göstermeyen, derinde ve fibrozis ile bir arada pigment hücrelerden oluşur.

SPITZ (İğai ve epitelioid hücreli) Nevus: Çocuklukta sık. Klinikte hemanjyomla, histolojik olarak malign melanomla karışabilir.

HALO Nevus: Çocuklukta sık. Sıklıkla etrafı bir depigmentasyon halkasıyla çevrili. Etrafında lenfosit infiltrasyonu. Nadiren vitiligo ile ilişkilidir.



Klinik Bilimler 187. soru
Tusem Küçük Stajlar Konu Kitabı Sayfa 094

- Yama/plak evresinde serebriform nükleuslu T lenfositler; PAUTRIER mikrobazelleri görülür. CD4 (+), CCR4(+), CCR10(+)
- Ekstranodal lenfomalar, GİS'den sonra en sık deride. Şiddetli kaşıntı, alopesi, palmoplantar hiperkeratoz ve bakteriyel süperenfeksiyonlar.
- Büyük plak tipi parapsöriazis**, mikozis fungoidese dönüşme potansiyeli yönünden önemlidir.

XERODERMA PIGMENTOZUM:

Kusurlu DNA nükleotid elaksiyon **onirani** mekanizmalarından kaynaklanan nadir görülen kalıtsal (O.R) bir hastalıktır. UV radyasyonuna maruz kalma sonucu cilt ve göz hasarı (güneş yanığı, premalign ve malign cilt lezyonları, göz kuruluğu, fotofobi ve keratit) açısından yüksek risk altındadır. Solar lentigolar, kserozis ve poikiloderma gelişebilir. Kayıtsız (bilgisiz) bozukluk. Serebrinöral içtimme kaybı, Ataksi, Spastisite, Azalmış derin tendon refleksleri saptanabilir. Başlıca lezyonlar eritem, vezikül, bül, hiperpigmentasyon, atrofi, telenjektaziler, ventriköz ve papillomatöz lezyonlardır. Altı göz kapagında ekтроpiyon görülebilir. Pötöti ise beklenmez. BCC, SCC, melanom, akciğer kanseri riski artmıştır. Prenatal amniyosentez / koryon villus örnekleme ile tanı konabilir.



DERİ EKLERİNİN TÜMÖRLERİ

- Lezyonlar genellikle benignidir ancak bazen Cowden sendromundaki gibi iç organ malignitelerine eşlik edebilirler.
- COWDEN sendromu:** PTEN geni bozuktur. Trichilemmomalarla birlikte meme, endometrium, tiroid kanseri ve iç organ maligniteleri eşlik eder.

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 188

188. Kırk yedi yaşındaki kadın hastada ani idrar yapma hissi, sık idrara çıkma ve kafeinle artan şikâyetler olup, enfeksiyon veya başka organik neden şüphelenmemektedir. Bu hastada en olası tanı ve ilk basamak medikal tedavi aşağıdakilerden hangisidir?

İLGİLİ NOTLAR

TUSEM®
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

FARMAKOLOJİ / OTONOM SİNİR SİSTEMİ FARMAKOLOJİSİ

GLİKOPİRONYUM (GLİKOPİROLAT)

Kuvaterner amin yapısında, hidrofilik ve beyne geçmeyen antimuskarinik ilaçtır. KOAH profilaksisinde inhalasyon,

Klinik Bilimler 188. soru
Tusem Farmakoloji Konu Kitabı Sayfa 034

OKSİBUTİNİN / DARİFENASİN / SOLİFENASİN / TROSPİUM / PROPANTELİN / TOLTERODİN / FLAVOKSAT

Muskarinik-3 reseptörü en fazla olmak üzere muskarinik reseptörleri bloke ederek idrar çıkışı azaltılır. **Aşırı aktif mesane**, idrar inkontinansı ve enurezis nokturna tedavisinde kullanılırlar. **Trospium ve propanTELİN** hidrofilik olup santral sinir sistemine geçmez; bu ilaçlar **demanslı hastalarda** aşırı aktif mesanede tercih edilirler.

HYOZİN N-BUTİLBROMÜR

Kuvaterner amin yapısında, hidrofilik beyne geçmeyen antimuskarinik ilaçtır. Gastrointestinal ve üriner spazm tedavisinde yararlıdır.

BENZTROPİN / BİPERİDİN / TRİHEKSİFENİDİL

Santral etkili antimuskarinik (antikolinerjik) ilaçlardır. Periferde ve beyinde muskarinik reseptörleri bloke ederler. Parkinson hastalığında görülen **tremor ve hipersalivasyon** ile ilaçlara bağlı Parkinson'da öncelikle tercih edilirler. İlaçlara bağlı Parkinson hastalığında antimuskarinik etkisi olan **amantadin** de kullanılabilir.

Santral yan tesiri **yüksek** olan antimuskarinik ilaçlardır. Ağız kuruluğu, sıcak-kuru deri, hipertermi, midriyazis, siklopleji, işeme zorluğu, halüsinasyon ve konvülsiyon gibi **atropin benzeri yan tesirlere** neden olurlar. Halüsinojen olarak kötüye kullanılabilirler.

Antimuskarinik İlaçların Beyne Geçişİ

Beyne Geçmeyenler	Beyne Geçenler
• İpratropium ve tiotropium	• Atropin
• Glikopirolat	• Skopolamin
• PropanTELİN	• Benztropin
• Trospium	• Biperiden
• Mepenzolat	• Oksibutinin
• Hyosin-N-butilbromür	• Darifenasin

Antimuskarinik İlaçların Kullanımı

Endikasyonları	Antimuskarinik İlaç
• Sinüs bradikardisi	• Atropin
• AV blok	• Atropin
• Akut miyokart enfarküsü	• Atropin
• Kolinerjik ilaç zehirlenmesi	• Atropin
• Organofosfat zehirlenmesi	• Atropin
• Savaş gazı zehirlenmesi	• Atropin
• Hızlı başlangıçlı mantar zehirlenmesi	• Atropin
• Diyare	• Atropin
• Preanestezik medikasyon	• Atropin ve glikopirolat
• Astım ve KOAH	• İpratropium ve tiotropium
• Taşıt tutması	• Skopolamin
• Retina muayenesi	• Tropikamid, siklopentolat ve homatropin
• Parkinson hastalığı	• Benztropin, biperiden ve triheksifenidil
• Aşırı aktif mesane	• Oksibutinin, darifenasin, trospium ve propanTELİN
• Gastrointestinal ve üriner spazm	• Hyosin N-butilbromür
• Hiperhidrozis	• Glikopirolat ve sofpironyum

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 188

188. Kırk yedi yaşındaki kadın hastada ani idrar yapma hissi, sık idrara çıkma ve kafeinle artan şikâyetler olup, enfeksiyon veya başka organik neden saptanmamaktadır. Bu hastada en olası tanı ve ilk basamak medikal tedavi aşağıdakilerden hangisidir?

DAHİLİYE / GERİATRİ

TUSEM®
 T.I.P.T.A. UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

Geçici-Düzeltililebilir Üriner İnkontinans Nedenleri

D	Delirium – Deliryum
I	Infection – Enfeksiyon (üriner)
A	Atrophic – Atrifik vajinit/üretit
P	Pharmacological – İlaçlar
P	Psychological – Psikolojik (özellikle depresyon)

Klinik Bilimler 188. soru
Tusem Dahiliye Konu Kitabı+2026
Sayfa 413

INKONTİNANS TİPLERİ

- **Urge (sıkışma – yetişememe) inkontinans**
 - Yaşlılarda üriner inkontinansın en sık görülen tipidir.
 - Detrüsör hiperaktivitesi/aşırı aktif mesane nedeni ile oluşmaktadır. (Detrüsör istemsiz olarak kasılır)
 - Hastalarda sık idrara çıkma, ani sıkışma hissi (urgency), genellikle yüksek volümlü idrar kaçırma ve gece uykudan uyandıran noktürü görülür.
- **Sires inkontinans**
 - Östrojen eksikliği, multiparite, travmatik doğumlar veya geçirilmiş ürolojik operasyon nedeni ile pelvik taban kasları, mesane tabanı veya sfinkter tonusunda azalma sonucu gelişir.
 - Karın içi basıncını artıran nedenlerle (gölme, öksürme, hapsirme vs.) idrar kaçırma tetiklenir.
- **Taşma (overflow) inkontinans**
 - Ürolojik nedenlere bağlı çıkış yolu obstrüksiyonu (BPH vb) ya da nörolojik nedenlere bağlı detrüsör kasılmasında yetersizlik (diyabetik nöropati vb) sonucunda mesane yeteri kadar boşalamaz.
 - İşemeyi başlatmada gecikme, idrar yaptıktan sonra damlama, kesik kesik idrar yapma, işeme gücünde azalma şikâyetleri ön plandadır.
 - Diğer inkontinans nedenlerinden farklı olarak işeme sonrası **rezidüel volüm artmıştır**.
- **Fonksiyonel inkontinans**
 - Alt üriner sistem fonksiyonel ve yapısal olarak normaldir.
 - Ancak hastanın huvalet erişimini engelleyen; fiziksel ve çevresel faktörler, ortopedik sorunlar, kognitif fonksiyon değişikliği (demens, deliryum vs.) vb durumlarda görülmektedir.

3 IQ (3 Incontinence Questions) - Üç Soru Testi

- Son 3 ayda az miktarda bile olsa hiç idrar kaçırdınız mı?
- Öksürme, hapsirme, ağır kaldırma veya eğilip kalkma ile ilişkisi var mı?
- Sıkışma hissi ile birlikte tuvalete yetişebiliyor musunuz?

Üi Değerlendirilmesinde Öncelikle Yapılması Gerekenler

- Öykü ve fizik muayene
- Metabolik durumun tespiti (glukoz, kalsiyum vb.)
- İdrar tetkiki ve idrar kültürü
- İşeme günlüğü oluşturulması
- Post-voidal rezidü idrar tayini
- Prostat incelemesi
- Eşlik eden hastalıkların sorgulanması
- Kullandığı ilaçların sorgulanması

Ürodinamik Çalışma

Alt üriner sistem fonksiyonu ile ilgili objektif ve dinamik bilgiler verir. Üriner inkontinans tanısında altın standarttır.

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 188

188. Kırk yedi yaşındaki kadın hastada ani idrar yapma hissi, sık idrara çıkma ve kafeinle artan şikâyetler olup, enfeksiyon veya başka organik neden şüphelenmemektedir. Bu hastada en olası tanı ve ilk basamak medikal tedavi aşağıdakilerden hangisidir?

TUSEM®
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

DAHİLİYE / GERİATRİ

Klinik Bilimler 188. soru
Tusem Dahiliye Konu Kitabı+2026
Sayfa 414

- **Pelvik taban egzersizleri (Kegel egzersizleri):** Özellikle stress inkontinans yönetiminde kullanılır
- **Farmakolojik tedavi**
 - **Urge inkontinans tedavisi:** Detrüsörün kasılması inhibe eden **antikolinerjik (antimuskarinik)** ilaçlar ilk tercihtir. Oksibutinin, darifenasin, solifenasin vb
 - Tanı etkileri nedeniyle antikolinerjik ilaçları tolerans edemeyen hastalara **mirabegron** (beta 3 reseptör agonisti) verilebilir. En önemli yan etkisi **HT**'dir.
 - **Stres inkontinans tedavisi:** Sfinkter tonusunun artırılması için alfa1 agonistler (imipramin, efedrin vb) kullanılabilir. Aynı amaçla duloksetin de kullanılabilir.
 - **Taşma (overflow) inkontinans tedavisi:** Üretral obstrüksiyonda, α -adrenajik antagonist (tamsulosin vb.) ve 5- α redüktaz inhibitörü (finasterid vb) kullanılabilir. Atonik mesanede, kolinerjik agonist (betanekol vb) kullanılabilir.
- **Cerrahi tedavi**
 - Urge inkontinans tedavisinde cerrahinin yeri kısıtlıdır.
 - Stres inkontinansın esas tedavisi ise cerrahidir. Amaç üretravezikal bileşkenin elevasyonu ile mesane boynunun desteklenmesidir.
 - Taşma (overflow) inkontinansla özellikle BPH gibi üretral obstrüksiyon varlığında transüretral prostat rezeksiyonu (TUR-P) yapılabilir.

DÜŞME

- Düşme yaşı bireylerde yaralanmaya bağlı hastaneye yatışların başlıca nedenidir.
- Düşme riskini artıran bazı faktörler
 - İleri yaş
 - Medikal faktörler (inme, depresyon, kognitif bozukluklar, parkinson, üriner inkontinans vb)
 - Vitamin D yetersizliği
 - İlaçlar (Polifarmasi, hiposensitizasyon, antihipertansif vb)
 - Sensorimotor sistemdeki bozulmalar
 - Kardiyovasküler hastalıklar (aritmî, kapak hastalıkları vb)
 - Ortostatik hipotansiyon, Senkop
 - Görme ve/veya vestibüler bozukluklar
 - Uygun olmayan ayakkabı ve yaşam alanları
- Düşmeden korunma için; altta yatan neden düzeltilmeli, egzersiz önerilmeli ve vitamin D replasmanı yapılmalıdır.

ORTOSTATİK HİPOTANSİYON

- Hasta sırtüstü yatar pozisyondan oturur pozisyona geçtikten veya ayağa kalktıktan sonra sistolik kan basıncında en az 20 mmHg veya diyastolik kan basıncında en az 10 mmHg'lık bir düşüş olarak tanımlanır.
- En önemli risk faktörleri
 - İleri yaş
 - Hipertansiyon (baroreseptör duyarlılığında azalma)
 - İlaçlar (diüretikler, vazodilatörler, antihipertansifler, antiaritmikler, psikiyatrik ilaçlar vb)
 - Otonomik yetmezlik sendromları
- Ortostatik hipotansiyonu provake eden faktörler
 - Ayakta uzun süre hareketsiz durmak
 - Uzun süre uzanmak
 - Aşırı yemek
 - Sıcak hava, sıcak duş
 - Dişçilik veya kusma sırasında ıkınmak
 - İzometrik egzersiz
 - Hiperventilasyon
 - Dehidratasyon
- Ortostatik hipotansiyon tedavisinde kullanılan ilaçlar; Kafein, Fludrokortizon, Midodrin

414

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 188

188. Kırk yedi yaşındaki kadın hastada ani idrar yapma hissi, sık idrara çıkma ve kafeinle artan şikâyetler olup, enfeksiyon veya başka organik neden şaplanmamaktadır.
Bu hastada en olası tanı ve ilk basamak medikal tedavi aşağıdakilerden hangisidir?

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ / JİNEKOLOJİ

TUSEM®
 TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

ISD tedavisi

Kegel egzersizleri (pelvik taban kas egzersiz)
Hacim artırıcı (Bulky) üretral ajan enjeksiyonları
Pubovajinal sling
Mid üretral sling prosedürleri (TVT)
Artifişiyel (yapay) sfinkter

• İğne suspansiyon ya da vajinal prolapsus endikasyonlu lateral vajen duvarının ATPF' e asıldığı paravajinal defekt tamiri modelleri artık SUI'da önerilmiyor

Klinik Bilimler 188. soru
Tusem Kadın Doğum Konu
Kitabı+2026 Sayfa 059

URGE İNKONTİNANS (AŞIRI AKTİF MESANE=AAM)

- Urge inkontinans, ani idrara sıkışma hissi sonrası lavaboya yetişememe şeklinde tariflenen inkontinanstır. İstemsiz detrusor kontraksiyonuna (detrüsör instabilitesi) sekonder gelişir. Nörolojik kökenli olursa (MS vb) detrüsör hiperrefleksi denir.
- Ancak bu tanı için mutlaka **ürodinamik** çalışma (**sistometri**) gerekir.
- Her ne kadar stres inkontinans kadınlarda en sık görülen idrar kaçırma tipiye de, **urge** inkontinans **yaşlı** kadınlarda daha sık görülmektedir.

TEDAVİ

- **Antikolinerjik:** Oksibutinin (uzamış etkili, transdermal ve jel), tolterodin, fesoterodin, darifenasin, solifenasin (M3), tropisium (SSS geçmez (en hızlı geçen oksibutinin); - metabolize edilmez). En sık yan etkileri ağız kuruluğudur.

Beta-2 reseptör-agonistler olarak mirabegron da kullanılabılır. Ağrı bulantı, kabızlık ve göme becerilmezliği yapmaz. En sık GIS (nozofarenjit, dispepsi, bulantı) yan etkisi vardır.

Kognitif-bilişsel fonksiyon bozukluğu olan UUL'da mirabegron tercih edilmelidir.

- **Trisiklik antidepresan: İmipramin: alfa agonist, antikolinerjik (M1), ADH artırıcı**
- **Prapiverin:** anti-muskaridik, kalsiyum antagonistik etkili.
- **Flavoksat:** Fosfodiesteraz inhibitörünü ve kalsiyum kanal antagonizması. Spazmatiktir.
- **Alternatif**
 - Onabotulinumtoksin A: en sık yan etki idrar retansiyonu.
 - Perkütan tibial sinir stimülasyon (PTNS)
 - Sakral nöromodülasyon

MIKST İNKONTİNANS

- İsimden de anlaşılacağı gibi mikst inkontinansı olan kadınlarda stres ve urge inkontinans semptomları birlikte görülmektedir. Baskın inkontinans tipine göre öncelikli tedavi düşünür.

TAŞMA (OVERFLOW) İNKONTİNANS

- Detrusor kontraksiyonu olmaksızın aşırı dolmuş mesaneden idrarın taşmasıdır **Uterin prolapsus** sonucu üretranın king yapması ile oluşabilir. İnkontinans cerrahisinde üretranın **oversuspansiyonu** ile gelişebilir. Miksiyon sonrası mesanede **150 cc'den fazla rezidü** gösterilmesi ile tanı konur.
- **β blokörler, kolinerjik agonistler** tedavide kullanılır.

EKSTRAÜRETRAL (BY-PASS) İNKONTİNANS

- Anatomi varyasyonlara (vajene açılan ektopik ureter, ekstrofia vezikalis) ya da fistüllere bağlıdır. En sık karşılaşılan neden **vesikovajinal fistüller**dir. Vesikovajinal fistüllerin tüm **dünyada** en sık nedeni **uzun süren anormal doğum eylemidir (uzamış evre 2)**. Genitoüriner fistüllerin **gelişmiş** toplumlarda en sık nedenleri geçirilmiş **cerrahi** (histerektomi vb), malignite ve radyoterapidir. Vezikouterin fistülde izlenen kronik idrar kaçağı, siklik hematüri ve amenore triadı **yusuf sendromu** olarak bilinir.
- Ekstraüretral inkontinans tanısı sistoskopi, IVP, ürografi ya da direk gözlemlle koyulur. Tedavisi cerrahidir.

