

Ayırıcı Tanı El Kitabı

İSTANBUL TIP KİTABEVİ

©İstanbul Medikal Yayıncılık ÇEVİRİ ESERLER dizisi
Ayrırcı Tam El Kitabı / Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu
İstanbul Tıp Fakóltesi Genel Dahiliye Bilim Dalı

Baskı 2007

ISBN 975-6395-92-3

2007 İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd. Şti.
34104, Çapa-İstanbul-Türkiye
www.istanbultip.com.tr
e-mail: info@istanbultip.com.tr

Merkez: Turgut Özal Cad. Ereğli Mah. No: 4/ A Çapa-İST.
Tel: 0212.584 20 58 (pbx) 587 94 43 Faks: 0212.587 94 45

Şube: Çiftlik mah. Divitçioğlu Cd. No: 73 SAMSUN
Tel: 0362.233 61 35 Faks: 0362.233 56 35

www.istanbultip.com.tr

Yasalar uyarınca, bu yapıtın yayın hakları
istanbul medikal yayıncılık ltd.şti.'ye aittir.
Yazılı izin alınmadan ve kaynak olarak gösterilmeden,
elektronik, mekanik ve diğer yöntemlerle
kısmen veya tamamen kopya edilemez;
fotokopi, teksir, baskı ve diğer yollarla çoğaltılamaz.

UYARI

Medikal bilgiler sürekli değişmekte ve yenilenmektedir. Standart güvenlik uygulamaları dikkate alınmalı, yeni araştırmalar ve klinik tecrübeler ışığında tedavilerde ve ilaç uygulamalarındaki değişikliklerin gerekli olabileceği bilinmelidir. Okuyuculara ilaçlar hakkında üretici firma tarafından sağlanan her ilaca ait en son ürün bilgilerini, dozaj ve uygulama şekillerini ve kontrendikasyonları kontrol etmeleri tavsiye edilir. Her hasta için en iyi tedavi şeklini ve en doğru ilaçları ve dozlarını belirlemek uygulamayı yapan hekimin sorumluluğundadır. *Yayıncı ve editörler bu yayından dolayı meydana gelebilecek hastaya ve ekipmanlara ait herhangi bir zarar veya hasardan sorumlu değildir.*



yayına hazırlayan **istanbul medikal yayıncılık ltd. şti.**
yazarlar **andrew t. raftery, eric lim**
çeviri editörü **prof. dr. cemil taşçıoğlu**
sayfa düzeni **özlem arabacı**
kapak **imy tasarım/ orjinalden adapte**
baskı ve cilt **express matbaası**
depo site iş merkezi A6 blok kat: 3 no: 19
ikitelli-istanbul. tel: 0212. 671 61 51

Ayırıcı Tanı El Kitabı

Andrew T. Raftery BSc MD CI Biol MI Biol FRCS
Konsültan Cerrah, Sheffield Böbrek Enstitüsü,
Northern General Hospital NHS Trust, Sheffield,
UK; Araştırmacılar Kurulu Üyesi (önceki Başkan),
İngiltere Kırallık Cerrahi Akademisi; Araştırmacılar
Paneli Üyesi, Akademiler Arası Genel Cerrahi
İhtisası Yönetim Kurulu; Genel Cerrahi Kıdemli
Onursal Öğretim Üyesi, Sheffield Üniversitesi.

Eric Lim MB ChB MRCS
Kardiyotorasik Cerrahi Asistanı, Papworth
Hastanesi, Cambridge Üniversitesi, Eğitim
Hastaneleri
NHS Trust, Cambridge, UK

Çeviri Editörü
Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu



GİRİŞ

Ayırıcı Tanı El Kitabı'nın ikinci baskısını yeniden yazma davetleri için yayıncımız Elsevier'e minnettarız. İlk baskının satışından memnunuz. Günümüzde probleme dayalı bireysel eğitim düzeninde tıp öğrencileri halen pratik yaklaşım sunacak bir kitaba ihtiyaç duymaktadırlar. Bu baskıda bazılarında daha fazla olmak üzere birçok bölüm yenilendi, ve yeni bir bölüm olan Çarpıntılar konusu eklendi. Öğrencilerin katkı ve düzeltme önerilerini içeren yorumlarına açık olduk, ve yazının düzenlenmesi sırasında bunları dikkate aldık. Diğer taraftan, herhangi bir okuyucu eksikler olduğunu hisseder veya kitabın daha da geliştirilebilir olduğunu düşünürse, fikirlerini duymak bizi mutlu edecektir. Bu kitabın hasta vizitlerinde, klinik içinde ve araştırmalarda size faydalı olacağını ümit ediyoruz.

Sheffield ve Cambridge

A.T.R
E.L.

Differential Diagnosis

Orjinal ISBN 0 443 10061 6

ELSEVIER CHURCHILL LIVINGSTONE'dan izin alınarak
yayınlanmaktadır.

EDİTÖRÜN ÖNSÖZÜ

Hepimiz tıp fakültesine başladığımız ilk günden itibaren hastaya yaklaşımımız ve iyi bir değerlendirme yapmamız konusunda hassasiyetle eğitildik. Bu konudaki birikim ve tecrübemizin çok fazla olduğunu biliyorum. Bu kitap çeşitli semptomları sorgulamayı bunları iyi bir fizik muayene ve yardımcı laboratuvar testleri ile birleştirerek en doğru tanıya yaklaşmamızı bize anlatmaktadır.

Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu

BİLDİRİ

Kitabın çeşitli bölümlerini içtenlikle okuyan aşağıdaki kişilerin, yardım, öneri ve eleştirilerde bulduklarını önemle bilmenizi isteriz: Bay John Lund, Genel Cerrahi asistanı, Northern General Hospital, Sheffield; Bay John Wright, Ortopedik Cerrahi asistanı, Northern General Hospital, Sheffield; Bay Neil Sheehan, Genel Diş Hekimliği, Sheffield; Bay Aris Papeorghiou, Kadın Doğum ve Jinekoloji asistanı, Londra. Her türlü hata diğerlerinin değil, bizim sorumluluğumuz altındadır. Kitaptaki düzeltmeler, değişiklikler ve düzenlemelerdeki katkılarından dolayı alt kademedeki çalışan ekibimize ve tıp öğrencilerine özellikle teşekkürlerimizi sunmak istiyoruz. İkinci baskının yazımı sırasında sabır gösteren ve bizi teşvik eden eşlerimize de teşekkür etmek istiyoruz. Bay Raftery aynı zamanda sekreteri Bayan Louise Rowan'a (Daha önceden bayan Louise Griffiths- nasıl vakit bulabildi bilemiyorum fakat birinci baskıdan sonra geçen süre zarfında evlendi!) yoğun çalışması ve saatler boyu tekrar tekrar manuskriptleri yazmasından dolayı teşekkür etmek istedik (Bay Raftery Word işlemcisini kullanamıyor!).

KİTABA KATKIDA BULUNAN YAZARLAR

Dr. Ayşenur Tufan	Asistan doktor <i>İst. Tıp Fak. İç. Hast. A.D</i>
Dr. Bülent Saka	Uzman doktor <i>İst. Tıp Fak. İç. Hast. A.D</i>
Dr. Bora Uslu	Asistan doktor <i>İst. Tıp Fak. İç. Hast. A.D</i>
Dr. Erman Öztürk	Uzman doktor <i>İst. Tıp Fak. İç. Hast. A.D</i>
Dr. Fatih Tufan	Asistan doktor <i>İst. Tıp Fak. İç. Hast. A.D</i>
Dr. Fehmi Hindilerden	Asistan doktor <i>İst. Tıp Fak. İç. Hast. A.D</i>
Dr. Gülistan Bahat Öztürk	Uzman doktor <i>İst. Tıp Fak. İç. Hast. A.D</i>
Dr. Resul Çelik	Asistan doktor <i>İst. Tıp Fak. İç. Hast. A.D</i>
Dr. Sami Evirgen	Asistan doktor <i>İst. Tıp Fak. İç. Hast. A.D</i>
Dr. Sami Uzun	Uzman doktor <i>İst. Tıp Fak. İç. Hast. A.D</i>

KISALTMALAR

ABC	havayolu, solunum, dolaşım
AKG	arteriyel kan gazı
ACE	anjiyotensin dönüştürücü enzim
ACTH	adrenokortikotropik hormon
ADB	ayakta direkt karın grafisi
ADH	antidiüretik hormon
AF	atriyal fibrilasyon
AG	akciğer grafisi
AFP	alfa fetoprotein
ANA	antinükleer antikor
ANCA	antinötrofil sitoplazmik antikor
ANF	antinükleer faktör
AP	anteroposterior
APTT	aktive parsiyal tromboplastin zamanı
BCG	bacille Calmette-Guérin
BOS	beyin omurilik sıvısı
BPPV	benign paroksizmal pozisyonel vertigo
BT	bilgisayarlı tomografi
BÜM	böbrek üreter mesane
CAPD	devamlı ambulator periton diyalizi
CK-MB	keratin kinaz-miyokard izoenzimi
CMV	sitomegalovirus
CREST	kalsinozis kütis, Raynaud fenomeni, özofageal dismotilite, sklerodaktili, telenjektazi
CRP	C rektif protein
DDAVP	1-deamino 8-D arjinin vazopressin
DHEA	dihidroepiandrosteron
DİF	distalinterfarengeal
DIK	disemine intravasküler koagülopati
DKÇ	doğumsal kalça çıkığı
DKD	doğumsal kalça displazisi
DMSA	dimerkaptosüksinik asit
DVT	derin ven trombozu
EBV	Epstein-Barr Virus
EEG	elektroensefalogram
EKG	elektrokardiyogram
ELISA	enzyme-bağlı immunosorbent assay
EMG	elektromyografi
ERCP	endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi
ESH	eritrosit sedimentasyon hızı
FEV1	zorlu ekspiratuvar hacim
FSH	folikül stimulant hormon
FVC	zorlu vital kapasite
GKS	Glaskow koma skalası
GI	gastrointestinal
G6PD	glukoz-6-fosfat dehidrogenaz
GTN	gliseril trinitrat
Hb	hemoglobin
βHCG	β insan koriyonik gonadotropin
Hİ	hava iletimi
5HIAA	5 hidroksi indol asetik asit
HIV	"human immunodeficiency virus"
IGF-1	insülin benzeri büyüme faktörü-1

IgG	immunglobulin G
IF	interfalangeal
İİAS	ince iğne aspirasyon sitolojisi
IVC	inferior vena kava
IVU	intravenöz ürografi
JVB	jugüler venöz basınç
KcFT	karaciğer fonksiyon testleri
KKY	konjestif kalp yetersizliği
KOAH	kronik tıkaçıcı akciğer hastalığı
K&S	kültür ve hassasiyet
LDH	laktat dehidrogenaz
LH	luteinizan hormon
MCH	ortalama hücre hemoglobini
MCV	ortalama hücre hacmi
MEN	multipl endokrin neoplazi
MKF	metakarpofalangeal
MRCP	manyetik rezonans kolanjiopankreatografi
MRI	manyetik rezonans görüntüleme
MTF	metatarsofalangeal
NSAİİ	non-steroid anti inflamatuvar ilaç
NSTEMI	ST elevasyonsuz myokard infarktüsü
OİÖ	orta idrar örneği
OGD	özofago-gastro-duodenoskopi
PAS	periyodik asit-Schiff
PCR	polimeraz zincir reaksiyonu
PIF	proksimal interfalangeal
PSA	prostata spesifik antijen
PT	protrombin zamanı
PTH	paratiroid hormon
PTK	perkutan transhepatik kolanjiyografi
RAST	radyoallerjen sorbent test
RDW	"red cell distribution width"
SLE	sistemik lupus eritematozis
SHH	sıkıştırılmış hücre hacmi
SSS	santral sinir sistemi
SVO	serebrovasküler olay
T3	tri-iyodotironin
T4	tiroksin
TB	tuberküloz
TDBK	total demir bağlama kapasitesi
TFT	tiroid fonksiyon testi
TİA	geçici iskemik atak
TK	trafik kazası
TKS	tam kan sayımı
TPN	total parenteral nütrisyon
TSH	tiroid stimulan hormon
TT	trombin zamanı
U&E	üre ve elektrolitler
USG	ultrasonografi
ÜSİ	üriner sistem infeksiyonu
VDRL	"Venereal Disease Research Laboratory"
V/P	ventilasyon/perfüzyon sintigrafisi
WBC	beyaz küre

İÇİNDEKİLER

A

Ağız ülserleri 313
Aksiller şişlikler 42
Anemi 24
Anorektal ağrı 29
Asit 37
Ayak ağrısı 160
Ayak deformiteleri 157
Ayak ülserleri 165
Ayak parmağı lezyonları 422

B

Bacak ağrısı 286
Bacak şişlikleri 292
Bacak ülserleri 296
Baş ağrısı 208
Baş dönmesi 107
Boğaz hasatlıkları 418
Boyun ağrısı 332
Boyun kitleleri 327
Böbreklerin büyümesi 283
Burun akıntısı 321

C-Ç

Çarpıntı 347
Çene ağrısı ve şişliği 245
Çomak parmak 69

D

Disfaji 11
Dişeti bozuklukları 184
Dudak lezyonları 300
Dil patolojileri 426

E

Eklem hastalıkları 250
El deformiteleri 203

F

Fasiyal ağrı 130
Fasiyal şiş 134
Fasiyal ülserler 139

G

Gayta inkontinansı 143
Göğüs ağrısı 61
Görme problemleri 445
Göz hastalıkları 126
Guatr 173

H

Hematemez 190
Hematüri 194
Hemipleji 212
Hemoptizi 198
Hepatomegali 215
Hıçkırık 220
Hirşütizm 224
Hipertansiyon 228

I-İ-J

İmpotans 232
İndeks 465
İntestinal obstrüksiyon 236
İshal 101
Jinekomasti 187

K-L

Kafatası lezyonları 379
Karın ağrısı 1
Karın şişliği 7
Kas erimesi 317
Kasık şişliği 177
Kaşıntı 362
Kilo alımı 457

Kilo kaybı 461
Kol ağrısı 32
Kol şişliği 35
Koma 74
Konfüzyon 80
Konstipasyon 84
Konvülsiyon 88
Kulak rahatsızlıkları 122
Kusma 452
Lenfadenopati 305

M-N

Melena 309
Meme ağrısı 58
Meme kitleleri 54
Meme ucu akıntısı 336
Nefes darlığı 116
Nedeni bilinmeyen ateş 368

O-Ö

Oliguri 343
Ödem 339
Öksürük 91

P-R

Parmak ağrısı 151
Parmak lezyonları 146
Penil lezyonlar 350
Pıhtılaşma bozuklukları 66
Poliüri 355
Popliteyal şişlikler 358
Pruritus ani 365
Rektal kanama 372

S-Ş

Sağırılık 98
Sarılık 240

Senkop 414
Sırt ağrısı 46
Siyanoz 95
Splenomegali 396
Steatore 402
Stridor 406
Şok 392
Ses bozuklukları 449

T

Testis ağrısı 383
Testis şişliği 387
Terleme değişiklikleri 410

U-Ü

Üretral akıntı 434
Üriner inkontinans 438
Üriner retansiyon 442

VYZ

Yürüyüş kusuru 169

▶ KARIN AĞRISI

Karın ağrısı çok sık karşılaşılan bir semptomdur. Ağrı akut (ani başlangıçlı) veya kronik (birkaç günden uzun süren veya aralıklı ortaya çıkan) olabilir. Aort anevrizması rüptürü ve divertikül perforasyonu gibi acil cerrahi müdahale gerektiren karın ağrısı nedenlerini diğerlerinden (biliyer kolik, üreterik kolik ve akut pankreatit) ayırt etmek önemlidir. Çok sayıda karın ağrısı sebebi vardır. Aşağıdaki listede sıkça karşılaşılan nedenleri sıralanmış, ayrıntılara girilmemiştir.

NEDENLER

Gastrointestinal

Mide ve Barsak

Gastroduodenal

- Peptik ülser
- Gastrit
- Gastrik volvulus
- Malignite

İntestinal

- Apandisit
- Tıkanma
- Divertikülit
- Gastroenterit
- İnflamatuvar barsak hastalığı
- Mezenterik adenit
- Strangüle herni
- İntususepsiyon
- Volvulus
- Tüberküloz

Hepatobiliyer

- Akut kolesistit
- Kronik kolesistit
- Kolanjit
- Hepatit

Pankreatik

- Akut pankreatit
- Kronik pankreatit
- Malignite

Splenik

- Infarktüs
- Spontan rüptür

Üriner Sistem

- Sistit
- Akut idrar retansiyonu
- Akut pyelonefrit
- Üreterik kolik
- Hidronefroz
- Pyonefroz
- Polikistik böbrek
- Tümör

Jinekolojik

- Rüptüre ektopik gebelik
- Over kisti torsiyonu
- Over kisti rüptürü
- Salfenjit
- Ağır dismenore
- Mittelschmerz
- Endometriyozis
- Fibroid kırmızı dejenerasyonu

Vasküler

- Mezenterik angina (kladikasyo)
- Aort anevrizması
- Mezenterik emboli
- Mezenterik venöz tromboz
- İskemik kolit
- Akut aort diseksiyonu

Periton

- Primer peritonit (nadir)
- Sekonder peritonit

Karın duvarı

- Rektus kası kılıfı hematomu
- Selülit
- Strangüle herni

Retroperitoneum

- Retroperitoneal kanama (örneğin antikoagulan ilaç kullanımı)

Yansıyan ağrı

- Herpes zoster
- Lober pnömoni

- Torasik vertebra hastalıkları (örneğin, disk hastalıkları, tümör)
- Plörezi
- Miyokard infarktüsü
- Perikardit
- Testis torsiyonu

Medikal nedenler

- Hiperkalsemi
- Üremi
- Diyabetik ketoasidoz
- Orak hücreli anemi
- Addison Hastalığı
- Akut intermitan porfiri
- Henoch-Schönlein purpurası
- Tabes dorsalis

ANAMNEZ**Yaş**

Bazı durumlar, kimi yaş gruplarında daha sık görülür (örneğin, çocuklarda mezenterik adenit ve yaşlılarda divertiküler hastalık).

Ağrı

- Başlangıç zamanı ve şekli (örneğin, ani veya yavaş yavaş ortaya çıkması)
- Karakteri (örneğin, künt, değişken, kramp tarzında, keskin, yanma tarzında)
- Şiddeti
- Düzeni (örneğin, devamlı (peritonit), intermitan (intestinal kolik))
- Lokalizasyonu: nerede başladı? yer değiştirdi mi?
- Yayılımı (örneğin, üreterik kolikte böğürden kasiğe yayılım)
- Solunumun, hareketin, yemek yemenin, defekasyonun, idrar yapmanın ve menstruasyonun etkisi.
- Kusma
- Kusma ağrıyla tetikliyor mu?
- Sıklığı
- Karakteri (örneğin, safra, fekal karakter, kan, kahve telvesi)

Defekasyon

- Konstipasyon: kolik tarzında karın ağrısı, distansiyon ve kusmanın eşlik ettiği tek başına konstipasyon intestinal tıkanmayı düşündürür.
- İshal: sıklığı, dışkının kıvamı ve kan, mukus ve pürülan içerip içermediği.

Ateş

- Üşüme, titreme

Özgeçmiş

- Cerrahi girişim (örneğin, yapışıklıklar intestinal tıkanmaya sebep olabilir)
- Yakın zamanda geçirilen travma (örneğin, uzamış dalak rüptürü)
- Menstruasyon öyküsü (örneğin, ektopik gebelik)

FİZİK MUAYENE**Genel**

Hasta rahat yatabiliyor mu? Hasta peritonitte olduğu gibi ağrısı olduğu halde yatar pozisyonda mı? Hasta üreterik veya biliyer kolikte olduğu gibi ağrıdan kıvranıyor mu? Hastada yüksek ateş düşündürülen kızarıklık var mı?

Nabız sayısı, vücut ısı, solunum

Nabız ayısı ve ateş, inflamatuvar durumlarda yükselir. Aynı zamanda barsak infarktına gidişte de bu değerlerde artış olabilir. Artmış solunum sayısı karına yayılan toraks içi infeksiyonu da düşündürülebilir.

Servikal lenfadenopati

Mezenterik adenitle ilişkilidir.

Göğüs

Lober pnömoniden kaynaklanan yansıyan ağrı.

Karın

- İnspeksiyon. Karın solunum sırasında hareket ediyor mu? Yara, distansiyon ve dıştan görünür peristaltizmi (sıklıkla ince karın cildi olan hastalarda kronik obstrüksiyon varlığında saptanır) ara. Fıtık ağzı olup olmadığını kontrol et. Görünürde aort anevrizmasını düşündürülen pulsatil kitle gibi belirgin bir kitle var mı?
- Palpasyon. Hasta rahat olmalı, kollar iki tarafta olacak şekilde düz yatmalı. Ağrıya mümkün oldukça uzak alandan nazikçe muayene etmeye başlayın. Defans ve rijitide bakın. Appandiks kitlesi veya aort anevrizması düşündürecek pulsatil genişleyen kitle olup olmadığını kontrol edin. Dikkatlice fıtık ağzılarını arayın. Testis torsiyonunun dışlanabilmesi için testisleri detaylı inceleyin.
- Perküsyon. Distansiyonla birlikte timpanik sesler varlığında intestinal tıkanma, mesane üstünde dolgunluk olunca akut retansiyon akla gelmelidir.
- Oskültasyon. Zaman harcayın (30-60 saniye); peritonitte sessiz karın, diğer taraftan intestinal tıkanmada artmış barsak sesleri duyulur.

Rektal muayene

Her defasında rektal muayene yapın.

Vajinal muayene

Pelvik inflamatuvar hastalık ile ilişkili olabilecek akıntı veya hassasiyet bulunabilir. Rahim ve overleri, gebelik, fibroidler ve ektopik gebelik açısından inceleyin.

GENEL TETKİKLER

- **TKS,ESH**
Hemoglobinde azalma; peptik ülser hastalığı, malignite. Lökosit artışı; infektif/inflamatuvar hastalık (örn. apandisit, divertikülit). ESH'da artma; Crohn hastalığı, tüberkülozis.
- **Üre & elektrolitler**
Üre ve kreatinin artışı; üremi. Bulantı, kusma sırasında gelişen elektrolit bozuklukları.
- **KcFT**
Kolanjit ve hepatitte bozulmuştur. Akut kolesistitte de sıklıkla bozulur.
- **Serum amilaz**
Akut pankreatitte belirgin artar. Perfore peptik ülser veya barsak infarktında sıklıkla orta derecede artış olur.
- **Orta idrar incelemesi**
Pyelonefritte sedimentte eritrosit ve protein mevcuttur, ve kültür pozitifdir. Üreterik kolikte eritrositler.
- **Akciğer grafisi**, Diafragma altında serbest hava (perfore organlar). Alt lob pnömonisi (yansıyan ağrı).
- **ADB**
Tıkanma - barsak anslarında genişleme. Tıkanmanın yeri. Lokal ileus (sentinel loop) - pankreatit, akut apandisit. Toksik dilatasyon - ülseratif kolit ve Crohn hastalığında dilate, özelliiksiz ve ödemli kolon. Kalsifiye aort anevrizması. Biliyer traktusta hava oluşu (safra taşı ileusu). Safra taşları (%10 radyo-opak).
- **USG**
Lokalize abseler, örneğin apendiks absesi, divertiküler hastalıkta parakolik abse. Serbest sıvı - peritonit, asit. Aortik anevrizma. Ektopik gebelik. Over kisti. Safra taşları. Ampiyem Safra kesesi mukoseli. Böbrek - kistler, tümör.

SPESİFİK TETKİKLER

- **Kan glukozu**
Diyabetik ketoasidozda artar.

- **Serum kalsiyum**
Hiperkalsemi
- **CRP**
Crohn hastalığı
- **VDRL**
Sifilis (tabes dorsalis)
- **Oraklaşma testi**
Orak hücreli anemi
- **Üriner porfobilinojen**
Akut intermitan porfiri
- **AKG**
Metabolik asidoz, (örn., üremi, barsak infarktı, sepsis, diyabetik ketoasidoz)
- **βHCG**
Gebelik. Ektopik gebelik.
- **EKG**
Miyokard infarktüsü (yansıyan ağrı)
- **OGD**
Peptik ülser. Malignite.
- **IVU**
Taşlar. Obstrüksiyon.
- **Baryum enema**
Karsinom. Volvulus. İntususepsiyon.
- **İnce barsak enema**
İnce barsak Crohn hastalığı. İnce barsak lenfoması. İnce barsak karsinomu.
- **Doppler USG**
Superior mezenterik arter stenozu (mezenterik angina). Superior mezenterik arter trombozu. Mezenterik ven trombozu.
- **Anjiyografi**
Superior mezenterik emboli veya trombozu
- **BT**
Anevrizma. Pankreatit. Tümör.

▶ KARIN ŞİŞLİĞİ

Karın şişliği yaygın olabilir veya lokalize kitle şeklinde kendini gösterir. Sık karşılaşılan bir cerrahi sorundur. Aynı zamanda sık sorulan bir sınav konusudur! Karın şişlikleri lokal ve yaygın şişlikler olmak üzere ikiye ayrılabilirler. Yaygın şişlikler klasik olarak 5 "F" ler ("fat, faeces, flatus, fluid veya fetus"sırasıyla yağ,dışkı,gaz,sıvı ve fetus) şeklinde tanımlanır. Lokalize şişliğin tanımlanması amacıyla karın 7 alana bölünmüştür, sağ üst kadrın, sol üst kadrın, epigastrik alan, umbilikal alan, sağ alt kadrın, sol alt kadrın ve suprapubik alan. Hepatomegali, splenomegali ve böbreğe ait kitleler bu bölgelerde yer almalarına rağmen, kitabın bu konulara daha yakın başlıklar içeren uygun bölümlerinin içine konulmuştur.

SAĞ ÜST KADRAN

NEDENLER

Karaciğer

Sayfa 215'te hepatomegali konusuna bakın.

Safra Kesesi

- Mukosel
- Ampiyem
- Karsinom
- Pankreas başı karsinomuna ikincil

Sağ Kolon

- Karsinom
- Feçes
- Divertiküler kitle
- Çekal volvulus
- İntususepsiyon
- Polikistik böbrek

Sağ Böbrek

- Hidronefroz
- Pyonefroz
- Periferik abse
- Karsinom
- Tüberküloz

- Soliter kist
- Wilm's tümör (nefroblastoma)

ANAMNEZ

Karaciğer

Sayfa 215'te hepatomegali konusuna bakın

Safra Kesesi

Bilinen safra taşı anamnezi. Dispepsi hikayesi. Sarılık. Koyu renkte idrar . Açık renk gaita. Kaşıntı. Son zamanlarda kilo kaybı varlığı pancreas başı karsinomu veya safra kesesi karsinomunu düşündürülebilir.

Sağ kolon

Bitkinlik, güçsüzlük, uyku hali kronik kan kaybına bağlı anemiyi düşündürür. Karın orta kısımda kolik tarzında ağrı, kusma ve konstipasyon ile barsak alışkanlıklarındaki değişiklik kolon karsinomunu düşündürür. Dışkı çıkış kusurunu düşündürecek ciddi konstipasyon öyküsü olabilir. Bilinen divertiküler hastalık anamnezi. Ağız atakları, karın ağrısı ve dışkıda mukus varlığı hikayesi bebeklerde intussusepsiyon düşündürür.

Sağ böbrek

Sayfa 283'te böbreği büyüten nedenler konusuna bakın.

FİZİK MUAYENE

Karaciğer

Sayfa 215'e bakın

Safra kesesi

Mukosal hafif ağrılı olabilir veya hiç hassas olmayabilir. Büyük ve düzgün yüzeylidir. Solunum ile hareket eder ve rektus abdominus kasının lateralinde dokuzuncu kostal kartilaj altında ele gelir. Ampiyem ani gelişen ağrılı safra kesesi ile ortaya çıkar. Şiddetli ağrı ve hassasiyet olması nedeni ile belirlenmesi güçtür. Hastanın, Mirrizi sendromuna (Hartman poşu içinde sıkışan bir taşın komşu safra kanalına basısı) bağlı sarılığı olabilir. Safra kesesi karsinomu sağ hipokondriyumda sert, irregüler kitle ile kendini gösterebilir. Ancak genellikle porta hepatiste yer alan lenf nodlarındaki sekonder infiltrasyon sonucu hepatik duktuslara dıştan bası yaparak tıkaçıcı sarılık oluşturur. Sarılık ile düzgün yüzeyle büyük safra kesesi pankreas başı karsinomuna bağlı olabilir (Courvoisier kanunu):

tıkayıcı sarılık varlığında safra kesesi palpe edilebiliyorsa sebebin safra taşı olma olasılığı düşüktür).

Sağ kolon

Feçes genellikle yumuşaktır ve macun kıvamındadır. Pürtüklü olabilir, diğer taraftan kaya parçaları çıkarıyormuş gibi de hissedilebilir. Karsinom çoğunlukla sert olan, hareketli veya sabit olabilen irregüler bir kitledir. Divertiküler kitle büyük parakolik bir abse olmadığı sürece genellikle sadece hassastr ve rahatsızlık verir. Çekal volvulus, timpanik perküsyon bulgusu veren ve hassas olabilen kitle ile kendini gösterir. Barsak infarktına ilerleyebilir. İntususepsiyon ile sağ hipokondriyumda düzgün yüzeyli, mobil, hassas ve sosis şeklinde kitle oluşur. İntususepsiyon ilerledikçe kitle hareket eder.

Sağ böbrek

Sayfa 283'te böbreği büyüten nedenler konusuna bakın.

GENEL TETKİKLER

- **TKS, ESH**
Hemoglobinde azalma; anemi (örn., kolon karsinomu, böbrek hastalıklarında hematüri). Hemoglobin artışı: (örn., hipernefroma, hipernefroma ile ilişkili polisitemi). Lökosit artışı: (örn., ampiyem, divertiküler kitle). ESH'da artma; malignite.
- **Üre ve elektrolitler**
Kusma ve dehidrasyon, örn. safra kesesi ve barsak hastalıkları. Üremiye sebep olan üreter tıkanması ile böbrek hastalıkları.
- **KcFT**
Karaciğer lezyonları. Karaciğerde metastatik lezyonlar
- **Orta idrar sedimenti**
Böbrek hastalıkları - eritrositler, lökositler, neoplastik hücreler. Kültür ve antibiyogram.
- **ADKG**
Kalın barsak karsinomuna bağlı tıkanıklık. Safra taşları (%10'u radyo-opak). Çekal volvulus. Konstipasyon. Böbrek lezyonlarında kalsifikasyon.
- **USG**
Karaciğer lezyonları. Safra taşları. Mukosel. Ampiyem. Safra yolu dilatasyonu.

SPESİFİK TETKİKLER

- **Baryum enema**
Kolon karsinomu. Divertiküler hastalık. İntususepsiyon.

- **Kolonoskopi**
Kolon karsinomu. Divertiküler hastalık.
- **BT**
Karaciğer lezyonları. Safra kesesi patolojileri. Böbrek lezyonları.

SOL ÜST KADRAN

NEDENLER

Dalak

Sayfa 396'da splenomegali konusuna bakınız.

Mide

- Karsinom
- Gastrik distansiyon (akut dilatasyon, pilor darlığı)

Pankreas

- Psödokist
- Karsinom

Böbrek

Sayfa 7'de sağ üst kadrان konusuna bakınız.

Kolon

- Splenik fleksuranın karsinomu
- Feçes
- Divertiküler kitle

ANAMNEZ

Dalak

Sayfa 396'da splenomegali konusuna bakınız.

Mide

Kusma pilor darlığını, midenin ani dilatasyonunu ve karsinomayı düşündürür. Günler önce yenen gıdaların kusulması pilor darlığını düşündürür. Halsizlik, iştah azalması ve kilo kaybı mide karsinomunda görülür.

Pankreas

Psödokist geliştiğini düşündürecek bir akut pankreatit öyküsü olabilir. Kilo kaybı, sırt ağrısı ve sarılık pankreas kanserini düşündürür. Pankreas kanserinde yeni başlangıçlı diyabet ortaya çıkabilir.

Dalak (masif splenomegali)

Sayfa 396'da splenomegali konusuna bakınız.

Böbrek

Sayfa 283'te böbreği büyüten nedenler konusuna bakın.

Kolon

Karın alt kısmında kolik tarzında ağrı ile barsak düzeni değişiklikleri karsinom veya divertiküler hastalık düşündürür. Uzun süreli konstipasyon fekal kitleleri akla getirmelidir.

FİZİK MUAYENE**Mide**

Mide dilatasyonu belli belirsiz bir şişkinlik ve çalkantı sesi ile ortaya çıkabilir. Karsinom sert, çıkıntılı immobil kitle ile kendini gösterir. Pankreatik tümörler palpe edilmeyebilir veya solunum ile hareket etmeyen sabit kitle olarak karşımıza çıkabilir. Pankreatik psödokistler genellikle büyük ve düzgündür, hassas olabilirler.

Kolon

Sayfa 7'de sağ üst kadrın konusuna bakınız.

GENEL TETKİKLER

- **TKS, ESH**
Hemoglobinde azalma: karsinom. Hemoglobinde artış: hipernefroma (polisitemi hipernefromaya bağlıdır). Lökositoz: divertiküler hastalık, renal infeksiyonlar.
- **Üre ve elektrolitler**
Kusma, dehidrasyon (gastrik ve kolonik lezyonlar). Böbreğe ait lezyonlar.
- **KcFT**
Karaciğer lezyonları. Karaciğerde metastatik lezyonlar
- **Serum amilaz**
Akut pankreatit
- **USG**
Splenomegali. Böbreğe ait lezyonlar. Parakolik abseler.

SPESİFİK TETKİKLER

- **Kan glukozu**
Pankreatik kanserde yükselebilir.

- **Baryum enema**
Karsinom. Divertiküler hastalık.
- **Kolonoskopi**
Karsinom. Divertiküler hastalık.
- **Gastroskopi**
Mide karsinomu. Pilor darlığı.
- **BT**
Pankreas karsinomu. Pankreatik psödokist. Karaciğer metastatik lezyonları. Splenomegali. Parakolik abse.

EPIGASTRİUM

Burada oluşan şişliklerin çoğu diğer bölgelerdeki şişlikler başlığı altında anlatılmıştır. Aşağıda epigastrik şişliklerin tam bir listesi verilmesine rağmen anamnez ve fizik muayenede sadece diğer bölümlerde anlatılmayan nedenler tartışılacaktır.

NEDENLER

Karın duvarı

- Lipom
- Epigastrik herni
- Xiphisternum
- Metastatik tutulumlar

Mide

- Konjenital hipertrofik pilor darlığı
- Karsinom
- Akut gastrik volvulus

Pankreas

Sayfa 10'da sol üst kadran konusuna bakınız.

Transvers kolon

- Karsinom
- Feçes
- Divertiküler kitle

Karaciğer

- Sayfa 215'te hepatomegali konusuna bakınız.

Retroperitoneum

- Aort anevrizması
- Lenfadenopati (lenfoma, testis karsinomu metastazi)

Omentum

- Omental metastazlar, örn. Mide ve over.

ANAMNEZ**Karın duvarı**

Hasta lipom veya ekstraperitoneal yağ dokusu içeren epigastrik herni olabilecek yumuşak subkutan şişlik tanımlayabilir. Epigastrik herni linea albadaki defekt sonucu her zaman orta hatta gelişir. Hassas olduklarında ve bazen üzerindeki ciltte kızarıklık geliştiğinde strangüle olmuş olabilir. Bazen hasta, aslında normal xiphisternuma ait bulgu olan, üst epigastriyumda sert kemiksi bir yumru tarif edebilir. Bu durum, hastanın istemli kilo verdiği sırada zaman içinde veya altta yatan bir başka hastalığa bağlı hızlı kilo kaybı ile belirgin hale gelebilir. Metastatik infiltrasyonlar ciltte veya subkutan dokuda tek veya multipl fiks kitleler şeklinde ortaya çıkabilir, örn. Meme veya bronş kaynaklı tümörler.

Mide

Bir bebek fişkırtır tarzda kusma ile başvurabilir. Yaşamın ilk 3-4 haftasında normal gelişimi sürerken sonradan yemek sonrası fişkırtır tarzda kusması gelişir. Genellikle ailenin ilk doğan erkek çocuğu etkilenir. Özellikle anne tarafında ailevi yatkınlık olabilir.

Retroperitoneum

Sırt ağrısı hikayesi aort anevrizmasını işaret edebilir, veya hasta pulsatil epigastrik şişlikten yakınabilir. Sırt ağrısı aynı zamanda retroperitoneal lenfadenopati bulgusu olabilir.

FİZİK MUAYENE**Karın duvarı**

Yumuşak, lobüle kitle lipom düşündürür. Sert karın kasları üzerinde hareketlidir. Orta hatta, yağ dokusu kıvamında, nadiren hassas, mobil olmayan şişlik epigastrik herni düşündürür. Epigastrik herniler, bazen barsak muhtevasını

içeren bir kesecik olabileceği de, çoğunlukla ekstraperitoneal yağ dokusundan oluşur. Öksürükle ele çarpma hissedilebilir. Şişlik redükte edilebilir. Karın duvarında sert, irregüler ve fikse yumrular özellikle meme veya bronş karsinomu hikayesi varlığında metastatik tutulumları düşündürür.

Retroperitoneum

Anevrizma, pulsatil büyüyen kitle şeklinde bulgu verir. Distal dolaşımı kontrol edin (emboli, periferik iskemi). Testis kanserinin retroperitoneal lenf nodu metastazı büyük retroperitoneal kitleler şeklinde ortaya çıkabilir. Testislerde şişlik arayın. Diğer alanlarda lenfadenopati arayın (özellikle supraklaviküler nod). Lenfadenopati lenfomadan da kaynaklanabilir. Lenfadenopati ve splenomegali olup olmadığını kontrol edin. Sert, çıkıntılı, hareketli kitle, özellikle asit varlığında omental infiltrasyonlar düşündürür (over, mide - Virchow nodülü bak -, örn. sol supraklaviküler nod).

GENEL TETKİKLER

- **TKS, ESH**
Hemoglobinde azalma: mide karsinomu, kolon karsinomu, karsinomatozis. Lökosit artışı: divertikülit.
- **Üre ve elektrolitler**
Kusma ve dehidrasyon ile gastrik ve kolon lezyonları.
- **KcFT**
Karaciğer lezyonları
- **USG**
Aort anevrizması. Lenfadenopati. Pankreas psödokisti.

SPESİFİK TETKİKLER

- **Kan glukozu**
Pankreas karsinomu veya önceki pankreatit varlığında anormal olabilir.
- **BT**
Pankreatik tümörler. Pankreatik psödokist. Lenfadenopati. Aort anevrizması. Omental infiltrasyonlar. BT eşliğinde biyopsi/İİAS
- **Baryum Enema**
Kolon karsinomu. Divertiküler hastalık.
- **Kolonoskopi**
Kolon karsinomu. Divertiküler hastalık.
- **Gastroskopi**
Mide karsinomu

- **Laparoskopi**
Over karsinomu. Omental tutulumlar."Peritonitis karsinomatoza"
- **Biyopsi**

UMBLİKAL

Bu bölgedeki şişliklerin çoğu diğer abdominal bölgelerin şişlikleri konuları altında anlatılmıştır. Anamnez ve fizik muayene kısmında sadece diğer bölümlerde bahsedilmeyen kısımlara değinilecektir.

NEDENLER

Yüzeyel

- "Sister Joseph's" nodülü (malign, nadir)

Herni

- Paraumblikal
- Umblikal

Mide

- Karsinom

Transvers Kolon

- Karsinom
- Feçes
- Divertiküler kitle

İnce Barsak

- Crohn hastalığı
- Karsinom (nadir)
- Mezenterik kistler (nadir)

Omentum

- Malign infiltrasyonlar, örn. mide, over

Retroperitoneum

- Aort anevrizması
- Lenf nodları, örn. lenfoma, testis karsinomu metastazları

ANAMNEZ**Yüzeyel**

“Sister Joseph's” nodülü umblikusta sert yumru şeklinde görülür. Mide, kolon, over ve meme karsinomlarının infiltrasyonu sonucu gelişir.

Herni

Yenidoğanda umblikal herni redükte edilebilir umblikal şişlik şeklinde ortaya çıkar, ve genellikle doğumda saptanır. Paraumblikal herniler genelde obez kişilerde ve sıklıkla bayanlarda görülür. Hastanın uzun süredir yüzeyel yumru hikayesi mevcuttur. Strangulasyon varlığını düşündüren inkarasyon veya hassas ağrılı şişlik ile birlikte olabilir.

İnce barsak

Hasta, santral abdominal kolik tarzında ağrı, kusma ve Crohn hastalığını veya daha nadir olarak ince barsak karsinomunu düşündüren ishal ile birlikte başvurabilir.

FİZİK MUAYENE**Yüzeyel**

“Sister Joseph's” nodül, umblikusta sert bir veya birden çok yumrular ile kendini gösterir. Mide, kolon, over veya meme karsinomunu araştırın.

Herni

Yenidoğanlarda büyük aşikar bir umblikal defect olabilir. Şişlik genellikle geniş boyunludur ve redükte edilebilir. Yetişkinlerde redükte edilebilir paraumblikal herni olabilir. Nadiren yumuşaktır ve ekstraperitoneal yağ dokusu içerir. Sıklıkla omentum içeren bir kese vardır. Inkarasyon gelişebilir. Kırmızı hassas şişlik strangulasyon düşündürür. Bu alanda Richter tipi herni oluşabilir.

İnce barsak

İnce barsak kitleleri genelde çok hareketlidir, sosis şeklindedir ve hassas olabilir.

GENEL TETKİKLER**• TKS**

Hemoglobinde azalma: karsinom. Lökosit artışı: divertiküler hastalık.

- **Üre ve elektrolitler**
Kusma. Dehidratasyon, örn. mide karsinomu, barsak karsinomu, Crohn hastalığı.
- **KcFT**
Alkalin fosfataz çeşitli hastalıkların karaciğer tutulumlarında artar.
- **USG**
Aort anevrizması. Retroperitoneal lenfadenopati.

SPESİFİK TETKİKLER

- **BT**
Aort anevrizması. Retroperitoneal lenfadenopati. Omental infiltrasyonlar. BT eşliğinde biyopsi/İİAS.
- **Baryum enema**
Kolon karsinomu. Divertiküler hastalık.
- **Kolonoskopi**
Kolon karsinomu. Divertiküler hastalık.
- **Gastroskopi**
Mide karsinomu
- **İnce barsak enema**
Crohn hastalığı. Lenfoma. Karsinoma.
- **Laparoskopi**
Over karsinomu. Omental tutulumlar. "Peritonitis karsinomatoza".
- **Biyopsi**
Benign/ malign ayırımı.

SAĞ VE SOL ALT KADRANLAR

NEDENLER

Karın duvarı

- Lipom
- "Spigelian" herni

Kalın barsak

Sağ alt kadrın

- Apandiks kitlesi/absesi
- Çekum karsinomu
- Çıkan kolon karsinomu

- Feçes
- Çekal volvulus
- Intususepsiyon
- Crohn hastalığı

Sol alt kadran

- Sigmoid kolon karsinomu
- Divertiküler kitle
- Feçes
- Sigmoid volvulus
- Crohn hastalığı

İnce barsak

- Crohn hastalığı
- Karsinom (nadir)
- Lenfoma
- İleo-çekal tüberküloz

Over/uterus/fallopian tüpler

- Over kisti
- Over neoplazisi
- Ektopik gebelik
- Tubo-ovaryan abse
- Uterin fibroid,

Böbrek

Sayfa 283'te böbreği büyüten nedenler konusuna bakın.

Dalak

Sayfa 396'da splenomagali konusuna bakınız.

Retroperitoneum

- İliyak arter anevrizması
- Lenfadenopati
- İliyak kemik neoplazisi, örn. osteojenik sarkom, "Ewing's" tumor (nadir)

ANAMNEZ**Ön karın duvarı**

Hastada yavaş büyüyen ve lipomayı düşündüren yumuşak kitle ortaya çıkabilir. "Spigelian" herni rektus kasının hemen lateralde, umblikus ile simfisis pubis'in tam ortasında yer alır. Genelde redükte edilebilir.

Kalın barsak

Karın orta kısmında kolik tarzı ağrı ardından sağ iliyak fossada keskin lokalize ağrı akut apandisit tanısını düşündürecektir.

Eğer 48 saat sonra yaygın peritonit yoksa apandiks kitlesi gelişip sağ iliyak fossada kısa sürede abse oluşabilir. Çekum karsinomunda hasta ya bir kitle farkedecek ya da barsak alışkanlık değişiklikleri ve anemi semptomları (örn. yorgunluk, letarji) ile başvuracaktır. Aynı bulgular çıkan kolon karsinomu için de söylenebilir. Feçes kolon üzerinde sert, kaya parçası şeklinde kitleler olarak hissedilir. Çekal volvulus, karın orta kısmında kolik tarzında ağrı ve abdominal distansiyon ile ortaya çıkar. İntususepsiyon yenidoğanlarda daha sıktır ve genellikle kolik tarzda karın ağrısı ve klasik "frenküzümü marmelatı" benzeri dışkı ile kendini gösterir. Crohn hastalığı halsizlik ve ishal yanısıra karın orta kısmında kolik tarzı ağrı ile ortaya çıkar.

Sigmoid kolon karsinomu, karın alt kısmında kolik tarzında ağrı, barsak düzeninde değişiklik ve rektal kanama ile başvurur. Divertiküler hastalık benzer belirtilerle kendini gösterir. Sigmoid volvulus, karın alt kısmında kolik tarzında ağrı ve karının sol tarafında perküsyon ile timpanizm veren gergin, palabl kitle ile ortaya çıkar. Crohn hastalığının kalın barsak tutulumu sosis şeklinde, hassas olabilen ve ishalin eşlik ettiği palpabl kitle ile kendini gösterir.

İnce barsak

Sağ iliyak fossada palpabl kitle varsa sorun yüksek olasılıkla terminal ileumdadır. Karın orta kısmında kolik tarzında ağrı ve barsak düzeninde değişiklik de çoğunlukla bu tabloya eşlik eder. İleo-çekal tüberküloz, halsizlik ve kilo kaybının eşlik ettiği karın ağrısı ve ishale sebep olur.

Dalak

Masif splenomegali varlığında dalak sağ alt kadrana kadar uzanabilir.

Over/falopiyan tüpler/uterus

Hastanın kendisi karında bir yumru (over kisti, fibroid), veya over kanserine bağlı asit ile ilişkili ya da masif over kistine bağlı yaygın karın şişliği farkedebilir. Ektopik gebelik, mens gecikmesi, karın ağrısı ve vajinal kanama ile ortaya çıkar ve eğer rüptüre olursa hipovolemik şok gelişir. Salfingo-ooforit karının alt kısmında ağrı, hassasiyet, yüksek ateş ve pürülan vajinal akıntı ile kendini gösterir. Menoraji, karının alt kısmında ağrı ve dispareniya fibroid düşündürülebilir.

Retroperitoneum

Hasta, iliyak fossada pulsatil bir şişkinlik farketmesi üzerine başvurabilir. Alt ekstremiteden malign bir lezyon, özellikle malign melanom çıkarılma anamnezi olduğunda pelvik lenfadenopatiden şüphelenilmelidir. Alt ekstremitede bir lezyon olabilir. Künt sıkıntı verici ağrı iliyak kemik lezyonu düşündürür. Ele gelen kemik lezyon osteojenik sarkom veya Ewing tümörünü düşündürür.

FİZİK MUAYENE

Yukarıda bahsedilen çoğu lezyonun özelliklerine karın şişlikleri başlığı altında değinilmişti. Bu bölümde sadece over, uterus ve fallopiyan tüplerle alakalı bulgulardan bahsedilecektir. Fizik muayenede, büyük bir over kisti veya over tümörüne bağlı gelişen asit sonucu ortaya çıkan ciddi karın şişliği saptanabilir. Büyük over kistleri genellikle düzgün ve loküledir. Pelvis dışına büyüdükleri için bu kistlerin muayene sırasında arkasına uzanmak mümkün olmaz. Asit bulguları matite ve sıvı titreşimi hissidir. Ektopik gebelikte iliyak fossaların birinde ele kitle gelebilir. Ektopik gebelik rüptüre olduğunda şok gelişebilir. Diafragma alt yüzünün kan ile iritasyonu sonucu omuz ağrısı oluşabilir. Tubo-ovariyan absede, pelvis dışına büyüyen kitle ele gelebilir veya sadece karın alt kısmında hassasiyet olabilir. Vajinal muayenede Douglas poşunda hassasiyet saptanır. Uterus fibroidleri çok büyük olabilir ve uterus altında nodüller şeklinde palpe edilebilir.

GENEL TETKİKLER

- **TKS, ESH**
Hemoglobinde azalma; Crohn hastalığı, karsinom. ESH'da artma; karsinom, Crohn hastalığı, ileo-çekal tüberküloz. Lökosit artışı; apandisit, divertikülit.
- **Üre ve elektrolit**
Kusma. Dehidrasyon. Karsinom veya Crohn hastalığına bağlı obstrüksiyon.
- **KcFT**
Karaciğer tutulumlarına bağlı alkalin fosfataz artışı.
- **USG**
Over lezyonları. Uterus lezyonları. Tubo-ovaryan abseler. Gebelik. Ektopik gebelik. İliyak arter anevrizması. Lenfadenopati. Apandiks kitlesi. Crohn kitlesi.

- **ADKG**
Tıkanma. Barsak anslarında dilatasyon. Over teratomu (örn., dişler). İliyak kemik erozyonu - kemik tümörleri.

SPESİFİK TETKİKLER

- **βHCG**
Gebelikte artar.
- **Mantoux test**
İleo-çekal tüberküloz.
- **BT**
Over lezyonları. Uterus lezyonları. Abse. Ektopik gebelik. İliyak arter anevrizması. Lenfadenopati. Apandiks kitlesi. Kemik tümörleri.
- **Baryum enema**
Karsinom. Divertiküler hastalık.
- **İnce barsak enema**
Crohn hastalığı. Karsinom. Lenfoma.
- **Kolonoskopi**
Karsinom (biyopsi). Divertiküler hastalık.
- **Laparoskopi**
Karsinom, Crohn hastalığı, ileo-çekal tüberküloz.
- **Kemik sintigrafisi**
Kemik tümörü.

SUPRAPUBİK

NEDENLER

Mesane

- Akut retansiyon
- Kronik retansiyon
- Karsinom

Uterus

- Gebelik
- Fibroid
- Karsinom

Barsak

- Crohn hastalığı
- Karsinom
- Divertikül kitlesi

Diğer

- Ürakil kist (nadir)

ANAMNEZ**Mesane**

Ani başlayan suprapubik ağrı ile idrar çıkışının olmaması akut retansiyon düşündürür. Özgeçmişte genellikle idrar başlangıcında zorlanma ve zayıf idrar akımı mevcuttur. Damla damla idrar yapma anamnezi, kronik akım obstrüksiyonundan kaynaklanan üst idrar yolları problemleri sonucu gelişen akut böbrek yetersizliğini düşündürebilir. Hematüri, sık idrara çıkma, dizüri mesane karsinomunu düşündürebilir.

Uterus

Gecikmiş periyod ve sabah kusmaları gebelik düşündürebilir. Menoraji ve disporeniya fibroidleri düşündürür. Mens arası kanama karsinom şüphesi uyandırır.

Urakus

Umblikal akıntı urakal kist veya abse düşündürür.

FİZİK MUAYENE

Akut retansiyonda umblikusa uzanan (umblikusu geçmeyen) yumuşak ve hassas şişlik olacaktır. Perküsyon ile matite alınır ve palpasyon ile altına ulaşılamaz. Dijital rektal muayenede genellikle benign prostatik hipertrofi bulunur, nadiren karsinoma bağlı sert, irregüler prostat saptanır. Mesane karsinomunda pelvisin dışına taşan sert, düzensiz çıkıntılı kitle hissedilir.

Uterus

Pelvis dışına doğru büyüyen düzgün yumuşak şişlik, gebeliği düşündürür. Sonradan uterus büyüdükçe fetal kalp atışları duyulabilir. Fibroidler düzgün ve serttirler, çok büyük boyutlara ulaşabilirler. Uterus karsinomu sert ve çıkıntılıdır. Bimanuel inceleme tanıyı kesinleştirebilir.

GENEL TETKİKLER

- **TKS, ESH**
Hemoglobinde azalma; tümör. Lökosit artışı; infeksiyon.
- **Orta idrar incelemesi**
Eritrositler. Lökositler. Organizmalar, (infeksiyon oluşturan)
Karsinomda görülen malign hücreler.
- **USG**
Gebelik. Fibroidler. Mesane tümörü. Urakal kist.

SPESİFİK TETKİKLER

- **β HCG**
Gebelik
- **PSA**
Prostat karsinomu
- **Sistoskopi**
Mesane tümörü. Biyopsi.
- **Baryum enema**
Kolon karsinomu. Divertiküler hastalık. Crohn hastalığı.
- **Kolonoskopi**
Karsinom. Divertiküler hastalık.
- **BT**
Over lezyonları. Uterus lezyonları. Mesane lezyonları.
Urakal kist.

► ANEMİ

Anemi, hemoglobin konsantrasyonunun yetişkin erkeklerde 13.5 g/dl, yetişkin kadınlarda ise 11.5 g/dl'nin altında olması şeklinde tanımlanır. Aneminin eritrosit parametrelerine göre sınıflandırılması önemlidir, çünkü buna göre spesifik incelemeler yürütülebilir.

NEDENLER

Mikrositik (MCV<80fl)

- Demir eksikliği
- Kronik hastalık anemisi
- Talasemi

Normositik (MCV 80-95 fl)

- Ani kan kaybı
- Hemolitik anemi
 - Herediter sferositoz
 - Orak hücreli anemi
 - G6PD eksikliği
 - Otoimmün hemolitik anemi
- Sıtma
- İlaçlar (örn. dapson, kinin, sulfonamid)
- Eritrosit hasarı (yanıklar, mekanik kalp kapakları)
- Mikst eksiklikler
- Sekonder anemi (karaciğer ve böbrek hastalığı)
- Kemik iliği yetersizliği
- Gebelik

Makrositik (MCV>95 fl)

- Megaloblastik anemi
 - Pernisiyöz anemi
 - Vitamin B12 eksikliği
 - Folat eksikliği
- Alkolizm
- Karaciğer hastalığı
- Hipotiroidizm
- Hipertiroidizm (Graves)
- Addison hastalığı
- Kemik iliği infiltrasyonu
- İlaçlar
- Azotiopürin (dozla ilişkili)

ANAMNEZ

Anamnezde önemli olan anemi tanısını düşündürebilecek belirtilerin sorgulanması ve altta yatan nedenin tespit edilebilmesidir.

Anemi belirtileri

Anemi belirtileri aneminin derecesine, başlangıç hızına, yaşa ve beraberinde varolan hastalıklara bağlıdır. Hafiften orta dereceye kadar kronik anemi gençlerde asemptomatik olabilir, kişiler anemiye uyum sağlayabilir. Anemi belirtileri yorgunluk, halsizlik ve nefes darlığıdır. Anemi, angina ve alt ekstremitelerde klodikasyonunu ortaya çıkarabilir veya artırabilir.

Altta yatan hastalık anamnezi

Kan kaybı, demir eksikliği anemisinin sık nedenidir. Aşikar kanama anamnezden rahatlıkla tespit edilebilir. Gastrointestinal sistemden gizli kanama kronik kan kaybının önemli bir sebebidir. Hastaların melenası olabilir. Peptik ülser, gastrit, gastroözofageal reflü veya gastrik karsinomaya bağlı karın üst kısmında ağrı olabilir (Sayfa 1). Alt gastrointestinal sistem kanamalarının nedenleri sayfa 372'de ayrıntılı olarak anlatılmıştır. Menstruasyona bağlı kanama miktarı ve sıklığı kayıt edilmeli ve hemoptizi ile hematurisi varlığı araştırulmalıdır. Malabsorpsiyon, hemoglobin sentezi sırasındaki substrat ve koenzim ihtiyacının eksikliğine sebep olabilir. Gastrektomi veya atrofik gastritle birlikte olan pernisiyöz anemi, pH değişikliği ve intrinsik faktör üzerine olumsuz etkileri nedeni ile hem demir ve hem de vitamin B12 emilimini bozabilir. Vitamin B12 emilim bozukluğu yaygın bir hastalık ile ya da terminal ileum rezeksiyonu ile ortaya çıkabilir ve megaloblastik anemiye neden olur. Sıtma ve kancalı kurt enfeksiyonlarının endemik olduğu yerlere yolculuk hikayesi sorgulanmalıdır.

Diyet öyküsü

Folat eksikliğinin genellikle yetersiz gıda alımı ile ilişkili olması nedeni ile hastanın diyet öyküsünün sorgulanması önemlidir. Tam tersine, diyetdeki demir eksikliği, beraberinde herhangi bir nedenle ihtiyaç artışı veya kan kaybı olmadıkça, tek başına nadiren anemi yapar. Vitamin B12'nin vücut içi depoları olması nedeni ile diyetdeki eksikliğin klinik olarak aşikar hale gelebilmesi 2 yıl sürebilir. Alkol alım miktarı sorgulanmalıdır, çünkü yüksek miktardaki tüketim makrositik anemiye sebep olabilir.

Özgeçmiş ve ilaç öyküsü

Birçok kronik hastalık anemiye sebep olabilir. Fakat anemiye primer hastalığın etkilerine bağlamadan önce birlikte varolabilecek diğer nedenlerin dışlanması çok önemlidir. Yukarıda makrositik anemi yapan nedenler listelenmiştir. Kemik iliği aplazisi viral hepatit komplikasyonu olarak veya radyasyona maruz kalma sonucu ortaya çıkabilir ve aplastik anemi ile sonuçlanabilir. Kemoterapötik ajanlar, kloramfenikol ve sulfonamidler kemik iliği yetersizliğine neden olabilirler. Mikoplazmaya bağlı solunum sistemi infeksiyonları, infeksiyöz mononükleoz, lenfomalar ve bağ dokusu hastalıkları ile birlikte otoimmün hemolitik anemi görülebilir.

Soygeçmiş

Talasemi ve orak hücreli anemi gibi hemoglobinopatiler kalıtsal olabilir. Diğer taraftan herediter enzim eksiklikleri (G6PD) veya eritrosit membran bozuklukları (herediter sferositoz) intravasküler hemolize neden olabilir.

FİZİK MUAYENE

Klasik olarak, anemili hastaların avuç içi çizgilerinde ve konjunktivalarında solukluk mevcuttur; fakat sadece bu bulgulara dayanarak tanı konulması gerçekçi olmaz. Demir eksikliğinde kaşık tırnaklar (koilonychia) görülebilir; bu bulgulara "angular cheilitis" ve glossit eşlik edebilir. Sarılık hemolitik aneminin bir komplikasyonu olabilir veya kronik karaciğer hastalığı sonucu ortaya çıkabilir.

Subakut kombine dejenerasyon ciddi vitamin B12 eksikliğinin bir komplikasyonudur. Nörolojik muayenede arka kordon tutulumuna bağlı olarak simetrik yüzeysel dokunma hissi, vibrasyon ve ayaklarda propriyosepsiyon kaybı ortaya çıkar. Ek olarak, Romberg belirtisi gelişebilir. Daha nadir bulgular arasında periferik nöropati, optik atrofi ve demans vardır.

Anemi varlığında kardiyovasküler sistem muayenesinde taşikardi ile birlikte hiperdinamik dolaşım, sıçrayıcı nabız ve sistolik üfürüm saptanabilir.

Splenomegali, herediter sferositoz, talasemi ve orak hücreli anemide saptanır.

SPESİFİK TETKİKLER

Mikrositik anemi

- **TKS ve periferik yayma**
Düşük hemoglobin konsantrasyonu ile mikrositöz (MCV < 80 fl) ve hipokromi (MCH < 27 pg) görülür. Akut kanamaya bağlı anemide trombosit sayısı artabilir. Periferik yaymada mikrositik, hipokromik eritrositler yanısıra eliptositöz görülebilir.
- **Serum demir ve TDBK**
Demir eksikliğinde serum demir düzeyi düşer ve TDBK artar. Kronik hastalıklarda ikisi de düşer. Talasemide ikisi de normaldir.
- **Serum ferritin**
Bir protein-demir kompleksi olan serum ferritin konsantrasyonu demir eksikliğinde düşer. Kronik hastalıklarda ve talasemide değişmez.
- **Gaitada gizli kan ve gaita mikroskopisi**
Gastrointestinal sistemden kan kaybı olup olmadığını ortaya koyar. Mikroskopide kancalı kurt yumurtaları görülebilir.
- **Serbest eritrosit protoporfirini**
Demir protoporfirine bağlanarak heme oluşur; böylece, demir eksikliğinde protoporfirin düzeyleri artar. Demir eksikliğini saptamada duyarlılığı yüksek bir incelemedir ve kronik hastalıklar ile talasemide etkilenmez.
- **Hb elektroforezi**
Talasemi ile orak hücreli anemide spesifik tanı koyma ve sınıflandırma olanağı sağlar.

Normositik anemi

- **TKS ve periferik yayma**
Düşük hemoglobin düzeyleri ile normal eritrosit parametreleri saptanır (MCV 80-95 fl, MCH > 27 pg). Normal eritrosit parametreleri bazen mikrositer ve makrositer aneminin beraber görüldüğü dimorfik anemide de ortaya çıkabilir. Dimorfik anemi periferik yaymada rahatlıkla saptanabilir. Bazı hematoloji laboratuvarları, farklı büyüklükteki eritrositlerin varlığında yüksek çıkan eritrosit dağılım genişliği (RDW) değerini ölçmektedir. Retikülosit sayısı hemolitik anemi ve akut kan kaybı sonrası artar. Periferik yaymada hasarlı eritrositler ve sideroblastlar görülür.

- **Hemoliz testleri**
Her tür hemolizde serumda indirekt bilirubin, idrarda ürobilinojen ve gaitada sterkobilinojen artar. Serum haptoglobulin değeri düşer. Plazma hemoglobini özellikle intravasküler hemolizde artar. Hemoliz bulguları saptanan her hastada tanıyı doğrulamak için istenecek testleri belirlemede bir hematoloji kitabına başvurulmalıdır.
- **İdrar analizi**
Intravasküler hemolizde idrarda spesifik olarak hemosiderin ve hemoglobin artışı olur.
- **Kemik iliği aspirasyonu**
Hemolitik anemide kemik iliği aspirasyonunda eritroid seri hiperplazisi ortaya çıkarken; aplastik anemide kemik iliği hipoplazisi ile normal kemik iliği dokusunun yerini yağ dokusunun aldığı gözlenir.

Makrositik anemi

- **TKS ve periferik yayma**
Düşük hemoglobin düzeyleri ile makrositoz görülür (MCV > 95 fl). Retikülosit sayısı düşüktür ve eşlik eden trombositopeni ve lökopeni, megaloblastik anemiyi düşündürür. Periferik yaymada hipersegmente nötrofiller görülebilir.
- **Serum vitamin B12 ölçümü**
Serum vitamin B12 düzeyleri ölçülebilir ve eksiklik olup olmadığı anlaşılabilir. Vitamin B12 eksikliğinin sebebi anlaşılammışsa Schilling testi yapılarak problemin mideden, terminal ileumdan veya intrinsik faktör eksikliğinden olup olmadığı anlaşılabilir.
- **Antipariyetal hücre ve anti-intrinsik faktör antikorları**
Pernisiyöz anemi, intrinsik faktör sentez kusuru veya işlevine engel olan otoantikorları sonucu gelişir.
- **Serum ve eritrosit folik asit düzeyi**
Folat eksikliğinde bu iki test te düşük bulunur; fakat vitamin B12 eksikliğinde eritrosit folat düzeyleri yüksek olabilir.
- **Kemik iliği aspirasyonu**
Vitamin B12 veya folik asit eksikliğinde kemik iliği aspiratında megaloblastlar görülür.
- **Diğer testler**
Özel hastalıklarda ortaya çıkan makrositoz veya sekonder anemiler için klinik başvuruya göre ileri incelemeler gerekebilir.

▶ ANOREKTAL AĞRI

Anorektal ağrı sıkça karşılaşılan bir sorundur. Hastaların çoğunda aşık bir neden vardır, örn. anal fissür, perianal abse veya tromboze hemorroid.

NEDENLER

Akut

- Anal fissür
- Perianal hematom
- Tromboze hemorroid
- Perianal abse
- İntersfinkterik abse
- İskiyorektal abse
- Travma
- Anorektal gonore
- Herpes

Kronik

- Proctalgia fugax
- Anal fistül
- Anorektal malignite
- Soliter rektal ülser
- Kronik perianal sepsis, örn. Crohn hastalığı, tüberküloz.
- Cauda equina lezyonları

ANAMNEZ

Defekasyon sırasında ağrı ve kanama (genelde tuvalet kağıdını kirleten) anal fissürü düşündürür. Perinede ani başlayan ağrı ile hassas bir şişliğin ortaya çıkması perianal hematomu düşündürür. Anamnezde daha önceden bilinen prolabe hemoroidlerin yanısıra yeni ortaya çıkan redükte edilemeyen ağrılı ve hassas anal şişlikler tromboze hemoroidleri düşündürür. Yavaşça gelişen ağrı ve hassasiyet ile birlikte ortaya çıkan şişlik abseyi akla getirir. Olası bir travma öyküsü titizlikle araştırılmalıdır. Anal yolla cinsel ilişki öyküsü gonore veya herpesi akla getirir. Gonore varlığında irritasyon, kaşıntı, akıntı ve ağrı oluşur. Herpes infeksiyonunda ağrı ve irritasyon mevcuttur. Perinede 30 dakika kadar sürebilen spazmodik ağrı atakları olduğunda proctalgia fugax akla gelmelidir. Ağrı, derinde rektumun içinde hissedilir. Nedeni

bilinmemektedir, fakat levator ani kasının paroksizmal kontraksiyonları ile ilişkili olabilir. Barsak alışkanlıklarında değişiklik ve defekasyon sırasında kanama anorektal maligniteleri düşündürür. Tümör, anal kanalda somatik tipte yüzeysel duyunun bulunduğu dentate çizgisinin altında infiltrasyon yaptığında ağrı belirgin hale gelir. Soliter rektal ülser tek başına ağrı ile ortaya çıkabilir, fakat daha sıklıkla rektal kanama, mukus çıkışı ve defekasyon zorluğu ile kendini gösterir. Kronik perianal sepsis, Crohn hastalığı veya tüberkülozun öncü bulgusu olabilir. Bu hastalıklar vücudun başka yerlerinde de kendini gösterebilir. Nadiren cauda equina lezyonları da anal ağrı yapabilir.

FİZİK MUAYENE

İnspeksiyonla kronik anal fissür, perianal hematoma, tromboze hemoroidler veya anal kanalın dışına doğru büyüyen bir tümör saptanabilir. Gergin, hassas, kırmızı bir alan perianal abse düşündürülebilir. Kalçalarda dolgunluk ve kızarıklık geniş bir iskiyorektal abseye ait olabilir. Tanı kesin değilse dijital rektal muayene yapılmalıdır. Gonokokal proktit varlığında proktoskopide rektal ampullada ödemli ve frajil mukoza ile birlikte pü ve kan görülür. Anal bölgede veziküllerin olması herpesi düşündürür. Sigmoidoskopide rektal mukozada kızarıklık ve ödemle birlikte belirgin ülserasyon görüldüğünde soliter rektal ülseri tanısı konulur. Cauda equina lezyonundan şüphe ediliyorsa, eksiksiz nörolojik muayene yapılmalıdır. Proctalgia fugax'ta herhangi bir bulgu saptanmaz.

GENEL TETKİKLER

- **TKS, ESH**
Lökosit artışı; örn. abse. ESH'da artma; Crohn hastalığı, tüberküloz ve malignite.
- **Kan glukozu**
Sepsis, diyabetes mellitusta ilk başvuru şekli olabilir.
- **Proktoskopi**
Hemoroidler. Anorektal malignite. Anorektal gonore. Yayma; Gram-negatif hücre içi diplokok.
- **Sigmoidoskopi**
Anorektal malignite.

SPESİFİK TETKİKLER

- **Endo-anal USG**
İntersfinkterik abse veya anal fistül saptanabilir.
- **MRG**
Kompleks fistül problemlerini veya cauda equina lezyonlarını gösterir.
- **Antijen ölçüm testleri**
Herpes.
- **Elektron mikroskopisi**
Vezikül sıvısından virüsün gösterilmesi
- **PCR**
Herpes infeksiyonunun hızlı tanısı.

► KOL AĞRISI

Bu bölümde eklem ağrılarından bağımsız olarak üst ekstremitte ağrılarına değinilecektir. Kol ağrısı nedenlerinin çoğu ya nörolojik ya da vasküler lezyonlarla ilişkilidir.

NEDENLER

Servikal lezyonlar

- Disk lezyonu
- Servikal spondilozis
- Siringomiyeli
- Enfeksiyon, örn. Osteit, tüberküloz.
- Tümörler
 - Spinal kord
 - Meninksler
 - Sinirler
 - Vertebral korpuslar

Brakiyal pleksus

- Servikal kot
- Malign infiltrasyon, örn. Pancoast tümörü
- Torasik inlet sendromu

Vasküler lezyonlar

- Subklaviyan arter darlığı
- Embolizm
- Arteriyal tromboz
- Aksiller venöz tromboz
- Miyokard iskemisi (sol kol)

Diğerleri

- Tekrarlayan zorlanma hasarı
- Periferik nöropati
- Karpal tünel sendromu
- Kemik tümörü
- Kompartman sendromu
 - Akut, örn. "crush" yaralanmaları
 - Kronik, örn. aşırı yüklenme

ANAMNEZ

Servikal lezyonların belirtileri: boyunda ağrı ve tutulma, kola yayılan ağrıdır. Servikal kord kompresyonu görülebilir. Servikal spondilozis servikal vertebranın yıpranması anlamına gelir. Altmış yaş üstünde sıktır. Genç yaştaki hastalarda genellikle

akut disk lezyonları gelişir. Ayrıntılı bir öykü ile travmanın dışlanması gereklidir.

Brakiyal pleksus lezyonlarında ağrı lokalize lezyonlardan kaynaklanabilir ve kolun distaline yayılır, örn. dıştan bası yapan servikal kot T11'i etkileyerek ellerdeki küçük kasların erimesine ve dermatom boyunca parestezi oluşmasına sebep olacaktır (örn. üst kol iç kısmı).

Subklaviyan arter darlığı kolda kladyasyona neden olabilir, örn. egzersiz sırasında yetersiz kanlanmaya bağlı ortaya çıkan ve istirahat ile gerileyen ağrı. Kardiyak problem öyküsü varlığı - örn. atriyal fibrilasyon veya yaygın periferik arter hastalığı - emboli veya tromboz düşündürür. Ani gelişen ağrılı, şiş ve siyanotik ekstremitte, aksiller ven trombozunu düşündürür. Egzersiz sırasında ortaya çıkan, göğüs orta kısmındaki ağrıyla birlikte olan veya boyuna yayılan ağrı ile ilişkili olan ve sol kola yayılan ağrı miyokard iskemisi düşündürür. Kişinin işi ile ilişkili ağrı varlığında , örn yazı yazma, klavye kullanma gibi tekrarlayan zorlanma hasarı akla gelmelidir. Diyabetes mellitus, böbrek yetersizliği, karaciğer yetersizliği, alkol bağımlılığı, vitamin B12 eksikliği, ilaçlar, örn. fenitoin, vinkristin, periferik nöropatiyi akla getirir.

Başparmak, işaret parmağı ve orta parmakta ortaya çıkan, geceleri yatınca artan ve elin yataktan sarkıtılması ile gerileyen ağrı ve parestezi karpal tünel sendromunu akla getirir. Gebelik, romatoid artrit, miksödem, lunat kemiğin öne dislokasyonu, gut, akromegali, amiloidoz ve hemodiyaliz için el bileğinde açılan arterio-venöz fistül sonucu gelişebilir.

Lokalize kemik ağrısı primer veya metastatik tümörlere bağlı olabilir. İkincisi daha sıktır ve meme, bronş, tiroid, prostat veya böbrek kaynaklı tümörlerden kaynaklanır. Patolojik kırıklar oluşabilir. Kompartman sendromunda crush yaralanması, vasküler hasar veya vasküler cerrahi öyküsü olabilir. Kronik kompartman sendromu kolu anormal kullanma örn., ağırlık kaldırma, sonucu gelişebilir.

FİZİK MUAYENE

Servikal lezyonlara, brakiyal pleksus hasarlarına veya karpal tünel sendromuna yönelik tam bir nörolojik muayene yapılmalıdır. Servikal vertebra hareketlerinde kısıtlılık olabilir. Ekstremitelerde ödem aranmalı, örn. siyanoz ve dilate venler varlığında aksiller ven trombozu akla gelmelidir. İskemi bulguları araştırılmalı, nabızlar palpe edilmelidir. Ekstremitte iskemisinin klasik bulguları, örn. ağrı, solukluk, nabızsızlık,

parestezi, "buz gibi" cilt ve paraliz olabilir. Bir işte çalışma tekrarlayan zorlama hasarını düşündürür, ve fizik muayenede genellikle çok az bulgu mevcuttur. Horner sendromu (ptozis, miyozis, enoftalmus ve anhidroz) Pancoast tümörünü düşündürür. Kemik tümörlerinde lokalize şişlik ve hassasiyet mevcuttur. Kompartman sendromunda önkolda şiş ve hassas bir kompartman, parestezi ve paraliz vardır. Başlangıçta nabızlar normal olabilir; sonradan nabızların palpasyonu güçleşir veya kaybolur.

GENEL TETKİKLER

- **TKS, ESH**
Lökosit artışı; infeksiyon örn. osteomyelit veya servikal vertebral tüberküloz. ESH' da artma; infeksiyon ve malignite.
- **CRP**
Yüksek CRP; infeksiyon/ inflamatuvar neden.
- **Servikal vertebra direkt grafisi**
Servikal spondilozis, kemik metastazları, servikal vertebra kırıkları.
- **Akciğer grafisi**
Kemik metastazlarına sebep olan malignite. Pancoast tümörü (yayılarak brakiyal pleksusu infiltre eden apikal akciğer tümörü). Servikal kot (13 kot).
- **EKG**
Kardiyak iskemi
- **Kardiyak enzimler**
Kardiyak iskemi.

SPESİFİK TETKİKLER

- **BT**
Servikal disk lezyonları, tümörler.
- **MRG**
Servikal disk lezyonları, tümörler.
- **Sinir ileti çalışmaları**
Brakiyal pleksus lezyonları, periferik nöropati, karpal tünel sendromu
- **Doppler USG**
Arteriyel ve venöz lezyonlar
- **Arteriyografi**
Arteriyel lezyonlar
- **Venografi**
Venöz lezyonlar, örn. aksiller ven trombozu.

► KOL ŞİŞLİKLERİ

Şişlikler lokalize veya yaygın olabilir. Lokalize şişlikler eklemlerden veya kırıklardan kaynaklanabilir. Eklem etrafındaki lokalize şişlikler, eklem hastalıkları bölümünde (sayfa 250) anlatılmıştır. Bu bölümde sadece kolda yaygın şişlik yapan durumlar yer almıştır.

NEDENLER

Travma
<i>İnfeksiyon</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Selülit • Lenfadenit
Lenfödem
<ul style="list-style-type: none"> • Konjenital • Akiz • Aksiller nod lezyonları • Karsinom • İnfeksiyon, örn. filariyazis • Eksizyon • Radyoterapi
Aksiller ven trombozu
<i>Diğer</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Refleks sempatik distrofi (Sudek atrofisi)

ANAMNEZ

Patolojik kırıklar hafif bir travmada görülmesine rağmen, çoğu vakada aşikar travma öyküsü mevcuttur. Refleks sempatik distrofi travma sonrası gelişebilir, örn. Colles kırığı. Kolun konjenital lenfödemi nadirdir; diğer taraftan sekonder lenfödem nadir değildir ve bu durumda meme karsinomu, aksillaya uygulanan operasyon veya radyoterapi sorgulanmalıdır. Batıcı yaralanma veya pire ısırgı öyküsü selülit veya lenfanjit düşündürülebilir. Kolunda mevcut lenfödemi olan hastalarda batıcı yaralanmalar sonrası streptokokal selülit sıktır. Aksiller ven trombozu aşırı veya sıradışı egzersiz sonrası gelişebilir ve efor trombozu şeklinde adlandırılır.Örneğin daha önce bu tür bir iş yapmayan kişinin tavan boyaması gibi. Servikal kot veya

torasik inlet sendromu olan hastalarda da kollarda şişlik ortaya çıkabilir. Santral damaryolu açılması sonrası tromboz gelişebilir.

FİZİK MUAYENE

Lokalize şişlik ve hassasiyet ile birlikte ciltaltı krepitasyonlar kırık sonrası gelişebilir. Lenfödem düşündürülen yaygın göde bırakmayan ödem olabilir. Muayenede aksillada lenf nodları, önceki operasyona ait skar dokusu veya önceki radyoterapiye ait cilt değişiklikleri tespit edilebilir. Meme muayenesi ile sekonder aksiller lenfadenopati yapmış primer tümörün yeri saptanabilir. Aksiller ven trombozunda kolda şiş, siyanoz ve yüzeysel venlerde belirgin dilatasyon görülür. Selülitte kızarıklık ve ısı artışı, lenfanjitte ise lenfatik dolaşım boyunca kızarıklık inflamasyon şeritleri ortaya çıkar. Refleks sempatik distrofide kızarıklık, pürüzsüz ve parlak görümlü bir cildin eşlik ettiği ağrılı, şiş ve sert bir ekstremitte mevcuttur.

GENEL TETKİKLER

- **TKS, ESH**
Hemoglobinde azalma; tümör. Lökosit artışı; infeksiyon. ESH'da artma; tümör veya infeksiyon.
- **Sürüntü**
Selülit veya lenfanjit yapan her lezyonun kültür & antibiyogramı.
- **Göğüs grafisi**
Servikal kot (aksiller ven trombozuna neden olan)
- **Direkt kol grafisi**
Refleks sempatik distrofide kemiğin yama tarzında osteoporozu. Selülitte sebep olan olası bir yabancı cisim.

SPESİFİK TETKİKLER

- **USG veya BT**
Aksiller kitle
- **Mamografi**
Meme karsinomu - aksiller lenfadenopati.
- **Doppler USG**
Aksiller ven trombozu
- **Venografi**
Aksiller ven trombozu.

▶ ASİT

Asit, periton boşluğunda fazla miktarda serbest sıvı birikimidir.

NEDENLER

Hepatik

- Siroz
- Hepatik tümörler

Malign hastalıklar

- Karsinomatozis
- Abdominal/ Pelvik tumor (primer veya sekonder)
- "Pseudomyxoma peritonei"
- Primer mezotelioma

Kardiyak

- Kalp yetersizliği
- Konstriktif perikardit
- Triküspit yetersizliği

Renal

- Nefrotik sendrom

Peritonit

- Tüberküloz
- Spontan bakteriyel

Venöz obstrüksiyon

- Budd - Chiari sendromu
- Venö - oklüziv hastalık
- Hepatik portal ven tıkanıklığı
- İnförior vena kava tıkanıklığı

Gastrointestinal

- Malabsorpsiyon
- Pankreatit
- Safra kaynaklı asit

ANAMNEZ

Belirtiler

Asitli hastalar, karında huzursuzluk, karın çevresinde artış, kilo alımı ve ayak bileği veya sakral bölgede şişlik ile başvurabilir.

Başlangıç

Asit genellikle yavaş gelişir, fakat karaciğer sirozunun hızla dekompanseasyonu, malignite, portal veya splenik ven trombozu ile Budd - Chiari sendromunda aniden ortaya çıkabilir.

Öz geçmiş

Karın veya pelvis içinde herhangi bir malignite öyküsü anlamlıdır; diğer taraftan özellikle meme, over, prostat, testis ve hematolojik maligniteler seyrinde ortaya çıkan karın içi metastaz veya tutulum asite neden olabilir. Karaciğer sirozu alkolizm, geçmişteki hepatit, Wilson hastalığı, primer veya sekonder biliyer siroz veya hemakromatozdan kaynaklanabilir. Geçmişteki tüberküloz öyküsü, peritonda sekonder tutulum olabileceğini düşündürür.

Birlikte görülen belirtiler

Nefes darlığı, asit basısına bağlı diyafragma itilmesine veya altta yatan sebep olduğunda kalp yetersizliğine bağlı ortaya çıkabilir.

FİZİK MUAYENE

Klasik bulgular, karında yer değiştiren matite ve sıvı titreşimidir. Asite başvuran hastaların %90'ından karaciğer hastalıkları ve karsinomatozis olguları neden olduğundan tüm sistemlerin ayrıntılı muayenesi gereklidir. Sonraki sık sebepler kalp yetersizliği ve nefrotik sendromdur.

İnspeksiyon

Sarılık, arteriyel örümcek, vücut kıllarında azalma, jinekomasti, palmar eritem ve kaput medusa varlığında kronik karaciğer hastalığından şüphelenilmelidir. Kalp yetersizliğinde jugüler ven basıncı artmıştır ve triküspid yetersizliğinde belirgin v dalgası görülür. Jugüler ven basıncında inspirasyon sırasında artış olması (Kussmaul belirtisi) perikardiyal efüzyon sırasında görülebilir.

Palpasyon

Olası bir abdominal veya pelvik tümörü aramak için dikkatli karın muayenesi yapılmalıdır. Yaygın asit varlığında karın içi kitleleri palpe edebilmek amacıyla derin palpasyon gerekebilir. Portal hipertansiyon, hepatik ve hematolojik maligniteler varlığında hepatomegali ve splenomegali gelişebilir. Kardiyomegali ile kalp apeksinin yer değiştirmesi kalp yetersizliğinden kaynaklanabilir. Ayaklarda ödem, siroz, kalp

yetersizliği, malabsorpsiyon, karın içi veya pelvik tümörlere bağlı lenfatik drenaj tıkanıklığı ve nefrotik sendromda görülür.

Oskültasyon

Üçüncü kalp sesi, sistolik üfürümler (fonksiyonel triküspid ve mitral yetersizlik) ve krepitasyonlar (akciğer ödemi) kalp yetersizliğinde işitilebilir. Perikardiyal efüzyonda kalp sesleri azalır. Perikarditte, bazen perikardiyal sürtünme sesi veya çarpma sesi işitilir.

Perküsyon

Akciğer ödemi ve plevral efüzyonda akciğer bazallerinde matite mevcuttur (asite sekonder de ortaya çıkabilir).

İç yapılar muayenesi

Rektal muayenede ülserasyon veya karsinom düşündürülen sabit bir kitle saptanabilir. Kadınlarda, vajinal muayenede adneksiyal kitle pelvik tümörün ilk bulgusu olabilir.

GENEL TETKİKLER

Anamnez ve muayene bulguları altta yatan nedeni ortaya koyabilir. Genel incelemeler olası sebebi teyit etmek veya ortaya çıkarmak için kullanılabilir.

- **İdrar “dipstick” testi**
Nefrotik sendromda protein düzeyi kuvvetli pozitif olacaktır. Bu durumda proteinüri düzeyinin ölçülmesi için 24 saatlik idrar biriktirilir: Günde 3.5 g’ dan fazla proteinüri nefrotik sendromu gösterir.
- **TKS**
Lökosit sayısında artma infeksiyöz bir nedeni düşündürülebilir, fakat periferik yayma daha spesifiktir.
- **Üre ve elektrolitler**
Yüksek üre ve kreatinin ciddi böbrek bozukluğuna işaret eder ve karaciğer yetersizliği sırasında ortaya çıkan bir bozukluk olan hepatorenal sendromun bir bulgusu olarak kendini gösterebilir.
- **KcFT**
Karaciğer hastalıklarının varlığında bozulabilirler. Serum albumin düzeyi hipoalbuminemiye ortaya koyabilirken altta yatan neden araştırılmalıdır.
- **Akciğer grafisi**
Kalp yetersizliğini düşündürülen bulgular kardiyomegali, üst venöz sistem kan akımının bozulması, Kerley B çizgilerinin görülmesi, akciğer ödemi ve plevral efüzyondur. Nadiren

akciğer parankim içinde saptanan bir lezyon karsinomu düşünülebilir.

- **USG karın/pelvis**
Asitin teyit edilmesi yanısıra USG, fizik muayenede palpe edilemeyen karın içi kitleleri saptayabilir ve karaciğerdeki yağlanmayı görüntüleyebilir. Siroz ve Budd - Chiari sendromu gibi karaciğerin venöz çıkış obstrüksiyonu ile sonuçlanan durumlarda dilate kollateral venler görülebilir.
- **Abdominal parasentez**
Altta yatan nedenin saptanmasında asit sıvısının aspirasyonu çok değerlidir. Mikrobiyoloji, biyokimya ve patoloji laboratuvarlarına birer örnek gönderilir.

Asit sıvısı

Görünüm

Şilöz Süt beyazı görünümündeki şilöz asit, lenfatik kanalların tıkanması sonucu ortaya çıkar.

Safra ile boyalı Safra peritonitini düşündürür.

Hemorajik Malignite, travma ve tüberkülozda görülebilir.

Saman rengi Çoğu diğer sebepte sıkça ortaya çıkan görünüm.

Biyokimya

Protein Asit protein düzeyleri, sıklıkla asitin transuda veya eksuda ayırımını ortaya koymada kullanılmaktadır; halbuki bu değerler her zaman güvenilir olmayabilir. Asit, örnekteki protein konsantrasyonunun 25 g/l değerinin altında olması veya aynı sırada bakılan serum protein düzeyinden ≥ 11 g/l düşük olması durumunda transuda, aksi durumda ise eksuda olarak nitelendirilir.

Amilaz Pankreatik asitlerde çoğunlukla yüksektir.

Glukoz Bakteriyal infeksiyonlarda düşüktür.

Trigliserid Şilöz asitte artmıştır, torasik duktusun drenajındaki tıkanıklığı işaret edebilir.

Bilirubin Safra kaynaklı asitlerde artmıştır.

Mikrobiyoloji

Gram ve Ziehl - Neelsen boyamaları ile kültürler bakteriyal nedeni gösterir.

Sitoloji

Nötrofil bakteriyal peritoniti düşündürür, halbuki tüberküloz peritonitte sıklıkla lenfositöz görülür. Malign hücreler ayırt edilebilir ve primer kaynak belirlenebilir.

SPESİFİK TETKİKLER

- **Ekokardiyografi**
Dilate, kontraksiyonu zayıf yapabilen ve ejeksiyon fraksiyonu düşük olan bir sol ventrikül kalp yetersizliğini gösterir.. Perikardiyal efüzyon, sol ventrikül ve perikard arasında eko vermeyen boş bir alan olarak görülür. Triküspid yetersizliği renkli Doppler inceleme ile görüntülenebilir.
- **Karaciğer biyopsisi**
Karaciğer sirozunun altta yatan nedenini aydınlatılabilir.
- **Böbrek biyopsisi**
Nefrotik sendromun altta yatan nedenini ortaya koyar.
- **Portal venografi**
Karaciğer venöz çıkışında obstrüksiyonundan şüphelenildiğinde indikedir. Budd - Chiari sendromu ve veno-oklüziv hastalıklarını gösterir..

► AKSİLLER ŞİŞLİKLER

Aksiller şişliklerin çoğu büyümüş lenf düğümüdür. Aksiller lenf düğümleri genellikle meme karsinomunun metastazına bağlıdır. Aksiller şişliklerin çoğu tek başına fizik muayene ile kolaylıkla saptanır.

NEDENLER

Yüzeyel

- Akut abse
- Kist sebese
- Lipom
- "Hidradenitis suppurativa"

Derin

- Kronik abse, örn. tüberküloz (nadir)
- Lenfadenopati
- Lipom
- Aksiller arter anevrizması
- Memede yumru (aksiller kuyrukta)

ANAMNEZ

Yüzeyel

Akut abse

Bunlar ciltte hassas şişlikler olarak ortaya çıkar. Pürulan akıntı olabilir. Diyabetiklerde sıktır.

Kist sebese

Kist sebese , ciltte üzerinde bir delik bulunan sert bir şişlik şeklinde ortaya çıkar. İnflame hale gelirse hassas olabilir ve bu durumda akıntı gelişebilir.

Lipom

Subkütan dokuda yumuşak lobüle şişlikler olarak ortaya çıkarlar.

Hidradenitis suppurativa

Hasta, aksillanın yüzeyel dokusunda ortaya çıkan ve apokrin ter bezlerindeki infeksiyon sonucu gelişen çok sayıdaki hassas şişlik ile başvurur. Genellikle pürulan akıntı görülür. Diyabet öyküsü olabilir.

Derin***Kronik abse***

Tüberküloz öyküsünü araştır. Gece terlemeleri olabilir.

Lenfadenopati (sayfa 305)

Hasta aksillada hassas olan veya olmayan bir yumru farketmiş olabilir. Lenf düğümlerinin drenaj bölgelerinde - örn. kol, göğüs duvarı, daha aşağıda umblikusu da içine alacak şekilde karın duvarı, iliyak krestü de içine alacak şekilde sırt cildi, meme - infeksiyon veya maligniteyi araştır. Hasta herhangi bir yerinde yumru farketmiş mi? Halsizlik, ateş, gece terlemesi ve öksürük sorgula. Kan diskrazisi düşündürebilecek ciltte morluk veya burun kanaması öyküsü olabilir. Kollarda kedi tırnağı hastalığını akla getirecek tırmık izleri mevcut mu?

Lipom

Hasta nadiren, kas kılıflarının etrafından aralıklı olarak ortaya çıkan sert şişlikler farkedebilir.

Aksiller arter anevrizması

Nadirdir. Hasta, koltuk altında pulsatil bir şişlik farkedebilir. Şişlik büyüdüğünde hasta, her bir kalp vurusunda kolunun vücudundan uzaklaştığını farkedebilir. Nadiren, elde distal emboliye ait belirtiler olabilir.

Meme yumruları

Nadiren, aksillanın medial duvarında ortaya çıkan yumru memenin aksiller kuyruğundaki şişlik olabilir, örn. fibroadenom veya karsinom.

FİZİK MUAYENE**Yüzeyel*****Akut abse***

Hassas, kırmızı, fluktuasyon veren ve pürülan akıntılı bir şişlik mevcut olabilir.

Lipom

Subkütan dokuda yumuşak, lobüle bir şişliktir.

Kist sebace

Ciltte küçük belirgin bir şişliktir. Üzerinde delik görülebilir. İnfekte olduğunda, etraf cilt dokusunda kızamık ve hassasiyet olur. Akıntılı olabilir.

Hidradenitis suppurativa

Etrafı kırmızı ve pürülan akıntılı çok sayıda hassas şişlikler mevcuttur.

Derin**Kronik abse**

Aksillada fluktuasyon veren şişlik mevcuttur. Tüberkülozda hafif inflamasyon bulguları olabilir veya hiç olmayabilir.

Lenfadenopati

Tek başına lenf düğümü, örn. lenfoma. Çok sayıda sert veya konglomere düğümler (karsinom). Hassas fluktuasyon veren düğümler (abse). Lenfatiklerin drene oldukları alanlarda infeksiyon veya tümörü araştır. Meme muayenesi yap. Diğer lenf düğümü bölgelerini incele, örn. servikal, inguinal; hepatosplenomegaliyi araştır.

Lipom

Derin lipomlar genelde intermusküler yerleşimlidir ve bazı pozisyonlarda hissedilebilir. Pektoral kaslar arasında içeri girip çıkabilirler. Sertçe olabilirler ve yüzeysel lipomların lobulasyon hissini vermeyebilirler.

Aksiller arter anevrizması

Aksillada pulsatil bir kitle palpe edilebilir. Distal dolaşımı kontrol edin. Aksiller arter anevrizması büyükse, hasta ayakta ve kolları heriki yanında dururken, yumrunun herbir pulsasyonu sırasında kol vücuttan uzaklaşır.

Meme yumruları

Aksillanın mediyal duvarındaki yumru memenin aksiller kuyruğundaki kitle olabilir.

GENEL TETKİKLER

- **TKS, ESH**
Hemoglobinde azalma; malign hastalık. Lökosit artışı; infeksiyon, lösemi. ESH'da artma; infeksiyon, malignite. Düşük trombosit sayısı; lösemi.
- **Sürüntü**
Her tür akıntıdan kültür ve antibiyogram ve mikroskopi.

SPESİFİK TETKİKLER

- **Akciğer grafisi**
Tüberküloz

- **USG**
Lenfadenopati, lipom, anevrizma
- **Mantoux testi**
Tüberküloz
- **İİAS**
Benign ve malign ayırımı
- **Mamografi**
Meme karsinomu
- **Arteriyografi**
Aksiller arter anevrizması ile birlikte distal dolaşımı değerlendirir.

▶ SIRT AĞRISI

Sırt ağrısı genel tababette ve ortopedi kliniklerinde en sık görülen başvuru şikayetlerinden biridir. Ortopedi kliniklerine yapılan başvuruların yaklaşık %20'sini oluşturur. Neden çoğunlukla travmatik veya dejeneratiftir, fakat diğer sebepler de az değildir ve vücudun herhangi bir sistemindeki patoloji sonucu ortaya çıkabilir.

NEDENLER

Doğumsal

- Kifoskolyoz
- Spina bifida
- Spondilolistezis

Edinsel

Travmatik

- Vertebra kırıkları
- Ligaman yaralanmaları
- Eklem zorlanması
- Kas yırtıkları

İnfeksiyöz

- Osteomyelit - akut ve kronik
- Tüberküloz
- Diskitis

İnflamatuvar

- Ankilozan spondilit
- Romatolojik hastalıklar

Neoplastik

- Primer tümörler (nadir)
- Metastazlar (sık)

Dejeneratif

- Osteoartrit
- İntervertebral disk lezyonları

Metabolik

- Osteoporoz
- Osteomalasi

Endokrin

- Cushing hastalığı (osteoporoz)

İdiyopatik

- Paget hastalığı
- Scheuermann hastalığı

Psikojenik

- Psikosomatik sırt ağrısı (sık)

Viseral

- Penetran peptik ülser
- Pankreas kanseri
- Rektum kanseri

Vasküler

- Aort anevrizması
- Akut aort diseksiyonu

Renal

- Böbrek kanseri
- Böbrek taşları
- İnflamatuvar hastalıklar

Jinekolojik

- Uterus tümörleri
- Pelvik inflamatuvar hastalık
- Endometriyozis

ANAMNEZ**Doğumsal**

Spondilolisteziste belirtiler - örn. alt lomber sırt ağrısı, ayakta durmakla kötüleşen şikayetler - geç çocukluk çağına veya erken yetişkin yaşa kadar ortaya çıkmasa da, tanı genellikle öyküden anlaşılır.

Edinsel**Genel**

Başlangıç ani mi (travmaya bağlı, disk lezyonları) ya da yavaş yavaş mı gelişti? Nörolojik bulgular var mı ve mesane etkilendi mi? Hastaların şikayetleri, mekanik bir sebebi düşündürecek şekilde hareket ile kötüleşiyor ve istirahatle geçiyor mu? Ağrı, malign bir nedeni destekler şekilde şiddetli ve azaltılmıyor mu? Bulgular kas - iskelet sisteminin dışındaki sistemlerle, örn. karın ağrısı, dizüri veya menoraji ile ilişkili mi?

Travmatik

Genellikle açık bir travma öyküsü mevcuttur. Hastalar hareket ettirilirken dikkatli olunmalıdır. Nörolojik sekeller belirgin olabilir.

İnfeksiyöz

Tüberküloz öyküsü olabilir; örneğin hastanın gece terlemeleri veya öksürüğü olabilir. Diyabetiklerde ve immün sistemi baskılanmış hastalarda mikroorganizmanın genellikle *Staphylococcus aureus* olduğu spinal osteomyelit görülür. Spinal tüberkülozda hasta çoğunlukla gençtir ve halsizlik, ateş, ağrı, hassasiyet ve omurga hareketlerinde kısıtlılıktan şikayet eder. Diskitis genellikle orta şiddette sırt ağrısına eşlik eden bacak ağrısı ile kendini gösterir.

İnflamatuvar

Ankilozan spondilit genellikle genç yetişkin erkekleri etkiler. Başlangıçta sakroiliyak eklemler, sonradan tüm vertebralara tutulur. Hasta sıklıkla sabahları kalkarken ortaya çıkan lomber katılık şikayeti ile başvururlar. İritis ve plantar fasitis de görülebilir. Romatolojik bozukluklar diğer eklem şikayetleriyle de ortaya çıkabilirler.

Neoplastik

Hasta, genelde vertebral kolonun belli bir kısmına lokalize, durdurulamayan şiddetli bir ağrı nedeniyle iyi değildir. Özgeçmişinde bir primer tümör öyküsü olabilir (örn., bronş, meme, tiroid, prostat veya böbrek), veya primer aşikar olmayabilir. Ağrı, vertebral korpusun çökmesi ile ortaya çıkan patolojik kırık ile aniden ortaya çıkabilir. Nadiren, parapleji başvuru nedeni olabilir. Miyelom sırt ağrıları ile ortaya çıkabilir.

Dejeneratif

Osteoartrit, genelde yaşlı kişilerde hareketle artan ve istirahatle azalan ağrı şeklinde ortaya çıkar. İntervertebral disk lezyonlarında çoğunlukla bacak arka-alt kısmına yayılan (siyatik) ani başlangıçlı ağrı vardır. Ağrı, hareket, öksürük ve zorlama sırasında artar. Nörolojik semptomlar olabilir, örn. bacakta zayıflık, mesane bulguları.

Metabolik

Postmenapozal kadında osteoporoz en sık olanıdır. Kemik ağrısı ve patolojik kırıklar gelişir. Özgeçmişinde gastrektomi, steatore, böbrek yetersizliği veya antikonvülsif ilaç alımı olan yetişkinlerde osteomalasi görülebilir.

Endokrin

Cushing hastalığı veya uzun süreli steroid tedavisi öyküsü olabilir.

İdiyopatik

Kemiğin Paget hastalığı sırt ağrısı yapabilir. Genellikle 40 yaş üstünde görülür. Hastada farklı belirtiler gösterir, örn. yüzde

büyüme, veya bacaklarda eğilme. Scheuermann hastalığı vertebral kolonun osteokondritidir. Adolesan yaşta sırt ağrısı yapar. Ebeveynlerinin yuvarlak omuzu olduğunu farketmesinin ardından hasta kliniğe getirilir.

Psikojenik

Çok sıktır. Yalandan hastalık takliti, anksiyete, depresyon ve kompensasyon nörozu araştırılır.

Viseral

Penetre peptik ülserde, hasta direkt sırtta yayılan epigastrik ağrıdan yakınıdır. Ağrı gıda ve antasit alımı ile azaltılabilir. Pankreas karsinomunda hasta, sırtında azalmayan can sıkıcı bir ağrı tanımlar. Anoreksi ve kilo kaybı öyküsü mevcuttur. Hastada sarılık olabilir. Rektum karsinomunda, siyatikle birlikte sırtın alt kısmında ağrıya sebep olan sakrum ve sakral pleksus invazyonu gelişebilir.

Vasküler

Aort anevrizması vertebral korpusları aşındırarak sırt ağrısı yapabilir. Alternatif olarak rüptür sonrası ciddi sırt ağrısı olabilir. Hasta karın içinde pulsasyon farkeder. Akut aort diseksiyonu, genellikle göğüs ağrısına eşlik eder ve yırtılma tipinde şiddetli sırt ağrısı yapar. Hasta çoğunlukla şoktadır.

Renal

Böbrek karsinomunda sıklıkla künt ve sıkıcı bir ağrı vardır. Hasta hematüriden de şikayet ediyor olabilir. Üreterik kolikte ağrı belden kasığa doğru yayılır ve şiddetlidir, hasta rahat bir pozisyon alamaz. Böbreğin inflamatuvar hastalığı, üst lomber sırt ağrısı ile kendini gösterir. Hastanın ateşi olabilir ve sık idrara çıkma ile dizüriden şikayet edebilir.

Jinekolojik

Ağrı genelde pelvik rahatsızlıkla ilişkili alt sırt ağrısıdır. Hasta aynı zamanda dismenore, menoraji veya postmenapozal kanamadan şikayet edebilir.

FİZİK MUAYENE

Genel

Akut spinal kord kompresyonu, bası seviyesinde alt motor nöron bulgularına eşlik eden iki taraflı bacak ağrısına, bası altında ise üst motor nöron bulgularına sebep olur. Sfinkter

bozukluğunu araştır. Akut cauda equina kompresyonu, bacaklarda kök basısı ağrısı, semer anestezisi ve mesane ile barsak fonksiyon bozukluklarına sebep olur. Sirt ağrısı olan herhangi bir hastada, yukarıdaki bulgular araştırılmalıdır, eğer saptanırsa, nöroşirürji veya vertebral kolon cerrahından acil konsültasyon istenmelidir.

Doğumsal

Kifoskolyoz ve spina bifida fizik muayenede belirgindir. Spondilolisteziste, spinöz süreçler hattında, altında cilt buruşukluğu olan basamak şeklinde çıkıntı palpe edilebilir. Genelde S1 üzerinden kayan L5, veya daha nadir olarak L5 üzerinden kayan L4 mevcuttur. Nadiren ekstremitelerde nörolojik bulgular vardır.

Edinsel

Travmatik

Genelde aşıkardır. Hastaya dikkatlice pozisyon verilmeli ve eksiksiz nörolojik muayenesi yapılmalıdır. Her zaman ilişkili yaralanmaları araştır.

İnfeksiyöz

Akut osteomyelitte ateş, halsizlik, ve local hassasiyet ve spazm vardır. Kronik osteomyelitte, örn. tüberküloza bağlı, paraspinal kasların erimesi, spasm ve hareketlerde kısıtlılık olacaktır. Lokalize kifoz veya vertebral kollapsa bağlı gibus gelişebilir. Kasıkta bir psoas absesi olabilir. Parapleji ortaya çıkabilir. Diskitis varlığında vertebral kolonun hareket kabiliyeti azalır.

İnflamatuvar

Ankilozan spondiliti olan hasta hareketsiz bir vertebral kolon ile başvuracaktır. Kalça ve vertebral kolonda fleksiyon olacaktır. İlerlemiş vakalarda hasta önünü görebilmek için başını kaldıramaz. İritis ve plantar fasitis araştır. Romatolojik hastalıklar diğer eklemlerdeki problemlerle de başvurabilirler.

Neoplastik

Miyelomada, sırt ağrısına ek olarak, kotlarda, uzun kemiklerde ve kafatasında ağrı olabilir. Tutulumlar sonucu yaygın kemik hassasiyeti ortaya çıkar. Vertebral kolon hassasiyetini palpasyonla araştır. Göğüs, tiroid, meme, böbrek ve prostatı malignite açısından tara. Herhangi bir nörolojik bulgu olup olmadığını araştır.

Dejeneratif

Osteoartritte vertebral kolonda hareket kısıtlılığı olacaktır. Akut disk lezyonlarında vertebral kolon hareket kısıtlılığı, lordoz ve

alt ekstremitelere ait nörolojik belirtiler ortaya çıkacaktır.
Eksiksiz bir nörolojik muayene yap.

Metabolik

Osteoporozda genellikle sadece lokalize kemik hassasiyeti olacaktır. Yakın zamanda oluşan vertebral çökme bulguları olabilir. Osteomalaside, kemik ağrısından bağımsız olarak ördekvari yürüyüşe sebep olan proksimal miyopati gelişebilir.

Endokrin

Cushing hastalığı veya uzun süreli steroid tedavisi bulguları - örn. cushingoid yüz, buffalo hörgücü, proksimal miyopati, abdominal strialar, vb. - olabilir.

İdiyopatik

Paget hastalığında, kafatası ve uzun kemiklerde (tibianın bükülmesi) değişiklikler olup olmadığını kontrol et. Kafatasındaki büyümeye bağlı kompresyon bulguları körlük, sağırılık veya kranial sinir sıkışmaları olabilir. Kemik vaskülaritesindeki artışa bağlı olarak yüksek debili kalp yetersizliği bulguları ortaya çıkabilir. Scheuermann hastalığında düzgün torasik kifoz ve bunun altında ise kompensatuvar lomber lordoz gelişir. Göğüs yassılaştır.

Psikojenik

Genelde saptanması güç bir durumdur. Bulgular muayeneden muayeneye değişebilir. Muayene sırasında bulguların abartılması durumu sözkonusu olabilir. En iyisi hasta muayene odasını terkederken belli bir mesafeden onu izlemektir. Yürüyüş, postür ve davranışlar aniden değişebilir!

Viseral

Epigastrik hassasiyet ve kitle araştır. Pankreatik kanserde sarılık olabilir, safra kesesi ele geliyor olabilir (Courvoisier belirtisi). Rektal karsinom olup olmadığını kontrol etmek için dijital rektal muayene yap.

Vasküler

Pulsatil karın içi kitle ele gelebilir. Hasta şokta olabilir. Akut aort diseksiyonunda, ekstremiteler nabızlarında ortaya çıkan uyumsuzluk ile birlikte şok olabilir.

Renal

Böbreğe ait kitle veya böğürde hassasiyet araştır.

Jinekolojik

Pelvik kitle araştır. Bimanuel muayene yap.

GENEL TETKİKLER

- **TKS, ESH**
Hemoglobinde azalma; malignite, peptik ülser. Lökosit artışı; infeksiyon, örn. osteomyelit. ESH'da artma; malignite, örn. miyelom veya metastaz. Tüberküloz. Ankilozan spondilit.
- **CRP**
Artışı, infeksiyon, inflamasyon.
- **Üre ve elektrolitler**
Böbrek hastalıklarında anormal olabilir.
- **KcFT**
Bilirubin ve alkalen fosfataz, pankreas başı kanserine bağlı gelişen safra yolu tıkanıklıklarında yükselir. Alkalen fosfataz aynı zamanda Paget hastalığı, osteomalasi ve metastatik kemik tutulumlarında da yükselir. Bu kemik kaynaklı alkalen fosfatazdır ve izoenzimlerin bakılması gereklidir.
- **Akciğer grafisi**
Primer tümör, örn. bronş karsinomu. Sekonder tümörler.
- **Vertebral kolon direkt grafileri**
Travma - kırıklar. Osteoartrit - daralmış disk aralıkları ve osteofitler. İntervertebral disk prolapsusu - hafif skolyoz, lomber lordoz kaybı, disk alanı kaybı, Schmorl nodu. Spondilolistezis - dekapite "Scottie dog" belirtisi. Scheuermann hastalığı - vertebraların birleşmesi ve vertebra "end-plate" lerinin düzensizleşmesi. Kronik osteomyelit - eklem yüzeylerinin erozyone olması, kemik ve intervertebral disklerin harabiyeti, yumuşak doku gölgeleri oluşması, örn. psoas absesi. Miyeloma - güve yeniği lezyonları. Sekonder tutulumlar - osteolitik veya osteosklerotik (prostat). Osteoporoz - incelmış kemikler, vertebral çökme. Ankilozan spondilit - "bambu kamışı" vertebral kolon; düzensiz görünüm, skleroz ve sakroiliyak eklemlerin birleşmesi. Kemikğin Paget hastalığı - sklerotik beyaz vertebralar.
- **USG**
Aort anevrizması. Böbrek lezyonları. Uterus lezyonları.

SPESİFİK TETKİKLER

- **PSA**
Prostat karsinomu

- **Serum kalsiyum**
Malignitede, miyelomda ve kemik metastazlarında artar.
- **Bence Jones proteini**
Miyelomda artabilir
- **Plazma protein elektroforezi**
Miyelomda monoklonal gammopati
- **BT**
Pankreatik lezyonlar. Aort lezyonları. Pelvik lezyonlar.
- **Teknesyum sintigrafisi**
Kemik metastazlarında tutulum odakları. Nadiren inflamatuvar hastalıklarda tutulum odakları.
- **MRG**
Disk lezyonunun lokalizasyonu. Spinal tumor. Spinal kompresyon.

► MEME KİTLELERİ

Memede kitle yaygın bir klinik başvuru nedenidir. Her meme kitlesi olgusunda karsinom mutlaka dışlanmalıdır.

NEDENLER

Ayrık halde kitleler

Malign

- Karsinom
- Filloides tümör (bazıları benign davranırlar)

Benign

- Fibroadenom
- Kist (kistik mastit)
- Galaktosel
- Yağ nekrozu
- Lipom
- Kanal ektazisi
- Tüberküloz absesi
- Sebace kist

Jeneralize Şişlik

- Hamilelik
- Laktasyon
- Puberte
- Mastit

Memenin arkasındaki şişlikler

- Göğüs hastalığına bağlı meme arkası abse
- Tietze hastalığı
- Kot deformiteleri
- Kot kırıkdağlarının kondromu

ANAMNEZ

Güçlü aile anamnezi, nulliparite, erken menarş, geç menopoz ve kistik hiperplazi karsinom tanısını düşündürür. Hasta memesinde kitle bulmuş olabilir (olguların %85'inde karsinom ağrısızdır) veya meme ucu retraksiyonu, deride küçük girintiler, aksiller şişlik fark etmiş olabilir. Sarılık, karaciğerdeki metastazlara veya porta hepatisteki lenf düğümü tutulumuna bağlı olabilir. Kemik ağrısı sekonder tutulum ve patolojik kırıklardan dolayı olabilir. Nefes darlığı akciğerdeki sekonder

tutulumlara veya plevral efüzyona bağlı olabilir. Kişilik değişimi, nöbetleri, baş ağrıları serebral metastazi düşündürür. Hamilelik veya laktasyon döneminde başvuran bir hastada mastit, abse veya galaktosel olabilir. Travma hikayesi yağ nekrozunu düşündürür. Beşinci dekada olan bir hastada retroareolar ağrı, meme ucu retraksiyonu ve koyu, kremi meme ucu akıntısı kanal ektazisini düşündürür. Onbeş- yirmibeş yaşları arasında, hassas olmayan şişlik ile başvuran bir hastada fibroadenom düşünülür. Ağrılı meme hikayesi olan bir hastada, meme ağrısı başlığı altında (sayfa 58) anlatılan durumlardan herhangi biri mevcut olabilir. Nadiren tüberküloz absesi memede oluşabileceğinden veya akciğerden göğüs kafesi boyunca yayılabileceğinden özgeçmişte Tbc anamnezi olup olmadığı sorgulanmalıdır.

FİZİK MUAYENE

Karsinom

Sert düzensiz şişlik. Deriye fiske olabilir veya derinde fiske olabilir. Deride girintiler . Meme ucu retraksiyonu . Peau d'orange (portakal kabuğu görünümü). Meme ucunun Paget hastalığı. Aksiller lenfadenopati. Supraklaviküler lenfadenomegali. Hepatomegali. Patolojik kırıklar- omur, kostalar, uzun kemikler.

Filloides tümör

Hareketli kitle çok büyüyebilir.

Fibroadenom

Yumuşak, yuvarlak, hareketli kitle. Meme 'fare'si olarak adlandırılır çünkü muayene sırasında parmakların altında ani ve hızla hareket eder.

Kist

Düzgün, hareketli şişlik. Hassas olabilir. Memede yaygın yumrularla birlikte olabilir.

Galaktosel

Laktasyon halindeki memede olan düzgün, hareketli şişlik.

Yağ nekrozu

Sert, düzensiz şişlik. Üzerindeki deride morluk veya diş izleri olabilir! Bazen lezyon deriye fiskedir ve karsinomdan ayırt etmek zordur.

Lipom

Yumuşak, lobule şişlik. Memede nadirdir. 'Psödolipom'

memenin geri çekilmiş asıcı ligamanları arasında yağın gruplaşması halidir ve altta yatan karsinom ile ilişkilidir.

Kanal ektazisi

Hassas retroareolar bölge. Retroareolar eritem. Meme ucu retraksiyonu. Koyu, kremi meme ucu akıntısı.

Sebase kist

Deriye fiske olan hareketli şişlik. Nokta halinde olabilir. İnfekte olup akıntı ve etrafında kızarıklığa neden olabilir.

Jeneralize şişlikler

Memede jeneralize şişlik hamilelik, laktasyon ve pubertede olabilir. Yaygın şişlik, memede büyüme, kızarıklık, hassasiyet ve sıcaklık olduğunda mastit esnasında da olabilir.

Memenin arkasındaki şişlikler

Bunlar nadirdir. Tietze Hastalığı en sık olanıdır. İkinci, üçüncü ve dördüncü kostal kırıkların üzerinde çıkıntı ve hassasiyet olur. Meme arkası abse durumunda, göğüs perküsyonu ve oskültasyonunda göğüs bulguları belirgin olabilir.

GENEL TETKİKLER

- **TKS, ESH**
Yaygın malignitede hemoglobin azalır . Meme absesinde lökosit artar . Malignitede ve tüberkülozda ESH artar.
- **KcFT**
Alkalen fosfataz karaciğerin sekonder tutulumuna ve kemiğin sekonder tutulumuna (izoenzimler) bağlı olarak artar.
- **Serum kalsiyumu**
Kemiğin sekonder tutulumunda yükselir.
- **Akciğer grafisi**
Akciğer ve kotlarda sekonder tutulumlar. Altta yatan göğüs hastalığı, örn. TB veya ampiyem.

ÖZEL TETKİKLER

- **İİAS**
Benign - malign ayrımı. Kist - solid ayrımı.

- **Mamografi**
İnfiltrate eden radyo-opak kitle veya mikrokalsifikasyon maligniteye işaret eder. Genişlemiş retroareolar kanallar ve deri girintisi kanal ektazisini düşündürür. Uzun süreli fibroadenomlarda kaba kalsifikasyon olabilir.
- **Açık eksizyonel biyopsi**
Örneğin fibroadenom, yağ nekrozu.
- **USG**
Genç kadında meme USG'si mamografiden daha iyidir. Metastazlar için karaciğer USG'si. USG rehberliğinde İİA/ merkez biyopsi/ Mammotome®
- **BT**
Batın, göğüs, beyin. Metastazlar.
- **Kemik sintigrafisi**
Metastazlar.

▶ MEME AĞRISI

Genel cerrahi pratiğinde memede ağrı yaygın bir semptomdur. Olguların çoğu benignidir ve periyodik mastaljidir ancak bazen ağrı karsinomun başvuru semptomu olabilir.

NEDENLER

- Karsinom (kitlelerin %15'i ağrılıdır)
- Periyodik mastalji (fibroadenozis, kistik mastit)
- Periyodik olmayan mastalji
- Kanal ektazisi
- Yağ nekrozu
- Meme absesi
- Hamilelik
- Laktasyon
- Mastit
- Tietze Hastalığı
- Mondor Hastalığı
- Kot Metastazları
- Herpes zoster

ANAMNEZ

Periyodik mastalji, beklenen bir periyod öncesindeki haftada, sıklıkla üst ve dış meme kadrantlarında ağrıya sebep olur. Ağrı sıklıkla periyodu takiben kaybolur ve yeniden başlamadan önce 2 haftalık ağrı ve hassasiyetin olmadığı bir dönem olur. Semptomlar 20-45 yaş grubunda sıktır. Periyodik olmayan mastalji 4. ve 5. dekadlarda olabilir ve daha yaygındır. Kanal ektazisi 5. dekadta görülür. Ağrı genellikle meme ucunun arkasındadır ve subareolar eritem ve koyu, kremi bir meme ucu akıntısı ile birlikte olur. Yağ nekrozu, bazen hastanın itiraf etmeye utanacağı (partnerinin dişleri!) travma hikayesi ile düşünülür. Meme absesi veya mastit belirgin olur. Genellikle hamilelik veya laktasyon sırasında olur ancak kanal ektazisi olan bir hastada retroareolar bir pozisyonda olabilir. Meme dolgunluğu ve ağrı hamileliğin erken döneminin bir semptomudur. Hastalar, hastalık aktif olarak memede olmayıp, memenin arkasında olduğu durumlarda da meme ağrısından yakınabilirler. Tietze Hastalığı (kosta kırıklarının kostokondriti) meme ile ilişkili ağrı ile kendini gösterir. Mondor

Hastalığı (göğüs duvarının subkütan venlerinin yüzeysel tromboflebiti) de memede ağrı ile kendini gösterir. Altta yatan karsinomla ilişkili olabilir. Kot metastazları da meme arkasında ağrı ile kendini gösterebilir. Herpes zoster meme etrafından içine yayılan ağrı ile kendini gösterebilir ve ağrı, veziküler döküntü gelişiminden 2-3 gün önce olur.

FİZİK MUAYENE

Sert, düzensiz bir kitle karsinomu düşündürür (bu durum meme kitleleri bölümünde tartışılmıştır). Hassasiyet ve dolgunluk bazen yumuşak, hareketli şişlik (kist) ile birlikte, periyodik mastaljiyi düşündürür. Hassasiyet ve dolgunluk en sık memenin üst ve dış kadrantlarında palpe edilir. Yağ nekrozunun erken evrelerinde meme üzerinde morarma olabilir ve kitle hassastır. Daha ileri evrelerde sert ve düzensiz hale gelir ve deriye fikse olabilir. Meme abseleri hamilelik veya daha sıklıkla laktasyon esnasında memede kırmızılık, şişlik, ısı artışı ve ağrı ile kendini gösterir. Takiben şişlik fluktuasyon verir hale gelir ve genellikle beraberinde ateş vardır. Kanal ektazisi subareolar eritem, hassasiyet ve bazen subareolar bir kitle ile kendini gösterir. Uzun süren olgularda meme ucu retraksiyonu ve meme ucundan koyu, kremi akıntı olabilir. Hamilelikte memede dolgunluk ve areola çevresindeki pigmentasyonda artış olur. Tietze Hastalığı'nda 2., 3. ve 4. kosta kıkırdakların üzerinde hassasiyet ve bazen de şişlik olur. Mondor Hastalığı'nda göğüs duvarının venleri sıklıkla anterior aksiller çukura uzanan kırmızı, hassas kordon halinde hissedilir. Meme, altta yatan bir kitle açısından dikkatlice kontrol edilmelidir çünkü bu durum meme karsinomuna eşlik edebilir. Herpes zoster, ağrıdan birkaç gün sonra genellikle karakteristik veziküler döküntü ile kendini gösterir.

GENEL TETKİKLER

- **TKS, ESH**
Mastitte ve meme absesinde lökosit artar. Yaygın karsinomda ESH yükselir.
- **KcFT**
Alkalen fosfataz karaciğer ve kemik metastazları ile artabilir.

- **Serum kalsiyumu**
Kemik metastazları ile artabilir.
- **Sürüntü**
Meme ucundan veya abseden herhangi bir akıntı var ise kültür ve hassasiyet.
- **Akciğer grafisi**
Akciğer veya kotlarda metastazlar. Karsinomda plevral efüzyon.

ÖZEL TETKİKLER

- **β HCG**
Hamilelikte pozitifdir.
- **İİAS**
Benign - malign ayrımı. Kist - solid ayrımı.
- **Mamografi**
Karsinom. Kanal ektazisi.
- **Meme biyopsisi**
Benign - malign ayrımı.
- **Kemik sintigrafisi**
Kot metastazları. Miyelom.

▶ GÖĞÜS AĞRISI

Göğüs ağrısı, önemsiz olandan hayatı tehdit edici olana kadar uzanan pek çok rahatsızlığın yaygın bir başvuru semptomudur.

NEDENLERİ

Kardiyovasküler

- Angina
- Miyokard infarktüsü
- Akut aort diseksiyonu
- Perikardit

Gastrointestinal

- Reflü özofajit
- Özofagus spazmı
- Peptik ülser hastalığı

Pulmoner

- Pnömoni
- Pulmoner emboli
- Pnömotoraks

Kas iskelet sistemi

- Göğüs duvarı yaralanmaları
- Kostokondrit
- Kostanın sekonder tümörü
- Herpes zoster

Emosyonel

- Depresyon

ANAMNEZ

Karakter

Anginanın karakteri sıkıştırmacı ve ezici iken, aort diseksiyonunun ağrısı yırtıcı karakterdedir. Özofageal reflü yanıcı tarzda ağrı olarak tanımlanabilirken, peptik asit-ilişkili ağrı derinden ve kemirici olmaya meyillidir.

Yerleşim

Angina ve özofageal reflüden kaynaklanan ağrı retrosternal olabilir ve ikisi de çeneye veya sol koldan aşağı doğru

yayılabilir. Perikarditten kaynaklanan ağrı merkezi yerleşimde olabilir ve omuzlara yayılır (trapezius sırt bulgusu). Aort diseksiyonu ağrısı sıklıkla arkaya ve bazen de karına yayılır (diseksiyonun genişliğine bağlı olarak). Pulmoner ağrı toraksta herhangi bir yerde olabilir.

Presipite edici (Kolaylaştırıcı) faktörler

Angina efor ile presipite olabilir ve bu tanımlayıcı bir özelliğidir. Anginanın diğer bilinen presipite edici faktörleri heyecan, yiyecek ve soğuk havadır. Eğer angina istirahatte 20 dakikadan uzun sürerse, aksi ispat edilene kadar miyokard infarktüsü gibi tedavi edilmelidir. Özofageal reflü sıklıkla yemeklerle ilişkilidir ve öne eğilme veya sırtüstü yatma gibi postür değişiklikleriyle presipite olur. Perikarditten kaynaklanan veya pulmoner kaynaklı olan ağrı sıklıkla plöritiktir, örneğin inspirasyonda artar. Bununla birlikte kas iskelet sistemi ağrısı da toraksın hareketine bağlı olarak solunum sırasında daha artabilir.

Azaltıcı faktörler

Hem özofagus spazmı, hem de angina, düz kas gevşetici olan gliseril trinitrat (GTN) ile azalabilir. Antiasitler özofagus spazmı ağrısını azaltırken angina ağrısını azaltmaz. Perikardit ile ilişkili ağrı ise oturup öne eğilmekle azalabilir.

Travma

Künt veya gerici yaralanma anamnezi hemen göğüs duvarına ait nedenleri düşündürür. Daha ciddi travma ile oluşabilen kot kırıklarına tanı koymak önemlidir. Küçük yaralanmalardan kaynaklanan patolojik kot kırıkları kemik metastazına veya osteoporozla bağlı olabilir.

Emosyon

Bazen göğüs ağrısı, depresyon veya anksiyetesi olan hastaların somatik bulgusudur ancak depresyonu veya anksiyeteyi sorumlu sebep olarak kabul etmeden önce tüm organik nedenler dışlanmalıdır. Dahası ciddi bir neden birlikte olabilir.

FİZİK MUAYENE

Vücut ısısı

Ateş; pnömoni, miyokard infarktüsü, perikardit ve herpes zoster infeksiyonu sırasında olabilir.

Nabız

Ağrı kural olarak taşikardiye sebep olduğu için kalp hızı tek başına ayırıcıdır değildir. Ancak, üst ve alt ekstremitelerde

nabızlarını birlikte palpe etmek yararlı olabilir. Bazen aort diseksiyonu olan hastalarda periferik nabızlar alınmayabilir.

JVB

Konjestif kalp yetersizliğinde ve inferior miyokard infarktüsü ve pulmoner embolinin (pulmoner vasküleritenin %60'ından fazlası tıkandığında) komplikasyonu olan akut sağ kalp yetersizliğinde JVB artar.

Göğüs palpasyonu

Göğüs duvarı hassasiyeti kas iskelet sisteminden kaynaklanan bir ağrıyı düşündürür. Tek bir dermatom veya komşu dermatomlara sınırlı tek taraflı hassasiyet varlığı ya merkezi (vertebral veya spinal kaynaklı) ya da periferik sinir patolojisini (herpes zoster infeksiyonu) düşündürür. Trakea, tansiyon pnömotoraks tarafının aksi yönüne itilir; pnömoni ve pnömotoraksta göğüs ekspansiyonu (genişlemesi) lezyon tarafında azalır. Pnömonide konsolidasyon sahasında perküsyonda matite alınırken, pnömotoraksta hiperrezonans saptanır (yorumlanması güç bir bulgudur).

Göğüs oskültasyonu

Solunum seslerinin tek taraflı yokluğu pnömotoraksla uyumlu iken, daha lokalize bir bölgede solunum seslerinin alınmaması efüzyon varlığında (efüzyonun üzerindeki bölgede) olur. Bronşiyal solunum sesleri konsolidasyon segmentinin üzerinde duyulabilirken, bazen efüzyon seviyesinin üzerinde de duyulabilir. Lober pnömonide lokalize bir bölgede krepitasyonlar duyulabilirken, yaygın krepitasyonlar multilober tutulumu veya sol ventrikül yetersizliğine (miyokard infarktüsüne bağlı) sekonder gelişen pulmoner ödemini düşündürür.

Hem perikardiyal hem de plevral hastalıkta sürtünme sesi duyulabilir ancak hasta nefesini tuttuğunda sadece perikardiyal sürtünme sesi duyulur.

Ait ekstremiteler

Aort diseksiyonunda hemiparezi olabilirken, sıcak, şişmiş, hassas baldır veya uyluk altında yatan derin ven trombozunun göstergesi olabilir. Uyluk veya baldırın ortasının çevresinin ölçümü derin ven trombozu tarafında daha geniştir. Daha az güvenilir bir bulgu, ayağın dorsifleksiyonunda ağrı saptanmasıdır (Homans bulgusu).

GENEL TETKİKLER

- **TKS**
Pnömonide ve daha az düzeylerde miyokard infarktüsünde beyaz hücre sayısında artış beklenir.
- **Serum kardiyak belirteçleri**
Miyokard infarktüsünü takiben kardiyak troponin 6 saat içinde yükselir ve 2 haftaya kadar yüksek kalır.
- **EKG**
Angina veya miyokard infarktüsü, koroner vasküler yetersizliğin anatomisine uygun şekilde EKG değişikliklerine sebep olur. Sol ana koroner arterin tutulumu anterior (V3-4) ve sol lateral (V4-6) derivasyonlarda iskemi veya infarktüs ile ilişkili EKG değişiklikleri ile sonuçlanır. Sol anterior inen arterin tutulumu anterior derivasyonlarda değişikliklere sebep olurken, posterior inen arterin yetersizliği inferior derivasyonlarda (II, III, aVF) değişikliklere sebep olur. İskemi veya ST yükselmesi olmayan miyokard infarktüsünü (NSTEMI) düşündüren değişiklikler ST segment depresyonu (çököklüğü) ve T dalgasında inversiyon (ters dönme, negatifleşme) olmasıdır. Artmış serum kardiyak belirteçlerinin olması NSTEMI'yi anginadan ayırt ettirir. ST segment yükselmesi olan infarktler (STEMI), ilgili derivasyonlarda Q dalgası oluşumuna ve tanımından da anlaşılabilir gibi ST segmentinde yükselmeye sebep olur. Pulmoner emboli genellikle taşikardi, sağ aks sapması, sağ ventrikül yüklenmesi ve atriyal fibrilasyon gibi özgül olmayan EKG değişikliklerine sebep olur. Bazen sağ ventrikül yüklenmesini gösteren S1Q3T3 paterni (I. derivasyonda S dalgası, III. derivasyonda Q dalgası ve ters dönmüş T dalgası) bulunabilir.
- **Akciğer grafisi**
Distalinde akciğere ait izlerin görülmediği plevra çizgisi, pnömotoraksın mutad bulgusudur. Göğüs filminde konsolidasyon bölgeleri bir loba sınırlı olabileceği gibi bronkopnömonide yaygın da olabilir. Pulmoner embolide klasik kama şekilli gölge (tabanı distalde olan) nadirdir ve sadece pulmoner infarktüs oluşursa görülür. Aort diseksiyonu, aortun genişliğini arttırarak sağ mediasten sınırında bombe oluşmasına sebep olabilir. Kot kırıkları veya sekonder metastazlar görülebilir.

ÖZEL TETKİKLER

- **V/P Sintigrafisi**
Pulmoner embolilerin çoğunda uyumsuzluk görülür.
- **Pulmoner anjiyografi**
Pulmoner embolinin şematize edilmesini sağlar. Embolinin yerleşimini ve boyutunu görüntülemeyi sağlar ve kateter yardımıyla embolinin çıkarılması da mümkün olabilir.
- **BT Aortografi**
Aort diseksiyonunun yerleşimini ve boyutunu gösterir ve değerlendirir.
- **Üst Gi Endoskopi**
Özofajit.
- **Özofagusun manometrik incelemesi**
Anormal özofagus basınçları.

▶ PIHTILAŞMA BOZUKLUKLARI

Konjenital (Doğumsal) pıhtılaşıma bozuklukları genellikle uzamış kan kaybına bağlı komplikasyonlarla klinik başvuruya neden olurken akiz (edinsel) olanlar genellikle koagülasyon testleri sırasında saptanır.

NEDENLER

Doğumsal

- Hemofili
- von Willebrand Hastalığı

Edinsel

- Vitamin K eksikliği
 - Yenidoğanın hemorajik diyatezi
 - Tıkanma sarılığı
 - Yağ malabsorpsiyonu
- Karaciğer hastalığı
- Yaygın (disemine) intravasküler koagülasyon (DİK)
- Otoimmün hastalıklar örn. SLE
- Masif transfüzyon
- İlaçlar- heparin, varfarin, trombolitik terapi

ANAMNEZ

Başlangıç ve Süre

Altta yatan nedenin saptanmasında semptomların süresi ve ortaya çıkma yaşı çok yararlıdır. Hayatın ilk birkaç gününde ortaya çıkan kanama, yeterince olgunlaşmamış neonatal karaciğer tarafından eksik vitamin K sentezi nedeniyle olur. Hemofilili hastalar genellikle genç yaşta yaralanma veya sünnet gibi cerrahi işlemler sonrasında aşırı kan kaybı ile başvururlar. Kas hematomları ve ağrılı hemartrozlar eşlik eden tablolar olabilir.

Özgeçmiş

Edinsel koagülasyon bozukluklarının çoğunun nedeni eşlik eden hastalıklardır. Koagülasyon faktörleri karaciğerde sentezlendiği için karaciğer hastalıkları doğal olarak pıhtılaşıma bozukluklarına neden olabilir. Vitamin K, yağda çözünen bir vitamin olup pıhtılaşıma faktörlerinden II, VII, IX ve X'nun

üretimi için gereklidir . Tıkanma sarılığı, pankreas veya ince barsak hastalıkları gibi yağ emilimini engelleyen durumlar söz konusu faktörlerin üretiminde azalmaya sebep olur.

Sistemik lupus eritematozus'lu hastalar, lupus antikoagülanı gibi 'in vitro pıhtılaşma testlerinde uzama yapmasına rağmen, in vivo tromboza eğilim yapan' antikolar üretebilir.

Ciddi enfeksiyonlar, malignite, obstetrik komplikasyonlar ve yanıklar DIK'ye neden olabilirler. Bu durumda, pıhtılaşma faktörleri ve trombositlerde yaygın tüketim olur ve ciddi koagülasyon bozuklukları ile sonuçlanır.

İlaç anamnezi

Koagülasyon anomalileri yatrogenik olabilir. Terapötik antikoagülasyon heparin ve varfarin ile sağlanır. Trombolitik ajanlar, tedavinin yan etkisi olarak pıhtılaşmada ciddi düzensizliğe sebep olur. Koagülasyon bozuklukları masif kan transfüzyonlarına (hastanın tüm dolaşım hacmi 24 saat içinde yerine konduğu zaman) bağlı dilüsyon nedeniyle oluşabilir.

FİZİK MUAYENE

Hemofiliye bağlı herhangi bir bulgu olup olmadığının saptanması için genel muayene yapılır. Erken başlangıçlı osteoartrit ve psödötümörler tekrarlayan hemoraji epizodları nedeniyle oluşabilir. Deri nekrozu ve hematomlar varfarinin aşırı dozu durumunda görülebilir. Edinsel koagülasyon bozukluklarında, karaciğer hastalığı bulguları altta yatan bozukluğa dikkat çekebilir.

GENEL TETKİKLER

• TKS

Düşük trombosit sayısı veya anormal trombosit fonksiyon testleri kanama zamanında uzamaya sebep olurken pıhtılaşma testlerinde bozukluğa sebep olmaz.

Bozukluk	PT	APTT	TT
Hemofili	N	↑	N
Von Willebrand Hastalığı	N	↑	N
Karaciğer Hastalığı	↑	↑	N
Varfarin/ vitamin K eksikliği	↑	↑	N
Heparin	N veya ↑	↑	↑
DIK	↑	↑	↑

- **Pıhtılaşma taraması**
PT, APTT ve TT ölçülür. Anomaliler sayfa 67'de listelenmiştir.
- **Kanamama zamanı**
Uzamiş kanamaya neden olan primer pıhtılaşma bozukluğu (kanama zamanı normal) ile trombosit hastalıklarının ayırımını mümkün kılar.

ÖZEL TETKİKLER

- **Pıhtılaşma Faktör analizleri**
Pıhtılaşma faktör analizleri hemofili A, hemofili B ve von Willebrand hastalığı'nın ayırıcı tanısı için gereklidir. Hem hemofili A hem de von Willebrand hastalığı'nda düşük faktör VIII seviyesi saptanır. Düşük faktör IX hemofili B' yi gösterir. İsminden de anlaşılacağı gibi von Willebrand hastalığı'nda von Willebrand faktörü düşüktür ve kanama zamanı da uzamıştır.
- **Fibrinojen ve fibrin yıkım ürünleri**
DİK' de trombosit sayısı ve serum fibrinojen seviyeleri düşükken D-di mer gibi fibrin yıkım ürünleri artmıştır.

▶ PARMAK ÇOMAKLAMASI

Çomaklaşma, el veya ayak parmakların bağ dokularının proliferasyonuna bağlı distal bölümlerinin seçici büllöz genişlemesidir.

NEDENLER

Respiratuvar

- Bronşiyal karsinom
- Kronik süpüratif akciğer hastalığı
 - Bronşiektazi
 - Akciğer absesi
 - Ampiyem
 - Kistik fibrozis
- Fibrozan alveolit

Kardiyovasküler

- İnfektif endokardit
- Konjenital siyanotik kalp hastalığı

Gastrointestinal

- Siroz
- Ülseratif kolit
- Crohn hastalığı
- Çöliak hastalığı

Diğer

- Ailesel
- Graves hastalığı (hipertiroidi)

Çomaklaşma, tırnak tabanı ile tırnak kıvrımı arasındaki normal açının kaybı ile olur. Çomaklaşma varlığında her 2 elin tırnağı bir araya getirildiğinde, aradaki boşluk kaybolur ve bu bulgu Shamroth bulgusu olarak bilinir. Diğer özellikler tırnak yatağı kurvatüründe artış (tüm yönlerde), süngerimsilik veya fluktuasyon ve davul tokmağını andırır şekilde el parmağının uç tarafının genişlemesidir.

ANAMNEZ

Çomaklaşmanın nedenini aydınlatmak için anamneze sistematik yaklaşım gereklidir. Altta yatan nedenin saptanması için respiratuvar, kardiyovasküler ve gastrointestinal sistem sorgulamaları yapılmalıdır. Konjenital siyanotik kalp

hastalıklarının (Fallot tetralojisi, büyük arterlerin transpozisyonu, pulmoner venöz dönüşün total anomalisi) tanısı hakkında ayrıntılı tartışma bu metnin kapsamı dışındadır.

Süre

Çomaklaşmanın süresi altta yatan neden hakkında fikir verebilir. Süt çocukluğundan beri var olan çomaklaşma ailesel bir geçiş veya siyanotik konjenital kalp hastalığını düşündürür. Alternatif olarak, çomaklaşma, Celiac hastalığı ve kistik fibrozis gibi kalıtsal hastalıkların sekonder bir bulgusu olabilir.

Respiratuvar Semptomlar

Kronik bir sigara içicisinde öksürük, hemoptizi, nefes darlığı, kilo kaybı hikayesi klinisyeni bronşiyal karsinom tanısı açısından uyarmalıdır. Metastaz semptomları (kemik ağrısı, sarılık) ve paraneoplastik tutulum (nöropati, hiperkalsemiye bağlı poliüri ve susama) da sorgulanmalıdır. Bronşiyal karsinom olgularında, çomaklaşma hipertrofik pulmoner osteoartropatinin yaygın artritik bulgusu olabilir.

Çok miktarda pürülan balgamlı öksürük genellikle bronşiektazinin ana şikayetidir. Kronik akciğer absesi veya ampiyemde, semptomlar genellikle daha az özgüldür ve nörolojik bozukluklara, disfajiye veya alkolizme sekonder oluşan aspirasyon veya pnömoni anamnezi vardır. Hastalar uzun süreli hafif ateş, yorgunluk, kilo kaybı ve balgamlı öksürük ile başvurabilirler.

Gastrointestinal semptomlar

Yorgunluk, diyare, karın ağrısı ve kilo kaybı şikayetleri inflamatuvar barsak hastalığı ve çöliak hastalığı olan hastaların çoğunluğunda vardır. Aftöz ülserasyon, fistül ve perianal sepsis varlığı Crohn hastalığını düşündürür. Tenezm, mukus ve rektum boyunca kan rektum tutulumlu ülseratif kolitin karakteristiğidir; bununla birlikte sadece anamneze dayalı ayırım çok zor olabilir. Çöliak hastalığının semptomları kansız diyare ve steatore gibi özgül olmayan ve değişken olmaya meyilli şikayetlerdir.

Yoğun alkol tüketimi veya geçirilmiş hepatit B infeksiyonu karaciğer sirozunu presipite eder. Hastalar sarılık, asite bağlı anormal abdominal şişkinlik (sayfa 37), varislere bağlı üst gastrointestinal kanama veya pıhtılaşma bozukluğuna bağlı kolay morarmadan (sayfa 66) yakınabilirler. Ciddi şekilde etkilenmiş olgular ensefalopati ve hatta koma ile başvurabilirler (sayfa 74).

Aile anamnezi

Çomaklaşma veya kistik fibrozun aile anamnezi kalıtsal bir nedeni düşündürür. Çöliak hastalığına sahip hastaların yaklaşık %15' in de etkilenmiş 1. derece bir yakını vardır.

FİZİK MUAYENE

Aşırı zayıflama; maligniteye bağlı kaşeksi, kronik akciğer veya gastrointestinal hastalık nedeniyle olabilir. Mukoz membranlar, konjenital siyanotik kalp hastalığının bir bulgusu veya sekeli olabilen santral siyanoz açısından incelenmelidir. Siyanoz, yukarıda bahsedilen herhangi bir ciddi akciğer hastalığında da gözlemlenebilir. Crohn hastalığında ve çöliak hastalığında aftöz ülserasyonlar olur. Guvatr, ekzofalmi, oftalmopleji ve istirahat tremoru Graves hastalığının bulgularıdır.

İnfektif endokarditte, çomaklaşmaya ek olarak splinter hemorajiler, Osler nodülleri (el parmaklarının pulpalarında ciltten kabarık hassas lezyonlar) ve Janeway lezyonları (el ayaklarında ve ayak tabanlarında düz, hassas olmayan maküller) olabilir.

Vücut ısısı

Süpüratif akciğer hastalığı, infeksiyöz endokardit ve aktif inflamatuvar barsak hastalığı gibi çomaklaşmanın pek çok önemli nedeninde ateş olur.

Göğüs Muayenesi

Prekordiyumun oskültasyonunda infeksiyöz endokarditte yeni veya değişen karakterde üfürüm duyulabilir. Bronşiektazide, süregelen sekresyonlara bağlı olarak akciğerlerde yaygın kaba krepitasyon olabilir. İnce karakterde inspiyum sonu krepitasyonlar fibrozan alveoliti düşündürür. Daha lokalize kaba krepitasyonlar ve perküsyonla matite akciğer absesinde olabilir. Plevral efüzyonu düşündüren bulgular (tek taraflı azalmış ekspansiyon, perküsyonda matite ve solunum seslerinin yokluğu) maligniteye bağlı olabilir. Ancak bu durum, hasta görünümlü bir bireyde ateş ile beraberse, torasik ampiyem tanısı da göz önünde bulundurulmalıdır.

Karın muayenesi

Karın muayenesinde kronik karaciğer hastalığının bulguları (sayfa 38) olabilir. Bununla birlikte inflamatuvar barsak hastalığını düşündüren çok az sayıda özgül bulgu bulunabilir. Bu tanı düşünüldüğünde, mutlaka bir sigmoidoskopi

yapılmalıdır. Bazen Crohn hastalığında sağ iliak fossa hassasiyeti veya kitlesi bulunabilir. Splenomegalinin varlığı, karaciğer hastalığına eşlik eden portal hipertansiyonu veya infektif endokardite bağlı dalak büyümesini gösterebilir.

GENEL TETKİKLER

- **TKS**
Karsinomatozis, inflamatuvar barsak hastalığı, infektif endokarditte hemoglobin azalır . Akciğer absesi, ampiyem ve inflamatuvar barsak hastalığında lökosit artar .
- **ESH**
Karsinom, inflamatuvar barsak hastalığı ve infektif endokarditte yükselir .
- **KcFT**
Karaciğer hastalığı örn. siroz.
- **Akciğer grafisi**
Respiratuvar semptomlar varsa çekilmelidir. Bronşiyal karsinom, hiler veya periferik opasite, kavitasyonlu kitle, lümen tıkanıklığına bağlı bir akciğer segmentinde kollaps, plevral efüzyon, frenik sinir paralizine bağlı hemidiyafragmada yükselme veya komşu kotun invazyon sonucu destrüksiyonu ile kendini gösterebilir. Akciğer abseleri merkezi şeffaf görünümde olan yuvarlak bir gölge veya hava-sıvı seviyesi şeklinde görülebilir. Bronşiektazik akciğerlerde genişlemiş bronşlar ve çok sayıda konsolidasyon alanları görülür. Fibrozan alveolitte, akciğer kaidelerindeki puslu gölgelenme bal peteği görünümünü oluşturur.

ÖZEL TETKİKLER

Çomaklaşmanın çok sayıda nedeni olabileceğinden ileri incelemeler anamnez ve muayenede saptanan bulgulara göre istenmelidir.

- **İdrar analizi**
İnfektif endokarditte mikroembolilere bağlı eser miktarda kan.
- **Kan Kültürleri (3 kez)**
İnfektif endokardit.

- **Ekokardiyografi**
İnfektif endokarditte, özellikle büyük vejetasyonlar varlığında, tanıda yararlıdır.
- **Sigmoidoskopi**
İnflamatuvar barsak hastalığı- karakteristik bulgular eritematöz mukoza, hemoraji alanları, temas ile kanama ve ülserasyondur.
- **Rektum ve kolon biyopsisi**
Ülseratif kolit ve Crohn hastalığı.
- **Kolonoskopi**
İnflamatuvar barsak hastalığı.
- **Baryum enema**
İnflamatuvar barsak hastalığı.
- **İnce barsak enema**
Crohn hastalığı.
- **Antiretikülin ve endomisyal antikorlar**
Çöliak hastalığı.
- **Jejunum biyopsisi**
Çöliak hastalığı. Glutensiz diyetle geri dönüşümlü olan subtotal villus atrofini gösterebilir.
- **Toraks BT**
Bronşiyal karsinom veya torasik ampiyemden kuşku edildiğinde çekilmelidir. Bronşiektazi ve idyopatik pulmoner fibroz tanılarının doğrulanmasında da yararlıdır.

► KOMA

Koma, kişinin kendisinin ve çevresinin farkında olmasında süregelen bozulmadan kaynaklanır. Basitçe bilinçsizlik durumu olarak tanımlanabilir veya GKS' nin 8'den az olması olarak da sayısal olarak kategorize edilebilir.

NEDENLER

Travma

- Kafa yaralanması (yaygın aksonal hasar)
- Ekstradural kanama
- Subdural kanama

Metabolik

- Hipotermi
- Hipoglisemi
- Hiperglisemi
- Hiponatremi
- Hipernatremi
- Diyabetik ketoasidoz

Organ Yetersizliği

- Kardiyak yetersizlik/ Dolaşım yetersizliği
- Respiratuvar yetersizlik
- Karaciğer yetersizliği (ensefalopati)
- Böbrek yetersizliği (üremik koma)
- Hipotiroidizm

Vasküler

- İnme
- Subaraknoid kanama

İnfektif

- Menenjit
- Ensefalit
- Serebral malarya

Toksin/ilaç nedenli

- Alkol
- Aşırı doz (opiyatlar, trisiklikler, benzodiyazepinler)
- Karbonmonoksit zehirlenmesi

Serebral

- Beyin tümörü
- Beyin absesi
- Epilepsi

ANAMNEZ

Koma hastasının anamnezi genellikle ambulans personelinden, yakınlarından, arkadaşlarından veya görgü tanıklarından alınır. Bilginin diğer kaynakları geçmiş hastane kayıtları, pratisyen hekimlere ait kayıtlar ve hastanın yerleşim yerinde bulunan reçetelerdir.

Başvuru

Hastanın bulunduğu çevre koşulları, genellikle ilk kaydedilmesi gereken bilgidir. Travma hastaları yollardaki trafik kazası bölgelerinden, yangın bölgesinden getirilmiş olabilir veya caddede saldırıya uğramış olarak bulunmuş olabilir. Genç bir birey, bir gece kulübünden bilinçsiz halde getirildiğinde, alkol intoksikasyonunu, bunun sonucu olarak oluşmuş hipoglisemiyi ve yasa dışı ilaçların etkilerini ('ectasy' sonucu oluşan malign hipertermi) dışlamak önemlidir. İntihar teşebbüslerinde eşlik eden not veya boş ilaç şişeleri bulunmuş olabilir. Çalışan motorların bulunduğu kapalı mekanlardaki intihar girişimlerinde karbon monoksit zehirlenmesi olur. Bunun dışında yangın kurbanlarında da bir komplikasyon olarak ortaya çıkabilir. Açık havada bilinçsiz olarak bulunarak getirilen olgularda, primer olayın dışında, hipotermi de etken olabilir.

Başlangıç

Görgü tanığı varlığında, komanın başlama hızına ait bilgi nedenin saptanmasında yararlı olabilir. Bilinçsizlik durumunun aniden başlaması havale veya vasküler olayların karakteristiğidir .

Travma

Kafa yaralanmaları komanın yaygın nedenlerindedir, ancak nedenlerin hepsi kraniyuma künt travma sonucunda oluşmaz. Yaygın aksonal hasar, hızlı akselerasyon ve deselerasyonun (hızlanma ve yavaşlama) sekeli olarak beynin ciddi 'shearing' (makaslama) kuvvetlerine maruz kalması nedeniyle oluşur. Künt kafa travmaları meningeal arterlerin yırtılmasına neden olan kafatası fraktürlerine ve bu da ekstrasdural kanamalara sebep olabilir. Geçici bilinç kayıplarında, genellikle yaralanma anamnezi ve hastanın kendini iyi hissettiği ve görüldüğü bir

dönemi takiben; sersemlik, baş ağrısı, kusma, ilerleyici hemipleji ve sonuçta koma gelişimi hikayesi vardır. Subdural kanamalar kortikal yırtılmanın eşlik ettiği ciddi travmaların veya köprü venlerin yırtılmasının olduğu daha az ciddi travmaların sonuçlarıdır. Kronik subdural kanamalar travma olmaksızın dahi oluşabilir; kortikal atrofi olan yaşlı hastalar bu tip hasara özellikle yatkındırlar.

Kafa yaralanmalarına ek olarak koma, dolaşım veya solunum yetersizliğine yol açan herhangi bir yaralanmanın komplikasyonu olarak ta ortaya çıkabilir.

Baş ağrısı

Komaya öncülük eden ciddi baş ağrısı; travmada, subaraknoid kanamada (klasik olarak hastalar ani başlangıçlı, hayatlarının hiçbir döneminde yaşamadıkları kadar kötü, aşırı baş ağrısı) veya menenjitte (fotofobi veya ense sertliğinin eşlik ettiği baş ağrısı) olabilir. Sabahları daha kötü olan ve kusmanın eşlik ettiği ilerleyici baş ağrısı, serebral tümöre bağlı kafa içi basınç artışına bağlı olabilir.

Kolaylaştırıcı faktörler

Komalı hastanın değerlendirmesinde predispozan bir faktör anamnezi yararlıdır. Diyabet varlığında ketoasidozun (tip 1 diyabetikler) ve hipogliseminin (oral hipoglisemik ajan veya insülin dozu hataları) göz önünde bulundurulmalıdır. Bilinen karaciğer veya böbrek yetersizliği olan hastalar, ensefalopati veya üremi nedeniyle komaya girebilirler. Koma, ciddi hipotiroidizmde de görülebilir. Geçmişteki intihar girişimleri veya depresyon anamnezi, aşırı dozda ilaç alımı ihtimalini düşündürmelidir. Epilepsi hastaları status epileptikusta veya postiktal iyileşme döneminde olabilirler. Daha önceden varolan kardiyak veya respiratuvar hastalık, son dönemlerinde komaya neden olabilir.

FİZİK MUAYENE

Vücut Isısı

Tüm hastalarda vücut ısısı ölçülmelidir. Bir seri normal vücut ısısı ölçümü kolaylıkla sıcak çarpması veya yasa dışı ilaç kullanımının sonuçları olan hipotermi ve hiperpireksiye dışlayabilir.

Genel Muayene

Tam bir inspeksiyon yapılmalıdır. Bunun için tüm elbiseler çıkarılmalı, sırt muayene edilmeli ve kafa derisi kanama, hematomlar ve kırıklar için ayrıntılı şekilde incelenmelidir. İki

tarafli periorbital ödem varliğı kafa tasının anterior fossa kırığıını gösterebilir. Mastoid üzerinde morarma (Battle bulgusu) veya otore, orta kraniyal fossa kırığıına bağlı olabilir. Karbon monoksit zehirlenmesi olan hastalar parlak kırmızı renkte görünürler. Miksödemli hastalar, karakteristik olarak obezdirler ve kaba hatlar, kuru bir deri ve kırılđan saçlara sahiptirler. Yüzün inspeksiyonunda sıklıkla, ödemli bir ten ile kaşların dış 2/3' lerinde dökülme saptanır.

Kollar yasa dışı ilaç kullanımını düşündüren iğne izleri ve kesikler açısından incelenmelidir. Eğer bunlar varsa opiyat aşırı dozu olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır. Bazen, meningokok menenjitinde deride peteşiyel döküntü görülebilir.

Organ sistemleri sırayla incelenmelidir; eğer karaciğer hastalığı (sayfa 38) veya kronik böbrek yetersizliğini düşündüren bulgular varsa, sırasıyla ensefalopati veya üremiden kuşullanılmalıdır. Nabız, kalp yetersizliğini presipite edebilen aritmiler açısından bakılmalıdır. JVB de artmış olabilir. JVB artışının diğer sebepleri tansiyon pnömotoraks ve kardiyak tamponad olabilir. Bunların her ikisi de dolaşımı bozup bilinç kaybına neden olabilir.

Göğüs oskültasyonunda; sol ventrikül yetersizliğine bağlı pulmoner ödem, bronkopnömoni, kronik bronşit veya aspirasyon varlığında, iki tarafli kreptasyonlar duyulabilir.

Nörolojik Muayene

Nörolojik muayene GKS ile başlamalıdır. Travmaya maruz kalmamış hastalar, ense sertliği açısından değerlendirilebilir. Ense sertliği menenjit veya subaraknoid kanamaya bağlı oluşabilir. Travma hastalarında, herhangi bir girişim yapılmadan önce servikal omurlar değerlendirilmelidir. Pupiller boyutları ve ışık refleksi açısından incelenmelidir. Toplu iğne başı pupiller opiyat aşırı dozunda, küçük pupiller beyin sapı lezyonlarında ve genişlemiş pupiller kokain veya amfetamin kullanımında, hipoglisemide, postiktal durumlarda ve beyin sapı ölümünde olur. Tek tarafli, sabit ve dilate pupil okülomotor sinir lezyonunda olur. Okülomotor sinir lezyonu intrakiranyal kanama veya tümörün uyguladığı basınç nedeniyle olabilir. Artmış intrakiranyal basıncı gösteren retinal ven pulsasyonunda kayıp ve aşık papilödemin saptanması için funduskopi yapılmalıdır. Komalı hastalarda sınırlı bir nörolojik muayene yapılabilir: tonus, refleksler ve Babinski cevabı değerlendirilir. Tek tarafli artmış tonus, hiperrefleksi ve yukarı kaçaklı plantar cevap; inme, intrakiranyal kanama veya tümör gibi kontralateral üst motor nöron lezyonunun göstergesidir.

GENEL TETKİKLER

- **TKS**
Lökosit sayısı menenjitte artar. Viral menenjitte lenfositoz, bakteriyel menenjitte ise nötrofil olur.
- **Kan glukozu**
Yatak başı yapılan kan şekeri değerlendirmesi, kolayca düzeltilebilen bir koma sebebi olan hipogliseminin dışlanması için çok yararlıdır.
- **İdrar analizi**
İdrar diyabetik ketoasidozda ketonlar açısından test edilmelidir. Eğer zehirlenmeden şüpheleniliyorsa, idrar toksikoloji analizi için de gönderilmelidir.
- **İdrar ve Elektrolitler**
Böbrek yetersizliğinde üre ve kreatinin yükselir. Sodyum düzensizlikleri de kolayca saptanabilir.
- **KcFT**
Karaciğer yetersizliğinde bilirubin ve transaminazlar belirgin derecede yüksektir.
- **TFT**
Hipotiroidizmde TSH artar, T4 düşer .
- **Toksikoloji taraması**
Şüpheli zehirlenme ve aşırı doz olgularında, serum salisilat ve parasetamol seviyeleri; hem tanı, hem de tedavide, yararlıdır. Etanol seviyesi ve, eğer karbon monoksit zehirlenmesinden şüpheleniliyorsa, karboksihemoglobin seviyesi bakılmalıdır.
- **EKG**
Aritmi ve miyokard infarktüsü (sayfa 64) tanıları için EKG yararlıdır ve her iki durum da dolaşımı bozabilir.
- **Akciğer grafisi**
Pulmoner ödemi ve enfeksiyona veya aspirasyona bağlı lobar konsolidasyonu gösterebilir.
- **Servikal omur grafisi**
Komanın travmatik nedenlerinde kırık varlığını dışlamak için.
- **BT**
Travma hikayesi veya kafa yaralanmasını düşündüren klinik bulguların varlığında BT görüntüleme istenebilir (kafa

grafisine tercih edilir). Ek olarak, BT, intrakranyal kanama ve tümörün varlığı ve yeri hakkında bilgi verir.

ÖZEL TETKİKLER

- **Lomber ponksiyon**
Meningjitten şüphelenilen vakalarda lomber ponksiyon yapılır ve takiben BOS (bulanık olabilir) mikroskopik inceleme ve kültür için gönderilir.
- **EEG**
Epilepsi tanısı düşüldüğünde EEG indikasyonu doğar. Bununla birlikte status epileptikus tanısı klinik olarak konmalı ve tedavi edilmelidir. EEG ensefalit tanısında da yararlıdır.

▶ KONFÜZYON

Konfüzyon, mental berraklık, tutarlılık, kavrama ve muhakemenin olduğu azalmış olduğu bir davranış durumudur. Nedenleri organik veya psikiyatrik (okuyucu bunlar için bir psikiyatri ders kitabına başvurmalıdır) olabilir. Organik nedenler aşağıda listelenmiştir.

NEDENLER

Toksinler/ilaçlar

- Alkol intoksikasyonu/ kesilmesi
- İlaç intoksikasyonu

Hipoksi

- Kalp yetersizliği
- Solunum hastalıkları

Metabolik bozukluklar

- Hiperglisemi/ hipoglisemi
- Elektrolit dengesizliği, örn. sodyum, kalsiyum
- Tiimin eksikliği
- Vitamin B12 eksikliği

Sistemik hastalık

- Böbrek yetersizliği
- Karaciğer yetersizliği
- Tiroid hastalıkları

Nörolojik

- Kafa yaralanmaları
- Epilepsi
- İnme/ TIA
- Serebral metastaz

İnfeksiyon

- Septisemi
- Menenjit/ ensefalit
- İdrar yolu infeksiyonu
- Solunum yolu infeksiyonları

ANAMNEZ

Başlangıç

Ani başlangıçlı konfüzyon, kafa yaralanmaları, epilepsi, inme ve metabolik bozukluklarda olabilir. Sistemik infeksiyon,

sistemik hastalık ve serebral metastazlarda daha yavaş bir başlangıç söz konusudur.

Özgeçmiş

Diyabet, glukoz seviyesinde anomalilerle birlikte: yüksek seviyeler diyabetin kötü kontrolünden kaynaklanabilirken, düşük seviyeler ilaç alımında hata, atlanmış öğün veya alışılmamış egzersizden kaynaklanabilir. Bir tiroid hastalığı hikayesi olabilir ve bu konfüzyon hem hiper- hem de hipotiroidizmden (miksödem deliliği) kaynaklanabilir. Eşlik eden karsinom, serebral metastaz veya maligniteye bağlı hiperkalsemi konfüzyonu presipite edebilir. Ensefalopati hem karaciğer yetersizliğinin hem de tiamin eksikliğinin bir özelliğidir. Böbrek hastalığı, üremik ensefalopati veya çeşitli elektrolit dengesizlikleri nedeniyle konfüzyona sebep olabilir. Hipoksi, kalp yetersizliği ve respiratuvar hastalıktan kaynaklanabilir.

İlaç hikayesi

Benzodiyazepinlerin, barbitüratların, steroidlerin ve yasa dışı ilaçların hem kullanımları hem de ani kesilmeleri konfüzyona neden olabilir. Özellikle yaşlılarda, pek çok ilaç konfüzyonu presipite edebileceği için ilaç anamnezi özellikle önemlidir.

Eşlik eden semptomlar

Konfüzyona eşlik eden motor zayıflık, inme veya serebral metastaza bağlı olabilir. Duysal defisitler, tiamin ve vitamin B12 eksikliğinden kaynaklanabilir. Yaşlılar, solunum veya idrar yolu infeksiyonlarına bağlı olarak ortaya çıkan konfüzyona özellikle yatkındırlar ve sırasıyla ateş, pürülan balgamlı öksürük veya dizüri, pollaküri, idrarda kötü koku, piyüri ve hematüriden yakınabilirler. Bazen miyokard infarküsü, yaşlıda konfüzyon ile ortaya çıkabilir.

FİZİK MUAYENE

Vücut ısısı

Ateş varlığı, infeksiyöz bir nedeni düşündürür ve sistemik muayene yapılırken dikkatli bir şekilde odaklanır.

Genel

Mental durum değerlendirilmelidir ve bilinç durumu GKS ile dökümante edilmelidir. Dikkatli bir inspeksiyon ile kafa yaralanmasını düşündüren kafa derisinde laserasyonlar, kanama veya hematoma saptanabilir. İntravenöz ilaç kötüye

kullanımında antekübital ön kol venlerinde iğne giriş bölgeleri görülebilir.

Sistemik muayene

Kalp, solunum, karaciğer, böbrek ve tiroid hastalıklarını düşündüren genel özelliklerin saptanması için sistem muayeneleri gereklidir.

Nörolojik muayene

Kraniyal sinirler incelenir; nistagmus varlığı akut alkol intoksikasyonu, fenitoin toksisitesi, barbitürat aşırı dozu veya kronik alkol kullanımına bağlı serebellar hastalığa bağlı olabilir. Nistagmus, oküler felçler ve ataksi ile birlikte ise tiyamin eksikliği nedeniyle oluşan Wernicke-Korsakoff Sendromunu düşündürür. İzole kraniyal sinir anomalileri menenjitten kaynaklanabilir. Motor sistem incelenir; tek taraflı üst motor nöron zayıflığı inme veya serebral metastaza bağlı olabilir. Duysal nöropati diyabet, böbrek yetersizliği, alkolizm, karsinom, tiyamin ve vitamin B12 eksikliğinden kaynaklanabilir. Vitamin B12 eksikliğine bağlı omuriliğin subakut kombine dejenerasyonunda baskın olarak arka kordon tutulumu nedeniyle vibrasyon, propriosepsiyon ve hafif dokunuşta bile his kaybı olur. Klasik olarak, aşil refleksi kaybı ve ekstansör plantar cevap da bunlara eşlik eder.

GENEL TETKİKLER

- **BM stix**
Glukoz artışı veya azalması .
- **Kan glukozu**
Hipoglisemi/ hiperglisemi.
- **Oksijen satürasyonu**
Kardiyak veya respiratuvar bozuklukta azalır.
- **AKG**
Respiratuvar hastalıkta hiperkapni. Hipoksemi.
- **İnfeksiyon taraması**
Balgam, idrar ve kan kültürleri.
- **Toksikoloji taraması**
Alkol veya özel ilaç/ toksin için plazma ve idrar.
- **TKS**
Vitamin B12 eksikliğinde makrositik anemi. İnfeksiyon ve

infarktüs varlığında lökosit artar. Malaryadan şüpheleniliyorsa kalın damla yayması.

- **İdrar ve Elektrolitler**
Sodyum azlığı veya artışı. Üre ve kreatinin böbrek yetersizliğinde artar.
- **KcFT**
Karaciğer yetersizliğinde bilirubin ve transaminazlar yükselir.
- **Serum kalsiyumu**
Düşük veya artmış olabilir.
- **TFTs**
Hipotiroidizm (miksödem). Hipertiroidizm.
- **B12 tayini**
Omuriliğin subakut kombine dejenerasyonunda azalır .
- **EKG**
Sessiz miyokard infarktüsünü aramak için.
- **Akciğer grafisi**
Bronşiyal veya lobar konsolidasyon- pnömoni.

ÖZEL TETKİKLER

- **Kraniyal BT**
Serebral metastaz. İnme. Kafa yaralanmaları.
- **EEG**
Epilepsi.
- **Lomber ponksiyon**
Meningit

▶ KONSTİPASYON

Konstipasyon, birey için azalmış defekasyon sıklığı ve anormal sert dışkılamadır. Bu durum hastanın normal barsak alışkanlığına göre değişir. Akut konstipasyon, akut barsak tıkanıklığı, yaygın abdominal hastalık veya hastaneye başvuru gibi rutindeki ani bir değişime bağlı olabilir. Kronik konstipasyonun çok sayıda değişik nedeni vardır. Konstipasyon yaygın bir şikayettir.

NEDENLER

Doğumsal

- Hirschprung Hastalığı

Edinsel

Tıkanıklık

- Kolon karsinomu
- Divertikül hastalığı
- Dıştan bası, örn. hamilelik, over tümörleri

Ağrılı Anüs

- Anüste fissür
- Perianal abse
- Strangüle hemoroidler
- Posthemoroidektomi

Adinamik Barsak

- Paralitik ileus
- Senilite (yaşlılık)
- Omurilik yaralanması

Endokrin

- Diyabet (otonom nöropati)
- Miksödem
- Hiperparatiroidizm

İlaçlar

- Kodein fosfat
- Morfin
- Atropin
- Trisiklik antidepresanlar
- Laksatif alışkanlığı

Diğerleri

- Anksiyete/ depresyon
- İrritabl barsak sendromu
- Diyet değişikliği
- Açlık
- Yaygın hastalık

ANAMNEZ**Doğumsal**

Hirschprung hastalığı genellikle doğumdan itibaren konstipasyon ile kendini gösterir. Sonunda, aşikar abdominal distansiyon olabilir. Hastalık, adölesan çağa veya erken erişkin döneme kadar farkedilmeyebilir.

Edinsel**Tıkanıklık**

Her ne kadar konstipasyonun başlangıcı, kolik tarzında karın ağrısı, şişkinlik, kilo kaybı, letarji ve bazen yalancı diyare ile birlikte genellikle tedricen olsa da, bazen hızlı da olabilir. Konstipasyon hamilelik, over kisti veya büyük fibroid örneklerinde olduğu gibi, komşu organların basısı nedeniyle olabilir. Striktür varlığı olsun ya da olmasın divertikül hastalığı konstipasyona sebep olabilir.

Ağrılı anüs

Defekasyon sırasında ağrı, ağrı nedeniyle defekasyondan korkan bir hastanın konstipe hale gelmesine sebep olabilir. En sık neden anüste ki fissürdür. Diğer perianal ağrı nedenleri strangüle hemoroidler (hastada sıklıkla hemoroid anamnezi vardır) ve perianal absedir, veya posthemoroidektomi döneminde olabilir.

Adinamik Barsak

Paralitik ileus karın operasyonunu veya karındaki inflamatuvar durumları takiben oluşabilir. Omur yaralanmalarını takiben veya özellikle yaşlılarda uzamış istirahati takiben de olabilir. Hastanın temel şikayeti batın distansiyonudur.

Endokrin

Diyabet anamnezini sorgula. Diyabetik otonom nöropati konstipasyona neden olabilir. Miksödem konstipasyona yol açabilir. Soğuğa tahammülsüzlük ve saç-tırnak değişiklikleri gibi diğer semptomları sorgula. Hiperkalsemiye sebep olan

herhangi bir neden, örn. hiperparatiroidizm, konstipasyona sebep olabilir. Hasta bu duruma eşlik eden noktürü, bulantı, kusma, karın ağrısı ve mental bozukluktan da yakınabilir.

İlaçlar

Dikkatli bir ilaç anamnezi al. Kronik laksatif kullanımı barsağı 'tembel' yapabilir ve konstipasyona yol açabilir.

Diğer

Anksiyete veya depresyonu olan hastalar konstipasyondan yakınabilirler. Depresyonda hasta; uyku alışkanlığında değişim, erken uyanma ve yeniden uykuya dalmada güçlükten de yakınabilir. İrritabl barsak sendromunda, hasta konstipasyon veya diyareden, veya birbirini takip eden konstipasyon ve diyareden yakınabilir. Diyetteki değişim konstipasyona sebep olabilir. Bunun nedeni hastanın istemli kilo vermesi ya da yiyecek alımını azaltan başka herhangi bir durum varlığı olabilir. İştahı etkileyen sistemik hastalıklar özellikle konstipasyonla sonuçlanır.

FİZİK MUAYENE

Tıkanıklık

Gergin karın ve yüksek frekanslı, tınlayıcı barsak sesleri olur. Rektumun parmakla muayenesinde, rektum genellikle boştur. Divertiküler striktürde sol iliak fossada hassasiyet olabilir. Malignitede batında kitle palpe edilebilir.

Ağrılı anüs

Anüsün inspeksiyonu, kronik anüs fissürünü, strangüle hemoroidleri veya perianal abse varlığını ortaya koyabilir. Anal fissür varlığında rektumun parmakla muayenesi, eğer imkansız değilse, ileri derecede ağrılı olabilir. Eğer uygun ilaç verilmemişse, posthemoroidektomi dönemindeki hastalar konstipe hale gelebilir.

Adinamik barsak

Karın gergin hale gelir ve sıklıkla bu distansiyon ağrısızdır. Barsak sesleri yoktur. Yakın bir cerrahi operasyonun izleri olabilir. Eğer ileusun aşikar bir sebebi yoksa, tam bir nörolojik muayene yapılmalıdır.

Endokrin

Diyabette, genellikle diyabetin diğer komplikasyonları vardır. Miksödemde, dikkatle diğer bulgular örneğin kaba ve kuru saç, büyük dil, boğuk ses ve refleks relaksasyonunda yavaşlama aranmalıdır.

Konstipasyonu olan her hastada parmakla rektum muayenesi yapılmalıdır. Tıkanıklık durumunda rektum tamamen boş olabilir veya fonksiyonel konstipasyonda kaya sertliğinde fekal kitleler içerebilir.

GENEL TETKİKLER

- **TKS, ESH**
Barsak kanserinde hemoglobin azalır. Divertikülitte lökosit artar. Karsinomda ESH yükselir.
- **İdrar ve Elektrolitler**
Tıkanıcı sebeplerde dehidratasyon nedeniyle üre artar.
- **KcFTs**
Açlıkta albumin azalır.
- **Sigmoidoskopi**
Tümör- biyopsi. Hirschprung Hastalığı, biyopsi- ganglion hücrelerinin yokluğu.
- **ADB**
Tıkanıklık- dilate barsak

ÖZEL TETKİKLER

- **Serum kalsiyumu**
Hiperparatiroidizm.
- **TFT**
Mikstodemde T4 azalır, TSH artar.
- **Kan glukozu**
Diyabet- diyabetik otonom nöropati.
- **Baryum enema**
Tümörler. Divertiküler hastalık.
- **Kolonoskopi**
Tümörler. Biyopsi.
- **USG**
Tümörler, over kistleri, fibroidler, hamilelik.
- **MRG**
Spinal travma. Spinal hastalık.

► KONVÜLSİYONLAR

Konvülsiyon, istemli kasların istemsiz olarak şiddetli kasılma ataklarıdır.

NEDENLER

Nörolojik

- Epilepsi
- Febril konvülsiyonlar

Travmatik

- Kafa yaralanmaları
- Nöroşirurji

Metabolik

- Glukoz
- Kalsiyum
- Sodyum
- Hipoksemi
- Üremi

Vasküler

- İnfarkt
- Subaraknoid kanama
- İntrakraniyal kanama

İnfektif

- Menenjit
- Ensefalit
- Serebral abse

Neoplastik

- Beyin tümörleri

Toksin/ilaca bağlı

- Alkolizm/ kesilme (yoksunluk)
- Amfetaminler, kokain, antipsikotikler, ecstasy

ANAMNEZ

Olay

Konvülsiyonlu hastaları değerlendirirken, senkop nedenlerini (sayfa 414) dışlamak da önemlidir. Dökümantasyon için bir

gözlemci tarafından olayın tam olarak tanımlanması çok değerlidir ve epileptik havale formlarının ayırımında yardımcı olabilir. Havalenin başlangıcında bir prodrom veya aura olabilir.

Kolaylaştırıcı faktörler

Anamneze kolaylaştırıcı faktörlerle örn. travma, cerrahi ve aşırı dozda ilaç gibi sebepleri aramakla başlanmalıdır. Önceden beri varolan epilepsi anamnezde belirgin olabilir.

Baş ağrısı

Baş ağrısıyla birlikte olan konvülsiyon travma, subaraknoid kanama, menenjit veya tümör nedeniyle artmış kafa içi basıncı nedeniyle olabilir. Subaraknoid kanaması olan hastalar; ani başlangıçlı, daha önceden hiç yaşamadıkları kadar şiddetli baş ağrısından yakınabilirler. Menenjite eşlik eden baş ağrısı sıklıkla ense sertliği ve fotofobi ile birlikte olur. İntrakraniyal basınç arttığında, baş ağrısı, sabahları ve öksürme veya hapşırma esnasında daha şiddetli olma eğilimindedir. Bulantı ve kusma da eşlik edebilir. Ayrıntılı tanımlama için sayfa 208'e bakınız.

Eşlik eden nöroloji

Konvülsiyonun başlangıcından önce nörolojik bozukluğun olmasının önemi vardır. İnme, subaraknoid kanama veya intrakraniyal kanama, konvülsiyona sebep olmadan önce nörolojik bozulmaya neden olabilir. Havaleye öncülük eden kronik, ilerleyici bozulma, tümör büyümesinin bir sonucu olabilir. Postiktal dönemde, geçici motor zayıflık olabilir (Todd felci). Kalıcı nörolojik araz, uzamış havaleler nedeniyle olan serebral hipoksiye bağlı olabilir.

Özgeçmiş ve ilaç anamnezi

Diyabet gibi eşlik eden hastalıklar, serum glukoz konsantrasyonlarında anomalilere yol açar. İlaç anamnezi alınmalı ve yasa dışı ilaç kullanımı özellikle soruşturulmalıdır. Alkol tüketim miktarı dökümanite edilmelidir. Epileptiklerde, kötü ilaç kompliyansı nedeniyle havale kontrolünde başarısızlık olabilir.

FİZİK MUAYENE

Vücut ısısı

Ateşin varlığı genellikle menenjit veya serebral abse gibi infektif bir nedeni düşündürür. Otitis media veya mastoidit gibi primer odağın tayinine yönelik muayene de yapılmalıdır. Konvülsiyonlar, sadece ateşin bir komplikasyonu da olabilir.

Genel Muayene

Kafa yaralanması olup olmadığının ve konvülsiyon nedeniyle oluşan yaralanma olup olmadığının saptanması için genel bir muayene yapılmalıdır.

Nörolojik Muayene

Bir konvülsiyonu takiben yapılan nörolojik muayenenin primer hedefi, rezidü nörolojik hasarın var olup olmadığının saptanmasıdır. Nörolojik değerlendirme, mental durum ve yüksek kortikal fonksiyon değerlendirmesini kapsamalıdır. Herhangi bir anomali saptanırsa, anomalinin yerleşim bölgesi klinik muayene ile tayin edilebilir , bu da nedene yönelik bir incelemenin yapılabilmesine olanak verir. Ancak, bir konvülsiyonun hemen sonrasında olan nörolojik anomaliler tamamen düzelebilir.

GENEL TETKİKLER

- **BM stix**
Hipoglisemi ve hipergliseminin hızla değerlendirilmesi.
- **TKS**
Meningit, ensefalit ve serebral absede lökosit artar .
- **İdrar ve Elektrolitler**
Sodyum yüksek veya düşük bulunabilir , üre ve kreatinin artışı - böbrek yetersizliği.
- **Serum kalsiyumu**
Kalsiyum yüksek veya düşük bulunabilir .
- **Kan glukozu**
Glukoz yüksek veya düşük bulunabilir .
- **AKG**
Hipoksemi
- **Kraniyal BT' si**
Özellikle nörolojik araz varlığında. Serebral tümörler- beyin dansitesinde değişiklikler. Kafa taşı kırıkları. İntrakraniyal kanama- ilk 2 hafta boyunca yüksek yoğunluklu sinyal. Subaraknoid kanama- subaraknoid aralıkta yüksek sinyal (kan). İnmeler- ilk 24 saatte infarkt normal görünür.