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 189

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

İLGİLİ NOTLAR

"Peritonsillar Abse"

başlığı altında:

"Klinik, akut tonsillit şeklinde başlar. Ateş, kulağa vuran şiddetli boğaz ağrısı, yutma güçlüğü, trismus ve ses değişikliği (sıcak patates sesi / boğuk sesi) vardır".
"İpsilateral yansıyan otalji (kulak ağrısı) saptanır".

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 (paragangliyalar) kaynaklanır."

KÜÇÜK STAJLAR / KULAK, BURUN, BOĞAZ



İNFAANTIN PSÖDOTÜMÖRÜ (FİBROMATOZİS COLİ)

- İnfantrın **SKM tümörü** veya **fibromatosis coli** olarak da bilinir. Spontan regrese olur. % 20 kadarı tortikolise ilerleyebilir.

RANULA

- **Sublingual** bezde oluşan **retensiyon** kistidir (mukosel). En sık 10–30 yaşları arasında görülür.
- Dil altında **yan saydam mavi şişlik** olarak **ORTA hatta** görülür.
- Yutma ve konuşma sorunlarına neden olabilir.
- Tedavi: Ranula eksizyonu (sublingual bez de dahil). Marsupializasyon



DERİN BOYUN ENFEKSİYONLARI

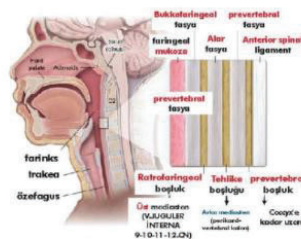
Klinik Bilimler 189. soru
Tusem Küçük Stajlar Konu Kitabı Sayfa 285

- En sık etkilenen streptokok pyogenes. En sık **ergen ve genç yaş** kişilerde (20-40 yaş) görülür.
- Klinik **akut tonsillit** şeklinde başlar. Ateş, kulağa vuran şiddetli **boğaz ağrısı**, **yutma güçlüğü**, **trismus** ve ses değişikliği (**sacak patates sesi / boğuk ses**) vardır. Ürula karşı tarafta kaymıdır. İpsiilateral yarıyan otitli (kulağ ağrısı) saptanır.
- Trismus, uvula deviasyon ve disfoni** durumunda akla gelmelidir (**Quinsy's Triad**).
- Önce flageim vardır ve **bu dönemde fluktuasyon alınmaz**. Bu safha çocuklarda sık görülür.
- Tedavi **flageim safhasında antibiyotik verilir**. Abzese ise drenaj yapılır ve antibiyotik verilir. A grubu Streptococcus, S. aureus ve solunum anaeerobileri hedeflenen geniş spektrumlu IV antibiyotikler (örn., ampicilin-sulbaktam, klindamisin) başlanır.
- Epileksiyon iyileştikten sonra tekrarlama riski olduğundan **tonsillektomi** yapılır.
- Apaire tene, Epiglottitis** (eni boğaz ağrısı, ateş, boyun sertliği, boyun ekstansiyonu ağrısı, boğazda ve dilin altında lezyonlar) ile ancaz epiglottitis farengial muayene rispeten normal görünür. Akut hava yolu tıkanıklığı (örn., stridor, tripod pozisyonu, solunma aksaması) da epiglottitis ile daha tutardır. **Retrofaringeal abse** (semptomlar arasında ateş, odinofaji, boğuk ses ve trismus bulunur, ancak daha küçük çocuklarda (2-4 yaş) görülür ve boyun sertliğine ve boyun ekstansiyonu ile ağrıya neden olma olasılığı daha yüksektir), **Ludwig anjini** (submandibular, sublingual ve submental bölgelerin içeren sellülit ile karakterize; ayrıca ateş, boğaz ağrısı, disfajiye ve boğuk sese neden olabilir. Dil yükseltilir ve submandibular bölgede sertleşme dahil olmak üzere muayene bulguları, Ludwig anjini PTA'dan ayrır).
- Tedavi edilmemesi hava yolu tıkanıklığı, parafaringeal yayılım, sepsismi ve **Lemierre sendromu** (internal juguler venin sepsitk tromboflebiti) ortaya çıkabilir. PTA'ın tekrarlama mümkündür, özellikle de tekrarlayan tonsillit atakları olanları, tonsillektomi gerektirebilir.
- 



RETROFARENGEAL ABSE (EN TEHLİKELİ)

- Retrofarengeal boğukluk, kafatası tabanından **mediastinituma** uzanan bir fasyal boğukluk. Orta tarafta fibrin ve yemek borusu, arka tarafta ise vertebral cisimler ile sınırlıdır. RFA polimikrobiyal bir enfeksiyedir. A grubu Streptococcus, S. aureus ve anaerob (Fusobacteria) bulur.
- Tipik semptomlar; **ateş**, **odinojaji** (ağrılı yutma) ve **boyun tutulması**.
- En sık enfeksiyon **anaeroblardır**. En sık **<5 yaşta** görülür. Sıklıkla **ÜSŞE** ile ilişkilidir. Lokal penetran **travma** ilişkili olabilir (endoskopi, tıvık kemliği).
- **Mediasten** ve **retroperitoneal** bölgeye **yayılım** olur. Hayatı tehdit eden **mediastinite**ye yol açabilir. Klinikinde ateş, yutma ve nefes alma güçlüğü, boğaz ağrısı vardır. Boyun eziyatı, **toriktilis** görülebilir. **AKİ** nedeniyle boynu uzatmayı reddetme (boyun genişletile **flektasyona** tutulur).



Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 189

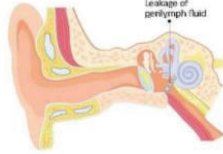
189. Tonsiliti olan hastada, kulağa vuran refere otalji hangi kraniyal sinirle ilişkilidir?
Glossofaringeal sinir

TUSEM®
 TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

KÜÇÜK STAJLAR / KULAK, BURUN, BOĞAZ

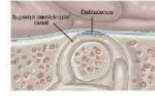
PERİLENFATİK FİSTÜL

- Tanım:** İç kulaktaki perilenfatik boşluk ile orta kulak, mastoid veya intrakraniyal boşluk arasında anormal bir bağlantının olması ve bunun sonucunda perilenfatik sızıntının oluşması
- Etiyoloji:** Travma (temporal lenklar), barotraum (Valsalva manevrası), penetran kulak travması, kulak ameliyatı (stapedektomi), Doğuştan temporal kemik anormallikleri, İdiyopatik
- Klinik özellikler:** Akut başlangıçlı vertigo, dengebozukluğu, kulak gınlaması, SNİK ve/veya kulak dolgunluğu Vestibüler semptomlar (vertigo, nistagmus) genellikle **yüksek seslerle (Tullio fenomeni)** ve orta kulak veya dış kulak kanalındaki **basınç değişiklikleriyle (Hennebert işareti)** kötüleşir.



SÜPERİOR SEMİSİRKÜLER KANAL DEHİSSANSI

- Kemik yapıda erime olur ve kemikte pencere açılır. Dehissans en sık **süperior semisirküler kanalda** olur
- İTK oluşabilir. Vestibüler semptomlar (vertigo, nistagmus) genellikle **yüksek seslerle (Tullio fenomeni)** ve orta kulak veya dış kulak kanalındaki **basınç değişiklikleriyle (Hennebert işareti)** kötüleşir.



COGAN SENDROMU

Klamidyal ÜSYE sonrası, İnterstitial keratit, SNİK, epizodik vertigo karakterizedir. Meniere ile karışabilir

Klinik Bilimler 189. soru
Tusem Küçük Stajlar Konu Kitabı Sayfa 278

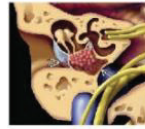
- Orta kulağın en sık malign tümörü SCC
- Orta kulağın en sık benign tümörü glomus TİMPANİKUM'dur.

GLOMUS TÜMÖRLERİ

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

GLOMUS TİMPANİKUM PARAGANGLİOMASI (GTP)

- GTP **orta kulağın en sık** görülen tümörüdür
- Koklear promontoryum üzerindeki inferior timpanik sinir (Jacobson siniri) boyunca bulunan glomus cisimciklerinden (paragangliyalar) kaynaklanır.
- 40-60 yaş arası kadın. Vasküler retrotimpanik kırmızı renkli kitle ve **pulsatil tinnitus (%90), İTİK (%50)**
- Pnömatik otoskopide, timpan zar üzerindeki hava basıncı muayenesinde tümörün solmasına neden olabilir, bu duruma **Brown belirtisi** denir.



GLOMUS JUGULARE PARAGANGLİOMASI (GJP)

- Juguler foramen (JF) içinde ve çevresinde bulunan nöral krest kökenli **öncü hücrelerden** (glomus cisimleri) kaynaklanan benign **tümör**.
- Glomus jugulare paraganglioma (GJP) **en sık** görülen JF tümörüdür.
- GJP temporal kemik tümörleri arasında 2. **en sık** görülenidir (1. **GTP'dir**)
- Otoskopik muayene: **Kırmızı, pulsatil retrotimpanik kitle**
- Progresif pulsatil tinnitus ve kımız, pulsatil retrotimpanik kütlesi olan 50 yaşında kadın hasta.
- MR: 2 cm'den büyük lezyonlar karakteristik tuz & biber görünümü gösterir
- Tümör temporal kemiği erode ederek büyür.



278

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 (paragangliyalar) kaynaklanır."**

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 190

190. her muayenede gözlük numarasının artması şikâyetiyle başvuruyor.

astigmatizma ve miyopi değerlerinin 4 ay önceki incelemelere göre arttığı ve görme keskinliğinde azalma olduğu belirleniyor.

Bu hastanın tanısı için aşağıdaki tetkiklerden hangisinin öncelikli olarak yapılması daha uygundur?

Korneal topografi

İLGİLİ NOTLAR

KÜÇÜK STAJLAR / GÖZ HASTALIKLARI

TUSEM
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

MOOREN ÜLSERİ

- Mooren ülseri, ilerleyici, **periferik stromal ülserasyon** ve daha sonra santrale doğru yayılma ile karakterize nadir otoimmün hastalıktır. Ağrı belirgindir ve şiddetli olabilir. Fotofobi ve bulanık görme vardır. **İlerleyici** periferik ve santral **stromal incelleme** olur.

+ **Periferik Ülseratif keratit**, akci kanlılanana kadar bir enfeksiyondan kaynaklanır. Enfeksiyon yoksa, sistemik otoimmün (**R.A.** (1.), **Wegener** (2.), PAN, SLE, Crohn, relapsing polikondrit) hastalık araştırın.

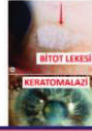
ENFEKSİYÖZ KRİSTALİN KERATOPATİ

- İnfeksiyöz kristalin keratopati**, genellikle **uzun süreli topikal steroid tedavisi** alan ve ilişkili bir epitel defekti olan hastalarda görülen nadir, yavaş ilerleyen bir enfeksiyondur ve en sık **penetran keratoplasti sonrası** ortaya çıkar. **Streptococcus viridans** en sık izole edilen mikroorganizmadır.

+ **Filamentar Keratopati Nedenleri:** Aqueous eksikliği (keratokonjonktivitis sikka), **Aşırı** kontakt lens kullanımı, Kornea epitel instabilitesi (rekürren erozyon sendromu, kornea grefti, katarakt cerrahisi, refraktif cerrahi ve ilaç toksisitesi), Superior limbik keratokonjonktiv, Büllöz keratopati, Nörotrifik keratopati, Uzun süreli veya sık göz kapama

KSEROFTALMİ

- A vitamini**, epitel yüzeylerinin korunması, bağışıklık fonksiyonu ve retinal fotoreseptör proteinlerinin sentezi için gereklidir. Kseroftalmi, **yetersiz A vitamini** alımından kaynaklanan oküler hastalıklar spektrumunu ifade eder ve şiddetli eksikliğinin geç bir belirtisidir. Diyetle A vitamini eksikliği, yetersiz beslenme, malabsorpsiyon, **kronik alkolizm** veya aşırı seçici beslenmeden kaynaklanabilir.
- Semptomlar **gece körlüğü (nyctalopia)**, rahatsızlık ve **görme kaybıdır**.
- Kserozis**, konjonktivanın palpebral aralık bölgesinde kuruması, goblet **hücrelerinin kaybı**, **skumöz** metaplazi ve keratinizasyon ile karakterizedir.
- Bitot lekeleri**, palpebral aralık bölgesinde **Corynebacterium xerosis**'in neden olduğu düşünülen köpüklü keratinize epitelin üçgen yamalıdır.
- Lüfektasyon nekrozu (**keratomalazi**) ile steril kornea erimesi, perforasyona yol açabilir.
- WHO Kseroftalmi Derecelendirmesi:** **XN** = (gece körlüğü), **X1** = (konjonktival kserozis (X1A) ile Bitot lekeleri (X1B)), **X2** = (korneal kserozis), **X3** = (korneal **ülserasyon**, <1/3 (X3A); >1/3 (X3B)), **X5** = (korneal skar), **XF** = (kseroftalmik fundus)
- Keratomalazi, çok şiddetli A vitamini eksikliğinin bir göstergesidir ve özellikle bebeklerde ölüm riski



Klinik Bilimler 190. soru

Tusem Küçük Stajlar Konu Kitabı Sayfa 179

KERATOKONUS

- Santral veya parasantral kornea **stromal incelmelerinin** meydana geldiği, buna **apikal protrüzyon**, **miyopi** ve düzensiz **astigmatizmanın** eşlik ettiği ilerleyici bir hastalıktır. Prevalansı %0,1 ile %0,2 arasındadır ve E>K. Genellikle ergenlik veya yirmili yaşlarda, başlangıçta **sadece bir gözde çıkar**.
- Normal görünen karşı gözlerin yaklaşık %50'si 16 yıl içinde KK'ya ilerleyecektir. Neredeyse tüm vakalarda her iki göz de eninde sonunda, en azından topografik görüntülemeye etkilenir. Hastaların çoğunun **aile öyküsü yoktur** ve çocuklarının sadece yaklaşık %10'unda KK gelişir.
- Risk faktörleri arasında **alerji**, **astım**, **egzama** ve herhangi bir nedenden kaynaklanan sürekli **göz ovuşturma**, **kaşıma** alışkanlığı bulunur.
- Down**, **Ehlers-Danlos**, **Marfan** ile osteogenezis imperfecta ilişkisi mevcuttur.
- Oküler birliktelikler arasında **vernal keratokonjonktiv**, **mavi sklera**, **aniridia**, Leber konjenital amoroza, **refinitis pigmentosa** bulunur.
- İlerleyici miyopi** ve **astigmatizmaya** bağlı tek taraflı görme bozukluğu. Bazen başlangıç semptomu akut hidrops olabilir.
- Yanım metre mesafeden direkt oftalmoskopi, iyi tanımlanmış bir **"yağ damlası" reflesi** gösterir.
- Biyomikroskopik slit lamba muayenesinde, küreye basınç uygulandığında kaybolan çok ince, dikey, derin stromal stres çizgileri (**Vogt striaları**)
- Kobalt mavi filtre ile en iyi görülen koni tabanı epitel **demir birikintileri (Fleischer halkası)**.
- Aşağı bakışta alt kapagın **ışması (Munson belirtisi)**. Skiyaskopi, retinoskopide **makas reflesi**.
- Tanınım kesinleşmesi ve hastalığı ilerleyişinin takibinde keratometri, pakimetri ve en önemlisi **korneal topografi** kullanılır.
- Keratokonusun aksine, kornea konik yerine küresel ekstazi geliştirir ve yaygın kornea incelmeleri olursa → **keratoglobus**
- Genel bir kural olarak, çoğu kornea distrofisi türü genellikle çift taraflıdır, öncelikle korneanın bir katmanını etkiler ve yavaş ilerleyicidir.