ÖZEL TETKİKLER

- **Toksikoloji taraması**
İlaç kullanımı.
- **EEG**
Epilepsi.
. Lomber ponksiyon
Meningit.

▶ ÖKSÜRÜK

Öksürük, aspirasyonu önleyen, sekresyon ve yabancı cisimlerin solunum yollarından atılmasını kolaylaştıran, şiddetli ekspirasyon refleksidir.

NEDENLER

Akut

- Yabancı cisim inhalasyonu
- Solunum yolu enfeksiyonu

Kronik

Balgamlı

- Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (mukoid/ pürülan)
- Bronşiektazi (pürülan)
- Akciğer ödemi (pembe, köpüklü)
- Akciğer kanseri (kanlı)
- Pulmoner emboli (kanlı)
- TB (kanlı)

Kuru

- Astım
- Postnazal akıntı
- Gastroözofageal reflü
- İlaçlar (ACE inhibitörleri)
- Sarkoidoz

ANAMNEZ

Başlangıç ve süre

Öksürüğün başlangıcı akut veya kronik (genellikle üç haftadan uzun süre devam eden öksürük olarak tanımlanır) olabilir. Ani başlangıçlı, sürekli, kriz şeklinde şiddetli öksürük yabancı cisim inhalasyonuna bağlı olabilir. Eğer hava yolunu tıkayacak kadar büyükse, öksürük aniden kesilir, takiben siyanoz gelişerek bilinç kaybıyla sonlanır.

Balgam

Balgamın sıklığı, miktarı ve görünümü ayırıcı tanıda çok yardımcı olabilir. Devamlı pürülan balgam ile prodüktif olan öksürük kronik bronşit veya bronşiektaziyi düşündürür. Kanlı

balgam, bronkojenik karsinom, pulmoner emboli ve TB' li hastaların şikayeti olabilir.

Sigara içme hikayesi

Sigara içmek tek başına kronik öksürüğe sebep olabilir. Ancak uzun süreli sigara içme hikayesi bronkojenik karsinom ve kronik bronşite meyil yaratır.

Eşlik eden semptomlar

Nefes darlığı ile epizodik (veya mevsimlik) hırıltı “ wheezing” astımda sıkır. Bu durum, yabancı cisim veya tümöre bağlı intralüminal tıkanıklığı düşündüren monofazik hırıltıdan ayırt edilmelidir.

Öksürüğe neden olan solunumsal sebeplerin çoğuna nefes darlığı eşlik eder. Ani başlangıçlı nefes darlığı aspirasyon veya pulmoner emboliye bağlı olabilir. Yatar pozisyonda artan nefes darlığı akciğer ödemi düşündürür. Bununla birlikte astım da geceleri daha kötü olabilir. Kilo kaybı, akciğer tümörleri ve TB olgularında belirgin bir özellik olabilir.

Plöretik göğüs ağrısı pulmoner emboli ve pnömonide olabilir. Hiç azalmayan göğüs ağrısı daha çok akciğer kanserine bağlı kemik metastazını düşündürür. Postürle artan retrosternal yanıcı tarzda göğüs ağrısı gastroözofageal reflü hastalığını düşündürür ve bu olgularda eşlik eden öksürük, reflü edilen maddeler nedeniyle oluşan aspirasyona bağlıdır. Nazal akıntıya bağlı sık boğaz temizleme hareketi veya rinitle birlikte alerji hikayesi, postnazal akıntıyla sonuçlanabilir ve bu da öksürüğe sebep olabilir.

FİZİK MUAYENE

Vücut ısısı

Ateşnin varlığı genellikle infeksiyöz bir nedeni gösterir; vücut ısısı pulmoner embolide de artabilir.

İnspeksiyon ve palpasyon

Kronik obstrüktif akciğer hastalığında (KOAH) göğüs fıçı-göğüs şeklinde olabilir. Akciğer kanseri veya TB' si olan hastalar kaşektik olabilir. Siyanoz pulmoner emboli ve KOAH' nın bir özelliğidir. El parmakları çomaklaşma için bakılmalıdır; çomaklaşma bronşiyal karsinom ve bronşiektaziye eşlik eder. JVB konjestif kalp yetersizliğinde artar. Solunum yolu infeksiyonları, TB ve akciğer kanserinde supraklaviküler lenf nodları palpabl olabilir.

Oskültasyon

Oskültasyonda kaba krepatasyonların duyulması bronşiektazi ve pulmoner ödemin bir bulgusudur. Bronşiyal karsinomun oskültasyon bulguları özgül değildir; plevral efüzyon (perküsasyonda küntlük, solunum seslerinin yokluğu ve azalmış vokal rezonans) veya akciğerin segmenter kollapsı olabilir. Yaygın hırıltı astımı düşündürür ve sabit inspiratuvar hırıltı, bronş lümeninin tıkanıklığında duyulabilir.

GENEL TETKİKLER

- **Balgam kültürleri**
Eğer öksürük prodüktif ise balgam kültüre gönderilmelidir. TB için özgül olan kültür ve Ziehl-Neelsen boyaması da yapılmalıdır.
- **Zirve akım**
Yatak başı zirve ekspiratuvar akım hızının saptanması astım tanısında yararlıdır (düşük zirve akım).
- **Lökosit**
Lökosit artışı, infeksiyonun özgül olmayan bir göstergesidir çünkü pulmoner embolide de lökosit artabilir.
- **Akciğer grafisi**
Çok yararlıdır; infeksiyonda konsolidasyon alanlarını gösterebilir. Süregelen infeksiyon alanları ve genişlemiş bronşlar, bronşiektaziyi düşündürür. Kalsifikasyonlu apikal hiler konsolidasyon ve hiler lenfadenopati, TB' nin karakteristiğidir. Akciğer ödeminin varlığı iki taraflı yama tarzında gölgelenme varlığı ile düşünülür. Bu bulguya ek olarak kardiyomegali, pulmoner venlerin üst loba diversiyonu (yönlenmesi), iki taraflı plevral efüzyon ve Kerley-B çizgileri (akciğer alanlarının periferinde 1-2 cm yatay çizgiler) gibi kardiyak yetersizliğin diğer bulguları olabilir. Bronşiyal karsinom hiler kitle, periferik kitle veya kollaps ve havayolu tıkanıklığına bağlı akciğerde konsolidasyon ile kendini gösterebilir. İki taraflı hiler lenfadenopati sarkoidozu düşündürür.
- **Solunum fonksiyon testleri**
Rutin solunum fonksiyon testleri havayolu tıkanıklığı tanısını (astım, kronik bronşit ve bronşiektazi) koymak için kullanılabilir ve akım-hacim eğrileri sabit havayolu tıkanıklığını gösterebilir.

ÖZEL TETKİKLER

- **V/P sintigrafisi**
Pulmoner emboli tanısından kuşkulandığında indikedir.
- **Pulmoner anjiyografi**
Ciddi pulmoner emboli hastalarında, cerrahi müdahale veya tromboliz düşünüldüğünde indike olabilir.
- **Toraks BT**
Akciğer kanserinin tanısında ve evrelendirilmesinde yararlıdır; bronşiektazi tanısı için de özgüdür.
- **pH çalışmaları**
Gastroözofageal reflü hastalığının tanısı sadece anamnez ile konamadığında 24 saat pH monitörizasyonu gerekebilir.

▶ SİYANOZ

Siyanoz deri ve mukoz membranların, kanda 5 g/dl veya daha fazla miktarda indirgenmiş hemoglobin olmasına bağlı, anormal mavi renkte görünümüdür. Siyanoz, hipoksemi (örn. anemi) ile eş anlamlı değildir. Hipoksemi, siyanoz olmadan da var olabilir.

NEDENLER

Santral siyanoz

Azalmış oksijen saturasyonu

- Ciddi solunum hastalığı
- Akciğer ödemi
- Pulmoner emboli
- Konjenital siyanotik kalp hastalığı

Anormal hemoglobin

- Methemoglobinemi
- Sulfhemoglobinemi

Periferik siyanoz

- Tüm santral kaynaklı siyanozlar
- Soğukta kalma
- Akrosiyanoz
- Raynaud fenomeni
- Arteriyal tıkanma
- Venöz tıkanma

ANAMNEZ

Santral siyanoz

Başlangıç

Anatomik olarak sağdan sola şanta sebep olan konjenital kalp hastalığına bağlı siyanoz, doğumdan itibaren veya hayatın ilk yıllarından itibaren var olabilir. Ani başlangıçlı siyanoz pulmoner emboli veya kalp yetersizliğine bağlı olabilir. Siyanozun akut başlangıçlı pnömoni veya astımda olabilir. KOAH' lı hastalarda siyanoz yıllar içinde oluşur. Bu hastalarda, eşlik eden polisitemi, siyanozu daha da belirgin hale getirebilir.

Göğüs ağrısı

Plöritik göğüs ağrısının eşlik ettiği siyanoz, pulmoner emboli veya pnömoniye bağlı olabilir. Göğüste künt ağrı, sıkışıklık miyokard infarktüsünün komplikasyonu olarak gelişen akciğer ödemeine bağlı siyanoz olgularında olur.

Nefes Darlığı

Pulmoner emboli ve akciğer ödeminde ani başlangıçlı nefes darlığı olabilirken, astım gibi durumlarda çok daha tedrici bir başlangıç olur.

Özgeçmiş ve ilaç anamnezi

Herhangi bir ciddi akciğer hastalığında siyanoz meydana gelebildiğinden, anamnezde solunum hastalığı önemlidir. Keza, methemoglobin ve sulfhemoglobini presipite edilebilen fenasetin ve sulfonamid gibi ilaçlar önemlidir.

Genel anamnez

Akrosiyanoz, ellerin devamlı olarak mavi ve soğuk olduğu bir durum olup bu duruma ağrı eşlik etmez. Raynaud fenomeni, arteriyel vazospazm (beyaz), siyanoz (mavi) ve reaktif hiperemiye (kırmızı) bağlı epizodik, üçlü renk değişimidir. İdyopatik olabileceği gibi bağ dokusu hastalıklarında, travmada ve beta blokerler gibi ilaç kullanımlarında da olabilir.

Periferik siyanoz akut arteriyel tıkanma nedeniyle de oluşabilir ve ağrı ve deride beneklenme ile birlikte olur. İliofemoral derin ven trombozunda, 'phlegmasia cerulea dolens' olarak adlandırılan ağrılı mavi bir bacak olabilir.

FİZİK MUAYENE**Vücut ısısı**

Pnömoni ve pulmoner embolide ateş olabilir.

İnspeksiyon

Düşük derecelerde olan siyanozu fark etmek zordur. Santral siyanoz mukoz membranlarda ve parmaklarda mavimsi renk değişikliğine sebep olurken, periferik siyanoz sadece parmaklarda mavimsi renk değişikliğine sebep olur. Epizodik periferik siyanoz Raynaud hastalığına bağlı olabilir ve bu bulgu el parmağının uçlarında küçük infarktlarla birlikte olabilir. Çomaklaşma, siyanotik konjenital kalp hastalığına bağlı olabilir. Klasik olarak, kronik bronşitli hastalar siyanotik, ekspansiyonu

iyi olmayan fıçı göğüslü ve obez görünümlü olurlar. Konjestif kalp yetersizliğinde JVB artar.

Solunum muayenesi

Kronik bronşit ve astımda göğüs ekspansiyonu iyi değildir. Ekspansiyonda tek taraflı bozulma lobar pnömonide olabilir; ek olarak, konsolidasyon sahasının üzerinde perküsyonda matite alınır. Bölgesel krepitasyon lobar pnömonide duyulabilirken, daha yaygın krepitasyonlar, bronkopnömoni, akciğer ödemi ve kronik bronşitte duyulabilir. Hava girişi kronik bronşit ve astımda azdır. Konsolidasyon sahasının üzerinde bronşiyal solunum sesleri ve astımda hırıltı gibi ek sesler duyulabilir.

GENEL TETKİKLER

- **Oksijen satürasyonu**
Siyanozda satürasyon genellikle %85'in altındadır.
- **AKG**
Bütün ciddi akciğer hastalıklarında Po₂ azalır.
- **TKS**
Kronik siyanozda hemoglobin artar. Pnömoni ve pulmoner embolide lökosit artar.
- **EKG**
Miyokard infarktüsü bulguları (sayfa 63-64).
- **Akciğer grafisi**
Pnömoni, pulmoner infarkt, kalp yetersizliği (sayfa 63-64).

ÖZEL TETKİKLER

- **Balgam ve kan kültürleri**
Pnömoni.
- **V/P sintigrafisi ve pulmoner anjiyografi**
Pulmoner emboli.
- **Ekokardiyografi**
Akciğer ödemi.
- **Hb spektroskopisi**
Methemoglobinemi, sulfhemoglobinemi.
- **Dijital substraksiyon anjiyografisi**
Akut arteriyel tıkanma.
- **Duplex Doppler veya venografi**
Akut venöz

▶ SAĞIRLIK

Sağırılık, işitme kaybıdır ve klinik muayenenin yorumunu kolaylaştırmak için 'iletim' tipi ve 'sensorinöral' tip olmak üzere ikiye ayrılır.

NEDENLER

İletim tipi sağırılık

Doğumsal

- Meatus Atrezisi

Edinsel

- Tıkanma
- Kulak kiri
- Enfeksiyon
 - Otitis media
 - Otitis eksterna
- Travma
 - Timpanik membran perforasyonu
 - Barotravma
- Otoskleroz

Sensorinöral tip sağırılık

Doğumsal

- Maternal rubella, toksoplazmozis, sitomegalovirus enfeksiyonu

Edinsel

- Yaşla ilişkili
- Meniere hastalığı
- Enfeksiyon
 - Kabakulak
 - Herpes Zoster
 - Menenjit
- Travma
 - Sesin indüklediği travma
 - Kafa yaralanması
- İlaçlar
 - Aminoglikozidler, aspirin, furosemid
- Tümör
 - Akustik nöroma (vestibüler schwannoma)
 - Beyin tümörleri

ANAMNEZ

Süre

Çocukluktaki sağırılık herediter olabilir, maternal rubella infeksiyonundan kaynaklanabilir veya çocukluk infeksiyonunun (menenjit, toksoplazma veya CMV infeksiyonu) bir komplikasyonu olarak belirebilir. Semptomların süresi ototoksik ilaç başlangıcı ile çakışabilir.

Başlangıç

Sağırılığın ani başlaması, dış kulak yolundaki yabancı cisimlerden kaynaklanabilir. Sağırılık, ancak yabancı cisim timpan zarını delerse veya kemikçik zincirini bozarsa belirir. Ani başlangıçlı sağırılık travma, vasküler katastrofi veya Meniere hastalığından da kaynaklanabilir. Sağırılığın tedricen gelişmesi otosklerozdan veya yaştan kaynaklanabilir.

Ağrı

Kulak ağrısı ile ilişkili sağırılık, otitis eksterna, otitis media veya herpes zoster infeksiyonu ile birlikte olabilir. Ciddi ağrı, hem timpan zarını delen direkt travmadan hem de kulağa rastlayan bir tokattan veya derin dalıştan kaynaklanabilen barotravmadan olabilir.

Kolaylaştıran faktörler

Bir travma öyküsü sıklıkla belirgindir. Sensorinöral sağırılık, kabakulağın bir komplikasyonu olabilir veya uzun süre yüksek sese maruziyetten kaynaklanabilir.

Birlikte olan semptomlar

Epizodik sağırılık ile birlikte olan çınlama ve vertigo, Meniere hastalığında olur. Çınlama, sağırılıkla birlikte tek başına olduğu zaman, otosklerozu, ses maruziyetini, ototoksik ilaçları ve akustik nörinomu düşündürür.

İlaç öyküsü

Suçlanan ilaçlar, ilaç öyküsünden kolayca saptanabilir.

FİZİK MUAYENE

Kulağın muayenesi

İnspeksiyonda herpes zoster vezikülleri veya otitis eksterna varlığı görülebilir. Otitis eksternada cilt, eritematöz, pullanmış ve eksudatif görünür. Hassasiyet, kulak kepçesinin hareketi veya tragusa basıyla ortaya çıkar.

Otoskopik muayene, kulak kirini veya dış kulak yolunu tıkayan yabancı cismi teşhis edebilir. Kulak yolu açıksa timpan

zarı görüntülenebilir, travmatik perforasyonda kanla birlikte timpan zar yırtığı görülebilir. İnjektasyon, eritem veya timpan zarının açık perforasyonu otitis mediadan kaynaklanabilir.

İşitmenin değerlendirilmesi

Basit işitme testleri, konuşma sesleri, fısıltı sesleri veya kol saatinin ne kadar uzaktan işitilebileceği ile yapılır.

Rinne testi, 512 Hz'e ayarlanmış diyapozon ile yapılır. Mastoid veya kemik iletisi (Kİ), hava iletisi (Hİ) ile karşılaştırılır. Normalde hava iletisi, kemik iletisinden daha iyidir. Weber testi, titreştirilmiş ayarlı diyapozonun tabanının alın ortasına konulması ile yapılır. Normalde, ses her iki kulak tarafından eşit olarak duyulur.

Sağırılık	Rinne Testi	Weber Testi
Sensorinöral iletim tipi	Hİ>Kİ Kİ>Hİ	Sağlam kulakta işitilir Sağır olan kulakta işitilir

Genel muayene

Tam bir nörolojik muayene yapılır. Meniere hastalığı ile birlikte nistagmus olabilir; nadiren akustik nöromlar fasiyal siniri etkileyerek tek taraflı fasiyal paraliziye neden olabilirler; beyin tümörlerinden kaynaklanan motor veya duysal defisit gelişebilir. Muayene ayrıca burun ve boğazı da içermelidir. Nazofaringeal sepsis orta kulak infeksiyonu için predispozan bir faktör olabilir.

GENEL TETKİKLER

- **Saf ton odiyometri**
İşitme düzeylerinin, kemik ve hava iletisi ile doğru ölçülmesine imkan verir.

SPESİFİK TETKİKLER

- **Konuşma odiyometri**
İletim tipi sağırılıkta % 50- 80 arasında, sensorinöral sağırılıkta %0-50 arasında konuşma ayırımında bozulma olur.
- **Elektrik yanıtli odiyometri**
Bebeklerde işitmeyi değerlendirir.
- **İmpedans timpanometri**
Artmış impedans (azalmış komplians) efüzyonlu otitis mediada olur.
- **MRG**
Akustik nöroma ve beyin tümörleri için.

► DİYARE

Diyare, defakasyon sıklığında artma veya anormal cıvık dışkılamadır. Diyare tanısı, kişinin normal barsak alışkanlıklarına göre olmalıdır. Erişkinlerde akut diyare, çoğunlukla infeksiyona bağlıdır.

NEDENLER

İntestinal

İnfektif enteritler

Nonspesifik, bakteriyal

- *Campylobacter spp.*,
 - *Salmonella spp.*,
 - *Escherichia coli*,
 - *Stafilokoklar*
 - *Shigella spp.*,
 - *Vibrio cholerae*,
 - *Clostridium difficile*,
 - *Yersinia enterocolitica*
- Viral, fungal, protozoal
- *Cryptosporidium spp.*,
 - *Giardia lamblia*,
 - *Entamoeba histolytica*

İnflamatuvar

- Ülseratif kolit
- Crohn hastalığı

Malabsorbsiyon

- Çölyak hastalığı
- Kır urve sendromu
- Kısa barsak sendromu
- Radyasyon

Neoplastik

- Karsinom
- Villöz adenom

Diğer intestinal nedenler

- Divertiküler hastalık
- İrritabl barsak sendromu
- Taşlanmış dışkı- yalancı diyare

- İleokolik fistül
- İskemik kolit

Gastrik

- Postvagotomi

Pankreatik

- Kronik pankreatit
- Kistik fibrozis
- Karsinom
- Pankreas rezeksiyonu

Endokrin

- Tirotoksikoz
- Karsinoid sendrom
- Zollinger Ellison sendromu
- Vipoma (nadir)
- Medullar tiroid kanseri

İlacı bağı

- Antibiyotikler
- Laksatifler
- Magnezyum içeren antiasitler
- Sitotoksik ajanlar

Diğer

- Anksiyete
- Diyet

ANAMNEZ**İnfektif enterit**

Çoğu kez kolik tarzında karın ağrısı ve diyare vardır. Diyare kanlı olabilir. Kolera, kramp tarzında karın ağrısı, kusma ve piring suyu gibi dışkı olarak tanımlanan ciddi diyare ile kendini gösterebilir. Ateş, hızlı dehidratasyon, kollaps ve ölüm olabilir. İnfektif enteritte, olağan dışı bir gıda alımı veya ailede etkilenen başka biri olup olmadığı kontrol edilmeli. Yabancı yerlere seyahat sorulmalı.

İnflamatuvar barsak hastalığı

Hem Crohn hastalığı hem de ülseratif kolit, kanlı, bazen mukus ve irinli olan sık ishal ve kolik tarzında karın ağrısı ile ortaya çıkar. Hasta, kolonda toksik dilatasyon gelişirse karın ağrısı ve distansiyon ile birlikte toksik ve ateşli olabilir.

Malabsorbsiyon

Diyareye ek olarak dışkı, steatoredeki gibi, yağlı ve köpüksü görünümde olabilir. Kısa barsak sendromunu düşündüren barsak rezeksiyonu veya kör urve sendromunu düşündüren herhangi bir bypass cerrahisi, karına radyoterapi öyküsü olup olmadığı sorulur.

Neoplastik

Karsinom, kolik tarzda karın ağrısı ve rektumdan (PR) kan ve mukuslu diyareye neden olabilir. Diyare, tıkanmanın gerisindeki fekal kitleler ile birlikte tıkanma bölgesinden sadece incelmış dışkı geçişi nedeniyle yalancı olabilir. Gevşek, sulu mukus çıkışı sıklıkla villöz adenom ile birlikte olabilir; hasta, potasyumdan zengin aşırı mukus pasajına bağlı hipopotasemiden dolayı güçsüzlükten şikayetçi olabilir.

Diğer intestinal nedenler

Divertiküler hastalık diyareye neden olabilir. Bu durum sıklıkla yaşlı hastalarda belirir. Hasta ayrıca kolik tarzında karın ağrısından yakınır, ağrı sıklıkla sol iliak fossadadır. İrritabl barsak sendromu, divertiküler hastalıkla benzer semptomlara neden olabilir, ancak daha genç hastalarda ortaya çıkar. Taşlaşmış dışkı, yalancı diyareye neden olabilir. Divertiküler hastalık veya rektosigmoid karsinom ile birlikte olan bir ileokolik fistül de diyare yapabilir. İskemik kolit, sıklıkla yaşlı hastalarda kolik tarzında karın ağrısı, diyare ve koyu kırmızı renkte rektal kanama ile kendini gösterir.

Gastrik

Gastrik cerrahi öyküsünü kontrol et. Pilonun veya vagal sinir parçasının destruksiyonu, sıklıkla dumping ile birlikte olan diyareye neden olabilir.

Pankreatik lezyonlar

Bunlar diyare veya steatoreye neden olabilirler. Kistik fibroz öyküsünü kontrol et. Kilo kaybı ve epigastrik ağrı ile birlikte olan kronik sırt ağrısı kronik pankreatiti düşündürür. Pankreatik cerrahi öyküsünü kontrol et. Pankreas karsinomlu hastalar da diyare ile başvurabilir.

Endokrin bozukluklar

Tiroid hastalığı öyküsünü kontrol et. Hasta soğuk havayı tercih edebilir, terlemekten, endişelerinden, tremordan şikayet edebilir ve belirgin göz bulguları olabilir. Ayrıca guatrı

farketmiş olabilirler. Karsinoid sendrom, özellikle kahve, alkol veya belli gıdalardan sonra kızarma"flushing", astım ve gürültülü barsak sesleri ile başvurabilir. Zollinger Ellison sendromlu hastaların, diyareye ek olarak hematemez veya melena ile birlikte olan geçirilmiş tekrarlayan peptik ülser öyküsü olabilir. Vipoma nadirdir, ancak potasyum kaybı ile birlikte ciddi sulu diyare ve hipokalemiye bağlı güçsüzlük ile karşımıza çıkabilir. Hastanın guatrı olup olmadığını kontrol et, diyare tiroidin meduller karsinoması ile birlikte olabilir. Ayrıca hiperparatirodizmin ve feokromositomanın semptom ve bulguları bulunabilir (MEN Sendromu).

İlaçlar

Dikkatli bir ilaç öyküsü al, özellikle yakında alınmış antibiyotikler, laksatif kullanımı, magnezyum içeren antiasit alımı, yakında sitotoksik ilaç alımı sorgulanmalıdır.

Diğer

Anksiyete ve diyet değişiklikleri, diyareye neden olabilir. Dikkatli bir öykü, bilhassa diyetteki yeni değişimleri dikkate alarak alınmalıdır.

FİZİK MUAYENE

İnfektif enterit

Hasta dehidrate veya kollabe olabilir. Hipotansiyon ve taşikardiyi kontrol edin. Karında hassasiyet ve distansiyon olabilir. Rektal tuşede, eldiven üzerinde kan ve irin saptanabilir.

İnflamatuvar barsak hastalığı

Hafif lokalize hassasiyet dışında bulgu yoktur. Toksik dilatasyonda ateş, halsizlik, karında distansiyon, kusma ve lokalize hassasiyet olabilir. Perforasyon, peritonit ile birlikte görülebilir. Crohn hastalığı ile birlikte karında kitle palp edilebilir.

Neoplastik

Tıkanma gelişmiş ise karında distansiyon olabilir. Palpabl karın kitlesi olabilir. Rektal tuşede, kanser veya villöz adenom saptanabilir.

Diğer intestinal

Divertiküler hastalıkta, sol iliak fossada hassasiyet dışında bulgu yoktur. Bulgular, irritabl barsak sendromu ile benzerdir.

Taşlaşmış dışkıda, taş gibi sert fekal kitleler karında palpe edilebilir ve rektal tuşede hissedilebilir. İleokolik fistülde çok az bulgu olabilir. İskemik kolitte, karın sol tarafında hassasiyet ve defans olabilir. Rektal muayenede, koyu kırmızı kan saptanabilir.

Gastrik

Skar ve gastrik cerrahi öyküsü dışında muayene bulgusu olmayabilir.

Pankreatik

Pankreas kanserinde epigastrik hassasiyet ve epigastriumda palpabl kitle olabilir.

Endokrin

Tirotoksikozda taşikardi, terleme, canlı refleksler, göz bulguları ve guatr olabilir. Karsinoid sendromda, hepatomegali, triküspid yetersizliği ve pulmoner stenoz bulguları olabilir. Zollinger Ellison sendromunda, muayenede çok az bulgu olabilir. Vipomada, hipopotasemiye bağlı güçsüzlük dışında bulgu olmayabilir. Tiroid meduller karsinomunda, palpable bir guatr olabilir.

GENEL TETKİKLER

- **TKS, ESH**
Hemoglobinde azalma; kanama, PCV artışı dehidratasyon, lökosit artışı; infeksiyon. ESH'da artma; inflamasyon ve tümör.
- **Üre ve elektrolit**
Üre artışı dehidratasyon, potasyum azalması ciddi diyare, villöz adenom.
- **KcFT**
Karaciğer metastazında alkalen fosfataz artışı.
- **Dışkı kültür ve mikroskopisi**
İnfektif nedenler, parazit için mikroskopi.
- **Sigmoidoskopi**
Karsinom, inflamatuvar barsak hastalıkları, villöz adenom, psödomembranöz kolit.
- **Baryum enema**
Tümörler, kolit, divertiküler hastalık.

- **Kolonoskopi**
Tümörler, kolit (yaygınlık ve ciddiye), divertiküler hastalık.

SPESİFİK TETKİKLER

- **TFT**
Tirotoksikozda T4 yüksek, TSH düşük.
- **24 saatlik idrar**
Karsinoidde 5HIAA yüksek.
- **USG**
Karsinoidde. Karaciğer metastazı.
- **Serum gastrin düzeyi**
Zollinger Ellison sendromunda.
- **Serum kalsitonin düzeyi**
Tiroidin meduller karsinomunda.
- **Serum vazoaktif intestinal peptid düzeyi**
Vipomada artmış.
- **Dışkıda yağlar**
Malabsorbsiyonda.
- **Duodenal/jejunal biyopsi**
Malabsorbsiyon-çöliyak hastalığında.
- **İnce barsak pasaj grafisi**
Crohn hastalığında.

▶ BAŞ DÖNMESİ

Uzaysal oriyantasyon bozukluğu, hastada baş dönmesi, vertigo veya 'sersemlik' hissi olarak ortaya çıkabilir. Gerçek vertigo, bir hareket hissi olarak yaşanmaz, çevrenin devrilmesi veya sarsılması olarak yaşanır.

NEDENLER

Epizodik

- Meniere hastalığı*
- Benign paroksizmal pozisyonel vertigo (BPPV)
- Arka dolaşımdaki tekrarlayan geçici iskemik ataklar (TIA'lar)
- Aritmi
- Postural hipotansiyon
- Migren
- Anksiyete
- Hiperventilasyon

Devamlı

- Akut başlangıçlı
- Labirentit*
- Baş yaralanmaları*
- Arka dolaşımda serebrovasküler hastalık (CVA)

Tedrici başlangıç

- Serebellopontin köşe tümörleri*
- Ototoksisite-aminoglikozitler*
- Multipl skleroz

ANAMNEZ

Genel

Yukarıdaki nedenler, semptomların başlangıç hızı ve süresine göre sıralanmıştır. Kulak çınlaması gibi işitsel semptomlar ile birlikte olan durumlar yıldızla belirtilmiştir.

Kolaylaştıran faktörler

Başın hareketleriyle presipite olan baş dönmesi nedenleri BPPV, labirentit ve baş yaralanmalarıdır. BPPV'li hastalar, başın pozisyon değişikliğine eşlik eden kısa baş dönmesi

*İşitsel semptomlar ile birlikte olan durumları gösteriyor.

epizodlarından şikayet ederler. Labirentit, sistemik viral infeksiyonun bir komplikasyonu olarak veya kronik süpüratif otitis mediaya bağlı kolesteatomanın büyümesinin sonucu olabilir. Travma öyküsü çoğunlukla bellidir. Yatar pozisyonundan kalkınca belirginleşen postural baş dönmesi, ortostatik hipotansiyon nedeniyle olabilir.

İlişkili semptomlar

Baş dönmesi, aritmi ile presipite olabilir ve hastalar beraberinde çarpıntıdan yakınır. Migren atakları da tanınabilir ve hastalar tek taraflı zonklama tarzında baş ağrısı, bulantı, kusma ve fotofobiden şikayet edebilirler. Meniere hastalığı tanısı, devamlı kulak çınlaması ve işitme kaybı ile birlikte olan ciddi epizodik vertigo öyküsü ile konulur. Servikal spondilozisden kaynaklanan vertebrobaziler yetersizliği olan hastalarda, boyun ekstansiyonu ile baş dönmesi ortaya çıkabilir. Arka dolaşım TIA'larında, lateral beyin sapı veya serebellum iskemisinden kaynaklanan ani başlangıçlı baş dönmeleri olabilir. Buna senkop, bulantı, kusma, görme alanı defektleri ve çift görme eşlik edebilir. Ciddi progresif kusma ve ataksi, nöroşirurjik bir acil olan intraserebellar kanamadan kaynaklanabilir. Anksiyete bozukluğu olan hastalar, baş dönmesi, kulak çınlaması ve tremorla birlikte hiperventilasyonun eşlik ettiği veya etmediği ataklar yaşayabilir. Elbette hiperventilasyon tek başına baş dönmelerini presipite etmeye yeter. Multipl sklerozda demiyelinizasyon beyin sapında geliştiği zaman, vertigo belirgin bir özelliktir. Buna dizartri ve kranial sinir felçleri eşlik edebilir. Genç yaşta, iskemiden ziyade demiyelinizasyon daha çok düşünülür. Serebellopontin köşe tümörleri, yavaş yavaş ortaya çıkmaya eğilimlidirler, baş dönmesi hafif olabilir, trigeminal ve fasyal sinir tutulumuna bağlı yüz felçleri ve uyusukluk eşlik edebilir. Vestibüler nöronit için presipite eden faktör yoktur, baş dönmesi, bulantı ve çınlama ile birlikte değildir.

İlaç anamnezi

Pek çok ilaç ototoksik etkiye sahiptir. En çok bilinenleri aminoglikozitler ve furosemittir.

MUAYENE

Baş dönmelerinin nedeni belirlenirken nistagmusun, işitme testlerinin ve pozisyonel testlerin değerlendirilmesi pek çok bilgi sağlar.

Çok yönlü bir nistagmus, difüz serebellar hastalıktan kaynaklanabilir. Tek yönlü nistagmus, ya aynı tarafta serebellar

hastalık (multipl skleroz, arka dolaşımında TIA/CVA) veya karşı tarafta vestibüler hastalıktan (Meniere, labirentit, akustik nöroma) kaynaklanabilir. Lateral bakışta, diğer gözün adduksiyon kısıtlılığı ile birlikte abduksiyon yapan gözün nistagmusu internükleer oftalmoplejiye bağlıdır. Bu durum klasik olarak beyin sapı demiyelinizasyonundan kaynaklanır.

İşitme, Rinne ve Weber testleri ile değerlendirilir. Sensorinöral işitme kaybı (sayfa 100) Meniere, akustik nöroma ve ilaca bağlı ototoksisiteden kaynaklanabilir. Trigeminal ve fasiyal sinir felçlerine eşlik eden işitme kaybı, serebellopontin köşedeki tümöre bağlı olabilir.

Hallpike testi gibi spesifik pozisyonel testler, vestibulooküler yolların ve labirent yollarının bütünlüğünü değerlendirmek için yapılır. BPPV'li hastalar genellikle vertigodan yakınırılar ve tekrarlanan testlerde yorulan gecikmiş nistagmus görülür.

Ardından tam bir nörolojik muayene yapılır. Homonim hemianopsi, arka dolaşım infarktlarından ve demiyelinizasyon gibi beyin sapı lezyonlarından kaynaklanabilir. İnme, yüzde motor ve duysal kayıplarla aynı tarafta kranial sinir felçlerine neden olabilir. Ayrıca, optik atrofiye bağlı soluk optik diskler multipl sklerozda görülebilir. Serebellar hastalığı olan hastalarda, parmak burun testi sırasında intansiyonel tremor görülür. Geniş ataksik yürüyüşe ek olarak ayrıca nistagmus, disdiyakokinezi ve dizartri olur.

Kardiyovasküler nedenden şüphelenildiği zaman, atriyal fibrilasyon gibi bir ritim bozukluğu için nabız değerlendirilir. Postural hipotansiyonu göstermek için hem yatarken hem otururken kan basıncı ölçülür. Kalp kapakları ve karotis damarları gibi olası emboli yerleri üfürüm açısından değerlendirilir.

GENEL TETKİKLER

Pek çok baş dönmesi nedeni, öykü ve fizik muayene ile tanımlanabilir.

- **TKS**
Hemoglobin artışı CVA'yı predispoze eder. Lökosit artışı infeksiyonu gösterir.
- **ESH**
CVA, malignite, infeksiyonda artar.

SPESİFİK TETKİKLER

- **24 saatlik EKG**
Artemilerin gözlenmesi için
- **Odiyometri**
EŞlik eden işitme kaybının değerlendirilmesi ve sınıflandırılması için
- **Karotis Doppler USG**
Damar yapısını değerlendirmek ve plak varlığını göstermek için (TİA'larda)
- **Kraniyal BT**
İnme, serebellar kanama ve ciddi kafa travmasının değerlendirilmesi için
- **MRG**
Akustik nörinom ve diğer serebellopontin köşe tümörleri, multipl sklerozda demiyelinizasyon için

► DİSFAJİ

Disfaji, yutma güçlüğü demektir. Yutmaya ağrı eşlik edebilir veya etmeyebilir. Disfaji, katı veya sıvı gıda alımı ya da her ikisi ile birlikte olabilir. Disfaji, yutma ile sadece ağrının olduğu, yutma eylemi ile ilgisi olmayan odinofajiden ayırt edilmelidir.

NEDENLER

Doğumsal

- Özofageal atrezi

Edinsel

Lümen içi

- Fazla ve hızlı yemek
- Yabancı cisim

Duvar içi

- İnflamatuvar darlık
 - Gastroözofageal reflü
 - Kostik darlık
 - Kandidiazis
- Akalazya
- Karsinom
- Plummer-Vinson sendromu
- Radyasyon
- Skleroderma
- Chagas hastalığı (nadir)

Duvar dışı

- Guatr
- Faringeal poş
- Mediastinal tümörler
 - Bronşial karsinom
 - Lenfadenopati
- Büyümüş sol atriyum (mitral stenoz)
- Torasik aort anevrizması
- Paraözofageal (sliding) hiatus hernisi
- "Dysphagia lusoria" (nadir)

Nöromusküler bozukluklar

- Bulber paralizi
- Guillain-Barre sendromu
- CVA
- Motor nöron hastalığı
- Miyastenia gravis

ANAMNEZ**Doğumsal****Özofageal atrezi**

Maternal polihidramniyoz ile birlikte olabilir. Yenidoğan, salyasını akıtabilir, yiyecekleri yutamayabilir, köpüklü balgam çıkarabilir, boğulma ve siyanoz atakları ve akciğer infeksiyonu olabilir.

Edinsel**Lümen içi**

Yabancı cisim alım öyküsü olabilir. Bu, çocuklarda sıklıkla bozuk paradır. Yaşlı hastalarda takma diş olabilir. Bazen anamnez alınamayabilir. Fazla ve hızlı yemek olgularında disfaji, altta yatan darlık olmadıkça nadirdir.

Duvar içi

Kostik darlıkta genellikle kostik alım öyküsü vardır, psikiyatrik bozukluğu olanlarda anamnez açık olmayabilir. Disfaji ve ağrı ani başlangıçlı olur, uygun tedavi ile iyileşebilir. Ancak darlığa bağlı birkaç ay sonra tekrarlayabilir. Hiatus hernisi ile birlikte olan gastroözofageal reflüye bağlı inflamatuvar darlığı olan hastaların, retrosternal yanma tarzında ağrı ve sırtüstü yatma veya öne doğru eğilme ile artan asit reflüsü olacaktır. Disfaji, genellikle tedrici olarak başlar ve hasta, disfajinin yerini sternumun alt ucu olarak lokalize eder. Özofageal kandidiazis, disfajiye neden olabilir ve genellikle immunokompromize hastalarda görülür. Akalazya, özofageal miyenterik pleksusta dejenerasyonun olduğu bir bozukluktur. Özofageal peristaltik kontraksiyonların kaybı ve yutmaya cevap olarak alt özofagus sfinkterinin gevşemesinde yetersizlik mevcuttur. Genellikle 30 ile 50 yaş arasında görülür. Disfaji ara sıra olabilir ve daha sonra giderek kötüleşir. Sıvı gıdalara karşı disfaji, katılarla olduğundan daha kötü olabilir. Gece sıvı gıdaların regürjitasyonu, aspirasyon pnömonisine neden olabilir. Karsinom ile birlikte disfaji genelde hızlı başlangıçlıdır. Başlangıçta katı gıdalar için olurken daha sonra sıvı gıdalarla da olur. Kilo kaybı, iştahsızlık ve anemi septomları olabilir. Akalazya veya Barret özofagusu öyküsü olabilir. Orta yaşta bir

kadında, özofagusun üst kısmında yemeklerin takılmasıyla olan disfaji Plummer-Vinson sendromunu akla getirebilir. Bu, üst özofagustaki bir ağdan dolayı olur (postkrikoid ağ). Bu durum kanser öncüsüdür. Göğüs veya mediastene yönelik radyoterapi öyküsü, radyasyon darlığını düşündürülebilir. Sklerodermada hasta, cildinde, dudaklarının etrafında, parmaklarında değişiklikler (sklerodaktili) farketmiş olabilir veya özgeçmişinde Raynaud fenomeni olabilir. Chagas hastalığı son derece nadirdir ve trypanosomal infeksiyonla birlikte olan miyenterik pleksus dejenerasyonu ile birlikte. Semptomlar akalazyadakiler ile aynıdır.

Duvar dışı

Büyük bir guatr aşıkardır. Faringeal pošta, hastalar genelde orta veya ileri yaşlıdır. Genelde boynun sol arka üçgeninde bir şişlik farketmiş olabilir. Ayrıca, poşun özofagusa basısı ile birlikte manubirum arkasında lokalize disfaji olabilir. Yatınca öksürük ile birlikte regürjitasyon olur. Hastalarda ayrıca kötü bir ağız kokusu vardır. Bronşiyal karsinomda, tümör tarafından doğrudan veya sekonder olarak mediastinal lenf nodları ile özofagus üzerine bası olabilir. Bronşiyal karsinom öyküsü olabilir veya hasta hemoptizi ile gelebilir. Mediastinal lenfadenopatiden kaynaklanan disfajide hasta, aksilla veya kasık gibi diğer yerlerde büyümüş şişlikleri farketmiş olabilir. Büyümüş sol atrium basısından kaynaklanan disfaji mitral stenoz ile birlikte olabilir ve özgeçmişinde bulunabilir. Paraözofageal (sliding) herniden kaynaklan disfaji, dolu midenin komşu özofagusa basısı nedeniyle aralıklı olabilir. Diafragma irritasyonuna bağlı hıçkırık görülebilir.

Nöromusküler

Çoğunlukla Guillain-Barre sendromu, poliomiyelit, motor nöron hastalığı, miyastenia gravis veya CVA öyküsü vardır.

MUAYENE

Özofageal atrezide, orogastrik tüp takılır, tıkanma bölgesinde sonlanır.

Pek çok disfaji olgusunda, muayenede hiçbirşey bulunamayabilir. Guatrda yutma ile hareket eden belirgin bir şişlik olabilir. Faringeal poş varlığında (çoğunlukla solda)

boynun posterior üçgeninde aşağı doğru palpe edilebilen, palpasyon ile lıkırdayan bir şişlik olabilir. Karsinomda kilo kaybı, metastaza bağlı palpabl karaciğer veya metastaza bağlı servikal lenfadenopati olabilir. Plummer-Vinson sendromunda koilonişi, angüler "cheilitis" ve glossit kontrol edilmelidir. Radyasyon darlığında, önceden yapılmış radyoterapiye uygun olarak ciltte değişiklikler olabilir. Sklerodermada, subkutan dokularda kalsinozis, Raynaud fenomeni, sklerodaktili ve telenjektazi olabilir. Mitral stenozunda büyümüş sol atriyuma bağlı disfajide periferik siyanoz, malar kızarıklık, sol parasternal aktivite, ele gelen apeks vurusu, opening snap ve en iyi apekte duyulan middiastolik üfürüm gibi mitral stenoz bulguları olabilir. Bir grup nörolojik anormallikler, nöromuskuler orijinli disfajiyile birlikte olabilir.

GENEL TETKİKLER

- **TKS, ESH**
Hemoglobinde azalma karsinom ile birlikte olabilir, ancak ayrıca peptik darlık ile birlikte olan özofajitte de görülebilir. Anemi ayrıca Plummer-Vinson sendromunda görülebilir. Yüksek ESH, malignite ve sklerodermada olabilir.
- **Üre ve elektrolitler**
Dehidratasyonda.
- **KcFT**
Alkalen fosfataz artışı, karaciğer metastazlarında olur.
- **Akciğer grafisi**
Radyo-opak yabancı cisim görülebilir. Akalazyada hava-sıvı seviyesi görülebilir. Paraözofageal hernide, göğüste mide havası görülebilir. Hiler lenfadenopati, bronşiyal karsinom, aortik anevrizmaya bağlı genişlemiş mediasten, büyümüş sol atriyum (kalbin arkasında çift gölge)-mitral stenoz- izlenebilir.
- **EKG**
Sol atriyum hipertrofisi saptanabilir.

SPESİFİK TETKİKLER

- **Baryumlu grafi**
Faringeal poş (özofagogastroduodenoskopi asla yapılmaz, poşu perfore edebilir), darlık, akalazyaya, dıştan bası için

- **Özofagogastroduodenoskopi**
Yabancı cisim, fazla yemek, kandidiazis, malign ve benign darlık , Plummer-Vinson sendromu-postkrikoid ağ-
saptanabilir. Malign ve benign lezyon ayırımı ve
akalazyada miyenterik pleksus yokluğunu saptamak için
biyopsi yapılır.
- **BT**
Guatr, mediastinal lenf düğümleri, malignitenin yayılımı,
tümör evrelemesi, aortik anevrizma, dysphagia lusoria
(dıştan basıya neden olan anormal yerleşimli arterler)
saptanabilir.

► NEFES DARLIĞI

Nefes darlığı, rahatsız bir şekilde nefes alıp verdiğini farketmedir.

NEDENLER

Ani (saniyeler ve dakikalar içinde)

- Pnömotoraks
- Akciğer ödemi
- Pulmoner emboli
- Aspirasyon
- Anafilaksi
- Anksiyete
- Göğüs travması

Akut (saatler ve günler içinde)

- Astım
- Solunum yolu infeksiyonu
- Akciğer tümörleri
- Plevral efüzyon
- Metabolik asidoz

Kronik (aylar ve yıllar içinde)

- Kronik hava yolu tıkanıklığı (KOAH)
- Kalp yetersizliği
- Fibrozan alveolit
- Anemi
- Aritmi
- Kalp kapak hastalığı
- Göğüs duvarı deformitesi
- Nöromusküler hastalıklar
- Kistik fibrozis
- Pulmoner hipertansiyon

ANAMNEZ

Ciddi seyreden çoğu kalp ve akciğer hastalığı nefes darlığına neden olur. Kronik solunumsal nedenler, anatomik olarak pulmoner vasküler yapı, hava yolları, interstisyum ve göğüs duvarı hastalıkları olarak düşünülebilir. Nefes darlığı olan bir hastaya yaklaşırken, tanı koydurucu işlemlerden önce hava yolu, solunum ve dolaşımı (ABC) değerlendirmek önemlidir.

Başlangıç

Başlangıcın ne kadar hızlı olduğu, hastalık sürecinin iyi bir göstergesidir. Başlangıç hızına göre sınıflama, acil klinik durumlarda ayırıcı tanıyı daraltır.

Kolaylaştırıcı faktörler

Pnömotoraksa veya kot kırığına yol açan travma gibi aşikar bir presipitan faktör olabilir. Yabancı cisim aspirasyonu, anamnezden anlaşılabilir, bununla birlikte kusmuğun aspirasyonu daha zordur ve genellikle bilinç bozukluğu olan veya gag refleksini kaybetmiş hastalarda görülür. Sırt üzeri yatarken olan nefes darlığı kalp yetersizliğinden kaynaklanır. Bazen hastalar, gece yastıklardan kaydıkları zaman nefese kalarak yataktan kalkmaktan şikayet edebilirler (paroksizmal noktürnal dispne). Astım ile ilişkili olan nefes darlığı, presipitan allerjenlere bağlı olarak mevsimsel (polen) veya yıl boyunca görülen (ev tozu akarlarının dışkı proteinleri) şekilde olabilir. Ciddi allerji öyküsü, anafilaksiyi akla getirmelidir. Stresli olaylar, astım ataklarını presipite edebildiği gibi anksiyetesi olan kişiler de hiperventilasyona yol açabilir.

Rahatlatan faktörler

Nefes darlığı, kalp yetersizliğinden kaynaklandığı zaman dik oturmayla; astıma bağlı olduğu zaman da beta agonistlerle rahatlayabilir.

Birlikte olan semptomlar

Balgamlı (yeşil, sarı, kirli) öksürük, akciğer infeksiyonunu gösterir. Bu primer neden olabilir ya da astım, KOAH veya kalp yetersizliği olan hastalarda dispneyi alevlendirebilir. Kanlı balgam, akciğer infeksiyonları (özellikle Tbc), pulmoner emboli veya tümörden kaynaklanabilir. Hırıltı "wheezing" astımdan veya yabancı cisim aspirasyonundan kaynaklanabilir.

MUAYENE**İnspeksiyon**

Parmak uçlarında (periferik) veya muköz membranlarda (santral) gözlenen siyanoz, altta yatan ciddi bir hastalığın göstergesidir. Bilinç düzeyinde bozulma hayatı tehdit eden bir durumu düşündürülebilir. Bununla birlikte bu durum metabolik asidozu (diyabetik ketoasidoz) olan hastalarda da başvuru özelliği olabilir. Nefes darlığına neden olabilecek kadar ciddi

kifoz, genel inspeksiyonda belirgin olmalıdır. KOAH'lı hastalar, fıçı göğüslü ve siyanoze veya zayıf ve taşipneik (büyük dudak solunumu) görünebilirler. Bunlara belirgin olarak yardımcı kas kullanımı eşlik eder.

Solunum sayısında artış spesifik olmasa da aşırı hızlı solunum alta yatan hastalığın ciddiyetinin göstergesi olabilir. Solunum hızı, sadece tahmin edilmemeli, dikkatlice sayılmalıdır.

Ellere, bronşiyal karsinom veya fibrozan alveolit ile birlikte olan çomak parmak için bakılmalıdır (sayfa 69).

Nabız

Ritmin hızında veya düzenindeki bir değişiklik aritmeyi presipitan bir faktör olarak gösterebilir (çoğu kez kalp veya akciğer hastalığı zemininde). Hız tek başına alta yatan hastalık için spesifik değildir.

Jugüler venöz basınç (JVB)

JVB'nin ani yükselişi, tansiyon pnömotoraks, pulmoner emboli veya triküspid yetersizliğini (belirgin v dalgaları) düşündürür. Konjestif kalp yetersizliği veya sağ kalp yetersizliği ile birlikte olan herhangi bir kronik akciğer hastalığı (cor pulmonale), kronik yüksekliğe neden olabilir.

Vücut ısısı

Vücut ısısında artma, akciğer infeksiyonu veya pulmoner emboli ile birlikte olabilir.

Trakea

Trakea, tansiyon pnömotoraks, plevral efüzyon ve herhangi bir büyük kitle ile karşı tarafa yer değiştirebilir. Tümör veya yabancı cisim tarafından bronş lümeni tıkanıklığının ortaya çıkardığı kollabe akciğer segmenti trakeayı aynı yöne çeker.

Ekspansiyon

Konsolidasyon (infeksiyon) alanı, pnömotoraks ve efüzyon tarafında azalmış olabilir. KOAH'lı hastalarda iki taraflı azalmış olabilir.

Perküsyon

Konsolidasyon, efüzyon veya kollapsın üzerindeki alan, perküsyonda mattır. Hipersonorite, çoğu kez pnömotoraksın olduğu tarafta saptanır; bununla birlikte etkilenmeyen tarafta rölatif bir matite, beklenen bir başlangıç bulgusu olabilir.

Prekordiyum oskültasyonu

Oskültasyonda kalp kapak hastalığı ile ilişkili üfürümler saptanabilir. Üçüncü kalp sesinin varlığı, kalp yetersizliğini gösterir; azalmış kalp sesleri, KOAH'da aşırı genişlemiş göğüs kafesinden kaynaklanabilir.

Solunum sesleri

Solunum seslerinde lokalize azalma, akciğer konsolidasyonu veya kollapsının üzerindeki alanlarda meydana gelir. Astım ve KOAH'da genel olarak azalabilir.

Ek sesler

"Wheezing", yabancı cisim inhalasyonu veya tümör tarafından lümen içi hava yolu tıkanıklığını takiben lokalize bir alanda saptanabilir. Yaygın "wheezing" çoğunlukla astımda ortaya çıkar. Önceden bilinen astım anamnezi belirgin değilse anafilaksi akla gelmelidir. Lokalize krepatasyon, akciğer konsolidasyon alanlarının üzerinde duyulabilir. Yaygın iki taraflı krepatasyon, fibrozan alveolit (ince inspiratuvar), akciğer ödemi ve bronkopnömonide görülür.

GENEL TETKİKLER

- **TKS**
Hemoglobinde azalma, primer bir neden olan veya altta yatan hastalığı alevlendiren anemiye gösterir. Hemoglobinde artma (polisitemi), kronik akciğer hastalığında görülebilir. Lökosit artışı, çoğu kez infeksiyonun göstergesidir, ancak pulmoner emboli gibi diğer durumlarda da görülebilir.
- **Pik ekspiratuvar akım hızı**
Bu basit yatak başı testi, hava yolu tıkanıklığını değerlendirmeyi sağlar. Azalmış akım hızı, astım veya KOAH'ı gösterir.
- **EKG**
Aritmiler, EKG'de kolayca değerlendirilir. Atriyal fibrilasyon veya supraventriküler taşikardi, önceden kalp veya akciğer hastalığı olan hastalarda nefes darlığını presipite edebilir. Bununla birlikte aritmi, miyokard infarktüsü, pulmoner emboli ve hipoksemi gibi altta yatan nedenin bir bulgusu olabilir. ST segment elevasyonu, miyokard infarktüsünde meydana gelir, ayrıca pulmoner embolinin nonspesifik bir bulgusu olabilir. Uzun süreli akciğer hastalıklarının varlığında sağ dal bloku meydana gelebilir.
- **Pulse oksimetri**
Düşük saturasyon, tanı koydurucu olmasa da, oksijen

saturasyonunda ani, ciddi bir azalma pulmoner emboli veya pnömotoraks ile birlikte olabilir. Fırsatçı etkenlerle oluşan bir pnömoniden şüphelenildiği zaman egzersiz sonrası desaturasyon yardımcı olabilir.

- **Arter kan gazı**
Hastalığın ciddiyetinin derecesi ve solunum yetersizliğinin alt tipi için faydalıdır. Normal oksijen düzeyleri, solunum veya kalp hastalığını dışlamak için yararlı değildir. Bikarbonat düzeylerindeki düşüklük, metabolik asidozu gösterir ve diyabetik ketoasidoz gibi altta yatan nedenlerin tetkik edilmesini gerektirir. Düşük PCO₂ ve yüksek PO₂ ile birlikte alkaloz (yüksek PH), hiperventilasyona işaret eder. CO₂ retansiyonu, kronik akciğer hastalığından (tip II solunum yetersizliği) kaynaklanabilir veya astmatik kişilerde eşlik eden hipoksemi ile birlikte ventilasyon ihtiyacını gösterebilir.
- **Serum kardiyak göstergeleri**
Akut sol ventrikül yetersizliği ile birlikte olan miyokard infarktüsünde kardiyak troponin veya CK-MB yükselir.
- **Akciğer grafisi**
Akciğerlerin hiperinflasyonu (eğer diyafragma, önde yedinci, arkada onikinci kostanın altındaysa), amfizemin bir özelliğidir, ayrıca astımdan da kaynaklanabilir. Konsolidasyon alanları düz filmde görülür, bununla birlikte akciğer infeksiyonunun radyografik değişiklikleri klinik bulguların arkasından yavaş yavaş belirebilir. Kalp yetersizliği varlığı kardiyomegali, pulmoner venlerin üst loblarda dağılımı, iki taraflı plevral efüzyon, Kerley B çizgileri (akciğerin periferinde 1-2 cm'lik horizontal çizgiler) ve yamalı akciğer ödemi görünümü ile değerlendirilir. Pnömotoraks, plevra çizgisinin görülmesi ve onun arkasında akciğere ait dokunun yokluğu ile teşhis edilebilir. Bronşiyal karsinom hiler kitle, periferik opasite veya hava yolu tıkanıklığına bağlı akciğerin kollapsı ve konsolidasyonu ile belirebilir.

SPESİFİK TETKİKLER

- **Balgam ve kan kültürü**
İnfectif bir nedenden (pnömoni, akciğer absesi) şüpheleniliyorsa tercihen antibiyotik başlanmadan önce alınmalıdır.

- **Solunum fonksiyon testleri**
Spirometri akciğerin fizyolojik ölçümlerinden başka, restriktif veya obstruktif akciğer hastalıklarının sınıflanmasına izin verir. Ayrıca hastalığın ciddiyeti ve inhale bronkodilatörlere yanıt ile ilişkili bilgi sağlayabilir. Akım hacim eğrileri, yabancı cisim veya intraluminal tümörden kaynaklanan sabit hava yolu tıkanıklığını (ekspirasyon fazında plato) gösterebilir. Restriktif paternde ventilasyon bozukluğu, normal FEV1/FVC oranı ve azalmış vital kapasite ile karakterizedir. Bu durum, pulmoner fibrozis, infiltratif akciğer hastalıkları ve göğüs duvarı hareketlerindeki kısıtlılıkta görülür. Obstruktif paternde ventilasyon bozukluğu, azalmış FEV1/FVC oranı ve normal vital kapasite ile karakterizedir. Bu durum, astım, KOAH, bronşektazi ve kistik fibroziste görülür.
- **Bronkoskopi:** Yabancı cisim aspirasyonundan şüphe ediliyorsa yapılmalıdır, bu işlem hem tanı koydurucudur hem de tedavi edicidir. Intraluminal bronşiyal karsinomlar görülebilir ve biyopsi alınabilir. Bronkoskopi, pnömöni tanısında kültür örneklerinin alınmasına imkan tanır.
- **Toraks BT**
Toraksın BT ile akciğerlerin tam olarak görüntülenmesi, etyolojisi bilinmeyen kitleleri değerlendirmek ve bronşiyal karsinomları evrelemek için faydalıdır. Yüksek rezolüsyonlu BT, pulmoner fibrozisi değerlendirmek için yararlıdır.
- **Ekokardiyografi**
Eğer kalp yetersizliğinden veya kalp kapak hastalığından şüphe ediliyorsa indikedir. Büyük bir pulmoner emboli, sağ kalp yetersizliği bulgusu ve artmış pulmoner arter basıncı ile tanımlanabilir. Pulmoner arter basıncında artma nefes darlığına neden olan pulmoner hipertansiyona da bağlı olabilir. Bir kısmı idiyopatik olsa da, konjenital kalp hastalığı, ciddi herhangi bir akciğer hastalığı ve tekrarlayan pulmoner emboli pulmoner hipertansiyona neden olur.
- **V/P sintigrafisi**
Çoğu pulmoner emboli, ventilasyon perfüzyon sintigrafisinde teşhis edilebilir.
- **Pulmoner anjiyografi**
Eğer V/P sintigrafisi, eşlik eden hastalığa bağlı olarak bir sonuç vermiyorsa veya tromboliz ya da trombektomi gibi acil girişimler planlanıyorsa indikedir.

► KULAK HASTALIKLARI

Pratikte kulak hastalıkları siktir. Kulak ağrısı, sık bir yakınmadır. Kulak hastalıklarına ait olarak belirebilir veya ağız boşluğu ya da farinksden kaynaklanan ağrının yansımasına bağlı olabilir. Sağırılık nedenleri 98. sayfada ele alınmıştır.

NEDENLER

Lokal

Dış kulak

- Travma
- Fronkül
- İnklüzyon dermoid
- Malign hastalıklar

Dış kulak yolu

- Otitis eksterna
- Fronkül
- Malign hastalıklar (nadir)

Orta kulak

- Akut otitis media
- Kronik otitis media
- Mastoidit

Yansıyan ağrı

- Dış sorunları
- Dilin arka üçte birinin kanserleri
- Farinks
 - Tonsillit
 - Farenjit
 - Peritonsiller abse
 - Yabancı cisim

Nörolojik

- Herpes zoster
- Glossofaringeal nevralsi

ANAMNEZ

Lokal

Dış kulak

Travma, subperikondral hematoma neden olabilir. Bu, çoğu kez set bir vuruştan kaynaklanır. Hasta, çürük ve şişlik ile başvurur. Şişlik drene edilmezse, tekrarlayan travmalar olur ve bu sıklıkla Amerikan futbolu oyuncularında görülen 'karnıbahar kulak' durumuna neden olur. Kulağın kopması, nadirdir, ancak major travmalarda meydana gelebilir. Bazen hayvan veya insan ısırığına bağlı kulakta selülit ve şişlik belirebilir. Hasta, kulak memesinde bir şişlikten yakınabilir. Yakın zamanda kulak deldirme yapıp yapılmadığı sorgulanmalıdır. Bu durumda inklüzyon dermoidleri gelişebilir. Kulak kepçesinde, malign hastalığın sonucu olarak ülserler gelişebilir, en sık olanı skuamöz hücreli karsinom ve rodent ülserlerdir.

Dış kulak yolu

Hasta, irritasyon, akıntı, ağrı ve bazen sağırılıktan yakınabilir. İnflamasyon, kulak kepçesine yayılabilir. Kulak kirini çıkartmak için kulağı kibrit çöpü veya saç tokası ile karıştırma öyküsü olabilir. Bu durum umumi havuzlarda sıkça yüzenlerde görülebilir. Hasta, dış kulak yolunda fronkül (çıban) olduğunda, ciddi ağrı ve zonklama ile başvurur. Ağrı, kulak yoluna otoskop sokulduğunda daha şiddetlenir. Dış kulak yoluna yabancı cisim sokma öyküsü olabilir. Hasta çoğunlukla çocuktur. Kulağa meyve çekirdekleri sokulmuş olabilir. Erişkinlerde kulak kirini çıkartmak için sokulan çoğu kez kibrit çöpü, pamuklu kulak çubuğu veya kağıt klipsidir. Bazen kulağa böcek girer. Genelde akıntı ve ağrı olur. Dış kulak yolunun malign hastalıkları nadirdir. İlerlediği zaman dirençli ağrı ve kanlı akıntıya neden olabilir ve orta kulağı, fasiyal siniri veya temporomandibular eklemi invaze edebilir. Hasta yüz felci ile başvurabilir.

Orta kulak

Akut otitis media genelde çocuklarda görülür. Öncesinde soğuk algınlığı, tonsillit, adenoidit veya infeksiyöz çocuk hastalıkları öyküsü olabilir. Erişkinlerde sinüzit, travma, hava yolculuğu veya temporal kemik kırığı öyküsü olabilir. Hasta, sıklıkla sağırılığın eşlik ettiği ciddi ağrı ile başvurur, kızamık ve hasta görünür. Kronik otitis media sağırılık, kulakta rahatsızlık hissi,

çınlama ve bazen denge sorunları ile belirebilir. Akut mastoidit otitis medianın bir komplikasyonudur. Günümüzde antibiyotikler nedeniyle nadirdir. Hala ara sıra çocuklar kulak arkasında şişlik ile birlikte ağrı, akıntı (krem gibi ve bol) ve sağırılık ile başvururlar.

Yansıyan Ağrı

Diş sorunları ile ilgili anamnez alınır. İleri yaşlarda dilin üçte bir arka kısmında kanser olabilir. Bununla ilgili klasik tablo kulağında bir parça pamukla birlikte kan tüküren yaşlı adamdır. Tonsillit, farenjit veya peritonsiller abseye bağlı yutma güçlüğü anamnezi dikkatle sorgulanır. Bazen farinkse yerleşen yabancı bir cisim sorumlu olabilir. Farinksin diğer malign hastalıkları yansıyan ağrıya neden olabilir. Disfaji öyküsü sorgulanır.

Nörolojik

Genikulat gangliondaki herpes zoster, dış kulak yolu, kulak kepçesi ve bazen damak üzerinde lezyonlarına neden olabilir. Glossofaringeal nevralsi, boğazdan dile ve kulağın içine yayılan çok ciddi ağrı ile belirir.

MUAYENE

Lokal

Diş kulak

Travmada, belirgin subperikondral hematoma olabilir. Isırıklar, kulakta şişme ve selülit neden olabilir. İnküzyon dermoidleri genelde kulak deldirmeyi izler ve delinme bölgesine komşu kulak memesinde şişlikler ile belirir. Malign hastalıklar genelde bir ülser ile başvurur. Bu, tipik görünümlü rodent ülser veya dışa dönük kenarlı skuamöz hücreli kanser olabilir.

Diş kulak yolu

Sıklıkla kulak yolu girişinde inflamasyon vardır. Otoskop muayenesinde, kulak yolu hassastır ve ıslak debris, ödem ve kulak yolu duvarında kızarıklık vardır. Fronkül (çıban) ileri derecede ağrılıdır. Otoskop ile muayene, dış kulak yolunda gergin ve hassas bir çıbanı veya dış kulak yolunda cerahati bile gösterir. Yabancı cisim gibi malign hastalık da genellikle otoskopik muayenede belirgindir.

Orta kulak

Akut otitis mediada, hasta çoğu kez kızamık ve hasta görünümündedir, sıklıkla ateşi 39-40 derecedir. Kulak zarının

muayenesinde, parlaklık kaybı ve ışık refleksinde bozulma saptanır. Kızarıklık, dolgunluk ve zarda bombelik vardır. Mukoid, pürülan veya kanlı kulak akıntısı gibi perforasyon bulguları olabilir. Kronik otitis mediada orta kulakta sıvı (yapışkan kulak) görülür ve beraberinde renk değişimi ve sıklıkla kulak zarı retraksiyonu olabilir. Diapozon testi ile iletim tipi sağlıklı saptanabilir. Çocuktaki akut mastoiditte çoğu kez hasta bir hal ile birlikte yüksek ateş bulunur. Mastoid çıkıntı üzerinde hassasiyet ve kulak arkasında şişlik vardır. Kulak zarı kırmızı ve bombe olabilir veya perfore olup akıntı olabilir.

Yansıyan ağrı

Dış sorunları muayene edilir. Kansere açısından dilin arka üçte birlik kısmı kontrol edilir. Tonsillit, farenjit, peritonsiller abse, yabancı cisim veya malignite açısından ayna ile boğaz muayenesi yapılır.

Nörolojik

Herpes zosterde kulak yolunda, kulak kepçesinde ve bazen damak ve boğazda veziküller vardır. Öncesinde ciddi kulak ağrısı bulunur. Glossofaringeal nevralfide, trigeminal nevralfide olduğu gibi boğazda ağrıyı başlatan bir tetik noktası bulunabilir.

GENEL TETKİKLER

Kulak bozukluklarının çoğu yalnız klinik muayene ile tanınabilir.

- **TKS, ESH**
Hemoglobinde azalma; malign hastalıklar. Lökosit artışı; akut otitis media ve akut mastoidit. ESH'da artma; malignite ve infeksiyon.
Sürüntü, kültür ve yayma
Otitis eksterna, akıntılı otitis media, fronkül ve tonsillit.
- **Biyopsi**
Kulak kepçesi ve dış kulak yolunun malign hastalıkları ve dilin arka üçte birinin kanseri.
- **Kraniyal grafi**
Mastoiditte hava hücrelerinin opasitesi ve birleşmesi.
- **BT**
Malignite ve mastoidit.

▶ GÖZ HASTALIKLARI

Çoğu göz hastalığı, 'kırmızı göz' ile ortaya çıkar. Bu, pratisyen doktorun en sık karşılaştığı tek göz yakınmasıdır.

NEDENLER

Göz kapakları

- Blefarit
- Arpacık (hordeolum)
- Meibomian kisti
- Ksantelezm
- Entropiyon
- Ektropiyon

Göz

Yüzey

- Travma
- Yabancı cisim

Konjonktiva

- Konjonktivit
- Bakteriyel
 - Viral
 - Klamidiyal
 - Allerjik
- Subkonjonktival hemoraji

Sklera

- Episklerit
- Sklerit

Kornea

- Korneal abrazyon
- Korneal ülserasyon (keratit)
 - Bakteriyel
 - Viral
 - Fungal

İris ve siliyer cisim

- İridosiklit (üveit)

Göz içi

- Akut dar açılı glokom

ANAMNEZ

Ağrı

Çoğu göz hastalığı ağrı ile belirir. Ani başlayan tek taraflı göz ağrısı ve göz sulanması, yabancı bir cisme bağlı olabilir. İnfektif konjonktiviti olan hastalar, gerçek ağrıdan ziyade yanma hissinden yakınır. Blefaritli hastalar, yabancı cisim veya kum kaçma hissinden şikayet ederler, oysa ki allerjik konjonktivitli hastalar (saman nezlesi, akut allerji veya atopi), ağrıdan ziyade kaşıntıdan yakınır. Korneal abrazyon, ülser, dar açılı glokom, herpes zoster oftalmikus, üveit ve skleritte ciddi derecede ağrı hissedilir. Son iki durumda hastalar, göz küresinin palpasyonu ile ağrının arttığını hissederler. Arpacık, bir kirpik folikülünün süpüratif inflamasyonudur. Sık ve son derece ağrılıdır. Meibomian kisti, göz kapağı kenarının arka yarısındaki meibomian bezinin enfeksiyonudur. Meibomian bezinin inflamasyonunu takiben, ya spontan iyileşir ya da şalazyon olarak bilinen bezelye büyüklüğünde bir şişlik bırakır. Entropiyon, kapak kenarının içeri doğru dönmesidir. Kirpikler, konjonktiva ve korneayı irrite edip ağrılı kırmızı göze neden olabilirler. Ektropiyon bunun tersi olarak bilinir ve genelde gözde sulanmaya neden olur. Subkonjonktival hemorajiler, çoğu kez spontandır ve belirgin kemozis (yumuşak doku şişliği) ile başvurabildikleri halde genellikle ağrılı değildir.

Görme bozukluğu

Görme bozukluğu, korneal ülserasyon, üveit ve akut dar açılı glokomda meydana gelebilir. Bu, çoğu kez fotofobi ile birlikte. Ayrıca, glokomlu hastalar, korneal ödeme bağlı olarak ışık etrafında halolar görebilirler.

Akıntı

Gözden kaynaklanan herhangi bir akıntının varlığı, miktarı ve renginin belirlenmesi önemlidir. Pürülan bir akıntı, bakteriyel ve klamidiyal konjonktivit ile birlikte; berrak bir akıntı allerjik ve viral konjonktivitte olur.

Özgeçmiş

Allerjik konjuntiviti olan hastalarda atopi veya saman nezlesi öyküsü bulunabilir. Dendritik korneal ülserasyonda, yüzde önceden geçirilmiş herpes enfeksiyonu tek ipucu olabilir. Reiter sendromu triadı olan konjonktivit, üretrit ve artrit, *Chlamydia trachomatis* enfeksiyonundan kaynaklanır. Kontakt lens

kullanımı, hastalarda akut olarak görmeyi tehdit eden infeksiyonlar gelişebildiğinden önemlidir.

Sklerit, episkleritle karşılaştırıldığında daha derin ve daha ciddi bir inflamatuvar süreçtir. Romatoid artrit ve SLE gibi bağ dokusu hastalıkları ile birlikte olmaya eğilimlidir.

Üveit, inflamatuvar barsak hastalığı, psöriazis, ankiroz spondilit ve sarkoidoz ile birlikte olur. Tiroid hastalıklarında hastalarda, orbital konjesyon görülebilir. Ksantelezm, göz kapağı cildindeki yağlı plaklardır. Yaygın veya multipl ksantelezm, kolesterol metabolizması bozukluklarını, diyabeti ve arteriyel hastalıkları gösterebilir.

MUAYENE

Görme keskinliği, düzeltici gözlükler veya "pinhole" ile değerlendirilmelidir ve Snellen tablosuna göre belgelenmelidir. Görme bozukluğu ile beliren durumlar, korneal ülserasyon, üveit ve glokomdur. Bu durumdaki hastalar, bir oftalmologa yönlendirilmelidir. Göz kapakları dikkatlice gözlenmelidir. Kızarıklık ile birlikte üst göz kapağında şişlik, arpacık göstergesi olabilir. İnfekte kıl folikülünde, püy damlası görülebilir. Üst göz kapağı, meibomian kistini veya yabancı cisim görmek için dışa doğru çevrilir. Papillalar (ortasında bir damar ile birlikte konjonktival elevasyon), allerjik konjonktivitte görülebilir ve foliküller (lenfosit toplulukları) viral veya klamidiyal infeksiyonlarla birlikte görülebilir. Ektropiyon ve entropiyon çoğunlukla aşikardır. İlkinde alt göz kapağı dışa doğru çevrilidir, ikincisinde içe doğru çevrilidir, kirpikler konjonktivayı çizerler ve korneanın kırmızı ve sululu hale gelmesine neden olurlar. Düzensiz yönlü kirpiklerin neden olduğu trikiyazis de benzer etkiyi yapar. Ksantelezm, göz kapağı cildindeki yağlı plaklardır. Sarı, opak yağ kitlelerine benzerler. Ağrılı veya hassas değillerdir.

İnspeksiyonda daha sonra gözün yüzeyinde yabancı cisim varlığı araştırılır. Eritimli alanlar dikkatle değerlendirilmelidir. En çok göz kapaklarının birleşme yerlerinde olan yaygın eritem konjonktivitin bir özelliğidir. Lokalize bölgelerdeki segmental eritem, episklerite bağlı olabilir. Ancak en çok limbus kenarında ise fokal bir keratit olabilir. Subkonjonktival hemorajide derin koyu kırmızı bir alan gözlenirken; skleritte, kahverengi kırmızı renk değişimi meydana gelir. İrise komşu olarak beliren belirgin eritem, siliyer kızarıklık olarak bilinir ve anterior üveit ve glokom ile birlikte olur.

Daha sonra dikkat korneaya çevrilir. Kornea ülserasyonu, floresan boyama olmaksızın görünemeyebilir. Enfeksiyon, ön kamaraya yayılabilir ve püy birikimi (hipopiyon) beyaz bir sıvı seviyesi olarak belirebilir. Kornea parlaklığının kaybı, glokomda korneal ödeme bağlı olarak ortaya çıkar.

Pupil incelenir ve istirahat hali kaydedilir. Daralmış bir pupil, üveitte siliyer spazmdan kaynaklanabilir ve glokomda ise sabit, yarı dilate pozisyonda kalır.

Floresan boyama yapılmalıdır ve ardından göz mavi filtrelili bir ışık ile muayene edilir. Korneal abrazyon veya ülserasyonlar yeşil olarak parlak.

GENEL TETKİKLER

- **Sürüntü**
Mikroskopi ve kültür ile hassasiyet, arpacık, bakteriyel, viral ve klamidiyal konjonktivit gibi durumlarda infektif organizmaları saptamak için yapılır.
- **Rose bengal boyası**
Ölü veya hasar görmüş hücreleri değerlendirir. Herpes simpleks infeksiyonunda dendritik ülserin sınırlarını belirlemek için faydalıdır.
- **Kan şekeri**
İnfeksiyonlar da ksantelezm gibi sıklıkla diyabet ile ilişkilidir.

SPESİFİK TETKİKLER

- **Göz içi basınç ölçümü**
Glokom ve üveitte artar.
- **Korneal sürüntü**
İnfektif lezyonlar için.

▶ YÜZ AĞRISI

Çoğu hasta, baş ağrısı olarak isimlendirilen kraniyumdan kaynaklanan ağrı ile burada yüz ağrısı başlığı altında belirtilen yüzdeki ağrıyı ayırt edebilir.

NEDENLER

Lokal

Sinüs

- Sinüzit
- Kanser

Kulak

- Otitis media
- Otitis eksterna

Mastoid

- Mastoidit

Dişler

- Diş absesi

Cilt

- Herpes zoster

Parotis bezi

- Kabakulak
- Parotit
- Tümör

Genel

- Trigeminal nevralji
- Temporal arterit
- Tümör
- Nazofaringeal karsinom

ANAMNEZ

Çoğunlukla yüz ağrısı lokal yapılardan kaynaklanır. Bu nedenle ayırıcı tanı yapılırken yüzdeki anatomik yapıları etkileyen durumlar düşünülür.

Yeri

Ağrının yeri, ayırıcı tanı yapılırken muhtemelen en yararlı özelliğdir. Lokal hassasiyet klinisyeni etkilenen alana yönlendirse de komşu yapılardan kaynaklanan yansıyan ağrı unutulmamalıdır. Kulak bölgesindeki ağrı deri, diş, tonsil, farinks, larinks veya boyundan kaynaklanabilir. Maksilla üzerinde hassasiyet sinüzit, diş absesi veya kansere bağlı olabilir.

Karakteri

Trigeminal nevraljili hastalar, sıklıkla trigeminal sinir ve major dallarının alanlarında keskin ve ciddi ağrı nöbetleri tarif ederler. Diş, mastoid veya kulak gibi yapıların enfeksiyonu ile ilişkili ağrılar, sıklıkla künt ve acı tarzındadır.

Presipite eden faktörler

Diş absesi, tükrük bezi hastalıkları, tükrük kanalı hastalıkları, temporomandibuler eklem hastalıkları veya temporal arterite bağlı çene klodikasyonundaki ağrı, gıda veya çiğneme hareketi ile artabilir. Pek çok yapıdan kaynaklanan ağrı, dokunma ile artar. Bununla birlikte trigeminal nevraljide, cilde hafif bir dokunma bile ciddi ağrı oluşturmak için yeterlidir.

Birlikte olan semptomlar

Nazofarinks kanseri, göz yaşı kanallarını tıkadığı zaman göz yaşarmasına neden olabilir. Kulak akıntısı ve işitme kaybı yakınmaları, klinisyeni kulak veya mastoidi etkileyen enfeksiyonlara yönlendirmelidir. Burun tıkanıklığı ve burun akıntısı, maksiller sinüzit ve maksiller antrum kanserinde meydana gelir. Buna tek taraflı burun kanaması eşlik edebilir. Çenede şişlik, diş absesi ve maksiller kanserde görülür. Proksimal kas güçsüzlüğü ve ağrı genelde polimyaljiya romatikayla birlikte olan temporal arterite eşlik eder. Trigeminal sinirin dağıldığı alandaki uyuşukluk, sıklıkla herpes zoster döküntülerine öncülük eder.

MUAYENE**İnspeksiyon**

Yüz, tükrük bezleri, kulak, burun ve boğazın tam bir inspeksiyonu, geniş bir bilgi sağlayabilir. Bu, otoskop ve nazal spekulum gibi spesifik aletleri kullanmayı gerektirir. Trigeminal sinirin dağıldığı yerde tek taraflı eritem ve veziküller, herpes

zoster infeksiyonunda tanı koydurucudur. Ancak hastalığın erken evrelerinde bunlar görülmeyebilir. Lokalize alanlardaki eritem ve şişlik sinüs, kulak, mastoid ve parotis bezi gibi alanlardaki infeksiyon ile de uyumlu olabilir. Kulak arkası şişlik ve kulak kepçesinin aşağı doğru yer değiştirmesi, mastoiditte görülebilir. Maksiller şişlik ve eritem, diş absesi veya maksiller kanserden kaynaklanabilir. Otitis mediada, kulak zarının injeksiyonu veya perforasyonu otoskop ile görülebilir. Nazofarinks kanseri, burun ve boğazın direkt inspeksiyonu ile görülebilir. Yüz felci, parotis bezi tümörleri tarafından fasiyal sinirin infiltrasyonu ile görülebilir.

Palpasyon

Trigeminal nevralkjide, yüz cildine yumuşak bir dokunuş, ciddi ağrıları yol açar. Frontal kemik üzerinde hassasiyet, frontal sinüziti; maksiller kemik üzerinde hassasiyet, maksiller sinüziti düşündürülebilir. Diş abselerinde, hassasiyet maksilla veya mandibula üzerinde saptanır. Mastoid hassasiyeti, mastoidit veya otitis mediada meydana gelir; parotis hassasiyeti kabakulak veya 'parotit'ten kaynaklanabilir. Yüzeyel temporal arter trajesi boyunca hassasiyet, temporal arteriti düşündürür. Kulak kepçesinin hareket ettirilmesi, otitis eksternada ağrıya yol açar.

Boyun yüzeyel lenf nodlarının palpasyonu, infeksiyon veya kanserden etkilenen yapıların lenfatik drenajının dağılım alanındaki lenfadenopatiji ortaya çıkarabilir.

GENEL TETKİKLER

- **TKS**
Hemoglobinde azalma; malignite. Lökosit artışı; infeksiyon.
- **ESH**
Yüksek ise malignite ve temporal arterit.
- **Direkt grafi**
Sinüzitte sinüslerin direkt grafisi, hava-sıvı seviyeleri ile birlikte mukozal kalınlaşmayı gösterir. Nadiren sinüzitte sinüs grafisinde ve mastoiditte, mastoid grafilerinde bazen tam bir opasite görülür. Sinüs kanserinde, sinüste tam bir opasite ve komşu kemikte hasar olabilir. BT, invazyonun yaygınlığını ortaya çıkaracaktır.

SPESİFİK TETKİKLER

- **BT**
Sinüs kanseri, nazofaringeal kanser, parotis sorunları .
Tümör yayılımı ve invazyon derecesi görülür.
- **MRG**
Tümörler-yaygınlık ve invazyonu.
- **Siyalografi**
Tükrük bezi kanalında taş, genişleme gibi parotis sorunları.
- **İİAS**
Parotis tümörleri.

► YÜZDE ŞİŞLİKLER

Yüzde şişlik, sık bir başvuru yakınmasıdır. Yaygın veya lokalize olabilir. Çoğu olgu, travma veya enfeksiyona bağlıdır. Ancak sistemik hastalığın bir bulgusu olabilir.

NEDENLER

Travmatik

- Yüz kırıkları
- Böcek ısırıkları

İnfektif

- Erizipel
- Diş enfeksiyonları
- Sinüzit
- Parotit

Neoplastik

- Parotis
- Sinüsler
- Çene
- Mediastinal tümörler

Vasküler

- Vena cava süperior trombozu
- Kavernoöz sinüs trombozu

Endokrin

- Cushing sendromu
- Kretenizm
- Akromegali

Metabolik

- Endokrin
- Böbrek yetersizliği

İlaca bağlı

- Steroidler

Diğer

- Allerjik reaksiyonlar
- Anjiyonötik ödem
- Paget hastalığı

ANAMNEZ**Travmatik**

Genelde travma öyküsü aşıkardır. Şişlik, ciddi ve çürükle birlikte olabilir, göz kapağı kapanabilir. Böcek ısırığı, allerji veya enfeksiyona bağlı şişliğe neden olur. Hasta böcek ısırığını farketmemiş olabilir.

İnfektif

Erizipel, streptokoklardan kaynaklanan nadir bir cilt enfeksiyonudur. Genelde çene üzerinde ağrı ve kızarıklık görülür. Ateş ve kırgınlık olabilir. Diş enfeksiyonları siktir ve sıklıkla başlangıçta lokalize olsa da yüzün o tarafı şişebilir (bakınız çene ağrısı ve şişliği, sayfa 245). Birlikte şiddetli zonklayıcı ağrı vardır. Sinüzit, frontal veya maksiller sinüsler üzerinde devamlı tek taraflı ağrı ile belirir. Genelde sinüs üzerindeki ciltte dolgunluk vardır. Parotit, bez üzerinde şişlik ve ağrı ile ortaya çıkar. Bu, kanaldaki tıkanıklığa bağlı ise, şişlik tükürük salgılandıkça yemek boyunca olur ve daha sonra geriler. İki taraflı parotit kabakulakta meydana gelir.

Neoplastik

Neoplazi parotisleri, sinüsleri ve çeneyi etkilemiş olabilir. Sinüs kanserinde, çoğunlukla lokalize şişlik vardır. Hasta, burun tıkanıklığından ve kötü kokulu olabilen kanlı akıntıdan şikayet eder. Çenenin neoplastik lezyonlarında genellikle şişlik ile ilişkili, derin yerleşimli, delici bir ağrı vardır. Mediastinal tümörler, vena cava süperiora bası yaparlar ve yüzde genişleme ve ödeme neden olurlar.

Vasküler

Vena cava süperior trombozu meydana gelebilir. Bu durum nadirdir ve uzun süreli sanral venöz katetere bağlı olabilir. Yüzde ödemle birlikte siyanoz ve genişleme olur. Kavernöz sinüs trombozu genellikle yüz veya sinüslerin enfeksiyon öyküsünü takiben ortaya çıkar. İmmünoşüpresyon veya diyabet anamnezi olabilir. Hasta, göz etrafında şişlik ve gözde protrüzyonla birlikte göz ve alın ağrısından yakınır. Şişlik, sonunda tüm yüz yarısını kaplayabilir. Kranial sinir tutulumunun bir sonucu olarak çift görme gelişebilir.

Endokrin

Cushing sendromu, tipik kırmızı görünüm ile birlikte yüzde şişme (aydede yüzü) ile başvurabilir. Yüzde şişme,

akromegalide de görülür. Hasta, çoğu kez ayakkabı numarasında artış ve ellerinde büyümeden yakınıdır. Ayrıca seste boğuklaşma, çenede öne doğru çıkıklık ve kalp yetersizliği olabilir. Kretenizm kabarık, şiş bir yüz, dilde büyüme ve protrüzyon ile birlikte.

Metabolik

Göz kapakları etrafında şişlik çoğunlukla böbrek yetersizliğinin göstergesidir.

İlaçlar

Steroid tedavisi anamnezi.

Diğer

İlaçlarla, özellikle antibiyotiklerle veya kan transfüzyonları ile görülen allerjik reaksiyonlar periorbital veya yüzde ödeme neden olabilir. Dikkatli bir ilaç anamnezi alınmalıdır. Anjiyonörotik ödem, başlıca göz kapaklarını ve dudakları etkiler. Ani başlayan tekrarlayıcı yanma atakları ve kaşıntı olabilir. Soygeçmiş, tanı hakkında fikir verebilir. Paget hastalığı, sıklıkla kafatası, femur ve klavikulalarda ağrılı büyüme ve tibiyada eğilmeye belirir. Hasta, şapka numarasında artışı farkeder. Alın, büyümüş ve belirgin görünür.

MUAYENE**Travmatik**

Kırıklar, sıklıkla aşıkardır. Pupil yanıtı kontrol edilmeli ve kranial sinirlerin muayenesi yapılmalıdır. Böcek ısırığına bağlı yara belirgin olabilir, ancak sıklıkla görülmez. Çoğu kez etrafında sellülit ve ödem vardır.

İnfektif

Erizipel kırmızı, sınırları belirgin, çevresindeki normal dokudan kabarık, hassas bir lezyondur. Hasta çoğunlukla ateşlidir. Diş abseleri genellikle lokal hassasiyet ve ödem ile birlikte aşıkardır. Sinüzit tanısı, lokalize hassasiyet ve şişlik ile birlikte çoğunlukla anamnez ile konulur. Parotitte, infeksiyon varsa bez şiş ve hassas olur, nadiren cilt üzerinde kızarıklık olur. Tek taraflı veya çift taraflı olabilir. Parotis kanalının ağzı, taş veya daralma açısından gözden geçirilmelidir.

Neoplastik

Parotis kanserleri genellikle büyük, düzensiz ve sert bir şişlik olarak ortaya çıkar. Öncesinde bir pleomorfik adenom olabilir.

Kanser tarafından etkilenebilen fasiyal sinir bütünlüğü değerlendirilir. Maksiller sinus kanseri, sinüs üzerinde şişlik ile belirebilir. Çene şişlikleri, 245. sayfada gözden geçirilmiştir. Vena kava süperior tıkanıklığı, yüzde ödem ve siyanoz ile ortaya çıkar. Göğüs muayene edilmelidir.

Vasküler

Vena kava süperior trombozu, tıkanmaya benzer şekilde ortaya çıkar. Kavernoöz sinüs trombozunda orbita etrafında ödem, kızarıklık ve yüze yayılan şişme olur. Ekzoftalmi olabilir. Kranial sinirlerden III, IV ve VI parezi açısından değerlendirilir. Kişi çoğunlukla ateşli ve hasta görünümündedir.