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 / NÖROLOJİ VE NÖROŞİRURJİ
Retiküler Formasyon: Kas tonusu, durum ve denge kontrolü

Retiküler Aktive Edici Sistem: Uyanıklık, dikkat ve bilinçten sorumludur

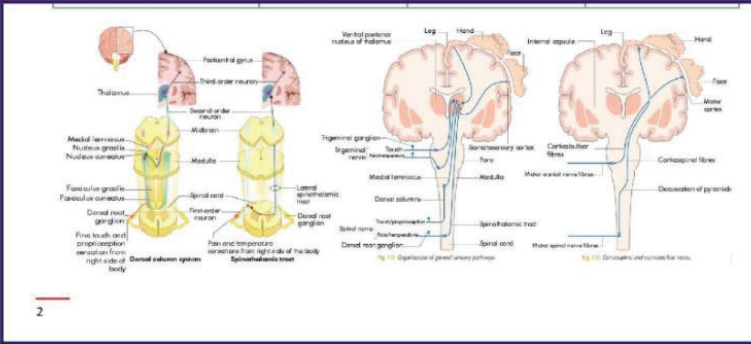
Nörolojik Muayene

Motor kuvvet	• 5/5: Tam kas gücü iken 0/5: Kasta kasılma izlenmemektedir (pleji)
Tonus	• ÜMN tutulduğunda supraspinal inhibisyon kaybı ile tonus artışı (spastisite-hipertonisi). • Spastisitede üst ekstremité fleksör alt ekstremité ekstensör gruplarda daha fazla direnç artışı. • Spastisitede sürmekte olan artmış direncin belli bir noktada aniden kaybı (sustali-çala fenomeni) • Ekstrapiramidal patolojilerde her yöne pasif hareketle direnç artışı ("kurşun boru/dişli çark rijiditesi") • Serebellar patolojilerde (hipotoni)
DTR	• 0 (-) refleks alınmıyor / 1+ hipoelektik / 2+ normal / 3+ canlı / 4+ hiperaktif-klonus • Triseps (C7) / Biceps (C5-6) / Brakioradial (ulnaradial) (C5-6) / Patella (L2-4) / Aşil (L5-S1) • Hiperrefleksi: piramidal yolun tutulduğu ÜMN hastalıklarında supraspinal inhibisyon kaybı • Hipodit refleksler öncelikle AMN hastalıklarında, motor güçsüzlük belirgin miyopatlilerde ve M. Gravis te olabilir. LEMS 'de ise azalmış reflekslerin egzersiz sonrası düzelmesi tanda yardımcı önemli bir bulgudur.
Yüzeyel	• Kann cildi refleks T5-T12 arasındaki patolojilerde kaybolmaktadır (hem ÜMN hem AMN de kaybolabilir III) • Anal refleks refleks arka ise S2-S5 segmentlerinde (hem ÜMN hem AMN de kaybolabilir III). • Kremasterik refleks L1-2 segmentleri ile inerve edilir (hem ÜMN hem AMN de kaybolabilir III).
Patolojik	• ÜMN hasarı sonrası spinal devreler üzerindeki inhibitör supraspinal etkinin kaybı • Plantar yanıt (taban cildi refleks): patolojik yanıt ekstensör plantar ya da Babinski / Babinski eşdeğerleri; tibianın anterior (Oppenheim), lateral malleol (Chaddock), aqil tendon (Schaefer), gastrocnemius (Gordon) • Hoffmann refleks : Parmak fleksör yanıt
Frontal/İkkel (Primittif)	• İkkel refleksler olarak da bilinen Palmomental / Yakalama / Snout / Glabellar vuru • Moro / Arama / Emme / Palmar / Plantar / Galant
Trofik	• AMN hasarı sonrası atrofi gelişebileceği gibi ÜMN hasarı ileri dönemlerinde kullanıma atrofisi • Özel kas gruplarında atrofisinin veya pödohipertrofinin gözlenmesi bazı miyopatiler için özgün (DMD/BMD)
Fasikülasyon	• AMN hasarına bağlı çıkabileceği gibi çoğunlukla normal kişilerde gözlenebilir. Segimeler izlenebilir.
Postür	• Dekortike (üst fleksiyon, alt eklatasyon), deserebrate (üst ve alt ekstremité eklatasyon)

Piramidal ve Ekstrapiramidal Sistem Bulguları

ÜMN (1.MN) / KORTİKOSPİNAL	AMN (2.MN)	EKSTRAPİRAMİDAL	SEREBELLAR
• SPASTİK paraliz/hipertonisite (Kollar fleksör, bacaklar eklatasyon) • Hiperrefleksi (PATOLOJİK refleks +) (Babinski/eklatasyon plantar, Hoffman) • DTR ↑ (biceps, triseps, patella, aşil) • Yüzeyel refleks ↓ (kann cildi, anal, kremaster) • Atrofi (ileri dönemde nadir ya da yok)	• GEVŞEK (flask) paraliz • Hiporefleksi/Arefleksi • DTR ↓ • Yüzeyel N/4 • ATROFİ (Amyotrofi) • Fasikülasyon (eglik eden kramp)	• Normal kuvvet • (DİŞLİ ÇARK rijiditesi) • (KURŞUN BORU rijiditesi) • Bradikinezi • DTR N veya hafif ↑ • İSTİRAHAT Tremor, kore, atetoz, distoni, ballismus, miyoklonus, tik • Parkinson, Huntington, Wilson, Nöroalemtrozis,	• Normal kuvvet • Hipotoni • İNTANSİYON tremor • Dismetri • Disidiadolokinezi • Dizatri (patlayıcı konuşma) • Dissinerji • Nistagmus • Trunkal Ataksi

Temel Bilimler 6. soru
Tusem Küçük Stajlar Konu Kitabı Sayfa 002



Soru kökü ve çözümü: Temel Bilimler 10

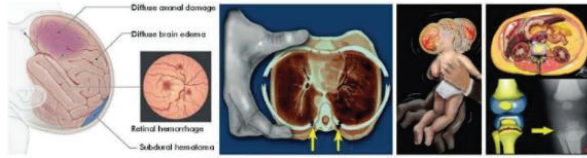
10. Arteria meningea media kanamasına hangisinin hasarının yol açması en olasıdır? Pterion

İLGİLİ NOTLAR

TUSEM®
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

KÜÇÜK STAJLAR / NÖROLOJİ VE NÖROŞİRURJİ

SARSILMIŞ BEBEK SENDROMU



Ani akselerasyon-deselerasyon (hızlanma/yavaşlama) ile ciddi beyin hasarı. **Subdural hematom + Diffüz aksonal hasar + Retinal hemorajiler**

Temel Bilimler 10. soru
Tusem Küçük Stajlar Konu Kitabı Sayfa 042

İNTRAKRANYAL HEMATOMLAR

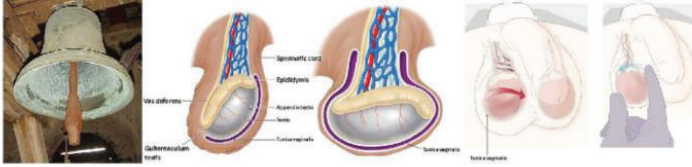
İntrakranyal Hematomlar		
EPI-DURAL (%5-10 mortal)	Akut SUB-DURAL (%50 ile en mortal)	Kronik SUB-DURAL (%10 mortal)
- Kafatası kırığı (>%90), PTERİON - Arteria Meningea Media (A.M.M)/temporal - Kafatası ile dura arası - Daha geniş (20-30 yaş) - MTK > düşme > soldan - Çocuklarda düşme >	- Akselerasyon-deselerasyon - Kortikal köprü veni - Dura ile araknoid arası - Daha yaygın (40-60 yaş) - MTK (kült travma) > düşme > soldan - Yaşlı erişkinlerde düşme > - Sarsılmış bebek sendromunda izlenebilir	- Akut SDH → kan rezorbe edildi - Kortikal köprü veni - Yaşlılarda ve infantta daha sık (alkol, epilepsi, hiponatremi, sarsılmış bebek) - Beyin atrofisi, ileri yaş, alkol, Alzheimer, HIV ve vasküler demans, kronik DM risk faktörüdür - Trauma minör olabilir - Dura mater'den neomembran gelişir
- Arteriyel = hızlı (dakikalar-saatler) - Wid interval (%50) (gür kısa süre açık) - İKB'de hızlı ↑ hemisyon (en sık subfalein) - Transentorijal (3. CN felci, KL hemiparezi)	- Venöz = yavaş (akut 1-2/ subakut 3-14 gün) - Mental değişiklik (konfüzyon, ↑ somnolans) - Fokal defisit, nöbet, KL hemiparezi ve ÜMN - İL hemiparezi (Kernohan/yanlış lokalizasyon)	- Sinai (haftalar-aylar), kademeli - Konfüzyon, deliryum, somnolans, ataksi, hafıza bozukluğu, demans, tekrarlayan baş ağrıları, KL hemiparezi (en sık), inkontinans
- Bikonveks/lens-leniform/limon - HİPER-dens = akut kanama (ışık bükme) - Süür hatlarını GEÇMEZ, orta hattı geçer	- Bikonkav/Hilal, muz/karasent - HİPER-dens = akut kanama (ışık bükme) - Süür hatlarını GEÇER, orta hattı GEÇMEZ (falka ile sınırlıdır)	- Hilal şekli - HİPO-dens = kan rezorbe olmuş - Süür hatlarını GEÇER, orta hattı geçebilir
Nöroşirürji girişim endikasyonları: Hematom boyutu ≥ 10 mm // Orta hattı kayması ≥ 5 mm // hemisyon belirtileri (anizokori, ekspanzor postür) // GKS skorunda ≥ 2 puan düşüş // tek veya çift dilatasyon pupili // ICP > 20 mm Hg durumlarında acil kraniotomi veya burr hole		

Soru kökü ve çözümü: Temel Bilimler 11

11. Sol testisin venleri nereye dökülür? vena renalis sinistra

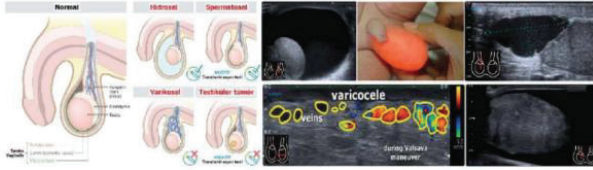
İLGİLİ NOTLAR

TUSEM®
 TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

KÜÇÜK STAJLAR / ÇOCUK CERRAHİSİ


HİDROSEL

- **Tunica vaginalis** içinde normalden fazla (<1-3 cc) sıvı. Genellikle **UNILATERAL** 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, epididimoorjit, torsiyon, **Wuchereria bancrofti** (lenfatik filaryaze/Dünya'da en sık nedeni))
- Non-Kominikan tipte **processus vaginalis kapalıdır** (erişkinlerde). Etkilenen skrotumda fluktuan, **ağnısız** şişlik
- **Transluminasyon VERİR !!** (Hematosele => transluminasyon vermez). **Tanıda => Skrotal USG** kullanılır
- Konjenital hidrosel **6 aya kadar** rezorbe olur. **Konjenital hidroselde sklerozan madde VERİLMEZ !!**
- **Cerrahi için endikasyonlar:** 1 yaşına kadar spontan rezolüsyon olmazsa, Ağrı rahatsızlık ve/veya skrotal cilt bütünlüğü bozulursa, Altta yatan patolojiden şüphelenilirse, Testis palpe edilemiyorsa, İnfertilite kaybı varsa



SPERMATOSEL

- **Sperm (ölü) hücreleri** ile dolu, **iyi huylu kistik yapılar**dır. **Epididim başında** bulunurlar.
- USG ile epididimal kistten kesin bir şekilde **ayrıt edilemez**. Spermatosele **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 visseral ve pariyetal yaprakları arasındaki sıvının **enfekte** olmasıdır.

Temel Bilimler 11. soru
Tusem Küçük Stajlar Konu Kitabı Sayfa 216

- Sıklığı %10-15 arasındadır ve sıklıkla 20-30 yaşlarında görülür. %90 sadece **solada** görülür. Çünkü sol spermatic ven daha uzundur ve renal vene dik dökülür. Erkeklerde **skrotal büyümenin** en yaygın nedeni.
- **Sol renal venin aorta ve SMA arasında** geçmesi -> renal venin sıkışmaya karşı daha hassas hale gelmesi (**İndik karan (NUTCRACKER) fenomeni**) -> sol spermatic vendeki damar içi basıncının artması -> **varikosele oluşumu**.

216

Soru kökü ve çözümü: Temel Bilimler 56

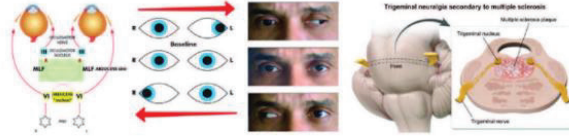
56. Kemik iliği nakli olan ve vefat eden hastanın beyin biyopsinde inöronda demiyelinizasyon, atipik çekirdekli astrositler ve çok fazla histiyosit tespit ediliyor. Bu tabloya yol açan etken hangisidir?

İLGİLİ NOTLAR

TUSEM®
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

KÜÇÜK STAJLAR / NÖROLOJİ VE NÖROŞİRURJİ

- MS tanısı, **mekanda** ve **zamanda** yayılmış nörolojik hasar kanıtı (örn., **iki farklı zamanda** MSS'nin **iki ayrı bölgesinde**) gösteren hastalarda konulabilir; bu **McDonald kriterleri** olarak bilinir.
- KONTRASTLI beyin ve omurilik MRG'si:** Lezyonlar için tipik bölgeler (T2 hiperintens) **jukstakortikal, periventriküler, infratentorial ve spinal kord**. **Mekanda yayılım**, bu alanların 2 veya daha fazlasında lezyon bulunmasıyla belirlenebilir. **Zamanda yayılım**, hem kontrast tutan bir lezyon (aktif lezyon) hem de kontrast tutmayan bir lezyonun (eski veya inaktif) varlığı ile belirlenebilir. MR'da **ependime dik periventriküler lezyonlar DAWSON parmakları**.
- BOS analizi: OLİGOKLONAL bantlar (OKB),** IG indeksi: **> 0,7**, Mononükleer **pleositöz** (6-20 hücre/mm³), Miyelin bazik protein (MBP) oranı ↑
- Multiple skleroz periferik siniri TUTMAZ !!!** VEP/SEP/BAEP gibi uyandırılmış potansiyeller tanıda kullanılabilir.
- Demiyelinize alanlara Patoloji'de: Shadow plaklar**



Multiple Sklerozda Prognoz

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

- Ayrıca tanı: Nöromiyelitis optika (NMO)** ("BİLATERAL Optik nörit ve transvers miyelit" ("≥3 omurilik segmenti) yapabilir, ancak daha şiddetli ve agresif seyir gösterir ve pozitif aquaporin 4 otoantikorlarına sahiptir), **B12 Vitamini eksikliği** (MS'e benzer semptomlarla (dengesiz yürüme ve hiperrefleksi) ortaya çıkabilir, ancak makrositik anemi ve semptomların günler yerine haftalar/aylar içinde gelişmesi ayırt edici özelliklerdir), **Lyme hastalığı** (Nörolojik semptomlar ve MRG'de lezyonlarla MS'i taklit edebilir, ancak kene öyküsü ve eritema migrans dokümantu büyük olasılıkla mevcut olacaktır), **Akut dissemine ensefalomyelit (ADEM)** (Multifokal nörolojik defisitlerin akut başlangıcı ile kendini gösterir, ancak MS'in relapsing-remitting modelinden farklı olarak akut monofazik seyir izler. Hastalarda genellikle MS için atipik olacak şekilde ateş ve bilinç değişikliği de vardır), **Miyelin oligodendroglit glikoprotein antikor ilişkili hastalık (MOGAD)** (Tekrarlayan ataklar ile çıkabilir, ancak hastalar ensefalite (bilinç değişikliği) sahiptir).
- Akut ataklar için ilk tedavi, atakın süresini azaltmak için 3 - 7 günlük **yüksek doz intravenöz steroid** (örn., metilprednizolon) tedavisidir. Steroidlere iyi yanıt vermeyen hastalar plazma değişimi ile tedavi edilebilir.
- Yürüme sorunları:** MS'li birçok hastada vardır ki baston, tekerlekli sandalye gerekir. **4-Aminopiridin (dalfampridin)** yürümeyi artırabilir.

Temel Bilimler 56. soru

Tusem Küçük Stajlar Konu Kitabı Sayfa 024

Diğer Demiyelinizan Hastalıklar

Transvers Mielit	- Omuriliğin bir segmentine inflamatuvar hücrelerin infiltrasyonu ile karakterize immün hastalık. Yalnız zamanda geçirilmiş enfeksiyonu (GİS, ÜSİYE) takip eder. Ayrıca MS, NMO ve SLE gibi çeşitli otoimmün bozukluklarla da ilişkilidir. ≥1 komşu omurilik segmentinde (torasik) lokalize akut, hızlı ilerleyen miyelopatiye sahiptir. Motor güçsüzlük (sıklıkla UMN nadiren AMN) + Seviye veren duyu kusuru (TUM duyular) + otonom disfonksiyon (bağırsak/mesane inkontinansı veya retansiyonu). Baş genelliyle etkilenmez ve hastaların bilinç seviyeleri normaldir. - İlk basamak tedavi için tipik olarak 3-5 gün boyunca yüksek doz intravenöz glukokortikoidler verilir.
DEVİC Hastalığı (Nöromiyelitis Optika)	BİLATERAL Optik nörit + transvers miyelit, EN AZ 3 omurilik segmenti etkilenir. Serum aquaporin-4 ab (+).
ADEM (Akut Dissemine Ensefalomyelit)	Postviral, aşılanma, göçüklük çağı, tek atak, BİLATERAL optik nörit, monofazik, multifokal
Progresif Multifokal Lökensefalopati (PML)	JC (John Cunningham), immünsüpres, natalizumab, Anti-integrin, Oligodendroglia hasarı - Oligodendroglialarda buzlu cam tipinde amfifilik intranükleer inklüzyon, dev/büyük astrosit
Subakut Kombine Dejenerasyon	- Beyin, serebellum, spinal kord ve sinir tutulumu. Vejeteryan, gastrektomi, B12 (-) - Vibrasyon, pozisyon ↓, parestezi, Romberg (+), Spastisite, DTR (↑, ↓), UMN + AMN
Santral Pontin Myelinoliz	Hiponatreminin hızlı düzeltilmesi, Kronik alkolik'te Piramidal kuadriparezi

Soru kökü ve çözümü: Temel Bilimler 87

87. Hangisi potasyum kanallarını bloke ederek asetilkolin salıverilmesini artırır ?

İLGİLİ NOTLAR

Eaton-Lambert ve Myastenia Gravis	
EATON-LAMBERT (LEMS)	MYASTENIA GRAVIS
Nadir NMJ bozukluğu	En yaygın NMJ bozukluğu, K: 20-40/E: 60-80 yaş, K>E
Güçsüzlük aktiviteyle genellikle düzelir	Aktivite ile ↑ ve dinlenme ile ↓ kas güçsüzlüğü (fluktuasyon)
>%50 Paraneoplastik sendrom (AC: küçük hücreli karsinom)	%65 timus hiperplazisi, %10-15 timoma (anterior mediasten 4T)
• Proksimal kas zayıflığı ve Otonom disfonksiyon ile başlar (ağız kuruluğu, kabızlık, ereldil ve ejakülasyon disfonksiyon)	• OKÜLER: ekstraoküler veya göz kapakları kaslarını tutar (pupıl: N)
• Refleksler azalmış veya yok	• okuler belirtilerle en sık tek taraflı PİTOZİS sonra DİPLOPI başlar
	• BULBER: Konuşma güçlüğü (Dizartri), (Dİsfaji), (Dİspne)
	• ÜMN/AMN, Refleksler, duyu, otonom, pupıl normal
	• Klasik MG; erken başlar, jeneralize , anti-ACHR (+) ve timomatsız
PRE-sinaptik Ca++ (VGCC) kanallarına karşı otoantikor gelişince PRE-sinaptik ACh salınımında azalma	anti- AChR ab: Timoma %100, jeneralize %85, oküler %55, (MuSK %8), Düşük dansiteli lipoprotein reseptörü (LRP4 %1), Titin
EMG, anti-VGCC ab, Toraks, abdomen, pelvis BT	Tanı; antikolinesteraz (Edrofonyum (Tensilon)), AChR-Ab (-) ise: anti- MuSK, Toraks BT, yorma ve buz testi
Aks. potansiyel genliği 1. uyarın sonrası ↑ (EMG'de INCREMENT)	EMG (Decrement), TEK LÜF EMG (Jitter-EN DUYARLI),
PROKSİMAL kaslar: sandalyeden kalkma, merdiven çıkma, saç tarama zor	
Paraneoplastik LEMS: Alta yatan maligniteyi tedavi et.	Tedavi: ACh-esteraz İNH. (Pridostigmin), steroid, IVIG, plazmaferez, immünsupresif, timektomi, azatioprin, ritüsimab
Nöromusküler iletimi iyileştirmek için 1. basamak: amifampirin	

Timoma: Myastenia Gravis, süperior vena kava sendromu, saf eritrosit aplazisi, Good sendromu ile ilişkilidir.