Endokrin

Cushing sendromunda aydede yüzü ve genellikle strialar, 'buffalo hump', proksimal miyopati gibi diğer özellikler olur. Kretenizmde geniş, yassı yüz, birbirinden uzak gözler vardır ve dil ağızdan dışarı doğru çıkar. Akromegalide burun, dudaklar ve dildeki aşırı büyümeyle birlikte büyük bir yüz vardır. Hastada büyük eller ve dışarı doğru çıkmış büyük bir çene (prognatizm) vardır .

Metabolik

Böbrek yetersizliğinde, şişlik genelde gözler etrafında olur. Ayrıca periferik ödem ve hipertansiyon olabilir. Kronik böbrek yetersizliğinde, genellikle cilt bronz-limon rengindedir.

İlaçlar

Steroid tedavisi, Cushing sendromuna benzer bir görünüm verir (yukarıya bakın).

Diğer

Allerjik reaksiyonlarda, vücudun diğer yerlerinde ürtiker ile birlikte sıklıkla gözlerde, dudaklarda ve yüzde şişlik olur. Larinks ödemi ve bronkospazm gelişebilir. Anjiyönötik ödem tanısı, genelde anamnez ile konur. Muayenede, yanma ve kaşıntı ile birlikte göz kapakları ve dudaklarda şişlik saptanır. Paget hastalığında, kafatası tepesinden, gözlerin üzerinde, dışarıya doğru bir büyüme vardır. Sağırılık gelişebilir. Bazen kranial sinir basısı olur. Kranial sinirler değerlendirilir. Yüksek debili kalp yetersizliği gelişebilir.

GENEL TETKİKLER

- **TKS, ESH**
Hemoglobinde azalma; malignite.Lökosit sayısında artma; sinüzit gibi infeksiyon, kavernöz sinüs trombozu. ESH'da artma; infeksiyon ve malignite.
- **Üre ve elektrolitler**
Böbrek yetersizliğinde üre ve kreatininde artma görülür.
- **Kraniyal direkt grafi**
Kırıklar,sinüzit-opak sinüs-,malignite-opak sinüs- ve erozyone olmuş kemikler, kemik tümörleri,Pageet hastalığı. Hipofiz çukuru -akromegali, Cushing hastalığı-.
- **Akciğer grafisi**
Mediastinal tümör, Cushing sendromuna yol açan uyumsuz ACTH salgımına neden olan primer bronşiyal kanser.
- **Sürüntü**
Kültür ve hassasiyet erizipel, böcek ısırığı gibi infeksiyonlarda tanı koydurucudur.

SPESİFİK TETKİKLER

- **El grafileri**
Akromegalide yararlıdır.
- **BT**
Akromegali, Cushing hastalığı, kırıklar, mediastinal tümörler,sinüs kanserleri,parotis tümörleri ve kavernöz sinüs trombozunda yararlıdır.
- **Siyalografi**
Parotis kanalında taş gibi parotis sorunlarını göstermede kullanılır .
- **Tiroid fonksiyon testleri**
Kretenizmde tanı koydurucudur.
- **Plazma kortizolü**
Cushing sendromu tanısında kullanılır.
- **Büyüme hormonu düzeyi ile birlikte glukoz tolerans testi**
Akromegalide anlamlıdır.

► YÜZ ÜLSERLERİ

Çoğu yüz ülseri ciddidir. Malign yüz ülserleri, açık havada çalışan ve ultraviyole ışığa maruz kalan hastalarda yaygındır. Dudak lezyonları başka yerde anlatılmıştır (sayfa 300) ve bu bölüme dahil edilmeyecektir.

NEDENLER

Travmatik

- Fiziksel
- Kimyasal
- Radyasyon
- Dermatitisi artefakta
- Nöropati-trigeminal nevralsi operasyonu sonrası anestetik alanlar
- Isırıklar

Neoplastik

- Bazal hücreli karsinom (Rodent ülser)
- Skuamöz hücreli karsinom
- Malign melanom

İnfektif

- Herpes simpleks
- Herpes zoster
- Keratoakantom
- Sfiliz (nadir)
 - Şankir
 - Gom
- Leishmaniasis (nadir)

Diğer

- Pyoderma gangrenozum

ANAMNEZ

Travma öyküsü sorgulanmalıdır. Bu, çok küçük bir travma olabilir. Dermatitisi artefaktaya neden olan kendi kendini yaralamadan, diğer nedenler dışlandıktan sonra kuşku kullanılabilir. Hasta, geçmişte radyoterapi almışsa radyasyon bağlı nedenler düşünülür. Anestezik cilt, kolayca travmatize olur. Yüzde, trigeminal nevralsi için yapılan trigeminal ganglion ameliyatlarını takiben anestezi meydana

gelebilir. Siringobulbi, nadir bir fasiyal anestezi nedenidir. Infekte veya ülsere olabilen böcek, hayvan ya da insan ısırığı anamnezi sorgulanmalıdır.

Malign ülseler, genellikle yüzün güneş ışınlarına maruz kalan bölgelerinde olur. Hastanın mesleği sorulmalıdır. Malignite, ultraviyole ışığa maruz kalan açık hava işçilerinde daha sıktır. Çoğu rodent ülser, ağız köşesinden kulak memesine doğru çekilen çizginin üzerinde ortaya çıkar. Artan yaş ile birlikte insidansı artar. Malign ülseler, infekte olmadıkça çoğunlukla ağrısızdırlar. Pigmente olabilirler ve malign melanomu düşündüren ve önceden mevcut olan bende değişim öyküsü olabilir. Bu değişiklikler boyutta değişiklik, pigmentasyonda koyulaşma ile birlikte renkte değişiklik, kanama veya ülserasyon, kaşıntı, inflamatuvar 'halo', satelit nodüller ve bölgesel lenfadenopatidir.

İnfeksiyon, dudak veya burun etrafından yayılabilen herpes simplekse bağlı olabilir. Hasta, üzerinde veziküller oluşan kaşıntılı ve yanmalı kırmızı bir alandan yakını, ardından kabuklanma ve ülser gelişir. Herpes zoster, trigeminal sinirin dağılım alanında ortaya çıkabilir. Ağrı, birkaç gün süren kırgınlık ve ateşe öncülük eder. Daha sonra vezikül gelişir ve ülsere olabilir. Sifiliz nadirdir ve şankır ya da goma neden olabilir (sayfa 300'de dudak lezyonlarına bakın). Leishmaniasis, tatarcık tarafından yayılır ve Hindistan, Afrika, Orta Doğu veya Akdeniz'e seyahat öyküsü olabilir. Kaşıntılı bir papüle neden olan ve ülsereleşen ısırık öyküsü vardır. Keratoakantom, bir virüse bağlı olabilir. Skuamöz hücreli kansere çok benzer, ayırımın dikkatlice yapılması gerekir. Erişkinlerde, santral nüvesi keratinle dolu hızla büyüyen bir şişlik olarak ortaya çıkar. Büyümesi, 2-3 haftayı alır ve sıklıkla birkaç ay içinde spontan olarak geriler. İnflamatuvar barsak hastalığı öyküsü, pyoderma gangrenosumu akla getirir.

MUAYENE

Benign ülseler

Genelde eğimli kenarları vardır. Yüz, normal ağrı ve sıcaklık duyusu için kontrol edilir.

Malign ülseler

Bazal hücreli kanserler (rodent ülseler), çoğunlukla ciltten kabarık, yuvarlak ve incimsi kenarlara sahiptir. Çok büyük olabilir ve derin ve lokal olarak erozyona yol açarlar. Metastaz yapmazlar. Bu nedenle lezyon infekte olmadıkça lokal lenf düğümü büyümmez. Skuamöz hücreli kanser, kenarı dışı

dönük ülserlere bir lezyon olarak ortaya çıkabilir. Lokal lenf düğümlerine metastaz olur ve bunlar palpabl olabilir. Skuamöz hücreli kanseri keratoakantomdan ayırdetmek için dikkat edilmelidir. Keratoakantomda benign, hızla büyüyen, keratin bir tıkaç ile üzeri tıkalı, kendi kendini sınırlayan papül saptanır (krateri olan küçük bir volkana benzer). Malign melanomlar, pembemsi kahverengiden siyaha kadar değişik renklerde olabilir. Bol kan akımına bağlı morumsu bir gölgelenme gelişebilir. Lezyon etrafında kahverengimsi pembe bir halo ve satelit nodüller olabilir. Lokal lenf düğümleri büyüyebilir. Karaciğere erken metastaz olabilir ve bu nedenle hastalar hepatomegali açısından muayene edilmelidir.

İnfektif

Herpes simpleksin karakteristik lezyonları, dudaklar ve burun etrafında görülür. İmmünoşüpresif hastalarda, bu lezyonlar birleşebilir ve infekte olabilir. Oftalmik herpes zoster, trigeminal sinirin oftalmik dalı üzerindeki karakteristik dağılımı ile tanınabilir. Korneayı etkileyebilir.

Sifiliz şankırı makül olarak başlar, infeksiyöz olan ağrısız ve sert bir ülser haline gelir. Hızla gelişir ve lokal lenf düğümlerinin büyümesi ile birlikte. Yüzde gom oluşması beklenmez. Yıkama-derisi (wash-leather) tabanlı zimba deliği şeklinde bir ülser olarak görünür. Kutanöz leishmaniasis (şark çıbanı) tatarcık ısırgı bölgesinde gelişir, kabukları ayrılabilen kaşıntılı bir papül olarak başlar ve derin dikey kenarları olan bir ülser dönüşür. Pyoderma gangrenosum, bir nodül veya püstül olarak başlar, hassas, kırmızı ve mavi nekrotik kenarları olacak şekilde ülserleşir.

GENEL TETKİKLER

- **TKS, ESH**
Lökosit artışı; infekte ülser. ESH'da artma; malignite, sfiliz.
- **KcFT**
Karaciğer metastazlarında alkalen fosfataz artmış olabilir. örn.malign melanom
- **Sürüntü**
İnfekte ülserden kültür ve hassasiyet. Karanlık saha ışık mikrosobunda *Treponema pallidum*.
- **Biyopsi**
Benign ve malign ayrımı. Keratoakantom ve skuamöz hücreli kanser ayrımı. Malign melanom olgusunda, eksizyonel biyopsi gerekir.

SPESİFİK TETKİKLER

- **VDRL**
Sifiliz
- **Lezyonların aspirasyonu**
Leishmaniasis-ülser kenarındaki sıvıdan aspire edilen protozoal organizma, mikroskop ile görülebilir.
- **Viral kültür**
Herpes simpleks, herpes zoster (nadiren ihtiyaç duyulur, tanı genellikle klinik olarak konulur).
- **Antikor titreleri**
Herpes simpleks, herpes zoster (nadiren ihtiyaç duyulur, tanı genellikle klinik olarak konulur).

► FEKAL İNKONTİNANS

Fekal inkontinans, feçesin anüsten geçişinin istemli kontrolünün kaybı anlamına gelir. Hastaların giysilerine feçes bulaşır, bu durum hastayı oldukça rahatsız eder, utandırır. Rektal duyuyu etkileyen ve anorektal kas yapısının fonksiyonunu bozan her hastalık süreci inkontinansa neden olabilir. Örneğin ciddi diyare gibi durumlarda sfinkter ve pelvis çatısı normal olsa bile inkontinans gelişebilir.

NEDENLER

Normal sfinkter ve pelvis çatısı

- Ciddi diyare, örn. infeksiyon ve inflamatuvar barsak hastalığı.
- Fekal taşlaşma.

Anormal sfinkter ve/veya pelvis çatısı

Doğumsal

- Anorektal anomaliler ve meningomiyelozel.

Edinsel

Travmatik

- İatrojenik
 - İnternal sfinkter operasyonu, örn. anal dilatasyon veya sfinkterotomi.
 - Anal fistül cerrahisi.
 - Obstetrik – travmatik doğum.
- Pelvis kırıkları
- Penetran rektum travması

Nörolojik

- Spinal yaralanma
- Spinal tümörler
- Periferik nöropati
- İnme
- Demans
- Multipl skleroz

Diğer

- Anal fistül
- Rektal prolapsus
- Yaygın anorektal karsinom
- Radyoterapi
- Lenfogranuloma venereum

ANAMNEZ

Pelvik kırık veya rektal penetrasyon gibi bir travma öyküsü var mı? Fekal inkontinansi muhtemelen en sık nedeni gastroenterittir. Anamnez aşıkardır. İnflamatuvar barsak hastalığı öyküsü saptanabilir. Anamnezde sorgulanacak diğer önemli faktörler, anorektal cerrahi; yeni zor doğum – uzun süren travay, forseps ile doğum, zorlu doğum, perine yırtıkları, epizyotomi; diyabet, B12 vitamini eksikliği, alkol ve diğer ilaçların kullanımı gibi periferik nöropatiye yatkınlık oluşturan durumlardır. Kabızlık öyküsü fekal taşlaşmayı düşündürülebilir. Yeni inme, demans ve nörolojik hastalık anamnezi genellikle aşıkardır.

MUAYENE

İç çamaşırının kirlenmesi muayenede aşık olabilir. Rektal tuşede anal tonusta azalma ve istemli kontraksiyonun sürdürülemediği saptanabilir. Anorektal halkadaki defekt saptanabilir. Taşlaşmış gayta da rektal tuşede ele gelebilir. Travma veya infeksiyon bulgusu var mı? Rektal prolapsus belirgin olabilir veya ıkınma sırasında aşağıya inebilir. Hasta anal fistül ve yaygın anorektal kanser bulguları açısından değerlendirilir. Genellikle tam bir nörolojik muayene gereklidir.

GENEL TETKİKLER

- **TKS, ESH**
B12 eksikliğinde (periferik nöropati) makrositik anemi bulunabilir.
- **KcFT**
Periferik nöropati nedeni olabilen alkolizmde bozulabilir.
- **Kan şekeri**
Diyabetes mellitusu bağlı nöropati.
- **Sigmoidoskopi**
Biyopsi.
- **Proktoskopi**
Biyopsi.

▶ PARMAK LEZYONLARI

Parmak lezyonları sık görülür. Parmaklar önemli taktik organlardır ve lezyonları el fonksiyonunun bozulmasına neden olabilir. Ağrılı parmak lezyonları 151 . sayfada incelenmiştir.

NEDENLER

Doğumsal

- Parmak yokluğu
- İlave parmak
- Sindaktili (parmakların birleşmesi)
- Kamptodaktili

Edinsel

Travmatik/dejeneratif

- İmplantasyon dermoidi
- Dupuytren kontraktürü
- Tetik parmak
- Çekiç parmak
- Kuğu boynu deformitesi
- Boutonnière deformitesi
- Haberden nodülleri
- Müköz kist

Metabolik

- Tofüslü gut
- Ektopik kalsifikasyon (kronik böbrek yetersizliği)

Bağ dokusu hastalığı

- CREST sendromundaki kalsinozis

Neoplastik

- Subungual melanom
- Enkondrom

ANAMNEZ

Doğumsal

Bu lezyonlar doğuştan tanınabilir. Diğer doğumsal anomalilerle birlikte olabilirler.

SPESİFİK TETKİKLER

- **Endoanal USG**
Anorektal kas yapısında defekt görülebilir.
- **Anorektal manometri**
İnkontinans nedenini gösterebilir.
- **EMG**
- **MRG**
Anorektal kaslardaki defektler, pelvik malignite ve spinal tümörler.

Edinsel

Travmatik/dejeneratif

İmplantasyon dermoidi. Derinin yaralanma sonucu subkutan dokuya zorla implante olduğu yerlerde kistler oluşur. Sıklıkla, iğne batması gibi küçük bir yaralanma öyküsü olabilir. Eskiden dikiş diken kadınlarda sık görülürdü, bu nedenle koruyucu yüksükler kullanılmaya başlandı. Hasta parmak uçlarında küçük ağrılı şişlikten yakınır.

Dupuytren kontraktürü Hasta, erken dönemde yalnız yüzük parmağın tabanına yakın bölgedeki el ayasında bulunan bir nodülden yakınabilir. En sonunda yüzük parmağının MKF eklemi tam olarak açamamaktan yakınır ve daha sonra da küçük parmak etkilenebilir. Hastanın kavrama fonksiyonu bozulur. Hastalar giyinmede zorlanmadan yakınabilirler. Saçlarını tararken parmağı gözüne çarpar veya parmağı pantolon cebine takılabilir. Aile öyküsü olabilir. Epilepsi, siroz ve diyabet yönünden sorgulanmalıdır.

Tetik parmak Hasta, parmağı hareket ederken tıklamasından veya ani açılmasından şikayet edebilir. Parmak, fleksiyon pozisyonunda takılı kalabilir. Genellikle yaralanma öyküsü yoktur.

Çekiç parmak Terminal falanksın ekstansör tendonunun yaralanması sonucu oluşur. Genellikle yaralanma öyküsü bulunur. Kriket topunun yakalanması gibi bir durumda parmağın ucu aktif ekstansiyonda iken zorlanarak fleksiyona geçerse gelişir. Parmak, distal falanksın fleksiyonda olduğu bir pozisyona adapte olur.

Kuşu boynu deformitesi Hasta distal parmaktaki deformiteden yakınır.

Boutonnière deformitesi Bu kuşu boynu deformitesinin zıttıdır. Hasta yine yalnız distal parmaktaki deformiteden yakınır.

Haberden nodülleri Hasta distal parmak eklemlerine yakın bölgede yani parmak boğumlarında şişlik ve deformiteden yakınır. Başka bir bölgede de osteoartrit bulguları olabilir.

Müköz kist Hasta, DİF eklemi sırtında şişlikten yakınır. Akıntı olabilir.

Metabolik

Tofüslü gut Gut öyküsü bulunabilir. Ürik asit depozitleri eklemlerde ve yumuşak dokularda olur ve hasta parmaklarında şişliklerden yakınıdır.

Ektopik kalsifikasyon Hasta, sert, beyazımsı, subkutan şişliklerden yakınıdır. Hiperparatiroidi, hiperkalsemi veya kronik böbrek yetersizliği öyküsü bulunabilir.

Bağ dokusu hastalığı

CREST sendromu Hasta parmak pulparlarında beyaz depozitlerden yakınıdır.

Neoplastik

Subungual melanom Tırnak altında pigmente bir lezyon olarak ortaya çıkar. Subungual hematoma olduğu gibi travma öyküsü bulunmaz. Subungual hematoma organize olduğunda melanom gibi pigmente görünebilir. Subungual hematomun aksine melanom tırnakla birlikte dışarı doğru çıkmaz. En sonunda melanom tırnağı kaldırıp ülser olabilir.

Enkondrom Hasta parmak boyunca kemiksi ve sert bir şişlik fark edebilir. Tırnak altında da gelişip tırnak deformitesine neden olabilir (subungual ekzostoz).

MUAYENE**Doğumsal**

Bu lezyonlar doğuştan belirgindir. Kamptodaktilide küçük parmağın PİF ekleminde ağrısız fleksiyon deformitesi vardır. Birlikte olan diğer doğumsal anomaliler araştırılmalıdır.

Edinsel**Travmatik/dejeneratif**

İmplantasyon dermoidi Parmak uçlarının subkutan dokularında küçük, sert ve yuvarlak şişlikler saptanır.

Dupuytren kontraktürü Muayenede yalnız yüzük parmağı tabanına yakın bölgedeki el ayasında sert ve ağrısız bir nodül saptanabilir. El ayasının derisinde buruşma aşık olabilir. En sonunda MKF ve PİF eklemleri fleksiyonda , DİF eklemi ekstansiyonda kalır. PİF eklemlerinin sırtında Garrod eklem

yastıkları bulunabilir. Diyabet ve karaciğer hastalığı bulguları araştırılır. Bu durum bazen penisin Peyronie hastalığı ile ilişkili olabilir.

Tetik parmak Hasta, parmağının ekstansiyon sırasında nasıl takılıp ayrıldığını gösterebilir. Tendon kılıfındaki tendon kalınlaşması metakarpal kemik başı üzerinde hissedilebilir.

Çekiç parmak Hasta parmağını ekstansiyona getirmek istediğinde etkilenen parmağın terminal falanksı yaklaşık 20 derece fleksiyonda kalır.

Kuşu boynu deformitesi PİF ekleminde hiperekstansiyon ve DİF ekleminde fleksiyon vardır.

Boutonnière deformitesi Bu kuşu boynu deformitesinin zıttıdır. PİF ekleminde fleksiyon ve DİF ekleminde hiperekstansiyon vardır. Bu, PİF ekleminin ekstansör ekspansörünün merkezinin rüptürü yoluyla proksimal falanksın dirsekleşmesi ile olur.

Haberdan nodülleri Parmakların sırtında DİF ekleminin hemen distalinde kemiksi şişliklerdir.

Müköz kist Bu, DİF ekleminin sırtındaki bir şişliktir. Akıntı olabilir. Tırnak yatağına baskı nedeniyle tırnakta kanal oluşabilir.

Metabolik

Tofüslü gut Parmaklarda sıklıkla multilobule şişlikler görülür. Diş macunu benzeri ürik asit kristali infiltrasyonu içerirler.

Ektopik kalsifikasyon Subkutan dokularda sert, sarı-beyaz kalsiyum depozitleri görülür.

Bağ dokusu hastalığı

CREST sendromu Küçük ve sert subkutan nodüller parmak pulpalarında ve parmak sırtlarında görülebilir.

Neoplastik

Subungual melanom Sınırları belirsiz kahverengi bir lezyon olarak görünür. Bazen, çok geniş olup tırnağı kaldırabilir.

Enkondrom Kemikte ağrısız ve sert bir şişliktir. Yüzeyi genellikle düzgündür. Tırnak altında da gelişebilir ve tırnağı kaldırabilir.

GENEL TETKİKLER

Bu lezyonların çoğunun tanısı yalnız klinik muayene ile konur.

- **TKS, ESH**
Hemoglobinde azalma, ESH'da artma yaygın subungual melanomda
- **Kan şekeri**
Diyabet (Dupuytren).
- **KcFT**
Siroz (Dupuytren).
- **Serum kalsiyum düzeyi**
Hiperkalsemi – ektopik kalsifikasyon. Hiperparatiroidi.
- **Serum ürik asit düzeyi**
Gut.
- **Romatoid faktör**
Romatoid artrit - Kuğu boynu deformitesi, Boutonnière deformitesi
- **Parmak grafisi**
Heberden nodülleri. Enkondrom. Müköz kist – DİF ekleminde dejeneratif/ osteoartritik değişiklikler. Ektopik kalsifikasyon. Kalsinozis. Tofüslü gut ile falanks kemiğinin erozyonu.
- **Biyopsi**
Malign melanom için eksizyonel biyopsi.

▶ PARMAK AĞRISI

Parmak ağrısı, sık bir başvuru semptomudur. Bunun nedeni aşikar lokal bir neden olabileceği gibi, romatoid artrit gibi sistemik bir hastalığın parçası da olabilir. Tek bir parmağın fonksiyonundaki bozulma bile tüm el fonksiyonunu etkileyebilir.

NEDENLER

Travmatik

- Kırıklar
- Subungual hematom

İnflamatuvar/infektif

- Paronişi
- Pulpa boşluğu infeksiyonu
- Tendon kılıfı infeksiyonu

Neoplastik

- Glomus tümörü
- Kemik tümörü
- Kemikte sekonder depolanmalar (nadir)

Dejeneratif

- Romatoid artrit

Vasküler

- Chilblains (pernio)
- Küçük damar hastalığı
 - Raynaud fenomeni
 - Buerger hastalığı
- Diyabet
- Emboli

Metabolik

- Gut

Otoimmün

- Skleroderma

Yansıyan ağrı

- Servikal lezyonlar

ANAMNEZ**Travmatik**

Daha çok çarpma şeklinde olan bir travma öyküsü bulunur. Subungual hematoma tırnağın "tuzaklanmasından" kaynaklanır. Tırnak ve tırnak yatağı arasında ezik olduğu zaman çok ağrılıdır.

İnflamatuvar/infektif**Paronişi**

Tırnağa yakın, ağrılı ve hassas bir nokta olarak ortaya çıkar. Zonklar ve hastayı rahatsız eder. Tırnak etrafındaki deriyi çekme anamnezi olabilir. Tırnak kenarından irin çıkabilir.

Pulpa boşluğu enfeksiyonu

Parmak ucundaki pulpa boşluğunda oluşur. Keskin bir cisim batması gibi penetran bir yaralanma öyküsü olabilir. Ağrı, kızarıklık ve şişlik ile birlikte zonklama vardır.

Tendon kılıfı enfeksiyonu

Direkt delici yaralanma yarası öyküsü veya öncülük eden pulpa boşluğu enfeksiyonunun tendon kılıfına yayılımı olabilir. Hasta, kırmızı, hassas ve ağrılı; IF ve MKF eklemlerinde hafif fleksiyonda tutulmuş parmak ile başvurabilir.

Neoplastik**Glomus tümörü**

Nadir bir tümör olmakla birlikte çok ağrılıdır. Hasta tırnağına her dokunulduğunda ciddi ağrıdan yakınır ve en sık tırnak altında lokalizedir.

Primer ve sekonder kemik tümörleri

Bunlar falankslarda nadirdir. Ağrı ve şişlik olur ve meme, bronş, tiroid, böbrek veya prostat gibi primer bir tümör öyküsü olabilir.

Dejeneratif**Romatoid artrit**

Kadınlar erkeklerden daha sık etkilenir. Genel semptomlar, parmaklarda ağrı, şişlik ve kısıtlılıktır. Halsizlik oluşabilir. Hasta parmak deformitelerinden yakınabilir.

Vasküler**Chilblains (pernio)**

Parmakları etkileyen en basit vasküler sorun perniyodur.

Kadınlar daha sıklıkla etkilenir. Hasta parmaklarının yanlarında veya sırtlarında soğuğa temastan sonra hızla gelişen şişlikten yakınır. Lezyon ağrılı ve kaşıntılıdır. Lezyonlar genellikle çoğuldur ve daha çok kışın görülürler.

Küçük damar hastalığı

İskemi, ağrı, renk değişikliği, ülserasyon veya gerçek gangren ile sonuçlanır. Hasta ani başlayan soğukluk, parmak ağrısı veya aşikar gangren ile başvurabilir. Raynaud fenomeni, Buerger hastalığı, diyabet veya skleroderma öyküsü olabilir. Embolizmi düşündüren kalp hastalığı, periferik damar hastalığı veya servikal kot bulunabilir. Raynaud fenomeninde, sıklıkla soğuğa temas sonrası olan ani başlangıçlı solukluk, ardından siyanoz, daha sonra da ağrı, karıncalanma ve kızarma ile birlikte olan ani vazodilatasyon vardır.

Metabolik

Gut

Gut, sıklıkla birinci MTF eklemi etkilese de her eklemi tutabilir. Hastalar o eklemden ani başlayan ağrı, şişlik ve kızarıklıktan yakınır. Gut hastalığı öyküsü olabilir. Aile anamnezi bulunabilir. Atak, travma, açlık, infeksiyon, diüretikler, sitotoksik veya immünosupresif ilaçlarla presipite olabilir. Gut tofusleri bulunabilir.

Otoimmün

Skleroderma

Kadınlar erkeklerden daha sık etkilenir. Parmaklarda kalınlaşma olabilir. Hastada aynı zamanda Raynaud fenomeni ve parmak uçlarında çatlak ve ülserler bulunabilir. Yüz görünümünde değişiklik olabilir ve hasta yutma güçlüğünden yakınabilir.

Yansıyan ağrı

Servikal lezyonlar

Hasta parmaklarında ağrı veya karıncalanmadan yakınabilir. Servikal spondiloz öyküsü veya servikal omurga ile ilgili eski problemler bulunabilir.

MUAYENE

Travmatik

Deformite, kızarıklık ve şişlik kırık olabileceğini gösterir. Tırnakta "tuzaklanma" veya tırnağa olan bir darbe tırnak

altında kan toplanmasına yol açar. Tanı genellikle anamnez ile konulur ve hastanın belirgin ağrısı vardır.

İnflamatuvar/infektif

Paronişi

Tırnağın tabanı ve kenarındaki deri kırmızı, parlak ve kabarıktır. Tırnak altından püy çıktığı görülebilir.

Pulpa boşluğu infeksiyonu

Parmak pulpası üzerinde şişlik ve kızarıklık vardır. Püy ile dolu bir bül görülebilir. Basınç hızla azaltılmazsa hem tendon kılıfına boşalabilir hem de terminal falanksın distal ucunda basınç nekrozu ve osteomyelit oluşturabilir.

Tendon kılıfı infeksiyonu

Parmak akut olarak ağrılıdır ve hafif fleksiyonda tutulur. Kızarıklık ve şiştir ve tendon kılıfı boyunca oldukça hassastır.

Neoplastik

Glomus tümörü

Bunlar nadirdir. Anjionöromiyomlardır. Tümör tırnağın altında oluşursa (en sık olduğu bölge), tırnağın altında küçük mor-kırmızı bir nokta görülür.

Primer ve sekonder kemik tümörleri

Bunlar nadirdir. Palpe edilebilir kemik şişliği vardır. Hassas olabilir veya olmayabilir.

Dejeneratif

Romatoid artrit

Parmak eklemleri genişler ve fuziform hal alır. Bilekte ulnar deviasyon ve proksimal interfalangeal eklemden hiperekstansiyon ile eklem deformiteleri oluşur. El kaslarında atrofi vardır.

Vasküler

Chilblains (pernio)

Bunlar genellikle parmağın sırtında veya kenarında oluşurlar. Şişlik üzerindeki deri kırmızımsı-mavidir. Şişlikler ödemlidir ve patlayıp ülser olabilir. Parmaklarda olduğu kadar ayak bileği ve ayaklarda da bulunur.

Küçük damar hastalığı

İskemik hastaların parmağında solukluk, siyanoz ve hatta gerçek gangren bulunabilir. İskemik ülserler parmak uçlarında

belirgin olabilir. Parmak pulpalarında atrofi olabilir. Palpasyonla servikal kot aranmalıdır. Atriyal fibrilasyon için nabız kontrol edilir (emboli).

Metabolik

Gut

Eklemde akut inflamasyon olur, eklem etrafındaki deri gergin, parlak, sıcak ve kırmızıdır. Lokal olarak veya kulak gibi başka bir bölgede tofus bulunması bu tanıyı düşündürür.

Otoimmün

Skleroderma

El parmaklarının kalınlaşmış, beyaz ve mumsu bir görünümü vardır. Parmaklar kalınlaşmış deri ile şişmiş görünür ve pulpa atrofi bulunabilir. Sert ve küçük subkutan nodüller palpe edilebilir. Bunlar kalsinozise bağlıdır. Sklerodermanın diğer bulguları aranmalıdır. Örneğin yüz derisi gergin ve parlak görünür ve ağız etrafı büzüşmüştür. Yüzde birçok telanjiektazi görülebilir. Disfajiye bağlı kilo kaybı belirgin olabilir.

Yansıyan ağrı

Servikal lezyonlar

Parmaklarda duyu kontrolü yapılmalıdır. Boyun hareket açıklığı ve üst ekstremitedeki refleksler de kontrol edilmelidir.

GENEL TETKİKLER

- **TKS, ESH**
Hemoglobinde azalma; kronik hastalık anemisi, örneğin romatoid artrit. Lökosit artışı; tendon kılıfı infeksiyonu. ESH'da artma; romatoid artrit.
- **Üre ve elektrolitler**
Üre ve kreatinin kronik böbrek yetersizliğinde yükselir ve gut veya skleroderma ile birlikte olabilir.
- **Romatoid faktör**
Romatoid artrit
- **Kan şekeri**
Diyabet
- **EKG**
Atrial fibrilasyon – emboli.

- **El grafisi**
Romatoid artrit. Kemik lezyonları. Pulpa boşluğu infeksiyonu - terminal falanksın distal ucunda osteomyelit ile birlikte basınç nekrozu.
- **Toraks girişi akciğer grafisi**
Servikal kot – Raynaud fenomeni, emboli.
- **Servikal omurga grafisi**
Servikal spondiloz ile yansıyan ağrı.

SPESİFİK TETKİKLER

- **Serum ürik asit seviyesi**
Gut
- **Otoantikör taraması**
Otoimmun hastalıklar
- **Soğuk aglutininler**
Raynaud hastalığı
- **Ekokardiyografi**
Kalp hastalığı - emboli
- **Arteriografi**
Arteriyal lezyonlar. Anevrizmalardan emboliye yol açan mural trombüs. Periferik damar hastalığı

▶ AYAK DEFORMİTELERİ

Bunlar sık değildir. Deformite sıklıkla doğumda aşikardır, ancak bazen çocuk yürüyene kadar kendini göstermeyebilir. Ayak ve ayak bileğinin deformitesi "talipes" olarak isimlendirilir. Varus (içer dönük ayak), valgus (dışa dönük ayak) ve ekinus (ayak tabanı fleksiyonda) gibi diğer terimler talipes kelimesini niteleyebilir. Ayak parmağı deformiteleri "ayak parmağı lezyonları" başlığı altında incelenmiştir (sayfa 424).

NEDENLER

"Talipes" ekinovarus (doğumsal yumruayak)

Metatarsus adductus (içer basma)

Pes planus (düztaban)

Pes kavus (yüksek arklı ayak)

- İdiyopatik
- Nöropatik
- Spastik displeji
- Spina bifida
- Spina bifida occulta
- Poliyomiyelit
- Charcot-Marie-Tooth hastalığı (herediter motor ve duyuşal nöropati)
- Friedrich ataksisi

Edinsel talipes

Üst motor nöron lezyonu

- Spastik parezi
- Serebrovasküler olay

Alt motor nöron lezyonu

- Spina bifida
- Poliyomiyelit
- Amiyotrofik lateral skleroz
- Serebellar lezyonlar
- Friedrich ataksisi

Kas hastalığı

- Kas distrofisi
- Volkmann iskemik kontraktürü

Travma

- Kırıklar
- Yanıklar

ANAMNEZ**“Talipes” ekinovarus**

Doğumda belirgindir. Çocuk yumruayak ile doğar. Rutin postnatal muayenede saptanır.

Metatarsus adductus

Çocuklarda içe basmanın sık bir nedenidir. Yalnız ayağın ön kısmı adduktedir. Ayağın arka kısmı addükte değildir.

Pes planus

On yaşına kadar tüm çocuklar düztabandır ve arklar tam olarak gelişmemiştir. Ebeveynler yürümede bir bozukluk fark edebilirler veya ayakkabılarda eşit olmayan duruş ve yırtılma fark edilebilir. Ağrı nadirdir.

Pes kavus

Ayağın uzun arkında belirginleşme vardır. Ağrı ve rahatsızlık olabilir. Durum çocuğun ebeveynince fark edilebilir. Özgül bir nedeni olmayabilir. Spina bifida, spina bifida occulta, poliyomyelit veya nadiren aile öyküsünün bulunduğu Friedrich ataksisi hikayesi olabilir. Charcot-Marie-Tooth hastalığı ergenlik döneminde düşük ayak ve bacaklarda güçsüzlük ile başlar.

Edinsel “talipes”

Edinilmiş “talipes” oluşturan çeşitli üst ve alt motor nöron lezyonları vardır. Spastik parezi, serebrovasküler olay, spina bifida, poliyomyelit anamnezi sorgulanır. Soygeçmişinde Friedrich ataksisi bulunabilir. Hastada kas distrofisi olduğu biliniyor olabilir. Volkmann iskemik kontraktüründe baldır kaslarında iskemi anamnezi (femurun suprakondiler kırığı ile birlikte popliteal arter hasarı gibi) olabilir.

Travma

Genellikle kontraktüre neden olan aşikar bir travma veya yanık anamnezi vardır.

MUAYENE

“Talipes” ekinovarus

Doğumda belirgindir. Ekinus deformitesi, yani ayağın arka kısmı, gergin olan Achilles tendonu ile yukarı çekilmiştir; varus deformitesi – ayak tabanı içe dönüktür ve ayağın ön kısmı adduksiyondadır-ayağın ön kısmının iç kenarı konkavdır ve yukarı doğrudur.

Metatarsus adductus

Ayağın arka kısmı ve topuk boyutu normaldir. Ayağın ön kısmı adduktedir.

Pes planus

Uzunlamasına olan ark düzleşmiştir ve ayağın iç yanı zemine yapışmıştır.

Pes kavus

Yüksek ark rahatlıkla görülebilir. Ayak parmakları, MTF eklemi hiperekstansiyonu ve IF eklemi fleksiyonu nedeniyle pençeleşmiştir. Hasta ayak parmaklarını düzeltmez. Metatars başları altında genellikle nasırlaşma vardır. Spina bifida, spina bifida occulta (lumbar vertebra üzerinde kılı yama) ve poliyomyelit aranmalıdır. Charcot-Marie-Tooth hastalığında düşük ayak yanında peroneal kas atrofisi de olacaktır. Friedrich ataksisinde de ataksi, dizartri ve nistagmus gibi diğer bulgular vardır.

Edinsel “talipes”

Üst ve alt motor nöron lezyonları aranır. Friedrich ataksisi (bakınız yukarı). Volkmann iskemik kontraktüründe baldır kaslarında sertlik ve atrofi ile birlikte pençe ayak bulunur.

Travma

Deformite travmanın tipi ve ciddiyetine göre ortaya çıkar. Yanık nedeniyle oluşan bereler ve kontraktürler aşikar olacaktır.

GENEL TETKİKLER

Yukarıdaki durumların hemen hemen hepsinin tanısı anamnez ve muayene ile konulur.

- **Ayak grafileri**
Değerlendirmede faydalı olabilir.

▶ AYAK AĞRISI

Ayakta ağrı sık bir başvuru semptomudur. Nedenlerin çoğu ya postüral sorunlara veya artrite bağlıdır.

NEDENLER

Travmatik

- Kırıklar
 - Stres metatars (march) kırığı

İnfektif

- Selülit
- Osteomyelit
- Pyojenik artrit

İnflamatuvar

- Romatoid artrit
- Plantar fasiit
- Reiter hastalığı
- Naviküler kemiğin osteokondriti (Köhler hastalığı)
- Metatars başının osteokondriti (Freiberg hastalığı)

Vasküler

- İskemi
- Ülserler

Metabolik

- Gut hastalığı

Dejeneratif

- Osteoartrit
- Düztaban
- Diğer ayak deformiteleri (sayfa 157)

Diğerleri

- Metatarsalji
- Morton metatarsaljsi
- Ayak tabanı şişmeleri
- Boynuz ve nasırlar
- Yansıyan ağrı, örn. disk lezyonları, nöropatiler

ANAMNEZ

Travmatik

Ayağa ağır bir cisim düşmesi ve çarpma gibi travma öyküsü vardır. Asker yürüyüşü gibi uzun yürüyüşlerde yorgunluk veya stres metatars (march) kırıkları oluşabilir. Ciddi ağrı bulunabilir. Genellikle ikinci metatarsı etkiler.

İnfektif

Çivi batması ve böcek sokması gibi delici yaralar sonrasında selülit oluşabilir. Anamnez genellikle aşıkardır. Hasta ağrılı, kırmızı ve şiş bir ayakla başvurur. Osteomyelit nadirdir, ancak salmonella veya özellikle diyabetiklerdeki lokal infeksiyonlarda olduğu gibi kan yolu ile bulaşan infeksiyonları takiben oluşabilir. Etkilenmiş kemik üzerinde ağrı, hassasiyet, şişlik ve kızarıklık bulunur. Pyojenik artrit nadirdir ve ağrılı, kızarık ve eklemde şişme ile ortaya çıkar.

İnflamatuvar

Romatoid artrit ayak sıklıkla etkilenmiştir. Deformiteler çok sayıda ve sonuçta ciddidir. Sıklıkla başka bölgelerde romatoid artrit bulguları vardır. Plantar fasiit, topuk altında ağrıya neden olur. Hasta genellikle orta yaşlıdır. Reiter hastalığında da etkilenebilir. Ağrı sıklıkla hareketsiz dönem sonrasında artar. Osteokondrit, ikinci metatars başını (Freiberg hastalığı) veya naviküler kemiği (Köhler hastalığı) etkileyebilir. İlişkili kemiğe uyan bölgede ağrı, hassasiyet ve şişlik olur.

Vasküler

İskemik istirahat ağrısında ilerleyen aralıklı topallama anamnezi olabilir. Hasta, ayağında ciddi, genellikle geceleri yatakta olan ve ayağın yataktan dışarı sarkıtılması ile rahatlayan ağrıdan yakınır. Ayakta ülser ve renk değişikliği de bulunabilir. Gangren aşık olabilir. Sigara ve diyabet sorgulanmalıdır.

Metabolik

Gut, klasik olarak MTF eklemi etkiler ancak ayağın diğer eklemleri de etkilenebilir. Akut olarak başlayan ağrı, kızarıklık ve şişlik vardır. Öncesinde de gut öyküsü olabilir. Ataklar, travma, cerrahi, infeksiyon veya diüretik gibi ilaçlarla tetiklenebilir. Lösemi, polisitemi ve sitotoksik veya immunopresif ilaç öyküsü de bulunabilir.

Dejeneratif

Osteoartrit, düztaban veya diğer ayak deformiteleri (sayfa 157) ayak ağrısına neden olabilir. Ayak başparmağının MTF ekleminin primer osteoartriti olan hallux rigidus, ağrı ve kısıtlılığa neden olur.

Diğerleri

Metatarsalji, metatars başları altında ağrıya neden olur. En sıklıkla orta yaşlı kadınlarda görülür. Aşırı ayakta durma semptomları tetikler. Morton metatarsaljsi dijital nöroma nedeniyle oluşur. En sıklıkla üçüncü ve dördüncü metatars başları arasından geçen siniri etkiler. En çok 40–50 yaş arasındaki kadınlarda görülür. Sıklıkla yalnız ayakkabı giyildiğinde olan gelip geçici keskin ağrılar ayak parmaklarına vurur. Plantar siğiller ağrılıdır. Hasta genellikle siğili fark eder. Metatars başı, ayak başparmağı ve topuk bölgesinde daha sık görülürler. Basınç bölgelerindeki boynuz ve nasırlar ağrılı olabilir. Sıklıkla ayak deformiteleri ile birliktedirler. Ayakta görülen yansıyan ağrı spinal lezyonlara bağlı olarak oluşabilir. Sırt ağrısı ve ekstremitelerde güçsüzlük bulunabilir.

MUAYENE**Travmatik**

Kırıklarda ağrı, hassasiyet, şişlik, deformite veya krepitasyon bulunabilir. March kırıklarında ayak sırtında lokalize hassasiyet ve ödem bulunabilir.

İnfektif

Selülit, osteomyelit ve pyojenik artrit; ateş, halsizlik ve ayakta şişlik, kızarıklık ve hassasiyet ile birlikte olabilir.

İnflamatuvar

Romatoid artrit eldeki gibi başka yerlerde bulguları bulunabilir. Ayakta pes planus, hallux valgus, pençe ayak, MTF eklemlerinde subluksasyon bulunabilir. Plantar fasiitte, sıklıkla kalkaneus kemiğinin alt yüzeyinde lokalize hassasiyet vardır. Reiter hastalığında üretrit ve konjunktivit bulunabilir. Freiberg hastalığı ve Köhler hastalığı, ilişkili kemik üzerinde şişlik ve hassasiyet ile kendini gösterir.

Vasküler

Solukluk, parestezi, nabız kaybı, ülser ve gangren gibi iskemi bulguları bulunabilir.

Metabolik

Gutta birinci MTF ekleminde şişlik, kızarıklık ve hassasiyet vardır. Başka bölgelerde gut tofusları bulunabilir.

Dejeneratif

Osteoartrit, ağrı ve hallux rigidus gibi kısıtlılık ile kendini gösterir. Düztaban ve diğer ayak deformiteleri aşikar olabilir (sayfa 157).

Diğerleri

Metatarsaljide, metatars başları altında hassasiyet vardır. Metatars başları altında nasırlar bulunabilir. Morton metatarsaljisinde ayağın ön kısmının sıkıştırılması semptomlara neden olabilir. Plantar siğiller (verruca plantaris) aşikar olabilir. Ayak tabanına bastırılmış gibi görünen yayvan ve hiperkeratotik lezyonlardır. Nasırların aksine üzerlerine bastırılınca ağrıya neden olurlar. Yansıyan ağrı şüphesi varsa tam bir nörolojik muayene yapılmalıdır.

GENEL TETKİKLER

- **TKS, ESH**
Hemoglobinde azalma; kronik hastalık anemisi, örneğin romatoid artrit. Lökosit artışı selülit ve osteomyelit gibi infeksiyonlar. ESH'da artma; romatoid artrit.
- **Kan şekeri**
Diyabet.
- **El grafisi**
Kırıklar (stres metatars (march) kırıkları kallus oluşana kadar aşikar olmayabileceği için tekrar grafi çekilmesi gerekebilir). Osteomyelit – erken dönemlerde normal; osteoporoz, subperiostal yeni kemik oluşumu, sekestrasyon. Romatoid artrit. Osteoartrit. Osteokondrit – yoğun kemik fragmanları. Ayak deformiteleri.

SPESİFİK TETKİKLER

- **Serum ürik asit seviyesi**
Gut.
- **Kan kültürü**
Osteomyelit.

- **Kemik sintigrafisi**
Osteomyelit.
- **BT**
Spinal lezyonlar – yansıyan ağrı.
- **MKG**
Spinal lezyonlar – yansıyan ağrı.
- **Doppler incelemesi**
Vasküler hastalıklar.
- **Arteriyografi**
Vasküler hastalıklar. Hastalık bölgesi. Küçük ile büyük damar hastalıklarının ayrımı.

▶ AYAK ÜLSERİ

Ayaktaki ülseler siktir. Çoğu vasküler ve nörolojik kaynaklıdır.

NEDENLER

Vasküler

Büyük damar hastalıkları

- Arteriyoskleroz
- Emboli

Küçük arter hastalığı

- Diyabet
- Buerger hastalığı
- Raynaud hastalığı
- Emboli
- Vaskülit, örn. SLE, romatoid artrit, skleroderma

Nöropatik

Periferik sinir lezyonları

- Diyabet
- Periferik sinir hasarı
- Lepa
- Alkolizm

Spinal kord lezyonları

- Spina bifida
- Tabes dorsalis
- Siringomyeli

Neoplastik

- Yassı epitel hücreli karsinom
- Malign melanom

Travmatik

- Uyumsuz ayakkabı

İnfektif

- Madura ayağı (nadir)

ANAMNEZ**Vasküler**

Yaşlılarda iskemik ülserler sıktır. Ağrılıdır ve fazla kanamazlar. İyileşme bulgusu göstermezler. Sıklıkla aralıklı topallama ve istirahat ağrısı anamnezi vardır. Diyabet öyküsü sorulur. Genç hastalarda, diyabet, Buerger hastalığı veya Raynaud hastalığı sorumlu olabilir. Kalp hastalığı, emboli sonucunda iskemik ülsere yol açabileceğinden, anamnezde sorgulanmalıdır. Anevrizma gibi proksimal arter hastalıkları da emboliye neden olabilir.

Nöropatik

Bunlar, basınç bölgelerinde oluşan ağrısız ülserlerdir. Hastalar nöropati anamnezi verebilir. Ham pamuk üzerinde yürüyormuş gibi hissedebilirler. Diyabet ve periferik sinir lezyonu sorgulanır. Spinal kord lezyonları da bulunabilir. Diyabetiklerde, ülserler hem iskemi hem de nöropati ile ilişkili olabilir.

Neoplastik

Ayakta malign ülserler de görülebilir. Yassı epitel hücreli karsinom nadirdir. Özellikle ayak tabanında malign melanom nadir değildir. Hasta, değişen, kanamalı olan, kaşınan veya ülsere olan pigmentte bir lezyonu fark edebilir. Hastada sekonder lenfadenopatiye bağlı kasıkta şişlik olabilir.

Travmatik

Ayak ülserleri, uyumsuz ayakkabı gibi küçük travmalar ile oluşabilir. Ancak genellikle dolaşım bozukluğu, steroid tedavisi ya da nöropati gibi alta yatan durumlar söz konusudur.

İnfektif

Ayağın pür infekte ülserleri nadirdir. İnfeksiyonlar, tropikal bölgelerde Madura ayağına neden olan Nocardia türleri ile oluşabilir. Seyahat öyküsü sorgulanmalıdır.

MUAYENE**Vasküler**

İskemik ülserler parmak uçlarında ve basınç bölgelerinde görülürler. Kenarları sıklıkla zımbalanmış gibidir ve iyileşme görülmez. Tabanında ölü doku bulunabilir.

Bazen ülser tabanında tendonlar görülebilir. Nabızlar alınamayabilir. Embolizasyon iskemik ülserin kaynağı olabileceğinden atriyal fibrilasyon araştırılmalıdır.

Nöropatik

Nöropatik ülserler derin penetran ülserlerdir. Basınç bölgelerinde oluşurlar ancak etraf dokular sağlıklıdır ve dolaşimleri iyidir. Ülserler ağrısızdır. Çevre dokular his kaybı açısından değerlendirilir (örn. iğne batırılmasına karşı his yokluğu). Nabızlar sıklıkla vardır. Periferik sinir hasarı ve spinal kord lezyonları açısından tam bir nörolojik muayene yapılmalıdır.

Neoplastik

Yassı epitel hücreli karsinomda kenarlar dışa dönüktür ve ülser tabanında sıklıkla nekrotik materyal vardır. Ülser kenarı serttir. İnguinal lenfadenopati bakılmalıdır. Malign melanomdaki ülserler kahverengiden siyaha kadar değişebilir ancak amelanotik de olabilir. İnfeksiyon ve kanama tümörün yüzeyini ıslak, yumuşak ve çamurumsu yapar ve görünebilir. İnguinal lenfadenopati ve hepatomegali bakılır.

Travmatik

Travmatik ülserler uyumsuz ayakkabıya bağlı olarak basınç yüzeylerinde olabileceği gibi yaralanan bir bölgede de olabilir. Genellikle kenarları eğimli ve tabanında granülasyon dokusu vardır. Her zaman dolaşım kontrol edilir, çünkü dolaşım bozukluğu yoksa çoğu travmatik ülser hızla iyileşir.

İnfektif

Yalnız enfeksiyona bağlı ülserler nadirdir. Herhangi bir ülser üzerinde sekonder enfeksiyon gelişebilir. Madura ayağında, çok az sistemik hastalık bulgusu ile birlikte ülser ve kemik harabiyeti bulunabilir.

GENEL TETKİKLER

- **TKS, ESH**
Hemoglobinde azalma; malignite. Lökosit artışı; enfeksiyon. ESH'da artma; malignite.
- **Kan şekeri**
Diyabet.
- **Sürüntü**
Mikroskopi – mantar enfeksiyonu. Kültür ve yayma.

SPESİFİK TETKİKLER

- **Antikor taraması**
Bağ dokusu hastalıkları.
- **Doppler incelemeleri**
İskemik ülserasyon.
- **Arteriyografi**
İskemik ülserasyon. Küçük ve büyük damar hastalıklarının ayırımı.
- **Sinir ileti incelemeleri**
Nöropatik ülserler.
- **BT**
Spinal kord lezyonları.
- **MRG**
Spinal kord lezyonları.
- **Biyopsi**
Benign veya malign hastalıklar.

► YÜRÜME BOZUKLUKLARI

Yürüme bozuklukları yapısal veya nörolojik olabilir. Yürüme değerlendirilirken, yalnız ayakların değil, hastanın bütünüyle gözlenmesi önemlidir.

NEDENLER

Yapısal

- Ağrı – antajik yürüyüş
- Uzunluk farklılığı – uzun bacak yürüyüşü
- Zayıf kalça abdükütörleri – Trendelenburg yürüyüşü veya ördekvari yürüyüş
- Femoral anteversiyon – içe basarak yürüyüş

Nörolojik

- İnme – hemiplejik yürüyüş
- Parkinson hastalığı – festinant (istemsiz hızlanmalı) yürüyüş
- Periferik nöropati – duysal ataksi
- Serebellar hastalık – serebellar ataksi
- Peroneal sinir felci – düşük ayak yürüyüşü
- Frontal lob lezyonları – apraksik yürüyüş
- Serebral palsi – makaslama yürüyüşü

ANAMNEZ

Süre

Doğuştan olan yürüme bozuklukları genellikle yapısal hastalıklara veya serebral palseye bağlı olurlar. Uzunluk farklılıkları eklem artikülasyonundaki veya kemik uzunluğundaki bozukluklar veya eklemleri çevreleyen yumuşak doku kontraktürleri nedeniyle oluşabilir. Nörolojik nedenlerin çoğu santral veya periferik sinir sisteminin edinsel lezyonlarından kaynaklanır.

Eşlik eden semptomlar

Antajik yürüyüşte altta yatan neden ağrıdır ve hastalar ağrının olduğu tarafa yönelir. Ayağın dorsifleksiyon paralizisi gibi motor fonksiyon kaybı, düşük ayak yürüyüşüne neden olurken, kolun ve bacağın daha ciddi paralizisi ile seyreden hemiplejik yürüyüş inme nedeniyle oluşur. Parestezi, duysal kayıp veya

eklem pozisyon duyusunun kaybı, periferik nöropatiyi gösterir. Duyusal apraksisi olanlarda proprioseptif bozukluk vardır ve karanlıkta görsel uyarılar kaybolduğunda hastalar yürümekte ciddi zorluk çekerler. Birlikte olan istirahat tremoru Parkinson hastalığı ile ilişkilidir. İntansiyonel tremor ise serebellar hastalığı düşündürür.

Özgeçmiş ve ilaç öyküsü

Alt ekstremiteye yönelik travma öyküsü çok önemlidir, uzun kemik kırıkları iyileşirken uzunluk farklılıklarına zemin hazırlar. Fibula boyun kırığı "common peroneal" siniri etkiliyerek düşük ayağa neden olabilir. Frontal lob kontüzyonları ciddi kafa travmaları ile gelişebilir. Diyabet, karsinom ve B vitamini eksiklikleri periferik nöropatiye neden olabilir. Alkol, multipl skleroz ve fenitoin gibi ilaçlar serebellar bozukluklar ile birlikte. Eski inmeler ve Parkinson hastalığı ile ilgili sorgulama yapılmalıdır.

MUAYENE

Klinik muayene üç bölümde ele alınır. Yürüme bozukluğundaki ilk değerlendirme nedenin yapısal mı yoksa nörolojik mi olduğunun belirlenmesidir. Yapısal bir nedenden şüphelenildiğinde ardından ortopedik muayene yapılmalıdır. Aksine, nörolojik bir neden düşünüldüğünde nörolojik muayene yapılmalıdır. Yürüme bozukluğu belirlendiğinde, klinik muayene alta yatan nedenin anlaşılmasına yönelik olmalıdır.

Asimetrik yürüyüş

Öncelikle yürüyüşün simetrisi değerlendirilir. Hemiplejik yürüyüş haricindeki tek taraflı yürüme bozuklukları yapısaldır. Normal yürüyüşün birçok safhası vardır; bunlar, salınma, topuk darbesi, duruş ve parmak kaldırmadır. Antalgik yürüyüş veya ağrılı aksama, duruş safhasında azalma ile karakterizedir. Trendelenburg yürüyüşü bacak ileri kaldırıldığında pelvisin aşağıya kayması ile karakterizedir. Bu yürüyüş, ağrılı bir kalça bozukluğu, karşı kalça abdükörlerinde zayıflık, femur boynunda kısılma veya kalça ekleminin subluksasyonu nedeniyle oluşabilir. Hemiplejik yürüyüşte, bacak dışarıdan bir yay çizerek salınır ve daha sonra orta hatta döner. Düşük ayak yürüyüşü sıklıkla etkilenen taraftaki dizin daha fazla yukarı kaldırılması ile sonuçlanır.

Simetrik yürüyüş

Simetrik yürüyüş değerlendirilirken hastanın hareketi bir bütün olarak gözlenmelidir. Kambur duruş ile birlikte küçük sürüme

tarzı adımlar ve kol salınımında azalma Parkinson hastalığı için karakteristiktir. Apraksili hastaların tutarsız yürüyüşleri 'buz üzerinde yürüme'ye benzer, etyoloji en sıklıkla kortikal dejenerasyona bağlı olan frontal lob bozukluğudur. Sonra bacakların hareketine dikkat edilir. Bacağı öne kaldırırken orta hattın geçilmesine bağlı olarak oluşan makaslama yürüyüşü serebral palsiye bağlıdır. Ardından ayak hareketlerine bakılır. Dizlerin kaldırılmasıyla birlikte ayağın yere temas ettiğinde ayağın yere tokat atar gibi çarpması düşük ayak yürüyüşünü gösterir. Femoral anteversiyonda ayaklar içe dönüktür. Ardından yürüyüşün tabanı incelenir. Geniş tabanlı bir yürüyüş, serebellar hastalık ve duyusal ataksi için karakteristiktir. Serebellar hastalıkta hastalar gözleri açıkken sallanarak ayakta dururlar. Duyusal atakside hastalar gözleri açıkken ayakta durabilir, ancak gözleri kapalıyken duramazlar (pozitif Rhomberg testi).

Ortopedik muayene

Kalça, diz ve ayak bileğinin muayenesi gereklidir. Alt ekstremitelerin görünen ve gerçek uzunluklarının belirlenmesi için ölçüler alınır. Gerçek uzunluk, spina iliaca anterior superior ile medial malleol arasındaki mesafe iken, görünen uzunluk xhipisternum ile medial malleol arasındaki mesafedir. Herhangi bir farklılık durumunda kısalma bölgesini tam olarak belirlemek için femur ve tibianın ölçüleri ayrı ayrı alınmalıdır. Thomas testi, kalçanın belirgin kısalığa yol açabilecek sabit fleksiyon deformitelerinin belirlenmesi için yapılır. Her iki ayağın istirahat pozisyonlarına bakıldığında femoral anteversiyona bağlı iç rotasyon göze çarpabilir.

Nörolojik muayene

Parkinson hastalığındaki maske yüz ve istirahattaki tremor inspeksiyonda belirgin olabilir ve ekstremiteler muayenesinde dişli çark veya kurşun boru rijiditesi bulunabilir. Serebellar hastalığı olanlarda parmak-burun testinde intansiyonel tremor görülebilir ve geniş tabanlı ataksik yürüyüşlerinin yanında nistagmus, disdiadokokinezi ve dizartri görülebilir. Frontal lob bozukluklarında, yakalama (muayene edenin eli, hastanın avuç içine konduğunda yakalar) ve emme (ağzın bir kenarı okşandığında belirginleşir) gibi primitif refleksler ve palmomentel refleksler (tenar eminense hafifçe el sürüldüğünde çene gamzeleşir) açığa çıkar. Duyusal sistem

muayenesinde eldiven ve çorap tarzında hafif dokunma, vibrasyon ve propriosepsiyon kaybı bulunabilir. Tek taraflı üst motor nöron güçsüzlüğü, hiperrefleksi ve sustalı çakı rijiditesi kortikal inmelerin özellikleridir.

Spesifik muayene

Yürüyüş bozukluğunun tanısı konduğunda, altta yatan nedenin saptanması için özellikli bir muayene yapılmalıdır. Örneğin frontal lob bozukluğuna bağlı apraksik yürüyüş saptandığında demans açısından mental durum muayenesi ve beyin tümörü nedeniyle kafa içi basınç artışı sonucu oluşabilecek papilla ödemi için fundoskopik muayene yapılmalıdır.

GENEL TETKİKLER

Yürüme bozukluklarının çoğunun tanısı klinik anamnez ve muayene ile konur.

SPESİFİK TETKİKLER

- **Lokal grafler**
Yapısal nedenler.
- **Sinir ileti çalışmaları**
Periferik nöropati. Peroneal sinir felci.
- **BT/MRG görüntülemeleri**
MSS kaynaklı nedenler, örn. inme, yer kaplayan lezyonlar.

▶ GUATR

Guatr, tiroid bezinin büyümesidir. Guatr nedenleri, ergenlik gibi tiroid hormon ihtiyacı artışına bağlı fizyolojik nedenlerden, acil tanı ve tedavi gerektiren belirgin maligniteye kadar değişir. Bu nedenle tedavi gerektirmeyen ve acil tiroidektomi gerektiren guatr nedenlerini ayırt etmek önemlidir.

NEDENLER

Basit

- Basit hiperplazik guatr
- Multinodüler guatr

Toksik guatr

- Diffuz guatr (Graves hastalığı)
- Toksik nodül
- Toksik multinodüler guatr

Neoplasti guatr

Benign

- Adenom

Malign

- Papiller
- Foliküler
- Anaplastik
- Medüller
- Lenfoma (nadir)

İnftamatuvar

- De Quervain tiroiditi
- Riedel tiroiditi

Otoimmün

- Hashimoto tiroiditi

ANAMNEZ

Basit hiperplazik guatr

Hasta boyunda şişlik ile başvurur. Fizyolojik nedenler arasında ergenlik ve gebelik sayılabilir. İyot eksikliği en sık nedendir, ancak sofraya tuzuna iyot katılan İngiltere' de nadirdir.

Multinodüler guatr

Bu, İngiltere' de guatrın en sık nedenidir. Kadınlarda daha sıktır. Başvuru şikayeti genellikle boyunda yutkunmakla hareket eden şişliktir, ancak bez çok büyük olduğunda nefes darlığı ve disfajiye neden olabilir.

Toksik guatr

Hasta boynunda şişlik ile başvurur. Soğuk havaları tercih ettiğini söyleyebilir ve aşırı terleme, yorgunluk, anksiyete, iştah artışı, kilo kaybı, ishal, çarpıntı ve tremor şikayetleri bulunabilir.

Neoplastik guatr

Hasta tiroidde difüz büyüme ile veya tiroid bölgesinde iyi sınırlı bir şişlik ile başvurabilir. Papiller karsinom daha genç hastalarda görülür (<35 yaş) ve hasta guatra ek olarak boynunda lenf düğümü büyümesini fark edebilir. Foliküler karsinom orta yaşlarda (40-60 yaş) görülür. Hasta metastazlara bağlı olarak kemik ağrısından da yakınabilir. Anaplastik karsinom yaşlılarda görülür ve stridor, nefes darlığı ve ses kısıklığı ile ortaya çıkabilir. Büyük lenfadenopatiler olabilir. Medüller karsinom herhangi bir yaşta ortaya çıkabilir. Soygeçmiş medüller karsinom , feokromositoma ve hiperparatiroidi ile ilişkili semptomlar açısından sorgulanmalıdır (ilişkili MEN sendromu). Tiroid lenfoması nadirdir. Daha önce var olan otoimmün tiroidit (Hashimoto) zemininde gelişebilir.

İnflamatuvar (nadir)

Hasta, halsizlik veya kas ağrılarının eşlik edebileceği (de Quervain tiroiditi) ağrılı tiroid şişmesi ile başvurabilir. Disfaji ve nefes darlığı ile birlikte olan sert kitle, Riedel tiroiditini düşündürür.

Otoimmün

Hashimoto hastalığında sert bir guatr vardır. Lenfomadan ayırt edilmesi gerekmektedir. Sonunda hastada hipotiroidi gelişir ve hasta soğuk havaya tahammülsüzlük, yorgunluk, ses değişikliği (ses kısıklığı), kilo artışı, kabızlık, kuru deri ve kuru saçtan yakınabilir.

MUAYENE

Basit hiperplazik guatr

Hasta sıklıkla ötiroiddir. Guatr sıklıkla düzgün yüzeyledir.

Multinodüler guatr

Bez genellikle hafif nodülerdir. Bazen yalnız bir nodül hissedilebilir, buna dominant nodül denir. Bez büyük olduğunda trakeal deviasyon olabilir. Retrosternal yayılım açısından perküsyon yapılır.

Toksik guatr

Bezin palpasyonunda difüz guatr, multinodüler guatr veya soliter bir nodül saptanabilir. Ekzoftalmi, göz kapağı gecikmesi, göz kapağı retraksiyonu, sıcak ve nemli avuç içi ve tremor açısından değerlendirilir. Atriyal fibrilasyon kontrol edilir. Pretibial miksödem bakılır. Refleksler canlıdır. Guatrda tiroid bezi üzerinde trill palpe edilebilir veya oskültasyonda üfürüm duyulabilir.

Neoplastik guatr

Soliter bir tiroid nodülü (papiller karsinom) veya daha difüz bir kütle (foliküler karsinom) bulunabilir. Anaplastik karsinom sert ve düzensiz olup lokal invazyon yapar. Trakeal deviasyona bakılır. Genellikle hareketli ve ayrı lenf düğümleri papiller karsinomda görülebilirken, sert ve birleşmiş lenf düğümleri her zaman anaplastik karsinom ile birlikte. Rekürren laringeal sinir felci varlığı araştırılır – hastada ses kısıklığı var mı?, veya hasta etkin biçimde öksüremiyor mu?

İnflamatuvar (nadir)

Subakut tiroidit (nadir). Ağrılı ve şiş bir bez bulunur. Riedel tiroiditinde tahta gibi sert, komşu kaslara infiltre olan bir guatr söz konusudur. Dikkatli bir biçimde anaplastik karsinomdan ayırt edilmelidir.

Otoimmün

Hashimoto hastalığı olanlar difüz büyümüş, sert bir bez ile başvurur. Sonunda hipotiroidi bulguları gelişebilir. Bu bulgular arasında, soluk ve mumsu deri, periorbital ödem, kuru ve kalın saç ve deri, yavaş nabız, büyük dil, periferik ödem ve yavaş gevşeyen refleksler bulunabilir. Karpal tünel sendromu birlikte olabilir.

GENEL TETKİKLER

- **TKS, ESH**
Hemoglobinde azalma; yaygın malignite, ESH'da artma ; tiroidit.
- **TFT**
T4 artışı, TSH azalması; toksik guatr. T4azalması, TSH artışı; hipotiroidi.
- **Tiroid otoantikörleri**
Hashimoto hastalığında saptanırlar.
- **Akciğer grafisi**
Tiroid karsinomunda metastatik odaklar (foliküler, anaplastik).
- **Toraks girişli akciğer grafisi**
Trakeal bası.
- **USG**
Kistik ve solid ayrımı. Bezin pozisyonu.
- **BT**
Bezin pozisyonu. Lokal yapılara bası/invazyon.
- **Radyoizotop görüntülemesi**
Sıcak ve soğuk nodüllerin ayrımı. Soğuk nodüller malign olabilir.
- **İİAS**
Benign ve malign ayrımı.
- **Laringoskopi**
Rekürren laringeal sinir tutulumu.

SPESİFİK TETKİKLER

- **Serum kalsitonin seviyesi**
Medüller tiroid karsinomunda kalsitonin artar
- **PTH**
MEN sendromunda yükselir.

▶ KASIK ŞIŞLIĞI

Bunlar, özellikle fıtıklar başta olmak üzere sık görülen klinik sorunlardır. Bu nedenle klinik muayenede önemlidirler.

NEDENLER

İnguinal ligamentin üzerinde

- Sebese kistler
- Lipom
- Direkt kasık fıtığı
- İndirekt kasık fıtığı
- İnmemiş testis
- Kord lipoması
- Kord hidroseli (nadir)
- Nuck kanalı hidroseli (nadir)

İnguinal ligamentin altında

- Sebese kistler
- Lipom
- Femoral fıtık
- Lenf düğümleri
- Safena varisi
- Femoral arter anevrizması (yalancı veya gerçek)
- İnmemiş testis
- Femoral sinirlerin nöromu (nadir)
- Kalça eklemi sinoviyomu (nadir)
- Obturator fıtık (nadir)
- Psoas absesi (nadir)

ANAMNEZ

Sebese kist

Hasta deride hareketli bir şişlikten yakınır. Kızarıklık, inflamasyon ve akıntılı olabilir.

Lipom

Hasta, yumuşak ağrısız bir şişlik ile başvurur.

Fıtıklar

Kasık fıtığı olan bir hasta, sırt üstü yattığında kaybolabilen veya itildiğinde içeri girebilen (redüktabl) bir şişlik ile başvurur. Hasta, gergin ve hassas olup redükte olmayan ve intestinal tıkanıklık semptom ve bulgularının eşlik ettiği bir şişlik ile de

başvurabilir. Femoral fıtık kadınlarda daha sıktır. Fıtıklarda bazen ani gerilme veya travma sonrasında gelişen Şişlik öyküsü bulunabilir.

İnmemiş testis

İnmemiş testis, kasıkta Şişlikle ortaya çıkabilir. Hasta veya hasta ocuksa annesi, skrotumda testis yokluğunu fark etmiş olabilir. Büyüme ve ağrı, inmemiş testislerde daha sık olabilen malign dönüŐümü gösterebilir.

Kord lipomu

Hasta kasıkta yumuşak Şişlik fark eder. Bu sıklıkla fıtık ile karıŐtırılır.

Kord hidroseli

İnguinal bölgede redükte olmayan bir Şişlik olarak kendini gösterebilir.

Nuck kanalı hidroseli

Spermatik kord hidroseline benzer, ancak kadınlarda görülür. Processus vaginaliste gelişen bir kisttir.

Lenf düğümleri

Lenf düğümleri, inguinal ligament altında Şişlik olarak ortaya çıkabilir. Ayrı , sert, hassas ve kızarık olabilirler veya birleŐip bir kitle oluŐturabilirler. Hasta bacağında bir lezyon fark etmiş olabilir. İnguinal lenfadenopati olduğunda tam bir anamnez alınmalıdır. Bu lenf düğümleri yalnız bacağın değil, aynı zamanda penisin, skrotum derisinin, anal kanalın alt yarısının, kalça derisinin, umblikus dahil olmak üzere umblikusa kadar olan alt karın duvarı derisinin de drenajını sağlar. Kadınlarda, labiumlar, vajinanın üçte bir alt kısmı ve uterus fundusunun drenajı, inguinal kanalda round ligamente eşlik eden lenfatikler yoluyla sağlanır. Bu nedenle, rektal kanama gibi anorektal hastalıklar ve uterus karsinomunu akla getiren vajinal kanama gibi jinekolojik hastalıklar açısından dikkatli bir anamnez alınmalıdır.

Safena varisi

Safena varisi, normalde bacağın aŐaĐısına doğru uzanan variköz venler ile ilişkilidir. Hasta, kasığın alt kısmında küçük, yumuşak mavimsi bir kitle fark edip başvurur.

Femoral arter anevrizması

Pulsatil, geniş bir kitle femoral anevrizmayı düşündürür. Kasıktan yapılmış bir arter giriŐimi veya femoral arter yoluyla

yapılmış bir arteriografi açısından sorgulanır. Bu durumlar yalancı anevrizma varlığını gösterir.

İnmemiş testis

İnmemiş testis, uyluğun üst kısmına inebilir ancak inişi Scarpa fasyasının uyluğun derin fasyasına yapışması ile durabilir.

Femoral sinir nöromu

Nadirdir ve uyluğun ön kısmında anestezi veya parestezi ile birlikte diz ekleminin açılmaması ile birlikte olabilir.

Kalça eklemi sinoviyomu

Nadirdir. Hasta kasığın derinlerinde kalça hareketlerini engelleyen bir şişlikten yakınır.

Obturator fıtığı

Nadirdir. Kесе obturator kanaldan geçer ve pektineusun derininde kasıkta kendini gösterebilir. Üstünde bulunan pektineus yüzünden şişlik nadiren palpe edilebilir. Tıkanıklık veya strangülasyon oluşana kadar genellikle tanı konamaz.

MUAYENE

Sebase kist

Deriye yapışık ve yapışma bölgesinde sıklıkla bir nokta görülür. Sebase kistler sert ve yuvaraktır ve alttaki dokunun üzerinde hareketlidir. İnflame oldukları zaman sıcak, kızarıklık ve hassas olabilir.

Lipom

Şişlik yumuşak, lobüle ve hareketlidir ve ne deriye ne de altındaki dokuya yapışık değildir. Redüktabl olmamaları ve öksürükle belirginleşmemeleri ile fıtıklardan ayrılabilir.

Fıtıklar

Fıtık redükte olabilir ve geniş bir alanda öksürükle fark edilebilir. İrredüktabl da olabilirler. İrredüktabl fıtıklar, (1) inkarsere – içerik ve kese duvarı arasındaki yapışıklıklar nedeniyle hapsolmuş; (2) tıkalı – ince barsak kese içindedir ve intestinal içerik geçemez; (3) strangüle – arteriyel kan akımı kesilir ve bunu gangreni izler. Son durumda şişlik hassas, üstündeki deri kızarıklık ve hasta ateşli ve taşikardik olabilir. İntestinal tıkanıklık bulguları bulunur.

İnguinal ve femoral fitıkların ayrımı önemlidir. İnguinal fitıklar, pubik tüberkülün üstünde ve medialinde, femoral fitık ise altında ve lateralinde uzanır. İnguinal fitık, direkt veya indirekt olabilir. İndirekt inguinal fitık, derin inguinal halkadan gelip inguinal kanaldan aşağı doğru iner. Direkt fitık, Hasselbach üçgeni (tabanı – inguinal ligament; dış kenarı – inferior epigastrik arter; iç kenarı – rektus abdominis kasının dış kenarı) yoluyla kanalın arka duvarı boyunca ilerler. Direkt ve indirekt fitıkların ayrımı için fitık redükte edilip, derin inguinal halkaya basınç uygulanıp hastaya öksürmesi söylenir. Fitık kesesi parmakların medialinde görülürse direkttir. Fitık yalnız derin inguinal halka üzerindeki basınç ortadan kaldırılıncaya görülüyorsa indirektir.

İnmemiş testis

İnmemiş testis, ektopik bir odakta olabileceği gibi (penis kökü, uyluk üst kısmı veya perine), normal iniş yolunda da olabilir. İnmemiş testis inguinal kanalda palpe edilemez – genellikle gevşek ve atrofiktir ve üzerindeki sert dış oblik aponeuroz nedeniyle bu yolda palpe edilemez. Bununla birlikte, testiste malignite gelişip sert ve düzensiz olursa inguinal kanalda palpe edilebilir. İnmemiş bir testis uyluğun üst kısmında inguinal ligamentin altında da palpe edilebilir. O taraftaki skrotum boş olacaktır. Testis, uyluğun üst kısmına birkaç santimetreden fazla inemez, çünkü inişi Scarpa fasyasının uyluğun derin fasyasına inguinal ligamentin altında yapışması nedeniyle engellenir. İnmemiş testis penis kökünde veya perinede de palpe edilebilir.

Kord lipomu

Hernide olduğu gibi öksürük impulsu ile ekspansil olmasa da kesin tanı ancak cerrahi ile mümkündür.

Kord hidroseli

Nadirdir. Kord hattı üzerinde düzgün, palpe edilebilir bir şişliktir. Öksürükle ekspansil olmazlar. Testise nazik bir traksiyon yapıldığında, kord hidroselinin kanaldan aşağıya doğru hareket ettiği hissedilebilir. Transilüminasyon gösterebilir.

Nuck kanalı hidroseli

Erkekteki kord hidroseline benzeyen bir şişlik kadında olduğunda Nuck kanalı hidroseli olarak tanımlanır. Bulgular,

erkekteki kord hidroselindekine benzerdir, ancak traksiyon uygulanacak herhangi bir şey yoktur.

Femoral fitik

Kadınlarda daha siktir. Pubik tüberkülün altında ve dış yanındadır. Öksürükle ekspansil olur. Redüktabl olabilir. Femoral fitik strangülasyonu, özellikle de Richter tipi söz konusu olduğunda nadir değildir. Pubik tüberkülün alt ve dış yanında gergin, hassas ve irredüktabl bir şişlik bulunur.

Lenf düğümleri

Lenf düğümleri, inguinal ligament altında palpe edilebilir. Klasik olarak gruplara ayrılırlar; (1) yüzeysel, yatay ve dikey alt grupları vardır; (2) derin. Pratikte, gruplar arasında ayırım yapmak güçtür. Kasıktaki lenf düğümleri ayrı ayrı veya sert, düzensiz ve birleşik olabilirler. Bu tip sıklıkla malign hastalık göstergesidir. Hassas olup fluktuasyon veren ve üzerindeki deride eritem olan lenf düğümleri sıklıkla infektiftir. Bu düğümlerin drene ettiği bütün bölgelerin palpe edilmesi önemlidir. Bunlar, sırasıyla, (1) tırnak altları dahil olmak üzere bacak derisi; (2) kalça derisi; (3) umblikus dahil olmak üzere umblikusa kadar olan alt karın duvarı derisi; (4) skrotum, penis ve glans penis derisi; (5) labiumlar ve vajinanın üçte bir alt kısmı; (6) anal kanalın alt yarısı; (7) uterus fundusudur. Bu nedenle yüzeysel yapıların muayenesinin yanında rektal tuşe ve iki elle vajinal muayene de yapılmalıdır.

Safena varisi

Safen veninin sonlanım bölgesinde yumuşak, komprese edilebilir bir dilatasyondur. Öksürük ile ekspansildir ve sırt üstü yatmakla kaybolur. Bacağın altına doğru perküsyon yapıldığında sıvı titreşimi hissedilir.

Femoral arter anevrizması

Femoral arter hattında geniş ve pulsatil bir kitle ile ortaya çıkar. Komşu bölgede, yalancı anevrizma göstergesi olabilecek skar araştırılır.

İnmemiş testis

İnmemiş testis, uyluğun üst kısmında inguinal ligamentin altında palpe edilebilir. O taraftaki skrotum boş olacaktır. Testis, uyluğun üst kısmına birkaç santimetreden fazla inemez, çünkü inişi Scarpa fasyasının uyluğun derin fasyasına inguinal ligamentin altında yapışması nedeniyle engellenir.

Femoral sinir nöromu

Nadirdir. Sinirin yolu boyunca (femoral arterin lateralinde) palpe edilebilir. Femoral sinir fonksiyonun kontrol edilir (uyluğun ön kısmında duyu; diz eklemi ekstansiyonu).

Kalça eklemi sinoviyomu

Nadirdir. Kasığın derinlerinde kalça eklemi ile ilişkili bir kalınlaşma olabilir. Kalça hareketleri kısıtlanabilir.

Obturator fıtığı

Nadirdir. Çok zayıf bir hastada kasığın iç kısmının derinlerinde bir şişlik hissedilebilir. Daha sık olarak, obturator fıtıklar intestinal tıkanıklıkla ortaya çıkıp tanı laparotomide konulabilir.

Psoas absesi

Nadirdir. Daha önceleri spinal TB ile birlikte olduğu düşünülürdü. Vertebra gövdesindeki soğuk bir abse psoas kılıfından aşağıya doğru boşalıp inguinal ligamentin altında, yumuşak ve fluktuasyon veren bir şişlik olarak ortaya çıkar. Bu günlerde ise psoas abselerinin çoğu, sağ kolondan psoas kılıfına perforasyonda olduğu gibi, içi boş bir organın retroperitona perforasyonuna bağlı olabilir.

GENEL TETKİKLER

Kasık şişliğinde tanı genellikle anamnez ve fizik muayene ile konulur.

- **TKS, ESH**
Hemoglobinde azalma; lenf düğümü tümörleri. Lökosit artışı ;lenf düğümü infeksiyonu, strangüle fıtık. ESH'da artma; lenf düğümü tümörleri ve spinal TB gibi infeksiyonlar.
- **USG**
Lipom, inmemiş testis, femoral arter anevrizması, psoas absesi.
- **Kalça grafisi**
Sinoviyomalı osteoartrit.
- **Karın grafisi**
Tıkalı/strangüle fıtık ile ilişkili intestinal tıkanıklık.

SPESİFİK TETKİKLER

- **Doppler incelemesi**
Anevrizma. Yalancı anevrizma. Safena varisi.
- **Torakolumbar omurga grafisi**
Spinal TB (psoas absesi)
- **BT**
Psoas absesi. Spinal TB.
- **MRG**
Psoas absesi. Spinal TB. Kord sıkışması.
- **Herniografi**
İnguinal veya femoral fıtık.
- **İİAS**
Lenf düğümü patolojisi.
- **Biyopsi**
Lenf düğümü patolojisi.

▶ DİŞ ETİ BOZUKLUKLARI

Özellikle diş eti kanaması olmak üzere diş eti bozuklukları sıktır. Kanamaya neden olan bozuklukların çoğu lokal infeksiyonlara bağlıdır, ancak sistemik hastalıkların bir bulgusu da olabilir.

NEDENLER

Kanama

- Diş hastalıkları
- İnfeksiyon
 - Bakteriyel
 - Viral
 - Fungal
- Kan diskrazileri
- İatrojenik
 - Antikoagülanlar
 - Kemoterapi
 - Radyoterapi

Hipertrofi

- Diş hastalığı ile ilişkili infeksiyon
- İlaçlar
 - Fenitoin
 - Nifedipin
 - Siklosporin

Retraksiyon

- Kronik periodontal hastalık
- Yaşlanma

Diğerleri

- Malignite (ülserler)
- Kurşun zehirlenmesi
- Arsenik zehirlenmesi

ANAMNEZ

Periodontal hastalık muhtemelen diş eti kanamasının en sık nedenidir. Kötü hijyen genellikle dişlerin görünümünden belli olur. İnfeksiyon sonucunda dişetleri kırmızı ve ödemli hal alır ve spontan olarak veya diş fırçalama ile kanarlar. Hastanın kemoterapi gördüğü veya kan diskrazisi oluşturan veya

tedavisi için lokal radyoterapi gördüğü bir malignite öyküsü olabilir. Ağızda herpes simplex düşündüren ağrılı lezyon hikayesi olabilir. İnfeksiyöz mononükleoz nadiren gingivostomatite neden olabilir. Hasta, halsizlik, letarji ve lenfadenopatinin eşlik ettiği ateşli bir hastalık ile başvurabilir. Malign infiltrasyon veya aplastik anemi gibi kemik iliği anormallikleri agranülositoz ve trombositopeniye yol açabilir. Agranülositoz enfeksiyona karşı dirençte azalma oluştururken, trombositopeni de kanamaya eğilime neden olabilir. Halsizlik ve letarji ile birlikte olup, lenfadenopati, morarma ve diğer orifislerden spontan kanama ile seyreden sistemik bir hastalık söz konusu olabilir. Hemofili veya von Willebrand hastalığı öyküsü bulunabilir. Daha nadir nedenler arasında, skorbüt (yaşlılarda subklinik C vitamini eksikliği oluşabilir) ve herediter hemorajik telanjiektazi sayılabilir. Soygeçmiş kanama eğilimi açısından sorgulanır. Tam bir ilaç öyküsü alınmalıdır. Hastanın fenitoin, nifedipin veya siklosporin alıp almadığını kontrol edilir. Özellikle arsenik ve kurşun olmak üzere mesleki temas kontrol edilir.

MUAYENE

Lokal

Diş etlerine inflamasyon ve kanama bulguları açısından bakılır. Patoloji yalnız diş etlerini mi, yoksa tüm oral kaviteyi mi etkiliyor? Dişlerin görünümünü çürükler ve periodontal hastalık açısından incelenir. Gingiva hiperplazisi bulgusu var mı? Gingiva hiperplazisinde, diş eti hipertrofisi daha çok dişlerin arasındaki papillaları etkiler. Diş etinde maligniteyi düşündüren lokalize ülser var mı? Diş eti retraksiyonu bulgusu var mı? Bu yaşlılıkta sıklıkla oluşur ancak kronik periodontal hastalık ile de ilişkili olabilir. Arsenik ve kurşun, diş eti kanamasının nadir nedenleridir. Diş eti, inflame ve şiş hale gelir ve kolayca kanar. Kurşun zehirlenmesi söz konusuysa, diş eti kenarında karakteristik mavi çizgilenme vardır. Kurşun zehirlenmesinin, deri pigmentasyonu, kusma, ishal ve el ayakları ve ayak tabanlarında hiperkeratoz gibi diğer bulguları bulunabilir. Arsenik zehirlenmesinde periferik nöropati bulguları bulunabilir.

Genel

Hastanın genel muayenesi yapılır. Sistemik bir hastalık bulgusu var mı? Lenfadenopati, hepatosplenomegali ve genel morarma açısından değerlendirilir. Telanjiektazi aranır.

GENEL TETKİKLER

- **TKS, ESH**
Hemoglobinde azalma; malignite ve malnütrisyon. Lökosit artışı; infeksiyon. Lökosit azalması kan diskrazisi ve kemoterapi. ESH'da artma; malignite ve infeksiyon. Trombositlerde azalma; trombositopeni.
- **Sürüntü**
Kültür ve yayma. İnfekte ülserler.

SPESİFİK TETKİKLER

- **Pıhtılaşma taraması**
Diskraziler ve antikoagülanlar.
- **Vitamin C düzeyi**
Skorbüt.
- **Biyopsi**
Malign ülserler.

▶ JİNEKOMASTİ

Jinekomasti erkek memesinin büyümesine denir. Memenin duktal ve bağ doku elemanlarında artış vardır. Bu durum, obes hastalarda ve ileri yaşta kilo kaybıyla birlikte gelişen, meme bölgesindeki yağ dokusu artışı ile karıştırılmamalıdır. Olguların çoğunda jinekomasti östrojen ile androjen oranında artışının sonucudur. Birçok olguda gerçek mekanizma ya bilinmemektedir ya da neden idiyopattir.

NEDENLER

Fizyolojik

- Yeni doğanlar
- Ergenlik
- Yaşlılık

Patolojik

- İlaçlar
 - Östrojenler
 - Siproteron
 - Spironolakton
 - Simetidin
 - Dijital
 - Griseofulvin
 - Amfetaminler
 - Trisiklik antidepresanlar
 - Kannabis
- Erkek memesi karsinomu
- Karaciğer yetersizliği
- Böbrek yetersizliği
- Hipertiroidi
- Hipogonadizm
 - Klinefelter sendromu
 - Agenezi
- Testiküler tümörler
- Diğer tümörler
 - Bronşiyal karsinom (uyumsuz hormon salınımı)
 - Pituitör tümörler (örn. prolaktinoma)
- Malnütrisyon
- İdiyopatik

ANAMNEZ

Yeni doğan bebeklerde jinekomasti plasental östrojenlerle ilişkilidir ve meme başından süt akışı (cadı sütü) eşlik edebilir. Hasta ergenlik döneminde mi? Daha hafif bir jinekomasti, ergenlik dönemi öncesinde erkek çocukların çoğunda oluşur. Bu sıklıkla geriler ancak sebat edip bir utanç kaynağı olabilir. Yaşlanma jinekomastisi, altıncı dekad ve sonrasında görülür.

Jinekomastili olguların çoğu, bir veya her iki memenin ağrısız veya hassas büyümesi ile başvurur. Patolojik nedenlerin çoğu ilaçlara bağlıdır. Dikkatli bir ilaç anamnezi alınmalıdır. Hipogonadizmi düşündüren inmemiş testis, iki taraflı torsiyon veya Klinefelter sendromu (XXY – uzun boy, meme ve pelvis etrafında kadınsı yağ dağılımı, normal erkek tipi kıl dağılımı, atrofik testisler) gibi bir hikaye var mı? Hasta testiküler bir şişlik fark etmiş mi? Karaciğer yetersizliği açısından alkol ve hepatit öyküsü sorgulanır. Hastanın kronik böbrek yetersizliği var mı? Diyaliz tedavisi görmekte olabileceği için bu öykü sıklıkla aşikardır. Hiperparatiroidi bulgusu var mı? Hastada optik kiazmayı etkileyen pituiter bir tümörü düşündürecek görme bozukluğu var mı?