Myasteni graviste **görülmeyen** durumlar;

ÜMN ve AMN bulgusu (hiperrefleksis, fasikülasyon), Duyu-otonom bozukluk, Pupil değişikliği, internükleer oftalmopleji (**İNO**) **OLMAZ** !!!

Temel Bilimler 87. soru
Tusem Küçük Stajlar Konu Kitabı Sayfa 032

Konjenital	immünolojik olmadığından serumda antikor yok: AChR (-), Rapsin (-), DOCK (-), Glikosilasyon defekti (GFPT 1)
İlaçla bağlı	Penisilamin tedavisi

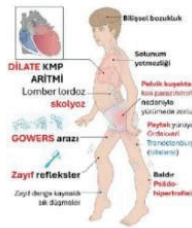
BOTULİZM (DİSPNE + DİSFAJİ + DİZARTİRİ + DİPLOPI + DESENDAN PARALİZİ)

PRE-sinaptik akson terminallerinden **ACh salınım** inhibisyonu, **Otonom** (kserostomi), **hipotoni**, yanıtız **midriatik** pupil (**Rİks DİLATE**)
Ateş **YOK**/Duyu kaybı **YOK**/Şuur kaybı **YOK**

KAS HASTALIKLARI

X'E BAĞLI RESESİF (XP21) (DİSTROFİNOPATİLER) (1.): DUCHEN/BECKER MUSKÜLER DİSTROFİ

- Duchenne müsküler distrofisi (DMD) ve Becker müsküler distrofisi (BMD), **distrofin** genindeki bir mutasyon ile karakterize **X'e bağlı resesif** hastalıklardır. DMD, daha şiddetli bir formdur (distrofin yokluğu) ve yürüme çağındaki çocuklarda ortaya çıkarken, BMD (azalmış distrofin) genellikle ergenlik döneminde ortaya çıkar. Kas yıkımı, **ilerleyici güçsüzlük** (önce **PROKSİMAL**) şeklinde kendini gösterir ve yağlı doku yıklan kasın yerini alır.



Soru kökü ve çözümü: Temel Bilimler 90

90. Hangi ilaç migren profilaksisinde kullanılmaz ?

İLGİLİ NOTLAR

TUSEM
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

KÜÇÜK STAJLAR / NÖROLOJİ VE NÖROŞİRURJİ

Beyin Ölümü Tanısını EKARTE ETTİRMEYEN Testler

- DTR, yüzeysel refleks alınabilir/Babinski (+) olabilir
- Beyin ölümü gerçekleşmiş hastada ağırlı uyaran sonrası kollardan göğüs ön duvarında kavuşturulmasına **LAZARUS refleksi** adı verilir.
- Solunum benzeri hareketler alınabilir

Kardiyak (Dolaşım) Ölüm ve Beyin Ölümü Karşılaştırması

Kardiyak	• Kalp atışı durur, İrreversible elektriksel ve mekanik asistoli (dolaşım arresti) • Apne evrenselidir, resmi test gerektirmez, Yaşam desteği kesildikten sonra gözlemle (5 dk) doğrulanır
Beyin	• Beyin ve beyin sapı aktivitesi durur, ancak kalp atmaktadır • Bilinen masif beyin hasarı (anoksik, travmatik), irreversible koma • Beyin sapı reflekslerinin yokluğu, Kalan beyin sapı fonksiyonunu dışlamak için apne testi

BAŞ AĞRILARI

Baş Ağrıları

MİGREN baş ağrısı	GERİLİM baş ağrısı	KÜME Tipi Baş Ağrısı
		
Genç yaş, kadın hasta (K>E)	K>E, EN SIK baş ağrısı, stres	Genç ERKEK
Genellikle TEK taraflı (%80)	Bilateral ve yaygın	TEK taraflı
Pulsatil (zonklayıcı) tarzda	Sıkıştırıcı, baskı tarzı, basınç hissi (zonklayıcı değil)	Pansiyel HÖRNER (miyoz, pitoz), BRADİKARDİ, HT, gastrik salgıda ↑
Bulantı-kusma	Bulantı-kusma OLMAYAN	otonom, sigara, alkol
Fotofobi-fonofobi	En çok biri (+) ya da bulunmayan	PROFLAKSİ ; *Verapamil (ilk) , *kortikosteroid , litium
Günlük aktiviteyi kısıtlayan	İşten çekilmeyen , rutin aktiviteleri kısıtlamayan	AKUT : 5-8 litre ***OKSİJEN + (ergotlar, sumatriptan, *kortikosteroid)

Temel Bilimler 90. soru
Tusem Küçük Stajlar Konu Kitabı Sayfa 006

Migren Alt Türleri

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 skotom/parlak-titrete)
Hemiplejik	• + motor güçsüzlük
Retinal	• + tek gözde fotopsi, görme kaybı (körülük)
Baziller	• Vertigo, ataksi, dizartri, diplopi, tinnitus
Oftalmoplejik	• Ağrı, 3. CN felci (midriyazis, pitozis, diplopi)
Kronik	• Ayda >8 defa ve ayın >15 günü ağırlı

Hem atak hem profilaksisteki **T-tipi kalsiyum kanal blokörü** → **Flunarizin**

Migren Tedavisi AKUT ATAĞ

- Aspirin, Parasetamol, ibuprofen, Naproksen (**NSAİ** ilaçlar)
- **Ergotlar** (Ergotamin, Dihydroergotamin)
- **Kafein** (Ergotamin ile kombine kullanılır)
- **Triptanlar** (Serotonin 5-HT_{1D/1B} agonist)
- (Sumatriptan, Almotriptan, Rizatriptan, Zolmitriptan)
- **Lasmiditan** (Serotonin 5-HT_{1F} agonist), **Flunarizin**
- **CGRP reseptör** antagonistleri

Migren tedavisi PROFLAKSİ

- **Trisiklik antidepresanlar** (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
- Diğer: Venlafaksin, Siproheptadin, Botulinum Toksini

HİPNİK Baş Ağrısı

YAŞLI hasta **BİLATERAL** 30 dk süren, **GECE** uyandıran baş ağrısı
Otonom bulgu **YOKTUR** !!!

Soru kökü ve çözümü: Temel Bilimler 100

100. Eroin ve morfin gibi narkotik madde zehirlenmelerinin tedavisinde hangi ilaç en uygundur?

İLGİLİ NOTLAR

KÜÇÜK STAJLAR / PSİKİYATRİ

TUSEM®
 TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

- Tanı için belirtilerin <12 yaş başlaması, 6 ay sürmesi ve en az iki ortamda (ev, okul) görülüp işlevselliğin bozulması gerekir. Etkilenen çocuklar genellikle akademik başarısızlık, aile üyeleri ve arkadaşlarıyla kişiler arası ilişkilerde sorunlar ve düşük öz saygı yaşarlar.
- Ayrıca tanısında:** Fragile X, Fetal alkol sendromu, OKB, Tourette sendromu, *Tiroid bozuklukları, Ağır metal zehirlenmesi (*kurşun), *Anemi, ilaç yan etkileri (*antihistaminik, astım tedavisi, kortikosteroid, antikonvülsan), Madde kullanımı, iştme ve görme defektleri, L8 kodstrofi, Posttrovmatik beyin hasarı, Postensefalitik bozukluklar yer alabilir. **Kalsiyum metabolizma** bozuklukları yer almamaktadır.
- DEHB etiyolojisinde en çok üzerinde durulan genler: DRD4, DAT1
- DEHB'de temel olarak beyinde **prefrontalstriyal yetmezlik** bulunmakta olup D/NA aktivitesinde düşüklük saptanmıştır.
- Tedavi:** Stimulanlar yaygın kullanılmaktadır (**Metilfenidat**, Dekstroamfetaminler). Stimulanların yaygın yan etkileri: uykusuzluk, ***azalmış iştah**, gastrointestinal rahatsızlıklar, kaygıda artış, sinirlilik, baş ağrısı, taşikardi.
- Atomoksetin** MSS'de presinaptik norepinefrin taşıyıcısının seçici bir inhibitörü olarak DEHB tedavisinde FDA onayı alan non-stimulan bir ilaçtır. Madde kötüye kullanımı, anksiyete ve tik bozuklukları eş tanımlarının mevcut olduğu durumlarda tercih edilebilmektedir.
- Klonidin**, **Guafasizin**: alfa-2 nöradrenajik reseptörlerin seçici agonistidir.

TİK BOZUKLUĞU

- DEHB ve OKB en sık beraber görülen bozukluklardır.

Temel Bilimler 100. soru
Tusem Küçük Stajlar Konu Kitabı Sayfa 067

OPIOİD YOKSUNLUĞU

- Opioid kullanan ve fizyolojik bağımlılık geliştiren hastalarda ani kesilme (>3 hafta kullanım sonrası), akut opioid yoksunluğuna yol açar. Belirtiler esas olarak, uyarılabilirlik, solunum ve otonom fonksiyonlardan sorumlu olan **ponsus** içinde bulunan **locus coeruleus**'teki noradrenerjik hiperaktiviteden kaynaklanır. Birakıldıktan sonra 4-12 saat gibi kısa bir sürede başlayabilir. Belirtiler genellikle 24-48 saat içinde zirveye ulaşır.
- Belirtiler arasında; İlaç isteği, disfori, anksiyete, ajitasyon, huzursuzluk, miyozis, **kas krampları**, rinore (burun akıntısı), **lakrimasyon** (gözyaşı), **esme**, **piloereksiyon**, **karn krampları**, iştah, bulantı, kusma, midriyazis, hiperotajisi. (**grip benzeri** semptomlar)
- Non-opioid ilaçlar:** Klonidin (panal alfa-2 adrenerjik agonist), Tizanidin (kas gevşetici), Loperamid (peristaltizmi azaltır), NSAİİ
- Opioid replasmanı:** **Metadon** (tam mü opioid agonist), **Buprenorfin** (parsiyel mü opioid agonist)



OPIOİD İNTOKSİKASYONU

- Klinik bulgular:** Öfori, mental depresyon ve peltek konuşma, **miyozis**, azalmış solunum hızı (dakikada <12), **hipotansiyon**, **bradikardi** ve **hipotermi**, azalmış barsak sesleri, *konstipasyon, soğuk ve nemli deri, **pruritus** (histaminik deşarj) Opioid doz aşımı klasik triad: **koma**, **pin-point (iğne ucu) pupil** ve **solunum depresyonu**dur. Tedavi: **Nalokson** (Kısa etkili opioid antagonist), naltreksan, IV sıvı desteği sağlanır.
- Alkol intoksikasyonu:** Peltek konuşma, mental depresyon, taşikardi ve koma ile karakterizedir, ancak miyozis ve barsak seslerinde azalma beklenmez. Etanol kolusu genellikle mevcuttur ve taniya destek olur.
- Benzodiazepin intoksikasyonu:** Ataksi, peltek konuşma ve sedasyona yol açabilir, ancak SSS depresyonu genellikle opioidlerden hafiftir. İzole BZD doz aşımında solunum depresyonu beklenmez ve vital bulgular genellikle normaldir ("vital bulgular normalden koma").
- Hipoglisemisi:** Uyuşukluk/letarji, taşikardi, tremor ve diforez olabilir. Miyozis ve azalmış solunum hızı karakteristik değildir.

STIMULAN (KOKAIN/AMFETAMİN) YOKSUNLUĞU

- Uyancı yoksunluğu, intoksikasyon fazından sonra ortaya çıkar ve genellikle derin bir disfori, anhedoni ve aşırı huzursuzluk ile kendini gösterir; bu da maddeye tekrar yönelim için isteği artırabilir.
- Semptomlar:** **disfori (depresif)** ile birlikte en az ikisini içerir: aşırı yorgunluk, **insomnia** veya **hipersomnia**, oynatlı ve rahatsız edici yoğun rüyalar, **hipertaj** ve psikomotor yavaşlama ya da ajitasyon (huzursuzluk, dolaşma). Psikoterapi, ilk tercihtir ve kullanımı azaltmada etkili.
- Opioid yoksunluğu:** Uykusuzluk, sinirlilik, psikomotor ajitasyon ve terlemeye neden olabilir, ancak burada sıklıkla görülen midriyazis, karn krampları, iştah, piloereksiyon, lakrimasyon/rinore ve yaygın kas ağrıları tipik olarak uyancı madde yoksunluğunda görülmez.
- Kannabis (Esrar) yoksunluğu:** Uykusuzluk ve duygudurum değişiklikleriyle kendini gösterebilir; ancak, uyancı yoksunluğundaki hiperfajinin aksine **iştah kaybı** yaygındır ve (akut almanın aksine) başlangıcı genellikle kademlidir.



67

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 101

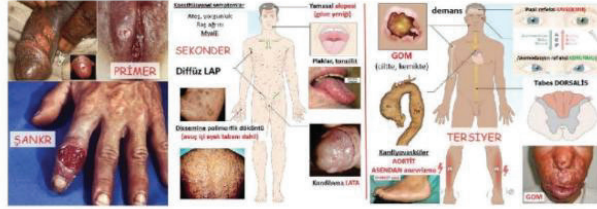
101. Topikal permetrin uygulanamayan uyuz hastasında en uygun tedavi seçeneği hangisidir?
İvermektin

İLGİLİ NOTLAR

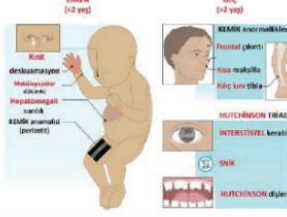
KÜÇÜK STAJLAR / DERMATOLOJİ

TUSEM
TIPTA UZMANLIK SINAVI EGITIM MERKEZİ

SİFİLİZ



- Treponema pallidum:** Spiroket ailesine ait gram negatif, spiral şekilli bakteri. İnkübasyon ortalama **21 gün**. Özellikle evre 1 ve 2'de oldukça bulgudur.
- PRİMER lezyon (şanker):** Tipik tek, kabarcık, ağrısız papül olarak başlar (genital bölgede). Ağrısız (vasa nervorum iskemik ölümü nedeniyle ağrısız), tabanı sert, endüve ve zemini temiz bir ülsera döner. Şanker çıktıktan 10 gün sonra LAP oluşur. Genellikle yara izi bırakmadan 3-6 haftada spontan iyileşir.
- SEKONDER sifiliz:** Spiroketlerin sistemik yayılımıyla yaygın hastalık, immünolojik reaksiyon oluşur. Birincil enfeksiyondan 2-12 hafta sonra başlar ve 2-6 hafta sürer. Bulguların EN ÇOK Yaygın, hassas olmayan LAP, Ateş, yorgunluk, miyalji, baş ağrısı, kondiloma lata (büyük papül) izlenir. Polimorfik döküntü (yaygın, kaşıntısız makülar/papüler), Gövde ve ekstremiteleri, avuç içlerini ve ayak tabanlarını da içerir. Oral muköz plak, kızılmsı kahverengi veya bakır kırmızısı, kenarı yakalı tarzı skuamli lezyonlar oluşabilir. Yamaş alopesi (güne yeniği alopesi), Boğaz ağrısı (akut sifilitik tonsillit) bulunabilir.
- LATENT sifiliz:** (Eriken <1 yıl, Geç >1 yıl). Seroloji (+)'tir Seropozitifliğe rağmen klinik semptom yok.
- TERSİYER sifiliz:** Bulguları değil. Lezyonlarda T.pallidum yok. Sırtta burun ve tabes dorsalis yapabilir.
- GOM:** Üstörasyona eğilimli nekrotik merkezli kronik, yıkıcı granülomatöz lezyon (tibia ön yüz sık).
- KARDİOVASKÜLER sifiliz:** Aortit, asendan aort anevrizması (torasik), sifilitik mezartirit, aort kök genişlemesi ve yetersizliği.
- Aortun intimal kalsifikasyonları BT veya MRI'da ağaç kabuğu görünümünde olabilir.
- NÖROSİFİLİZ:** Argyll Robertson pupil, Tabes Dorsalis.
- NON-TREPONEMAL:** VDRL/RPR, **TREPONEMAL:** FTA-ABS/MHA-TP. Kültür: Üretilmez.



Klinik Bilimler 101. soru
Tusem Küçük Stajlar Konu Kitabı Sayfa 087

PARAZİTER DERİ HASTALIKLARI

UYUZ (SCABIES)

- Etken *Sarcoptes scabiei*'dir. Dişi akar insan stratum korneumuna girer ve yumurtalarını bırakır. Gecikmiş tip 4 HS ile şiddetli kaşıntı (gece) ve eritemli papülovaziküler döküntü oluşur. Primer lezyonu korneumda aşığı *silon olarak da adlandırılan ince serpiginöz *tünel, tünelin uçundaki vezikül perle dir. Akarlar konakçı olmadan 3 güne kadar hayatta kalabilirler. **Üst ekstremiteler**, interdigital web boşlukları, parmakların yanları, avuç içleri, fleksör bilek yüzeyleri ve dirseklerin ekstansör yüzeyleri, göbük ve genital bölge, ayaklar sıklıkla etkilenir.
- Tedavi** bütün aileye uygulanır. Uzun kuluçka süresi (3-6 hafta) nedeniyle, tanıdan önceki 6 hafta içinde hasta ile uzun süreli alt teması olan kişilerin asemptomatik olsalar bile tedavi edilmesi gerekir. Bütün giysi ve çarşafar kaynar suda yıkanmalı ya da 72 saat saklanmalıdır. *Permetrin (x2), *benzil benzoat, *sülför/kükürt, lindan, *krotamiton, **ORAL İvermektin** (topikal DEĞİL III) kullanılabilir. Kaşıntı için oral antihistaminik, topikal kortikosteroid, sekonder bakteriyel için antibiyotik verilebilir. Hastalar ilk tedaviden sonraki gün okula veya işe dönebilirler. Kaşıntı, 2 haftaya kadar devam edebilir.

PEDICULOSIS (BİT)

Pediculus humanus capitis (baş): Yumurtalarını (sırka) başta sağlı deniye bırakır. Kan emerek beslenir. Aşırı kaşıntılıdır. Bir konakçı olmadan biter 2-3 gün içinde ölür. Bitler zıplamaz, uçmaz veya insan dışı konakçılara sahip değildir. Baş biti olan bireylerin okuldan uzaklaştırılmasına gerek yoktur. Tedavi: İnce dişli tarakla temizlemek, **Permetrin**, **Topikal İvermektin**.

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 104

104.Şilotoraks nedenlerinden biridir?