MUAYENE

Lokal

Memelerin biri veya her ikisi etkilenmiş olabilir. Büyüme belirgin olup kadın memesini andırabilir, ancak bu nadirdir. Genellikle küçüktür ve areola arkasında yerleşmiştir. Şişlik yumuşak veya sert olabilir. Genç erkeklerde, sert büyüme areola arkasındaki bir doku diski ile sınırlıdır ve sıklıkla ergenlik çağında oluşur. Yaşlı bir erkekte sert ve düzensiz bir şişlik karsinomu akla getirmelidir. Yumuşak ve difüz büyümeler sıklıkla ilaçlarla ilişkilidir.

Genel

Aksiller ve supraklaviküler lenf düğümleri muayene edilir. Testisler kontrol edilir – atrofik veya büyümüş (tümör) olabilir. Hipertiroidi, karaciğer yetersizliği ve böbrek yetersizliği bulguları araştırılır. Hastanın kronik böbrek yetersizliği tedavisi için devamlı ambulatuvar periton dializ tüpü veya arteriovenöz fistülü bulunabilir.

GENEL TETKİKLER

- **TKS, ESH**
Hemoglobinde azalma; anemi – karaciğer yetersizliği.
ESH'da artma karaciğer hastalığı.
- **Üre ve Elektrolitler**
Böbrek yetersizliği.
- **KcFT**
Karaciğer yetersizliği
- **TFT**
Hipertiroidi.
- **Akciğer grafisi**
Primer tümör (uyumsuz hormon salgısı ile birlikte olan bronşiyal karsinom).

SPESİFİK TETKİKLER

- **İİAS**
Karsinom.
- **Mamografi**
Karsinom.
- **Biyopsi**
Malign ülseler
- **Kromozom analizi**
Klinefelter sendromu
- **βHCG**
Testis tümörü.
- **AFP**
Testis tümörü.
- **Bazal serum prolaktin düzeyi**
Prolaktinoma.
- **Kraniyal BT.**
Pituiter tümör.

▶ HEMATEMEZ

Hematemez kan kusulmasıdır. Gerçek kan olabileceği gibi, mide asidi ve sindirim enzimlerinin etkisiyle 'kahve telvesi' şeklinde de olabilir. Genellikle duodenojejunal bileşkenin proksimalindeki lezyonlar nedeniyle olur.

NEDENLER

Yutulmuş kan

- Epistaksis
- Hemoptizi

Özafagus

- Özafagus varisleri
- Reflü özafajit
- Özafagus karsinomu

Mide

- Peptik ülser
- Mallory-Weiss sendromu
- Akut mide erozyonları
- Karsinom
- Leiomyom (nadir)
- Herediter hemorajik telenjektazi (nadir)
- Vasküler malformasyonlar (nadir)

Duodenum

- Peptik ülser
- Duodenal divertikül
- Aortoduodenal fistül
- İnvazif pankreas tümörleri (nadir)
- Hemobili (nadir)

Kanama bozuklukları

- Karaciğer hastalığı
- Trombositopeni
- Hemofili

İlaçlar

- Antikoagülanlar
- Aspirin
- NSAİİ
- Steroidler

Diğer

- Üremi
- Bağı dokusu hastalığı

ANAMNEZ

Yutulmuş kan

Son zamanlarda olan epistaksis ve hemoptizi sorgulanır.

Özafagus

Özafagus varislerini düşündürecek aşırı alkol alımı veya diğer bir karaciğer hastalığı öyküsü bulunabilir. Özafajit açısından retrosternal yanıcı ağrı ve mide ekşimesi sorgulanır. Disfaji öyküsü sorulur. Özafagus varislerine bağlı kanama bol miktarda olurken, özafajit nedeniyle olan kanama daha az olur.

Mide

Epigastrik ağrı anamnezi peptik ülseri düşündürebilir. Steroid veya NSAİİ kullanım öyküsü bulunabilir. Mallory-Weiss sendromu, bol miktarda yemek ve alkol aldıktan sonra şiddetli bir kusma öyküsü olan genç hastalarda görülür. İlk kusmada yemekler, sonrakinde ise kan vardır. Akut mide erozyonları, büyük cerrahi girişimler, akut pankreatit, yanık (Curling ülseri) ve kafa yaralanması (Cushing ülseri) gibi stresli durumlarla birlikte olabilir. Karsinomda çok fazla kanama olması beklenmez. 'Kahve telvesi' şeklinde kusma olsa da, anemi sık bir başvuru nedenidir. Leiomyom orta derecede kanamaya neden olur. Sıklıkla öncülük eden bir öykü yoktur. Vasküler malformasyonlarda da öncülük eden bir öykü yoktur. Herediter hemorajik telenjektazi nadirdir. Hastada bu hastalık öyküsü olabilir veya dudakların etrafındaki veya oral kavitedeki telenjektaziler nedeniyle başvurabilir.

Duodenum

Duodenal lezyonlarda hematemizden çok melana görülür. Kronik duodenal ülser anamnezi bulunsa da başvuru sıklıkla akut olup fazla bir öykü bulunmayabilir. İnvazif pankreas tümörlerinden kanama nadirdir. Hasta, yorgunluk, letarji, kilo kaybı ve kusma ile başvurabilir. Hemobili nadirdir. Aortoduodenal fistül nadirdir ve sıklıkla anevrizma tamirini izleyen grafit infeksiyonu sonrasında oluşur. Masif hematemiz ve melana olur.

Kanama bozuklukları

Hasta hemofili gibi bir kanama bozukluğu öyküsü ile başvurabilir. Spontan morarma ve diğer orifislerden kanama anamnezi olabilir.

İlaçlar

Antikoagülan, steroid veya NSAİİ tedavisi öyküsü bulunabilir. Her zaman hastanın reçetesiz aspirin veya NSAİİ alıp almadığı dikkatli bir şekilde sorulmalıdır.

Diğerleri

Üremi kanamaya neden olabilir. Nefes darlığı, bulantı, halsizlik, periferik ödem veya koma hali bulunabilir. Gastrointestinal sistem kanaması nadiren bir bağ dokusu hastalığının başvuru semptomu olabilir.

MUAYENE

Kanamanın ciddiyetine bağlı olarak şok görülebilir. Hasta periferik vazokonstriksiyon ile birlikte soğuk ve terli olabilir. Taşikardi ve hipotansiyon bulunabilir.

Yutulmuş kan

Burun etrafında kan araştırılır. Hemoptizinin muhtemel nedenini araştırmak için akciğer muayenesi yapılır.

Özafagus

Neden özafagus varisleri olmadıkça anemi ve kilo kaybı bulguları dışında çok az fizik muayene bulgusu olabilir. Özafagus varisi saptandığında sarılık, asite bağlı karın gerginliği, arteriyel örümcek , palmar eritem, parmak çomaklaşması, jinekomasti, testiküler atrofi, kaput medusa, splenomegali veya hepatomegali bulunabilir.

Mide

Fizik muayenede çok az bulgu olabilir. Karsinomda, epigastrik bir kitle veya solda supraklaviküler lenfadenopati (Virchow düğümü) palpe edilebilir. Epigastrik hassasiyet bulunabilir. Herediter hemorajik telenjektazide dudaklarda ve ağızın mukozasında telenjektaziler bulunabilir.

Duodenum

Fizik muayenede epigastrik hassasiyet dışında çok az bulgu olabilir. İnvazif pankreas karsinomuna bağlı duodenal kanama nadirdir ve pankreas bölgesinde bir kitle palpe edilebilir.

Kanama bozuklukları

Morarma ve orifislerden kanama bulguları olabilir.

İlaçlar

Bulgular kanamanın ciddiyetine ve oluşan lezyonun lokalizasyonuna göre değişir.

Diğerleri

Sulukluk, bronz cilt rengi, akciğer ödemi, periferik ödem, perikardit, kardiyak tamponad, hipertansiyon ve retinopati gibi üremi bulguları olabilir. Hematemez nadiren, poliarteritis nodosa gibi bir bağ dokusu hastalığı ile ilişkili olabilir. Poliarteritis nodosanın nöropati, kalp hastalığı ve deri lezyonları gibi diğer bulguları da aşikar olabilir.

GENEL TETKİKLER

- **TKS, ESH**
Hemoglobinde azalma; karsinom gibi nedenlerle kronik kanamaya bağlı anemi. ESH'da artma; bağ dokusu hastalığı.
- **Üre ve Elektrolitler**
Üremide üre ve kreatinin yükselir. Barsaktan emilime bağlı olarak üre yükselebilir.
- **KcFT**
Karaciğer yetersizliği, özafagus varisleri, hemobili.
- **Pıhtılaşma taraması**
Karaciğer hastalığı, kanama diyatezi, antikoagülanlar.
- **ÖGD (Endoskopi)**
Varisler, özafajit, peptik ülser, mide erozyonları, Mallory-Weiss yırtığı, karsinom ve kanamanın daha nadir nedenlerini gösterir. Gerekğinde biyopsi yapılabilir.

SPESİFİK TETKİKLER

- **Arteriyografi**
Vasküler malformasyonlar. Vasküler malformasyonlar gibi daha nadir olan distal duodenal nedenleri de saptayabilir.
- **USG**
Aort anevrizması.
- **Akciğer grafisi**
Akciğer lezyonu.
- **BT**
Aort graft infeksiyonu.

▶ HEMATÜRİ

Hematürî, idrara kırmızı kan hücrelerinin geçişine denir. İdrar rengini değiştiren diğer durumlardan ayırt edilmesi önemlidir. Hematürisi olan tüm hastalar ayrıntılı olarak incelenmelidir. Eğer hematürî dipstick ile saptandıysa mikroskopi ile doğrulanmalıdır.

NEDENLER

Böbrek

- Glomerüler hastalıklar
- Polikistik böbrek
- Karsinom
- Taş
- Travma (böbrek biyopsisi dahil)
- TB
- Emboli
- Renal ven trombozu
- Vasküler malformasyon

Üreter

- Taş
- Neoplazi

Mesane

- Karsinom
- Taş
- Travma
- İnflamatuvar, örn. sistit, TB, schistosomiasis

Prostat

- Benign prostat hipertrofisi
- Karsinom

Üretra

- Travma
- Taş
- Üretrit
- Neoplazi

Genel

- Antikoagulan tedavi
- Trombositopeni

- Hemofili
- Orak hücre hastalığı
- Malarya
- Aşırı egzersiz

Kırmızı idrar

- Hemoglobinüri
- Miyoglobinüri
- Akut intermittan porfiri
- Pancar
- Senna
- Fenolftalein
- Rifampisin

ANAMNEZ

Hematüri ile birlikte infeksiyon ve inflamasyon varlığını düşündürülen ağrı var mı? Ağrısız hematüri sıklıkla tümör ve tüberkülozla ilişkilidir. Total hematüri (tüm akımın kanlı olması), üst üriner sistem ve mesane kaynaklı kanamayı düşündürür. Başlangıç hematürisi (akımın başlangıcında), üretra veya prostattan kanamayı düşündürür. Terminal hematüri (akımın sonunda), mesane veya prostattan kanamayı düşündürür. Polikistik böbrek hastalığı açısından soygeçmiş sorgulanır. Başka bir bölgede TB öyküsü olabilir. Yeni bir seyahat öyküsü var mı (schistosomiasis)? Böbrek hastalığını düşündürülen bir bel ağrısı var mı? Üreterden aşağıya doğru taş veya pıhtı indijini gösteren bir üreteral kolik anamnezi var mı? Mesane hastalığına suprapubik ağrı, pollaküri ve dizüri eşlik edebilir. Başlatma güçlüğü, azalmış akım ve noktüri gibi prostatizm semptomları var mı? Üretral yaralanma normalde aşikardır. Pelvik kırık veya ata biner tarzda düşüş sonrasında olabilir. Hasta antikoagülan kullanıyor mu? Kan diskrazisi öyküsü var mı? Orak hücre hastalığı kanıtı veya malarya teması anamnezi var mı? Aşırı egzersiz hematüriye neden olabilir. Yeni yapılmış böbrek biyopsisi var mı? İdrar renginin değişmesi birçok nedene bağlı olabilir. Hemoglobinüri hemolizle birlikte; miyoglobinüri ise ezilme veya kas iskemisi sonucunda oluşabilir. Hasta idrar rengini değiştirebilecek herhangi bir madde alımı açısından sorgulanır. Akut intermittan porfiri çok nadirdir ve birlikte karın ağrısı görülür. Hastanın idrarı ışıқта bekletildiğinde morumsu-kırmızı renk alır.

MUAYENE

Anemi, kilo kaybı, kronik böbrek yetersizliği bulguları aranır. Karın palpasyonunda hipernefroma ve distandü mesane saptanabilir. Rektal muayenede prostatta düzgün yüzeyle büyüme (benign prostat hipertrofisi) veya sert, yüzeyle düzensiz büyüme (karsinom) tespit edilebilir. Üretra trasesi taş ve neoplazi açısından muayene edilir. TB ve böbrek karsinomuna bağlı sekonder tutulum açısından akciğerler muayene edilir. Prostat karsinomu ve hipernefromaya bağlı metastazlar açısından lokalize kemik hassasiyeti değerlendirilir.

GENEL TETKİKLER

- **TKS, ESH**
Hemoglobinde azalma; belirgin hematüri ve malignite. Hemoglobinde artma; hipernefroma ile ilişkili polistemi. Lökosit artışı; infeksiyon. Trombositlerde azalma; kan diskrazisi. ESH' da artma; malignite ve TB.
- **İdrar mikroskopisi**
Kırmızı hücreler (hemoglobinüri ve idrar renginde değişimine yol açan maddelerden uzaklaştırır). İnfeksiyon durumunda lökositler. İnfeksiyonda organizmalar. Sitoloji.
- **Üre ve Elektrolitler**
Böbrek yetersizliği.
- **Pıhtılaşma testleri**
Antikoagülan tedavi. Kan diskrazileri.
- **Akciğer grafisi**
Metastazlar (hipernefromada top güllesi şeklinde metastazlar). TB.
- **Direkt karın grafisi**
Renal taş.

SPESİFİK TETKİKLER

- **PSA**
Prostat karsinomu.
- **Oraklaşma testi**
Orak hücre hastalığı.

- **İVP**
Taş, tümör ve TB.
- **USG**
Kistik veya solid ayrımı. Taş ve idrar yolu tıkanıklığı.
- **BT**
Tümör (doğrulama ve invazyon derecesi), kist ve tıkaçıcı üropati.
- **Sistoskopi**
İnfeksiyon, tümör ve taş.
- **Üreteroskopi**
Tümör ve tıkanıklık.
- **Selektif renal anjiyografi**
Vasküler malformasyon ve tümör.
- **Böbrek biyopsisi**
Glomerüler hastalık ve tümör.
- **Prostat biyopsisi**
Prostat karsinomu.

▶ HEMOPTİZİ

Hemoptizi, kan veya kanlı balgam çıkarılmasıdır. Masif hemoptizide ana öncelikler hava yolunun korunması ve tanı konmadan önce acil resüsitasyon tedbirlerini almaktır. .

NEDENLER

Solunumsal

- Bronşiyal karsinom
- Pnömoni
- TB
- Kronik bronşit
- Bronşiektazi
- Akciğer ödemi
- Goodpasture sendromu
- Wegener granülomatozu

Vasküler

- Pulmoner emboli
- Pulmoner hipertansiyon – mitral stenoz
- Herediter hemorajik telenjektazi

Sistemik

- Koagülasyon bozuklukları

ANAMNEZ

Başlangıç

Ani başlayan hemoptizi, pulmoner emboli ve akut solunum yolu infeksiyonları ile ilişkilidir. Diğer durumlar ise kronik tekrarlayıcı bir seyir gösterme eğilimindedirler. Ekpektore edilen kanın miktarı ayırıcı tanıda iyi bir özellik olmasa da, balgamı pembe boyamaya yetecek kadar düşük miktarda kan bulunması akciğer ödemi için karakteristiktir.

Akut başlangıçlı öksürükle birlikte hemoptizi solunum yolu infeksiyonları ve pulmoner embolide görülür. Kronik bronşit ve bronşiektazide eşlik eden balgam pürülan olabilir. Akciğer kanseri, tüberküloz ve mitral stenozunda balgama kan bulaşır.

Nefes darlığı

Uzun süreli nefes darlığı kronik akciğer hastalıkları ve mitral stenozu ile birlikte olabilir. Pulmoner embolide akut başlangıçlı nefes darlığına plöretik göğüs ağrısı eşlik edebilir. Akciğer ödemi ile birlikte olan nefes darlığının başlangıç hızı değişkendir ve sıklıkla sırt üstü yatmakla artar.

Kilo kaybı

Progresif kilo kaybı TB ve özellikle yoğun sigara anamnezi ile birlikte olduğunda bronşiyal kanseri düşündürür. Gece terlemeleri TB' nin eşlik eden bir semptom olabilir.

Diğer bölgelerden kanama

Hematüri Goodpasture sendromuna bağlı olabileceğinden diğer kanama bölgeleri dışlanmalıdır. Wegener granülomatozunda ve herediter hemorajik telenjektazide hemoptizi ve epistaksis birlikte olabilir. Balgam nazal pasajdan kaynaklanan kan ile karıştığı zaman epistaksis nadiren hemoptizi ile karışabilir.

Özgeçmiş ve ilaç öyküsü

Sistemik bir koagülasyon bozukluğunun belirlenmesi için dikkatli bir anamnez alınmalıdır. Hemofili gibi doğuştan nedenler olabileceği gibi, antikoagülan ilaç kullanımı ve DİK gibi edinsel nedenler de söz konusu olabilir. Romatizmal ateş öyküsü mitral stenozunu düşündürür. Birlikte böbrek hastalığı bulunduğu Goodpasture sendromu ve Wegener granülomatozu akla gelmelidir.

MUAYENE**İnspeksiyon**

Kaşeksi, karsinom, TB ve kronik akciğer hastalıklarının belirgin bir bulgusudur. Wegener granülomatozunda burun kemerinin kaybı ve burunda eyerleşme görülebilir. Çomak parmak (sayfa 69) bronşiyal karsinom, kronik bronşit ve bronşiektazi ile birlikte. Malar kızarıklık mitral yüz için karakteristiktir ve mitral stenozla birlikte olabilir. Mukozalarda küçük genişlemiş kan damarları herediter hemorajik telenjektazinin bulgularıdır. Büyük bir pulmoner embolide veya mitral stenoza sekonder kalp yetersizliğinde JVB artmış olabilir. Kronik bronşitte göğüs genişlemiş olup inspiratuvar hareketlerde azalma bulunabilir.

Palpasyon

Akut dönemde taşikardi çok sıktır. Taşikardi,öksürük, anksiyete veya kan kaybına bağlı olabilir. Düzensiz kalp vuruları mitral stenoz ile ilişkili atriyal fibrilasyonun göstergesi olabilir. Atriyal fibrilasyon saptanan hastalar genellikle antikoagulan tedavi kullanmaktadır. Supraklavikular lenfadenopati, akciğer infeksiyonu veya karsinomun göstergesi olabilir. Baldırlar palpe edilmeli ve çapı ölçülmelidir. Artmış hassasiyet ve çap artışı derin ven trombozunun ve bununla ilişkili pulmuner embolinin habercisi olabilir.

Perküsyon ve Oskültasyon

Lokalize krepitasyon ve bronşial sesler lobar pnömonide duyulabilir. Yaygın kaba krepitasyon bronşiektazi, akciğer ödemi ve kronik bronşitte duyulur. Solunum seslerindeki azalma ilerlemiş kronik bronşitte görülebilir. Bronşiyal karsinomlu hastalar, solunum yolu basısına bağlı wheezing, pulmoner kollaps, plevral efüzyon ve süperior vena cava obstrüksiyonunun klinik bulguları ile başvurabilir. Oskültasyonda mitral alanda 1. kalp sesinde şiddetlenme ve middiastolik rulman duyulması mitral stenozda görülür. Ekspiryumda ve sol lateral pozisyonda bu ses belirginleşir.

GENEL TETKİKLER

- **Balgam tetkiki**
Balgam mikroskopi,kültür ve sitoloji için toplanmalıdır.Balgam mikroskopisi ve kültürü ile infektif organizmalar izole edilebilir. Balgamın sitolojik incelemesinde malign hücreler saptanabilir. Tüberkülozdan şüphelenildiği zaman seri balgam kültürleri alınmalı, idrar, bronşiyal yıkama sıvısı ve bronkoskopi sırasında alınan biyopsi örneğinden kültürler gönderilmelidir.Daha hızlı tanı için polimeraz zincir reaksiyon teknikleri kullanılmalıdır.
- **EKG**
Şiddetli öksürük, anksiyete ve kan kaybına bağlı sinüs taşikardisi saptanır. Sağ kalp yüklenmesine ve pulmoner emboliye bağlı S1,Q3,T3 görüntüsü olabilir. Non spesifik ST anomalilerine sık rastlanır.

- **TKS**
Kronik hemoptizi sonucu oluşan demir eksikliğine bağlı anemi görülür. Akut kanamada 24 saate kadar kan sayımında değişiklikler olmayabilir. Lökosit sayısındaki artış, akut kanama veya solunum yolu infeksiyonuna bağlıdır. Monositoz tüberküloz'da görülebilir. Trombositopeni hematolojik bozukluklarla ilişkilidir.
- **Üre ve elektrolitler**
Böbrek bozuklukların göstergesi olarak üre ve kreatinin yüksekliği Wegener Granülomatosis veya Goodpasture sendromuna bağlı glomerulonefritte görülebilir. Akut kan kaybı ve sıvı kaybı, prerenal yetersizliğe neden olabilir.
- **Pıhtılaşma testleri**
Kanama bozukluklarında PT ve APTT testlerinde uzama görülebilir.
- **Göğüs Grafisi**
Akciğer grafisinde; akciğer ödemi ve bronkopnömonide konsolidasyona bağlı iki taraflı yamalı bölgeler görülebilir. Lobun tamamını tutan opasite lobar pnömoniye düşündürür. Pulmoner embolide pulmoner infarkta bağlı kama şeklinde görüntü olabilir. Goodpasture ve Wegener granülomatosis'de tekrarlayan intraalveoler hemorajilere bağlı atılmış pamuk görünümü görülebilir. Tüberküloz infeksiyonunda primer kompleks genellikle orta ve üst zonlarda görülür. Bu alanlarda kalsifikasyonlar görülür. Post primer tüberkülozda klasik olalak apikal gölgelenmeler görülür. Akciğer grafisi, komplike olmayan kronik bronşitte normal olabilir. Bronşiektazide persiste konsolidasyon ile birlikte genişlemiş bronşlar belirgin olarak görülebilir. Bronşiyal karsinoma bağlı periferik kitle, hiler kitle, lobun kollapsına bağlı atelektazi, plevral efüzyon görülebilir. Sağ kalp sınıırının çift görünümü mitral stenoza bağlı sol atrium genişlemesinde görülür. Pulmoner hipertansiyona bağlı santral pulmoner arter dilatasyonu ve sağ ventriküler genişleme görülebilir.
- **Bronkoskopi**
Fiberoptik bronkoskopi kanama lokalizasyonu için kullanılır. Buna ek olarak kanama bölgesinden patolojik inceleme için biyopsi alınır. Hereditär hemorajik telenjiektazide multipl arteriovenöz malformasyonlar görülür.

SPESİFİK TETKİKLER

- **Montoux testi (PPD)**
Dilüe Mantoux testi (1/10000) tüberkülozdan şüphelenilen hastalarda BCG aşısı yapılmayan bireylere uygulanır.
- **İdrar tahlili**
Wegener granulomatosis ve Goodpasture sendromunda glomerulonefrite bağlı olarak idrarda protein ve eritrosit silindirleri görülebilir.
- **Anti-glomerular bazal membran antikorları**
Goodpasture sendromu için karakteristiktir.
- **c-ANCA**
Wegener granulomatosisi artmış serum düzeyleri ile birlikte dir.
- **Böbrek biyopsisi**
Wegener granulomatosis ve Goodpasture sendromu tanısı koymada kullanılır.
- **Doku biyopsileri**
Akciğer kanserlerinin kesin tanısı bronoskopi, mediastinoskopi, BT altında biyopsi veya cerrahi rezeksiyonla alınan örneklerin sitolojik incelenmesi ile konur
- **Ventilasyon/Perfüzyon sintigrafisi**
Pulmoner emboli tanısında kullanılır. Pulmoner anjiyogram altın standart tanı yöntemidir.
- **BT**
Bronşektazi tanısında çok yararlıdır. Akciğer kanserlerinin evrelemede kullanılır.
- **EKO**
Akciğer ödeminde sol ventrikül fonksiyonlarını değerlendirmede kullanılır. Pulmoner embolizm tanısında büyük embolilere bağlı sağ kalp yetmezliğini göstermede kullanılır. Kardiyak kapakların değerlendirilmesinde ve mitral stenozunda mitral kapakçıkların hareket kısıtlılığını göstermede yararlıdır.

▶ EL DEFORMİTELERİ

El fonksiyonunun bozulması ciddi huzursuzluğa yol açabilir.

NEDENLER

Doğumsal

Oluşum Bozuklukları

- Parmak eksikliği
- Radyal çomak el

Ayrılma kusurları

- Sindaktili (parmakların bitişik olması)
- Kamptodaktili

Duplikasyon

- Ekstra parmak

Primer kas kontraktörleri

- Artrogriposis multiplex congenita

Edinsel

- Travma
- Yanıklar
- Dupuytren kontraktürü
- Romatoid Artrit
- Volkman iskemik kontraktürü
- Spinal kord lezyonu
 - Poliomyelit
 - Syringomiyeli
- Brakiyal pleksus lezyonları
- Periferik sinir lezyonları
- Multipl kondromlar (Ollier hastalığı-nadir)

ANAMNEZ

Doğumsal

Bu lezyonlar doğumda tanınır. Arthrogryposis multiplex konjenita mezenkimal dokunun ayrışamamasına bağlıdır. Sıklıkla nörolojik elementlerle birlikte bulunur. Büyük kontraktürler mevcuttur.

Edinsel***Travma ve yanıklar***

Travma ve yanık öyküsü aşikardır .

Dupuytren kontraktürü

Erken dönemde deformiteler çok azdır. Hastalar sadece yüzük parmağının tabanına yakın palmar yüzünde kalınlaşmadan şikayet ederler. Giderek hastalar parmaklarını düzeltmemekten yakınırırlar. Kavrama hareketi etkilenmiştir. Diyabet, epilepsi ve siroz hikayesi sorgulanmalıdır.

Romatoid artrit

El deformiteleri geliştiğinde tanı koymak kolaydır. El eklemlerinde büyük deformitelerle birlikte eklemlerde ağrı ve şişlik mevcuttur.

Volkman iskemik kontraktürü

Ön koldaki uzun fleksör kasların iskemiyeye bağlı kısılmasıyla oluşur. Öyküde travma ,örn. humerusun suprakondüler kırığı, kan akımında azalmaya yol açan sıkı alçı, arteriyal hastalıklar, örn. embolizm gibi sebepler bulunabilir. Parmak hareketleri ağrılı ve kısıtlıdır. Sinir basısına bağlı elde iğnelenmeler hissedilebilir. Sonunda pençe eli deformasyonu oluşur.

Spinal kord lezyonları

Ekstremitelerde deformitelerinde tanı genellikle kolay konulur. Anamnezde poliomyelit öyküsü olabilir.

Periferik sinir lezyonları

Genellikle travma hikayesi vardır. Periferik nöropatili hastalarda diyabet, üremi, konnektif doku hastalığı, lepra gibi periferik nöropati nedenleri akla gelmelidir.

Ollier hastalığı

Ekstremitelerde deformitelerle sonuçlanır. Kemik ve kıkırdak doku alanları düzensiz dağılmıştır. Hasta kemik ve eklem deformitelerinden şikayet eder. Ekstremiteler kısalmış olabilir. Kemik boyunca nodüller saptanabilir.

FİZİK MUAYENE

Doğumsal

Doğumsal anomaliler doğumda aşikardır. Başka yerlerdeki doğumsal anomalilerle birlikte.

Edinsel

Travma ve yanıklar

Travmanın tipine, derecesine göre çeşitli deformiteler görülür. Yanıklarda skar dokusu aşikardır.

Dupuytren kontraktürü

Muayenede yüzük parmağının tabanına yakın palmar fasiyada sert nodül saptanır. Nodül çevresindeki deride buruşukluk görülür. MKF eklem ve PIF eklem fleksiyonda, distal interfalangeal (DIF) eklem ekstansiyondadır. Ulnar parmaklar (yüzük ve küçük parmak) çoğunlukla etkilenmiştir.

Romatoid Artrit

Eklemler, özellikle MKF ve PIF eklemleri kalınlaşmıştır. Eklemler fusiform şekil almıştır. Parmaklarda ulnar deviasyon oluşur. El bileği ekleminde fleksiyon deformitesi ile birlikte ulnar deviasyon gelişebilir. Parmaklarda düğme iliği deformitesi ve kuğu boynu deformitesi görülebilir. Tendon rüptürü ve buna bağlı olarak çeşitli deformiteler oluşabilir.

Volkman iskemik kontraktürü

El derisi soluktur, zayıflamış ve pençe eli görünümündedir. Parmakların ekstansiyonu kısıtlıdır ancak el bileği fleksiyonda olduğunda düzelir. Ön kol kasları, fibrozise bağlı olarak sert ve gergindir.

Spinal kort lezyonları

Poliomyelit vakalarında genellikle öykü aşikardır. Ekstremiteler kızıl-mavi görünümde, zayıf ve deformedir. Syringomiyelide çeşitli el deformiteleri oluşabilir. Üst motor nöron hasarına bağlı olarak el bileği fleksiyonda sabit ve parmaklar baş parmakla birlikte adduksiyonda olabilir.

Brakiyal pleksus hasarı

Kolun yukarı doğru traksiyonunda brakiyal pleksusun en alt kök (T1) hasarına bağlı elin intrinsik kasları etkilenir. Pençe eli deformitesi oluşur (Klumpke paralizisi). Servikal sempatik zincirin basısına bağlı Horner sendromu oluşabilir.

Periferik sinir lezyonları

Mediyal epikondil hasarına bağlı olarak ulnar sinir lezyonları oluşabilir. El bileği, yakın zamanda oluşmuş laserasyon bulguları yönünden incelenmelidir. Ulnar sinir lezyonlarına bağlı parmaklarda intrinsik kaslarda paralizisi ve pençe eli görünümü oluşabilir. Pençe eli bulguları işaret ve orta parmakta mediyal sinirin inervasyonu nedeni ile daha azdır. İlerlemiş vakalarda el sırtındaki interosseal kaslarda belirgin atrofi görülür. Parmakların orta kısmında duyu kusuru oluşur. Eğer sinir hasarı dirsek bölgesinde oluşmuş ise fleksör dijitorum profundusa bağlı yüzük ve küçük parmakta paralizisi oluşur ancak bu iki parmağa bağlı pençe eli görünümü belirgin değildir.

El bileğindeki mediyan sinir hasarında tenar bölgede m. opponens pollicis paralizisine bağlı atrofi ve lateral 3^{1/2} parmakta duyu kusuru oluşur. Küçük nesnelere kaldırma gibi ince hareketleri yapamazlar. Dirsek lezyonlarında el bileği fleksiyonu zayıflar ve ön kol kaslarında atrofi görülür. Fleksör carpi ulnaris ve fleksör digitorum profundusun medial yarısına bağlı el bileğinde fleksiyon olurken el bileğinde ulnar deviasyon ortaya çıkar. Sıklıkla elin mediyal iki parmağı fleksiyonda, lateral iki parmağı ise dik olarak kalır.

Ollier hastalığı

Kemiklerde pek çok kondrom vardır. Sıklıkla ekstremitelerde kısıtlılığı ile ilişkilidir. Tek ekstremitede veya tek kemiği tutabilir.

GENEL TETKİKLER

Klinik muayene sırasında yukarıda tanımlanan birçok durum gözlemlenir.

- **TKS, ESH**
Hemoglobinde azalma; kronik hastalığa bağlı anemi.örn.romatoid artrit
- **CRP**
İnflamatuvar hastalıklarda yükselir.
- **Romotoid Faktör**
Romatoid artrit
- **KcFT**
Siroz (Dupuytren kontraktürü).
- **Serum glukoza**
Diyabet. Periferik nöropati. Dupuytren kontraktürü.

- **Kol grafisi**
Lokal kırıklar. Volkmann iskemik kontraktürüne neden olan humerus suprakondiler kırığı.
- **El grafisi**
Romatoid artrit, Ollier hastalığı (el kemiklerinde multipl translusent alanlar), travmaya bağlı yanlış kaynama bulguları.
- **MRG**
Siringomiyeli gibi spinal lezyonları göstermede kullanılır.
- **Sinir ileti çalışmaları, EMG**
Brakiyal preksus ve periferik sinir lezyonları

▶ BAŞ AĞRISI

Baş ağrısı olan bir hastayı değerlendirirken öncelikle hayatı tehdit eden durumları ortaya koymak önemlidir

NEDENLER

Akut baş ağrısı

- Travma
- Serebrovasküler
 - Subaraknoidal kanama
 - İntrakraniyal kanama/infarkt
- Menenjit
- Sistemik İnfeksiyonlar
- Akut dar açılı glokom

Kronik, tekrarlayan baş ağrıları

- Gerilim baş ağrısı
- Migren
- Küme tipi baş ağrısı
- Artmış kafaiçi basıncı (KİBAS)
 - Tümör
 - Hidrosefali
 - Serebral abse
- Temporal arterit
- İlaçlar
 - Gliseril trinitrat, nifedipin, madde yoksunluğu

ANAMNEZ

Başlangıç

Ani başlangıçlı şiddetli baş ağrısı genellikle vasküler nedenlere bağlıdır. Özellikle anevrizma rüptürüne bağlı subaraknoidal kanamada görülür. Küme tipi baş ağrısı ve migren dakikalar içinde şiddetlenir ve birkaç saat sürebilir. Halbuki menenjitte yavaş yavaş saatler, günler içinde gelişir. Progresif olarak günler haftalar içinde gelişen baş ağrısında, tümör veya kronik subdural hemoraji gibi kafa içi basıncını arttıran sebepler düşünülür. Migrende baş ağrısı aurayı takip edebilir.

Yeri

Klasik olarak migren tipi baş ağrısı tek taraflıdır. Temporal arteritte çene kladikasyonu ve yüzeysel temporal arterler üzerinde lokalize ağrı görülür. Glokomda oküler ağrı hissedilirken küme tipi baş ağrısında retroorbital ağrı hissedilir.

Karakter

Ağrının yoğunluğu nedenleri ayrımında daha az yardımcı olurken ağrının karakteri daha çok yardımcı olabilir. Gerilim tipi baş ağrısında sıkıştırma tarzında ağrı oluşur. Buna karşın KİBAS'de patlayıcı tarzda baş ağrısı hissedilir. Migrenle ilişkili baş ağrısında zonklayıcı tarzda ağrı mevcuttur.

Kolaylaştırıcı faktörler

KİBAS 'ye bağlı baş ağrılarını postür değişiklikleri, öksürük, hapsirme prespite edebilir ve bu ağrı sabahları kötüleşir. Fotofobi migren, menenjit ve glokoma bağlı baş ağrılarında görülebilir. Baş ağrıları arttığında karanlıkta uyumayı tercih ederler. Peynir gibi bazı yiyeceklerin migreni prespite ettiği bilinmektedir. Nezle, grip gibi sistemik hastalıklarda baş ağrısını uyarır. Temporal arteritte yüzeysel temporal artere dokunmakla ağrı prespite olur. Gliseril trinitrat ve nifedipin gibi ilaçların yan etkisi olarak baş ağrısı görülür. Madde bağımlılığı olanlarda yoksunluğa bağlı baş ağrısı görülebilir.

Birlikte olan semptomlar

Ense sertliği (meningizm) menenjit ve subaraknoidal kanamada saptanır. Glokomda görsel bulanıklık ve halo görünümü olabilir. Migrenli hastalarda ışık çarpması, görme alanında değişiklikler olabilir ve fotofobi, bulantı ve kusma ağrıya eşlik edebilir. Geçici nörolojik defisitler görülebilir. Abse, tümör, hemoraji gibi intrakranial yer kaplayıcı lezyonlarda baş ağrısı ile birlikte ilerleyici nörolojik defisitler oluşur. Temporal arteritin komplikasyonu olarak tek taraflı görme kaybı, proksimal kas güçsüzlüğü ve hassasiyet görülebilir. Glokom ve küme tipi baş ağrısında konjuktival kızarıklık görülür ve ileri dönemlerinde lakrimasyon eşlik edebilir. Normal basınçlı hidrosefalide baş ağrısıyla birlikte demans, dengesizlik, kusma ve ataksi görülür.

FİZİK MUAYENE

Ateş

Ateő, sistemik bir enfeksiyon veya menenjitini dűőndűrűr.

İnspeksiyon

Őuur durumu deĖerlendirilmeli, Glasgow koma skoru belirlenmelidir. Őuur kaybı menenjit, subaraknoidal kanama, KİBAS gibi altta yatan ciddi bir nedeni dűőndűrűr. İnspeksiyonda konjontival kızarıklık glokom ve kűme tipi baőaĖrısının akut ataĖı sırasında gűrűlűr. Dar aĖılı glokomda kornea puslu ve pupilla fiks ve yarı dilate gűrűnűmdedir. Klasik olarak meningokokal menenjitte cilte peteőial kanamalar gűrűlűr.

Palpasyon

Temporal arteritte temporal arter űzerinde pulsasyon alınamaz ve arter trasesi űzerinde hassasiyet saptanır.

Nűrolojik muayene

Yer kaplayıcı lezyonların yerini tespit etmek iĖin detaylı bir nűrolojik muayene yapılmalıdır. Tek taraflı gűrme kaybı temporal arteritte iskemik optik nűrite baĖlı olarak gűrűlebilir. Gűrme alanı defekti (hemianopsi) serebral korteksin karőı tarafındaki bir lezyona baĖlı olabilir. Fundoskopi, KİBAS'ye baĖlı papil űdemi gűsterebilir.

GeĖici hemipleji migrende gűrűlebilirken; ilerleyici hemipleji tűműr, intrakraniyal kanama gibi yer kaplayıcı lezyonlarda gűrűlűr. Ense sertliĖi menenjit veya suparaknoidal hemorajide saptanır. Menenjitte birlikte Kerning bulgusu (kalĖa fleksiyonda iken diz ekstansiyonunda aĖrı olması) gűrűlebilir.

GENEL TETKİKLER

- **TKS**
Lűkosit artıőı; menenjit, serebral abse ve sistemik enfeksiyonlarda gűrűlűr
- **ESH**
ESH'da artma ; temporal arterit, enfeksiyon, intrakraniyal kanamada gűrűlűr.
- **űre ve elektrolitler**
Bűbrek hastalığına bağlı hipertansif baőaĖrısının tanısına yardımcı olur.

SPESİFİK TETKİKLER

Birçok olguda klinik değerlendirme ile tanı konulur. Anamnez ve fizik muayene spesifik tetkikler için yol göstericidir.

- **Hemokültür**
Menejit ve sistemik infeksiyonların etyolojik tanısında kullanılır.
- **BT, MRG**
Nörolojik defisit varlığında kraniyumun anatomik yapısını göstermede oldukça etkin yöntemlerdir. Serebral tümörler yüksek veya düşük dansiteli kitleler olarak görülebilir. İntrakraniyal kanama ilk iki haftada yüksek dansiteli alanlar olarak saptanır. Ekstradural hematomlar lens şeklinde opasite olarak görülürken, subdural hematomlar ise yarım ay şeklinde görülürler. İki haftadan sonra . intrakraniyal hematomlar isodens şekle dönüşür ve zorlukla seçilirler. Genellikle sorunlu bir anevrizma veya arteriyovenöz malformasyon bu tetkiklerle nadir olarak görülür. Genişlemiş ventriküller hidrosefalinin göstergesi olabilir. Yüksek kontrastlı BT serebral abseyi göstermede oldukça spesifiktir.
- **Lomber Ponksiyon (LP)**
LP, artmış kafa içi basıncı dışlandıktan sonra menenjit veya subaraknoidal kanama şüphesinde atta yatan nedeni araştırmada kullanılır. Beyin omurilik sıvısının (BOS) bulanıklaşması menejiti düşündürür. BOS'nin sarıya boyanması (ksantokromi) ise subaraknoidal kanamada eritrositlerden hemoglobin yıkımına bağlı oluşur. BOS mikroskopisi, kültürü, sitolojik ve biyokimyasal (glukoz, protein) incelemeleri yapılmalıdır. Mikroskopide artmış lökosit sayısı menejiti düşündürür. Bakteriyel ve Tbc menenjitte glukoz düşer, protein düzeyi artar. Viral menenjitte glukoz düzeyi normal sınırlarda iken protein düzeyi hafif yükselmiştir.
- **Temporal Arter biyopsisi**
Temporal arteritte inflamasyon ve dev hücreler görülür. Biyopsinin normal olması segmenter tutulum nedeniyle hastalığı dışlamaz.
- **İntraoküler basınç ölçümleri**
Glokomda yüksek intraoküler basınç, tonometre ile gösterilir.

► HEMİPLEJİ

Hemipleji vücudun bir yarısının paralizisidir. Genellikle midservikal spinal kordon üzerindeki tek taraflı bir lezyondan kaynaklanır.

NEDENLER

Vasküler

- Serebrovasküler iskemi
- Serebral veya spinal infarkt
- İntraserebral kanama
- Serebral vaskülit

Travmatik

- Subdural hematom
- Ekstradural hematom

Diğerleri

- Epilepsi
- Serebral abse
- Beyin tümörü
- Multipl skleroz

ANAMNEZ

Başlangıç

Hemiplejinin oluşma hızı altta yatan nedeni ortaya çıkarmada yararlıdır. Ani gelişen hemipleji genellikle intraserebral kanama, infarkt, Geçici iskemik atak (TIA) gibi serebrovasküler olaya bağlıdır. Travma sonrası dakikalar, saatler içinde gelişen hemipleji subdural veya ekstradural kanamaya bağlıdır. Travma öyküsü aşikar olmasına rağmen yaşlı hastalarda kronik subdural hematom, belirgin travma olmaksızın köprü venlerdeki yırtılmaya bağlı oluşur. Subakut hemipleji multipl sklerozdaki demiyelinizasyona bağlı olarak gelişebilir. Yavaş başlangıçlı hemipleji genellikle tümöre, serebral veya kronik subdural kanamaya bağlıdır.

Kolaylaştırıcı Faktörler

Ekstradural ve subdural kanamalarda travma öyküsü belirgindir. Serebral abseler akciğer gibi uzak bir infeksiyon odağından hematogen yolla yayılıma bağlı oluşabilir,veya daha sıklıkla orta kulak, mastoid veya paranasal sinüs infeksiyonlarında komşuluk yoluyla oluşabilir. Geçici hemipleji, epileptik nöbetlere bağlı gelişebilir (Todd paralizi). Serebral abse, tümör gibi altta yatan yapısal anomaliler epileptik nöbetlere yol açabilir.

İlişkili Semptomlar

Multipl sklerozda demiyelinizasyonun multifokal natürüne bağlı olarak motor, duysal defisit, çift görme, optik nörite bağlı tek taraflı körlük görülebilir. Ekstradural hematoma, beyin tümörü, serebral abse gibi yer kaplayıcı lezyonlarda intrakranial basınç artışına bağlı sabahları, öksürüp hapşırarak artan baş ağrısı, bulantı, kusma, dengebozukluk görülebilir.

FİZİK MUAYENE

Nörolojik muayene lezyonun yerini belirlemede önemlidir. Frontal lobun motor alanını etkileyen kortikal lezyonlar total karşı taraf paralizi oluşturur. İnternal kapsül etkileyen lezyonlar benzer etkiler oluşturur. Orta beyin lezyonlarında yüzde aynı tarafta, ekstremitelerde karşı tarafta nörolojik defisit oluşur. Demiyelinizasyon ve serebral metastaza bağlı multifokal nörolojik defisitler görülür.

Lezyon yeri saptandıktan sonra nedeni tespit etmek için muayene devam etmelidir. Klinisyen, infeksiyonun göstergesi olan yüksek ateş varlığında serebral abse yönünden uyanık olmalıdır. Yüzün bir tarafındaki kaslarda seyirme (fasiyal myokimi) multipl sklerozu (MS) düşündürmelidir. MS'de servikal tutulumla ilgili olarak boyna fleksiyon yaptırıldığında el ve ayaklarda uyuşma (Lhermitte bulgusu) görülebilir.

Serebral abse durumunda kulak, mastoid, paranasal sinüs muayenesi yapılmalı ve bakteriyemiye neden olabilecek; akciğer, emboliye yol açan infektif endokardit gibi uzak odaklar aranmalıdır. Endokarditte parmaklar tırnak yatağı infarktı yönünden muayene edilmeli, yeni veya gelişen üfürüm yönünden prekordiyal oskültasyon yapılmalıdır.Nabız serabral emboliye sebep olabilen atriyal fibrilasyon yönünden

değerlendirilmelidir. İnme için risk faktörü olabilen hipertansiyon için kan basıncı ölçülmelidir. TIA sebebi olan aterosklerotik plakların göstergesi olan karotis üfürümü dinlenmelidir.

GENEL TETKİKLER

- **TKS**
Artmış lökosit sayısı infeksiyon, infarktın göstergesi olabilir.
- **ESH**
ESH'da artma infeksiyon, infarkt, vaskülit durumlarında görülür.
- **Üre ve elektrolitler, Mg, Ca ve Glukoz**
Elektrolit dengesizliği epileptik nöbetleri prespite edebilir.

SPESİFİK TETKİKLER

- **Hemokültür**
Serebral abseden şüphelenildiğinde istenir.
- **Kraniyal BT**
Serebral hemoraji, inme, kafa travması, tümör, abseyi göstermede kullanılır.
- **EEG**
Epilepsi tanısında kullanılır.
- **Lomber ponksiyon**
KİBAS dışlandıktan sonra yapılmalıdır. Multipl sklerozda BOS Ig G düzeyi yükselir.
Elektroforezde oligoklonal bant görülür.

▶ HEPATOMEGALİ

Hepatomegali karaciğerin büyümesidir. En sık nedenler arasında siroz, kalp yetersizliği ve sekonder maligniteler yer almaktadır.

NEDENLER

Hepatit / Enfeksiyonlar

Akut

- Viral
- Bakteriyel
- Protozoal
- Paraziter
- Alkole bağlı

Kronik

- Aktif hepatit

Konjesyon

- Konjestif kalp yetersizliği
- Konstrüktif perikardit
- Budd-Chiari sendromu
- İnfiltrasyon
- Karaciğer yağlanması
- Amiloidoz

Bilier sistem hastalıkları

- Ekstra hepatik tıkanıklık (pankreas karsinomu, safra yolu strüktürü)
- Sklerozan kolanjit
- Primer biliyer siroz

Maligniteler

- Metastazlar
- Hepatoma
- Miyeloproliferatif hastalıklar
- Miyelofibrozis
- Lösemiler

Metabolik

- Glikojen depo hastalıkları
- Hemakromatozis
- Wilson Hastalığı (Hepatolentiküler dejenerasyon)

Diğer nedenler

- Kriptojenik siroz
- Riedel lobu

ANAMNEZ**Hepatit / İnfeksiyonlar**

Hepatitli hasta ile temas edenler, kan transfüzyonu uygulananlar, ilaç bağımlılığı olanlar, homoseksüeller, hemofili hastaları, sağlık çalışanları, ıslah evleri ve hapisanelerde yaşayanlar, yurtdışı seyahati yapanlar hepatit açısından risk altındadırlar. Amebiyazis tüm dünyada, Hepatit B tropikal iklim ve Akdeniz ülkelerinde, hidatik hastalık ise Avustralya, Afrika, Galler gibi koyun yetiştiren ülkelerde görülmektedir. Leptospirozis farelerle infekte olmuş sularla bulaşır. Alkol bağımlılığı, Hepatit B ve Hepatit C kronik aktif hepatit sebepleri arasındadır. Genellikle hepatit/infeksiyon olgularının çoğu halsizlik, ateş, kilo kaybı ve sarılık belirtileri ile kendini gösterir.

Konjesyon

Konjestif kalp yetersizliği öyküsü mevcuttur. Hastalar, karaciğer kapsül gerilmesine bağlı üst abdominal ağrıdan şikayet ederler. Konstriktif perikarditte sıklıkla tüberküloz öyküsü vardır ancak perikarditin diğer nedenleri ile de gelişebilir örn.akut böbrek yetersizliği. Budd- Chiari sendromunda hepatic ven trombozu mevcuttur. Anamnezde oral kontraseptif kullanımı tromboza katkıda bulunabilir. Tümörler de Budd-Chiari sendromuna neden olabilir. Bu sendromda portal hipertansiyon, sarılık, siroz görülebilir.

İnfiltrasyon

Alkol bağımlılığı öyküsü olanlarda genellikle karaciğer yağlanması görülür. İnflamatuvar barsak hastalıkları, bronşiektazi, romatoid artrit gibi kronik infeksiyonlarda sekonder amiloidoz görülür.

Biliyer sistem hastalıkları

Öyküde, pankreas karsinomu veya safra yolu striktürü gibi biliyer sistem tıkanıklığına neden olabilen bir durum olabilir. Sklerozan kolanjit; sarılık ve ateşe yol açar ve inflamatuvar barsak hastalıkları ile birlikte. Primer bilier sirozun etyolojisi bilinmemektedir. %90 oranında kadınlarda görülmektedir. Bu hastalıkta tıkaçıcı tipte sarılık, kaşıntı ve hepatosplenomegali görülür. Hastalar idrar renginde koyulaşma ve gaita renginde açılma tanımlar.

Maligniteler

Ana sebep gastrointestinal veya bronş karsinomlara bağlı metastazlardır.Hepatoma nadirdir. Hepatomalı hastaların

özgeçmişinde Hepatit B infeksiyonu, oral kontraseptif kullanımı, aflatoksine maruziyet veya anabolik steroid kullanımı mevcuttur. Miyeloproliferatif hastalıklarda yorgunluk, letarji ve spontan kanamalar görülür.

Metabolik

Glikojen depo hastalıkları nadirdir. Genellikle hepatomegali doğumsaldır. Hemakromatozisin erken döneminde halsizlik, artralji ve hepatomegali görülür. Geç dönemde ise hastalarda ciltte pigmentasyon artışı, diyabet ve kalb yetersizliği görülür.

Diğer Sebepler

Kriptojenik sirozda belirgin bir sebep bulunmaksızın hepatomegali görülür. Riedels lobu genellikle asemptomatiktir ve tesadüfen saptanır. Riedel lobu karaciğer sağ lobunun kosta sınırı altına büyümesidir. Bu, normal anatomik bir değişikliktir.

FİZİK MUAYENE

Karaciğer, büyümeden veya pulmoner hiperinflasyona bağlı (örn.amfizem) aşağı itilme olmadan ele gelmez. Karaciğerin üst sınırı perküsyonla belirlenir ve genellikle mid-aksiller çizgide 8. kosta seviyesindedir. Karaciğer kenarı keskin veya künt olabilir ve yüzeyi düzgün veya nodüler olabilir.

Sarılık olmaksızın generalize büyüme

Siroz
Konjestif kalp yetersizliği
Retikülozis
Budd-Chiari sendromu
Amiloidoz

Sarılıkla birlikte generalize büyüme

Viral hepatit
Biliyer sistem tıkanıklığı
Kolanjit

Sarılık olmaksızın düzensiz büyüme

Sekonder tümörler
Makronodüler Siroz
Polikistik karaciğer hastalığı
Primer tümörler

Sarılıkla birlikte düzensiz büyüme

Siroz

Yaygın karaciğer metastazları

Lokalize büyüme

Riedel lobu

Hidatik kist

Amibik abse

Primer karsinom

Genel fizik muayene

Hastalara genel fizik muayene yapılmalıdır. Karaciğer yetersizliğine bağlı fizik muayene bulguları olarak; sarılık, flepping tremor, asit, palmar eritem, arteriyel örümcek, çomak parmak, jinekomasti, testiküler atrofi, kaput medusa, periferik ödem, Dupuytren kontraktürü, ksantom, mental değişiklikler, koma ve kanama diyatezi bulguları görülür. Wilson hastalığı açısından Kayser-Fleischer halkası araştırılmalıdır.

Konjesyon

Konjestif kalp yetersizliği bulguları, periferik ödem ve karaciğer üzerinde hassasiyet ve JVB artışıdır. Budd-Chiari sendromuna bağlı akut asit ve sağ üst kadranda ağrısı görülür. Konstriktif perikarditte sağ kalp yetersizliğine bağlı asit, pulsus paradoksus (jugüler venöz basıncın inspiryumda paradoksik olarak artması) ve hipotansiyon görülür.

Biliyer sistem hastalıkları

Belirgin sarılık görülür. Primer maligniteyle ilişkili olarak kitle ele gelebilir. Pankreas başı karsinomunda safra kesesi ele gelebilir (Courvoisier bulgusu). Primer biliyer siroz parmak çomaklaşması, ksantom, artralji, hirsütizm, portal hipertansiyon ve ciltte pigmentasyon ile birlikte görülebilir.

Depo hastalıkları

Hemakromatozise bağlı olarak portal hipertansiyon bulguları ve ciltte pigmentasyon artışı görülebilir.

Maligniteler

Sarılık ve asit olabilir. Primer maligniteyi gösteren karında kitle olabilir. Miyeloproliferatif hastalıklarda hepatomegaliye ek olarak splenomegali ve lenfadenopati görülebilir.

GENEL TETKİKLER

- **TKS, ESH**
Hemoglobinde azalma : Maligniteler, miyeloproliferatif hastalıklar
Lökosit artışı: İnfeksiyon, lösemi
Trombosit düşüklüğü: Lösemilerde
ESH'da artma; İnfeksiyonlar ve maligniteler
- **Üre ve elektrolitler**
Kreatinin değerleri karaciğer yetersizliğinde sıklıkla değişir.
Amiloidozda böbrek yetersizliği görülür.
- **KcFT**
Hepatitte karaciğer enzimleri bozular. Alkalen fosfataz obstrüksiyonda belirgin olarak yükselir. Hepatomegalinin nedenlerine bağlı çeşitli değişiklikler görülür.
- **Pıhtılaşma testleri**
Pıhtılaşma faktörlerinin eksikliğine bağlı PT uzaması görülür.
- **Hepatit serolojisi**
Hepatit nedenlerine göre yükselir.

SPESİFİK TETKİKLER

- **Serum demir, TDBK ve Serum ferritin**
Hemakromatoziste anormal değerler görülür.
- **Kan, idrar, BOS kültürü**
Leptospiroziste pozitifdir.
- **Antikor tetkikleri**
Antimikrozomal antikorlar (AMA) primer biliyer sirozda yükselir.
- **Kemik iliği aspirasyonu**
Miyelofibrozis ve lösemiye gösterir.
- **USG**
Siroz, amip absesi, hidatik kist, riedel lobunu gösterir.
- **BT**
Pankreatik lezyonlar, siroz, karaciğer kistlerini gösterir.
- **MRCP**
Striktür, taş gibi duktal anomalileri gösterir.
- **Karaciğer biyopsisi**
Amiloidoz ve malignite gibi nedenlerin tanısında kullanılır.

▶ HIÇKIRIK

Hiçkırık diyafragmanın istemsiz kasılması ve glottisin ani kapanması ile ortaya çıkan bir sestir.Olguların çoğunda kendiliğinden geçer. En sık hızlı yemek yeme, hızlı sıvı alımı ve fazla hava yutmaya bağlı gastrik distansiyon sonucu ortaya çıkar. İnatçı hiçkırık nedenleri aşağıdaki nedenlerdir.

NEDENLER

Frenik sinir irritasyonu

- Özafageal karsinom
- Torasik cerrahi
- Akciğer tümörü

Diyafragmatik irritasyon

- Alt lob pnömonisi
- Ampiyem
- Subfrenik abse
- Diyafragmatik herni
- Gastrik distansiyon

SSS ile ilişkili nedenler

- Ensefalit
- Menenjit
- Tümörler
- İntrakraniyal hemoraji
- Beyin sapı lezyonu

Diğer nedenler

- Histeri
- Üremi
- Toksik

ANAMNEZ

Hiçkırık ağırlıklı olarak solunum sistemi, gastrointestinal sistem ve sinir sisteminden kaynaklanır. Bu nedenle anamnezleri sistemlere yöneliktir.

Solunum sistemi anamnezi

Solunum sistemi infeksiyonlarında, öksürük, pürülan balgam görülür.Ancak pnömonili hastaların genel durumları daha

kötüdür ve üşüme titreme ,ateş vardır. Pnömoni ve toraks cerrahisi geçiren hastaların seyrinde düşmeyen ateş, plöretik göğüs ağrısı, mevcut semptomlarının gerilememesi ampiyemin habercisi olabilir. Hiçkırık nadiren torasik cerrahi komplikasyonu olarak oluşabilir.Sigara içenlerde kronik öksürükle birlikte hemoptizi ve kilo kaybı olduğunda bronşiyal tümör düşünülür.

Gastrointestinal anamnez

Hızlı ilerleyen ağrısız disfaji özafagus karsinomuna bağlı olabilir. Doğumda diyafragma hernileri solunum sıkıntısı ile birlikte görülebilir. Erişkinde diyafragma hernileri çoğunlukla asemptomatiktir ve akciğer grafilerinde tesadüfen görülür.Karın cerrahisi sonrası veya apandisit, kolesistit gibi lokalize inflamatuvar hastalıklar sonrası düşmeyen ateş ve halsizlik durumunda karın içi abse gelişmiş olabilir. Sık olarak subfrenik alanda abse oluşumu görülebilir. Bu durumda geçmeyen hiçkırık ve omuza, skapula ve boyuna yayılan ağrı olabilir. Plevral efüzyon eşlik edebilir.

Nörolojik anamnez

Ateş, baş ağrısı, fotofobi, ense sertliği menenjitte görülür. Ensefalitli hastalarda konfüzyon, bilinç değişiklikleri ve nöbet görülebilir. Beyin sapı anatomik olarak kompleks bir yapıdır. Bu nedenle, buradaki infarkt ve tümörün oluşturduğu semptomlar kranial sinirlerin tutulum ve yaygınlığına bağlı olarak değişebilir. Çift görme, yutma güçlüğü, dizartri, yüzde duyu kaybı görülebilir. İnfarkt ve kanama nedeniyle oluşan kortikal lezyonlarda afazi, görme alanı defekti ve hemipleji görülebilir. Tümör ve serebral infarkta bağlı belirtilerin ayırımında esas olan başlangıç hızıdır. İnme ani gelişir, tümöral nedenlere bağlı belirtiler ise ilerleyicidir.

Diğer sebepler

Bütün hiçkırıklar uyumaya engel olabilirler. Histerik hiçkırık ise uyurken durur. Üremiye bağlı hiçkırık görülebilir.

FİZİK MUAYENE

Geçmeyen hiçkırığın önemli bir kısmı ateşle ilişkilidir. Yüksek ateş; ampiyem, subfrenik abse gibi cerehat kolleksiyonunu düşündürmelidir.Karın muayenesi yapılmalıdır. Apendisit,

kolesistit gibi subfrenik abseye yol açabilecek durumlarda karında hassasiyet mevcuttur. Abdominal absede cilt yüzeyinde ve alt göğüs duvarında hassasiyet saptanır.

Solunum sistemi muayenesinde geniş ampiyem veya karsinoma bağlı plevral efüzyon sonucu trakeal deviasyon saptanır. Plevral efüzyon veya ampiyemde konsolidasyon alanında perküsyonda matite alınır. Geniş diafragmatik herni, diafragmayı yükselterek efüzyona benzer klinik bulgular oluşturur. Pnömoniye bağlı konsolidasyon alanlarında kaba krepatasyonlar duyulur. Konsolidasyona bağlı vibrasyon torasik artmıştır. Plevral efüzyon ve ampiyemde ise azalır.

Nörolojik uayene belirli bir anatomik bölgeye ait olan hasarın bulgularını saptamak amacıyla yapılır. Menenjit için özel testler yapılmalıdır. Menenjitte Kerning bulgusu (diz ve kalçada fleksiyonda iken dizin ekstansiyona getirilmesinde ağrı) ve Brudzinski bulgusu (boynun fleksiyonu diz ve kalçada fleksiyona yol açar) saptanır.

GENEL TETKİKLER

Spesifik tetkiklere yönlendirecek anamnezin olmaması durumunda öncelikle genel tetkikler yapılmalıdır.

- **TKS**
İnfeksiyon ve malignitede lökositoz görülür.
- **ESH**
İnfeksiyon ve malignitede artar.
- **Üre ve elektrolitler**
Üre ve kreatinin böbrek yetersizliğinde artar.
- **Akciğer grafisi**
Periferik opasite, kavitasyon, hiler kitle, bir lobun kollabe olması karsinomu düşündürür. Pnömonide konsolidasyon görülür. Ampiyem ve plevral efüzyonda sıvının üst sınırı oblik ve koltuk altına doğru yükselir (Damoiseau hattı). Hemidiyafragmanın yükselmesi karsinom infiltrasyonuna bağlı frenik sinir hasarından olabilir. Diyafragmatik hernide de benzer görünüm saptanır.

SPESİFİK TETKİKLER

- **Üst GİS Endoskopi, biyopsi**
Özafageal karsinom tanısını koydurur.

- **Bronkoskopi ve Mediastinoskopi**
Bronşiyal karsinomda biyopsi için kullanılır.
- **Toraks BT**
Bronşiyal karsinom, ampiyem lokalizasyonunda kullanılır.
- **Kraniyal BT, MRG**
Tümör ve infarkta düşük dansiteli alanlar görülebilir.
Tümör ve kanamanın oluşturduğu kitle etkisine bağlı şift saptanabilir. İntrakraniyal kanamaya bağlı yüksek dansiteli alanlar görülebilir. İntrakraniyal basınç artışı saptandığında lomber ponksiyon kontraindikedir.
- **EEG**
Ensefalitte periyodik kompleks formasyonu ve yavaş ritimde dalgalar saptanır.
- **Lomber ponksiyon**
Meningit ve ensefalit tanısında kullanılır. Yüksek lenfosit sayısı çoğunlukla viral etyolojiye bağlıdır.

► HİRSUTİZM

Hirsütizm kadında erkek tipi kıllanmanın ortaya çıkmasıdır. Virilizme eş anlamlı değildir. Virilizm hirsütizme ek olarak kadında erkek tipi sekonder seks karakterlerinin gelişmesidir. Hipertrikozis her iki cinste de aşırı kıllanma oluşumudur.

NEDENLER

Fizyolojik

- Ailesel
- Senil

Patolojik

İlaça bağlı

- Progesteron
- Testesteron
- Siklosporin
- Antiepileptik ilaçlar (Fenitoin gibi)
- Minoksidil

Hipofize bağlı

- Prolaktinoma
- Akromegali

Overiyal

- Polikistik over sendromu
- Androjen salgılayan tümörler

Sürrenal

- Cushing Sendromu
- Androjen salgıyan tümörler
- Konjenital sürrenal hiperplazi

ANAMNEZ

Genel

Hirsütizmin başlangıç ve süresi nedeni belirlemede yardımcı olur. Çocuklukta başlayan hirsütizm hikayesi konjenital sürrenal hiperplaziyi düşündürür. Erişkin bir kadında ani hirsütizm ortaya çıkması androjen salgılayan over veya sürrenal kaynaklı tümörü düşündürür. .Ailesel bir etyolojiyi

ortaya çıkarmak açısından akrabalarında benzer problem olup olmadığı sorgulanmalıdır. BRCA gen mutasyonu ile ilişkili famiyal over karsinomu gibi famiyal kanser sendromları dikkatle sorgulanmalıdır. Aşırı androjenler virilizasyona neden olur ve akne, sesde kalınlaşma gibi semptomlar oluşturur.

Menstrüel anamnez

Detaylı olarak menstrüel siklusun başlangıcı, süresi, düzeni sorgulanmalıdır. Amenore durumunda polikistik over sendromu, konjenital sürrenal hiperplazisi ve prolaktinoma düşünülmelidir. Ek olarak prolaktinomanın seyrinde galaktore görülür.

İlaç anamnezi

İlaç hikayesinde progesteron içeren hormon replasman tedavisi ve oral kontraseptif ilaçlar sorgulanmalıdır. Yan etki olarak hirsutizm yapan ilaçlar ise vucut geliştirmede kullanılan anabolik steroidler, epilepside kullanılan fenitoin, hipertansiyon tedavisinde kullanılan minoksidil, organ transpanlı hastalarda immünosüpresif ilaç olarak kullanılan siklosporindir.

Eşlik eden semptomlar

Kilo alımı, Cushing sendromunda ayrıca polikistik over sendromunda da sıkça görülen bir semptomdur. Baş ağrısı, bulantı ve görme alanı kaybı akromegali, Cushing hastalığı, prolaktinoma gibi hipofiz adenomlarında görülür. Cushing hastalığında ciltte incelleme ve kolay yaralanma, karında erguvani strialar, proksimal kas güçsüzlüğü görülür. Akromegalili hastalarda, kas güçsüzlüğü eklem ağrısı, yüz görünümünde genişleme, çene, eller ve ayaklarda büyümeye ilişkili olarak şapka, eldiven ve ayakkabı numarasında büyüme görülür. Tuzak nöropatlere bağlı parastezi görülebilir. Polikistik over sendromu ve hiperprolaktinemi infertilite ile sonuçlanabilir.

FİZİK MUAYENE

Saç, kıl dağılım paterni dikkatle incelenmelidir. Normal varyasyonda olduğu gibi hirsutizm çene, göğüs ve ekstremitelerde olur. Erkek tipi pubik kıllanma ve erkek tipi frontal kellik görülebilir. Omuz kas kitlesinde artma, kliteromegali gibi virilizm bulguları yönünden dikkatli inspeksiyon yapılmalıdır. Turunkal obesite Cushing

sendromunda görülürken, yaygın obesite polikistik over sendromunda görülür. Polikistik over sendromuna akantozis nigrikans eşlik edebilir.

Birlikte olabilecek endokrin hastalıkları ortaya çıkarmak üzere inspeksiyon dikkatlice devam etmelidir. Akromegalide kaba yağlı deri, supraorbital kısımda belirginleşme, geniş burun, prognatizm, dilde büyüme, çenenin uyumsuz kapanması, dişler arası mesafede artma, el ve ayaklarda büyüme görülür. Cushing sendromunda ise aydede yüzü, turunkal obesite, buffalo hörgücü, ciltte incelme ve kolay zedelenme, erguvani strialar, proksimal kas güçsüzlüğü olur. Hipertansiyon, diyabet, görme alanı defekti (bitemporal hemianopsi) Cushing sendromu ve akromegalide görülebilir. Ek olarak, görme alanı defekti prolaktinomada da görülebilir. Hipertansiyon konjenital sürrenal hiperplazi ile birlikte.

Sürrenal veya overe ait büyük bir kitlenin dışlanması için karın ve pelvik muayenesi yapılmalıdır.

GENEL TETKİKLER

- **İdrar dipstik**
Glukoz saptanması diyabeti düşündürür. Diyabet; akromegali ve Cushing hastalığı seyrinde görülebilir. Ek olarak polikistik over sendromu insülin direnci ile birlikte olabilir.
- **Üre ve elektrolitler**
Tuz kaybettiren konjenital sürrenal hiperplazide sodyum ve potasyum düzeyi düşük olabilir.
- **Serum glukoz düzeyi**
Akromegali, Cushing hastalığı ve polikistik over sendromu ile birlikte diyabet ve insülin direnci görülebilir.
- **Serum Testesteron ve DHEA düzeyi**
Aşırı androjen salınımı neoplastik bir orijini düşündürür ve detaylı araştırmayı gerektirir.

SPESİFİK TETKİKLER

- **24 saatlik idrarda serbest kortizol düzeyi**
Yüksekliği Cushing sendromunu düşündürür.
- **Düşük doz dexametazon supresyon testi**
Supresyon sağlanmaması Cushing sendromunu düşündürür.

- **Oral glukoz tolerans testi ile birlikte büyüme hormonu ölçümleri**
OGTT ile supresyonun olmaması veya büyüme hormon düzeyine artma akromegalide görülür.
- **IGF-1**
Akromegalide düzeyi artar.
- **Plazma prolaktin düzeyi**
Prolaktinomada artar.
- **Plazma 17- Hidroksiprogesteron**
Konjenital sürrenal hiperplazide yükselir.
- **CA-125**
Over karsinomlarında yükselir.
- **Karın ve pelvis USG**
Polikistik over sendromu, over karsinomu tanısında kullanılır.
- **Karın ve pelvis BT**
Sürrenal ve over karsinomu tanısında yararlıdır
- **Kraniyal BT**
Hipofiz tümörleri tanısında kullanılır.

▶ HİPERTANSİYON

Hipertansiyon kan basıncının yükselmesidir. Bir hafta boyunca yapılan ayrı ayrı ölçümlerde üç veya daha fazlasında 140/90 mmHg ve üzerindeki kan basıncı hipertansiyon olarak tanımlanır. Hastaların çoğunda esansiyel hipertansiyon mevcuttur. % 10 dan daha az hastada altta yatan bir neden bulunur.

NEDENLER

Böbreğe ait

- Renal parenkimal hastalıklar
- Renal arter darlığı
- Kronik glomerulonefrit
- Polikistik böbrek hastalıkları
- Konektif doku hastalıkları (özellikle sistemik sklerosis)
- Diyabetik nefropati

Endokrin

- Sürrenal
 - Conn sendromu
 - Feokromasitoma
- Cushing sendromu
- Akromegali

İlaçlar

- Östrojen içeren oral kontraseptifler
- Glukokortikoidler- Kortikosteroidler
- Mineralokortikoidler- liquorice
- Monoaminooksidaz inhibitörleri ve tiramin
- Sempatomimetikler- inhaler salbutamol

Kardiyovasküler

- Aort koarktasyonu

ANAMNEZ

Komplikasyonsuz esansiyel hipertansiyonlu hastalar asemptomatiktir ve rutin fizik muayene sırasında saptanır.

Sekonder hipertansiyonlu hastalar ise alta yatan hastalığa bağlı semptomlarından şikayet ederler.

Kronik piyelonefritli hastalarda tekrarlayan üriner sistem infeksiyonları, bel ağrısı, ateş ve çocuklukta üriner sistem infeksiyonları ve enüresis mevcuttur. Hipertansiyon bazı hastalıkların komplikasyonu olarak görülebilir. Özellikle akut nefritik sendromla birlikte olur. Nefritik sendromlu hastalarda halsizlik, yorgunluk, hematüri, oligüri ve ödem mevcuttur.

Conn sendromunda hastalarda hipokalemiye bağlı kas güçsüzlüğü, halsizlik, idrar konsantrasyon bozukluğuna bağlı poliüri görülür. Feokromasitomada paroksizmal baş ağrısı, terleme, çarpıntı ve kızarıklık görülür. Klasik olarak hastalarda hipertansiyon atakları olur.

Cushing sendromunda kilo alımı, kıllanma artışı, akne, abdominal stria, kas güçsüzlüğü, sırt ağrısı ve depresyon gibi semptomlar olabilir. Akromegalili hastalarda baş ağrısı, galaktore, seste kalınlaşma, kas güçsüzlüğü, eklem ağrısı görülür. Baş ve ellerde büyümeye bağlı şapka ve yüzük dar gelir. Hipertansiyona yol açabilecek ilaçlar yönünden hastalar ayrıntılı olarak sorgulanmalıdır.

FİZİK MUAYENE

İnspeksiyon

İnspeksiyonda, akromegalili bir hastada deride yağlanma ve kalınlaşma, eller, ayaklar ve dilde büyüme görülür. Supraorbital bölgede belirginleşme, burunda büyüme, çenede protrüzyon, interdental ayrılma gözlenir. Görme alanı testinde bitemporal hemianopsi saptanır. Bu bulgu hipofiz adenomunun optik sinire basısına bağlı olarak akromegali ve Cushing hastalığında görülebilir. Cushing hastalığında ek olarak turunkal obesite, akne, aydede yüzü, kolay zedelenme, stria, kifoz ve proksimal kas güçsüzlüğü olabilir.

Palpasyon ve Oskültasyon

Aort koarktasyonunda, radyal ve femoral arterlerin eş zamanlı palpasyonunda radyofemoral geçikme saptanır. Aksilla, göğüs duvarı, ve skapulaya yayılan üfürüm duyulabilir. Sol posterior dördüncü interkostal alan üzerinde sistolik üfürüm duyulabilir. Kol ve bacak kan basıncı arasında belirgin fark vardır.

Karın palpasyonunda büyümüş polikistik böbreklere bağlı iki taraflı ballote edilebilir kitle ele gelebilir. Oskültasyonda renal arter stenozuna bağlı üfürüm duyulabilir.

GENEL TETKİKLER

- **İdrar tahlili**
Dipstikle kan, protein saptanabilir. İdrar mikroskopisi ile eritrositler veya eritrosit silindirlilerinin varlığı kontrol edilmelidir.
- **Üre ve elektrolitler**
Conn sendromunda hiperaldosteronizme bağlı serum potasyum seviyesi düşüktür. Böbrek yetersizliğine bağlı olarak üre, kreatinin yüksekliği saptanabilir.
- **Serum glukozu**
Ateroskleroz, renal vasküler hastalıklar ve nefropati diyabet ile ilişkili olabilir. Bu durumların hepsi hipertansiyon oluşturabilir. Cushing sendromu, akromegali, feokromasitoma hiperglisemi ile birlikte dir.
- **Serum kolesterolu**
Serum kolesterol düzeyi ateroskleroz için risk faktörü göstergesi olarak kullanılır. Serebrovasküler ve iskemik kalp hastalığından korunmak için tedavi edilmelidir.
- **EKG**
Tüm hastalara bazal EKG çekilmesi önerilir. Hipertansiyonun komplikasyonu olarak sol ventrikül hipertrofisini gösterebilir.

SPESİFİK TETKİKLER

- **Otoantikolar**
Glomerulonefritlerde Anti – GBM ve ANCA pozitifliği saptanabilir.
- **Plazma katekolaminleri**
Feokromasitomada yükselir.
- **İdrar katekolaminleri, metanefrin ve vanilmandelikasit**
Feokromasitomada yükselir.
- **24-saatlik idrarda serbest kortizol düzeyi**
Cushing sendromunda kortizol seviyesi artar.
- **Düşük doz dexametazon supresyon testi**
Cushing sendromunda kortizol suprese olmaz

- **Oral glukoz toleras testi**
Akromegalik hastalarda serum büyüme hormon supresyonu olmaz.
- **Plazma renin, aldosteron düzeyi**
Aldosteron hipersekresyonu ile birlikte düşük renin düzeyi saptanması otonom sekresyona bağlı Conn sendromununun düşündürür.
- **Karın USG**
Polikistik böbrek hastalığının tanısında kullanılır. Doppler USG renal arter stenozunu gösterebilir.
- **Renal anjiyografi**
Renal arter stenozu tanısında altın standart tanı yöntemidir.
- **Böbrek biyopsisi**
Hipertansiyonun böbreğe ait nedenlerini saptar.
- **MRG**
Renal arter stenozu tanısında oldukça yararlıdır. Ancak nefrotoksik radyokontrast madde verilmemelidir.
- **Kardiyak kateterizasyon**
Aort koartasyonu tanısında kullanılır.

▶ İMPOTANS

İmpotans erişkin bir erkekte vajinal penetrasyon sırasında yeterli ereksiyonun olmamasıdır. İmpotans çoğunlukla psikolojik problemlere ve sıklıkla boşanmalara sebep olur. İmpotansın nedenleri sıklıkla psikolojiktir. Organik nedenler içinde en sık görülen sebep diyabetes mellitustur.

NEDENLER

Vasküler

- Aortoiliyak hastalıklar (Leriche Sendromu)
- Diyabetik vasküler hastalıklar

Nörolojik

- Spina bifida
- Spinal lezyonlar
- Nöropatiler (diyabet gibi)
- Pelvik cerrahi (N. erigentes hasarı)

Endokrin

- Diyabetes mellitus
- Hipogonadizm
- Hipotiroidizm
- Addison hastalığı
- Cushing sendromu

İlaçlar

- Antihipertansifler
- Antidepresanlar
- Östrojenler
- Alkol
- Kokain

Lokal ağırlı durumlar

- Fimozis
- Peyronie hastalığı
- Kısa frenulum

Sistemik hastalıklar

- Maligniteler
- Kronik böbrek yetersizliği
- Siroz

Psikojenik

ANAMNEZ

İmpotansın başlamasına neden olan açık bir stres var mıdır?. Hastada herhangi bir zamanda özellikle geceleri ereksiyon oluyor mu? sorgulanmalıdır. Periferik vasküler hastalıkların anamnezinde kalça kladikasyonu (Leriche sendromu) sorgulanmalıdır. Ayrıca, nörolojik hastalık öyküsü, aldığı ilaçların tam olarak belirlenmesi ve keyif verici ilaç kullanımı sorulmalıdır. Diyabetes mellitus, hipotiroidizm, Addison hastalığı veya Cushing hastalığı anamnezi sorgulanmalıdır. Pelvik cerrahi örn.n.erigentes hasarına yol açan rektumun abdominoperineal rezeksiyon hikayesi sorulmalıdır. Malign hastalık hikayesi; penisin lokal ağrılı durumları irdelenmelidir. Kronik böbrek yetersizliği anamnezinde bulantı, letarji, noktüri, periferik ödem, akciğer ödemi, nefes darlığı, kusma, hıçkırık, konvülsyonlar görülür.

FİZİK MUAYENE**Vasküler**

Alt ekstremitelerde nabızları kontrol edilmelidir. Karın ve pelvis muayenesinde üfürüm açısından oskültasyon yapılmalıdır.

Nörolojik

Tam nörolojik muayene yapılmalıdır.

Endokrin

Genellikle açık bir diyabet öyküsü vardır. Komplikasyonlar belirgin olabilir. Periferik nöropati sorgulanmalıdır. Hipotiroidizm yönünden kilo alımı, soğuktan rahatsız olma, seste kabalaşma, letarji, kabızlık sorgulanmalıdır. Cushing sendromu için; ince cilt, cushingoid yüz görünümü, abdominal stria, obezite, buffalo hörgücü, hipertansiyon gibi bulgular aranmalıdır. Addison hastalığının bulguları olan halsizlik, kilo kaybı, palmar çizgilenmeler ve ağız mukozasında pigmentasyon artışı, hipotansiyon bakılmalı ve sorgulanmalıdır. Hipogonadizm için testis muayenesi yapılmalıdır. Erkeklerde sekonder seks karakterlerinin gelişimi kontrol edilmelidir.

Lokal ağrılı durumlar

Fimozis, Peyronie hastalığı, kısa frenulum yönünden penis muayenesi yapılmalıdır.

Sistemik hastalıklar

Malign hastalıklar aşikar olabilir. Kronik böbrek yetersizliğinde; ciltte soluklaşma, periferik ödem, perikardit, plevral efüzyon, hipertansiyon görülür. Sirozda karaciğer eli, arteriyal örümcek, asit, lökonşi, flapping tremor, jinekomasti, testiküler atrofi, Dupuytren kontraktürü görülür.

GENEL TETKİKLER

Anamnez ve fizik muayene birçok olguda tanı koydurucudur.

- **TKS, ESH**
Hemoglobinde azalma: kronik böbrek yetersizliği ve malignitelerde, ESH'da artma malignitelerde görülür.
- **Üre ve kreatin**
Kreatinin yüksekliği kronik böbrek yetersizliğinde görülür.
- **KcFT**
Sirozda anormaldir.
- **Serum glukozu**
Diyabette yükselir.
- **TFT**
Hipotiroidizmde tanı koydurucudur.
- **Doppler USG**
Periferik vasküler hastalıklarda tanı koymada yardımcı olur. Penil-brakial basınç indeksi <0.6 olması, vasküler nedenleri düşündürür.

SPESİFİK TETKİKLER

- **Noktürnal penil tūmesans çalışması**
Ereksiyonun olup olmaması incelenir.
- **Intrakorporeal papaverin injeksiyonu**
Eğer arteriyal akımda bir anormallik yoksa ereksiyon oluşturur. Eğer aşırı venöz kaçış olursa peniste gevşeme olur.
- **Kafa grafileri**
Hipofiz anomalilerinde yardımcı olabilir.
- **Kranyal BT**
Hipofiz adenomlarının tanısında kullanılır.

- **Arteriyografi**
Vasküler lezyonları göstermede kullanılır. (internal iliak arterlerin izole darlıklarında)
- **Serum prolaktin**
Hiperprolaktinemi tanısında kullanılır.
- **Serum testosteron**
Hipogonadizmde azalır.
- **Serum FSH ve LH**
Hipofiz disfonksiyonlarında düşüktür
- **ACTH stimülasyon testi**
Addison hastalığında kullanılır.
- **Üriner, plazma kortizol seviyesi**
Cushing sendromu tanısında kullanılır

► BARSAK TIKANIKLIĞI

Mekanik barsak tıkanıklıkları basit (bir noktalı tıkanma) veya kapalı lup (barsak segmentinin iki noktada kapanması) şeklinde olabilir. Eğer barsak nekroze değil ise tıkanma non-strangüle olarak isimlendirilir. Arteriyal kan akımı bozulmuş ise barsak infarktüsü görülür, bu da strangüle tıkanıklık olarak tanımlanır. Barsak tıkanıklığı sık görülen cerrahi bir acildir.

NEDENLER

İnce barsak

Lümeninde

- Safra taşı ileusu
- Hızlı ve aşırı yemek yeme sonrası (Pilor hasarı veya by-pass cerrahisi sonrası)

Duvarında

- Atrezi
- Crohn hastalığı
- Tüberküloz
- Tümör örn. lenfoma, karsinom(nadiren).

Duvar dışında

- Herni
- Yapışıklıklar
- Volvulus
- Tıkanma

Kalın barsak

Lümeninde

- Feçes

Duvarında

- Karsinom
- Divertiküler hastalıklar
- Crohn hastalığı
- Hirschsprung hastalığı

Duvar dışında

- Volvulus
- Herni
- Yapışıklıklar

Adinamik tıkanıklık (paralitik ileus)

- Peritonit
- Postoperatif
- Spinal ve pelvik fraktürler
- Retroperitoneal kanamalar
- Retroperitoneal maligniteler
- Hipopotasemi
- İlaçlar (antikolinergikler, ganglion blokerleri gibi)
- İmmobilizasyon

ANAMNEZ**İnce barsak**

Karın orta bölgesinde kolik tarzında ağrı mevcuttur. Tıkanıklığın seviyesine bağlı olarak yiyecek, safra veya fekal kusma görülür. Tıkanıklığın derecesine bağlı olarak distansiyon saptanır. İnce barsağın üst kısmındaki tıkanmalarda hafif distansiyon görülürken alt kısımlarındaki tıkanmalarda ciddi distansiyon görülebilir. Hastalarda konstipasyon hikayesi bulunabilir. Karın cerrahisi öyküsü bulunan hastalarda yapışıklığa bağlı tıkanıklık akla gelmelidir. Yine bu hastalarda herniye bağlı obstrüksiyon açısından uyanık olunmalıdır.

Kalın barsak

Sağ kolon ve 2/3 transvers kolona uyan santral bölgede, kolonun kalan kısımlarında ise alt karın bölgesinde kolik tarzında ağrı görülür. Konstipasyon görülebilir. Kalın barsak tıkanmalarında geç dönemde kusma görülebilir. Karında distansiyon saptanabilir. Anamnezde barsak alışkanlıklarındaki değişme ve kanama saptanması maligniteyi akla getirir. Uzun yıllardır olan konstipasyon öyküsü ve karında gerginlik Hirschsprung hastalığını düşündürmelidir. Sürekli şiddetli karın ağrısı infarktı düşündürmelidir.

Adinamik tıkanıklık

İlaç öyküsü dikkatle sorgulanmalıdır. Antikoagülan kullanan hastalarda retroperitoneal kanama görülebilir. Yakın zamanda geçirilmiş cerrahi veya spinal fraktür öyküsü gibi presiptan durumlar aşikar olabilir. Karında gerginlik ağrısız olabilir ancak rahatsız edicidir. Kusma ve konstipasyon görülebilir. Yaşlı immobilize hastalarda adinamik tıkanıklık tehlikeli olabilir.

FİZİK MUAYENE

İnce barsak

Karın bölgesindeki skar dokusu incelenmelidir. İnsizyonel herniye bağlı tıkanma dışlanmalıdır. Herni noktaları kontrol edilmelidir. Obez hastalarda küçük femoral herniler kolaylıkla atlanabilir. Gerilmiş, timpanik karın genellikle ağrısızdır. Tıkanmaya bağlı barsak hareketlerinde artma ve buna bağlı olarak gurultu sesi duyulur. Barsak infarktına bağlı olarak ateş, taşikardi ve lokalize hassasiyet oluşabilir. Sağ iliyak fossadaki ele gelen bir kitle Crohn hastalığı veya çekal karsinomu düşündürür (ileoçekal valvi tıkar ve ince barsak tıkanıklığına yol açar). Rektal tuşe yapılmalıdır.

Kalın barsak

Tıkanmaya bağlı karında distansiyon ve timpanizm alınır, karın çok hassastır. Tıkanmaya bağlı artmış barsak sesleri duyulur. Katılaşmış feçese bağlı tıkanma olmadıkça muayenede rektum boştur. Karsinoma bağlı tıkanmada kitle palpe edilebilir. İleoçekal valv sağlamken, palpabl, gergin ve hassas çekum saptanması kör lup tıkanıklığını akla getirmelidir. Çekal perforasyon oluşabilir.

Adinamik tıkanıklık

Karında gerginlik görülür. Hassas timpanik karın mevcuttur. Barsak hareketleri kaybolmuştur. Yakın zamanda geçirilmiş cerrahi, travma, ve retroperitoneal kanama, peritonit ve fraktürlere ait bulgular saptanır.