İLGİLİ NOTLAR

KÜÇÜK STAJLAR / GÖĞÜS CERRAHİSİ VE KALP DAMAR CERRAHİSİ

TUSEM®
 TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

Parapnömonik Efüzyon ve Plevral Ampiyem

Kriter	Unkomplike PPE	Komplike PPE	Plevral Ampiyem
Tanım	Plevral boşlukta eksüdatif sıvı birikimi		• Plevral boşlukta püy birikimi
Etiyoloji	Pnömoni		• Pnömoni (en sık) • Enfekte hemotoraks • Ruptüre akciğer apsesi • Özofagus rüptürü, Göğüs travması
Özellik	İnvazyon olmadan eksüdatif efüzyon	• Bakteriyel invazyonla oluşan eksüdatif efüzyon	• Bakteriyel kolonizasyon ile eksüdatif efüzyon
Klinik	Ateş, titreme, ökaürük, göğüs rahatsızlık hissi (Tümünde geçerli olabilir)		
Görüntüleme	Göğüs x-ray		Göğüs x-ray Toraks BT (yanık plevra işaretleri)
Plevral sıvı analizi	pH > 7,2 Glikoz: Normal / düşük LDH: ↑ Görünüm: Hafif bulanık	pH < 7,2 Glikoz: Düşük (< 30-60 mg/dL) LDH: ↑ Görünüm: Bulanık	pH < 7,2 Glikoz: Düşük (< 30-60) LDH: ↑ Görünüm: Pürülan
Gram boyama kan kültürü	Negatif	Pozitif olabilir	
Tedavi	• Sistemik antibiyotik • Amaç komplike efüzyon ve ampiyem ile ilgili önlemektir	• Sistemik antibiyotik • Göğüs tüpü yerleştirilmesi • Amaç ampiyem ile ilgili önlemektir	• Sistemik antibiyotik • Göğüs tüpü (kesin tedavi)

- **Nontravmatik hemotoraks:** Spontan pnömotoraks (EN SIK), Vasküler, Malignite, Koagülasyon, Nekrotizan pnömoni, Endometriozis, Kemik çıkıntılar (ekzostozlar) ilişkili olabilir. Plevral sıvı analizinde kanlı görünümle ek; RBC sayısı > 5000 hücre/mcl - Hematokrit > 0.5 x periferik hematokrit
- Ne kadar küçük olursa olsun bir hemotoraks **mutlaka drenaja başlanmalıdır**, çünkü plevral boşlukta kan tahliye edilmezse phtloz ve bu durum akciğerin sıkışmasına veya ampiyem yol açar.

Klinik Bilimler 104. soru

Tusem Küçük Stajlar Konu Kitabı Sayfa 249

- **Şilotoraks:** Travma (yatrogenik dahil), Malignite (enfoma, bronkojenik karsinom), Konjenital lenfatik anormalliler (lenfanjektazi) ilişkili olabilir. **Göğüs ağrısı nadir** (ışık içeriğindeki proteinlerin plöritik enflamatuvar yanıtı önleyen **anti-enflamatuvar** özalliklerinden dolayı). Bulanık, sütlümsü sıvı yüksek oranda lipid içerir (trigliseritler, kolesterol, şilomikronlar ve yağda çözünen vitaminler). Eksüdatif efüzyon, Toplam kolesterol genellikle <200, Trigliserit >110, LDH düşük, Glukoz seviyesi plazma glukoz seviyesine benzer, **Lenfosit** predominansı
- **Pseudoşilotoraks:** Plevral boşlukta kronik inflamasyona bağlı kolesterol aşısından zengin sıvı birikimi. Hastaların %75'inde nefes darlığı ve **göğüs ağrısı**. Bulanık, **süt benzeri** görünüm, Eksüdatif efüzyon, Toplam kolesterol genellikle >200, Trigliserit konsantrasyonu <110, Kolesterol **kristallerinin varlığı**
- Şilotoraksın aksine, **psödoşilotoraks** plevral sıvıda **yüksek kolesterol** ve **düşük trigliserit** seviyeleri ile karakterizedir. Kolesterol kristallerinin varlığı da psödoşilotoraks şilotorakstan ayırt etmeye yardımcı olabilir.

PLEVRAL TÜMÖRLER

- **Benign lezyonları; lipom, plak ve plevral kalınlaşma**dır. Plakların kalıfifikasyonu **asbestosis** için **patognomoniktir**.
- Plevral tümörlerin çoğunluğu **malign** 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 effüzyon ile birliktedir ve hemen hemen her zaman şümcül bir hastalıktır.
- **Kanlı/eksüdatif plevral effüzyon**, 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 oyununda vimentin, **kalretinin** ve **sitokeratin 5/6** ile (+) boyanması anlamlıdır. (adenokarsinomda (-))

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 109

109.Superior mezenterik arter sendromu ile ilgili doğru ifade ?

İLGİLİ NOTLAR

KİŞİLİK BOZUKLUKLARI

A KÜMESİ KİŞİLİK BOZUKLUKLARI

(Yakın ilişkiler kuramama durumu, **Tuhaf, Garip, sıradışı (psikoz olmadan) kişiler**)

PARANOİD	Kuşku ve bağlanma güvenmez. Kötü niyetli oldukları düşünür. Kin tutar. Ešte sadakatsizlik şüpheleri.
ŞİZOID	Tek başına izole yaşar, göz teması, toplumsal ilişki kurmaz. Kurmak da istemez. Cinsel ilgi duymaz. Şizofreni ilişkisi belirsiz.
ŞİZOTİPAL (şizofrenik)	Büyüsel düncüler (batıl inanç, duygu ötesi algıları, telepati) vardır. Garip, acıyıp, sırdaş kişiler. **Şizofreni ilişkisi sıkılır. - Referans fikirleri, paranoya, sosyal kaygı ve izolasyon var. Sosyal ilişkilerde aşırı rahatsızlık. Beceriksiz, sakar tavırlar.

B KÜMESİ KİŞİLİK BOZUKLUKLARI (Dramatik, duygusal, tutarsız, dengesiz kişiler)

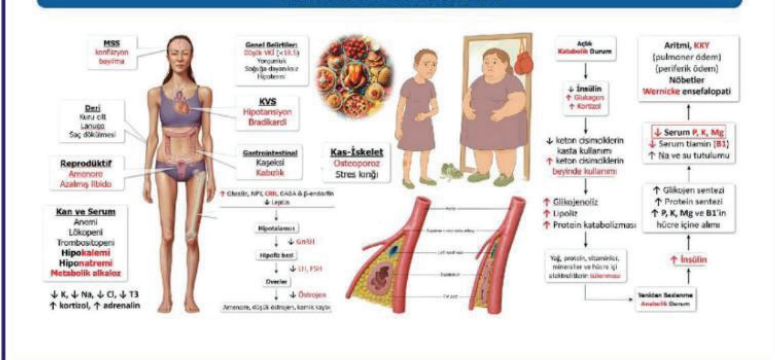
ANTİSOSYAL (E)	• Başkalarının haklarını hiçe sayar, dürüst değil, yalan söyler. Şiddet uygular. Saygısızdır. Taciz ve cinsel saldırı yapabilir.
BORDERLINE (K)	• Gözdeye çıkarma ile yerin dibine sokma arasında tutarsız ilişkiler. İntihara meyil, paranoid düşünceler, yoğun öfke vardır. • BKEPİ hastalarında splitting (kişileri tamamen iyi veya tamamen kötü olarak görme) yaygın olarak gözlenir.
HİSTİRİONİK (K)	• Ayırntı, baştan çıkarıcı, cinsel terkübia tavırları vardır. Süslü, alımlı olmaya çalışır. ilişkilerde kolaylık drecasına abartır.
NARSİSTİK (E)	• Kendini önemli görür (grandiyözi) ve benlik saygısı ile aşırı ilgilenir. Empati: çiz, kakıkan, hasmet, eleştiriler kapalı, sömürücü. • Başarı ve güç fantazilerinde mesgul olma, aşırı takdir edilecek, hayranlık ilhamcı; ilişkilerde istismar edici olma.

C KÜMESİ KİŞİLİK BOZUKLUKLARI (Anksiyeteli, korkulu, kaçınan kişiler)

ÇEKİNGEN- KAÇINAN	• Yetersizlik duygusu, eleştiriyi aşın duyuralk sonucı kılgeralarla durumlardan kaçınma.
BAĞIMLI	• Günlük karar vermede zertuk , kendine güven eksikliği , yalnızken çaresiz, aşın destek ihtiyacı
OBSESİF KOMPULSİF	• Mükemmellek , düzensizlik tipik. İste baçanlı . OKKB'de OKKB'nin aksine obsesyon, kompulsiyon yoldur. • Coğunlukla cimdirdi. Kati rutinleri vardır. Foodistatik deail anositoniktir .

Klinik Bilimler 109. soru
Tusem Küçük Stajlar Konu Kitabı Sayfa 060

YEME BOZUKLUKLARI



Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 109

109.Superior mezenterik arter sendromu ile ilgili doğru ifade ?

KÜÇÜK STAJLAR / PSİKİYATRİ

TUSEM
 TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

ANOREKSİYA NEVROZA

- Kalori kısıtlamasına bağlı çıkan **düşük VKİ**, **bozuk beden algısı** ve **kilo alma korkusu** ile karakterize yeme bozukluğu.
- Genetik (Depresyon, bipolar I. derece akraba), Psikolojik (Mükemmeliyetçi eğilim ve obsesyonel özellikler, çocukluk çağı ihmal, istismar), Çevresel (mükemmellik, bala), stresli yaşam geçişleri (üniversite için taşınma) yatınlık oluşturmabilir.
- **Klinik:** Sekonder Amenore (hipogonadotropik hipogonadizm/ **FSH ↓, LH ↓**), Hipotansiyon ve bradikardi, **hipokalemi**, hiponatremi, uzamış **QT**, aritmi, **MVP**, miyokard atrofi, anemi, lökopeni, trombositopeni, Gastroparezi, konstipasyon ve karın ağrısı, sekonder osteoporoz, Diş minesinde erozyon ve parotis hipertrofi (kusmaya sekonder), **sialadenit**, **Russell işareti** (parmakla kumalar sonucu el sırtı nasırlar), hipotermi, nöbetler (bupropion kontraendikedir eşeği ↓), stres hormonları (↑ kortizol, ↑ adrenalin), **steroid** hasta sendromu (↓T3), **lanugo** tüyleri, saç dökülmesi, kuru cilt
- **Kısıtlama tip:** Kilo kaybı aşırı diyet, aş kalma veya aşırı egzersizle ilişkilidir, tıkanmasına yeme atakları veya çıkarma davranışları yoktur.



Klinik Bilimler 109. soru
Tusem Küçük Stajlar Konu Kitabı Sayfa 061

- **Görünümle:** rutin DEĞİL ama: EKO (senkop, dispne, EKG anormallığı varsa perikardiyal efüzyon, MVP miyokard atrofi değerlendirilmeli), **DEXA** taraması (Hipotalamik supresyon, >12 ay amenore varsa kemik mineral yoğunluğu ve osteoporoz tedavisi için), **USG** (femur sonları epigastrik ağrı, bulantı, kusma veya Superior mezenterik arter sendromu şüphesi için)
- **Yanş endikasyonları:** Şiddetli malnütriyon (BMI <14 kg/m2 veya ideal vücut ağırlığının <70%), **Refeeding** sendromu, **transözofaryngeal anastomoz** (Ciddi kardiyak: <40/dk, hipertansiyon: <90/60 mm Hg veya anemi). **Elektrolit dengesizlikleri** (ciddi hipokalemi, hiponatremi, dehidratasyon), İntihar riski
- **A.N:** psikiyatrik bozukluklar arasında **en yüksek mortalitede** (%5'i ilk tanıdan sonraki 4 yıl içinde), bu ölüm tıbbi komplikasyonlar veya intihar sonucudur. Tedavi tıbbi stabilizasyon, beslenme rehabilitasyonu, psikoterapi (BDT) gerekirse farmakoterapi (SSRI, olanzapin)

REFEEDİNG sendromu: Şiddetli malnütriyonlu hastada hızlı, aşırı besleme sonrası elektrolit ve sıvı değişiklikleri → ölümcül
****hipofosfatemi (primer), hipokalemi ve hipomagnezemi** ile multiple organ disfonksiyonu → aritmi, koroner kalp ve solunum yetmezliği, rabdomiyoliz, nöbet

BULİMİYA NEVROZA

- Tekrarlayan tıkanmasına yeme atakları, **çıkartıcı davranışlar** (kusma, laksatif, diüretik), aş kalma, aşırı egzersiz ile karakterize (en az 3 ay haftada ≥ 1 kez). VKİ normal veya fazla kiloludur (VKİ ≥18,5 ve <30 kg/m2). Yatınlık oluşturanlar A.N ile benzer.
- Diş minesinde erozyon, subkonjonktival kanama, parotis hipertrofi, **sialadenoz**, **Russell işareti**, **Mallory-Weiss** yırtığı, nöbet, aritmi, **Dişler** (şürük, perimilöz (maksiller dişlerin iç yüzünde enamelin aşınması)), **amenore** izlenebilir.
- **Laboratuvar:** Hipovolemik hiponatremi, Hipokalemi, hipokalemi metabolik alkaloz, Tiroid hormonu kütüye kullanımı (↓TSH, ↑ serbest T4), ↑ serum alpha-amylase, ↑ HCO3, ↓ kalsiyum, ↓ magnezyum, ↓ fosfat, hipoglisemi.
- **Depresyon** (en sık), yaygın anksiyete bozukluğu, **borderline** kişilik ve madde kullanımı boz. gibi komorbiditeler yaygın.
- Tedavi tıbbi stabilizasyon, beslenme rehabilitasyonu, farmakoterapi (SSRI/FLUoksetin) ve psikoterapi (BDT) içerir.



AŞIRI YEME BOZUKLUĞU: ABD'de yetişkindeki **en sık** yeme bozukluğu. Uyumsuz çıkartıcı davranışlar olmadan, **tıkanmasına yeme atakları**. Genç, **obez K>E** yaygın (BMI: N olabilir) (en az 3 ay haftada ≥ 1 kez tekrarlayan aşırı yeme atakları). BDT en etkili tedavi.

RUMİNASYON BOZUKLUĞU: Çocuğun besini yuttuktan ve kısmen sindirdikten sonra tükürmesi olmaksızın tekrardan yemeği ağzına getirmesi ve tekrardan çiğnemesi olarak bilinmektedir. Gelişimsel bozukluğu olan çocuklarda sıkır.

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 119

119. Romatoid artrit tedavisinde kullanılan ajanlardan hangisinin etki mekanizması farklıdır?

İLGİLİ NOTLAR

TUSEM
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

KÜÇÜK STAJLAR / FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON

Osteoartrit ve Romatoid Artrit Karşılaştırması		
	OSTEOARTRİT (OSTEOARTROZ)	ROMATOİD ARTRİT
Başlangıç	>40	30-60
Etiyoloji	İlerleyici, non-inflamatuvar obezite, önceki eklem yaralanması, ileri yaş, kadın	HLA-DR4, HLA-DRB1, Otoimmün, İnflamatuvar, kadın, sigara RF (%80 +), anti-CCP (en spesifik)
Eklem tutulumu	Asimetrik, Hoberden (distal), Bouchard (proksimal), 1.KMK, Diz, kalça, El küçük eklemleri (DİF), omurga	**Simetrik, kuğu boynu, düğme iliği, ulnar deviasyon, servikal sublukasyon El/ayak küçük eklemleri (MKE, PİF), bilek, dirsek, omuz, diz
Sabah tutulduğu	Yok/kuşa süreli (<30 dk)	Uzun süreli (>60 dakika)
Sistemik	Yok, WBC < 2000/mm ³ (sinovyal sıvı)	Ateş, Yorgunluk, Kilo kaybı
Muayene	Sert, kemik eklem büyümesi, Hareketle krepitasyon	Yumuşak, şişerimsi, sıcak
Radyoloji	Osteofit, eklem aralığında daralma (asimetrik), subkondral skleroz ve kist, ebumasyon	Periartiküler osteopeni (ilk), Yumuşak doku ödem, marjinal **erozyon **eklem aralığında daralma (simetrik), **subkondral kist Pannus, ankiloz, sublukasyonlar



Klinik Bilimler 119. soru
Tusem Küçük Stajlar Konu Kitabı Sayfa 112

EKLEM TUTAN ROMATOLOJİK HASTALIKLAR

ROMATOİD ARTRİT

- Kronik inflamatuvar progresif dejeneratif bir artrit tablosudur. >50 yaş **sigaracı kadınlarda** daha sık görülür. Temel tutulum yeri **sinoviyadır**. HLA DRB1 ve DR4 ile ilişkilidir. Temel lezyonu sinovyal **pannus** olup neovaskülarizasyon, **ankiloz** ve deformiteler görülebilir. RF, IgG'nin Fc kısmına karşı oluşmuş otoantikorlardır (IgM en sık). R.A'de %70-80 (+) iken **Sjögren**, Esansiyel miyast kriziglobulinemi'de %90 (+). Anti-CCP (sıklıkla sitedirilmiş peptid): en spesifik antikorudur. **Küçük perifer eklemleri** (MKE, MTE, *PIF) *simetrik eklemler >30 dakika sabah tutulduğu beklenir.
- Az tutulan eklemler: ***Distal interfalangeal eklem (DİF), Vertebral eklem (C1-C2 eklemi (atlantoaksiyal) hariç), Sakroiliak eklem
- Ekstremiteler, Romatoid nodüller en sık subkutan (dirsek) izlenir (MTX ilişkili olabilir) ama akciğerde de gözlenir (pnömokonyoz da var ise KAPLAN sendromu). İnterstitiyel AC yapabilir (MTX ilişkili olabilir). Kardiyak en sık perikardit ve MY izlenir (AS'te AY). KAH riski artmıştır. Kardiyak komplikasyonlar en sık ölüm nedenidir. Pulmoner plevrit /plevral efüzyon, Göz tutulumu ile Sjögren/ keratokonjunktivit sicca (en sık), episklerit, sklerit izlenebilir. Böbrekte sekonder amiloidoz, nefrotik sendrom yapabilir. Hematolojik DBHL, Büyük granüler lenfositik lösemi riski ↑.
- RA + nötropeni + splenomegali → FELTY sendromu düşünülür. Osteoporoz, fibromyalji, **KTS, **Atlantoaksiyal eklem tutulumu sıklığı ↑.
- Düğme iliği, kuğu boynu deformitesi, Z deformitesi, piyano anahtarı, çekirdek parmak, pençe parmak, ulnar deviasyon yapabilir.
- Uzun süreli tedavide ilk tercih DMARD (metotreksat, sulfasalazin, leflunomid) olmakla birlikte, Hidrokortikosteron, TNF-α inhibitörleri, anakinra (IL-1), tosilizumab (IL-6), rituximab (CD 20), abatacept (CTLA 4), tofasitinib (JAK 1-3) kullanılabilir.

SERONEGATİF SPONDİLOARTROPATİLER

- Bu gruplar kısaca 'ARPE' olarak akılda kalabilir. - **Ankilozan spondilit** - **Reaktif artrit** - **Psöriatik artrit** - **Enteropatik artrit**
- Seronegatif denilmesinin sebebi **RF** ve anti-CCP **negatif** olmasıdır. Temel lezyon entezit. Ortak bulguda inflamatuvar bel ağrısı (sakroileit) eşlik eden alt ekstremitte oligoartriti izlenebilir. Dinlenmede ↑. Egzersizde ↓. Sabah tutulduğu >30 dk. >3 ay ve sinsi başlangıçlıdır. HLA-B27 (+) beklenir.

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 120

120. Hastalık-gen eşleşmelerinden hangisi yanlıştır?

İLGİLİ NOTLAR

TUSEM®
 TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

KÜÇÜK STAJLAR / GÖZ HASTALIKLARI

ARKUS SENİLİS

- Arcus senilis (gerontokson, arcus lipoides) en sık görülen periferik kornea opasitesidir. Yaşlı bireylerde sıklıkla sistemik durum olmaksızın çıkar.
- Ancak genç hastalarda (arcus juvenilis) **dilipidemi** ile ilişkili olabilir. Stromal lipid birikimi, superior ve inferior peritimbale korneada bağlar.



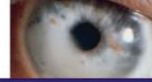
LİPİD KERATOPATİ

- Primer lipid keratopatis nadirdir ve görünüşe göre spontan ortaya çıkar ve vaskülarizasyonla ilişkilisizdir. **Sekonder** lipid keratopatisi çok daha yaygındır ve korneal vaskülarizasyona neden olan öncelikli oküler yaralanma veya hastalıkla ilişkilidir. En sık nedenleri HSV ve herpes zoster keratitidir.



BAND KERATOPATİ

- Bowman tabakasında, epitel bazal membranında ve anterior stromada **kalsiyum** hazırlanmış yaşa bağlı birikmesinden oluşur.
- Kronik anterior **üveit** (JIA'lı çocuklarda), glokom, ftizis bulbi, ön kamaradaki silikon yağı, kronik kornea ödemi ve şiddetli kronik keratit ilişkilidir.



Klinik Bilimler 120. soru
Tusem Küçük Stajlar Konu Kitabı Sayfa 180

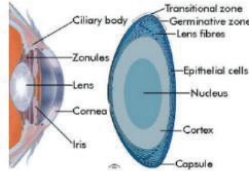
FABRY HASTALIĞI

- Fabry hastalığı, bir **glikolipidin** anormal birikimine yol açan **alfa-galaktosidaz A** enzim eksikliğinden kaynaklanan **X'e bağlı** lizozomal depo hastalığıdır. Geni taşıyan tüm erkeklerde hastalık gelişir ve bazı heterozigot kadınlarda da görülebilir.
- Sistemik belirtiler arasında ekstremitelerde (**akroparastezi**) ve GIS'te periyodik yanma ağrı, **Anjiokeratomlar**, KMP ve **Renal Yetmezlik** bulunur.
- Oküler belirtileri arasında vorteks şeklinde beyaz ile altın-kahverengi kornea opasiteleri (%75) yer alır ve bu, hastalığın ilk belirtisi olabilir, bu da erken müdahaleyi kolaylaştırır; kama veya çark şeklinde posterior katarakt (Fabry katarakt), konjonktival vasküler tortiyözite (tırbuhan) ve anevrizma oluşumu.



LENS VE HASTALIKLARI

- Lensin işlevi, ışığı retinaya odaklamaktır. **Presbiyopi** (yakın görme bozukluğu), lense yakınla nesnelere odaklanma yeteneğinin kademele kaybıdır. Lens elastikiyetinin azalmasına bağlı akomodasyon kaybının sonucu ortaya çıkan kaçınılmaz yaşlanma tablosudur.
- **Katarakt** (lensin şeffaflığının kaybolup opaksişmesi), dünyada geri dönüşümlü görme kaybının en sık nedenidir. Kataraktın gelişimini veya ilerlemesini önleyecek tıbbi bir tedavi yoktur. Ancak **fakoemülsifikasyon** (FAKO) yöntemi ile göz içi lensi implantasyonu görmeyi geri kazandırmada son derece başarılıdır ve dünyada yapılan en yaygın cerrahi işlemdir.



AKKİZ (KAZANILMIŞ) KATARAKT (>%99)

- **Yaşa bağlı** katarakt (> %90), **Göz hastalıkları** (DM, KBY, Wilson, Retinitis pigmentosa, akut glokom, **kronik** üveit, vitreoretinal hastalıklar, heterokromi, retina dekolmanı öyküsü), Göz içi operasyonları sonrası (vitrektomi sonrası, glokom cerrahisi), **ilaç** (steroid, miyotiler, klorpromazin, altın, busulfan, amiodaron), kronik **alkol** ve **sigara**, travma, göz enfeksiyonları, aşırı **UVB**, **radasyon**

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, nabızı 140/dakika, kan basıncı 110/50 mmHg, nabız oksimetre saturasyonu %88 olarak tespit ediliyor.

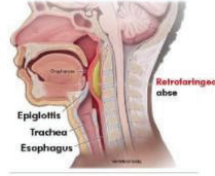
Bu hasta için en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

İLGİLİ NOTLAR

TUSEM®

KÜÇÜK STAJLAR / KULAK, BURUN, BOĞAZ

- **Triped pozisyonu** izlenebilir. Stridor (hırıltı), retraksiyonlar (çekilmeler), takipne, düz yatamama gözlemlenebilir.
- **Trismus görülmez (ya da minimaldir)**. Farinka arka duvarında hiperemik şişlik vardır ve **fluktuasyon** alınır.
- Acil hava yolu müdahalesi gerekmiyorsa, elde edilen ilk radyografik görüntü **lateral boyun röntgenidir**. Röntgen filminde prevertebral boşluğun artmış denirliliği, bir RFA'yı düşündürür. IV kontrastlı boyun BT taraması kesin testtir ve RFA şüphesi yüksek olduğunda yapılmalıdır.
- Tedavi aspirasyonu önlemek için ******trendelenburg pozisyonunda abse drenajı + antibiyotik** şeklindedir. Gecikme olursa; sepsis, aspirasyon pnömonisi, mediastinit gelişebilir.



• **Ayrıca tanıda: Epiglottitis** (şiddetli boğaz ağrısı, salya akması, yüksek ateş ve solunum sıkıntısı bulunur. RFA ile karıştırdığında).

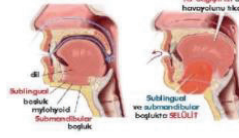
Klinik Bilimler 141. soru
Tusem Küçük Stajlar Konu Kitabı Sayfa 286

PARAFARINGEAL ABSE

- **En sık <5 yaşta**. En sık **enfeksiyonu**, tonsillit, **peritonsiller abse**, faringeal ve tükürük bezi enfeksiyonları ile ilişkilidir. **Trismus** olabilir. Lateral faringeal duvarın ve bademciklerin **medial yer değişimi** (arka boşluk apsesi) veya mandibula ağrısının altında hyoid kemiğe kadar sert şişlik (ön boşluk apsesi)

LUDWIG ANJİNİ

- Ludwig anjini, ağız tabanını oluşturan **submandibular**, sublingual ve submental boşlukları etkileyen **hızla ilerleyen bir sendromdur**. Vakaların çoğu mandibular molarlardaki diş enfeksiyonlarından kaynaklanır. Semptomlar ateş, ağız ağrısı, salya akması, disfaji ve boğuk ses olabilir.
- Submandibular ödem dilin büyümesine ve yükselmesine neden olduğundan hayatı tehdit eden **hava yolu tıkanıklığı** meydana gelebilir.
- Boyun BT tanyeri doğrular ve tedavi geniş spektrumlu antibiyotiklerdir.
- Ludwig anjini genellikle oral floradan kaynaklanan **aerobik** (viridans streptokokları) ve **anaerobik** (Fusobacterium) bakterilerin bir karışımı ile oluşan **polimikrobiyal** bir enfeksiyondur. Vakaların çoğu, submandibular boşlukta bulunan diş köküne komşu yoldan yayılan **odontojenik** enfeksiyonlardan kaynaklanır. Zamanında tedavi edilmezse enfeksiyon daha da derin boyun boşluklarına (retrofaringeal) veya mediastene geçebilir.
- Lenfadenopati **tipik olarak YOKTUR III** (Ludwig karakteristiktir). Boyun BT ve MR ile değerlendirme gerekir.
- **Ayrıca tanı**: **Peritonsiller apse** (şiddetli boğaz ağrısı, ateş, odinofaji ve trismus ile ortaya çıkabilir. Ancak muayene tipik olarak kontralateral uvula deviasyonu ile tonsiller/palatal şişliğin tek tarafı bir alanı gösterir. Ağız tabanı tutulmamıştır), **Retrofaringeal apse** (ateş, boyun tutulması, disfaji ve solunum sıkıntısı içerir, ancak retrofaringeal apse tipik olarak küçük çocuklarda görülür)
- Ampirik geniş spektrumlu antibiyotik tedavi (ampisilin-sulbaktam) hem aerobik hem de anaerobik oral florayı tedavi etmelidir.



NAZOFARENKS HASTALIKLARI VE TÜMÖRLERİ

FARENJEL TONSİL HİPERTROFİSİ (ADENÖİD VEJETASYON)

- Tipik yakınma ve bulguları burun tıkanıklığı ve buna bağlı ağızdan solunma (özellikle geceleri artan), horlama, gece terlemesi, huzursuz uyuma, tipik adenoid yüzü, hiponazal konuşmadır.
 - Ağız açık, üst kesici dişleri uzun ve ağzından sekresyonları olan **adenoid** yüzü bu hastalık için tipik olmasına rağmen, bu yüz tipinin gelişmiş olması irreversibl bozuklukların geliştiğini göstermektedir. Bu nedenle amaç, bu yüz tipi oluşmadan önce tanının konup tedavinin yapılmasıdır.
 - Çocukluk dönemi **OSAS'ın en sık görülen nedenidir**.

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 145

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

İLGİLİ NOTLAR

KÜÇÜK STAJLAR / DERMATOLOJİ

TUSEM
 TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ


STAFİLOKOKSİK HAŞLANMIŞ DERİ SENDROMU (RİTTER HASTALIĞI) (<6 YAŞ)

- Staf. Aureus *elafolyatif* toksin st. granülosomdaki Dsg-1'i parçalar (dermo-epidermal sağlamdır). Üst epidermis dökülür. *Mukoza KORUNUR*. Perioral eritem ve kurulanma vardır. *NİKOLSKY (+)*, *İNTRAepidermal gevşek böl* (karsız iyileşir) görülür. TEN ve SJS'de ise *SUBepidermal*.

PORFİRİA KUTANEA TARDA

- En sık görülen porfir. *Heizakölorbenzen* bulamış gıdaların yenilmesi ile ilişkilidir.
- Güneş gönen bölgelerde *skar bırakarak iyileşen, subepidermal veziküller ve büller* görülür.
- Alın, yanak ve *çakakta hipertrikoz, pigmentasyonda ↑↓*. HCY, HIV, ağır alkol, östrojen, sigara, güneş ile risk ↑
- Güneş maruz kalan deride (el sırtı) bülöz döküntü ile başlayan bir hastada *PKT düşünülmalıdır*.



Klinik Bilimler 145. soru
Tusem Küçük Stajlar Konu Kitabı Sayfa 079

ATOPIK DERMATİT (EGZEMA)

- Genellikle erken çocuklukta başlayan kronik, inflamatuvar cilt rahatsızlığı. Yaşa bağlı *karakteristik dağılımda* (>2 yaşta *fleksör*, <2 yaş *ekstansör*) *KURU, KAŞINTILI* eritematöz plakların akut alevlenmeleriyle kendini gösterir. Belirtilerin başlangıcı genellikle 3-6 aylıkta görülür (%85 *ilk yılda*, %95 *ilk 5 yılda*).
- Akut (eritem, vezikül, böl, krut), Subakut (pul/skuam, plak, papül, erozyon, krut), Kronik (*likenifikasyon*, skuam, hiper- ve hipopigmentasyon) olabilir. Akut hastalıkta; epidermal *spongiaz* (hücreler arası ödem), T hücre, eozinofil ve lasmen degranüle olmuş mast hücrelerinden oluşan bir dermal inflamatuvar hücre infiltratı, Kronik hastalıkta; epidermal hiperplazi ve *hiperkeratoz* vardır.
- Etiyoloji:** Atopi öyküsü, *Filaggrin* mutasyonu, Erken çocuklukta *düşük mikrobiyal maruziyet*, *Kontrol yaşam*, *Düşük UV ışığı*, *S aureus* kolonizasyonu ve HSV, *Tetikleyiciler* (Alkaloit, Sıcak, Ağır kuru veya nemli iklim, Stres, Cilt irritasyonu, Hava kirlenimleri (benzen, azot oksit, CO), Polen, evcil hayvan tüyleri).
- Ayrıca tanı:** Kontakt dermatit, seboroik dermatit, numuler dermatit, psöriazis, pityriasis rosea, skabies, tinea corporis, iltiyozis vulgaris, liken simpleks kronikus.

Atopik Dermatit

Küçük çocuklar (0-2 yaş)	Daha büyük çocuklar (>2 yaş)	Yetişkinler
Sınırlı, belirsiz eritematöz/hiperpigmente plak, papül, vezikül veya skuamların tekrarlama akut alevlenmeleri yüz, saçlı deri, gövde ve ekstremitelerin ekstansör yüzlerinde yer alır; bebek bazı bölgesi <i>kitasik</i> olarak korunur.	Kuru, eritematöz plaklardan oluşan akut lezyonlar en sık <i>fleksüal</i> kıvrımlarda (antekübital/popliteal fossa) bulunur.	<i>fleksüal</i> kıvrımlarda akut ve kronik lezyonlara ek eller, ayaklar ve göz kapakları da tutulur.