GENEL TETKİKLER

- **TKS**
Hemoglobinde azalma malignitelerde görülür. Lökosit artışı, infeksiyonlar ve barsak infarktında saptanır.
- **Üre ve elektrolitler**
Dehidratasyon. Hipokalemiye bağlı parolitik ileus görülebilir.
- **Pıhtılaşma testleri**
Retroperitoneal kanamalarda anormallikler görülebilir (özellikle antikoagülan kullanan hastalarda).
- **Karın grafileri**
Karın orta bölgesinde genişlemiş bağırsak ansları görülebilir. Proksimal ince barsak tıkanıklıklarında lümeni

tamamen kesen hat görölür. Terminal ileuma kadar giderek artarlar,terminal ileumda görölmezler. Safra yollarında hava görölmesi safra taşı ileusunu düşündürür. Geniş barsak tıkanmalarında distansiyon ve hava sıvı seviyesi görölür. Sigmoid volvulusta barsak luplarında distansiyona bağlı olarak pelvik bölgenin dışıında sol tarafta kahve çekirdeği şeklinde görönüm oluşur.

- **Sigmoidoskopi**

Rektosigmoid bölgedeki tümörü görüntülemeye kullanılır. Dikkatli bir sigmoidoskopi işleme ile sigmoid volvulus dekompresiyon edilebilir. Karsinomu ve Hirschsprung hastalığında ganglion hücrelerinin yokluğunu göstermek için biyopsi yapılır.

SPESİFİK TETKİKLER

- **Baryum enema**

Sınırlı baryum enema kolon karsinomunda elma yeniği görönümünü gösterir. Sigmoid volvulusta kuş gagası görönümü görülebilir.

- **İnce barsak grafisi**

Crohn hastalığında ve tüberkülozda terminal ileumu göstermede kullanılır. İnce barsak karsinomlarında tanıya yardımcı olur.

- **BT, MRG**

Retroperitoneal tümörler, retroperitoneal kanama, karın içi kitle lezyonlarını görüntülemeye kullanılır.

▶ SARILIK

Sarılık bilirubin birikmesinden dolayı özellikle deri ve sklerada olmak üzere dokuların sarıya boyanmasıdır. Sarılığın klinik olarak ortaya çıkması için dolaşımdaki bilirubin seviyesinin 35 $\mu\text{mol/L}$ 'yi aşmalıdır. Sarılık prehepatik (hemoliz nedeniyle), hepatik (intrinsic karaciğer hastalığı) veya kolestatik (intrahepatik kolestaz veya posthepatik biliyer kanal tıkanıklarında) olabilir.

NEDENLER

Prehepatik (konjuge olmayan hiperbilirubinemi)

Konjenital kusurlar

- Gilbert hastalığı
- Crigler-Najjar sendromu

Hemoliz

Doğumsal eritrosit kusurları

- Herediter sferositoz (doğumsal akolorik sarılık)
- Orak hücreli anemi
- G6PD eksikliği
- Talasemi

Edinsel

- Sıtma
- Uyumsuz kan nakli
- Otoimmün
- Yenidoğanın hemolitik hastalığı
- Geniş hematomlar
- Hipersplenizm

Hepatik

Akut hepatoselüler hastalık

- Viral hepatit
 - Hepatit A,B,C
 - Epstein-Barr virüsü
 - CMV
- Diğer infeksiyonlar
 - Leptospiroz
- İlaçlar, örneğin parasetamol ve halotan
- Toksinler, örneğin karbon tetraklorid
- Otoimmün

Kronik hepatoselüler hastalık

- Kronik viral hepatit
- Kronik otoimmün hepatit
- Son dönem karaciğer hastalığı
 - Alkol
 - Siroz
 - Hemokromatozis
 - Wilson hastalığı

Kolestatik*İntrahepatik*

- İlaçlar, örneğin klorpromazin
- Total parenteral beslenme (TPN)
- Primer biliyer siroz
- Viral hepatit
- Hamilelik

Ekstrahepatik (tıkayıcı)

Lümende

- Safra taşları
- İnfestasyon
 - Klonorşiazis (karaciğer paraziti)
 - Şistosomiazis

Duvarında

- Doğumsal biliyer atrezi
- Kolanjiokarsinom
- Darlık, örneğin inflamatuvar, postoperatif
- Kolanjit
- Sklerozan kolanjit
- Koledok kisti

Duvar dışında

- Pankreas başı kanseri
- Ampulla vateri karsinomu
- Porta hepatisde malign lenf nodları
- Kronik pankreatit
- Mirizzi sendromu

ANAMNEZ**Genel**

Ateş, halsizlik, kilo kaybı, koyu idrar, kaşıntı, dışkı renginde açılma görülür.

Yenidoğan

Biliyer atrezi doğumdan sonraki 2-3 gün içerisinde ağır sarılık ile prezente olur. Karaciğer yetersizliği 3-6 ay içerisinde gelişir. Fizyolojik sarılık sıktır ve genellikle karaciğer fonksiyonunun yeterince gelişmemesinden dolayı yaşamın ilk haftası içinde ortaya çıkar.

Prehepatik

Aile hikayesi, ırk, ilaçlar, hematüri ve anemi öyküsü sorgulanmalıdır. Gilbert hastalığı otozomal dominant bir hastalıktır. Hepatositler tarafından konjuge olmamış bilirubin alımında yetersizlik vardır. Crigler Najjar sendromunda ise hepatositlerde konjugasyon yetersizliği vardır.

Hepatoselüler

Meslek,sarılıklı bir hasta ile temas,yolculuk, alkol, cinsel aktivite,ilaçlar (tabletler, enjeksiyonlar, anestezi maddeler, ilaç bağımlılığı),endüstriyel maddelerle temas,önceki sarılık atakları,infeksiyon, grip benzeri semptomlar,döküntüler, eklem ağrıları, kan transfüzyonları öyküde sorgulanmalıdır.

Kolestatik

İlaçlar, örneğin klorpromazin,yabancı ülkeye yolculuk,sarılık öncesi ciddi üst karın ağrısı (ana safra kanallarının taş ile tıkanmasına bağlı biliyer kolik),yavaş yavaş ağrısız gelişen sarılık (malignite) sorgulanmalıdır. Koyu idrar, dışkı renginde açılma, kaşıntı görülür.

FİZİK MUAYENE**Prehepatik (hemolitik)**

Genellikle sarılık çok ağır değildir ve cilt hafif limon sarısı rengindedir. Anemi, splenomegali saptanabilir.

Hepatik

Hepatitte karaciğerde hassasiyet saptanır. Karaciğer yetersizliğinin bulguları arteriyal örümcek, palmar eritem, lökonişi, parmak çomaklaşması, jinekomasti, testiküler atrofi, asit, periferik ödem, cildin kolay morarması, Dupuytren kontraktürü, kaput medusa, flapping tremor görülebilir. Kanayan özafageal varislerden dolayı hematemez meydana gelebilir.

Kolestatik

Genellikle yüzeyi düz olarak hissedilen keskin kenarlı hepatomegali saptanır. Ele gelen safra kesesi (Courvoiser kanunu-tıkayıcı sarılık durumunda safra kesesi ele geliyorsa

büyük olasılıkla taşa bağlı değildir). Epigastrik kitle pankreas kanserini, diğer karın kitleleri de mide kanseri ve kolon kanseri ile porta hepatisteki lenfadenomegalileri düşündürür. Muayenede son zamanlardaki cerrahi girişime bağlı skarlar, kaşıntıya bağlı derideki izler saptanabilir.

GENEL TETKİKLER

- **TKS, ESH ve periferik yayma**
Hemoglobinde azalma malignitelerde ve hemolizde; lökosit artışı hepatit ve kolanjit gibi infeksiyonlarda saptanır. ESH'da artma infeksiyon ve malignitelerde saptanır. Periferik formülde sferositoz gibi hemoliz bulgusu saptanabilir.
- **Retikülosit sayımı**
Hemolizde artar
- **Üre ve elektrolitler**
Hepatorenal sendromunu gösterir.
- **KcFT**
Aşağıdaki tabloya bakınız.

Sarılıkta kan ve idrar bulguları

Biyokimyasal Parametreler	Prehepatik	Hepatik	Kolestatik
Serum			
Bilurubin			
Konjuge olmamış	↑↑	N/↑	↑
Konjuge	N	N/↑	↑↑
Alkalen fosfataz	N	N/↑	↑↑
Transaminazlar	N	↑	N/↑
İdrar			
Bilurubin	0	↑	↑
Ürobilinojen	N/↑	↑	↓↓/0

(N: Normal, 0: bilirubin yok)

- **Hemostaz testleri**
PT uzamış olabilir.
- **Viral antikörler**
Hepatit A, B, C, CMV, EBV antikörleri

- **USG**
Safra taşlarını, genişlemiş biliyer kanallarını, tıkanıklığın seviyesini (tıkanmanın nedenini göstermeyebilir), karaciğer metastazlarını ve sirozu gösterebilir.
- **ERCP**
Periampulleri karsinomu, safra kanalında taşları, safra kanalı tümörünü, safra kanalı darlığını göstermede kullanılır. Biyopsi, fırça sitoloji, stent koyma işlemleri için kullanılır.
- **PTC**
ERCP başarısız olursa yapılır.
- **MRCP**
Safra kanalı anomalilerini ve taşları görüntülemeye kullanılır.
- **BT**
Pankreas başı kanseri-yayılımını ve lokal rezektabilitesinin değerlendirilmesi ve karaciğer metastazlarının görüntülenmesinde kullanılır.
- **Karaciğer biyopsisi**
Hepatosellüler hastalık, karsinoma tanısını koymada kullanılır.

SPESİFİK TETKİKLER

- **Serum bakırı**
Wilson hastalığında azalmıştır.
- **Serum seruloplazmini**
Wilson hastalığında azalmıştır.
- **Serum a-1 antitripsin**
 α -1 antitripsin eksikliğinde bakılır.
- **Serum demir ve TDBK**
Serum demiri hemokromatoziste artmıştır. TDBK saturasyonu %70'in üzerindedir.
- **Leptospiroz kompleman fiksasyon testi**
Leptospirozi gösterir
- **Kan kültürü**
Septisemi ve leptospirozda tanı koydurucudur.
- **Lomber ponksiyon**
Leptospiroz için yapılır.

▶ ÇENE AĞRISI VE ŞİŞLİKLERİ

Çene ağrısı ve şişliği sıklıkla diş problemlerinden meydana gelir. Üst çenede ağrı paranasal sinus infeksiyonlarından da olabilir. Son durum yüzdeki şişlikler başlığı altında anlatılacaktır.

NEDENLER

Travmatik

İnfektif

- Diş abseleri
- Akut osteomyelit
- Aktinomikoz

Temporomandibular eklem

- Temporomandibular eklem ağrı disfonksiyon sendromu
- Romatoid artrit
- Osteoartrit
- Dislokasyon

Kist

- Dental kistler
- Dentigerus kistler

Neoplazi

Benign

- Dev hücreli granüloma

Lokal invaziv

- Ameloblastoma

Malign

- Osteogenik sarkom
- Burkitt lenfoması
- Metastazik tümörler

Diğer

- Postherpetik nevralji
- Yansıyan ağrı (örneğin miyokardiyal iskemi)

ANAMNEZ**Travmatik**

Travma öyküsü, örneğin kavgalar ve trafik kazası. Mandibula kırığı en sık görülendir.

İnfektif

Diş abseleri çenede ağrı ile presente olurlar, zonklayıcı ve ciddi olabilir. Sıklıkla eşlik eden halsizlik ve iştahsızlık vardır. Öncesinde diş çürüğü öyküsü vardır. Mandibulanın akut osteomyeliti nadirdir. Diş infeksiyonlarını veya diş çekimini takip edebilir. Kırık, radyasyon, lösemi, diyabet, malnutrisyon, alkolizm veya immunsupresyon öyküsü olabilir. Ciddi, zonklayıcı ve derin yerleşimli ağrı vardır. Hasta ağzını açmada zorluk çeker ve kas ödemi nedeniyle yutmada güçlük vardır. Aktinomikoz yavaş seyirli infeksiyon şeklinde çene şişliği ile presente olur.

Temporomandibular eklem

Temporomandibular eklem ağrı disfonksiyon sendromu dişleri sıkılmaktan kaynaklanır. Hastanın stresle ilgili bir hastalığı olabilir. Ağrı temporomandibular eklem veya kulak bölgesinde ortaya çıkar, tıkrıtı sesi ile birlikte olabilir, esneme ve çiğneme gibi ağzın fazla açıldığı durumlarda artabilir. Temporomandibular eklem romatoid artriti nadirdir. Romatoid artritin diğer bulgu ve semptomları genellikle aşıkardır. Osteoartrit genellikle ağrı, şişlik ve çene hareketlerinde kısıtlılığına yol açar. Temporomandibular eklem dislokasyonu genellikle tekrarlayıcı, habituel ve tek başınadır. Kondil öne ve yukarı doğru temporal fossa içine kaymıştır. Hastanın ağzı açık kalır ve esneme, diş çekimi, veya genel anestezi sonrası kapanamaz. Tek veya çift taraflı olabilir. Hasta açık ağız ile başvurur, ağzını kapatamaz. Kas spazmından dolayı ağrı vardır.

Kist

Kistler sıklıkla asemptomatiktir ve radyografide saydam olarak görülür. Kistler büyük bir kitleye ulaşabilen, ağrısız büyüme olarak presente olabilirler. Eğer kist infekte olursa hasta ağrı, şişlik ve akıntı ile başvurur. Nadiren patolojik kırık meydana gelebilir. Dental kistler normal olarak çıkmış dişin köküne yapışır ama çürük dişlere yapışmaz, şişlik yavaş olarak büyür. Dentigerus kist çıkmamış dişleri kapsar.

Neoplazi

Hasta sabit olarak büyüyen ve sıklıkla ağrısız olan çene şişliği ile başvurabilir. Dev hücreli granülom kemiği de harap ederek diş etinde pembemsi şişlik oluşturur. Ameloblastoma genellikle 30-50 yaşlarda meydana gelir ve şişlik sıklıkla verene kadar semptomsuzdur. Osteogenik karsinomu çok nadirdir. Başlangıçta ağrısızdır ama büyüdükçe ağrılı olur. Dişler gevşek olabilir. Hastalar mental sinir tutulumuna bağlı olarak paresteziden şikayetçi olabilir. Akciğer metastazları meydana gelirse öksürük olabilir. Burkitt tümörü EBV ile ilişkilidir. B lenfositlerin malign tümörüdür. Afrika ve Yeni Gine'nin bazı bölgelerinde endemiktir. Özellikle 12 yaş altı çocuklarda görülür. Çocuk progresif çene şişliği ile başvurur. Sekonder metastazlar nadirdir ama akciğer, meme, tiroid, prostat veya böbrekten olabilir.

Diğerleri

Postherpetik nevraljili hastalarda genellikle trigeminal sinir dağılımı boyunca herpes zoster öyküsü vardır. Ağrı trigeminal sinirin bir dalı boyunca yayılım gösterir. Ağrı sadece çenenin bir kısmından ziyade yüzün geniş bir alanına yayılabilir. Çeneye yansıyan ağrı anginada siktir. Hastalar sıklıkla göğüs ağrısı ve sol kola yayılan ağrıdan şikayet ederler.

FİZİK MUAYENE**Travmatik**

Isırık için kontrol et. Şişlik, krepitasyon, hassasiyet, deride eziklik, kanla karışık tükürük ve kırık diş saptanabilir.

İnfektif

Dental abselerde mukozada kırmızılıkla beraber sert, sıcak ve hassas bir şişlik vardır. Diş abseleri çenenin dış tarafında olabilir. Eşlik eden diş çürüğü ve gingivit olabilir. Servikal lenfadenopati sıklıkla mevcuttur. Akut osteomyelitli hastalarda genellikle ağzı açmada zorluk ve kas ödemi nedeniyle yutmada güçlük vardır. Mandibula üzerinde hassas, kırmızı, ağrılı şişlik vardır. Aktinomikozda özellikle çene köşelerine yakın yerlerde çok sayıda boşalan sinusler vardır ve karakteristik sülfür granülleri görülebilir.

Temporomandibular eklem

Temporomandibular eklem disfonksiyon sendromu tanısı çoğunlukla anamnez ile konulur. Sıklıkla eklem etrafında trismus ve spazm vardır. Romatoid artritte eklemlerde hassasiyet ve şişme vardır. Osteoartritte eklemlerde şişme ve hareket kısıtlılığı olabilir. Temporomandibular eklem dislokasyonunda kondiller ön eklem boşluğunun önünde ele gelir. Ağızın açılması sınırlıdır.

Kistik

Muayenede tek anomali sıklıkla kemiklerde şişmedir. Bazen kemik o kadar incedir ki dokunulduğunda yumurta kabuğu kırığı gibi çatırdar. Dentigeröz kistlerde dişler patlamamış gibidir ve dişler sayıldığında sayıları az zannedilebilir.

Neoplastik

Sıklıkla tek anormallik durmadan ilerleyen ve başlangıçta ağrısız olan şişmedir. Dev hücreli granülom kemiği harap edebilir ve dişetinde morumsu rekte şişmeye neden olur. Osteogenik sarkom başlangıçta ağrısızdır. Büyüdükçe dişte gevşemeye yol açar. Gevşemiş dişler ve ağız sinirlerine bağlı parastezi aranmalıdır. Akciğerlerin metastaz açısından kontrolü gerekir. Burkitt lenfomada ilerleyici şişme vardır. Şişmeden dolayı gözler kayabilir ve ağız kısmi kapanabilir. Kemikteki sekonder metastazlar ağrılı lezyonlara yol açar. Malignite anamnezi sorgulanmalı ve akciğer, meme, prostat, böbrek ve tiroidler primer tümör açısından muayene edilmelidir.

Diğerleri

Postherpetik nevralji tanısı miyokardiyal iskemiye bağlı yansıyan ağrı gibi anamneze dayanarak konulur.

GENEL TETKİKLER

- **TKS, ESH**
Hemoglobin azalması malignitelerde; Lökosit artışı infeksiyonlar ve lösemide (akut osteomyelit) görülebilir.
- **KcFT**
Alkolizm (yaygın akut osteomyelit)
- **Kan glukozu**
Diyabet (akut osteomyelit)

- **Boğaz kültürü**
Kültür ve hassasiyet, dental infeksiyonlar, aktinomikoz
- **Temporomandibular eklem grafisi**
Dislokasyon, osteoartrit, romatoid artrit
- **Kraniyal grafi**
Fraktürler, kist, tümörler
- **Akciğer grafisi**
Metastatik tümörler

SPESİFİK TETKİKLER

- **Kan kültürü**
Osteomyelit
- **EKG**
Miyokard infarktüsü
- **EBV serolojisi**
Burkitt lenfoma
- **Biyopsi**
Benign-malign lezyon

► EKLEM BOZUKLUKLARI

Eklem bozuklukları sık görülen bir sorundur. Gut veya romatizmal ateşteki gibi akut veya osteoartritteki gibi kronik olabilir. Bazı akut hastalıklar kronik forma ilerler. (örneğin romatoid artrit.) Bu bölümün ilk kısmında artropatinin genel nedenlerinden ikinci kısımda ise spesifik eklem hastalıklarından bahsedilecektir. Artropatiye neden olan hastalıkların en yaygın olanları aşağıdaki listede gösterilmiştir.

NEDENLERİ

Doğumsal

- Akondroplazi (Dwarfizm)
- Ehlers-Danlos sendromu
- Marfan Sendromu
- Osteogenezis imperfekta

Edinsel

İnfektif

- Piyojenik artrit
- Viral
- Romatizmal ateş
- Endokardit
- Bruselloz
- Tifo
- Tüberküloz

İnflamatuvar

- Romatoid artrit
- Psöriyatik artrit
- Henoch-Schonlein purpurası
- Reiter hastalığı
- Ankilozan spondilit
- Bağ dokusu hastalığı,
- Polimiyaljiya romatika

Dejeneratif

- Osteoartrit

Enteropatik

- Akut GİS infeksiyonları
- İnflamatuvar barsak hastalıkları
- Gastrointestinal bypass cerrahisi

Endokrin

- Akromegali

Metabolik

- Gut
- Hemokromatozis

Nöropatik

- Charcot eklemi

Hematolojik

- Hemofili
- Lösemi
- Orak hücreli anemi

İlaçlar

- Antikoagülanlar
- Steroidler

Neoplastikler

- Hipertrofik pulmoner osteoartropati

Diğerleri

- Kemiklerin avasküler nekrozu
- Sarkoidoz
- Behçet hastalığı (nadir)

ANAMNEZ**Doğumsal**

Prematür osteoartrit akondroplazide görülebilir. Ehlers-Danlos sendromu genetik bağ dokusu hastalığıdır. Hastaların hiper mobil eklemleri ve hiperekstansibl derileri vardır. Subluksasyon, dislokasyon ve efüzyona bağlı şişme görülebilir. Ehlers-Danlos sendromunda kanama komplikasyonları da olabilir. Marfan sendromunda generalize eklem laksitesi olur. Hastalar eklem ağrısı ve efüzyona bağlı şişmeden şikayet ederler. Osteogenezis imperfektada (kırılgan kemik) kemikler kolayca kırılır.

Edinsel**İnfektif**

Septik artrit çoğunlukla kırmızı, şiş, ağrılı, hareketsiz monoartrit şeklinde görülür. Sıklıkla hematojen yolla yayılım sonucu olur ancak komşu osteomyelit sonucu da olabilir.

Sorumlu Organizmalar: *Staphylococcus aureus*, Gonokok, Brucella ve *Salmonella typhi*'dir. TB'li hasta genellikle eklem şişliği ve katılığı ile başvurur. Akut septik artritteki kadar kızamık ve sıcak değildir. Steroid ve immüno süprese tedavi alan hastalar özellikle infektif artrit açısından risk altındadır. Rubella, kabakulak, hepatit ve bazı enterovirusler ile viral artrit meydana gelebilir. Romatizmal ateş genellikle bir streptokokal infeksiyon sonrasında meydana gelir (kızıl veya tonsillit.). Kardit, eritematöz deri lezyonları, subkutan nodüller ve gezici poliartrit görülür.

İnflamatuvar

Romatoid artrit başlangıçta şiş, ağrılı, katılığı olan el ve ayaklar görülür. Hastalığın ileri dönemlerinde metakarpofalangeal eklemlerin şişmesi sonucu kuğu boynu, düğme iliği ve ulnar deviasyon gibi karakteristik el deformiteleri meydana gelir. İleri evrede yük eklemler de tutulur. Hastalar romatoid nodüller, vasküler değişiklikler, göz değişiklikleri, nöropati gibi extraartiküler bulgulardan şikayetçi olabilir. Psöriatik artropati genellikle deri lezyonlarından birkaç sene sonra ortaya çıkar. Reiter hastalığı tek veya bir kaç eklemi tutan artrit ile prezente olabilir. Seksüel temas, uretrit ve konjunktivit anamnezi genellikle vardır. Ankilozan spondilit genç erkeklerde ve başlangıçta omurgada sabah sertliği ile ortaya çıkabilir. Sakroiliak eklemler etkilenir. Sonunda fiks kiftik omurga ile kemik ankilozu meydana gelir. Hasta kalça ve dizinden de şikayetçi olabilir. Sistemik lupus eritematozisde (SLE) de artrit olabilir. Cilt, akciğer ve böbreğe ait belirtiler görülebilir. Polimiyaljiya romatika yaşlı kadınlarda görülür. Ağrılı sabah sertliği hafif poliartrit ile birlikte dir. Henoch-Schönlein purpurası kalçada ve ekstensör yüzlerde purpurik döküntüler ile kendini gösterir. Eşlik eden nefrit ve karın ağrısı da olabilir. Genellikle diz ve ayak bileğinde görülen ağrı, şişlik, katılık geçicidir ve sadece bir kaç gün sürer.

Dejeneratif

Osteoartrit geçirilmiş bir eklem patolojisine bağlı olmadıkça genellikle 50 yaşından sonra görülür. Hasta özellikle gün sonuna doğru hareket ile artan ağrı, katılık, şişme ve eklem instabilitesinden yakınır.

Enteropatik

Crohn veya ülseratif kolit anamnezi sorgulanır. Mide ameliyatı öyküsü olabilir. Omurga veya periferik eklemler etkilenebilir.

Endokrin

Akromegali artraljiye neden olabilir. Hastalar genellikle el ve ayaklarında büyümeden (ayakkabı numarasında artma), seste kalınlaşmadan şikayet edebilir.

Metabolik

Gut genellikle birinci metatarsofalangeal eklemden şiddetli ağrı, kızarıklık ve şişme ile karakterizedir. Diğer eklemlerde etkilenebilir. Polisitemi, lösemi, sitotoksik veya immünoşüpresif ilaç öyküsü de olabilir. Hemakromatozis tanısı hasta başvurduğunda aşikar olabilir. Siroz, diyabet, kardiyomiyopati ve deri pigmentasyonu vardır.

Nöropatik

Hasta genellikle stabil olmayan fakat ağrısız şiş eklemlerden şikayetçidir. Diyabet, tabes dorsalis (sifiliz), sringomiyeli veya lepra öyküsü olabilir.

Hematolojik

Hemofili eklemlerine kanama (hemartroz) olur. Öykü çok tipiktir. Sonunda kalıcı sakatlığa yol açan artropati gelişir. Çocukluk ve yetişkin lösemilerinde kemik ve eklemlerde ağrı olabilir. Oral hücreli anemide kemik ve eklemlerde ağrılı krizler görülebilir. Kemiğin aseptik nekrozu oluşabilir ve bu osteoartrite neden olur.

İlaçlar

Antikoagülanlar eklemlerine kanamaya yol açabilirler. Steroidler ise septik artrit veya avasküler nekroz ve buna bağlı sekonder osteoartrite neden olabilirler.

Neoplastik

Nadiren, malign hastalığın direkt eklemlerine infiltrasyonu ile hasta prezente olabilir. Bununla birlikte hipertrofik pulmoner osteoartropati çok sıktır. Genellikle bronşiyal karsinoma ile birlikte görülür. Fakat konjenital kalp hastalığı ile birlikte de olabilir.

Diğer

Kemiğin avasküler nekrozu sekonder artrite neden olabilir. En sık görülen yerler femur başı, proksimal skafoid, talus ve lunat'dır. Steroid öyküsü sorgulanmalıdır. Skafoid'in avasküler nekrozu skafoid kırıklarından sonra ortaya çıkabilir. Femur boynu kırıkları veya üst femoral epifizin kayması femur başının avasküler nekrozuna yol açabilir. Sarkoidozda

artralji görülebilir. Hasta ateş, yorgunluk ve lenfadenopati ile başvurur. Behçet hastaları artrit ile gelebilir. Genellikle göz bulguları, ağız ülserleri ve genital ülserler vardır. Meningoensefalit ile SSS tutulumu görülebilir.

FİZİK MUAYENE

Doğumsal

Akondroplazi aşıkardır. Ehlers-Danlos sendromunda aşırı mobil eklemler ve aşırı esnek deri vardır. Eklemlerde dislokasyon veya subluksasyon olabilir. Marfan sendromunda uzun boy, uzun ekstremite, uzun parmak (araknodaktili), yüksek damak, lens dislokasyonu ve aort yetersizliği vardır. Osteogenesiz imperfecta'nın da teşhisi kolaydır. Tekrarlanan kırıklar ve deformateler sonucu büyüme geri kalmıştır. Hastanın mavi sklerası ve hipotonisi vardır.

Edinsel

İnfektif

İnfektif artritte, hemen hemen hiç aktif veya pasif hareketi olmayan kırmızı, ağrılı, şiş, hassas bir eklem vardır. Hastanın ateşi yüksektir. Genellikle tek eklem tutulur. Viral infeksiyonlar genellikle çocukluk çağı hastalıklarının belirtilerini gösterir; kabakulak (şişmiş tükürük bezleri), kızamık (döküntü), hepatit (sarılık). Romatizmal ateşte değişen üfürümlerle birlikte kardit, gezici tipte poliartrit, subkutan nodüller, eritema marginatum ve bazen Sydenham koresi görülür.

İnflamatuvar

Romatoid artrit (RA) metakarpofalangeal eklemlerde şişlik olur. Kuğu boynu ve düğme iliği deformitesi ve ulnar deviasyon vardır. Bilekte subluksasyon bulunur. Tendon rüptürleri meydana gelebilir. Nihayet büyük eklem tutulumu olur ve atlantoaksiyal subluksasyon sonucu miyelopati oluşabilir. Genel bulgular anemi, lenfadenopati, splenomegali, vaskülit ve göz bulgularıdır. Psöriyatik artropati de genellikle psöriyazisin deri bulguları aşıkardır. Poliartrit olur ve sakroiliak eklemler sıklıkla etkilenir. Reiter hastalığında üretrit, konjunktivit, keratoderma blenorajika, sirsinata balanitis, plantar fassitis ve aşil tendiniti olabilir. Ankilozan spondilite başlangıçta minimal belirtiler vardır; ilk belirti genellikle solunum hareketinde yavaşlamadır. İleri dönemde fikse kifotik bir omurga ve

boyunda hiperekstansiyon birlikte sakroiliak eklemlerin tutulması görülür. SLE'de yorgunluk, artralji, miyalji, yüzde kelebek tarzında kızarıklık, Raynaud sendromu, splenomegali, plevral efüzyon ve perikardit olabilir. Polimiyaljiya romatika kaslarda hassasiyet, hafif poliartrit ve temporal arteritle birlikte.

Dejeneratif

Osteoartrit genellikle distal IF eklemi, baş parmağın MKF eklemi, birinci MTF eklemi, servikal ve lomber omurgayı, kalça ve dizi tutar. Eklemde hassasiyet ve kalınlaşma, hareketlerin kısıtlanması, Heberden nodülleri ve sıklıkla eklem içinde efüzyon bulunur.

Enteropatik

Normalde spondilartrit ile birlikte sakroiliit bulunur. Büyük eklemlerde monoartrit ve periferik artrit meydana gelebilir.

Endokrin

Akromegalide el ve ayaklarda ve dilde büyüme, prognatizm, artralji, kifoz ve kalp yetersizliği olabilir. Hipofiz tümörünün optik kiazma üzerine lokal basısına bağlı iki taraflı hemianopsi görülebilir.

Metabolik

Gutta akut gelişen ağrılı, şiş, kızarıklık bir eklem vardır. En sık birinci MTF eklem tutulur fakat herhangi bir eklem de tutulabilir. Guta bağlı töfusler pinnada, tendonlarda ve eklemlerde görülebilir. Hemakromatoziste artropatiye ilave hepatomegali, siroz, diyabet, kardiomyopati ve deri pigmentasyonu görülebilir.

Nöropatik

Subluksasyonla birlikte deforme olmuş ağrısız eklemler olabilir. Genellikle eklemde ısı artışı veya hassasiyet yoktur. Anormal hareketler meydana gelebilir. Nörolojik muayenede dorsal kolumna belirtileri ortaya çıkabilir. Olay eğer sifilize bağlı ise (tabes dorsalis) Argyll Robertson pupilleri görülebilir.

Hematolojik

Hemofilide hasta akut, ağrılı, akut kanamayla birlikte immobil bir eklemle başvurur. İleri dönemde eklemlerde deformeite ortaya çıkar. Lösemi ve akut orak hücre krizlerinde eklemler tutulabilir.

İlaçlar

Steroidler başta kalçada olmak üzere avasküler nekroza yol açabilirler. Ağrı ve eklem kısıtlılığı oluşur. Sonunda osteoartrit gelişir. Antikoagülan tedavi alan hastalar akut hemartroz ile başvurabilir.

Neoplastik

Hipertrofik pulmoner osteoartropati genellikle bronşiyal karsinomla birlikte görülür. Uzun kemiklerin uçlarında simetrik fakat düzensiz yaygın kalınlaşmalar meydana gelir. Genellikle çomaklaşma görülür. Lokal tümörlere bağlı ağrı genellikle sabittir ve patolojik kırığa yol açar.

Diğer

Kemiğin avasküler nekrozunda genellikle ağrı, hassasiyet ve avasküler kemiğe bağlı hareket kısıtlılığı meydana gelir. İleri evrede osteoartrit gelişir. Sarkoidozda genellikle ateş, lenfadenopati, hepatosplenomegali, göz bulguları, kardiyak bulgular ve SSS tutulumu vardır. Behçet hastalığında artrit, keratit, üveit, ağız ülserleri, genital ülserler ve bazen SSS tutulumu görülür.

GENEL TETKİKLER

- **TKS, ESH**
Hemoglobinde azalma; kronik hastalık anemisi. örn. romatoid artrit, SLE. Lökositte artma;infektif nedenler. Lösemi.ESH'da artma;kronik infeksiyon, RA, Ankilozan spondilit, Akut romatizmal ateş.
- **CRP**
İnfektif ve inflamatuvar nedenlerde artar.
- **Üre ve elektrolitler**
Böbrek tutulumu,örn;SLE
- **KcFT**
Hepatik tutulum. örn; hemakromatozis.
- **Serum ürik asiti**
Gut
- **Romatoid faktör**
RA.
- **PSA**
Prostat karsinomu
- **Oraklaşma testi**
Orak hücreli anemi.
- **Düz eklem grafisi**
Osteoartrit; Eklem aralığında daralma. Subkondral sklerozis ve kist, osteofit.

Romatoid Artrit – yumuşak doku kalınlaşması, kemikte eklem komşuluğunda incelme, eklem aralığında daralma, kemik erezyonu, subluksasyon. Avasküler nekrozis – avasküler kemik komşu kemikten daha yoğundur. Gut – başlangıçta yumuşak doku şişmesi, daha sonra eklem yakınında kemikte zımba deliği lezyonlar. Ankilozan spondilit – bambu kamışı vertebra, sakroiliak eklemlerde daralma.

- **Akciğer grafisi**
Bronşiyal karsinoma- hipertrofik pulmoner artropati.

SPESİFİK TETKİKLER

- **ASO titresi**
Akut ateşli romatizma.
- **Kan kültürü**
Septik artrit – Staf. Aureus, Brucella, Salmonella.
- **Antikor taraması**
ANA(+), AntidsDNA(+).
- **Brucella serolojisi**
Brusellozis.
- **Viral titre**
Viral enfeksiyonlar.
- **Hepatit belirteçleri**
Hepatit B'ye bağlı artralji.
- **Oraklaşma testi**
Orak hücreli anemi.
- **Koagülasyon testleri**
Antikoagülan tedavi, hematüri.
- **PPD**
TB.
- **İskelet taraması**
Tümörler genellikle kemik mineralinin %50'sinden fazlası kaybolduğunda görülebilir. Akromegali -pitüiter fossa değişiklikleri, el ve kafatası değişiklikleri.
- **Kemik sintigrafisi**
Metastazlar. Primer kemik tümörleri. Paget hastalığı. İnflamatuvar kemik lezyonları. Osteoartrit. RA. Kemik kırıkları.
- **MRG**
Yumuşak doku yaralanmaları. Menisküs yaralanmaları. Ligament yaralanmaları.
- **Eklem aspirasyonu**
Mikroskopi ve kültür. Gutta kristaller.
- **Sinoviyal biopsi**
Nadiren artrit tipini doğrulamada.

TEK TEK EKLEMLER

Bu bölüm tek tek eklemleri inceleyecektir. Yukarıda eklem hastalıklarında anlatılan olaylar herhangi bir eklemi tutabilir; fakat aşağıda anlatılacak olaylar sadece belirli eklemleri etkiler ve ağrıya neden olan patolojilerdir.

OMUZ

NEDENLER

Doğumsal

- Klippel- Feil sendromu

Edinsel

Travmatik

- Çıkık
- Humerus boynu kırığı.
- Klavikula kırığı.
- Skapula kırığı.

Dejeneratif

- Supraspinatus tendiniti.
- Sıkışma sendromları.
- Rotator cuff yırtıkları.
- Donmuş omuz (adheziv kapsülit.)
- Osteoartrit.
 - Akromiyoklaviküler
 - Glenohumeral

İnflamatuvar

- Romatoid artrit.

İnfektif

- Septik artrit.(nadir)
- Tüberküloz artrit.(nadir)

Neoplastik

- Kot / boyun / humerus üst ucunun metastazları

Yansıyan ağrı

- Servikal spondilozis.
- Diyafragmatik irritasyon.
- Pancost tümörü.

Nörolojik

- Kanat skapula.

ANAMNEZ**Doğumsal**

Klippel-Feil sendromunda boyun kısadır, servikal vertebralarda anomaliler vardır, skapula da yüksek yerleşimlidir.

Edinsel**Travmatik**

Omuz çıkıklarında genellikle dışı doğru açılmış elin üzerine düşme öyküsü vardır. Reküren çıkıklar da olabilir. Hasta omuz ağrısı ve kolunu abduksiyonda tutarak başvurur. En sık anterior çıkıklar görülür fakat posterior çıkıklar sıklıkla atlanır ve elektrik şokları veya nöbetlerden sonra meydana gelebilir. Akromiyoklavikular eklem çıkıklarında genellikle omuz üzerine düşme öyküsü vardır (rugby oyuncularında sık görülür). Humerusun cerrahi boynunun kırığı omuz üzerine düşme sonucu oluşur. Hasta ağrı, deformite ve omuzunu oynatamama şikayetleri ile başvurur. Klavikular kırık genellikle dışarı doğru açılmış elin üzerine veya omuz üzerine düşme sonucu oluşur. Skapular kırıklar genellikle araç içi trafik kazalarına bağlı yüksek enerjili yaralanmalardır.

Dejeneratif

Supraspinatus tendiniti dejenerasyon, iskemi veya kalsifikasyona bağlı tendonun inflamasyonu sonucu oluşur. Ani ağrı olabilir veya hareketin başlangıcında sadece ağırlı ark bulunabilir. Sıkışma sendromlarında rotator cuff kol abduksiyona getirildiğinde akromioklavikular eklem altında sıkıştığından ağrıya sebebiyet verir. 30-60 derece arasındaki ağırlı ark supraspinatus tendiniti, 60-120 derece arasındaki ise tuberositas major akromiyon altından geçtiğinden subakromiyal bursiti aklı getirir. Rotator cuff yırtıkları genellikle yaşlı hastalarda olur ve muhtemelen cuff'ın dejenerasyonuna bağlıdır. Genç sağlıklı bir kimsede rotator cuff yırtığı şiddetli travmaya bağlı supraspinatus rüptürü ile birlikte meydana gelebilir. Hasta

kolun abdüksiyonunu başlatamaz ancak pasif hareket normaldir. Donmuş omuz (adhezif kapsülit) omuzun lokal ağrılı durumlara veya hareketsizliğe karşı bir cevabıdır. Genellikle orta yaşlarda görülür. Küçük bir kaza öyküsü olabilir. Omuzun hem pasif hem aktif hareketinde ağrı ve kısıtlanma vardır. Ağrı sıklıkla ciddi ve uykuyu bozar. Yaşlı hastalarda da hareketsizliği takiben meydana gelebilir, örneğin Colles' kırığı sonrası. Akromiyoklavikular eklem osteoartriti kolun başın üzerindeki hareketleriyle ilişkili olan ağrı ve 140 dereceden büyük bir 'yüksek ağrılı ark' vardır. Glenohumeral eklem osteoartriti idiyopatik olabilir veya avasküler nekroza bağlı veya meme kanseri için yapılan radyoterapi sonrası radyonekroza bağlı ortaya çıkabilir. Hasta omuz hareketlerinde ve gece ortaya çıkan ağrıdan yakınır.

İnflamatuvar

Omuz ekleminde, romatoid artrit osteoartritten daha sık görülür. Genellikle başka eklemlerde de romatoid artrit öyküsü bulunur.

İnfektif

Genellikle seyrek görülür. Hasta ağrılı, kızamık, şiş ve hareket kısıtlılığı olan eklem şikayetleri ile başvurur. Omuz tüberkülozu ise İngiltere'de çok çok seyrek. Omuz eklemi etrafındaki kaslarda erime ile birlikte yorgunluk ve ateş gibi sistemik semptomlarla beraberdir.

Neoplastik

Humerus üst ucunda metastazlar ve buna bağlı ağrı görülebilir. Patalojik kırıklar meydana gelebilir. Bronş, meme, tiroid, prostat veya böbrek kanseri öyküsü sorgulanmalıdır.

Yansıyan ağrı

Bu omuz ağrısının en sık nedenidir. Servikal spondiloz, sıklıkla omuzun üst kısmına yansıyan ağrılara neden olur. Boyun hareketlerinde kısıtlılıkla birlikte boyun ağrısı öyküsü sorgulanmalıdır. Diyafragma irritasyonu omuz ucunda C4 dermatomunda yansıyan ağrıya neden olabilir. Bu diyafragma altında peritonit veya diyafragma üzerinde plöreziden dolayı olabilir. Peritonitin semptomları aşikardır. Horner sendromu varsa özellikle Pancoast tümöründen şüphelenilmeli ve bu yönden iyi bir göğüs hastalıkları anamnezi alınmalıdır.

Nörolojik

Kanat skapula omuz hareketlerinde zorluklara yol açabilir. Son zamanlarda yapılan boyun veya aksilla cerrahileri

sorgulanmalıdır. Örneğin meme kanserinde aksiller küretaj long thorasic sinirine zarar verebilir. Omuzlar üzerinde uzun süre ağır yük taşımakta da bundan sorumlu olabilir.

FİZİK MUAYENE

Doğumsal

Klippel- Feil sendromu. Hasta kısa boyun ve yüksek yerleşimli skapula ile prezente olacaktır. Başka doğumsal anomaliler de birlikte olabilir.

Edinsel

Travmatik

Omuz çıkığıında hasta kolunu destekler. Omuzun normal konturu kaybolur. Aksiller sinir hasarı sorgulanmalıdır (omuzda anestesi hissi). Akromiyoklavikular çıkıkta, çıkık yerinde palpe edilebilen bir kitle ele gelebilir. Humerusun cerrahi boyun kırığıında ise ağrı, hassasiyet ve ağrıya bağlı kolu abdüksiyona getirememe şikayeti olur. Aksiller sinir hasarı sorgulanmalıdır. Klavikula kırıklarında, hasta kolun ağırlığını diğer el ile destekler. Kırık yeri genellikle palpe edilebilir.

Dejeneratif

Hareket kısıtlılığı olacaktır. Ağırlı arkın sorgulanması gerekir. Abdüksiyonu başlatıp başlatamadığı test edilmelidir (supraspinatus tendon yırtıkları). Donmuş omuzda, omuzun aktif ve pasif hareketlerinde kısıtlanma vardır. Mastektomi skarı veya radyoterapi belirtilerinin araştırılması gerekir. Akromiyoklavikular eklem osteoartritinde eklem aşık belirlenliği, lokalize hassasiyet ve 'yüksek ağırlı ark' görülür.

İnflamatuvar

Romatoid artritte, başka eklemlerde de bulgular vardır. Ateş, yorgunluk ve eklem yerinde ısı artışı olabilir. Glenohumoral hareketler krepitasyona neden olabilir.

İnfektif

Sıcak, kızamık, şiş, hassas eklem bulunur. Vücudun başka bir yerinde de bir infeksiyon odağı olabilir.

Neoplastik

Fizik muayenede pek bir bulgu olmayabilir veya ağrı, lokal hassasiyet ve hareket kısıtlılığına yol açan patolojik kırıklar da meydana gelebilir.

Yansıyan ağrı

Servikal omurun hareketleri kontrol edilmelidir. Tam bir nörolojik muayene yapılmalıdır. Diyafragmadan yansıyan ağrıda, karında hassasiyet, defans ve rijidite araştırılmalıdır. Pnömoni, plörezi veya tümör açısından göğüsün muayene edilmesi gerekmektedir.

Nörolojik

Boyun veya aksillada skar araştırılır. Hasta kolu ile 90° fleksiyonda duvarı iterken skapulanın kanatlaşması kontrol edilmelidir (skapulanın prtotraksiyonu).

GENEL TETKİKLER

- **TKS, ESH**
Hemoglobinde azalma; kronik hastalık anemisi. örn; romatoid artrit.Lökosit artışı;enfeksiyon.ESH'da artma; romatoid artrit.CRP artışı;enfeksiyon / inflamatuvar hastalık.
- **Kemik grafileri**
İki yönlü grafiler. Artrit, çıkık, kırık. Sekonder tutulum.

SPESİFİK TETKİKLER

- **Kan kültürü**
Septik artrit.
- **PPD**
TB.
- **Kemik sintigrafisi**
Sekonder tutulum.
- **Aspirasyon**
Gram boyama. Septik artrit.
- **Artroskopi**
Artrit nedenleri.
- **BT/MRG**
Ağrılı ark sendromu. Rotator cuff yırtıkları.

DİRSEK

NEDENLER

Tramatik

- Humerusun suprakondiler kırığı.
- Dirsek çıkığı.
- Çekilmiş dirsek.
- Radius başı kırığı.
- Olekrenon kırığı.
- Kondil / epikondil kırığı.
- Miyozitis ossifikans.

Dejeneratif

- Osteoartrit.
- Osteokondritis disekans.

İnflamatuvar

- Romatoid artrit.

Nörolojik

- Sinir sıkışması, örn: ulnar, posterior interosseöz ve median.

Diğer

- Olekrenon bursiti.
- Tenisçi dirseği.
- Golfçü dirseği.
- Kubitus varus / valgus.

ANAMNEZ

Travmatik

Suprakondiler kırık daha çok çocukluk çağı kırığıdır. Dışa doğru açılmış el üzerine düşme öyküsü, sonrasında dirsek etrafında şişme ve ağrı vardır. Çeşitli ciddi komplikasyona yol açabilen ciddi bir yaralanmadır. Dirsek çıkığı çocuklarda veya yetişkinlerde meydana gelebilir. Suprakondiler kırıkta görülen semptomlara benzer. Çekilmiş dirsek 2-6 yaş arası çocuklarda görülür. Radyal baş, anular ligamentten dışarıya kayar. Çocuk annesi tarafından ellerinden tutularak sallanmış olabilir. Olekranon kırıkları dirsek noktası üzerine düşme veya trisepsin ani kasılması sonucu meydana gelebilir. Kondiler ve epikondiler

kırıklar nadirdir ve kolaylıkla gözden kaçırılabilir. Miyositis ossificans ile birlikte suprakondiler kırık veya dirsek çıkığı öyküsü olabilir. Eklem önünde kalsifiye bir hematoma oluşur. Eklem hareketi, özellikle fleksiyonu etkilenir. Travma veya cerrahi sonrası eklemleri pasif gerdirmeyi öğütleyen kötü fizyoterapi sonucu da görülebilir.

Dejeneratif

Dirsek osteoartriti elleriyle ağır iş yapan işçilerde veya eklemi kapsayan komplike kırıklar sonrası olabilir. Osteokondritis disekans eklem içindeki serbestleşen cisimcik dolayısıyla dirsek ağrısına sebep olabilir ve hareketleri kısıtlayabilir.

İnflamatuvar

Romatoid artrit dirsek eklemi etkileyebilir. Başka eklemlerde de romatoid artrit bulguları görülür. Deformiteyle birlikte eklem çok fazla disorganize olması sonucu ulnar sinir etkilenebilir ve ulnar sinir felcinin semptomları görülebilir.

Nörolojik

Dirsek etrafında çeşitli sinir sıkışma sendromları meydana gelebilir. Semptomlar ulnar, median veya posterior interosseons sinir dağılımlarında görülür.

Diğer

Olekranon bursiti olekranon çevresinde ağrısız şişmeye neden olur. Halıcılarda ve öğrencilerde sık görülür (öğrenciler gece geç saatlere kadar dirsekleri masada çalışırlar). Bursa enfekte olabilir, bu durumda kızamık, hassas, sıcak ve şiştir. Tenisçi dirseği 30-50 yaşları arasında sık görülür. Dirseğin lateralinde ağrı ile belirti verir. Tenisçiler ve ön koluna ekstansiyon ve burma hareketlerini çok sık yapan insanlarda görülür. Ağrı sıklıkla yumruğu sıkınca daha şiddetlenir. Golfçü dirseği tenisçi dirseğine benzer fakat medial epikondil üzerinde ağrı, hassasiyet olur, keza parmak ve el bileğinin hiperekstansiyonunda da hasta ağrıdan şikayet eder. Kubitus valgus/varus çocukluk çağında dirsek etrafındaki kırıklar sonrası oluşabilir. Kubitus valgus tedrici olarak ulnar siniri gererek ulnar sinir felcine yol açabilir.

FİZİK MUAYENE

Travmatik

Suprakondiler kırıklarda dirsek eklemi çevresinde şişlik ve hareket kısıtlılığı olur. Olekranon, medial epikondil ve lateral

epikondil eşkenar üçgen şeklinde birbirleriyle olan ilişkilerini korurlar. Brakiyal arter, median veya radyal sinirde hasar meydana gelebilir. Dirseğin posterior çıkıklarında yukarıda anlatılan üçgen ilişkisi kaybolur. Bunun dışında diğer bulgular benzerdir. Distal dolaşımı ve median radyal sinir felçlerini kontrol etmek önemlidir. Olekranon kırıklarında olekranonun hemen üzerinde şişlik ve hassasiyet bulunur. Medial epikondil hasarlarında ulnar sinirin bütünlüğünü test etmek önemlidir. Miyositis osifikansta dirsek eklemine önünde kalsifiye bir kitle oluşur ve fleksiyonu kısıtlar. Radyal baş kırıklarında radyal baş üzerinde odaksal biçimde hassasiyet olur ve hasta tam ekstansiyon yaptıramaz.

Dejeneratif

Osteoartritte sıklıkla az bulgu vardır. Hareket kaybı ve krepitasyon ile birlikte eklemde kalınlaşma olabilir. Osteokondritis disekansta harekette kısıtlanma, krepitasyon ve eklem içindeki serbest cisimcik sebebiyle eklem kilitlenmesi görülebilir.

İnflamatuvar

Romatoid artritte başka eklemlerde de bulgular olur. Uzun süreli artritte eklemde şiş ve deformite görülür. Ulnar sinirin bütünlüğü kontrol edilmelidir.

Nörolojik

Median, ulnar, radyal sinir dağılımları dikkatlice muayene edilmelidir.

Diğer

Olekranon bursitinde olekranon üzerinde şişlik olur. İçi sıvı doludur, flüktüasyon ve transilluminasyon verir. İnfekte olursa kızamık ve hassas olabilir. Tenisçi dirseğinde lateral epikondil üzerinde hassasiyet vardır. Dirsek ekstansiyonda iken önkola pronasyon yaptırmak ağrıyı artırır. Golfçü dirseğinde medial epikondil üzerinde hassasiyet vardır. Kubitus valgus/varus'ta deformite genellikle aşıkardır. Kubitus valgusta ulnar sinirinin bütünlüğünün kontrol edilmesi önemlidir.

GENEL TETKİKLER

- **TKS, ESH**
Hemoglobinde azalma; kronik hastalık anemisi.
örn; romatoid artrit.Lökosit artışı; septik artrit.ESH'da artma; romatoid artrit.CRP artışı;enfeksiyon /inflamasyon

- **Romatoid faktör**
Romatoid artrit.
- **Direkt grafiler**
Dirsek etrafındaki kırıklar. Radyus başının kırığı – ön yağ tabakası işareti. Dirsek çıkığı. Osteoartrit. Romatoid artrit. Serbest cisimcikli osteokondritis diskans. Miyozitis osifikans.

SPESİFİK TETKİKLER

- **USG**
Olecranon bursiti. (tanı fizik muayenede aşıkardır.)
- **Aspirasyon**
Gram boyama. Gutta kristaller.

EL BİLEĞİ

NEDENLER

Tramatik

- Distal radius kırığı, örn; Colles veya Smith.
- Çıkıklar.
- Skafoid kırığı.
- Karpal çıkıklar.

Dejeneratif

- Osteoartrit.

İnflamatuvar

- Romatoid artrit.

Diğer

- Ganglion
- Tenosiovit
 - de Quervain's
 - Ekstensör tenosinoviti
- Karpal tünel sendromu.
- Lunate'nin avasküler nekrozu.

ANAMNEZ

Colles kırığı olan hastalar genellikle yaşlı osteoporotik kadınlardır. Dışa doğru açılmış el üzerine düşme öyküsü vardır. Hasta ağrı ve deformite ile başvurur. Smith kırığı Colles kırığının tam tersidir. Bunda da ağrı ve deformite vardır. Karpal kemiklerin çıkıkları nadirdir, en sık görülen lunate çıkığıdır. Bu genellikle dorsifleksiyondaki el üzerine düşme sonucu oluşur. Olaya median sinir de iştirak edebilir. Skafoid kırığı dışa doğru açılmış el üzerine düşme veya avuç içine darbe sonucu meydana gelir. Hasta ağrılı, şiş bir el bileği ile başvurur.

Dejeneratif

El bileğın osteoartriti nadirdir ve genellikle skafoid kırığı gibi bir yaralanma sonucu ortaya çıkar. Hasta bilekte ağrı ve katılıktan şikayetçidir.

İnflamatuvar

Romotoid artritte bilek sıklıkla tutulmuştur. Başlangıçta şişlik, ısı artışı , ağrı ve katılık olur. İleri dönemde bileğın ulnar deviasyonu ve palmar subluksasyonu gelişir.

Diğer

Ganglion genellikle bileğın dorsumunda ortaya çıkan ağrısız bir kitledir. de Quervain tenosinoviti genellikle orta yaşlarda ortaya çıkar. Abduktar pollicis langus ve ekstensör pollicis brevis'i etkiler. Hasta bilek hareketi ile ağrı ve yumruk yapmada zayıflıktan yakınır. Ekstensör 'tenosinavitis krepitans' aşırı aktivite sonucu oluşur ve tek veya bütün ekstensör tendonları tutabilir. Hasta aktiviteyle bileğın dorsumunda ağrı ve hassasiyetten şikayetçidir. Karpal tünel sendromunda genellikle hamilelik, Romatoid artrit, miksödem, osteoartrit, lunat'ın ön çıkığı veya diyaliz için yapılan AV fistül öyküsü vardır. Karpal tünel sendromunu en çok orta yaşlı kadınlarda görülür. Median sinir dağılımında gece yatakta artan ağrı mevcuttur. Ağrı eli sallamakla geçer. Hasta sıklıkla median sinir tutulumuna bağlı olarak elin ince hareketlerinde zorlanmadan şikayet eder. Lunate'nin avasküler nekrozunda travma öyküsü bulunabilir. Hasta genellikle ağrı ve katılıktan yakınan genç bir erişkindir.

FİZİK MUAYENE

Travmatik

Colles kırıklarında klasik yemek çatalı deformitesi olur. Distal kısım geriye ve radyale doğru yer değiştirir. Smith kırıklarında distal kısım öne doğru yer değiştirir. Ağrı, hareket kısıtlılığı ve şişlik oluşur. Çıkıklarda el bileği şiştir. Median sinir muayene edilmelidir. Skafoid kemik kırıklarında enfiye çukurunda lokalize hassasiyetle birlikte el bileği etrafında şişlik vardır.

Dejeneratif

Osteoartritte el bileği normal görülebilir. Krepitasyonla birlikte ağrılı kısıtlı el bileği vardır.

İnflamatuvar

Romatoid artritte lokal ısı artışı, ağrı ve tutuklukla beraber oldukça şiş el bileği vardır. Nihayi olarak ulnar deviyasyon ve palmar subluksasyon meydana gelir.

Diğer

Ganglion iyi sınırlı, kistik, hassas olmayan yumru şeklindedir. Translüminedir. Tenosinovitte genellikle lokalize hassasiyet ve bazen şişlik vardır. Sıklıkla tutmada güçsüzlük dışında çok az bulgu olabilir. Karpal tünel sendromu için presipitan faktör aranır, örn; gebelik, miksödem. Tanı genellikle anamnez ile konur. Tenar bölgede atrofi ve median sinirin innerve ettiği alanlarda duyuusal anormallikler olur. Tinel bulgusu pozitif olabilir, örn; median sinir üzerine karpal tünelden geçtiği bölgede perküsyon yapılır ve median sinirin innerve ettiği bölgede parestezi oluşur. Keimböck hastalığında lokalize hassasiyet ve sınırlı dorsofleksiyon görülür.

GENEL TETKİKLER

- **TKS, ESH**
Hemoglobinde azalma; kronik hastalık anemisi, örn; romatoid artrit. Lökosit artışı; infeksiyon. ESH'da artma; inflamatuvar hastalık, örn; romatoid artrit. CRP artışı; infeksiyon / inflamatuvar hastalıklar
- **Romatoid faktör**
Romatoid artrit
- **Dierkt grafiler**
Kırıklar. Çıkık. Skafoid kırıklardan şüphelenildiğinde. Avasküler nekroza bağlı kemik dansitesinde artış. Osteoartrit. Romatoid artrit.

SPESİFİK TETKİKLER

- **Kan kültürü**
Septik artrit.
- **Aspirasyon**
İnfeksiyon- gram boyama, gutta kristaller
- **EMG**
Karpal tünel sendromu (klasik prezentasyonu yoksa).

KALÇA**NEDENLER****Doğumsal**

- Doğumsal kalça çıkığı.

Edinsel*Travmatik*

- Femur boynu kırığı
- Kalça çıkığı.
- Pubik ramus kırığı.
- Asetabüler kırık.

İnfektif

- Akut piyojenik artrit.
- Tüberküloz.

İnflamatuvar

- Reiter hastalığı
- Romatoid artrit.
- Ankilozan spondilit.

Dejeneratif

- Neoplastik
 - Metastaz.
 - Çocukluk çağı lösemisi.
- Osteoartrit
 - Primer.
 - Sekonder.
- Avasküler nekroz

Diğer

- Geçici sinovit
- Pertes hastalığı
- Üst femoral epifizin kayması.

ANAMNEZ**Doğumsal**

Doğumsal kalça çıkığının tanısı yenidoğanda rutin fizik muayenede Ortalani testi ile konulur ve USG ile bu tanı desteklenir. Eğer tanı rutin testlerle atlanırsa çocuklukta eğri ve ördekvari yürüyüş tarzı ile ortaya çıkar (Trendelenburg testi). Anne babadan birinde bu hastalık öyküsü varsa çocukta DKÇ görülme riski artar. Makat gelişlerde, primigravidalarda ve kız çocuklarında siktir. Diğer doğumsal anomaliler açısından değerlendirilmelidir.

Akiz**Travmatik**

Femur boynu kırıkları genellikle yaşlı kadınlarda olur. Sıklıkla minör travma öyküsü vardır, Örn; halı üzerinde yuvarlanma gibi. Hastalarda hareketle artan kalça ağrısı vardır ve ağır yük kaldırmak imkansızdır. Genç hastalarda majör travma öyküsü vardır. Kalça çıkığı şiddetli travmalar sonrası genellikle arkaya doğru olur. Sıklıkla trafik kazalarında dizin gösterge paneline çarpmasıyla oluşur. Pelvik kırıklar (özellikle pelvik ramide) genellikle yaşlılarda düşme sonucu oluşur. Hastalar kalçada derinde ağrı hissederler. Yürüme ağırlıdır. Asetabüler kırıklar genelde direkt zorlama sonucu oluşur,örn; yan tarafı üzerine düşme, indirekt düşme, yüksekte düşmekle veya dizin gösterge paneline çarpması ile olabilir.

İnfektif

Genellikle infeksiyon kan yolu ile olur. Çocuklarda sıklıkla intrakorpüsküler metafizin olduğu kalça bölgesinde oluşur. Steroid veya diğer immünosüpresif ilaç kullanımı sorgulanmalıdır. Hastalar sıcak, ağrılı ve hassas eklem ile başvurur. Hareket kısıtlılığı vardır ve ağır yük kaldırmakla ağrı artar. Tüberkülozda genellikle temas öyküsü vardır. Hastalarda halsizlik, kilo kaybı ve gece terlemesi vardır. Bu olgularda lokal ağrı, hareket kısıtlılığı ile birlikte şişlik ve lokal kas atrofisi vardır.

İnflamatuvar

Reiter hastalarında üretrit ve konjunktivit öyküsü vardır. Genellikle cinsel ilişki veya dizanteri anamnezi vardır.

Romatoid artrit genellikle halsizlik , kilo kaybı ve sistemik hastalık ile prezente olur. Kalça eklemine fleksiyona getirilmesi ile ağrı oluşur. Ankilozan spondilit kalça eklemine tutabilir. Hastalığın başlangıcında en sık görülen semptom omurgadaki katılıktır.

Dejeneratif

Osteoartritte ağrı, katılık ve deformite olur. Hastalar yürümekte çok zorlanır. Eklem efüzyonu ve hareket kaybı olabilir. Kırıklar, Perthes hastalığı, üst femoral epifiz kayması, avasküler nekroz, gut ve hemofiliyi takiben sekonder osteoartrit oluşabilir. Femur başı avasküler nekrozu, femur boynunun intrakapsüler kırıklarında oluşabilir. Ayrıca steroid tedavisi alan hastalarda da oluşabilir.

Neoplastik

Femurun en üst kesiminde femur boynunun yanı sıra metastazın en yaygın olduğu yerdir. Lösemiye bağlı çocuklarda kalçada ağrı olabilir.

Diğer

Geçici sinovitte kalçada hassasiyet olup topallama, ağrı ve hareket kısıtlılığı bulunabilir. Perthes hastalığı en sık olarak 7-8 yaşları arasında görülür. Kalçada ağrı ve topallama vardır. Bunun dışında hastalar iyidir. Ağrı diz ekleminden kaynaklanabilir. Üst femoral epifizin kayması hastalığı genelde 11-16 yaşları arasında ve erkek çocuklarında görülür. Topallama ile beraber kalçada ağrı vardır. Hasta dize yansıyan ağrı ile başvurabilir.

FİZİK MUAYENE

Doğumsal

Ortolani testi doğumdan sonra yapılmalıdır. Diz ve kalçalar sağa doğru sabitlenmiş ve uyluk abdüksiyondadır. Asetabulumda femur başının eklem içine kaydırılmasıyla krakman sesi duyulur (Ortolani Testi). Barlow testinde cerrah femurun üst kısmını büyük trokanter üzerinde orta parmak ve kasık bölgesinde başparmağı arasında tutar femur başını asetabulumu sokup çıkararak dislokasyonu gösterir.

Edinsel

Travmatik

Hastalarda femur boyun kırığında klasik olarak bacakta kısalık, addüksiyon ve eksternal rotasyon görülür. Eğer kırık

parça kaymadıysa uzuv boyları aynı olabilir. Hareketler ağrılıdır. Çıkık olgularında hastalar diğer yaralanmalardan dolayı şoktadırlar. Posterior çıkıklarda uyluk fikse, addüksiyon ve internal rotasyondadır. Siyatik sinir muayenesi yapılmalıdır. Femur veya patella yaralanmalarıyla birlikte olabilirler. Pubik ramusun izole kırıklarında çok az bulgu vardır. Bununla birlikte sekonder kırık veya eklem yaralanması pelvik halkanın arka kısmında yaygındır.

İnfektif

Akut piyojenik artrit kalçada ağırlı şişlik, sıcaklık ve hassasiyet ile ortaya çıkar. Tüm hareketlerle ağrılıdır. Çevre kaslarda spazm vardır. Hastalarda genellikle yüksek ateş vardır. Tüberküloz lokal hassasiyet, şişlik ve efüzyon ile ortaya çıkar. Kaslarda erime ve spazm olabilir. Genellikle ateş ve halsizlik gibi kontitüsyonel semptomlar vardır.

İnflamatuvar

Reiter hastalığı genellikle üretrit ve konjunktivitle beraberdir. Romatoid artrit halsizlik, ateş ve eklem şişliği olur. Ayrıca kalça fleksiyonda sabittir. Hareketle ağrılıdır. Eklemde hareket açıklığı azalmıştır. Ankilozan spondilitte omurgada tutuklukla beraber eklem hareketleri kısıtlıdır. Bununla birlikte kalçada da tutukluk olur. Küçük eklemler tutulmaz.

Dejeneratif

Osteoartrit genelde topallama ile ortaya çıkabilir. Bacak eksternal rotasyonda uzanır ve kalıcı addüksiyondan dolayı kısa görülür. Genellikle sabit fleksiyon vardır. Hareketlerde kısıtlılık görülür. Abdüsyon, ekstansiyon ve internal rotasyon kaybı erken dönemde oluşur ve giderek daha kısıtlayıcı olur. Aşıkır kısılma görülür. Avasküler nekrozda, katılıkla beraber eklem biçiminde bozukluk, hareket kısıtlılığı ve sonunda sekonder osteoartrit gelişir.

Neoplastik

Kalça eklemi üzerinde lokalize ağrı kontrol edilmelidir. Meme, bronş, tiroid, prostat ve böbrek tümörleri kontrol edilmelidir. Çocukluk çağı lösemilerinde spontan çürükler, lenfadenopati, splenomegali gibi diğer bulgular da olabilir

Diğer

Geçici sinovitlerde topallama olur. Sistemik semptomlar yoktur. Eklemde hareket kısıtlılığı vardır. Perthes hastalığında topallama ve eklem hareket açıklığında azalma vardır. Üst femoral

epifizin kaymasında bacak dışı doğru uzanmıştır ve pasif internal rotasyonda azalma vardır.

GENEL TETKİKLER

- **TKS, ESH**
Hemoglobinde azalma; kronik hastalık anemisi, örn; romatoid artrit. Lökosit artışı; infeksiyon. ESH'da artma; inflamatuvar hastalıklar, örn; romatoid artrit, ankilozan spondilit. CRP artışı; infeksiyon / inflamatuvar hastalık.
- **Kalça düz grafisi**
Ön arka ve yan. Kırıklar, osteoartrit, romatoid artrit, çıkıklar, Perthes hastalığı, üst femoral epifiz kayması, tüberküloz, avasküler nekroz.

SPESİFİK TETKİKLER

- **Kan kültürü**
Septik artrit.
- **Aspirasyon**
İnfeksiyon- gram boyama, gutta kristaller.
- **USG**
Kalça çıkığı.
- **Kemik sintigrafisi**
Avasküler nekroz. Gizli kırıklar.

DİZ

NEDENLER

Tramatik

Kemikler

- Patella kırıkları
- Femurun suprakondiler kırıkları.
- Eklemi de içine alan tibia kırıkları.

Ligamentler

- Medial ve lateral kollateral ligament hasarı.
- Çapraz ligament hasarı.
- Quadriceps tendon hasarı.
- Patellar tendon rüptürü.

Menisküs

- Menisküs yırtığı.

İnfektif

- Piyojenik artrit.

İnflamatuvar

- Romatoid artrit.
- Reiter sendromu.
- Ankilozan spondilit.

Dejeneratif

- Osteortrit

Metabolik

- Gut.
- Pseudogut.

Nöropatik

- Charcot eklemi.

Nöoplastik

- Osteojenik sarkom.

Diğer

- Bursit.
 - Prepatellar bursit.
 - İnfrapatellar bursit.
 - Semimembranöz bursit.
- Baker kisti.
- Osteokondritis disekans.
- Genu varum.
- Genu valgum
- Patellofemoral insitabilite.
- Osgood- Schlatter hastalığı (tibial tüberositenin osteoartriti)
- Kondromalazi patella.
- Kalça veya belden yansıyan ağrı.

ANAMNEZ**Travmatik**

Diz eklemi etrafında kırık olduğunda genellikle aşikar bir travma öyküsü vardır. Patella kırıkları quadriceps kasının zorlu kontraksiyonu veya patellaya direkt travmadan kaynaklanır.

Ligament yırtıklarında genellikle spor yaparken olan yaralanma öyküsü vardır, örn; futbol gibi. Hastalar diz ekleminde şiş ve ağrı ile başvururlar. Arka çapraz ligament yaralanmalarında diz sabit iken tibianın arkaya doğru sertçe çekilmesi ile oluşur, örn; trafik kazasında tibia üstünün gösterge paneline çarpması gibi. Menisküs yırtıkları genellikle sporcularda ve madencilerde olur. Diz sabit halde iken üzerine ağırlık binmesi ile birlikte burkulma olursa olabilir. Hastalarda dizde ağrı ve şişme ve yırtılan menisküs tarafında hassasiyet olur. Dizde kilitleme olur, örn; ekstensiyonun son 10-15 derecelik kısmını yapamaz. Çok hızlı şişme oluşması eklem içine kanamayı gösterir ve bundan dolayı kırık veya çapraz bağ hasarı veya periferik menisküs hasarı düşünülmelidir.

İnfektif

Genellikle kan yolu ile bulaşır. Çoğunlukla çocuklarda görülür. Ayrıca steroid veya immünoşüpresif tedavi alan erişkinlerde olabilir. Hastalarda halsizlik ve ateşle beraber eklemde hassasiyet, sıcaklık ve ağrı vardır. Hastalar eklemi hareket ettirmek istemezler.

İnflamatuvar

Romatooid artrit hastalar konstitüsyonel semptomlarla beraber eklemlerde ağrı ve şişlikten şikayet ederler. Romatooid artrit bulguları başka bölgelerde olabilir. Reiter sendromunda dizde şişlik ve rahatsızlık hissi vardır. Genelde üretrit, konjunktivit veya dizanteri öyküsü vardır. Ankilozan spondilitte diz ekleminde tutulum olabilir. Ayrıca hastalar omurgada katılıktan şikayet ederler.

Dejeneratif

Osteoartrit en sık diz eklemini tutar. Hastalar şişman ve yaşlı olabilirler. Hareketle olan ağrı, tutukluk ve deformite vardır. Daha önceden var olan eklem patolojilerine bağlı anamnez olabilir, örn; septik artrit, menisküs yırtığı, menisküs cerrahisi veya osteokondritis disekans.

Metabolik

Gut hastalığında dizde ağrı ve şişlik oluşur. Pseudogut diz eklemini sıklıkla tutar. Kondrokalsinozis ile birlikte, örn; hiyalin veya fibrokartilajda aşikar kalsifikasyon vardır.

Nöropatik

Hastalar oynak, deforme ve ağrısız eklem ile başvurur. Diyabet, sifiliz veya lepra öyküsü olabilir.

Neoplastik

Femurun alt kısmı ve tibia'nın üst kısmı osteojenik sarkomun en sık görüldüğü bölgelerdir. Hasta erkektir ve genellikle 30 yaşından gençtir. Diz etrafında ağrı, şişlik ve deformite vardır. Hasta akciğer metastazları nedeniyle öksürükten de şikayet edebilir.

Diğer

Bursitler, dizin önünde veya arkasında şişlik ile gelir. Bu şişlik ağrısız olabilir. Dizleri üzerinde çalışanlarda (halıcılar) prepatellar bursit görülebilir. İnfrapatellar bursit ise topukları üzerinde oturan kişilerde görülür. Semimembranöz bursa dizin medial kısmında görülür. Bursa enfekte olursa hasta hassas, kırmızı ve sıcak bir şişlik ile başvurur. Baker kisti popliteal fossanın orta hattında meydana gelir. Hasta bir kabarıklık hisseder. Ayrıca eklem osteoartritine eşlik eden ağrı da olabilir.

Osteokondritis disekans

Sıklıkla ikinci dekatta görülür. Kemiğin bir kısmı avasküler nekroza gider, kemikten kopar ve eklem içinde serbest bir cisim oluşur. Hasta ağrı, şişlik ve aralıklı olarak eklem kilitlemesinden şikayet eder.

Dizilim Hastalıkları

Genu varumda hastada yay şeklinde bacaklar görülür. Çocuklarda genellikle büyüme bozuklukları ile birlikte ve sıklıkla epifiz bölgesinde kemik hasarı vardır. Yetişkinlerde rikets, Paget hastalığı veya romatoid artrit öyküsü olabilir. Genu valgumda (X bacak) hasta genellikle düz tabanlı olan bir çocuktur. Yetişkinlerde romatoid artrit anamnezi olabilir.

Patellofemoral instabilite

Patellanın dislokasyonu olabilir. Akut formda dizin bir tarafına travma öyküsü vardır. Patellanın tekrarlayan dislokasyonları adolesan kızlarda daha çok görülür. Genellikle lateral kondilin düzleşmesi, yüksek binimli patella veya genu valgumla birlikte.

Osgood- Schlatter hastalığı

Hastalar genellikle 10-14 yaş arası erkek çocuklarıdır. Futbol gibi bir fiziksel aktivite öyküsü vardır. Tam olarak tibia'nın tüberositasında ağrı ve şişlik vardır.

Kondromalazi patella

Hastada dizinin ön tarafında tam lokalize edilemeyen ağrı vardır. 15-35 yaş arası kadınlarda sık görülür. Bir travma öyküsü olabilir. Özellikle merdiven çıkarken ağrı ve şişlik olur. Dizler çökmeye meyillidir.

Yansıyan ağrı

Kalça veya sırttaki ağrının dize yansımaları çok sık görülür. Daima kalça ve sırt semptomlarını sorgulamak gerekir.

FİZİK MUAYENE**Travmatik**

Kırıklar aşıkardır. Ağrı, hassasiyet, deformite ve krepitasyon olabilir. Suprakondiler kırıklarda distal dolaşımı kontrol etmek önemlidir. Ligament yaralanmalarında eklem stabilitesini, efüzyonları ve etkilenen ligament üzerinde hassasiyeti muayene etmek gerekir. Aktif düz bacak kaldırma testi, ekstensör mekanizma yaralanmalarını elimine ettirir (quadriiceps yırtığı, patellar tendon rüptürü, patellar kırık). Valgus ve varus zorlama testleri ligament yaralanmalarını teşhis için gereklidir. Anteriyora veya posteriyora çekme testlerini ve Lachman testini yapmak gerekir. Menisküs yaralanmalarında akut dönemde şişlik, hassasiyet ve efüzyon bulunur. Eklem kilitlemiş olabilir, son 10-15° ekstansiyon kaybı vardır. Kronik fazda quadriiceps zayıflığı, efüzyon, menisküs üzerinde hassasiyet vardır. Medial menisküs yaralanmalarında Mc Murray testi pozitif olur, buna rağmen nadiren yapılır.

Akut diz yaralanmalarında, ağrı nedeniyle bu dönemde muayene yapılmaz ve 10. günde tekrar değerlendirme uygundur.

İnfektif

Hastada sıcak, kırmızı, hassas, şiş bir eklemlerle birlikte ateş vardır. Etraftaki kaslarda spazm olur ve aktif veya pasif hareket mümkün değildir (bazen diyabetik hastalarda, steroid veya immünoşüpresif tedavi alanlarda hareket mümkün olabilir.)

İnflamatuvar

Romatoid artrit ateş, ağrı, şişlik, hareket kısıtlılığı ve sinoviyal kalınlaşma görülür. Diğer eklemlerde de romatoid artrit bulguları beklenir. Reiter sendromunda şişlik ve hareketlerde

azalma vardır. Uretrit ve konjunktivit görülebilir. Ankilozan spondilit diz eklemi etkileyebilir. Bu durumda şişlik ve katılık bulunur. Genellikle omurganın hareketlerinde azalma görülür.

Dejeneratif

Osteoartritte osteofite, kalınlaşmış sinoviyum veya efüzyona bağlı şişlikler görülebilir. Kuadrisepslerde zayıflık vardır. Hareketler azalmıştır ve hareketler zorlandığında ağrı olur. Duruş bozulur. Eklem tek tarafı etkilenmişse, eklemlerin hizası bozulabilir.

Metabolik

Gutta eklem kızamık, sıcak ve şiştir ve hareket kısıtlılığı vardır. Pseudogutta da benzer bir görünüm oluşur.

Nöropatik

Eklem aşırı derecede şiş ve deforme olur. Ağrısız, anormal hareketlilik vardır. Dorsal kolumna duyunun test edilmesi gerekir (eklem pozisyon duyası).

Diğer

Bursit patella önünde (prepatellar) veya altında (infrapatellar) yumuşak, fluktuan bir şişliktir. Semimembranöz bursit popliteal fossanın medial kenarında kistik şişme ile prezente olur. Bursa enfekte olabilir, şişlik sıcak, kırmızı ve hassas hale gelir. Osteochondritis dissecans efüzyona bağlı eklem şişliği ve eklem aralıklı kilitlemesi olur. Genu valgum ve genu varum fizik muayenede aşıkardır. Patellofemoral instabilite akut veya kronik dislokasyon sonucu meydana gelebilir. Akut dislokasyonda patella, diz fleksiyonda iken lateralde görülür. Lokalize hassasiyet ve şişkinlik meydana gelir. Kronik dislokasyonda diz semifleksiyonda kilitleme. Spontan reduksiyon sıklıkla olur. Patella çok yüksekte veya çok küçük hissedilebilir. Osgood-Schlatter hastalığında tibial tüberosite üzerinde hassasiyet ve şişlik vardır. Kondromalazi patellada, patellaya basıldığında ve femura doğru hareket ettirildiğinde hafif şişlik ve ağrı olur. Her zaman kalça eklemi ve omurgalar muayene edilmelidir. Dizdeki ağrı kalça veya omurgadan yansıyabilir. Baker kisti popliteal fossada yaygın yumuşak bir şişliktir. Kist rüptüre olursa ağrı meydana gelebilir.

GENEL TETKİKLER

- **TKS, ESH**
Hemoglobinde azalma; kronik hastalık anemisi,örn; romatoid artrit. Lökosit artışı ;enfeksiyon, örn;piyojenik artrit.ESH'da artma; romatoid artrit, ankilozan spondilit. CRP artışı ;enfeksiyon / inflamasyon.
- **RF**
Romatoid artrit.
- **Serum ürik asit**
Gut.
- **Diz grafisi (AP, lateral)**
Kırıklar, osteoartrit. Romatoid artrit. Loose cisimcikleri. Osteojenik sarkoma. Ligament yaralanmaları için X ray grafi gerekli olabilir.
- **Akciğer grafisi**
Osteojenik sarkomaya bağlı sekonder tutulum.

SPESİFİK TETKİKLER

- **Kan kültürü**
Piyojenik artrit.
- **Aspirasyon**
Gram boyama, kültür, enfeksiyon. Gut ve pseudogutta mikroskopide kistaller.
- **Kemik sintigrafisi**
Tümör. İnfeksiyon. Akut artrit.
- **MRG**
Menisküs yaralanmaları. Ligament yaralanmaları, örn; çapraz bağlar.
- **Artroskopi**
Loose cisimcikleri. Efüzyon. Menisküs yaralanmaları.
- **Sinovyal biopsi**
Tanının doğrulanması .

AYAK BİLEĞİ**NEDENLER****Travmatik**

- Zorlamalar (Lateral ligamentler)
- Bilek etrafında kırıklar
- Aşil tendonu rüptürü

İnfektif

- Piyojenik artrit(nadir)
- TB (nadir)

İnflamatuvar

- Romatoid artrit
- Dejeneratif
- Osteoartrit

Diğer

- Tenosinovit
- Futbolcu bileği
- Talusun osteokondriti
- Tarsal tünel sendromu

ANAMNEZ**Travmatik**

Yakın zamandaki travma öyüsü alınır. Zorlamalar genellikle lateral ligamenti etkiler. Kırıklarda bilekte şişlik, deformite, berelenme ve krepitasyon olur. Tibiofibular ayrışmada yüksek fibular kırık meydana gelebilir. Aşil tendon yırtığı özellikle orta yaşlı erkeklerde sıklıkla spor yaparken (bazen de yatakta) oluşabilir. Hastalar topuklarına tekme yemiş gibi hissederler.

İnfektif

Piyojenik artritte eklemde kızarıklık, sıcaklık ve hassasiyet görülür. TB artrit nadirdir. Yürürken ağrı olur. Vücudun başka yerlerinde TB anamnezi vardır.

İnflamatuvar

Bilek ekleminde kronik ağrının ve şişliğinin en sık nedeni romatoid artritir. Romatoid artrit diğer semptomları mutlaka vardır. Ateş ve yorgunluk ta olabilir.

Dejeneratif

Bileğin primer osteoartriti nadirdir. Osteoartrit sıklıkla iyi redükte edilmemiş kırıklara veya talusun avasküler nekrozuna bağlı olabilir. Semptomlar sıklıkla çok azdır.

Diğer

Tenosinovit lateral veya medial malleolün hemen arkasında meydana gelir. Özellikle inversiyon ve eversiyonda ağrı bileğin

her iki tarafında olabilir. Futbolcu bileği isminden de anlaşılabilirdi gibi futbol oynayan kişilerde olur.

Hasta bilek önünde iyi lokalize edilemeyen ağrıyla gelir. Talusun osteokondriti seyrek görülür. Genç yetişkinlerde ve erkeklerde görülür. Bilekte sıklıkla şiddetli ağrı vardır.

Tarsal tünel sendromunda tibial sinir fleksör retinakulum altından geçerken sıkışabilir ve ayak tabanında ve başparmakta paresteziye ve yanıcı ağrıya neden olur.

FİZİK MUAYENE

Travmatik

Kırıklarda deforme, palpe edilebilen şişlik, hassasiyet ve krepitasyon olur. Aşil tendon yırtığında aşil tendonunda aşikar bir boşluk ve ayağın dirence karşı plantar fleksiyonunda zayıflık mevcuttur. Thomson'un sıkma testi uygulanır. Normalde baldır sıkıldığında ayak plantar fleksiyon yapar. Aşil tendon yırtığında bu olay görülmez.

İnfektif

Piyojenik artitte ayak bileği sıcak, hassas, şiş ve ağrılıdır. TB'de ayak bileği şiş ve baldır kaslarında zayıflık vardır.

İnflamatuvar

Romatoid artrit nadiren sadece ayak bileğini tutar. Ayak bileği şiş ve hassastır. Ayakta başka eklemlerde de artrit bulguları olabilir.

Dejeneratif

Osteoartritte ayak bileğinin krepitasyonu ile birlikte hareket açıklığının azalması ve şişlik görülür.

Diğer

Tenosinovitte tendonlar boyunca şişlik ve hassasiyet olabilir. Tibialis posterior ve peroneus longus tutulmuşsa, zorlu eversiyon ve inversiyonda ağrı olabilir. Futbolcu bileğinde eklem ön kapsülünde yırtılma ve kalsifikasyon meydana gelir. Muayenede dorsifleksiyonda kısıtlanma saptanır. Talusun osteokondritinde ayak bileğinde şişlik ve hassasiyet vardır. Eklem içinde serbest cisimcikler bulunabilir.

GENEL TETKİKLER

- **TKS, ESH**
Hemoglobinde azalma; kronik hastalık anemisi ,örn; romatoid artrit. Lökosit artışı; infeksiyon, örn; piyojenik artrit.ESH'da artma; romatoid artrit, ankilozan spondilit. CRP artışı; infeksiyon / inflamasyon.
- **Ayak bileği direkt grafisi**
Kırıklar. Stres grafileeri kırığın tipini belirlemek için gerekli olabilir. Her zaman üst fibula da görüntülenmeli,, eklemin ayrılmasında fibula şaftının üst kısmında kırık olabilir. Romatoid artrit. Osteoartrit. Talusun osteokondriti. Futbolcu bileğinde kapsülün anterior bölümünde kalsifikasyon.

SPESİFİK TETKİKLER

- **Kan kültürü**
Piyojenik artrit.
- **Aspirasyon**
Gram boyama, kültür, infeksiyon. Gutta mikroskopide kistaller.
- **Kemik sintigrafisi**
İnfeksiyon. Akut artrit.
- **MRG**
Talusun osteokondriti.

► BÖBREK BOYUTLARININ BÜYÜMESİ

Böbreği büyüten hastalıklar nadir değildir. Belirti vermeyebilirler veya hematüri, üriner sistem infeksiyonları ve ateş ile birlikte olabilirler.

NEDENLER

Doğumsal

- Polikistik böbrek

Edinsel

İnfektif

- Perinefritik abse
- TB

Tıkkayıcı

- Hidronefroz
- Piyonefroz

Dejeneratif

- Soliter kist

Neoplastik

- Hipernefrom
- Nefroblastom

ANAMNEZ

Doğumsal

Polikistik böbrek hastalığında sıklıkla aile öyküsü bulunur, ancak hastanın karında kitle, hematüri, bğğür ağrısı (infeksiyon veya kist içine kanama), kronik böbrek yetersizliği gelişene kadar 30'lu 40'lı yaşlara kadar beliti vermez. Hipertansiyon olabilir. Nadiren hidronefroz doğumda olabilir. Süt çocuklarında hidronefroz, gelişme geriliği nedeni olabilir.

Edinsel

Tüberküloz anamnezi olabilir. Hasta hematüri, dizüri veya piyüri ile gelebilir. Perinefritik abselerde diyabet öyküsü bulunabilir. Nefroblastom yaşamın ilk 3 yılında karında kitle, ağrı, hematüri, ateş ve kilo kaybı ile kendini gösterir.

FİZİK MUAYENE

Sağ ya da sol bel bölgesinde kitle palpe edilebilir. Bu kitle nefes almakla hareket eder, iki elle palpe ve ballote edilebilir. Genellikle böbrek boyutu arttığında perküsyonla matite alınır. Ama gazla dolu transvers kolonun böbrek üzerinde uzanması nedeni ile rezonans işitilebilir. Soliter kistler büyük, gergin ve düzgün yüzevidirler. Polikistik böbrekler büyüktür ve kasiğa doğru uzanabilirler. Düzgün yüzevli bir çok kabarıklıklar vardır. Eğer kist infekte olursa hassas olur veya kist içi kanama olursa gergin olurlar. Hidronefrotik böbrekler çok büyük, gergin ve düzgün yüzevli olabilirler. Perinefritik abselerde belde kızarıklık, şişlik ve ödem olabilir. Bazen bele fistülleşebilir ama bu günümüzde çok nadirdir. Hipernefromalar genellikle sert, düzensiz, nodüler ve sabit olurlar. Nefroblastom belde ve karında büyük bir kitle olarak ortaya çıkabilir.

GENEL TETKİKLER

- **TKS,ESH**
Hemoglobinde artma (hipernefromalarda polisitemi olabilir.) Hemoglobinde azalma;hematüriye bağlı kan kaybı. Lökosit artışı ; piyonefroz, perinefritik abse.ESH'da artma; hipernefom, nefroblastom, TB, infeksiyon
- **Üre ve Elektrolitler**
İki taraflı böbrek hastalıklarında yükselme
- **Kan glukozu**
Diyabette perinefritik abseler.
- **Direkt üriner sistem grafisi**
Böbreğe ve üreteral taşa bağlı hidronefroz.
- **Akciğer grafisi**
Metastazlar- hipernefrom (top güllesi şeklinde metastazlar.), nefroblastom, TB.
- **Tam idrar tetkiki**
Kan, cerahat hücreleri, organizmalar, TB için sabah ilk idrar.
- **USG**
Solid-kistik ayırımı.Biyopsi.

SPESİFİK TETKİKLER

- **İVP**
Fonksiyon kaybı. Hidronefroz. Kalikslerdeki deformasyon (hiper nefrom).
- **BT**
Solid- kistik ayırımı. Tümörün yayılımı. Biyopsi.
- **Sistoskopi**
Üreterlerde tıkanmaya neden olan mesane tümörleri. TB. Mesane çıkışı tıkanıklıkları.
- **Antegrad piyelografi**
Tıkanıklığın yeri.
- **Retrograd piyelografi**
Tıkanıklığın yeri.
- **Anjiyografi**
Tümörün kan dolaşımı (nadir kullanılır).
- **MRG**
Renal parenkimal lezyonlar. Vasküler lezyonlar.

▶ BACAK AĞRISI

Bu bölümde bacadaki lokal lezyonlara bağlı veya bacağı yansıyan ağrı nedenleri anlatılacaktır. Bacak ağrısı çok sık rastlanan bir şikayet nedenidir ve en sık vasküler veya ortopedik nedenlere bağlıdır. Eklem rahatsızlıklarının olduğu bölümde eklemle ilgili olan nedenler anlatılmıştır.

NEDENLER

Travmatik

- Kırıklar
- Çıklıklar
- Ezilmeler

İnflamatuvar

- Romatoid artrit
- Reiter hastalığı
- Ankilozan spondilit

İnfektif

- Selülit
- Miyozit (nadir)
- Osteomyelit (nadir)
- Septik artrit

Dejeneratif

- Osteoartrit
- Baker kisti
- Menisküs lezyonları

Vasküler

- Derin ven trombozu
- Akut arteriyel tıkanma
- Aralıklı topallama

Nörolojik

- Siyatik
- Periferik nöropati
- Nörolojik topallama

Metabolik

- Gut

Neoplastik

- Osteojenik sarkom
- Metastatik tutulum

Diğer

- Polimiyaljiya romatika
- Kramplar
- Ağır egzersiz

ANAMNEZ**Travmatik**

Bilinen travma öyküsü.

İnflamatuvar

Eklemlerde şişlik, tutukluk, hareket kısıtlılığı anamnezi vardır. Yürümekle ağrı olur. Bilinen bir romatoid artrit öyküsü ile birlikte örneğin eller gibi başka bir bölgede romatoid artrit bulguları olabilir. Reiter hastalığında konjuktivit, üretrit görülür. Ankilozan spondilite omurgada özellikle sabahları olan katılık ; kalça ve diz tutulumu vardır

İnfektif

Selülit böcek ısırması gibi yara yerinden kaynaklanabilir veya lenfadenomatöz bacakta olabilir. Ağrı, kızarıklık, hassasiyet, halsizlik ve ateş ile ortaya çıkar. Miyozit kollajen vasküler hastalıklarda görülebilir, örn; skleroderma, dermatomiyozit. Osteomiyelit nadirdir ama çocukluk çağında daha sıktır. İmmünoşüpresyon veya diyabetes mellütus anamnezi vardır. Başka bir bölgede yeni bir infeksiyon öyküsü, hareketle artan ağrı, tutulan bölgede şişlik ve kızarıklık vardır. Septik artritte eklemdede ağrı, kızarıklık, sıcaklık ve hassasiyet olur. Çocuklarda çok yaygındır. Yetişkinlerde steroid tedavisi veya diyabetes mellütus sorgulanmalıdır.

Dejeneratif

Osteoartritte ağrı, tutukluk ve deformite olur. Ağrı yürümeye başlamakla artar ve daha sonra azalır. Baker kisti dizin arkasında bir yumru ile ortaya çıkar. Kist rüptüre olursa hastalar baldırda ağrı ve şişlikten yakınır. Menisküs lezyolarında genellikle dizde burkulma öyküsü vardır, örn; futbol oynama. Dizde kilitleme olur.

Vasküler

Derin ven trombozunda bacakta ağrılı şişlik oluşur. Oral kontraseptif kullanım, uzun süreli immobilizasyon, yakın

zamanda uygulanmış cerrahi müdahale, malignite öyküsü vardır. Akut arteriyel tıkanmada tutulan ekstremitede ani başlayan şiddetli ağrı olur. Hastalar bacağı hareket ettiremez ve bacadaki soğukluktan yakınırırlar. Aralıklı topallamada yürürken olan ve dinlenmekle geçen ağrı vardır. Baldır, uykuluk veya kalçada ağrı olabilir. İlerlemiş arteriyel hastalıkta istirahat ağrısı olabilir. Ağrı geceleri yatakta artar ve hastalar ayaklarını yataktan aşağı sarkıttıklarında rahatlar.

Nörolojik

Bacak arkasına doğru inen ağrı (siyatik) öksürmekle, hareketle ve fazla gezmekle artar. Hastalar ayrıca sırtta ağrılı spazmlara bağlı olan sırt ağrısından yakınır. Omurga hareketlerinde kısıtlılık olur. Nörolojik topallamanın nedeni santral spinöz kanalda olan darlıktır. Fleksiyon ile kanalın çapında artış olması sebebiyle semptomlarda düzelme olur. Bu nedenle hastalar bisiklete binmeyi yürümekten ve merdiven yukarı çıkmayı, aşağıya inmekten daha çok tercih ederler. Nörolojik topallamada yürüyüş mesafesi her bir yürüyüşte git gide azalır ama vasküler topallamada böyle değildir. Nörolojik topallamada yürümekle ortaya çıkan ağrının geçme süresi vasküler topallamadan daha uzundur. İki topallama tipi bir arada olabilir ve bu durumda tanı zorlaşır.

Metabolik

Gut eklemde akut şiddetli ağrı, şişlik ve kızarıklıkla ortaya çıkar. Daha önceki ataklara ait anamnez olabilir. Travma, ameliyat, infeksiyon, diüretik, polisitemi, lösemi, sitotoksik ve immünoşüpressif tedavi öyküsü olabilir.

Neoplastik

Osteojenik sarkom genellikle 20-40 yaş arası erkeklerde görülür. Genellikle en sık görüldüğü yer olan, femur distali ve tibia proksimalinde, diz etrafında şişlikle ortaya çıkar. Hastalar sıklıkla kemik ağrısı, şişlik ve akciğer metastazlarına bağlı öksürükten yakınır. Kemik metastazına bağlı ağrı veya patolojik kemik kırıkları olabilir. Akciğer, meme, tiroid, prostat veya böbrek kanserleri en sık kemik metastazı yapan tümörlerdir. Bunlara bağlı oluşabilecek semptomları veya yakında geçirilmiş operasyonları gözden geçirmek gerekir.

Diğer

Polimiyaljiya romatika genellikle yaşlı kadınlarda görülür. Proksimal kaslarda ağrı, sabah tutukluluğu ve sıklıkla artrit vardır. Kramp ağrılı kas spazmidir. Hastalar bacaklarında özellikle geceleri ve egzersiz sonrası ortaya çıkan şiddetli ağrıdan yakınırırlar. Bu durum sodyum azlığına, miyopatiye veya

musküler iskemiyeye bağlı olabilir. Kronik böbrek yetersizliğinde oldukça yaygındır.

FİZİK MUAYENE

Travmatik

Ağrı, fonksiyon kaybı, hassasiyet, deforme, krepitasyon ve anormal hareketlilik vardır. Komşu sinir ve vasküler yapılarda olabilecek yaralanmalar kontrol edilir.

İnflamatuvar

Eklem ağrısı, şişlik, hassasiyet, hareket kaybı, kalıcı deforme ve yürüyüş bozukluğu olabilir. Vücudun başka bir yerinde romatoid artrit bulguları olabilir. Reiter hastalığında konjunktivit, üretrit olur. Ankilozan spondilite omurgada katılık, azalmış göğüs ekspansasyonu, omurgada kalıcı kifoz ve boyunda hiperekstansiyon vardır.

İnfektif

Akut selülitte etkilenen bölgenin üzerinde kızarıklık ve hassasiyet vardır. İnguinal lenfadenopati de olabilir. Akut osteomyelitte infeksiyon bölgesinin üzerinde sıcaklık ve hassasiyet vardır. Miyozitte hassasiyet ve kaslarda zayıflama olur. Poliarteritis nodoza, SLE, skleroderma veya dermatomyozit gibi kollajen hastalıkların bulguları olabilir. Septik artrit sıcak, hassas, ağrılı, şiş eklem ve eklem tım hareketlerinde ağrı vardır. Etrafındaki kaslarda spazm olabilir.

Dejeneratif

Osteoartritte şekil bozukluğu, sinoviyal kalınlaşma, osteofitlere bağlı kemiklerde genişleme, efüzyon ve hareket kaybı vardır. Baker kisti popliteal fossada şişlik ile kendini gösterir. Yırtılırsa baldırlarda şişlik ve ağrı oluşur. Menisküs lezyonlarında dizde şişlik ve erken dönemde eklem çizgisi üzerinde hassasiyet olur. Daha sonra quadriseps kasında atrofi ile beraber kronik efüzyon ve pozitif Mc Murray bulgusu vardır.

Vasküler

Derin ven trombozunda genellikle baldırda ağrı, hassasiyet, şişlik ve sıcaklık vardır. Ayak bileğinde ödem olur. Homans işareti pozitifdir. İliofemoral trombozda beyaz bacak (phlegmasia alba dolans) veya ağrılı mor bacak (phlegmasia cerulae dolans) olabilir. Akut iskemide bacakta ağrı, solukluk, parestezi ve paralizisi olur. Atriyal fibrilasyon açısından değerlendirilmelidir. Aralıklı topallamada nabızlar kontrol edilmelidir.

Neoplastik

Genellikle diz eklemi etrafında, femur distali veya tibia proksimalinde, sıcak ve hassas şişlik vardır. Akciğer metastazları kontrol edilmelidir. Sekonder tutulumunda akciğer, meme, tiroid, prostat ve böbrek tümörleri araştırılmalıdır.

Nörolojik

Lordoz, düz bacağı kaldırma güçlüğü, kısıtlı bel hareketleri kontrol edilir. Alt ekstremitelerde derin tendon reflekslerinde azalmaya bakılır. Duyu kaybı olan alanlar araştırılır.

Metabolik

Gut hastalığında hassas, kızarıklık, şiş ve hareket kısıtlılığı olan eklem vardır. Başka yerlerde olabilecek tofuslar kontrol edilir.

Diğer

Polimiyaljiya romatikada eklemler ve kaslar üzerinde hassasiyet vardır. Bazen temporal arteritle beraber olabilir. Temporal arter hassasiyeti kontrol edilir. Kramp olgularında ise kronik böbrek yetersizliği bulguları olabilir.

GENEL TETKİKLER

- **TKS, ESH**
Hemoglobinde azalma; kronik hastalık anemisi, örn; romatoid artrit, kollajen hastalıklar. Lökosit artışı; infeksiyon, örn; osteomyelit, septik artrit. ESH'da artma; inflamasyon, örn; romatoid artrit, malignite, polimiyaljiya romatika
- **CRP**
İnfeksiyon veya inflamasyonda artar.
- **Üre ve elektrolitler**
Kronik böbrek yetersizliği. Kollajen hastalıkların böbrek tutulumu.
- **KcFT**
Sekonder karaciğer tutulumuna bağlı alkalin fosfataz artışı.
- **Romatoid faktör**
Romatoid artrit.
- **Kan glukozu**
Diyabet; nöropati, periferik vasküler hastalık.

- **Serum ürik asit**
Gut.
- **Lokal direkt grafi**
Kırıklar. Osteoartrit. Romatoid artrit. Kronik osteomyelit.
Tümörler.
- **Lumbosakral vertebra grafisi**
Disk lezyonlarında. Osteofitler. Eklem aralığında daralma.
Lordoz.
- **Akciğer grafisi**
Osteojenik sarkomanın sekonder tutulumlarında.

SPESİFİK TETKİKLER

- **BT**
Lokal lezyon. Omurgada örn; disk lezyonu, tümör,
nörojenik topallama- spinal kanalda darlık.
- **MRG**
Omurga;disk lezyonu, tümör.
- **Doppler US**
DVT, Arteriyal hastalıklar.
- **Arteriyografi**
Vasküler hastalıklar.
- **Venografi**
DVT.
- **EMG**
Sinir lezyonları, periferik nöropati.

▶ BACAĞTA ÖDEM

Alt ekstremitelerde ödem iki taraflı veya tek taraflı olabilir. İki taraflı ödem genellikle kalp, böbrek veya karaciğer yetersizliğinde görülür. Tek taraflı ödem yaygın olarak travmadan, venöz veya lenfatik hastalıklardan dolayı olur.

NEDENLER

Lokal

Akut ödem

- Travma
- DVT
- Selülit
- Allerji
- Romatoid artrit

Kronik ödem

- Venöz
- Variköz venler
- Venöz dönüşte tıkanıklık, örn; gebelik, pelvik tümörler, VKI tıkanıklığı, postflebitik bacak.
- Lenfödem
- Doğumsal malformasyonlar, örn;arteriyovenöz fistül.
- Paralizi (Kas pompa yetersizliği)
- Yatağa bağımlılık

Genel

- Konjestif kalp yetersizliği
- Hipoproteinemi. örn; karaciğer yetersizliği, nefrotik sendrom, malnütrisyon.
- Böbrek yetersizliği.
- Aşırı sıvı yüklenmesi.
- Miksödem.

ANAMNEZ

Ağrı travma, DVT, infeksiyon veya variköz venlerdeki komplikasyonlarla birlikte olabilir. Alt ekstremitelerde ödemi yapan diğer nedenler ağrısız olabilir. Bununla beraber tens ödem gelişirse ekstremitelerde rahatsızlık hissi olabilir. Aşağıdaki durumlar ile ilgili bulgular anamnezde sorgulanmalıdır. Ekstremitelerde travmaları, yeni oluşmuş gebelik (DVT), abdominal

veya pelvik malignite, geçirilmiş cerrahi veya lenf nodlarına yönelik radyoterapi, tiroid hastalıkları, konjestif kalp yetersizliği, böbrek yetersizliği, karaciğer yetersizliği, malnütrisyon, çocukluk poliomiyeliti, sinir lezyonları. Primer lenfödemde bacakta doğumdan itibaren ödem vardır veya ödem puberte döneminde görülür (lenfödem prekoks) veya üçüncü dekatta görülebilir (lenfödem tarda).

FİZİK MUAYENE

Kırıklarda çürük veya hematoma aşıkardır. Selülitte ekstremitelerde kızarıklık, şişlik, sıcaklık ve hassasiyet olur. Yara ağzı bulunabilir. Derin ven trombozundan ekstremitelerde hassasiyet, şişlik ve bilhassa baldırda Homans pozitif ise (bacağın dorsofleksiyona getirilmesi ile baldırda ağrı oluşmasıdır) şüphelenilmelidir. Femoral ven trombozunda, femoral ven üzerinde hassasiyet vardır. İliofemoral ven trombozunda kasıkta şişlik ve ekstremitelerde solukluğu (plagmasia alba dolans) veya gergin ve morumsu ağırlı ekstremitelerde (plagmasia cerulea dolans) olabilir. Karın duvarında kollateral venlerle birlikte iki taraflı ekstremitelerde vena kava inferior trombozunu düşündürür. Eklemler üzerinde hassasiyet ve şişlik romatoid artrit düşündürür. Lenfödemde erken dönemde cilt nokta noktadır ancak geç dönemde deri ve subkutan dokular sertleştiğinden ve en sonunda hiperkeratotik ve siğil gibi olduğundan çukurlaşma görülmez. Kasıkta daha önceden oluşmuş skar izi, malign lenf nodu veya önceden yapılmış radyoterapi lenfödemde olası nedenlerini düşündürür.

Arteriyovenöz fistül varlığında ekstremitelerde eleasyonu ile kollabe olmayan venler görülür.Ödemli ekstremitelerde karşı ekstremitelere göre daha sıcaktır. Palpasyonla trill hissedilir ve oskültasyonda devamlı makine sesi işitilir. Ekstremitelerde tümöre bağlı lokal şişlik olabilir. Ayrıca beraberinde venöz veya lenfatik tıkanıklığa bağlı distalde ödem olabilir.

Nörolojik hasara bağlı şişlikler örneğin; sinir lezyonu veya poliomiyelit, atrofi ile sonuçlanır. Karnın fizik muayenesi ile venöz akım obstrüksiyonuna yol açabilen hepatomegali ve abdominal kitle gösterilebilir. Pelvik tümör açısından rektal muayene yapılması uygun olur. Pelvik tümörler venöz ve lenfatik sistemde basıya neden olabilir veya 'donuk pelvis' tablosuna yol açabilir.

GENEL TETKİKLER

- **TKS, ESH**
Hemoglobinle azalma travma veya kırığa bağlı oluşan büyük hematonda olabilir. Lökosit artışı infeksiyonu gösterir. Hematom trombotopeni ile birlikte olabilir.
- **İdrar analizi**
Proteinürinin varlığı böbreğe ait nedenleri düşündürür.
- **Üre ve elektrolitler ve kreatinin**
Üre ve kreatinin artışı kronik böbrek yetersizliğinde görülür.
- **KcFT**
Hipoalbüminemi ile beraber bozulmuş karaciğer fonksiyonuna işaret eder.
- **Kan glukozu**
Selülit veya bacağın diğer infeksiyonları diyabetle birlikte olabilir.
- **Akciğer grafisi**
Kardiyomegali, pulmoner ödem ve plevral efüzyon kalp yetersizliğini düşündürür. Böbrek yetersizliğinde aşırı sıvı birikimine bağlı pulmoner ödem olabilir. Ekstremitelerdeki sarkoma bağlı sekonder tutulumlar görülebilir.
- **Ekstremitte grafisi**
Fraktür, tümör veya gazlı gangrende doku içinde hava görülür.

SPESİFİK TETKİKLER

- **Pıhtılaşma testleri**
Koagülopatilerde pıhtılaşma testleri anormal olabilir. Spontan hematomlar görülebilir
- **US**
Hematom veya yumuşak doku sarkomu.
- **BT**
Hematom veya tümör.
- **MRG**
Yumuşak doku sarkomu.
- **Pelvis US/ BT**
Venlerde ekstrensek basya neden olabilen abdominal veya pelvik kitle görülebilir.

- **Doppler US**
DVT veya arteriyovenöz fistül.
- **Venografi**
DVT.
- **Arteriyografi**
AV fistüllerde.
- **Lenfanjiyografi**
Lenfödemini nedenini gösterebilir,örn; hipoplazi veya tıkanıklık.
- **Lenf nodu biyopsisi**
İnfeksiyon veya tümör.

▶ BACAK ÜLSERİ

Ülser epitelyal yüzeyin devamlılığının kaybıdır.Bacak ülserleri sıktır ve ülserin bacadaki yeri neden hakkında ipucu verebilir.

NEDENLER

İnfektif

- Sifiliz (nadir)
- TB (nadir)

Neoplastik

- Skuamöz hücreli karsinom
- Malign melanom
- Bazal hücreli karsinom

Vasküler

- Venöz staz ülserleri
- Arteriyal (iskemik) ülserler
- Arteriyovenöz fistül

Nöropatik

- Diyabet
- Lepra(nadir)
- Tabes dorsalis(sifiliz-nadir)

Otoimmün/vaskülitik

- Romatoid artrit(nadir)
- SLE(nadir)

Hematolojik

- Orak hücreli anemi
- Polisitemiya vera
- Trombotik trombositopenik purpura

Diğer

- Dermatitıs artefekta(kendini yaralama)
- Piyoderma gangrenozum

ANAMNEZ

Travma anamnezi aşıkardır.Kendini yaralama olgularında hasar olmayabilir.Ağrı travma,iskemi veya infeksiyonu düşündürür.Ağrının yokluğu diyabet veya tabes dorsalis gibi

nöropatik nedeni düşündürür. Variköz ven veya DVT öyküsü venöz staz ülserini gösterir. Atriyal fibrilasyon veya subakut bakteriyel endokardit iskemik ülserleri (embolik) düşündürür. Uzun süreli venöz ülserlerde ülser şeklinde değişme skuamöz hücreli kanser gelişimini düşündürür (marjolin ülseri). Romatoid artrit veya kollajen hastalık öyküsü vaskülitik lezyonu akla getirir. Özellikle güneş yanığı veya uzun süreli güneş ışığı teması olanlarda daha önceki ben yerinde veya hiç ben olmaksızın pigmente bir ülserin oluşması malign melanomu düşündürür. Hematolojik hastalık öyküsü aranmalıdır. Piyoderma gangrenozum Crohn hastalığı veya ülseratif kolit ile birlikte olabilir.

FİZİK MUAYENE

Ülserin yeri

Ülserin yeri etyoloji hakkında ipucu verebilir. Venöz staz ülserleri genellikle bacağın üçte bir alt mediyal yüzeyinde görülür. Arteriyel ülserler metatars başlarında, parmak aralarında, beşinci metatarsalin yan yüzeyinde ve parmak aralarında görülür. Diyabetik iskemik ülserler aynı yerlerde olur. Diyabetik nöropatik ülserler genellikle topuk altı, birinci ve beşinci metatarsların altı ve başparmak altı gibi basınç noktalarında görülür. Sıklıkla nasırla birlikte dirler.

Ülser kenarı

Klasik olarak beş tip tanımlanmıştır. Meyilli kenar iyileşen ülseri gösterir, örn; venöz staz ülseri. Zımbalanmış gibi görünen kenar iskemik ülseri veya sifilitik gomatöz ülseri (nadir) düşündürür. Kenarı kazınmış gibi görünen ülser tüberküloz ülserini (nadir) gösterir. Yuvarlanmış ülser kenarı rodent ülser için karakteristiktir. Kenarı kalkık ülser skuamöz hücreli kanser gibi malign ülseri düşündürür.

Ülser tabanı

Ülser tabanı ıslaktır veya granülasyon dokusu içerir. İskemik ülser tabanında granülasyon dokusu yoktur ancak siyah nekrotik doku veya tendon vardır veya tabanda kemik görülebilir. Sifilitik ülserlerde klasik olarak taban ıslak görünümündedir, yıkanmış deriye benzer.

Çevre dokular

Çevre dokular sağlıklı ve pembe görünümde midir diye bakılmalıdır.Malign melanom ile birlikte olan siyah ek lezyonlar aranmalıdır.

Bölgesel lenf bezleri infeksiyon veya metastaz açısından muayene edilmelidir.Variköz venler veya DVT sonrası değişiklikler bakılmalıdır.Nabızlar bakılmalı ve üfürümler aranmalıdır.Romatoid artrit bulguları için tüm muayene yapılmalıdır.

İlk lezyon travma sonucu oluşsa da dolaşımın azalması,malnütrisyon veya steroid tedavisi gibi durumlar iyileşmeyi önleyebilir.İnce derili yaşlı kadınlarda tibia üzerindeki ülserler minör travmaya bağlı olabilir.Ancak buradaki deri zayıftır ve yara iyileşmesi son derecede yavaştır.İnflamatuvar barsak hastalıklarında görülen ülserler piyoderma gangrenosuma bağlı olabilir.Ülserler çok sayıdadır ve püstül olarak başlayabilirler

GENEL TETKİKLER

- **TKS,ESH**
Hemoglobinde azalma hematolojik bir hastalığı düşündürür.Lökosit artışı; infeksiyon.ESH'da artma ; kollajen hastalıklar(vaskülit),sifiliz,TB.
- **Üre ve elektrolitler**
Böbrek tutulumu otoimmün hastalığı düşündürür.
- **Kan glukozu**
Diyabetes mellitus
- **Ülser sürüntüsü**
Kültür ve hassasiyet.

SPESİFİK TETKİKLER

- **Romatoid faktör**
Romatoid artrit
- **Antikor tarama**
Örn;ANCA
- **VDRL**
Sifiliz

- **Doppler US**
Venöz hastalıklar.Arteriyal hastalıklar.
- **Biyopsi**
Skuamoz hücreli kanserde veya tanı konulamamış ülserlerde, malign melanomda.
- **Venografi**
Variköz venleri değerlendirir.Derin venleri gösterir.
- **Arteriyografi**
Arteriyal ağacı değerlendirir.

▶ DUDAK LEZYONLARI

Dudak lezyonları sık görülür. Bu lezyonlar çok ağrılı olabilir, konuşma ve beslenme bozukluklarına yol açabilir. Lezyonun görünümü hasta için utandırıcı olabilir; hastanın karşı cinsle temasını engelleyerek psikolojik rahatsızlıklara yol açabilir. Yaşlılarda, dudaktaki şişliğin en önemli nedeni dudak karsinomudur.

NEDENLER

Doğumsal

- Yarık dudak

Edinsel

Deriden kabarık olmayan lezyonlar :

- Kavşak nevüsler
- Peutz -Jeghers sendromu
- Telenjektazi (herediter hemorajik telenjektazi)

Deriden kabarık Lezyonlar :

- Müköz retansiyon kistleri
- Siğil
- Piyojenik granülom
- Skuamöz hücreli karsinom
- Malign melanom
- Sifiliz şankırı (nadir)
- Vasküler malformasyonlar (nadir)

Erozyonlar

- Herpes Simplex
- İmpetigo
- Pemfigus

Şişlik

- Travma ,örn:yanık, ısırık, fiziksel darbe.
- Anjionörotik ödem
- İlaç reaksiyonları
- Crohn hastalığı

Kelit

- İnfeksiyon, örn;kandidiaz
- Kontakt dermatit, örn; kalem emme, ruj.
- Dudak yeme (özellikle çocuklarda)

ANAMNEZ

Doğumsal

Yarık dudak, üst dudak ve üst çene kemiğini oluşturan nazal ve maksiler çıkıntılarının birleşmemesine bağlı gelişir. Tek anormallik üst dudağın 1/3 dış kısmındaki yarık olabildiği gibi yarık ön burun deliklerine kadar uzanabilir. Yarık damak tabloya eşlik edebilir. Yarık dudak tek taraflı veya iki taraflı olabilir. Ses bozuklukları eşlik edebilir.

Edinsel

Deriden kabarmayan lezyonlar

Kavşak nevüsleri puberte öncesi ve puberte döneminde oluşurlar. Nevüste saptanan morfolojik değişiklikler, malign melanom gelişimi açısından uyarıcı olmalıdır. Peutz Jeghers sendromunda hem dudaklarda hem de diş etlerinde pigmentasyon artışı görülür. Genellikle ailede, hastalığı taşıyan başka bireyler vardır. (otozomal dominant). Bu lezyonlar habisleşmezler. Gastrointestinal kanama ve intusepsiyona neden olabilir. Herediter telenjektazi ağız içi ve deride özellikle parmak uçlarında lezyonlarla seyredir.

Deriden Kabaran Lezyonlar

Müköz retansiyon kistleri her yaşta gelişebilir. Hasta, dudağın iç kısmında yemek yemesini zorlaştıran şişlikten şikayet eder. Siğil , piyojenik granülom ve yassı hücreli karsinomda genellikle hastanın tek şikayeti dudaktaki şişliktir. Karsinom olgularında tütün çiğneme , pipo içme, lökoplaki öyküsü olabilir. Güneş ışığına aşırı maruz kalmayı gerektiren işlerde çalışanlarda (denizci, çiftçi, balıkçı) ve sıcak iklimde yaşayan açık tenli bireylerde dudak karsinomu daha sık görülür. Ülserleşme ve kanama, başvuru şikayeti olabilir. Sifilize bağlı lezyonlar artık nadir görülmektedir. Primer şankır, dudakta oluşabilir ve bulaşıcıdır. Dudakta gom görülmesi çok nadirdir. Malign melanom siyah, ülser ve deriden kabarık bir lezyon olup kavşak nevüs zemininde ortaya çıkabilir.

Erozyonlar

En sık olarak Herpes simpleks lezyonları görülür. Küçük, ağrılı ve kaşıntılı lezyonlardır. Bağışıklık sistemi baskılanmış bireylerde sık görülür. İmpetigo, her yaşta görülebilmekle beraber daha çok çocuklarda ,ağız ve yüz çevresinde görülür.

Pemfigus, mukoza ve deride vezikül oluşumuyla seyreden bir hastalıktır.

Şişlik

Dudakta şişlik başta travma olmak üzere yanık, güneş ışığı veya anjionörotik ödeme bağlı gelişir. İlaç kullanımına bağlı ürtiker ve yüzde şişlik görülebilir. Crohn Hastalığında ishal, karın ağrısı ve perianal sepsis gibi komplikasyonların yanısıra dudak şişliği olabilir.

Kelit (Cheilitis)

Dudak iltihabıdır; ağız köşelerinde daha sık görülür. (angular kelit ve angular stomatit). Dudaklar kuru ve çatlaktır. Kalem emmeye veya dudak boyası kullanmaya bağlı kontakt dermatit görülebilir. Kandidaya bağlı kelit; immunosüprese bireylerde, protez dişi olanlarda ve demir eksikliği anemisinde görülebilir.

FİZİK MUAYENE

Kalıtısal

Yarık dudak, doğumda hemen tespit edilir. Yarık damak ise doğum sonrası yapılan fizik muayenede veya hastanın beslenmesinde sorunlar yaşandığında tespit edilir. Başlangıçta damak yapısının normal görünümde olduğu submüköz damak yarıkları konusunda dikkatli olmak gerekir. Yarık damağın geç fark edilmesi konuşma ve duyma bozukluklarına yol açabilmektedir.

Edinsel

Deriden Kabarmayan Lezyonlar:

Kavşak nevüsler deriden kabarmayan, pigmente lezyonlardır. Peutz Jegher sendromu lezyonları aynı özelliklerle olup dudaklar ve dişetlerinde görülebilir. Herediter telanjiektazi lezyonları ağızda, damakta ve deride görülürler.

Deriden Kabarık Lezyonlar :

Müköz retansiyon kistleri dudağın iç kısmında görülür. Lezyonlar soluk pembe renklidir; kist içeriği gergin mukozanın altından görülür. Lezyon, yumuşak kıvamda, düzgün sınırlı ve nadir olarak 2cm'den büyüktür. Siğiller, sert hiperkeratotik yüzeyi ile prensente olur; bazen saplı olabilirler. Piyogenik granülom, hiperplastik granülasyon dokusu içeren küçük, sert

kıvamda, kırmızı renkli nodüler bir lezyondur. Skuamöz hücreli karsinom sert, ülserle ,yüzeyden kabarıktır. Bölgesel lenf bezleri metastaza bağlı palpe edilebilir. Habis melanom, de novo veya mevcut kavşak nevüs zemininde gelişebilir. Kabarıklık, pigmente ve kolay kanayabilen lezyonlardır. Metastaza bağlı satelit nodüller ve bölgesel lenf bezleri palpe edilebilir. Primer sifiliz şankırı,dilde nadir görülür. İlk lezyon kabarıklık , düzgün yüzeyli, sert ve ağrısızdır. Daha sonra kabuklaşır ,ağrılı olur ve ülserleşir. Bölgesel lenf bezleri, şankırının ortaya çıkışından 7-10 gün sonra şişer ve palpasyona hassastır.

Erozyonlar

Herpetik lezyonlar ağrılı ve kaşıntılı eritem olarak başlar. Daha sonra veziküller gelişir; 4-5 gün içinde kabuklanır, en sonunda kabuklar ayrılır ve ince bir skar dokusu oluşur.İmpetigoya bağlı çocukların yüzünde sarı renkli kabuklar oluşur. Pemfigüste veziküller çabuk aşınırlar, mükös membran ve deride ağrılı lezyonlar oluşur.

Şişlik ve kelit

Genellikle anamnez ile tanı konulur. Dudak kırmızı renkte ve iltihaplıdır.

GENEL TETKİKLER

- **TKS ,ESH**
Hemoglobinde azalma; demir eksikliği anemisi (kelit ile birlikte) , Lökosit artışı; infeksiyon. Lökosit sayısında azalma; immunsupresiyon. ESH'da artma; Crohn hastalığı, sifilis, malignite.
- **Sürüntü**
Kültür ve hassasiyet.Sifiliz şankırından alınmış sıvıda karanlık saha mikroskopisinde spiroketlerin görülmesi.

SPESİFİK TETKİKLER

- **VDRL**
Sifiliz
- **Biyopsi**
Selim, habis ayrımı. Piyogerik granülom. Skuamöz hücreli karsinom. Malign melanom (eksizyonel biyopsi), Crohn Hastalığı.

- **İİAS**
Dudak lezyonu ve lenfadenomegali varlığında tanısılabilir.
- **Gastroskopi**
Peutz-Jeghers. Mukozal lezyonlar
- **Kolonoskopi**
Peutz-Jeghers. Mukozal lezyonlar

▶ LENFADENOPATİ

Lenfadenopati sık görülen bir klinik bulgudur. Lokal veya yaygın olabilir. Lenfadenopatiye yol açan birçok neden olsa da dikkatli fizik muayene ve anamnez tanıya ulaşmayı kolaylaştırır. Özellikle servikal lenfadenopati sağlıklı gençlerde saptanabilir. Ağrılı, hassas lenf düğümleri infeksiyon göstergesidir. Bu bölümde öğrencilerin bilmesi gereken en önemli lenfadenopati nedenlerinden bahsedilmiştir.

NEDENLER

Primer infeksiyon

Viral

- İnfeksiyöz mononükleoz
- HIV
- CMV
- Rubella
- Kızamık

Bakteriyal

- Tüberküloz
- Sifilis
- Bruselloz
- Kedi tırmığı hastalığı
- Septisemi

Protozoal

- Toksoplazmoz

Paraziter

- Filariyazis

Sekonder infeksiyon

- Tonsillit ile seyreden servikal lenfadenit; lokal lenfadenitle seyreden abse.

Primer malignite

- Akut lenfoblastik lösemi
- Kronik lenfositik lösemi
- Hodgkin hastalığı
- Non Hodgkin lenfoma
- Miyeloproliferatif hastalık

Sekonder malignite

- Lokal malignite metastazı
- Uzak malignite metastazı

Diğerleri

- Romatoid artrit
- SLE
- Sarkoidoz

ANAMNEZ**İnfeksiyon**

Lenfadenopatiyle seyreden lokal infeksiyonların saptanması kolaydır (örn.servikal lenfadenopati ile seyreden diş absesi). Generalize lenfadenopatide kırıklık,halsizlik ve ateş öyküsü olabilir. Özellikle bağışıklık sistemi baskılanmış bireylerde tüberküloz teması lenfadenomegali nedeni olarak sorgulanmalıdır. Yurtdışı seyahatleri, evcil hayvan varlığı örn;kedi (kedi tırmığı ateşi)veya köpek (toksoplazmoz)sorgulanmalıdır.Kedi tırmığı hastalığında ısırık yerleri hasta başvurmadan önce iyileşebilir. Lokal travma öyküsü sorulmalıdır..

Primer malignite

Kırıklık,halsizlik ve gece terlemesi öyküsü olabilir.Hasta değişik yerlerinde şişlik farkedebilir.Trombositopeni ile ilişkili morarma ve kanama olabilir.

Sekonder malignite

Malignite aşıkabilir veya küçük olup hasta tarafından fark edilmemiş olabilir. (örn; ulaşılamayan vücut bölgesinde ortaya çıkan habis melanom) Yıllar önce tedavi edilmiş maligniteler sonradan lenf metastazlarıyla karşımıza çıkabilir (örn; meme kanseri operasyonundan birkaç yıl sonra ortaya çıkan aksiler veya servikal lenfadenopati). Primer odaktan uzak bölgede lenfadenomegali saptanabilir (örn;testis kanserinde servikal lenfadenopati (sol supraklaviküler fossada) ve ; mide kanserinde Virchow düğümü.

Diğerleri

Sarkoidoz iki taraflı hiler lenfadenopatiye neden olur ancak diğer bölgelerde de lenfadenopati görülür. SLE ve romatoid artrit açısından hasta sorgulanmalıdır.

FİZİK MUAYENE

Büyümüş lenf bezleri dikkatlice muayene edilmelidir. Ağrılı ve hassas lenf bezleri enfeksiyona; sert ,kıvamlı ve ağrısız lenf düğümleri maligniteye işaret eder. İlgili lenf bezlerine drene olan organlar primer malignite ve enfeksiyon açısından kontrol edilmelidir. Kedi tırnağı hastalığını düşündürecek yara izleri aranmalıdır. Tüm lenf bezi bölgeleri (servial, aksiler, inguinal, popliteal ve epitrokleal) dikkatlice muayene edilmelidir. Hepatosplenomegali varlığı araştırılmalı ve tam bir genel muayene yapılmalıdır..

GENEL TETKİKLER

- **TKS ,ESH**
Hemoglobinde azalma; kan diskrazisi. Trombositopeni; kan diskrazisi. Lökosit artışı; enfeksiyon, lösemi. ESH'da artma; tümör, enfeksiyon. Periferik yayma ;lösemi.
- **KCFT**
Karaciğerde tümör infiltrasyonu
- **Pıhtılaşma testleri**
Kan diskrazileri
- **Viral seroloji**
Viral enfeksiyonlar (örn; EBV; HIV)
- **Akciğer grafisi**
Sarkoidozda hiler lenfadenopati. Tüberküloz. Metastazlar
- **Mantoux Testi**
Tüberküloz
- **Sürüntü**
Lokal enfeksiyon

SPESİFİK TETKİKLER

- **Antikor taraması**
SLE, Romatoid artrit
- **Kan kültürü**
Septisemi
- **VDRL**
Sifilis

- **Kveim testi**
Sarkoidoz
- **Toksoplazma taraması**
Toksoplazma
- **BT**
Lenf bezi tutulumu, Hodgkin hastalığında evreleme
- **Lenf bezi İİAS**
Malignite veya diğer durumlar
- **Biyopsi**
Lenf bezi, örn: Hodgkin hastalığı, Metastaz. Lokal lezyon biyopsisi. Örn; infeksiyon , malinite .

▶ MELENA

Melena siyah, katran gibi ve kötü kokulu dışkılamadır. Kan, gastrointestinal sistemin üst kısımlarında hidroklorik asit ve barsak enzimlerince değişime uğrar. Jejunumun alt kısımlarından olan kanamalarında melena görülmez. Buna rağmen Meckel divertikulumunda kanamaya bağlı melena gelişebilir.

NEDENLER

Yutulmuş kan

- Epistaksis
- Hemoptizi

Özafagus

- Özafagus varisleri
- Reflü özafajit
- Özafagus karsinomu

Mide

- Peptik Ülserasyon
- Mallory - Weiss sendromu
- Akut gastrik erozyon
- Karsinom
- Leiomyom (nadir)
- Hereditör hemorajik telenjektazi (nadir)
- Vasküler malformasyonlar (nadir)

Duodenum

- Peptik ülser
- Duodenal divertikül
- Aortaduodenal fistül
- İnvasif pankreas tümörü (nadir)
- Hemobili (nadir)

İnce barsak

- Leiomyom (nadir)
- Meckel divertikülü (nadir)

Kanama bozuklukları

- Karaciğer hastalığı
- Trombositopeni
- Hemofili

İlaçlar

- Antikoagülanlar
- Aspirin
- NSAİİ
- Steroidler

Diğerleri

- Üremi
- Bağı dokusu hastalığı

Siyah dışkıının diğer nedenleri

- Demir tedavisi
- Bizmut preparatları
- Kırmızı şarap (fazla miktarda alımda)
- Meyan kökü

ANAMNEZ**Yutulmuş Kan**

Epistaksis veya hemoptizi açısından hasta sorgulanmalı

Özafagus

Aşırı alkol kullanımı veya karaciğer hastalığı öyküsü özafagus varislerini; retrosternal bölgede yanıcı tarzda ağrı özafajiti düşündürür. Yutma güçlüğü açısından hasta sorgulanmalıdır. Özafagus varislerine eşlik eden kanama masif olabilir. Özafajite bağlı kanamalar daha yavaş seyreder.

Mide

Epigastrik ağrı anamnezi peptik ülseri düşündürür. Bu hastalarda steroid veya NSAİİ kullanım öyküsü olabilir. Genç hastalarda fazla alkolle beraber ağır yemek sonrası gelişen şiddetli kusma Mallory Weiss sendromunu düşündürür. İlk kusma yemek artıkları içerirken, ikincisi kan içerir. Majör cerrahi, akut pankreatit, yanıklar (Curling ülseri), kafa travması (Cushing ülseri) gibi streslerde akut gastrik erozyonlar gelişebilir. Mide karsinomunda kahve telvesi şeklinde kusma olabilir. Masif kanama sık değildir. Anemi sık olarak tespit edilir. Leiomyomda hematemez görülebilir. Leiomyom ve vasküler malformasyona bağlı olgularda daha önce benzer kanama

öyküsü yoktur. Herediter hemorajik telenjektazi nadirdir. Benzer kanama öyküsü olmakla beraber dudak ve ağız boşluğunda eşlik eden telenjektazilerin varlığı tanı koydurur.

Duodenum

Duodenum lezyonlarında, melena hematemezden daha sık görülür. Kronik duodenal ülser öyküsü olabilir veya kanama akut olarak ortaya çıkar. İnvasif pankreas tümörlerinden kanama nadirdir. Hasta halsizlik, yorgunluk, kilo kaybı ve kusma ile başvurur. Hemobili nadirdir. Aortaduodenal fistül, onarılmış anevrizmada greftin infekte olması ile ortaya çıkan nadir bir tablodur. Halsizlik ve masif hematemez ile seyreder.

İnce barsak

Leimiyom nadir görülür. Kanayabilir ve melenaya neden olur. Meckel divertiküline bağlı kanama hızlı olursa karakteristik melenanın aksine koyu kırmızı renkli dışkılama olur.

FİZİK MUAYENE

Kanamının şiddetine bağlı olarak şok gelişir. Periferik vazokonstriksiyona bağlı hasta soğuk ve terlidir. Taşikardi ve hipotansiyon gelişebilir.

Yutulmuş Kan

Kanama odağı açısından burun muayene edilmelidir. Göğüs olası hemoptizi nedenleri açısından incelenmelidir.

Özafagus

Neden özafagus varisi olmadıkça kilo kaybı ve anemi dışında klinik bulgu nadirdir. Özafagus varislerine bağlı kanama düşünüldüğünde eşlik edebilecek sarılık, asite bağlı karın şişliği, arteriyel örümcek, palmar eritem ,parmak çomaklaşması, jinekomasti, testiküler atrofi, kaput medusa, splenomegali ve hematomegali aranmalıdır.

Mide

Fizik muayenede çok az bulgu vardır. Karsinom olgularında epigastrik kitle veya sol supraviküler lenf bezi (Virchow nodulu) palpe edilir. Telenjektazi olgularında dudaklarda ve ağız içi mukozada telenjektazi gözlenebilir.

Duodenum

Epigastrik hassasiyet olabilir. Duodenal kanamanın invazif pankreas karsinomuna bağlı olduğu olgularda, pankreas bölgesinde kitle palpe edilebilir.

İnce barsak

Fizik muayenede çok az bulgu vardır. Leiomyom palpe edilebilir.

Kanama bozuklukları

Hastada morarma veya diğer yerlerden mukozal kanamalar olabilir.

GENEL TETKİKLER

- **TKS ve ESH**
Hemoglobinde azalma; kronik kanamaya bağlı anemi, örn; karsinom
- **ESH' da artma**
Bağ dokusu hastalığı
- **Üre ve elektrolitler**
Üre ve kreatinin üremide artar. Barsaklardan kan emilimire bağlı üre düzeyleri yükselebilir.
- **KcFT**
Karaciğer yetersizliği

SPESİFİK TETKİKLER

- **Özafagogastroduodenoskopi**
Bir çok lezyon görülebilir örn; varisler, özafajit, peptik ülser, gastrik erozyonlar, Mallory- Weiss yırtığı, karsinom ve diğer nadir kanama sebepleri. Gereğinde biyopsi yapılır.
- **Anjiyografi**
Vasküler malformasyonlar. Nadir distal duodenum patolojileri, örn ; aortaduodenal fistül.
- **Teknesyum sintigrafisi**
Gastrik mukoza içeren Meckel divertikülü.
- **İnce barsak pasaj grafisi**
Leiomyom. Meckel divertikülü.
- **İşaretlenmiş eritrosit sintigrafisi**
Nadir ince barsak kanama nedenleri.
- **İnce barsak grafisi**
Leiomyom.Meckel divertikülü

▶ AĞIZ ÜLSERİ

Ağızda ülserler sıktır. Selim ülserleri (örn; travmatik veya aftöz) malign ülserlerden ayırt etmek önemlidir. Dil lezyonlarına Sayfa 426'da değinilmiştir.

NEDENLER

Travmatik

Aftöz

İnflamatuvar

- Crohn Hastalığı

İnfektif

Bakteriyal

- Akut ülseratif gingivit
- Sifiliz

Viral

- Herpes simpleks

Fungal

- Kandidiyaz

Neoplazik

- Skuamöz hücreli karsinom
- Kan diskrazileri
- Agranulositoz
- Lösemi

Deri Hastalıkları

- Liken planus
- Pemfigus
- Pemfigoid
- Büllöz eritema multiforme

Bağ dokusu hastalığı

SLE

Diğer

- Behçet hastalığı
- Reiter sendromu

ANAMNEZ**Travmatik**

Tanı genellikle aşıkardır. Uygun olmayan diş protezine veya keskin dişlere bağlı ağızda ülserler gelişebilir. Alttan yatan etken ortadan kaldırıldığında ülserler iyileşir.

Aftöz

Hastalar yanakların ve dudağın iç yüzünde küçük, ağrılı ülserlerle başvururlar. Lezyonlar bir hafta içinde iyileşirken iyileşenlerin yerine yenileri çıkabilir. Gastrointestinal sistem hastalığı öyküsü (örn; çöliyak hastalığı, Chron hastalığı) olabilir. Aftöz ülserler, debilitan hastalığı olanlarda görülebilir.

İnflamatuvar

Kronik granülatöz hastalık (Crohn Hastalığı) oral kaviteyi etkileyebilir. Ağrılı ülserler, dudaklarda ve diş etlerinde şişlik oluşabilir.

İnfektif

Vincent anginasında (akut ülseratif stomatit) diş etlerinde şişlik ve ülserasyon olur ve lezyonlar yanak mukozasına yayılır.Hasta ateş, halsizlik gibi konstitüsyonel semptomlarla birlikte dişeti kanamalarından şikayet eder. Sifiliz nadir görülür ancak şankir ve gommatöz lezyonlar ağız içinde saptanabilir. Kandidiya, ağız içinde nadir görülür.Debilitan hastalık, diyabet veya immünosüpresif tedavi öyküsü vardır. Herpes simpleks ülserleşen ağrılı veziküllerle seyreder; hastalarda bağışıklık sistemi baskılanmış olabilir.Herpes zoster lezyonları, trigeminal sinirin maksiler dalının trasesine uyan damak bölgesinde görülebilir. Ciddi ağrı ve ülserasyon olabilir.

Neoplastik

Skvamöz hücreli karsinomda ağızda kanamalı, sert kenarlı ülserler görülür. Yaşlılarda daha sıktır. Lökoplaki, sifiliz, sigara kullanımı, keskin diş varlığı, sepsis ve baharat tüketimi öyküsü olabilir.

Kan diskrazileri

Agranulositoz, kemik iliği infiltrasyonu veya ilaç kullanımına bağlıdır. Dikkatli bir ilaç öyküsü alınmalıdır. Lökopeniye bağlı bakteriyel infeksiyondan dolayı ülser gelişebilir. Lösemide ağız ülserleri görülebilir.

Deri hastalıkları

Liken planus, pemfigus, pemfigoid, bullöz eritema multiforme ağız ülserleriyle seyredebilir. Bu hastalıkların özellikleri için dermatoloji kitaplarına baş vurunuz.

Bağ dokusu hastalıkları

Sistemik lupus eritematozus (SLE) ağızda ülserasyonlarla seyredir. Deri lezyonları, eklem ağrıları ve böbrek yetersizliği gibi hastalığın diğer sistem bulguları olabilir.

Diğer

Behçet hastalığında ağızda ülserlerin yanı sıra artrit, göz hastalığı, skrotal veya labium ülserleri araştırılmalıdır. Reiter hastalığında genellikle cinsel temas öyküsü vardır. Ağız ülserleri ile birlikte üretrit, konjunktivit ve artrite bağlı yakınmalar olur.

FİZİK MUAYENE**Travmatik**

Uygun olmayan proteze bağlı veya keskin dişlere bağlı ülserasyonlar olur. Alttan yatan etken ortadan kaldırıldığında lezyonların iyileştiği görülür.

Aftöz

Çevresi eritemli, küçük, yuvarlak, derin ve beyaz renkli ülserler olarak presente olur. Gastrointestinal hastalığın veya diğer debilitan hastalıkların semptom ve bulguları olabilir. Sağlıklı bireylerde de görülebilir.

İnflamatuvar

Crohn hastalığında dudakta şişlik, yanak mukozasında nodüler kalınlaşma, diş etlerinde yaygın granüler şişlik veya ağrılı lineer ağız ülserleri tespit edilebilir.

İnfektif

Vincent anginasında dişetleri şiş, kırmızı, kanamalı ve üzerleri sarımsak ülserlerle kaplıdır. Benzer ülserler yanak içi mukozası ve nadiren tonsillerde de görülür. Genellikle hassas lenfadenopati saptanabilir. Herpes simpleks 2 mm'den küçük vesiküllerle presente olur. Bunlar birbiriyle birleşir, ülsere olur ve çevresi eritemli erozyonlara dönüşür. Herpes zoster ülserleri eritemli olup damak üzerinde maksiler sinir trasesi

boyunca saptanırlar. Maksiler sınır trasesine uyan bölgede eşlik eden deri lezyonları da olabilir. Kandidiyaz eritemli zemin yüzeyinde fungus ve deskuame epitelden ibaret beyaz yamalarla seyreder.

Neoplastik

Sert, kenarları kabarık, dokununca kanayan ülsere lezyon vardır. Servikal lenfadenopati saptanabilir.

Kan Diskrazileri

Dişeti kanamaları ve ülseleri ile presente olur.

Bağ Dokusu Hastalıkları

SLE 'de ağızda ülsereasyon görülebilir. Lupusun deri, eklem ve böbrek hastalığı gibi diğer bulguları aranmalıdır.

Diğer

Behcet hastalığı ağırlı ülselerle seyreder. Artrit, keratit, İritis, skrotal ve labium ülseleri saptanabilir. Reiter sendromunda ağız ülseleri yanında üretrit, konjunktivit, balanit tespit edilir.

GENEL TETKİKLER

- **TKS, ESH**
Hemoglobinde azalma; Malignite, debilitan hastalık.
Lökosit artışı; infeksiyon, lösemi. ESH' da artma ; Malignite, bağ dokusu hastalığı, kronik infeksiyon (örn; sifiliz)
- **Üre ve elektrolitler**
Böbrek hastalığı - Lupus
- **Sürüntü**
Kültür ve hassasiyet. İnfeksiyonlar - *Borrelia Vincentii* (Vincent Anginası), Kandidiyaz
- **Antikor taraması**
SLE - ANA(+), Anti dsDNA titresinde artış.
- **VDRL**
Sifiliz
- **Viral antikorlar**
Herpes simpleks, Herpes zoster
- **Biyopsi**
Skvamöz hücreli karsinom, Crohn Hastalığı

▶ KAS ERİMESİ

Kas erimesi kaşeksinin ve alt motor nöron lezyonlarının bir belirtisi olarak görülebilir. Üst motor lezyonlarında kullanılmaya bağlı atrofının sonucu olarak kas erimesi gelişebilir.

NEDENLER

Lokal nedenler

- Periferik sinir lezyonları
 - Periferik sinir basısı
 - Periferik sinir kesisi
 - Motor nöropati
- Ön boynuz lezyonları
 - Geçirilmiş poliyo
- Kullanılmamaya bağlı atrofi

Generalize nedenler

- Besleme yetersizliği
- Sistemik hastalık
 - Malignite
 - Kardiyak kaşeksi
 - Tiroksikoz
 - Cushing hastalığı
- Kas ve motor-plak bozuklukları
 - Motor nöron hastalığı
 - Musküler distrofi
 - Miyotonik distrofi
 - Polimiyozit
- İlaç ve Toksinler
 - Alkol
 - Statin
 - Sikolospirin
 - Steroidler

ANAMNEZ

Başlangıç

Çocukluk çağında kas erimesi herediter musküler distrofi gibi(örn; Duchenne kas distrofisi) doğumsal hastalıklardan dolaydır. Bu hastaların birinci derece akrabalarında de benzer

şikayetler mevcuttur. Miyotonik distrofide semptomlar 15-30'lu yaşlarda ortaya çıkarken motor nöron hastalıkları elli yaşlarda ortaya çıkar.

Lokalizasyon

Kas erimesinin dağılımı hastalığın karakterini belirleyici olabilir. Kas atrofisi, karpal tünel sendromunda median sinirce innerve edilen tenar bölgedeki atrofi gibi tek bir sinirin innerve ettiği bölgede görülebilir. Poliolu bacakta olduğu gibi bir grup kas da etkilenebilir. Son olarak motor nöron hastalığına bağlı yaygın kas tutulumu olabilir.

Presipitan faktörler

Travmaya bağlı periferik sinirde kesi (örn; el bileği düzeyinde unlar sinir kesisi) görülebilir.

Öz geçmiş

Karsinom veya kronik kardiyopulmoner hastalık , kaşeksiye bağlı periferik kas erimesine neden olabilir. Geçirilmiş poliyo infeksiyonu öyküsü önemlidir çünkü bu hastaların bir kısmında ön boynuz degenerasyonuna bağlı paralizi ve kas erimesi gelişebilir. Kullanılmama atrofisi, lokalize ve yaygın olabilir. Uzun kemik kırığı gibi uzun süre immobilizasyona yol açan durumlar çevre kasların atrofisine neden olur. Bandajların çıkarılmasından sonra belirgindir. Eklem ağrıları zemininde de lokalize kas atrofisi gelişebilir. Ağrılı diz rahatsızlıklarında kuadriseps atrofisi gelişir. Uzun süreli hareketsizlik yaygın kas erimesine yol açar. Diyabet ve böbrek yetersizliği nöropati ile birlikte olabilir.

Birlikteki semptomlar

Nedenlerin çoğu etkilenen kasların zayıflığı ile birlikte. Diplopi, ptozis ve yorgunluk miyasteni gravisi düşündürür. İlerleyici güçsüzlük, el veya ayaklarda güç kaybı , dizartri ve yutma güçlüğü gibi semptomlar motor nöron hastalıklarına eşlik edebilir. Cushing hastalığı kiloda artış, kıllanmada artış, abdominal stria, akne, kas güçsüzlüğü, bel ağrısı ve depresyonla birlikte olabilir.

FİZİK MUAYENE

İnspeksiyon, kas erimesi olan bölgeleri ortaya koyar. Ekstremitelerde kas erimesine eşlik eden santral obesite,

Cushing hastalığında görülür. Tüm vucutta yaygın uniform kas erimesi organ yetersizliği ve maligniteyi incelemeyi gerektirir. Kas hassasiyeti polimiyozit ile ilişkilidir.

Miyotonik distrofinin karakteristik tabloları; frontal saç dökülmesi, ptozis, temporal ve yüz kaslarında erimelerdir. Bu hastalarda katarakt saptanabilir. Miyasteni graviste ptozise ek olarak diplopi, yüz kaslarında zayıflık ve nazone konuşma saptanabilir. Kas erimesine eşlik eden fasikülasyonlar motor nöron hastalıklarında görülebilir. Duyu kaybı olmaz. Üst ve alt motor nöron kaybı bulgularının beraber görüldüğü tablolar saptanabilir.

Üst motor ve alt motor nöron tutulumu ayrımı, kas tonusu ve derin tendon reflekslerinin değerlendirilmesi ve kas erimesinin özelliklerine göre yapılır. Miyotonik distrofide kasılmış olan kaslarda gevşeme gecikir. Cushing hastalığında proksimal kas erimesi mevcuttur. Lokalize kas erimesinde, her kasın muayenesi lezyonun kök kaynaklı olup olmadığını veya tek sinirden kaynaklanıp kaynaklanmadığını ortaya koyar.

Kas erimesinin olduğu bölgedeki eklem deformite veya hareket kısıtlılığına neden olan ağrı açısından değerlendirmelidir. Asimetrik kas erimesi açısından ekstremitelerin çapları ölçülmelidir.

GENEL TETKİKLER

- **TKS**
Anemi;Nutrisyonel eksiklik. Kronik hastalık anemisi.
- **ESH**
Malignite, polimiyozitte artar
- **Üre ve elektrolitler**
Böbrek yetersizliğinde üre ve kreatinin düzeyleri artar.
- **Glukoz**
Diyabette artar
- **KcFT**
Malnutrisyona bağlı hipoalbuminleri
- **Kreatin fosfokinaz**
Miyopatilerde artar
- **TFT**
Tirotoksikozda TSH azalır T4 artar.
- **Elektromiyografi (EMG)**
Kaslarda denervasyonu, miyopatileri, miyotorik distrofiyi, motor nöron hastalıklarını değerlendirir.

- **Sinir ileti çalışmaları**
Radikülopati, periferik nöropati, periferik sinir kompresyonu.

SPESİFİK TETKİKLER

- **Tensilon testi**
Edrofonium enjeksiyonu miyasteni gravis semptomlarını yok eder.
- **Kas biyopsisi**
Musküler distrofi tanısı.

▶ NAZAL AKINTI

Nazal akıntı sık görülür.En önemli nedenler soğuk algınlığı ve alerjik rinittir. Sürekli kanlı nazal akıntı acil araştırılması gereken ciddi bir semptomdur.

NEDENLER

Doğumsal

- Kohanal atrezi

Edinsel

İnfektif

- Soğuk algınlığı
- Kronik rinit
- Sinüzit
- Adenoidit (büyük tonsiller)
- Fungal infeksiyon (nadir)
- Kronik infeksiyon
 - Sifiliz
- Viral infeksiyon
 - AIDS

Alerjik

- Alerjik rinit

İnflamatuvar

- Eosinofilik vazomotor rinit
- Nazal polip
- Non-eosinofilik vasomotor rinit

Neoplastik

- Karsinom
 - Nazofarinks
 - Sinüsler
- Lenfoma (malign granuloma)

Granulomatöz hastalık

- Wegener granülomatozisi

Travmatik

- Yabancı Cisim
- İrritan gazlar (örn;klor, sigara dumanı)
- Kafa ön çukuru kırıkları

Degeneratif

- Senil rinore

ANAMNEZ**Doğumsal**

Kohanal atrezi nadirdir. Diğer doğumsal anomiler açısından hasta muayene edilmelidir. İki taraflı kohanal atresi yeni doğanda hayatı tehdit eder. Tek taraflı atresi 5-10 yaşına kadar fark edilmeyebilir. Tek taraflı atrezide bir burun deliği tıkalıdır ve mukoid nazal akıntı olur.

Edinsel**İnfektif**

Soğuk algınlığı sık görülür. Bu hastalarda eşlik eden seröz burun akıntısı olur. Burun akıntısı hızla gelişir. Kronik rinitte, kronik pürülan akıntı olabilir. Akıntı, kıvamlı ve mukosludur. İmmun yetmezlik veya kistik fibroz öyküsü olabilir. Sinuzitte maksiller ve frontal sinuslar üzerinde ağrı ve hassasiyet olur. Baş ağrısı vardır. Büyük adenoidi olanlarda ağızdan nefes alma, tekrarlayan farinks ve kulak infeksiyonları, horlama görülebilir. İmmunosüprese bireylerde nadir de olsa burunda fungal infeksiyon saptanabilir. *Candida albicans* ve *Aspergillus* suşları en sık görülen etkenlerdir. Sekonder sifiliz burnu tutabilir ve rinite neden olur. Eşlik eden diğer sifiliz lezyonları saptanabilir. AIDS 'lilerde sulu burun akıntısı olur. Hasta cinsel alışkanlıklar açısından sorgulanmalıdır. AIDS'e bağlı diğer semptomlar olabilir.

Alerjik

Alerjik rinit; İnfantil egzema, alerjik astım, alerjik konjunktivit öyküsü olabilir. Polene bağlı mevsimsel alerji, hayvan tüyelerine veya ev akarlarına maruz kalmaya bağlı alerji gelişebilir. Sulu rinore, hapşırma atakları, burun tıkanması, konjonktival iritasyon ve gözde sulanma mevcuttur. Aile öyküsü vardır.

İnflamatuvar

Vazomotor rinit; Eozinofilik vazomotor rinit sulu nazal akıntı ve hapşırma ataklarıyla presente olur. Tabloya, tip I alerjik

reaksiyon eşlik etmez,nasal polipler, astım ve aspirin duyarlılığı ile birlikte dir..

Nazal polip; Alerjik olmayan eozinofilik vazomotor rinitte görülür. Burun tıkanlığı ve burun akıntısı olur.

Noneozinofilik vazomotor rinit; Burun tıkanlığı, sulu burun akıntısı ve hapşırma atakları olur. Ganglion blokerleri ve vazodilatörler başta olmak üzere antihipertansif ilaç kullanımı, konjestif kalp yetersizliği, anksiyete bozukluğu, iritan maddeler (amonyak, sigara dumanı) endokrin bozuklar bu tabloya neden olabilir.

Neoplastik

Nazofarinks kanseri; Avrupada nadir görülür. Güney Çin'de sık görülür. Burun tıkanlığı ve kanlı burun akıntısı olur. Östaki tüpündeki blokaja bağlı tek taraflı orta kulak iltihabı görülür. Kafa tabanı invazyonuna bağlı kraniyal sinir felçleri gelişebilir. Hasta lenfadenomegaliye bağlı boyunda şişlikten şikayet edebilir.Lenfatik yayılım erken dönemde görülür Hastada tek taraflı sağırılık, servikal lenfadenopati ve kraniyal sınır felci gelişimi tanı koydurucudur.

Maksiler sinus karsinomu; Tanı çoğunlukla geç konur. Kanlı burun akıntısı, tek taraflı burun tıkanlığı ilk semptomlardır. Daha sonra yanakta şişlik ve damakta ülserasyon gelişebilir. Nazolakrimal kanalın tıkanmasına bağlı göz yaşarması olabilir. (epifora). Orbita invazyonu, proptozis ve diplopiye neden olur. Kulağa yansıyan ağrı olabilir.

Habis granülom; Günümüzde lenfoma kökenli olduğu düşünülmektedir. Burunda yavaş ilerleyen ülserasyonla seyreder. Kronik inflamatuvar reaksiyona bağlı nazal akıntı eşlik eder.

Granülomatöz hastalık; Wegener granülomatozu burnu tutar. Böbrek, akciğer ve solunum yolları tutulumuyla seyreder. Hastalar akciğer ve böbrekle ilgili bulgularla prezente olur.

Travmatik; Burun akıntısına neden olan en sık travma yabancı cisimdir. Hasta genellikle 1-5 yaş arası çocuk veya nadiren psikiyatrik sorunu olan erişkindir. Pis kokulu ve kanlı nazal akıntı mevcuttur. Erişkinlerde rinolit gelişebilir. Rinolit, yabancı

cisim çevresinde kalsiyum ve magnezyum çökmesine bağlı oluşan büyük bir burun tıkaçıdır. Tek taraflı nazal tıkanıklık ve akıntıya neden olur. Kafa travması sonrasında ön çukur kırığına takiben hasta su gibi burun akıntısından(BOS rinoresi) veya kanlı burun akıntısından şikayet eder. .Endüstride veya yüzme havuzları temizliğinde kullanılan klor gibi iritan gazlar nazal mukoza irritasyonuna bağlı akıntıya neden olur.

Degeneratif

Senil rinore yaşlılarda olur. Vazomotor kontrol mekanizmalardaki yetersizliğe bağlı olduğu düşünülür.

FİZİK MUAYENE**Kohanal atrezi**

Burun boşluğuna geçirilen katerter ilerlemez. Genel anestezi altında posterior rinoskopi tanıyı doğrular.

İnfektif

Soğuk algınlığında, ödemli nazal mukoza mevcuttur. Burunda seröz mukus mevcuttur. Kronik rinitte kıvamlı veya pürülan burun akıntısı olur.Büyümüş adenoidler muayene ile tanınır. Tanı yumuşak dokunun yan grafisi ile doğrulanır.

Alerjik

Alerjik rinitte ödemli nazal mukoza saptanır. Burunda seröz mukus bulunur.

İnflamatuvar

Eozinofilik vazomotor rinitte, alerjik rinit bulgularına ek olarak nazal polip görülebilir. Nazal polipler genellikle pembe, yumuşak veya sarı-gri renkte ve saplıdırlar. Noneozinofilik vazomotor rinitte, aşırı nazal ekresyona bağlı inferior nazal konkada konjesyon gelişir.

Neoplastik

Postnazal boşluğun görüntülenmesi gerekirse genel anestezi altında mutlaka yapılmalıdır. Kranial sinir muayenesi yapılmalıdır. Maksiler sinus karsinomunda yanakta şişme ve

damakta ülserasyon olabilir. Nazolakrimal kanalın invazyonuna bağlı epifora gelişir. Proptozis ve diplopi orbita invazyonunu düşündürür. Servikal lenfadenomegali açısından boyun muayenesi yapılır. Habis granülomda yüzde burun bölgesinden başlayan yavaş ilerleyen ülserleşme görülür.

Granülatöz hastalık

Wegener granülatomatozu, nekrotik mukozal ülserasyonla seyreder. Yüz ve burun derisinde erozyonlar, damakta perforasyon Wegener granülatomatozunda görülmez. Bunlardan herhangi biri görülürse malign granüloma ve neoplazi düşünülmelidir. Birlikte orta kulak iltihabı, ağızda ülserasyon, larinks veya trakea tutumlu olabilir. Akciğer , göz ve böbrek tutulumu görülebilir.

Travmatik

Nazal spekulumla yapılan muayene yabancı cismi gösterir. BOS rinosesi varlığında izole burun kanaması ile BOS ile birlikte olan karışık kanı ayırt etmek güçtür. Kontrol için kanlı akıntı örnek alınarak lama damlatır. Eğer BOS mevcutsa, merkezdeki kan lekesi etrafında sarımtırak bir halka oluşur (halo işareti). İrritan gazlarda nazal mukozada kırmızılık ve ödem gözlenir. Genellikle eşlik eden göz irritasyonu ve deri reaksiyonu olur.

Degeneratif

Senil rinorede burun akıntısı dışında bulgu saptanamaz.

GENEL TETKİKLER

- **TKS, ESH**
Hemoglobinde azalma; Malignite, Wegener granülatomatozu. Lökosit artışı; İnfeksiyon (örn: adenoidit). ESH'nda artışı; İnfeksiyon , Malignite.
- **Sürüntü**
Kültür ve hassasiyet. Bakteriyal ve fungal nedenler.
- **Kraniyum grafisi**
Etmoid kemik ve ön kafa çukuru kırıkları. Maksiler antrum karsinomu

SPESİFİK TETKİKLER

- **Biyopsi**
Karsinom, Wegener granülomatozu, Habis granulom
- **RAST**
Alerjen spesifik IgE tespiti
- **BT**
Nazofarinks karsinomu. Hastalığın yayılımın tespiti.
Maksiler antrum karsinomu.Hastalığın yayılımının tespiti.

▶ BOYUNDA KİTLE

Boyunda kitle, cerrahi pratiğinde sık karşılaşılan bir problemdir. Boyundaki kitlelerin ayıcı tanısı çok dikkatli yapılmalıdır. Basit bir şişlik veya yaygın malign bir durum olabilir.

NEDENLER

Yüzeysel

- Sebace kist
- Lipom
- Dermoid kist
- Abse

Lenf düğümü

Deep

Ön üçgen

Yutkunmakla hareketli kitle

- Tiroid
- Tiroglosal kist

Yutkunmakla hareket etmeyen kitle

- Tükrük bezi
- Bronkiyal kist
- Karotis cismi tümörü
- Karotis anevrizması
- Sternomastoid tümör

Arka üçgen

- Servikal kot
- Sulaklaviyan arter anevrizması
- Faringeal kese
- Kistik higroma

ANAMNEZ

Semptomlar

Boyundaki yüzeysel şişlikler kolayca gözlenir. Yağ kistleri yavaş büyürler, infekte olurlarsa kırmızı renkli ve ağrılı olurlar.

Lipomlar yavaşça büyürler. Abseler ağrılı ve palpasyonla hassastırlar. Lenfadenopati geçirilmekte olan ateşli hastalık,

baş ve boyunda lokal lezyon, yaygın infeksiyon, malignite ile birlikte. Çiğneme esnasında ortaya çıkan şişlik tükürük bezi kaynaklı patolojileri düşündürür. Baş dönmesi sersemlik hali karotis cismi tümörü düşündürür. Arka üçgenin alt kısmında yemek ve yutkunmakla belirginleşen şişlik farinks kesesini akla getirir. Kесе boşaldığı zaman içeriğın aspire edilme riski vardır. Özellikle hasta düz yatarken öksürük krizleri olabilir. Üst ekstremitede nörolojik ve vasküler smptomlar servikal kot ile birlikte olabilir. Sternomastoid tümörler nadirdir, yeni doğanda görülür. Kistik higroma nadirdir, süt çocukluğu döneminde saptanır.

Öz geçmiş

HIV, tüberküloz ve malignite öyküsü aşıkardır. Makat gelişimi veya forseps ile doğum steromastoid tümör ile ilişkilidir.

FİZİK MUAYENE

Şişliğin yüzeysel veya derin olup olmadığı, lenfadenopatiye bağlı olup olmadığı, boynun ön veya arka üçgeninde olup olmadığı, yutkunmayla hareket edip etmediği (tiroid ile ilişkili kitleler) tespit edilmelidir.

Sebase kisti

Genellikle aşıkardır, ciltte bulunur ve üzerinde noktalanma mevcuttur.

Lipom

Boyunda her yerde görülebilir ancak en sık arka orta hatta saptanır. Yumuşak, lobüle ve deriye fiske olmayan lezyonlardır.

Dermoid kist

Doğumsal veya edinseldirler. Doğumsal olanlar deri ve kafada dermatomların kesişme yerlerinde sıktır. Sebase kistlerine benzerler ancak noktalama yoktur. Edinsel olanlar genellikle skar ile ilişkilidir.

Abse

Tanı genellikle aşıkardır. Hassas, kırmızı şişlik mevcuttur. Lenf düğümleri veya tükürük bezleri ile ilişkili olabilir.

Lenfadenopati

Altta yatan nedene bağlı olarak lenf dğümleri; büyük ve hassas; sert, lastik kıvamında ve ağrısız; küçük, sert ve konglomere olabilir. Vücudun diğer bölgelerinde lenfadenomegali aranmalı ve hepatosplenomegali varlığı araştırılmalıdır. Yaygın lenfadenopati ve splenomegali kan diskrazileri ile birlikte olur.

Tiroid

Tiroid bezine bağlı şişlik yutkunmayla hareketlidir. Birlikte olan lenfadenopati maligniteyi gösterir. Hastanın tiroid hastalıklarına ait bulguları aranmalıdır.

Tiroglossal kist

Boyun orta hattında yutkunmayla ve dilin protruzyonuyla hareket eden ağrısız şişliktir. Genellikle tiroglossal kist hiyoid kemiğe bağlıdır. Nadiren infekte olur,infekte olursa ağrılı, hassastır ve şişliği artar.

Tükrük bezi

Submandibular bezin şişliği sıklıkla submandibular kanalın tıkanmasına bağlıdır. Özellikle çiğneme sırasında şişlik belirginleşir. Ağız tabanında submandibular kanalda taş palpe edilebilir. Parotis bezinde şişlik, parotis kanal tıkanmasına bağlı olabilmekle beraber sıklıkla parotis bezi tümörü düşünölmelidir. Habis parotis bezi tümörlerine fasiyal sinir felci eşlik edebilir.

Brakiyal kist

Sternokleidomastoid kasın ön yüzünde 1/3 üst ve ora kavşakta bulunan yumuşak kıvamlı şişliktir.

Karotis cisim tümörü

Sert kıvamlıdır ve ana karotis arter ayırımında lokalizedir.

Karotis anevrizması

Oldukça nadirdir. Yalancı anevrizmalar boyun cerrahisi veya travması sonrası gelişir. Kıvrımlı karotis arteri; anevrizmayla karışabilir.

Stenomastoid tümör

Doğum travması sonrası bebeklerde görülür. Sternomastoid 1/3 orta kısmında şişlik vardır. Baş sağlam tarafa bakar ve lezyonun olduğu tarafa doğru yaslanır.

Servikal kot

Arka boyun üçgeninde sert, kemik kıvamında palpe edilir.

Subklaviyan arter anevrizması

Arka boyun üçgeni alt kısmında aşikar pulsatil şiliktir. Servikal kot varlığı araştırılmalıdır.

Faringeal kese

Arka boyun üçgeninde sternokleidomastroid kası alt kenarında saptanır. Kese yemek sonrası dolar ve yemek sonrası sırtüstü uzandıktan sonra boşalabilir. Aspirasyon pnömonisi bulguları saptanabilir.

Kistik higroma

Süt çocuğunda dilate lenfatik kümelerin oluşturduğu yumuşak lobule konturlü, fluktuasyon veren, komprese edilebilir, transilluminasyon gösteren şişliktir.

GENEL TETKİKLER

- **TKS**
Hemoglobinde azalma; Malignite.Lökosit artışı; İnfeksiyon ve Lösemi
- **Akciğer grafisi**
Tüberkülozu, primer veya metastatik tümörü gösterebilir.Tiroid şişliğine eşlik eden trakeal deviasyon gözlemlenebilir. Kostalar sayılmalıdır. 13 tane saptanırsa servikal kot düşünülür.
- **US**
Boyundaki her türlü şişliğin değerlendirilmesinde faydalıdır. Solid ve kistik kitleleri birbirinden ayırır (örn;tiroid).

SPESİFİK TETKİKLER

Detaylı anamnez ve fizik muayene altta yatan nedeni gösterebilir. Daha sonra tanı için ileri tetkikler yapılır..

- **Paul- Bunnel Testi**
Glandüler ateş

- **Toksoplazma taraması**
Toksoplazmozis
- **Mantoux Testi**
Tüberküloz
- **Viral seroloji**
Servikal lenfadenopatiyle seyreden viral infeksiyon
- **HIV Taraması**
AIDS
- **TFT**
Guatr saptandığı zaman gerekir
- **iiAS**
Lenf düğümü, tiroid ve tükürük bezi şişliklerinde tanı koydurur.
- **BT**
Her türlü kitlenin değerlendirilmesinde yardımcı olmakla beraber karotis cisim tümörü tanısının doğrulanmasında önemlidir.
- **Doppler US**
Karotis arter veya subklaviyan arter anevrizması
- **Ağız tabanı grafisi**
Submandibuler kanaldaki taş gösterir.
- **Siyalografi**
Kontrast madde çalışması tıkanmanın nedenini ve yerini tespit eder (örn; taş , striktür)
- **Baryum grafisi**
Faringeal keseyi gösterir. Faringeal kese şüphesi varsa perforasyon riski nedeniyle endoskopi yapılmamalıdır.
- **Özafagogastroskopi**
Servikal lenfadenopatiye neden olabilecek primer özafagus kanseri veya gastrik kanseri açısından değerlendirmelidir.
- **Bronkoskopi**
Servikal metastazlarla seyreden akciğer karsinomunu gösterir.

▶ BOYUN AĞRISI

Boyun ağrısı sık görülen bir sorundur. Sıklıkla kötü postür veya servikal spondiloza bağlıdır. Travma öyküsü varsa fizik muayene dikkatlice yapılmalı ve direkt grafiler ile hasta değerlendirilmelidir.

NEDENLER

Doğumsal

- Tortikolis
- Klippel -Feil Sendromu

Doğumsal

Travmatik

- Kırıklar
- Çıkıklar
- Whiplash hasarı

İnflamatuvar

- Travmatik
- Romatoid artrit

İnfektif

- Tüberküloz

Degeneratif

- Servikal spondiloz
- Servikal disk lezyonu

Neoplastik

- Metastatik tümörler

Diğer

- Postural
- Soğuğa temas
- Menejit
- Subarokroid kanama

ANAMNEZ

Doğumsal

Tortikolis doğumsal olabilir ve sternomastoid tümöre bağlı doğumda saptanabilir. Bu durum nadirdir ve makat gelişine

bağlı olarak gelişebilir. Klippel -Feil sendromunda servikal vertebraların gelişimsel anomalileri ve yüksek skapula vardır.

Edinsel

Travmatik

Travma öyküsü sorgulanır, kolda zayıflık, ağrı, mesane semptomları gibi nörolojik bulgular araştırılır. Araç içi trafik kazalarında arkadan başka araba çarpmasına bağlı boyunun ani ivmeyle ekstansiyonu ve takiben fleksiyonu boyun hasarına neden olur.

İnflamatuvar

Romatooid artrit sıklıkla atlantoaksiyal eklemden subluksasyona neden olarak boynu etkiler. Vücudun başka bölgelerinde romatooid artrit bulguları aranmalıdır. Hasta boyun ağrısından, yürüme güçlüğünden ve ilerleyici mesane semptomlarından şikayet eder.

İnfektif

Servikal omurlarda tüberküloz İngiltere'de nadir görülür. Vücudun başka yerinde tüberküloz öyküsü olabilir.

Degeneratif

Servikal spondiloz boynu sık tutar. Boyun ağrısı ve enseye omuzlara ve kollara yayılan tutukluk ve ağrı olur. Ellerde güçsüzlük gelişir. Akut servikal disk lezyonları kola yayılan boyun ağrısı ve kolda zayıflık ile seyrederek. Santral disk lezyonları mesane problemlerine hatta paraplejiye neden olabilir.

Neoplastik

Servikal vertebrada primer tümör nadirdir. Meme, bronş, akciğer, prostat veya böbrek tümörlerine bağlı metastazler saptanabilir. Hasta bahsedilen organların herhangi birinin karsinomu açısından ameliyat edilmiş olabilir. Ameliyat olmamış ise anamnez önemlidir. Hastada ağrı, vertebra kollapsı ve nörolojik semptomlar olabilir.

Diğer

Pastural boyun ağrısı sık görülür. Boyun pozisyonundaki değişikliklere ilgilidir. Hasta anormal pozisyonda uyumaktan şikayetçi olabilir. Soğuğa temas ta boyun ağrısına neden olur.

Menenjit veya subaraknoidal kanama ense sertliğine neden olur.Tanı anamnez ile aşıkardır.Baş ağrısı boyuna yayılır

FİZİK MUAYENE

Doğumsal

Tortikolis: Baş etkilenmiş tarafa doğru eğilirken zıt yöne doğru döner. Klippel -Feil sendromunda hastada kısa boyun ve yüksek yerleşimli skapula vardır.

Edinsel

Travmatik

Spinal hasar riskine karşı boyun sabitlenmelidir. Dikkatli nörolojik muayene yapılmalı ve direkt filmler ortopedistlerle beraber değerlendirmelidir. Araba içi trafik kazalarında genellikle yumuşak doku ve ligamentlerde hasar olur. Lokalize hassasiyet saptanabilir. El ve kollarda ağrı ve parestezi bulguları aranmalıdır.

İnflamatuvar

Romatoid artrit bağı bulgular başka yerlerde olabilir (örn; el deformiteleri, unlar deviasyon). Tam nörolojik muayene yapılmalıdır.

İnfektif

Tüberkülozda boyun kaslarında spazm olur. Paravertebral abse bulgusu olabilir. Tam nörolojik muayene gereklidir.

Degeneratif

Boyun hareketlerinde azalma olur. Kas gücü azalır , kuvvet kaybı ve reflekslerde azalma saptanır. Akut disk lezyonları boyun kaslarında spazm ve ağrıya neden olur. Kolda güç kaybı ve reflekslerde azalma olur. Tam nörolojik muayene yapılmalıdır.

Neoplastik

Primer malignite açısından (meme, bronş, prostat, tiroid, böbrek) tetkikler yapılmalıdır. Tam nörolojik muayene yapılmalıdır.

Diğer

Postural boyun ağrısına eşlik eden fizik muayene bulgusu nadirdir. Lokalize kas hassasiyeti saptanabilir. Menenjitte

hastada fotofobi, baş ağrısı, ense sertliği saptanabilir. Kernig bulgusu pozitiftir. Subarakroid kanama tanısı genellikle anamnez ile konur.

GENEL TETKİKLER

- **TKS ve ESH**
Hemoglobinde azalma; Kronik hastalık anemisi (örn; romatoid artrit) Lökosit artışı;İnfeksiyon. ESH 'da artma;Romatoid artrit,tüberküloz ve malignite
- **Romatoid faktör**
Romatoid artrit
- **Direkt grafi**
Kırıklar. Servikal spondiloz (eklem aralığında daralma, osteofitler) Romatoid artrit (atlantoaksiyal sublüksiyon). Metasatik lezyonlar. Doğumsal anomaliler

SPESİFİK İNCELEMELER

- **BT**
Disk lezyonları. Tüberküloz. Subarakroid kanama
- **MRG**
Disk lezyonları - kök basısı
- **Kemik sintigrafisi**
Kemik metastazı, akut artrit
- **Lomber ponksiyon**
Meningit, Subarakroid Kanama

▶ MEME BAŞI AKINTISI

Nadir görülmeyen bir sorundur. Akıntı dışarı sızar veya giysiye ıslatabilir,bu durum hasta için utandırıcı olabilir. Kanlı meme başı akıntısı karsinomdan dolayı olabilir.

NEDENLER

Seröz

- Gebeliğin erken dönemi
- Fibroadenozis

Süt kıvamında

- Gebeliğin geç dönemi
- Laktasyon
- Yeni doğanın laktoresisi
- Pberte
- Prolaktinoma (n hipofiz tümörü)

Renkli akıntı

Sarı,kahverengi, yeşil

- Fibroadenozis

Krem rengine, kıvamlı

- Duktus ektazisi

Pürülan

- Meme absesi (nadir)
- Retroareolar abse
- Tüberküloz

Kanlı

- İntroduktal karsinom
- İntroduktal papilom
- Meme başının Paget hastalığı

ANAMNEZ

Gebelik veya laktasyon aşıkardır. Yeni doğanda her iki cinsiyette meme başından akıntı olur. Plasentadan geçen kadın hormonlarına bağlıdır. Pubertede seröz veya süt

kıvamında akıntı olabilir. Özellikle yeşil renkli akıntının eşlik ettiği tekrarlayıcı meme ağrısı fibroadenozisi düşündürür. Retroareolar meme ağrısı öyküsü olan ve kalın, beyaz renkli akıntısı olan ellili yaşlarındaki kadınlarda duktal ektazi olabilir. Kanlı meme başı akıntısı ciddiye alınmalıdır. Akıntı kırmızı veya koyu kahverengi olabilir. Kanamanın tek bir duktus veya birden fazla duktus kaynaklı olup olmadığı önemlidir. Meme kitle, şişlik açısından muayene edilmelidir. Amenore ile birlikte fazla miktarda akıntı prolaktinomayı düşündürür.

FİZİK MUAYENE

Akıntı belirgin mi ? Akıntı giysileri boyar ve rengi tanımlanabilir. Fibroadenozis düşündürecek ağrılı ve şişlik içeren meme dokusu var mı ? Meme akıntısı, meme üzerine baskı yapmakla artıyor mu? Karsinom düşündürecek kitle var mı? Duktal ektaziyle uyumlu memede şişlik, retroareolar hassasiyet ve meme başı retraksiyonu var mı ? İnfeksiyon veya abse bulguları var mı ?Meme başı hasarı var mı (Paget Hastalığı)? Prolaktinoma süphesi (galaktore, amenore, infertile) olduğunda göz alanı muayenesi yapılmalıdır. Ön hipofize bağlı makroadenomalar optik kiazmaya bası yapabilir.

GENEL TETKİKLER

- **TKS,ESH**
Lökosit artışı; İnfeksiyon ESH'da artışı; Tümör ve tüberküloz
- **Sürüntü**
İnfeksiyon, abse, tüberküloz
- **İİAS**
Karsinom
- **Dipstik testi**
Kan ve diğer sıvılar

SPESİFİK TETKİKLER

- **Mamografi**
Karsinom, duktal ektazi

- **Mikrodosektomi**
Eğer kanama tek bir kanaldan kaynaklanıyorsa uygun bir cerrahi işlemdir. Intraduktal papilom veya intraduktal karsinomu gösterilebilir
- **Kraniyal BT**
Hipofiz glannda prolaktinoma

▶ ÖDEM

Ödem subkutan dokuda aşırı sıvı birikmesidir. Lenfatik staza bağlı ödem gelişir. Lenfatik staza bağlı oluşan ödeme lenfödem denir

NEDENLER

Yaygın

Hidrostatik basınç artışı

- Konjestif kalp yetersizliği
- Vazodilatatör ilaçlar - Nifedipin

Onkotik basınç azalması

- Karaciğer hastalığı
- Böbrek hastalığı örn; nefrotik sendrom
- Malnutrisyon / malabsorpsiyon

*Lenfatik drenajda bozukluk**

- Lenfatiklerin doğumsal eksikliği

Kapiler geçirgenliğin artması

- Anjiyoödem - anafilaksi

Lokal

Hidrostatik basınçta artış

- Venöz tıkanıklık

Lenfatik drenajda bozukluk

Doğumsal

- Milroy hastalığı
- Lenfödem prekoks
- Lenfödem tarda

Edinsel

- Tümör infiltrasyonu
- İnfeksiyon örn; elefantiyazis
- Radyasyon
- Cerrahi hasar

Kapiler geçirgenliğin artması

- Lokal infeksiyon
- Travma
- Mekanik travma
- Yanıklar
- Böcek sokmaları

*Lenfödem nedenlerini gösterir

ANAMNEZ

Yer ve dağılım

İncelemeler ödemin yerine göre yapılmalıdır. Lokalize ve sınırları belli olan ödem travma veya infeksiyona bağlı olabilir. Ödem vena kava inferior tıkanıklığı ve gebelikte her iki alt ekstremitede görülebilir, veya tek taraflı DVT'de olduğu gibi tek bir bacakta veya aksiler lenf düğümü cerrahisinden sonra tek kolda görülebilir.

Kolaylaştırıcı faktörler

Travma ve infeksiyon gibi kolaylaştırıcı faktörler anamnezde aşikar olabilir ve dışlanmalıdır. Anjiyoödem bilinen alerjen ile presipite olur. Asya, Afrika ve Avustralya gibi filarya nematodların endemik olduğu yerlere seyahat edenlerde ortaya çıkan lenfödem infeksiyondan dolayıdır. Lenfödem doğumsal olabilir. Doğumdan hemen sonra (Milroy hastalığı), pubertede (lenfödem prekoks) veya üçüncü dekatta (lenfödem tarda) görülebilir.

Öz geçmiş ve ilaç öyküsü

Lenfatik drenajın kesilmesi radyasyona veya özellikle aksiler ve kasık bölgesi cerrahilerine bağlı gelişen komplikasyondur. Lenkatik akımın tıkanıklığı lenfomada lenf düğümü infiltrasyonuna veya tümörlerde metastatik lenfatik infiltrasyona bağlıdır. Detaylı ilaç öyküsü ödemden sorumlu ilacı ortaya çıkartabilir.

Eşlik eden semptomlar

Hastanın anamnezinde aşikar presipite eden neden yoksa her sistem için özel incelemeler yapılmalıdır. Özellikle maligniteyi düşündürten semptomlar aranmalıdır. Ayrıca aşağıdaki klinik tabloları dışlamak önemlidir.

Kalp yetersizliği

Letarji, nefes darlığı, ortopne, paroksizmal nokturnal dispne, öksürük, ayak bileği ödemi, asite bağlı karın distansiyonu kalp yetersizliğinin bazı semptomlarıdır.

Karaciğer hastalığı

Sarılık, kaşıntı, bilek ödemi, karın şişliği, hematemez ve konfüzyon (ensefalopati) karaciğer hastalığını düşündürmelidir.