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 154

154.mononöritis multipleksin PAN' da görülebilmesi

İLGİLİ NOTLAR

TUSEM®
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

KÜÇÜK STAJLAR / NÖROLOJİ VE NÖROŞİRURJİ

Charcot-Marie-Tooth (CMT) hastalığı

- CMT hastalığı, kalıtsal motor ve duyuşal periferik nöropatilerin genetik olarak heterojen bir grubudur. Bu durum, öncelikle **distal** elektromiyotizi etkileyen ve **güçsüzlük**, **atrofi** ve **duyuşal** kayba yol açan ilerleyici periferik sinir disfonksiyonuna neden olur. Yaşam beklentisi tipik normaldir.
- CMT, **genetik** ve klinik belirtilere göre 1-4 alt tiplerine ayrılır ve tip 1 en yaygın olanıdır. CMT tip 1 tipik olarak **demiyelinizan** bir bozuktur.
- CMT, en sık kalıtsal nörolojik hastalıklardan biridir. En sık varyant (CMT tip 1), **periferik miyelin proteini 22 (PMP22)** geninin duplikasyonudur (**O.D**).
- Sinir biyopsileri, aksonlar etrafında **Schwann** demiyelinizasyonu ve remiyelinizasyonunu temsil eden **SOĞAN ZARI oluşumlarını** gösterir.
- Çocuklukta: * **Yavaş ilerleyen** semptomlar, * **Simetrik DİSTAL** atrofi / güçsüzlük, * **PES KAVUS** (yüksek kemer, çukur ayak) ile başlar.
- Ayak taban kaslarının güçsüzlüğü/erimesi nedeniyle pes kavus ve **ÇEKİÇ parmaklar** da görülebilir. Alt elektromiyotiz güçsüzlüğü ilerledikçe, **baldır atrofi**si belirginleşir ve çok ince görülen **LEYLEK bacağı** deformitesine yol açar. Paraspinal kasların zayıflığından skoliyoz ve kifoz da gelişebilir.
- Ailesel basınca duyarlılık (tomaküler (sisit))** nöropatisi: fokal kalınlaşma
- Nörolojik bulgular: B1, B2, B4, B12, C1, C2, E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E19, E20, E21, E22, E23, E24, E25, E26, E27, E28, E29, E30, E31, E32, E33, E34, E35, E36, E37, E38, E39, E40, E41, E42, E43, E44, E45, E46, E47, E48, E49, E50, E51, E52, E53, E54, E55, E56, E57, E58, E59, E60, E61, E62, E63, E64, E65, E66, E67, E68, E69, E70, E71, E72, E73, E74, E75, E76, E77, E78, E79, E80, E81, E82, E83, E84, E85, E86, E87, E88, E89, E90, E91, E92, E93, E94, E95, E96, E97, E98, E99, E100, E101, E102, E103, E104, E105, E106, E107, E108, E109, E110, E111, E112, E113, E114, E115, E116, E117, E118, E119, E120, E121, E122, E123, E124, E125, E126, E127, E128, E129, E130, E131, E132, E133, E134, E135, E136, E137, E138, E139, E140, E141, E142, E143, E144, E145, E146, E147, E148, E149, E150, E151, E152, E153, E154, E155, E156, E157, E158, E159, E160, E161, E162, E163, E164, E165, E166, E167, E168, E169, E170, E171, E172, E173, E174, E175, E176, E177, E178, E179, E180, E181, E182, E183, E184, E185, E186, E187, E188, E189, E190, E191, E192, E193, E194, E195, E196, E197, E198, E199, E200, E201, E202, E203, E204, E205, E206, E207, E208, E209, E210, E211, E212, E213, E214, E215, E216, E217, E218, E219, E220, E221, E222, E223, E224, E225, E226, E227, E228, E229, E230, E231, E232, E233, E234, E235, E236, E237, E238, E239, E240, E241, E242, E243, E244, E245, E246, E247, E248, E249, E250, E251, E252, E253, E254, E255, E256, E257, E258, E259, E260, E261, E262, E263, E264, E265, E266, E267, E268, E269, E270, E271, E272, E273, E274, E275, E276, E277, E278, E279, E280, E281, E282, E283, E284, E285, E286, E287, E288, E289, E290, E291, E292, E293, E294, E295, E296, E297, E298, E299, E300, E301, E302, E303, E304, E305, E306, E307, E308, E309, E310, E311, E312, E313, E314, E315, E316, E317, E318, E319, E320, E321, E322, E323, E324, E325, E326, E327, E328, E329, E330, E331, E332, E333, E334, E335, E336, E337, E338, E339, E340, E341, E342, E343, E344, E345, E346, E347, E348, E349, E350, E351, E352, E353, E354, E355, E356, E357, E358, E359, E360, E361, E362, E363, E364, E365, E366, E367, E368, E369, E370, E371, E372, E373, E374, E375, E376, E377, E378, E379, E380, E381, E382, E383, E384, E385, E386, E387, E388, E389, E390, E391, E392, E393, E394, E395, E396, E397, E398, E399, E400, E401, E402, E403, E404, E405, E406, E407, E408, E409, E410, E411, E412, E413, E414, E415, E416, E417, E418, E419, E420, E421, E422, E423, E424, E425, E426, E427, E428, E429, E430, E431, E432, E433, E434, E435, E436, E437, E438, E439, E440, E441, E442, E443, E444, E445, E446, E447, E448, E449, E450, E451, E452, E453, E454, E455, E456, E457, E458, E459, E460, E461, E462, E463, E464, E465, E466, E467, E468, E469, E470, E471, E472, E473, E474, E475, E476, E477, E478, E479, E480, E481, E482, E483, E484, E485, E486, E487, E488, E489, E490, E491, E492, E493, E494, E495, E496, E497, E498, E499, E500, E501, E502, E503, E504, E505, E506, E507, E508, E509, E510, E511, E512, E513, E514, E515, E516, E517, E518, E519, E520, E521, E522, E523, E524, E525, E526, E527, E528, E529, E530, E531, E532, E533, E534, E535, E536, E537, E538, E539, E540, E541, E542, E543, E544, E545, E546, E547, E548, E549, E550, E551, E552, E553, E554, E555, E556, E557, E558, E559, E560, E561, E562, E563, E564, E565, E566, E567, E568, E569, E570, E571, E572, E573, E574, E575, E576, E577, E578, E579, E580, E581, E582, E583, E584, E585, E586, E587, E588, E589, E590, E591, E592, E593, E594, E595, E596, E597, E598, E599, E600, E601, E602, E603, E604, E605, E606, E607, E608, E609, E610, E611, E612, E613, E614, E615, E616, E617, E618, E619, E620, E621, E622, E623, E624, E625, E626, E627, E628, E629, E630, E631, E632, E633, E634, E635, E636, E637, E638, E639, E640, E641, E642, E643, E644, E645, E646, E647, E648, E649, E650, E651, E652, E653, E654, E655, E656, E657, E658, E659, E660, E661, E662, E663, E664, E665, E666, E667, E668, E669, E670, E671, E672, E673, E674, E675, E676, E677, E678, E679, E680, E681, E682, E683, E684, E685, E686, E687, E688, E689, E690, E691, E692, E693, E694, E695, E696, E697, E698, E699, E700, E701, E702, E703, E704, E705, E706, E707, E708, E709, E710, E711, E712, E713, E714, E715, E716, E717, E718, E719, E720, E721, E722, E723, E724, E725, E726, E727, E728, E729, E730, E731, E732, E733, E734, E735, E736, E737, E738, E739, E740, E741, E742, E743, E744, E745, E746, E747, E748, E749, E750, E751, E752, E753, E754, E755, E756, E757, E758, E759, E760, E761, E762, E763, E764, E765, E766, E767, E768, E769, E770, E771, E772, E773, E774, E775, E776, E777, E778, E779, E780, E781, E782, E783, E784, E785, E786, E787, E788, E789, E790, E791, E792, E793, E794, E795, E796, E797, E798, E799, E800, E801, E802, E803, E804, E805, E806, E807, E808, E809, E810, E811, E812, E813, E814, E815, E816, E817, E818, E819, E820, E821, E822, E823, E824, E825, E826, E827, E828, E829, E830, E831, E832, E833, E834, E835, E836, E837, E838, E839, E840, E841, E842, E843, E844, E845, E846, E847, E848, E849, E850, E851, E852, E853, E854, E855, E856, E857, E858, E859, E860, E861, E862, E863, E864, E865, E866, E867, E868, E869, E870, E871, E872, E873, E874, E875, E876, E877, E878, E879, E880, E881, E882, E883, E884, E885, E886, E887, E888, E889, E890, E891, E892, E893, E894, E895, E896, E897, E898, E899, E900, E901, E902, E903, E904, E905, E906, E907, E908, E909, E910, E911, E912, E913, E914, E915, E916, E917, E918, E919, E920, E921, E922, E923, E924, E925, E926, E927, E928, E929, E930, E931, E932, E933, E934, E935, E936, E937, E938, E939, E940, E941, E942, E943, E944, E945, E946, E947, E948, E949, E950, E951, E952, E953, E954, E955, E956, E957, E958, E959, E960, E961, E962, E963, E964, E965, E966, E967, E968, E969, E970, E971, E972, E973, E974, E975, E976, E977, E978, E979, E980, E981, E982, E983, E984, E985, E986, E987, E988, E989, E990, E991, E992, E993, E994, E995, E996, E997, E998, E999, E1000, E1001, E1002, E1003, E1004, E1005, E1006, E1007, E1008, E1009, E1010, E1011, E1012, E1013, E1014, E1015, E1016, E1017, E1018, E1019, E1020, E1021, E1022, E1023, E1024, E1025, E1026, E1027, E1028, E1029, E1030, E1031, E1032, E1033, E1034, E1035, E1036, E1037, E1038, E1039, E1040, E1041, E1042, E1043, E1044, E1045, E1046, E1047, E1048, E1049, E1050, E1051, E1052, E1053, E1054, E1055, E1056, E1057, E1058, E1059, E1060, E1061, E1062, E1063, E1064, E1065, E1066, E1067, E1068, E1069, E1070, E1071, E1072, E1073, E1074, E1075, E1076, E1077, E1078, E1079, E1080, E1081, E1082, E1083, E1084, E1085, E1086, E1087, E1088, E1089, E1090, E1091, E1092, E1093, E1094, E1095, E1096, E1097, E1098, E1099, E1100, E1101, E1102, E1103, E1104, E1105, E1106, E1107, E1108, E1109, E1110, E1111, E1112, E1113, E1114, E1115, E1116, E1117, E1118, E1119, E1120, E1121, E1122, E1123, E1124, E1125, E1126, E1127, E1128, E1129, E1130, E1131, E1132, E1133, E1134, E1135, E1136, E1137, E1138, E1139, E1140, E1141, E1142, E1143, E1144, E1145, E1146, E1147, E1148, E1149, E1150, E1151, E1152, E1153, E1154, E1155, E1156, E1157, E1158, E1159, E1160, E1161, E1162, E1163, E1164, E1165, E1166, E1167, E1168, E1169, E1170, E1171, E1172, E1173, E1174, E1175, E1176, E1177, E1178, E1179, E1180, E1181, E1182, E1183, E1184, E1185, E1186, E1187, E1188, E1189, E1190, E1191, E1192, E1193, E1194, E1195, E1196, E1197, E1198, E1199, E1200, E1201, E1202, E1203, E1204, E1205, E1206, E1207, E1208, E1209, E1210, E1211, E1212, E1213, E1214, E1215, E1216, E1217, E1218, E1219, E1220, E1221, E1222, E1223, E1224, E1225, E1226, E1227, E1228, E1229, E1230, E1231, E1232, E1233, E1234, E1235, E1236, E1237, E1238, E1239, E1240, E1241, E1242, E1243, E1244, E1245, E1246, E1247, E1248, E1249, E1250, E1251, E1252, E1253, E1254, E1255, E1256, E1257, E1258, E1259, E1260, E1261, E1262, E1263, E1264, E1265, E1266, E1267, E1268, E1269, E1270, E1271, E1272, E1273, E1274, E1275, E1276, E1277, E1278, E1279, E1280, E1281, E1282, E1283, E1284, E1285, E1286, E1287, E1288, E1289, E1290, E1291, E1292, E1293, E1294, E1295, E1296, E1297, E1298, E1299, E1300, E1301, E1302, E1303, E1304, E1305, E1306, E1307, E1308, E1309, E1310, E1311, E1312, E1313, E1314, E1315, E1316, E1317, E1318, E1319, E1320, E1321, E1322, E1323, E1324, E1325, E1326, E1327, E1328, E1329, E1330, E1331, E1332, E1333, E1334, E1335, E1336, E1337, E1338, E1339, E1340, E1341, E1342, E1343, E1344, E1345, E1346, E1347, E1348, E1349, E1350, E1351, E1352, E1353, E1354, E1355, E1356, E1357, E1358, E1359, E1360, E1361, E1362, E1363, E1364, E1365, E1366, E1367, E1368, E1369, E1370, E1371, E1372, E1373, E1374, E1375, E1376, E1377, E1378, E1379, E1380, E1381, E1382, E1383, E1384, E1385, E1386, E1387, E1388, E1389, E1390, E1391, E1392, E1393, E1394, E1395, E1396, E1397, E1398, E1399, E1400, E1401, E1402, E1403, E1404, E1405, E1406, E1407, E1408, E1409, E1410, E1411, E1412, E1413, E1414, E1415, E1416, E1417, E1418, E1419, E1420, E1421, E1422, E1423, E1424, E1425, E1426, E1427, E1428, E1429, E1430, E1431, E1432, E1433, E1434, E1435, E1436, E1437, E1438, E1439, E1440, E1441, E1442, E1443, E1444, E1445, E1446, E1447, E1448, E1449, E1450, E1451, E1452, E1453, E1454, E1455, E1456, E1457, E1458, E1459, E1460, E1461, E1462, E1463, E1464, E1465, E1466, E1467, E1468, E1469, E1470, E1471, E1472, E1473, E1474, E1475, E1476, E1477, E1478, E1479, E1480, E1481, E1482, E1483, E1484, E1485, E1486, E1487, E1488, E1489, E1490, E1491, E1492, E1493, E1494, E1495, E1496, E1497, E1498, E1499, E1500, E1501, E1502, E1503, E1504, E1505, E1506, E1507, E1508, E1509, E1510, E1511, E1512, E1513, E1514, E1515, E1516, E1517, E1518, E1519, E1520, E1521, E1522, E1523, E1524, E1525, E1526, E1527, E1528, E1529, E1530, E1531, E1532, E1533, E1534, E1535, E1536, E1537, E1538, E1539, E1540, E1541, E1542, E1543, E1544, E1545, E1546, E1547, E1548, E1549, E1550, E1551, E1552, E1553, E1554, E1555, E1556, E1557, E1558, E1559, E1560, E1561, E1562, E1563, E1564, E1565, E1566, E1567, E1568, E1569, E1570, E1571, E1572, E1573, E1574, E1575, E1576, E1577, E1578, E1579, E1580, E1581, E1582, E1583, E1584, E1585, E1586, E1587, E1588, E1589, E1590, E1591, E1592, E1593, E1594, E1595, E1596, E1597, E1598, E1599, E1600, E1601, E1602, E1603, E1604, E1605, E1606, E1607, E1608, E1609, E1610, E1611, E1612, E1613, E1614, E1615, E1616, E1617, E1618, E1619, E1620, E1621, E1622, E1623, E1624, E1625, E1626, E1627, E1628, E1629, E1630, E1631, E1632, E1633, E1634, E1635, E1636, E1637, E1638, E1639, E1640, E1641, E1642, E1643, E1644, E1645, E1646, E1647, E1648, E1649, E1650, E1651, E1652, E1653, E1654, E1655, E1656, E1657, E1658, E1659, E1660, E1661, E1662, E1663, E1664, E1665, E1666, E1667, E1668, E1669, E1670, E1671, E1672, E1673, E1674, E1675, E1676, E1677, E1678, E1679, E1680, E1681, E1682, E1683, E1684, E1685, E1686, E1687, E1688, E1689, E1690, E1691, E1692, E1693, E1694, E1695, E1696, E1697, E1698, E1699, E1700, E1701, E1702, E1703, E1704, E1705, E1706, E1707, E1708, E1709, E1710, E1711, E1712, E1713, E1714, E1715, E1716, E1717, E1718, E1719, E1720, E1721, E1722, E1723, E1724, E1725, E1726, E1727, E1728, E1729, E1730, E1731, E1732, E1733, E1734, E1735, E1736, E1737, E1738, E1739, E1740, E1741, E1742, E1743, E1744, E1745, E1746, E1747, E1748, E1749, E1750, E1751, E1752, E1753, E1754, E1755, E1756, E1757, E1758, E1759, E1760, E1761, E1762, E1763, E1764, E1765, E1766, E1767, E1768, E1769, E1770, E1771, E1772, E1773, E1774, E1775, E1776, E1777, E1778, E1779, E1780, E1781, E1782, E1783, E1784, E1785, E1786, E1787, E1788, E1789, E1790, E1791, E1792, E1793, E1794, E1795, E1796, E1797, E1798, E1799, E1800, E1801, E1802, E1803, E1804, E1805, E1806, E1807, E1808, E1809, E1810, E1811, E1812, E1813, E1814, E1815, E1816, E1817, E1818, E1819, E1820, E1821, E1822, E1823, E1824, E1825, E1826, E1827, E1828, E1829, E1830, E1831, E1832, E1833, E1834, E1835, E1836, E1837, E1838, E1839, E1840, E1841, E1842, E1843, E1844, E1845, E1846, E1847, E1848, E1849, E1850, E1851, E1852, E1853, E1854, E1855, E1856, E1857, E1858, E1859, E1860, E1861, E1862, E1863, E1864, E1865, E1866, E1867, E1868, E1869, E1870, E1871, E1872, E1873, E1874, E1875, E1876, E1877, E1878, E1879, E1880, E1881, E1882, E1883, E1884, E1885, E1886, E1887, E1888, E1889, E1890, E1891, E1892, E1893, E1894, E1895, E1896, E1897, E1898, E1899, E1900, E1901, E1902, E1903, E1904, E1905, E1906, E1907, E1908, E1909, E1910, E1911, E1912, E1913, E1914, E1915, E1916, E1917, E1918, E1919, E1920, E1921, E1922, E1923, E1924, E1925, E1926, E1927, E1928, E1929, E1930, E1931, E1932, E1933, E1934, E1935, E1936, E1937, E1938, E1939, E1940, E1941, E1942, E1943, E1944, E1945, E1946, E1947, E1948, E1949, E1950, E1951, E1952, E1953, E1954, E1955, E1956, E1957, E1958, E1959, E1960, E1961, E1962, E1963, E1964, E1965, E1966, E1967, E1968, E1969, E1970, E1971, E1972, E1973, E1974, E1975, E1976, E1977, E1978, E1979, E1980, E1981, E1982, E1983, E1984, E1985, E1986, E1987, E1988, E1989, E1990, E1991, E1992, E1993, E1994, E1995, E1996, E1997, E1998, E1999, E2000, E2001, E2002, E2003, E2004, E2005, E2006, E2007, E2008, E2009, E2010, E2011, E2012, E2013, E2014, E2015, E2016, E2017, E2018, E2019, E2020, E2021, E2022, E2023, E2024, E2025, E2026, E2027, E2028, E2029, E2030, E2031, E2032, E2033, E2034, E2035, E2036, E2037, E2038, E2039, E2040, E2041, E2042, E2043, E2044, E2045, E2046, E2047, E2048, E2049, E2050, E2051, E2052, E2053, E2054, E2055, E2056, E2057, E2058, E2059, E2060, E2061, E2062, E2063, E2064, E2065, E2066, E2067, E2068, E2069, E207**

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 160

160.Boy kısalığı en az hangi hastalıkta görülür?

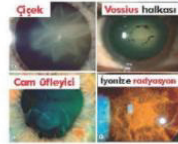
İLGİLİ NOTLAR

TUSEM®
 TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

KÜÇÜK STAJLAR / GÖZ HASTALIKLARI

TRAVMATİK KATARAKT

- Travma, gençlerde **tek taraflı kataraktın en sık nedenidir**. İris pigmentinin damga/ yuvarlak halka şeklinde lense ön kapsülü üzerine çıkmasıyla karakterize *****VOSSIUS halkası** yanı sıra lenste **çiçek şeklinde** karakteristik opasiteye neden olabilir.
- Elektrik çarpması (nadir); yaygın **süt beyazı** opasifikasyon ve bazen stellat subkapsüler dağılımda **kar tenesi benzeri** opasiteler.
- Kızıltesi radyasyon, **cam üfleycilerde** olduğu gibi yoğunsa, nadiren anterior lens kapsülünün gerçek soyulmasına neden olabilir.
- İyoniize radyasyon, göz kumuru tedavisinde, **posterior subkapsüler opasiteleri** tetikleyebilir.



KÜNT TRAVMA GÖZ ETKİLERİ

- Korneal erazyon ve ödem • Hifema • İridodiyaliz • İnflamasyona bağlı hipertoni (GİB yüksekliği) • Siliyer cisim depresyonuna bağlı hipotoni (GİB düşüklüğü) • Katarakt • Glob rüptürü • Vitreus hemorajisi • Retinal ödem ve dekolmanlar • Travmatik optik nöropati • Optik sinir avülsiyonu • Santral retinal arter tıkanıklığı (nadir)

KONJENİTAL KATARAKT (<1%)

- 10.000 canlı doğumda 3 vakada görülür. Vakaların 1/3'ü **sistemik hastalıklarla** ilişkilidir, 1/3'ü kalıtsaldır ve 1/3'ü idiyopattır. **2/3'ü bilateral**dir ve bunların yanında bir neden belirlenebilir. **OD** geçiş, en sık faktördür. Diğer nedenler arasında **kromozomal anormallikler**, **metabolik bozukluklar** ve **intrauterin enfeksiyonlar** bulunur. Tek taraflı kataraktlar genellikle sporadik olup, etkilenen bebekler sağlıklıdır.
- **Sistemik metabolik birliktelikler:** 1. **Galaktozemi** (**yağ damlası opasite) 2. **Galaktikoz** (-) 3. **Mannosidaz** 4. **Lowe'nin** okülernebrorenal sendromu 5. **Fabry** 6. **Diğer (Maternal DM, hipoparatiroidizm, psödohipoparatiroidizm, hipoglisemi ve hiperlipsemi)**, Tetani (hipokalsemi)
- **Intrauterin enfeksiyonlar:** TORCH (kızamıkçık, Toksoplazma, sifiliz, CMV, HSV, VZV), kızamık, sifiliz, HIV
- **Kromozomal anormallikler:** Down (trizomi 21), Patau (trizomi 13), Edward sendromu (trizomi 18), Cri-du-chat, Alport, NF-2, Turner, Marfan,
- Miyotonik distrofi, (pemfigus, ichtyozis, atopik dermatiti)

- **LÖKOKORİ** (beyaz ışık refleksi): **Retinoblastom** (en önemli), **Konjenital katarakt** (en sık), **Senil katarakt**, **Prematür retinopatisi** (ROP), **retina dekolmanı**, **konjenital toksoplazma**, **retinal displazi**, **COATS**, **nematod endoftalmi**, **Primer hiperplastik persistan vitreus (PHPV)**

LENS EKTOPİSİ

- Ektopi lents, lense normal pozisyonundan kalıtsal veya edinsel yer değiştirmesini ifade eder. Lens tamamen yerinden çıkabilir, bu da gözü fonksiyonel olarak lüğe hale getirir veya kısmen yerinden çıkabilir, pupilla alanının bir kısmında kalır (sublüksasyon).

Klinik Bilimler 160. soru
Tusem Küçük Stajlar Konu Kitabı Sayfa 182

- **MARFAN:** O.D geçiş (FBN1), uzun, ince vücut, orantısız uzun uzunlar (kol açıklığı > boy), uzun parmaklar ve ayak parmakları (arakanodaktili), kifoskolyoz, sternal anormallikler, hafif eklem gevşekliği, kas gelişim yetersizliği, fıtıklara yatkınlık, yükeak damak arka, aort kökü dilatasyonu, mitral kapak prolapsusu (MVP) ve aort anevrizması. **Bilateral ektopi lents (%80)**; sublüksasyon en sık **süperotemporal**dir.



- **WILL-MARCHESANI sendromu:** **Marfan sendromunun** **tenisi** olan nadir bir sistemik bağ dokusu hastalığıdır. O.R veya O.D FBN1 geni. Ektopi lents (%50). Sublüksasyon **inferior** yöndedir ve geç çocuklukta/erken yetişkinlikte çıkar.
- **HOMOSİSTİNÜRİ;** amino asit **metiyonin**in enzimatik metabolizmasının azalmasıyla sonuçlanan ve sistemik **metiyonin** ve **homosistein** birikimine neden olan O.R hastalığıdır. Kaba sarı saç, mavi irisler, marfanoid habitus, **nörolojik** gelişimsel gecikme, belirlen **trombotik** yatkınlık ve erken **ateroskleroz** bulunur. Tedavi oral piridoksin, folik asit ve B12 içerir. Ektopi lents, tipik **inferonazal**, tedavi edilmeyen vakalarda 25 yaşına kadar neredeyse mutlak. Diğer özellikler arasında iris atrofisi, optik atrofi, katarakt, miyopi ve retinal dekolman bulunur.

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 164

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

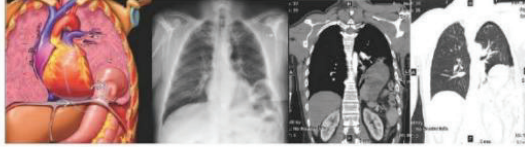
İLGİLİ NOTLAR

KÜÇÜK STAJLAR / GÖĞÜS CERRAHİSİ VE KALP DAMAR CERRAHİSİ

TUSEM®
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

DIYAFRAGMA RÜPTÜRÜ

- Karın/göğüs e olan **penetrant** (%65), **künt** (%35) travmada özofajial hiatusdan 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 sürekliliği, diyafram hernisi ve **kum saatli işaret** 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 yapışıklıklarının ayrılması açısından transtorasik tamir önerilir.
- **Diyafragma rüptürünün 5 klinik belirtisi vardır:** Sol hemitoraksın hareketsiz ve şişkin durumda olması, Kalp seslerinin sağ hemitoraksa doğru yer değiştirmesi, Solda solunum seslerinin duyulmaması, Göğüs içinde boşluk seslerinin duyulması, Perküsyonda timpanik ses duyulması.
- **Akciğer grafisinde diyafragma rüptürü bulguları:** Diyafragma elevasyonu, Diyafragma sınırlarında silinme yada düzensizleşme, Visseral herniasyon, Sol hemitoraks alt zonda hava-sıvı seviyeleri, Nazogastrik tüpün göğüs içinde izlenmesi, Plevral sıvı, Pnömotoraks, Hidrotoraks.



Klinik Bilimler 164. soru
Tusem Küçük Stajlar Konu Kitabı Sayfa 245

- sırasında), yabancı cisim, korozif madde, özofagus kansinomu, ateşi silah yaralanmaları
- Boyun/göğüs ağrısı, ateş, kızamık, hipotansiyon, solunum, yutma güçlüğü, subkutan amfizem, FNX, plevral efüzyon, hematemez ve **hızla gelişen mediastinitis**ye yol açar (küntten çok **penetrant** yaralanmalar sonucu)
- Akciğer grafisi, Özofagoskopi, Özofagografi. Perforasyon <24 saat ise patolojik özofagus çıkar + flep ile kapat



- **Trakea rüptürü, diyafram rüptürü, masif hemotoraks ve basıncı pnömotoraks** gibi durumlarda akciğerin ekspansiyonu engellendiğinden hava yolu basıncı yükselir. Perikard tamponadında ise kan perikarda birikeceğinden **akciğer ekspansiyonunu engelleyen** bir durum oluşmaz. Sistolik kan basıncı 30 mm Hg ve hava yolu basıncı 70 mbar olan hastayı **ambu ile solutmakta güçlük** çekiyorsak diğer 4 durum olabildikçe perikard tamponadında güçlük beklenmez !!!

PNÖMOMEDIASTİNÜM

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



245

Soru kökü ve çözümü: Klinik Bilimler 166

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

İLGİLİ NOTLAR

KÜÇÜK STAJLAR / GÖĞÜS CERRAHİSİ VE KALP DAMAR CERRAHİSİ

TUSEM®
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

DİYAFRAGMA RÜPTÜRÜ

- Karın/göğüs olan **penetran** (%65); **künt** (%35) travmada özofagial hiattustan başlayan radyal yırtıktır. X-ray'de göğüs boşluğunda kolon veya midenin görülmesi ile tanı konulur. **Göğüs ve karın BT: Stabil** hastalarda **İLK** tercih edilen tetektir; diyafram süreksizliği, diyafram hernisi ve **kum saati işareti** 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 yapışıklıklarının ayrılması açısından transtorasik tamir önerilir.
- Diyafragma rüptürünün 5 klinik belirtisi vardır:** Sol hemitoraksın hareketsiz ve şişkin durumda olması, Kalp seslerinin sağ hemitoraksa doğru yer değiştirmesi, Solda 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 hemitoraks alt zonda hava-sıvı seviyeleri, Nazogastrik tüpün göğüs içinde izlenmesi, Plevral sıvı, Pnömotoraks, Hidrotoraks



Klinik Bilimler 166. soru
Tusem Küçük Stajlar Konu Kitabı Sayfa 245

ÖZEFAGUS RÜPTÜRÜ

- İatrojenik (en sık)** (endoskopik işlemler, entübasyon, NG sonda takılması), barotrauma (helikarlayan kumalar, defekasyon, doğum sırasında), yabancı cisim, korozif madde, özofagus kansinomu, 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 işe patolojik özofagusu çıkar + flep ile kapat



• **Trakea** rüptürü, **diyafram** rüptürü, **masif hemotoraks** ve **basınçlı pnömotoraks** gibi durumlarda akciğerin ekspansiyonu engellendiğinden hava yolu basıncı yükselir. Perikard tamponadında ise kan perikardda birikeceğinden **akciğer ekspansiyonunu engelleyen** bir durum oluşmaz. Sistolik kan basıncı 50 mm Hg ve hava yolu basıncı 70 mBar olan hastayı **ambu ile solutmakta güçlük** çekiyorsa diğer 4 durum tabirliken perikard tamponadında güçlük beklenmez !!!

PNÖMOMEDIASTİNÜM

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



245

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 valvden 60 cm proksimaldedir. Erişkinlerde en sık görülen komplikasyonlardan biri intestinal obstrüksiyondur.

İLGİLİ NOTLAR

KÜÇÜK STAJLAR / ÇOCUK CERRAHİSİ



MEKONYUM PERİTONİTİ

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

KOYULAŞMIŞ SÜT TİKAÇ SENDROMU

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

DUPLİKASYONLAR

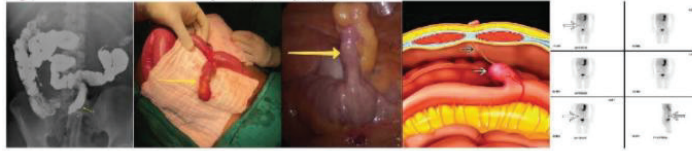
- Genellikle **mezenterik yüzde** mezenter yaprakları arasında yer alırlar.
- Sindirim sisteminde duplikasyonlar **en sık** bağırsakta, burada da **ince bağırsaklarda** görülür. **En sık terminal ileum ve ileoçekal** bölgede ve özofagusta yer alırlar. **Kardiyak, sinir sistemi, genitalüriner ve solunum yolu** anomalleri eşlik edebilir.
- **Kistik** (En SIK), tübüler ve intramural olarak 3 tipi vardır. Birlikte **en sık görülen anomali hemivertebradır**.
- **Kusma** özellikle duodenum yerleşimlerinde belirgindir. Erişkin yaşlarda **adenokarsinoma** dönüşebilirler.
- ADBG, ultrason ve BT'de **dev boyutlu kitle** görülür. Perforasyon genellikle ileumun son bölümünde görülür.

YENİDOĞANDA GASTROİNTESTİNEL KANAMA

Klinik Bilimler 174. soru
Tusem Küçük Stajlar Konu Kitabı Sayfa 209

MECKEL DİVERTİKÜLÜ

- En sık konjenital GİS anomali (%2). İntrauterin 6-7. haftada oblitere olması gereken vitellin kanalın (**Omfalomezenterik kanal**) (yolk kesesi ni emriyolojik dönemdeki orta bağırsağı bağlayan kanal) proksimal segmentinin kalıcı olması. **E>K**.
- **Gerçek bir divertiküldür** (ince bağırsağın 3 tabakasını da içerir). **Vitellin** arterden beslenir. En sık **ileumda**.
- İlgili anomalliler: 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) prox. (ileumun antimezenterik tarafında); **nüfusun %2'sinde**; **%2 semptomatik**; **ilk 2 yaşta** ortaya çıkar, **2 tip mukoza** içerir; → **İleal + Ektopik mukoza** [asit üreten **MİDE mukozası** (%60), pankreatik, kolon ve duodenal mukoza]
- Ektopik mide veya pankreatik mukoza varlığında divertikül içinde asit/enzim salınımıyla ileal ülserasyon → kanama
- **Klinik: Asemptomatik** (en sık) → insidental. **Semptomatik: Alt GİS kanama** (hematokozya, 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 tanıdır); Divertikülü kaplayan **ektopik gastrik mukozanın** görüntülenmesi (çocuklarda sensitivite %90 ve spesifite %98)
- **BT anjiyografi** (Gİ kanama kaynağını lokalize etmede kullanılır. Patent **VİTELLİN arter patognomoniktir**),
- Mezenterik arteriografi, İşareti RBC taraması (kanayan Meckel divertikülü tespit etmek için faydalıdır), gift balon enteroskopi, kapsül endoskopi, diagnostik laparoskopi
- **Komplikasyon:** Divertikülit, İntususepsiyon, Gİ perforasyon, tıkanıklık, anemi, fibröz bant çevresinde volvulus, perfore olursa sepsis, **LİTTE fıtığı** (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.

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.

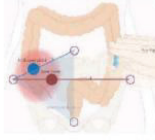
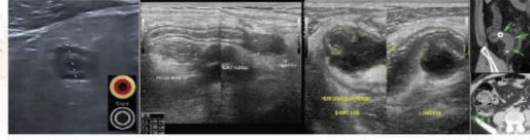
İLGİLİ NOTLAR

TUSEM®
TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ

KÜÇÜK STAJLAR / ÇOCUK CERRAHİSİ

ÇOCUKLARDA APANDİSİT

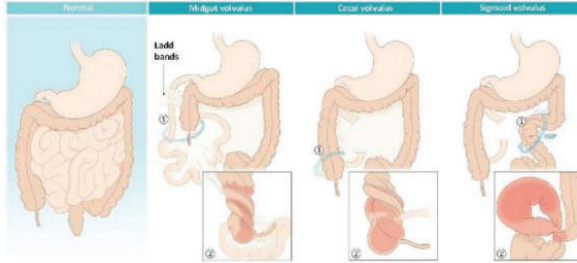
- **>2 yaş çocuklarda** akut batinın en sık nedenidir. Yaşam boyu risk: %8, En sık yaş: (10-19 yaş), **E>K**
- **Lenfoid hiperplazi** (%60) → çocuk ve gençlerde en sık // **Fekalit** ve fekal staz (%35) → yetişkinlerde en sık neden
- **Neoplazm** → >50 yaş daha olası // **Parazitler** → Enterobius vermicularis, 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 (parietal periton)** ilerler; zamanla giddetlenir,
- Kusma (bağıta mide, sonra safra), iştahsızlık (%80); perforasyonda (24-48 saat) hassasiyet, kusma, ateş, lökositoz
- **Radyoloji: USG** (Hamileler ve çocuklar için 1. basamak), ADBG (aynı tani), BT ve MR (USG'de şüphe varsa)

- **Laboratuvar**: Lökositoz ve sola kayma, CRP artışı, kreatinin yüksekliği.
- **Ayrıca tanı**: Meckel divertikülü, **mezenterik lenfadenit** (en sık kanşan hastalık: Etken Yersinia enterocolitika), Crohn, enteritler, kolisit, pankreatit, İYE, Öreter taşları, renal tümör, over torsiyonu, rüptüre over kisti, pelvik inflamatuvar hastalıklar, testiküler torsiyon, pnömoni, HSE Kawasaki, omental torsiyon, porfiri, orak hücreli anemi, lenfoma, vaskülitler, parazitik enfeksiyonlar, FMF
- **McBurney** noktası hassasiyeti // **Rebound** hassasiyeti (**Blumberg** belirtisi), özellikle sağ alt kadranda
- **Rovsing** belirtisi: Sol alt kadranın derin palpasyonunda ortaya çıkan sağ alt kadranda ağrı
- **Pasas** belirtisi: İki farklı şekilde yapılabilir Sağ kalça uzatılmış bacakla dirence karşı fleksiyona getirildiğinde ortaya çıkabilir Hasta sol tarafına yatırıldığında sağ kalçanın pasif ekstansiyonunda sağ alt kadranda ağrı oluşabilir.
- **Obturator** belirtisi: Kalça ve diz fleksiyondayken sağ kalçanın pasif internal rotasyonunda sağ alt kadranda ağrı

Klinik Bilimler 176. soru
Tusem Küçük Stajlar Konu Kitabı Sayfa 212

• 1/6000 (midgut volvulus). Volvulus, bağırsak iskemisi riski taşıdığından, çocuk cerrahisinin önemli bir acilidir (travmalardan sonraki en sık neden). Yenidoğan %90'ı <1 yaş görülür.



- Sigmoid volvulus yaşlılarda (**Older**), Midgut volvulus ve Malrotasyon çocuklarda (**Minörler**) görülür.
- **Normal rotasyon**: Midgut, anne karnında **4. haftada** uzamaya başlar → umbilikustan herniasyonu (**6. hafta**) → midgut'un saat yönünün tersine 90° dönməsi → karın boşluğuna geri girmesi (**10. hafta**) → karın boşluğunda **180° dönüş** (toplamda 270°) → duodenojejunal fleksür ve çekumun karın arka duvarına sabitlenmesi
- **Rotasyon olmaması**: Tüm kolon ve çekum sol, tüm **ince bağırsak sağ** tarafıdır. Tam veya kısmi duodenal tıkanıklık vardır. Duodenum sağda ve düzdür. Sıklıkla omfalosel ve gastrozisis görülür. Mezenterik **geniş** taban.
- **İnkompert rotasyon**: Çekum, periton bantları (**Ladd**) ile **sağ üst kadranda**, SMA'nın solunda epigastrik bölgede duodenumun hemen üzerinde sabit kalır. Tüm kolon ve terminal ileum SMA'nın solunda, duodenum ve jejunum sağındadır. Rotasyon anomalilerinin %70-80'ini oluşturur. Mezenterik **dar** taban.

TUSEM®

TIPTA UZMANLIK SINAVI EĞİTİM MERKEZİ



TUSEM®
—PORTAL—

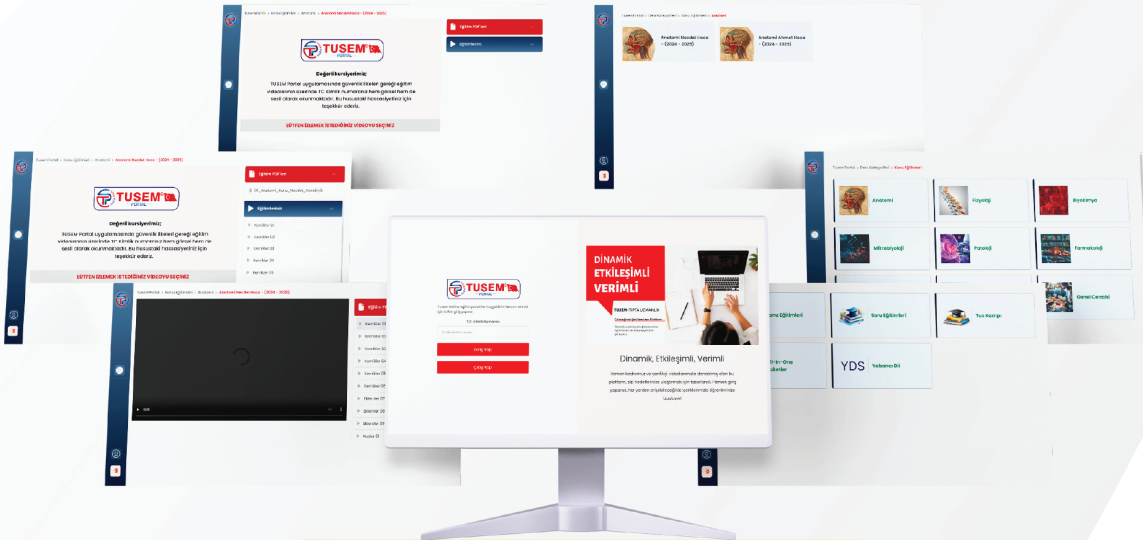
İLE MODERN BİR

TUS HAZIRLIK DENEYİMİ

TUSEMPORTAL, kullanıcı dostu arayüzü ve kapsamlı içeriğiyle,

TUS hazırlığında daha planlı, daha kontrollü ve

daha erişilebilir bir sürece dönüştürür.



MOBİL, TABLET VE PC UYUMLU

**Güncel Video ders içerikleri,
kolay erişim ve ilerleme takibi**

**Kategorize edilmiş kaynaklar
ve hızlı erişim imkanı**

EĞİTİMLERİMİZİ SATIN ALMAK İÇİN

www.tusemportal.com

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