Böbrek hastalığı - nefrotik sendrom

Yaygın ödem nefrotik sendromun belirgin özelliğidir. Hasta proteinüriye bağlı köpüklü idrardan şikayet eder.

Malabsorpsiyon

Kilo kaybı, ishal ve steatore malabsorpsiyona eşlik eden semptomların bazılarıdır.

Venöz tromboz

Tek taraflı bacak şişliği ve ağrı derin ven trombozunun ana bulgularıdır. Nadiren iliyo-femoral ven trombozuna bağlı tüm bacak mavi (phlegmasia cerulea dolens) veya beyaz (phlegmasia alba dolens) görünebilir. İki taraflı bacak ödeme eşlik eden göğüs ve karında dilate yüzeysel venöz kollateraller inferior vena kava tıkanıklığını gösterir.

FİZİK MUAYENE**İnspeksiyon**

Ödemin vücutta dağılımı ayırıcı tanıda yardımcı olabilir. Yaygın ödem vücut pozisyonuna göre yürüyebilen bireylerde ayak bileklerinde, yatan hastalarda sakral bölgelerde toplanır.

Kardiyovasküler Sistem

Kalp yetersizliğinde nabız palpasyonu, taşikardi ve buna eşlik eden pulsus alternansı ortaya koyabilir. Sistolik yetersizliğe bağlı kan basıncı düşük olabilir. Jügul venöz basınç artar. İki taraflı kaba rallerin eşlik ettiği üçüncü kalp sesi duyulabilir. Karaciğerde konjesyona bağlı hepatomegali ve asit saptanabilir.

Karın muayenesi

Malabsorpsiyon veya maligniteye bağlı aşırı zayıflık gözlenir. Çomak parmak, palmar eritem, Dupuytoren kontraktürü, sarılık, spider nevus ve jinekoma kronik karaciğer hastalığı bulgularıdır. Portal hipertansiyon veya inferior vena kava tıkanıklıklarında karında dilate kolleteral venler saptanır. Portal hipertansiyonda umbilikus hizası altında kan akımı aşağı doğru; inferior vena kava tıkanıklığında kan akımı yukarı doğru. Karsinoma eşlik eden organomegali saptanabilir. Bu durum, venöz tromboza yol açabilir. Pelvik malignitelerde basıya bağlı venöz tıkanlıklar meydana gelebilir.

Bacaklar

Hassasiyet ve şişlik varlığı aranır. Her iki bacak ve baldırda çap farkı araştırılır. Eritemli, ağrılı ve tek taraflı şişlik derin ven trombozuna işaret eder.

GENEL TETKİKLER

- **İdrar tahlili**
Nefrotik sendroma eşlik eden masif proteinuri
- **TKS**
Lökosit artışı; İnfeksiyon, derin ven trombozu.
Hemoglobinde azalma; malabsorpsiyon
- **Üre ve kreatinin**
Böbrek yetersizliğinde üre ve kreatinin artar.
- **KcFT**
Karaciğer hastalıklarına bozulur.
- **Serum albumin**
Nefrotik sendrom, karaciğer hastalığı , malabsorpsiyon ve malnutrisyonda albumin azalır.

SPESİFİK TETKİKLER

- **24 Saatlik idrarda protein**
3.5 gram üzerindeki proteinuri nefrotik sendromla birlikte.
- **Böbrek biyopsisi**
Erişkinlerde nefrotik sendrom nedeninin saptanması için.
- **Ekokardiyografi**
Ventrikül dilatasyon ve kalp yetersizliğinde bozulmuş foksiyonu göstermek için..
- **Karaciğer biyopsisi**
Karaciğer sirozu
- **Dışkıda yağ miktarı**
Malabsorpsiyonda artar
- **Derin bacak venlerin Doppleri**
Diz üstü derin ven trombozu
- **Venografi**
Dizaltı derin ven trombozu, Inferior vena kava tıkanıklığı
- **Lenfangiyografi**
Lenfödem

▶ OLİGÜRİ

24 Saatte 400ml'den daha az idrar çıkarılması oligüri olarak tanımlanır. Anüri hiç idrara çıkamamaktır.

NEDENLER

Böbrek dolaşımının yetersizliği

- Şok örn; kanama ve yanıklar
- Dehidratasyon örn; kusma, ishal

Böbreğe ait nedenler

- Akut tübüler nekroz
- Akut kortikal nekroz
- Akut glomerulonefrit
- Akut interstisyel Nefrit
- Nefrotoksinler
- Vasküler lezyonlar

Postrenal (tıkayıcı)

- Taş
- Pelvis tümörleri
- Prostat hipertrofisi
- Retroperitoneal fibroz

Diğerleri

- Uyumsuz transfüzyon (hemoglobinüri)
- Crush sendromu (miyoglobinüri)

Anüri

- Kateterin tıkanması
- İki taraflı üreter hasarı
- Fonksiyone tek böbrekte taş

ANAMNEZ

Böbrek dolaşımının yetersizliği

Böbrek hiperfüzyonuna neden olan kanama, yanık veya kusma, ishal, akut pankreatit gibi dehidratasyona yol açabilecek hastalıkların öyküsü olabilir.

Böbreğe bağlı nedenler

Şok tablosundaki hastaya yeterli destek tedavisi yapılmazsa tübuler hasara bağlı akut tübüler nekroz gelişir. Antepartum

kanama, eklempsi veya septik abortusa bağı akut kortikal nekroz gelişebilir. Akut tübuler nekroza yol açan nedenlere bağı akut kortikal nekroz gelişebilir. Renal ven trombozu, renal arter stenozu, hemolitik üremik sendroma eşlik eden damar içi pıhtılaşması gibi vasküler nedenler akut böbrek yetersizliğine neden olur. Göz kapaklarında şişlik, asit ve periferik ödem akut böbrek yetersizliğinde görülen ilk bulgular olmakla beraber takip eden dönemlerde bulantı, kusma, konfüzyon, vücutta morarma, gastrointestinal kanama, nöbet ve koma gelişebilir. Volüm yüklenmesine bağı akciğer ödemi gelişebilir. Akut interstisyel nefrit olgularında ilaç kullanımı (örn; antibiyotikler, NSAİİ veya diüretik) ve infeksiyon öyküsü sorgulanmalıdır. Aminoglikozidler, amfoterisin ve radiyografik kontrast maddeler nefrotoksik etkileriyle akut böbrek yetersizliğine neden olabilir. Organik çözücüler (halı temizliğinde kullanılan karbon tetraklorür), yılan sokması ve mantar yenilmesi akut böbrek yetersizliğine neden olabilir.

Postrenal nedenler

Sıklıkla hastalar komplet anuri ile başvururlar. Bu durum fonksiyone tek böbreği olan kişide cerrahi sonrası üreter hasarı veya üreter taşına bağı gelişebilir. Hastada böbrek taşı veya üreter koliği anamnezi olabilir. Pelvis tümörü öyküsü veya prostat hipertrofisi semptomları (miksiyona başlamakta güçlük ve zayıf akım) sorgulanmalıdır. Retroperitoneal fibroz yavaş gelişir.

Diğerleri

Uyumsuz transfüzyona bağı hemoglobinüri ve crush sendroma bağı miyoglobinüri oligüri ile seyreder. Anamnez aşıkardır.

Anüri

Anüri tanısı konmadan önce hastanın mesanesinin dolu olup olmadığı kontrol edilerek akut idrar retansiyonu dışlanmalıdır. Eğer hasta sondalıysa, sondanın tıkanık olup olmadığı kontrol edilmelidir. Daha önce bahsedildiği gibi, anüri renal hipoperfüzyon veya böbrek hasarından ziyade tıkaçıcı lezyondan dolayıdır .

FİZİK MUAYENE

Genel

Hasta sondalıysa , sondanın tıkalı olup olmadığı kontrol edilmelidir. Sondası olmayan hastanın mesane distansiyonu açısından alt karın muayenesi yapılmalıdır.Böbrek büyümesi karın palpasyonu ile dışlanır.Prostat hipertrofisini saptamak için de rektal muayene yapılmalıdır.

Spesifik

Oligüri olgularının tümünde altta yatan neden ne olursa olsun fizik muayenede ortak özellikler mevcuttur. Akciğer ödeminde hasta dispneiktir ve pozisyona göre sakral veya ayak bileği ödemi gelişebilir.Konfüzyon ve koma gelişebilir. Hipertansiyon ve aritmi olabilir.. Bulantı, kusma, hıçkırık olur. Gastrointestinal kanama bulguları saptanabilir. Spontan morluklar oluşabilir.

GENEL TETKİKLER

- **TKS,ESH**
Hemoglobinde azalma; anemi, böbrek yetersizliği, kanama.Lökosit artışı; infeksiyon.ESH'da artma; bazı glomerulonefritler.
- **Üre ve elektrolitler**
Renal ve postrenal böbrek yetersizliğinde üre ve kreatirin düzeyleri yükselir. Renal hipoperfüzyon yeterli tedavi edilmezse üre, kreatinin yükselebilir.
- **EKG**
Elektrolit dengesizliğine bağlı aritmiler (örn: hipokalemi)
- **Akciğer grafisi**
Akciğer ödemi. Kardiyomegali
- **Arter kan gazı**
Metabolik asidoz
- **Tam idrar tahlili**
Böbreğin kendisine ait hastalıklarda idrarda eritrosit, protein ve silindirlerin saptanması. İdrarda eritrosit olmadan hemoglobin saptanması hemaglobinüri veya miyoglobinüriyi gösterir.
- **İdrar elektrolitleri ve idrar osmolaritesi**
Tabloyu inceleyiniz

Fizyolojik oligüri ve akut böbrek yetersizliği ayırımı

<i>İdrar</i>	<i>Fizyolojik oligüri</i>	<i>Akut böbrek yetersizliği</i>
Özgül dansite	> 1020	< 1010
Osmolarite (mosm/kg)	> 500	< 350
Sodyum (mmol/l)	< 15	> 40
İdrar / Serum kreatinin	> 40	< 20
Fraksiyonel sodyum Atılımı *	< 1	> 2
Böbrek yetersizliği indeksi **	< 1	> 2

* Fraksiyonel sodyum atılımı= (idrar sodyumu X plazma kreatinini/ plazma sodyumu X idrar kreatinini) X 100

** Böbrek yetersizliği indeksi = (İdrarda sodyumu X plazma kreatinini) / İdrar kreatinini

SPESİFİK TETKİKLER

- **US**
Tıkaçıcı lezyon
- **Sistoskopi ve retrograd piyelografi ile birlikte üreter kateterizasyonu**
Tıkanıklığın nedeninin saptanması ve tıkanıklığın giderilmesi
- **Antegrad piyelografi**
Tıkanıklığın nedeninin saptanması ve tıkanıklığın giderilmesi
- **DMSA sintigrafisi**
Renal fonksiyon. İnfarktüs

▶ ÇARPINTI

Hastanın kalp atışlarının farkında olması durumudur. Çoğunlukla selim olup bazı durumlarda hayati tehdit edici bozuklukların göstergesi olabilir.

NEDENLER

Kardiak aritmi

- Prematüre ventriküler kontraksiyonlar (ventriküler ektopik vurular) *
- Prematüre atriyal kontraksiyonlar (atriyal ektopik vurular)
- Atriyal fibrilasyon *
- * Çoğunlukla düzensiz çarpıntı ataklarıyla seyreden bozukluklardır.

Supraventriküler taşikardi

Ventriküler taşikardi

Sinus taşikardisi

- Anksiyete / emosyonel durumlar
- Kafein
- Nikotin
- Alkol

ANAMNEZ

Hastalar çarpıntıyı tanımlarken bir vurunun atlanması, kalp vuruşunun şiddetinde artış ve kalp vuruşlarının hızının artması olarak tanımlayabilir. Çarpıntıya bağlı semptomlar, boyunda gözlenebilir. Çarpıntının frekansı, düzenli olup olmadığı ve çarpıntıyı presipte eden faktörlerin saptanması önemlidir. Yukarıdaki listede düzensiz kalp vuruşlarıyla seyreden aritmiler belirtilmiştir.

Altta yatan presipitan faktörlerin bilinmesi önemlidir. Çarpıntı, anksiyete veya panik ataklara eşlik edebildiğinden organik kalp hastalıkları ayırıcı tanıda mutlaka dışlanmalıdır. Egzersize bağlı aşırı katekolamin salınımı aritmileri tetikleyebilir (supraventriküler taşikardiler, atriyal fibrilasyon, sağ ventrikül kaynaklı ventriküler taşikardi). Aşırı kafein, sigara ve alkol kullanımı da aritmileri tetikleyebilir.

Düzensiz çarpıntı olarak tanımlanan nedeni gösterir

Alta yatan kalp hastalığı öyküsü önemlidir. İskemik kalp hastalığı sık olarak ventrikül aritmiler, hipertansif kalp hastalığı atriyal fibrilasyon, kalp yetersizliği ventrikül aritmiler ile birlikte. Kalp kapak hastalıklarında da aritmiler saptanabilir.

Genç yaşta ortaya çıkan aritmiler (çocukluk çağı veya onlu yaşlarda) kalıtsal anomalileri gösterir. (örn; supraventriküler taşikardiye neden olan kalpe aksesuar yol gibi). Detaylar için kardiyojji kitaplarına başvurulmalıdır.

Birlikte olan tablolar

Senkop veya sersemlik hali (dizzines) ventrikül taşikardi ve nadiren supraventriküler taşikardi gibi ciddi aritmilerle birlikte olabilir.

FİZİK MUAYENE

Çarpıntı sırasında yapılan muayene bilgi vericidir. Nabzın ritmi ve hızı tespit edilmelidir. Tüm kalp vuruları atriyal fibrilasyonda olduğu gibi nabza yansımadiğinden kalp apeksinin oskultasyonu ritm hakkında daha doğru bilgi verir.

Kan basıncı ölçümü ve yapısal kalp hastalığının ortaya konması (örn; sistolik üfürüm ve sistolik klik ile seyreden mitral kapak prolapsusu) önemlidir. Supraventriküler taşikardi ve atriyal fibrilasyon sıklıkla hipertansiyon ve kalp kapak anomalisi ile birlikte.

İLK İNCELEMELER

EKG

Tüm hastalara EKG çekilmelidir. EKG ile aritminin saptanması nadir olsa da aritmiyi tetikleyecek tabloların tanısı konabilir. Kısa PR mesafesi (<0.12sn) aksesuar yolun varlığına işaret eder. Bu durum supraventriküler aritmileri tetikleyebilir.

Sol ventrikül hipertrofisi alta yatan kalp hastalığının (hipertansif kalp hastalığı, hipertrofik obstruktif kardiomyopati) göstergesi olabilir. Q dalgası, ST segment ve T dalgası değişiklikleri iskemik kalp hastalığını düşündürür. Bazen atriyal veya ventriküler prematüre vurular (ektopik) tespit edilebilir.

İLERİ TETKİKLER

Aritmi gelişme riski yüksek olan bireylerde ,yapısal kalp hastalığı olan hastalarda , ailesinde aritmi öyküsü olanlarda, özellikle uykusunda düzenli çarpıntısı olanlarda ve eşlik eden sersemlik hissi veya bayılması olan hastalarda ileri tetkikler yapılmalıdır.

Ambulatuvar EKG

Sürekli ambulatuvar EKG kaydı aritminin saptanması ve tanınması için mükemmel metottur. Ventriküler ve atriyal ektopik vurular en sik saptanan aritmilerdir. Hastaların % 7'sinde ciddi aritmi saptanır. Farklı aritmilerin tanınabilmesi için EKG kitaplarına başvurulması önerilir.

▶ PENİS LEZYONLARI

Penis lezyonları sıktır. Cinsel ilişkiyi etkiler. Penis için yapılan cerrahi girişimler sıklıkla prepusyum ve glansla ilgili olup sünnet gerektirir. Penis karsinomu ve Peyronie hastalığı nadirdir.

NEDENLER

Prepusyum ve glans

- Fimozis
- Parafimozis
- Balonapostit
- Balanitis kserotika obliterans
- Herpes genitalis
- Condilom (siğil)
- Travma (ısırık)
- Queyrat eritroplazisi
- Karsinom
- Şankır (sifiliz)

Pennis gövdesi

- Peyronie hastalığı
- Priapizm

Üretra

- Epispadiya
- Hipospadiya

ANAMNEZ

Prepusyum ve Glans

Fimozis

Çoğu olguda fimozis doğumsaldır. Prepusyum doğumdan itibaren gergindir. Glans üzerinde geri çekilmez. Çocuklarda miksiyon sırasında prepusyum şişer; balonopostit gelişir. Erişkinlerde en önemli şikayet cinsel ilişkiyi etkilemesidir.

Parafimozis

Fimozise bağlı gelişir. Daralmış veya büzümüş prepusyum içinde glans penis sıkışır. Prepusyum, glans üzerinde geri

çekilir ancak yerine dönmez. Cinsel ilişki sırasında meydana gelebilir. Hastaya sonda takıldığında gelişebilir. İşlem sonrası prepusyum asıl yerine dönmez. Prepusyum glans çevresinde sıkışmaya neden olur. Buna bağlı venöz dönüş etkilenir.; glans ve prepusyumda şişlik gelişir. Hasta şiddetli ağrı hisseder.

Balonopostit

Prepusyum ve glansın inflamasyonudur. Hastalar prepusyum ve glansın akut inflamasyonundan şikayet eder. Kötü hijene bağlı gelişebilir. Çocuklarda fimozise bağlı prepusyum altında idrar birikmesine bağlı olarak gelişir. Diyabetiklerde, sıklıkla kandidiyaya bağlı gelişir.

Balonitis kserotika obliterans

Prepusyum kalınlaşmıştır ve gergindir. Glans üzerinde hareketi kısıtlanmıştır.

Herpes genitalis

Prepusyum veya glans üzerinde ağrılı vesiküller gelişir. Cinsel ilişki anamnezi vardır.

Kondilom (siğil)

Glans ve prepusyumun yüzeylelerinde siğiller saptanır. Genellikle veneryal hastalıktır.

Travma

Travma anamnezi olabilir. Oral ilişki sonrası gelişebilir.

Queyrat eritroplazisi

Glans derisi üzerinde koyu, morumsu, kırmızı, düz lekelerle seyredir.

Karsinom

İleri yaşlarda görülür. Sünnnet olmuşlarda çok nadir saptanır. Penis üzerinde ağrılı olabilen şişlik veya ülserle başvururlar. Sünnnet olmamışlarda prepusyum kaynaklı kanlı pürülan akıntı olabilir.

Sifiliz şankırı

Penis üzerinde ağrısız ve sert ülser gelişir.

Gövde

Peyronie hastalığı

Hasta penisinde subkutan şişlik fark edebilir ve ereksiyon durumunda eğrilikten şikayetçi olabilir.

Priapizm

Hastanın ağrılı, devamlı ereksiyon halinde olması halidir. Bu durum seksüel istekle ilgili değildir. Lösemi, orak hücreli anemi, yaygın pelvik malignite öyküsü veya hemodiyaliz hastası olabilir. Priapizm aynı zamanda erektil disfonksiyon için alprostadil aşırı kullanımında da görülebilir.

Üretra

Epispadias

Nadir görülen bir durumdur. Genellikle bebeklik ve çocukluk döneminde fark edilir ve üretra deliği glans penisin dorsal yüzünde bulunur.

Hipospadias

Epispadiasa göre daha sık karşılaşılır ve üretra deliği penisin ventral veya alt yüzünde bulunur. Hem hipospadias ve hem de epispadias olgularında miksiyonla ilişkili şikayetler bulunur.

FİZİK MUAYENE

Sünnet derisi ve glans

Fimozis

Prepusyum sıkıdır ve iğne başı büyüklüğünde deliğe sahiptir. Bu deriyi glans penis üzerinde geri çekmek olanaksızdır. Balanopostite neden olabilir.

Parafimozis

Tanısı kolaylıkla konulur. Glans penis şiş ve ödemlidir, corona glandisin hemen proksimalinde derin bir oluk vardır ve deri çevresini halka şeklinde sıkar. Hastada belirgin ağrı vardır.

Balanopostit

Glansda inflamasyon (balanitis) vardır ve sıklıkla prepusyum inflamasyonu (postit) ile birlikte. Prepusyum altından akıntı olabilir. Kandidiyaz gelişen olgularda glans üzerinde kaşıntılı kırmızı plaklar gelişir. Kötü kişisel hijyenle ilişkili bulgularda görülebilir.

Balanitis xerotica obliterans

Prepusyum elastisitesini kaybederek fibroz dokuyla kalınlaşmıştır. Genellikle glans üzerinden derinin çekilmesi mümkün olmaz.

Herpes genitalis

Başlangıçta kaşıntılı veziküller vardır fakat bunlar sonra yüzeysel ağrılı erozyonlara dönüşürler .Ağrılı inguinal lenfadenopati ile birlikte olabilirler.

Kondilom (siğiller)

Sıklıkla prepusyum ve glans arasındaki kavşak civarında salkım yapmış şekilde siğiller olabilir ve glansa yayılabilir.

Travma

Görünüm travmanın tipine ve şiddetine göre değişir. Diş izleri belirgin olabilir.

Queyrat eritroplazisi

Glans penisde koyu kırmızı, düz, kadifemsi ve endurasyon yapmış lezyonlar olarak görülür. Premalign bir durumdur ve in situ karsinom olarak kabul edilir.

Kanser

Lezyonlar genellikle prepusyum ile glans birleşme noktasındadır. Ülser veya düzensiz kitle görülebilir. Eğer ülser görülürse kenarları yüksek ve tabanında nekroz bulunur. Sert hissedilir. İnguinal lenf nodları metastaz ve sekonder infeksiyonla etkilenebilir. Sünnet derisinin geri çekilemediği olgularda tanıya varmak için sünnet derisinin kesilmesi gerekebilir.

Sifilik Şankr

Ağrısız, sert, akıntılı kenarı bulunan ülser vardır. İnguinal nodlar büyük, lastik kıvamında ağrısız ve ayrık olabilir.

Gövde**Peyronie hastalığı**

Korpus kavernozaada fibroz plakalar vardır. Bunlar korpus kavernozaa boyunca sert düzensiz kitleler olarak hissedilebilir. Hasta, penisinin ereksiyon esnasında eğildiği bilgisini verir.

Priapizm

Ağrılı ereksiyon olması nedeniyle tanısı kolaylıkla konur.

Üretra

Epispodias ve hipospodias tanısı aşıkardır. Hipospodiasda üretra deliği, penisin birkaç milimetre ucundan perineuma

kadar üretra hattının herhangi bir noktasında olabilir. Daha nadir görülen epispadiasda üretral delik glans penisin dorsal yüzeyinde bulunur.

GENEL TETKİKLER

- **TKS,ESH**
Lökosit sayısı infeksiyonda ve lösemide (priapizmle ilişkili) artar. Sedimentasyon hızı malignitede artabilir.
- **Sürüntü**
Kültür ve hassasiyet. Mikroskopi. Balanitis- bacterial veya fungal.
- **Kan şekeri**
Diyabetes-kandida balanitisi

SPESİFİK TETKİKLER

- **Orak hücre testi**
Priapizmle birlikte olan orak hücreli anemi hastalığında.
- **VDRL**
Sifilitik şankr.
- **Elektron mikroskopisi**
Veziküler sıvıda herpes virüsünün tanımlanmasında.
- **PCR**
Herpesin hızlı tanısında.
- **Biyopsi**
Queyrat eritroplazisi. Kanser. Kondilom.
- **Sünnet**
Fimozis nedeniyle prepusyumun geri çekilmesi mümkün olmadığında, sünnet kanser şüphesinin bulunduğu glansın incelenmesi sağlar.

► POLİÜRİ

Günlük idrar miktarı her bireyde alınan sıvı miktarına, fizyolojik gereksinimlere ve fark edilmeyen kayıplara bağlı olarak değişir. Poliüri kabaca 24 saatlik idrar miktarının 3 litreden fazla olması olarak tanımlanır.

NEDENLER

Diüretikler

Tedavi edici

- Furosemid
- Bendrofluazid
- Amilorid

Osmotik

- Hiperglisemi
- Hiperkalsemi
- Mannitol
- Üre

Diabetes insipidus

Kraniyal

- ADH üretiminin idiyopatik eksikliği
- Kalıtsal (dominant veya resesif)
- Kafa yaralanmaları
- Beyin cerrahisi
- Beyin tümörleri
- Opiyatlar

Nefrojenik

- Katılımsal (X'e bağlı)
- İlaçlar
 - Lityum
 - Demeklosiklin
- Kronik hiperkalsemi
- Hipokalemi
- Kronik tubulointersitisyel nefrit
- Akut tübuler nekrozun iyileşme safhası
- Tıkaçıcı üropatinin iyileşme safhası

Aşırı sıvı alımı

- Psikojenik
- İlaçla ilişkili susama- antikolinerjikler
- Hipotalamus hastalıkları

ANEMNEZ**Genel**

Poliüri sıklıkla polidipsi ile beraberdir ve tüm su kaybeden durumlarda aşırı susama bir yan etkidir. Sık idrara çıkma (az miktardaki idrarın sık sık yapılması) poliüriden (fazla miktarda idrarın sık çıkarılması) ayrılması gerekir. Diyabetes insipidus kalıtsal olabilir ve diğer aile fertleri de etkilenebilir.

İlaç anamnezi

Detaylı ilaç anamnezi, fazla sayıdaki ilacın farklı mekanizmalarla poliüriyi presipite edebilmesinden ötürü çok önemlidir. Diüretikler tedavi edici etkilerinden dolayı hipertansiyon ve kalp yetersizliği gibi hastalıklarda sıklıkla kullanılmaktadır. Opiyatlar ADH sekresyonunu inhibe ederek kraniyal diyabetes insipidusa neden olurken, lityum ve demeklosiklin nefrojenik diyabetes insipidusa neden olabilir. Antikolinerjik ilaçların yan etkilerinden birisi de ağız kuruluğudur ve hastalar bundan dolayı aşırı su tüketebilirler ve bu da poliüreye neden olabilir. Aminoglikozidler, siklosporin, NSAİİ ve ACE inhibitörü gibi nefrotoksik ilaçlar akut tübüler nekroza neden olabilirler ve sonuçta iyileşme safhasında ciddi poliüri görülebilir.

Öz geçmiş

Hiperglisemi osmotik diürece yol açar, bundan dolayı poliüri ve polidipsi diyabetes mellitusun sık başvuru semptomlarıdır. Kronik hiperkalseminin nedenleri arasında malignite ve hiperparatiroidizm vardır ve intrinsik osmotik etkiyle veya nefrojenik diyabetes insipidusa neden olarak poliüriye yol açar. Kraniyal diyabetes insipidus şiddetli kafa travmaları, kraniyofarinjomalar, epifiz tümörleri veya beyin cerrahisi sonrası postoperatif geçici komplikasyon olarak görülebilir. Sepsis veya kanamaya bağlı renal iskemi durumlarında akut tübüler nekroz gelişebilir. Reflü nefropatisi, polikistik böbrek hastalığı, gut ve multiple miyeloma bağlı olarak kronik tubulointerstitial nefrit gelişebilir.

GENEL TETKİKLER

- **İdrar dipstick yöntemi**
Diyabetli hastalarda +++ glukoz.
- **24 saatlik idrar toplanması**
Üç litreyi geçmesi poliüriyi destekler ve sık idrara çıkma durumundan ayırt edilmesine yardımcı olur.
- **Üre ve elektrolitler**
Plazma üre ve kreatinin seviyeleri böbrek yetersizliğinde artar. Kompanse edilmemiş poliüride(yetersiz sıvı alımı) sodyum seviyesi yükselir. Sodyum düşüklüğü üre/ kreatinin düşüklüğü ile beraber ise polidipsi esas nedendir. Potasyumun düşük olması nefrojenik diyabetes insipidusu düşündürür.
- **Serum kalsiyum düzeyi**
Kalsiyum seviyesinin artması osmotik diürece ve kronik tubulointersitisyal nefrite yol açar.
- **Serum glukozu**
Diyabette artar.

Yukarıdaki testler osmotik diürece, aşırı sıvı alımını ve diyabetes insipidusu birbirinden ayırt etmek için gerekebilir. Eğer primer polidipsi ve diyabetes insipidus arasında tam bir ayırım yapılamazsa aşağıda anlatılan iki teste başvurulabilir. Su kısıtlaması ve DDAVP testleri esnasında alınması gereken önlemler ve güvenlik metotları hakkında referans kaynaklara başvurulması önerilir.

- **Su kısıtlama testi**
Sıvı eksikliği olan ve hipernatremik hastalara yapılmamalıdır. Gece su kısıtlaması sonrası plazma osmolalitesi ölçülür. Plazma osmolalitesi düşük: primer polidipsi
Plazma osmolalitesi yüksek: test durdurulur ve idrar osmolalitesi ölçülür.
İdrar osmolalitesi yüksek: diyabetes insipidus yoktur.
İdrar osmolalitesi(üç idrar tahlilinde de) düşük: diyabetes insipidus tanısı konur.
- **DDAVP testi**
Arginin vasopressin sonra eklenir.
İdrar osmolalitesi yüksek: kranial diyabetes insipidus.
İdrar osmolalitesi artışı olmazsa: nefrojenik diyabetes insipidus.

SPESİFİK TETKİKLER

- **Kranial BT/MRG**
Tümör ve hipotalamik hastalıklarda.
- **Böbrek biyopsisi**
Akut tübül nekroz, kronik tübulointersitisyal nefrit.

▶ POPLİTEAL ŞİŞLİKLER

Popliteal şişlikler sık görülen durumlardır. Çoğunluğu klinik muayene esnasında kolaylıkla tanınabilir.

NEDENLER

Yüzeysel

- Kist sebace
- Lipom
- Safen ven varisi

Derin

- Lipom
- Lenfadenopati
- Semimembranöz bursa
- Baker kisti
- Popliteal arter anevrizması

Kemik yapıyla ilgili

- Eksostoz
- Osteojenik sarkom

ANEMNEZ

Yüzeysel

Kist sebace

Kist sebace deri altında sert şişlik olarak ortaya çıkar. İnfeksiyon olursa hassasiyet ve akıntı olabilir.

Lipom

Subkutan dokuda yumuşak lobüllü şişlik olarak ortaya çıkar.

Safen ven varisi

Diz arkasında yumuşak bir şişlik vardır ve sıklıkla kısa safen sistem venlerindeki varisle birliktedir.

Derin

Lipom

Derin yerleşimli lipomların üzerindeki sert fasyadan dolayı hissedilmeleri zordur. Yüzeysel lipomlardan farklı olarak yumuşak ve lobüllü değildirler.

Lenfadenopati

Popliteal fossada çeşitli karakterde palpabl kitleler bulunabilir. Hastanın genellikle ayak veya bacakta sıklıkla ayak kenarında veya bacağın arkasında yer alan distaldeki lezyonlar dikkatini çeker. Diğer lenf düğümleri de büyüyebilir.

Semimembranöz bursa

Diz arkasında özellikle fleksiyon esnasında hareketi kısıtlayan şişlik hastayı rahatsız eder.

Baker kisti

Diz ekleminin kronik hastalığı sonucu gelişen pulsiyon divertikülüdür. Hastada sıklıkla diz ağrısı öyküsü vardır ve osteoartrit veya romatoid artriti bulunabilir. Bazen kist yırtılır ve hastada çok şiddetli baldır ağrısı gelişir, bu durum gözden kaçırılmamalıdır ve venöz trombozdan ayırt edilmelidir.

Popliteal arter anevrizması

Fark edilmeden önce oldukça büyürler. Hasta diz arkasında olan pulsatil şişlikten yakını fakat genellikle bacak bacak üstüne attığında her nabızda üsteki bacağın hareket ettiğini fark eder.

Kemik kaynaklı

Eksostozlar femurun epifizel kırıkta bölgesinde büyüyebilir. Popliteal fossada tanımlanan kemik kaynaklı şişlik vardır.

Ostejenik sarkom

Femurun distalini veya tibia'nın proksimalini daha sıklıkla etkiler. Diz eklemi çevresinde difüz şişlik vardır. Ağrı başvuru semptomu olabilir. Genel kırgınlık ve kilo kaybı da olabilir. Bazen başlangıçta akciğer metastazları olur ve buna bağlı olarak da hastada hemoptizi ve öksürük olabilir.

FİZİK MUAYENE**Yüzeysel****Kist sebace**

Deri içerisinde küçük, iyi sınırlı, kanaliküli olan şişlik vardır. İnfekte olursa çevre deri dokusu kızarıktır ve akıntı olabilir.

Lipom

Popliteal fossada küçük lobüllü şişlik vardır.

Kısa safenöz ven varisi

Sıktır. Kısa safenöz venin sonlandığı yerde yumuşak bastırılabilir şişlik vardır. Öksürmekle şişlikte artış olabilir. Sıvı trili bacağıın alt kısmında kısa safenöz vene hafifçe vurulursa palpe edilebilir.

Derin**Lipom**

Popliteal fossada yağ dokusu içindeki lipomun düzgün şekilde belirlenmesi zordur. Daha yüzeysel lipomdan farklı olarak yumuşak lobüllü yapıya her zaman sahip değildir.

Lenfadenopati

Farklı sayıda ayırık palpabl bezeler şeklinde veya sert, bir araya toplanmış tarzda bulunabilirler. Ayak veya bacağıın distalindeki lezyonlar araştırılmalıdır; örneğin;malign melanom. Diğer bölgelerdeki lenfadenopatiler kontrol edilmelidir.

Semimembranöz bursa

Şişlik diz eklemi hattının üzerinde popliteal fossanın mediyal yüzünde yer alır. Sert olma eğilimindedir ve arkasından ışık tutulunca ışığı geçirir.

Baker kisti

Baker kisti yaşlı hastalarda uzun süren artrit sonrası veya gençlerde romatoid artrit sonrası daha sık görülür. Kitle diz eklemi seviyesinin altındadır ve gastroknemiusun altındadır. Kitle üzerine basılması diz eklemine doğru kaymasına neden olur. Diz eklemine muayenesi artrit ile ilişkili değişiklikleri gösterebilir; örneğin, kısıtlı hareketler, krepitasyon ve bazen de efüzyon.

Popliteal arter anevrizması

Pulsasyon veren, genişleyen kitle popliteal fossada palpe edilebilir. Sıklıkla iki taraflıdır. Distal dolaşım kontrol edilmelidir. Popliteal anevrizmalar distal iskemiye neden olacak şekilde tromboze olabilir, veya parmakta iskemi ve parmakların uç kısmında ülsere neden olacak şekilde küçük emboli atabilir. Popliteal anevrizmalar ve abdominal aortik anevrizmalar birlikte olabileceğinden karın muayene edilmelidir.

Kemik kaynaklı***Eksostozlar***

Popliteal fossada kemiksi kitle hissedilebilir.

Osteojenik sarkom

Üst kısımdaki deri kızarıklık olabilir ve subkutan venler genişlemiştir. Hassasiyet olabilir. Şişlik sıklıkla çevre dokuya yayılana kadar düzgün sınırlıdır, sonra düzensiz olur. Şişlik serttir ancak kemik kadar sert değildir.

GENEL TETKİKLER

- **TKS,ESH**
Hemoglobinde azalma ve lenfadenopati, örn; retikülozla ilişkili generalize lenfadenopati.Lökosit artışı;retikulozis. Yüksek sedimentasyon hızı; retikülozis,metastaz yapmış osteojenik sarkom.
- **US**
Lipom. Semimembranöz bursa. Baker kisti. Popliteal arter anevrizması.
- **Diz grafisi**
Eksostozlar. Osteoartrit (Baker kisti). Romatoid artrit (Baker kisti). Osteojenik sarkom- kemik destrüksiyonu yapar, korteksin dışına doğru büyür, periostu subperiosteal kemiğin yeniden yerleşmesine neden olacak şekilde kaldırır (Codman üçgeni), kemikten uzantılar yapar ('güneş ışığı' uzantıları).
- **Akciğer grafisi**
Osteojenik sarkomdan kaynaklanan metastazlar. Yaygın lenfadenopati ile birlikte olan hiler lenf düğümleri.

SPESİFİK TETKİKLER

- **Doppler US**
Kısa sahen ven varisinde ve popliteal arter anevrizması düşünülen durumlarda yapılır.
- **BT**
Osteojenik sarkom invazyonlarını gösterir. Akciğer metastazı düşünülen olgularda yararlıdır.
- **MRG**
Kemik tümörlerinde ve Baker kistinde.
- **Arteriyografi**
Popliteal anevrizma ve distal dolaşımı göstermede.

▶ PRURİTUS

Pruritus derinin kaşınmasıdır. İncelemeyle görülebilecek çok sayıda dermatolojik nedenleri vardır. Aşağıdakiler yaygın kaşıntının dermatolojik olmayan nedenleridir.

NEDENLER

Tıkaçıcı sarılık
Kronik böbrek yetersizliği
Hematolojik hastalıklar
<ul style="list-style-type: none">• Demir eksikliği anemisi• Polisitemi
Malignite
<ul style="list-style-type: none">• Bronş kanseri• Hodgkin hastalığı
Endokrin hastalıklar
<ul style="list-style-type: none">• Hipertirodizm• Hipotirodizm• Diyabetes mellitus
İlaçlar
<ul style="list-style-type: none">• Oral kontraseptif ilaçlar (kolestaz)• Opiyatlar (histamin salınımı)• Alkol ve uyuşturucu madde kesilmesi

ANEMNEZ

Yaygın kaşıntısı olan bir hastaya yaklaşırken öncelikle semptomların yeri ve ne kadar zamandır olduğu bilinmelidir. Bazen kaşıntının başlaması yeni bir ilacın başlama zamanıyla örtüşebilir, bu da klinisyene ilacın kesilmesi için yardımcı olur. Aynı zamanda alkol veya uyuşturucu maddenin bırakılması sonrası da kaşıntı görülebilir. Sıcak banyo sonrası olan kaşıntı klasik olarak polisitemiyi düşündürür. Anemi olmaksızın demir eksikliği kaşıntıya neden olabilir; bundan dolayı her sistem için kan kaybı semptomları dikkatlice sorgulanmalıdır.

Sigara içenlerde hemoptizi, kronik öksürük ve kilo kaybı altta yatan kaşıntıya neden olabilecek iç organ kanserlerinden

bronşial karsinomu akla getirmelidir. Lokalize lenf adenopati, ateş, gece terlemesi ve kilo kaybı Hodgkin lenfomasını düşündürmelidir. Tıkaçıcı sarılığı olan hastalarda, sarılık belirgin olmasa bile, safra tuzlarının birikmesine bağlı olarak kaşıntı olabilir. Tam tıkanmada hastalar koyu renkli idrar ve beyaz dışkılamadan şikayet ederler.

Halsizlik, iştahsızlık, noktüri, oliguri, poliüri, hematüri, proteinüriye bağlı olarak köpüklü idrar, frajil deri, ödem ve kemik ağrıları kronik böbrek hastalığının multisistem belirtilerinden bazılarıdır. İlginc olarak akut böbrek yetersizliğinde kaşıntı nadiren görülür.

Pruritus tiroid hastalığına bağlı olarak görülebildiğinden anemnezde hastanın tiroid kliniği dikkate alınmalıdır. Hipertiroidizm bulguları tremor, ısı intoleransı, çarpıntı, iştah artışına rağmen kilo kaybı olması, anksiyete ve ishaldir. Hipotiroidizm bulguları ise soğuk intoleransı, mental yavaşlama, kilo alımı, kabızlık ve menorajdır.

FİZİK MUAYENE

İnspeksiyon

Tirotoksikozda titreme, canlı bakış ve göz kapağı kapanamaması olabilir. Ciddi anemide konjonktiva solukluğu belirgin iken, polisitemide ise yüzde plethora ve konjoktivada dolgunluk vardır. Skleralarda sarılık olup olmadığı bakılmalıdır. Kolay moraran soluk cild rengi kronik böbrek yetersizliğinde görülebilir. Kaşık tırnak ve angular cheilitis demir eksikliği anemisinde görülebilir. Parmak çomaklaşması bronşial karsinomda görülebilir.

GENEL MUAYENE

Asimetrik, ağrısız, lokalize lenfadenopati infeksiyon yokluğunda Hodgkin hastalığını düşündürür. Tiroid bezi büyüme, nodülerite ve asimetri gibi anomaliler açısından palpe edilmelidir. Bronşiyal karsinom fizik muayene bulguları monofonik inspiratuvar wheezing (parsiyel endoluminal bronşiyal obstruksiyon), akciğerin lobar kollapsı, plevral efüzyon ve apikal akciğer tümörlerinde Horner sendromudur. Göğüs duvarı hassasiyeti tümör infiltrasyonuna bağlı olarak görülür. Splenomegali Hodgkin hastalığı ve polisitemia rubra verada olabilir.

GENEL TETKİKLER

- **İdrar dipstick yöntemi**
Böbrek hastalığında protein ve kan saptanabilir.
- **TKS ve periferik yayma**
Demir eksikliğinde mikrositik hipokromik anemi, Hodgkin hastalığında normokromik normositik anemi, ve polistemide hemoglobinde artma görülür.
- **Üre ve elektrolitler**
Böbrek yetersizliğinde üre ve kreatinin değeri artar.
- **Glukoz**
Diyabetes mellitusda artar.
- **KcFT**
Bilirubin ve alkalen fosfataz tıkaçıcı sarılıkta artar.
- **Tiroid fonksiyon testleri**
Tirotoksikozda TSH düşer, T4 artar; hipotiroidde TSH artar ve T4 düşer.
- **Akciğer grafisi**
Bronşial karsinom. Hodgkin lenfomada hilar lenf adenopati

SPESİFİK TETKİKLER

- **Lenf düğümünün eksizyonel biyopsisi**
Hodgkin lenfomada Reed-Sternberg hücreleri .
- **Karın US**
Tıkaçıcı sarılıkta genişlemiş safra yolları ve tıkanmanın nedeni ve yeri saptanabilir. Kronik böbrek yetersizliğinde böbreklerin boyutları küçülür ve polikistik böbrek hastalığında multipl kistler görülür.
- **Serum demir, serum ferritin, protoporfirin düzeyleri**
Demir eksikliğinde serum demiri ve serum ferritin düzeyi azalır, serbest eritrosit protoporfirin düzeyi ise artar.

▶ PRURİTUS ANİ

Pruritus ani anal kanal çevresinde kaşıntı olmasıdır. Sık görülen bir semptomdur ve hastaların yarısında herhangi bir neden bulunamaz.

NEDENLER

Anal akıntı

- Anal kanalda fistül
- Siğil
- Hemoroid
- Kanser
- Polip
- Gonokokal proktitis

Fekal kirlenme

- İnkontinans
- Kötü hijyen
- İshal

Deri hastalıkları

- Kandidiaz
- Tinea kruris
- Liken skleroz
- Kontakt dermatit
- Uyuz
- Psöriyazis
- Ekzema

Parazitler

- Bağırsak solucanı

Psikojenik

- Anksiyete

ANEMNEZ

Anal akıntı

Anüs veya alt rektum içinde anal deride nem ve ıslaklık yapan herhangi bir sebep kaşıntıya neden olabilir. Hastalarda hemoroid veya perianal siğil öyküsü olabilir. Hastalar iç

çamaşırlarını kirleten anal akıntidan yakınabilirler. Anal seksüel ilişki sorgulanmalıdır.

Fekal kirlenme

Hasta inkontinansdan yakınabilir. Bu kötü hijyenle birlikte olabilir. Kronik ishal bundan sorumlu olabilir. Kronik ishalin nedeni olarak kolit veya Crohn hastalığı sorgulanmalıdır. Sıcak havada aşırı terleme anal kaşıntıya neden olabilir.

Deri hastalıkları

Eğer hasta diyabetik veya immunosüprese ise kandidiaz kaşıntıdan sorunlu olabilir. Yakın zamanda oral antibiyotik kullanılması kandidiazla sonuçlanabilir. Hastanın başka yerinde kaşıntılı lezyon olup olmadığı kontrol edilmelidir. Bu özellikle uyuzda ve ekzemada belirgindir. Kontakt dermatit deodorant kullanımı veya iç çamaşırları yıkamak için kullanılan deterjanın değiştirilmesiyle ilgili olabilir. Psöriyazis genellikle kaşıntılı değildir ancak bu alan enfekte olursa belirgin kaşıntı olabilir. Liken skleroz nadir görülen bir durumdur, başlıca kadınlarda görülür ve hem vulvayı hem de perineyi tutar. Erkeklerde bu durum balanitis xerotica obliteransla ilişkilidir ve sünnet derisinde her hangi bir anomalik varsa sorgulanmalıdır.

Parazitler

Bağırsak solucanları daha çok çocuklarda görülür ve anne babaları bunu fark edebilir.

Psikojenik

İdyopatik kaşıntı anksiyete durumlarında ortaya çıkabilir. Kırılması zor olan bir kaşınma-kaşıma siklusu meydana gelebilir.

FİZİK MUAYENE

Anal muayene

Anüsün inspeksiyonu ile dışa açılan fistül ağzı, perianal siğil veya hemoroidler görülebilir. Rektal tuşeyle anal kanalın kanserleri veya fibroz polipleri saptanabilir. Proktoskopi ve sigmoidoskopi anal veya rektal lezyonları belirlemeye yardımcı olur. Purulan bir akıntı varsa sürüntü kültürü alınmalıdır.

Fekal kirlenme

İç çamaşırın kirlenmesi belirgin olabilir. Hastada kötü hijyen bulguları vardır. Sfinkter tonusu ölçülmesi amacıyla rektal tuşe yapılmalıdır.

Deri hastalıkları

Kandidiaz uzun zamandır antibiyotik kullananlarda, diyabetiklerde ve immunosüprese bireylerde görülebilir. Tinea kuris erkeklerde daha sıktır. İnfeksiyon sıklıkla perianal bölge dışında kasıkları ve perine'i de etkiler. Hastada aynı zamanda tinea pedis de bulunabilir. Liken sklerozda iyi sınırlı, beyaz renkli epidermis atrofisine bağlı plaklar vardır. Erkeklerde penis balanitis xerotica obliterans açısından muayene edilmelidir. Kontakt dermatitte vücudun diğer yerlerinde de deri değişiklikleri olabilir. Uyuz hastalığında diğer yerlerde de lezyonlar vardır. Derinin 5-10 mm altında oyuklar 'S' şeklindedir. Organizmanın bir iğneyle izole edilmesi ve mikroskop altında incelenmesi tanıyı kesinleştirir. Psöriazisde genellikle vücudun diğer yerlerinde de lezyonlar vardır ve ekzemada da durum böyledir.

Parazitler

Anüs çevresinde görülebilirler.

Psikojenik

Psikiyatrik bir hastalık öyküsü olabilir veya hasta anksiyöz veya depresif görülebilir.

GENEL TETKİKLER

- **TKS, ESH**
Genellikle normaldir.
- **İdrar tahlili**
Diyabetiklerde glukoz pozitifdir.
- **Kan glukozu**
Diyabet.
- **Dışkı kültürü**
Yumurta, parazit ve kist görülebilir, ishal nedeni olabilir.
- **Anal sürüntü**
Gram boyama -gonorede gram negatif intraselüler diplokoklar.
- **Deri kazıntısı**
Mikotik infeksiyonlarda mikroskopisi ve kültürü önemlidir.
- **Gece 'selotape' testi.**
Parazitlerde.
- **Biyopsi**
Anal kanser. Liken skleroz.

► NEDENİ BİLİNMEYEN ATEŞ

Çoğu ateşin nedeni rahatlıkla belirlenebilir; örneğin akut piyelonefrit veya akut apandisit, veya kendi kendini sınırlayan viral infeksiyonlar. Nedeni bilinmeyen ateş, anamnez alındıktan ve klinik muayene yapıldıktan sonra nedenin belirlenemediği ateştir. Ateş genellikle uzamıştır.

NEDENLER

Bakteriyel

- Subakut bakteriyel endokardit
- TB
- Bruselloz
- Tifo
- Leptospiroz
- Abse; subfrenik veya pelvik.
- Q ateşi
- Kedi tırmığı hastalığı

Viral

- İnfluenza
- Glandüler ateş
- HIV
- CMV

Fungal

- Candidiaz
- Aspergilloz
- Pneumocystis carinii

Paraziter

- Malarya
- Amebiyaz
- Toksoplazmoz

Neoplazi

- Hipernefrom
- Lenfoma
- Hepatom
- Akut lösemi

Bağ doku hastalıkları

- SLE
- Poliarteritis nodosa
- Romatoid artrit
- Temporal arterit

Granulomatoz hastalıklar

- Sarkoidoz
- Crohn hastalığı

İlaçla ilişkili**Diğerleri**

- Miyokard infarktüsü
- Pulmoner emboli
- Ailesel Akdeniz ateşi
- Munchausen hastalığı (factitious)
- Postimmünizasyon

ANEMNEZ

Tam ve geniş kapsamlı anemnez alınmalıdır, özellikle seyahat öyküsü, infeksiyonla temas, hayvanlarla temas, ısırılma, abrazyon, döküntü, ishal gibi. Özellikle reçete edilmeyen ilaçlar ve ilaç alışkanlıkları ilaç anamnezi kısmında alınmalıdır. Yakın zamanda cerrahi öyküsü özellikle karın cerrahisi anamnezi sorgulanmalıdır. Yeni yapılmış aşı öyküsü var mı? Hastada gece terlemesi, kilo kaybı ve genel halsizlik var mı?

MUAYENE

Fizik muayene tam olarak yapılmalıdır. Bu vücudun tüm sistemlerine yönelik olmalıdır ve özellikle hepatosplenomegali ve lenfadenopati kontrol edilmelidir. Rektal ve vajinal muayene atlanmamalıdır.

ARAŞTIRMALAR

Çok sayıda ve tekrarlayan tahlillerin yapılması gerekebilir. Kullanılan ilaçların da ateşin düşüp düşmediğini görmek için kesilmesi gerekebilir.

GENEL TETKİKLER

- **TKS,ESH**
Romatoid artrit gibi kronik hastalık anemisinde ve malignitede hemoglobin azalır. Lökosit sayısı infeksiyonda ve lösemide artabilir. Viral infeksiyonlarda lenfositler artar. Lösemide trombositler düşer. Tüberküloz, malignite ve bağ dokusu hastalıklarında sedimentasyon hızı artar.
- **Üre ve elektrolitler**
Böbrekleri etkileyen bağ dokusu hastalıklarında.
- **KcFT**
Hepatit veya kolanjit gibi karaciğer veya safra yolları hastalıklarında.
- **Kan glukozu**
Diyabet- infeksiyonlar diyabetlilerde daha sıktır.
- **Kan kültürleri**
Streptococcus viridans infeksiyöz endokarditi düşündürür. Koliformların izolasyonu karın içi sepsis olasılığını aklı getirir.
- **Viral antikorlar**
Hepatitis B, hepatitis C, infeksiyöz mononükleoz, HIV, CMV.
- **Balgam kültürü**
Tüberküloz basili için mikroskopi.
- **İdrar mikroskopisi ve kültürü**
Endokarditte mikroskobik hematüri görülebilir. Hematüri aynı zamanda hipernefroz ve kan diskrazisinde de görülür. Granüler veya kırmızı hücre silindirleri böbrek inflamasyonunda örneğin bağ dokusu hastalıklarında görülebilir. Proteinüri böbrek hastalığını düşündürür.
- **Dışkı kültürü ve mikroskopisi**
Ova, parazitler ve kistler mikroskopla görülür.
- **Akciğer grafisi**
Tüberküloz. Atipik pnömoni. HIV ve *Pneumocystis carinii* ilişkili pnömoni. Sekonder metastazlar. Sarkoidoz, lenfoma ve TB ile ilişkili hiler lenf düğümleri
- **EKG**
Kalp hastalığı.

SPESİFİK TETKİKLER

- **Romatoid faktör**
Romatoid artrit.
- **Serolojik testler**
Q ateşi, bruselloz, leptospiroz.
- **Otoantikolar**
Bağ doku hastalıkları.
- **Mantoux testi**
TB
- **Antistreptolizin O titresi**
Romatizmal ateş.
- **Kemik iliği aspirasyonu**
Lösemi, miyelom.
- **Lomber ponksiyon**
Meningit- beyaz hücre ve organizmalar. Subaraknoidal kanama- kan. Guillain Barre sendromu- protein.
- **Karın US**
Karın içi abse.
- **Galiyum sintigrafisi**
Lokalize infeksiyon.
- **İşaretli lökosit sintigrafisi**
Lokalize infeksiyon/abse.
- **Karaciğer biyopsisi**
Hepatit.
- **Böbrek biyopsisi**
Glomerular hastalık. Malignite.
- **Kas biyopsisi**
Miyozit.
- **BT**
İnfeksiyon. Malignite.
- **Eksploratif laparotomi**
Karın içi sepsisi dışlamak için gerekebilir.

▶ REKTAL KANAMA

Rektal kanama sık görülen bir semptomdur. Kanaması olan hastaların büyük bölümünde hemoroid gibi basit bir neden vardır ancak bu semptom her zaman ciddiye alınmalı ve araştırılmalıdır. Dışkılama alışkanlığında değişme ile birlikte olan rektal kanama ve kolik tarzında karın ağrısı aksi ispat edilene kadar kolorektal kanser olarak kabul edilmelidir.

NEDENLER

Anüs

- Hemoroid
- Anal fissür
- Kanser
- Travma

Kolon ve rektum

- Kanser
- Polip
- Divertiküler hastalık
- İnflamatuvar hastalık
 - Ülseratif kolit
 - Crohn hastalığı
- İskemik kolit
- Anjiyodisplazi
- Radyasyon koliti veya proktoliti
- Rektal prolapsus
- Soliter rektal ülser

İnce barsak

- Meckel divertikülü
- İntussepsiyon
- Mesenterik infarkt
- Aortoenterik fistül

Üst gastrointestinal sistem

- Masif kanama; örneğin duodenal ülser

Diğerleri

- Antikoagülan kullanımı
- Kanama diyatezi
- Üremi

ANEMNEZ**Anüs****Hemoroid**

Basur her yaşta olabilir. Hemoroid kanaması tuvalet kağıdı kullanımı sonrası kan görülmesi veya dışkılama sonrası tuvalete kan damlaması şeklinde fark edilir. Komplike olmamış hemoroidler ağrısızdırlar.

Anal fissür

En sık görüldüğü yaş grubu 40 yaş altıdır. Çocuklarda da oldukça sık görülür. Hastada dışkılama esnasında ağrı vardır ve dakikalar veya saatler boyunca sürebilir. Kabızlık genellikle presipite eden nedendir , hasta dışkılamaktan ağrı nedeniyle kaçınır ve bu da kabızlığı dolayısıyla fissürü artırır. Tuvalet kağıdında veya dışkı üzerinde çizgi şeklinde kan fark edilebilir.

Anal kanal kanseri

Anal kanal kanserleri yaşlılarda görülür. Defekasyonda ağrı, dışkıda kan veya tuvalet kağıdında kan olabilir. Başlangıçta, hastalığın erken dönemlerinde, anal fissürle karışabilir.

Travma

Anal kanala delici yaralanma olabilir. Seksüel alışkanlık veya homoseksüel eylem olabilir.

Kolorektal**Kanser**

Kolon kanserlerinde kan dışkıyla karışık olabilir. Sıklıkla eşlik eden barsak alışkanlığında değişiklik ve kolik tarzında karın ağrısı olabilir. Rektal kanserlerde ise dışkı üzerinde kan bulaşmış olabilir ve hastada tenezm öyküsü olabilir,örn; rektumun tam olarak boşalamama hissi.

Polip

Hasta anamnezi kanserdeki benzeyebilir.

Divertiküler hastalık

Divertikülde görülen kanama tipik olarak akut, masif ve tazedir. Daha önceden olan divertiküler hastalık anamnezi bulunabilir.

İnflamatuvar barsak hastalığı

Ülseratif kolit ve Crohn hastalığında ani başlangıçlı, sulu,

mukus ve kan içeren kahverengi dışkılama olabilir. Genellikle kolik tarzında karın ağrısı vardır. Ülseratif proktolitte hasta tenezmden yakınabilir.

İskemik kolit

Genellikle yaşlılarda görülür. Kolik tarzında karın ağrısıyla beraber koyu kırmızı renkte venöz kan çıkışı vardır.

Anjiyodisplazi

Hasta genellikle yaşlıdır. Rektal kanama çok şiddetli olabilir fakat sıklıkla az miktarda tekrarlayan kanama şeklindedir.

Radyasyon proktoliti veya koliti

Radyasyona maruz kalma öyküsü vardır; örneğin serviks kanseri nedeniyle radyoterapi uygulanması. Hasta kanlı ve mukuslu dışkılar ve tenezmden yakınır.

Rektal prolapsus

Hasta defekasyon sonrası rektumdan sarkan bir şeyden şikayetçi olabilir. Kanama travmaya bağlıdır.

Soliter rektal ülser

Kanama defekasyon sonrası olur ve sıklıkla az miktardadır. Kanama mukus boşalması ile birlikte ve anüsde kitle varmış gibi hissedilmesine neden olabilir.

İnce barsak**Meckel divertikülü**

Genç yetişkinlerde ağrısız kanama ile sonuçlanır. Kan koyu renklidir ve bazı durumlarda melena şeklinde olabilir.

İntussepsiyon

Küçük çocuklarda sıklıkla görülür fakat nadir de olsa her yaşta görülebilir. Çocukta kolik tarzında karın ağrısı olur ve bacaklarını karnına çeker, çığlık atar ve sonra kan ve mukusla karışık tarzda dışkılama olur('çilek jölesi' tarzında dışkılama).

Mezenterik infarkt

Hasta genellikle yaşlıdır fakat altta yatan kalp hastalığı (emboli) öyküsü olan gençlerde de görülebilir. Hastada şiddetli, yaygın hassasiyet ile birlikte santral kolik tarzında karın ağrısı vardır, ve daha sonra kolaps ve şok gelişir.

Aortoenterik fistül

İnfrarenal aortik anevrizmanın Dacron grefti ile düzeltilmesi sonrası görülebilir. Dacron grefti enfekte olur ve duodenumla aort arasında fistül oluşur. Kanamanın şiddetine göre melena ya da şokla beraber masif rektal kanama görülür.

Üst gastrointestinal kanal

Üst gastrointestinal kanaldan masif kanamalarda; örneğin özafageal varis veya duodenal ülser kanamalarında rektal kırmızı renkli kanama olabilir. Bu çok hızlı barsak geçişine bağlı olarak kanın sindirilememesinden dolayıdır ve hasta her zaman şok tablosundadır.

Diğerleri

Hasta antikoagulan kullanımı ve pıhtılaşma bozukluğu açısından sorgulanmalıdır. Spontan morarma ve vücudun diğer taraflarında kanama açısından hasta değerlendirilmelidir.

Üremi

Rektal kanama üremide olabilir ve bu durum trombosit defekti ile ilişkilidir. Nadiren rektal kanama kollojen hastalıklarda özellikle poliarteritis nodozada görülebilir.

FİZİK MUAYENE**Anüs****Hemoroid**

Prolabe olmuş hemoroidler açıkça görülebilir fakat sigmoidoskopi ve proktoskopi tanı için sıklıkla gerekir.

Anal fissür

Kaba etler birbirinden ayrılmalıdır. Sentinel pilisi olan kronik anal fissür orta arka hatta görülebilir veya nadiren orta ön hatta bulunabilir. Rektal tuşe, yapılabilirse, çok ağrılıdır.

Kanser

Anal kanalda sert, ters kenarlı ülser görülebilir fakat erken dönemde anal kanal kanserleri kronik anal fissürden ayırt edilemeyebilir. Biyopsi yapılmalıdır.

Travma

Anal kanal çevresinde çürükler, bereler belirgin olabilir. Deride veya mukozada çatlak görülebilir. Rektal tuşe ağrılıdır.

Kolon ve rektum**Kanser**

Abdominal kitle palpe edilebilir. İntestinal tıkanma bulguları olabilir. Rektal tuşede sert, düzensiz, ülserle kitle palpe edilebilir.

Polipler

Polip rektumda palpe edilebilir. Fizik muayenede herhangi bir bulgu olmayabilir.

Divertiküler hastalık

Hastada sol iliak fossada hassasiyet olabilir. Sıklıkla herhangi bir abdominal bulgu yoktur.

İnflamatuvar barsak hastalığı

Crohn hastalığında karında palpabl kitle bulunabilir. Lokalize abdominal hassasiyet vardır. Toksik dilatasyon gelişirse karın distandü ve hassastır. Perforasyon gelişirse peritonit bulguları olabilir.

İskemik kolit

Fizik muayenede karının sol tarafında hassasiyet olabilir ve hastada şok bulguları saptanabilir.

Anjiyodisplazi

Sadece rektal kanama vardır. Karında herhangi bir bulgu yoktur.

Radyasyon koliti veya proktoliti

Karında hassasiyet olabilir. Rektal tuşede granuler mukoza ve eldivende kan saptanabilir.

Rektal prolapsus

Rektal prolapsusda ülserle, kanlı rektal mukoza vardır.

Soliter rektal ülser

Karında bulgu yoktur. Rektal tuşede rektum içinde polipoid şişlik fark edilebilir ve kanserle karışabilir. Proktoskopide mukozada kızarıklık ve ödem görülür, hastaların %50 sinde ülser görülebilir.

İnce barsak***Meckel divertikülü***

Genellikle karın muayenesinde herhangi bir patoloji saptanmaz.

İntussepsiyon

Sağ iliak fossada kitle palpe edilebilir. Sonunda intussepsiyon ilerlerse sağ iliak fossa 'boş' hale gelir.

Mezenterik infarktus

Hastada atriyal fibrilasyon olabilir ve buna bağlı emboli gelişebilir. Yaygın karın hassasiyeti vardır, daha sonra kollaps ve şok gelişir.

Aortoenterik fistül

Sıklıkla aort anevrizması için yapılan ameliyata bağlı karında orta hatta uzun bir skar vardır. Bunun dışında karın muayenesinde patoloji yoktur.

Üst gastrointestinal kanal***Masif kanama***

Varisten masif kanama olgularında karaciğer yetersizliğinin bulguları vardır. Duodenal ülserle ilişkili olarak epigastrik bölgede hassasiyet olabilir.

Diğerleri

Antikoagulan kullanımı ve kanama diatezlerinde diğer orifislerden de kanama olabilir. Çürük var mı diye araştırılmalıdır. Üremik kanama sıklıkla yerleşmiş üremide görülür ve hastalar genellikle diyalize girmektedir, ve bu hastalarda arteriyovenoz fistül veya CAPD(continuous ambulatory peritoneal dialysis) kanülü bulunmaktadır. Kollajen hastalıklarda rektal kanama nadir görülen bir durumdur. Poliarteritis nodosa muhtemelen en sık nedendir. Kanama nekrotizan vaskülitte bağlıdır ve vücudun diğer yerlerinde de örneğin deride vaskülit bulguları olabilir.

GENEL TETKİKLER

- **TKS, ESH**
Her tip rektal kanamada hemoglobulin düzeyi azalabilir. İnflamatuvar barsak hastalığı, iskemik kolit ve aortoenterik fistülden lökosit sayısı artabilir. Kanama bozukluğunda

trombositler düşük saptanabilir. Kollajen hastalıklarda ve kanserde sedimentasyon hızı artar.

- **Üre ve elektrolitler**
Üre ve kreatinin üremik kanamayla artar. Üre seviyesi kanın barsaklardan emilmesine bağlı olarak yükselir. Sıklıkla bu durumda kreatinin seviyesi normaldir.
- **KcFT**
Karaciğer yetersizliği özafagus varisleri ile birlikte.
- **Sigmoidoskopi/proktoskopi**
Anorektal tümör, hemoroid, distal kolitler, soliter rektal ülserler. Biyopsi yapılabilir.
- **Karın grafisi**
Kanserle ilişkili obstruksiyonda, inflamatuvar barsak hastalığında(kolonun toksik dilatasyonunda).

SPESİFİK TETKİKLER

- **Baryum enema**
Kanser, divertiküler hastalık, polip, inflamatuvar barsak hastalığı ve iskemik kolitte yararlıdır.
- **Kolonoskopi**
Divertiküler hastalık, kolon tümörleri, anjiodisplazi ve kolitte.
- **Anjiyografi (akut kanama safhasında)**
Anjiyodisplazi. Meckel divertikülünden kanama.
- **İşaretli kırmızı hücre sintigrafisi**
Anjiyodisplazi, Meckel divertikülü.
- **Teknesyum sintigrafisi**
Meckel divertikülü.

▶ KAFA DERİSİ LEZYONLARI

Kafa derisi lezyonları sıktır, en sık görüleni sıklıkla multipl olan sebase kistlerdir.

NEDENLER

Travma

- Hematom
- Sefalhematom

Sebese kistler

Neoplastik

Benign

- Osteom

Malign

Primer

- Bazal hücreli kanser
- Skuamoz hücreli kanser
- Malign melanom
- Lösemi
- Miyelom

Sekonder

- Meme
- Bronş
- Tiroid
- Prostat
- Böbrek

İnfeksiyon

- Tinea kapitis
- Cock'un peculiar tümörü

Diğerleri

- Psoriyazis
- Seboreik dermatit

ANEMNEZ

Tavma

Travma öyküsü sorgulanmalıdır. Büyük bir hematom altında kafa tası kırığı olabilir. Sefalhematom yeni doğanlarda görülür.

Travmatik doğum sonrası meydana gelir. Hematom periostun altındadır.

Sebase kisti

Multipl olabilir. Hasta genellikle kistleri saç tarama esnasında fark eder.

Neoplastik

Osteomada hasta kafatası derisinde oldukça sert bir şişlik farkeder. Hasta genellikle gençtir ve asemptomatiktir. Malign ülseler kafatası derisinde olabilir. Hasta saçını tararken lezyonu farkedebilir ve kanama olabilir. Saçı olmayan hastalarda daha erkenden ortaya çıkarlar. Kemikte hassasiyet ve şişlik metastazlarda görülür. Primer kanser öyküsü olabilir veya primer kanserin yerini saptamak için dikkatli bir anamnez alınmalıdır.

İnfeksiyon

Cock'un peculiar tümöründe hasta kafatası derisinde ağrılı kanayan bir lezyondan şikayet eder. Cock'un peculiar tümörü süpüre olan sebase kistten dolaydır ve tabanında granülasyon dokusu görülür. Skuamoz hücreli kanserle karışabilir. Tinea kapitis genellikle çocukluk çağında görülür. Saçlı deride kaşıntılı, kırmızı ve pullu lezyon vardır ve saçlar kolaylıkla kırılır.

Diğerleri

Psöriyazis saçlı deriyi tutabilir. Vücudun başka yerlerinde de aynı lezyon olabilir. Seboreik dermatitte saçlı deride ince pullu kızarıklık bulunur. Her iki hastalıkta da saç büyümesi genellikle normaldir.

FİZİK MUAYENE**Travmatik**

Başa yapılan bir darbe hematoma neden olur. Direkt grafi alttaki kırığı ortaya koyar. Semfalhematom yeni doğanda görülür. Hematom kafatası periostu boyunca yayılır ve sütür hatları ile sınırlanır.

Sebase kist

Sebase kistler yuvarlak, hassas ve sert şişliklerdir. Pek çok sayıda olabilirler. Nadiren saçlı derideki sebase kistlerinde delik olabilir.

Neoplastik

Osteom kafatasının dış tabakalarından meydana gelir, kemiksi, sert ve düzgün bir şişlik olarak görülür. Üzerindeki deri serbestçe hareket eder. Skuamoz hücreli kanser ülser olarak ortaya çıkar. Malign melanom pigmente ve ülseredir, kanar. Her iki durumda da servikal lenfadenopati olur. Bazal hücreli kanser yuvarlak kenarlı, sedefi ve zeminden kabarık bir ülser olarak görülür, sıklıkla yüzeysel telenjektazi vardır. Kafatasındaki metastazlar sıklıkla akciğer, meme, tiroid, prostat ve böbrek kanserlerinden dolaydır. Bu bölgeler primer tümör için muayene edilmelidir. Miyelom kafatasında ağrılı lezyon ile birlikte dir. Lokalize hassasiyet bulunur.

İnfektif

Cock'un peculiar tümörü granulomlu sebace kist olarak görülür. Şiş ve kabarık görülür ve skuamoz hücreli kanser ile karışabilir. Tinea kapitisde kafa derisinde kırmızı pullu lekeler vardır, kırılmış saçlar kısa sakala benzer görünüme neden olur.

Diğerleri

Psöriazisde kırmızı plakların üzerinde yerleşmiş iyi sınırlı ölü deri alanları vardır. Saçlar plakların içinden büyür. Psöriatik lezyonlar tüm vücutta aranmalıdır. Seboreik dermatitte ölü deri alanları bulunabilir fakat kıllar sağlamdır.

GENEL TETKİKLER

Bu lezyonların çoğunun tanısı sadece klinik muayene ile konabilir.

- **TKS,ESH**
Lösemide lökosit sayısı artar, malignitede hemoglobin azalır. Miyelom ve diğer malignitelerde sedimentasyon hızı artar.
- **Akciğer grafisi**
Primer tümör. Sekonder malignite; örneğin malign melanomda akciğer metastazı.
- **Kafa grafisi**
Fraktür. Osteom. Miyelomda kafatasında tuz-biber manzarası olabilir. Akciğer, meme ve tiroid kanserinin kemik metastazı osteolitikdir. Prostat ve nadiren de böbrek metastazları osteosklerotiktir.

SPESİFİK TETKİKLER

- **Serum protein elektroforezi**
Miyelomda monoklonal gamopati .
- **Kemik sintigrafisi**
Kemik metastazları.
- **Kafa derisi sürüntü kültürü**
Fungal enfeksiyon; örneğin tinea kapitis.
- **Biyopsi**
Malign lezyonlar. Cock' un peculiar tümörü.

▶ SKROTAL AĞRI

Skrotal derisi veya skrotum lezyonlarına veya nadiren yansıyan ağrıya bağlıdır.

NEDENLER

Deri

- Dermatit
- İritasyon (idrar/fekal inkontinansına bağlı)
- İnfekte sebace kisti
- Herpes simpleks
- Behçet hastalığı (nadir)
- 'Fournier' gangreni (nadir)

İç skrotal şişlik

- Strangule herni
- Testiküler torsiyon
- Testiküler 'appendage' torsiyonu
- Epididimo-orşit
- Hematosel
- Varikosel

Yansıyan ağrı

- Herni onarım sonrası ilioinguinal sinirin basısı
- Kasık gerilmesi
- İdiyopatik kord nöralji
- Spinal sinir iritasyonu (nadir)

ANEMNEZ

Deri

Hastada kaşıntılı, ağrılı ve hassas deri lezyonları olabilir. Konfü ve inkontinasi olan yaşlılarda dışkı ve idrarın iritan etkisiyle infeksiyon ilave olduğunda ağrı ve yanma hissi olabilir. Daha önceden olan yüzeysel şişlik öyküsü infekte sebace kisti düşündürür. Kontakt dermatiti düşündürecek anemnez olabilir. Ağrılı veziküler lezyonlar herpesi düşündürür. Behçet hastalığında skrotumda ağrılı ülseratif lezyonlar olabilir, ve benzer lezyonlar peniste de görülebilir. 'Fournier' gangreni genç sağlıklı erkeklerde görülür, akut başlangıçlıdır ve derinin hızlı gangren oluşu ile karakterizedir. Sıklıkla altta yatan bir neden bulunamaz.

İç skrotal şişlik

Skrotuma inen inguinal herni öyküsü olabilir. Ani başlangıçlı kolik tarzında karın ağrısı olması ve fıtığın redükte olmaması strangule inguinal herniyi düşündürmelidir. Genç yaştaki bir erkekte ani başlangıçlı ağrı, kızarıklık ve şişlik testiküler torsiyonu düşündürmelidir. Bu olay şiddetli egzersiz esnasında ortaya çıkabilir. Testis torsiyonu cerrahi acildir ve acil cerrahi girişim gerektirir.. Ağrının yavaş başlayıp giderek artması, kızarıklık ve hassasiyet epididimo-orşiti düşündürür. Epididimo-orşite eşlik edebilen dizüri, sık idrar çıkma gibi üriner sistem infeksiyon semptomları sorgulanmalıdır. Orşit kabakulak hastalığı ile beraber olabilir ve hastada iki taraflı ağrılı parotis ve submandibular bezlerle beraber ağrılı servikal lenfadenopati ve konstitusyonel semptomlar da olabilir. Travma öyküsünün olması hematoseli düşündürür. Künt tarzda, tam lokalize edilemeyen ağrı varikoselle ilişkili olabilir.

Yansıyan ağrı

Nadiren hasta palpabl veya görülebilen her hangi bir anomali olmadan skrotal ağrıdan şikayetçi olabilir. Böyle bir durumda inguinal sinir basısı ile sonuçlanan herni düzeltme ameliyatı öyküsü sorgulanmalıdır. İdiyopatik kord nöraljisi olabilir fakat bu durum nadirdir. Spinal lezyonlardan yansıyan ağrı nadiren skrotal ağrı yapar.

MUAYENE**Deri**

Kızarıklık, pullu lezyonlar dermatiti düşündürür. Bu lezyonların üzerine eklenmiş infeksiyon olabilir. Yaşlı ve inkontinansı olanlarda idrar veya gaitaya bağlı iritasyon bulguları belirgindir. İnfekte olmuş sebace kist skrotumda lokalize, hassas, kızarıklık ve şişlik olarak görülür. Purulan akıntı olabilir. Herpes simpleks veziküller lezyonlarla ortaya çıkar ve herhangi bir yerde olabilir, örneğin peniste. Behçet hastalığı skrotumda ve peniste ağrılı ülseratif lezyonlarla karşımıza çıkabilir. Behçet hastalığının artrit, keratit, iritis ve oral aftlar gibi diğer bulguları olabilir. 'Fournier' gangreninde skrotum üzerinde gerginliğe ve parlaklığa neden olan ödem vardır. Subkutan gangren oluşmadan önce krepatasyonlar oluşabilir. Gangren inguinal alana ve alt karın duvarına yayılabilir. İlerlemiş olgularda deri tamamen kaybolabilir ve testisler çıplak şekilde skrotumda görülür.

İç skrotal şişlik

Sert, hassas, yukarıya hareket ettirilmesi imkansız olan skrotal kitleler olabilir. Bu strangule herniyi düşündürmelidir. Büyümüş, hassas, kasıklara doğru çekilmiş testisin olması testiküler torsiyonu düşündürür. Büyümüş, kızarıklık, hassas ve skrotal ödemin eşlik ettiği durumlarda epididimo-orşit düşünülmelidir. Parotis ve submandibular bezler kabakulak hastalığını dışlamak için kontrol edilmelidir. Bazen testiküler apandiks torsiyonu olabilir ve lezyonun boyutundan (birkaç milimetreden daha küçük çapta) bağımsız olarak skrotal ağrı ve şişliğe neden olur. Travma sonrası skrotal çürük, hassasiyet, şişlik ve ödem hematoseli düşündürür (tunika vajinalis tabakaları arasında kan birikmesi). Varikozel hasta 10-15 saniye ayakta durmadıkça belirgin olmayabilir. Klasik olarak dilate venler tarafından oluşturulur ve 'solucan kesesi' ni andırır, skrotal deriden palpe edilebilir. Sol tarafta daha sık görülür. Sol tarafta varikozelinin hızlı gelişmesi sol böbrek kanseri, sol böbrek veni içine doğru büyüyen tümör ve sol testiküler venin tıkanması ile birlikte olabilir. Sol böbrek kitlesi açısından karın muayene edilmelidir.

Yansıyan ağrı

Inguinal herni ameliyatına ait skar dokusu araştırılır. Inguinal sinir tuzak nöropatisinde skar dokusu altında ve skrotal derinin ön yüzünde anestezi/parestezi olur. Spinal lezyondan dolayı skrotal ağrının hissedildiği nadir olgularda tam nörolojik muayene yapılmalıdır. Lumbosakral omurga lokalize hassasiyet açısından muayene edilmelidir.

GENEL TETKİKLER

- **TKS,ESH**
İnfeksiyonlarda lökosit sayısı artar. İnfeksiyon ve tümörde sedimentasyon hızı artar.
- **US**
Testiküler lezyon. Hematosel.
- **Orta idrar örneği**
Üriner sistem infeksiyonu ile ilişkili epididimo-orşit.
- **Sürüntü kültürü**
Ülser , kültür ve hassasiyet.

SPESİFİK TETKİKLER

- **Lumbosakral grafi**
Dejenerasyon veya metastaza bağlı yansıyan ağrı
- **Lazer Doppler**
Testiküler kan akımı kontrol edilir. Testiküler torsiyonda akım yoktur.
- **Teknesyum sintigrafisi**
Testiküler torsiyon (testis sınırı yok) ile epididimo-orşitin (testiküler kan akımı iyi) ayrımında.
- **Karın US**
Sol böbrek kanseri (varikozel).
- **MRG**
Spinal lezyonlar.
- **Cerrahi**
Torsiyon ile infeksiyon ayırıcı tanısında. Nadiren lazer Doppler veya teknesyum sintigrafisi yapabilmek için zaman veya ekipman bulunmaz. Eğer testiküler torsiyon 6 saat içinde düzeltilmezse testiste kalıcı hasar oluşma ihtimali yüksektir. Tanıda herhangi bir şüphe varsa, bunun torsiyon olduğu kabul edilmeli ve cerrahi eksplorasyon yapılmalıdır.

▶ SKROTAL ŞİŞLİK

Skrotal şişlikler polikliniklere başvuranlarda sık görülen bir şikayettir. . Klinik muayenede sıkça saptanır. Testiküler torsiyon tanısının hızla konulması ve uygun tedavinin; örneğin cerrahi tedavinin yapılması önemlidir. Aynı zamanda testiküler şişliklerde altta yatan daha ciddi patolojilerin (testis tümörleri) ve basit ve benign (epididimal kist) olanların da birbirinden ayrılması önemlidir.

NEDENLER

- Sebace kist
- İndirekt inguinal herni
- Hidrozel
- Epididimal kist(spermatosel)
- Epididimo-orşit
- Testiküler torsiyon
- Testiküler tümör
- Varikosel
- Hematosel
- Sperm granulomu
- Tuberküloz (nadir)
- Gom (nadir)

ANEMNEZ

Sebace kist

Hasta skrotal deride birden fazla ağrılı kitleden şikayetçidir. Bunlardan bazıları infekte olabilir ve kızarıklık, hassasiyet ve akıntı gelişebilir.

İndirek inguinal herni

Hasta kasıktaki şişlikten şikayet eder. Şişliği küçültmeyi öğrenmiş olabilir. Herni ağrılı ve geri itilemeyen şişlik haline gelebilir ve bu durumda intestinal tıkanma bulguları olabilir.

Hidrozel

İdiyopatik hidrozel sıklıkla epeyce büyük olabilen ağrısız skrotal şişlikle prezente olur. Genellikle 50'li yaşlarda görülür. Bazen altta yatan testis hastalığı varsa ağrı ve huzursuzluk

olabilir. Daha genç hastada hidrosel görüldüğü zaman altta yatan maligniteden şüphelenilmelidir.

Epididimal kist

Ağrısız skrotal şişlik vardır. Epididimal kistler yıllar içinde büyüyebilir. Kistler iki taraflı olabilir.

Epididimo-orşit

Hastada sıklıkla tek taraflı olan ağrı ve şişlik vardır. Ateş ve halsizlik gibi konstitusyonel semptomlar olabilir. Sık idrar çıkma, yanma gibi üriner sistem infeksiyonu bulguları eşlik edebilir.

Testiküler torsiyon

Puberte döneminde daha sık görülür. 25 yaşın üzerinde nadirdir. Kasıkta ve skrotumda ani başlayan ve karnın alt tarafına yayılabilen ağrı vardır. Bulantı ve kusma olabilir. Öncesinde ağırlık kaldırma, jimnastik hatta masturbasyon öyküsü vardır. Semptomların başlangıç zamanı her zaman tam olarak öğrenilmelidir. Semptomlar başladıktan 6-8 saat içinde ameliyat yapılırsa testisler sağlıklı kalabilir.

Testis tümörleri

Teratomlar 18-30 yaş arasında, seminomlar 30-45 yaşlarında görülür. En sık başvuru semptomu skrotumda ağrısız şişlikle birlikte olan ağırlık hissidir. Bazen semptomlar büyümüş retroperitoneal lenf düğümlerine bağlı karın ağrısı gibi metastazlara bağlı olarak gelişir. Bazende uzak bölgedeki lenf adenopati, örneğin servikal, başlangıç semptomu olabilir.

Varikozel

Hasta veya partneri skrotumda varikoz venleri fark edebilir. Sıklıkla tek semptom skrotumda ve kasıklarda olan hafif seyirli ağrıdır. Subfertilite olabilir, iki taraflı varikoselle ilişkilidir. Varikozel sol tarafta daha sıktır.

Hematozel

Travma öyküsü vardır.

Sperm granulomu

Vazektomi ameliyatından 2-4 ay sonra gelişebilir. Hastada vazektomi yerinde küçük, hassas nodül vardır.

Tüberküloz

İngiltere'de nadirdir. Sızlama tarzında ağrı ile birlikte skrotal kitle başvuru şikayeti olabilir. Akciğer veya böbrek tüberkülozu öyküsü olabilir. Kilo kaybı, kırgınlık, hemoptizi veya hematüri olabilir.

Gom

Oldukça nadir görülen bir durumdur. Testiste ağrısız şişlik vardır. Testiküler tümörden ayırımı yapılmalıdır. Hastada sifiliz hastalığının diğer bulguları da olabilir.

MUAYENE**Sebase kist**

Skrotal deride bir adet veya çok sayıda küçük sert ve yuvarlak şişlikler görülür. Skrotal derinin inceliği nedeniyle şişlik üzerindeki deri gerildiğinde kistlerin içindeki peynirimsi sarı materyal görülebilir. Kistin tepesinde küçük bir delik olabilir.

İndirekt inguinal herni

Skrotuma inen fıtıklar kural olarak indirektir. Geri ittirilebilir ve herni üzerinde bağırsak sesleri duyulabilir. Öksürmekle kitle belirginleşir.

Hidroset

Hidroset genellikle tek taraflıdır. Çok büyük boyutlara ulaşabilir. Hidroset ışığı geçirir, perküsyonda matite alınır ve fluktuasyon verir. Yeterince büyümüşse sıvı trili alınabilir. Testis hidroselden ayrı şekilde palpe edilemez. Şişliğin üst sınırı, bebeklerde sıvı derin inguinal kanala kadar uzanmışsa alınamaz.

Epididimal kist

Epididimal kist genellikle testisin arkasında ve üst kısmında oluşur. Testis kistten ayrı şekilde palpe edilebilir. Kist lokülleri içerisindeki sıvıdan dolayı lobüllü hissi uyandırır. Fluktuasyon verir ve içlerindeki sıvı berraksa ışığı geçirir. Spermatosel olarak adlandırılan süt kıvamında sıvı içerenler ışığı geçirmezler.

Epididimo-orşit

Skrotal deri ödemli, kızarıklık ve sıcaktır. Hassasiyet başlangıçta epididimise sınırlıdır fakat zamanla tüm testise yayılır.

Testis torsiyonu

Skrotal deride ısı artışı ve kızarıklık vardır ve sıklıkla ödemlidir. Testis aşırı derecede ağrılıdır ve sıklıkla kasiğe doğru çekilmiştir.

Testiküler tümörler

Skrotumda düzensiz sınırlı, sert şişlik vardır. Çoğu kez hasta kitleyi çok küçük iken fark edebilir ancak bazen de hasta doktora başvurmadan önce kitle çok büyüyebilir. Nadiren tümör skrotal deriye invaze olacak kadar büyür. Hasta palpabl paraaortik lenf düğümleri açısından muayene edilmelidir. Servikal lenf düğümü özellikle sol supraklaviküler fossada bakılmalıdır. Testis tümörleri paraaortik, mediastinal ve bazen de servikal lenf düğümlerine metastaz yapar. İnguinal lenf düğümleri tutulmaz fakat nadir olgularda skrotal invazyon gelişimine bağlı olarak inguinal lenf düğümü tutulumu olabilir.

Varikozel

Sadece hasta ayakta dururken palpe edilebilir. Dilate venler görünür ve palpe edilebilir hale gelir. Hastalar 'kurtla dolu kese'ye benzer bir şey palpe ettiklerini söylerler, ancak daha çok makarnaya benzetirler. Sol tarafta varikozel daha sık görülür.

Hematozel

Sert, hassas, fluktuasyon veren şişlik vardır. Belirgin skrotal çürük olabilir. Tunika vajinalis arasına kan girdiği için testis ayrı olarak palpe edilemez.

Sperm granulomu

Daha önce vazektomi yapılmış olan yerde küçük, hassas ve ağrılı nodül vardır.

Tüberküloz

Şişlik genellikle epididimise sınırlıdır ve sert bir kitle olarak görülür. Spermatik kord ve vas deferans kalınlaşmıştır. Bazen sinüs oluşabilir. Akciğerler tüberküloz açısından araştırılmalıdır. Boyun, skar (soğuk absede lenf düğümü drenajı) veya lenf adenopati açısından muayene edilmelidir.

Gom

Gom tüm testiste olan ağrısız şişliktir. Sifilis hastalığının diğer bulguları da olabilir.

GENEL TETKİKLER

- **TKS, ESH**
Tüberküloz gibi kronik hastalıklarda hemoglobinde azalır. Epididimo-orşit, torsiyon gibi inflamasyon durumlarında lökosit sayısı artar. Sedimentasyon hızı tüberküloz, sifilis, tümör gibi hastalılarda artar.
- **Akciğer grafisi**
Tüberküloz. Testis tümörlerinde akciğer metastazı.
- **Orta idrar örneği**
Epididimo-orşitle ilişkili üriner sistem infeksiyonu.
- **US**
Kistik ile solid ayrımı. Hidrozel ile epididimal kist ayrımı. Hidroseli olan genç hastalara altta yatan bir tümör olabileceğinden her zaman testis US yapılmalıdır.

SPESİFİK TETKİKLER

- **Tümör göstergeleri**
AFP, β HCG, LDH.
- **Sabah ilk idrar**
Tüberküloz.
- **VDRL**
Gom.
- **Karın US**
Sol böbrek venini invaze eden sol böbrek kanserleri sol varikoselle ilişkili olabilir.
- **Lazer Doppler***
Torsiyon ile epididimo-orşit ayrımı.
- **Teknesyum sintigrafisi***
Torsiyon ile epididimo-orşit ayrımı.
- **Cerrahi**
Torsiyon ile epididimo-orşit ayrımı.
- **MRG**
Testis tümörlerinde karın ve toraks MR görüntülemeleri metastazlarla birlikte lenf adenopatiyi göstermede yardımcıdır.

*Bu araştırmaları yapabilmek için çoğu zaman malzeme ve zaman sınırlıdır. Tanıda herhangi bir şüphe varsa bu durum torsiyon olarak kabul edilmeli ve skrotum cerrahi olarak eksplere edilmelidir.

► ŞOK

Şok, yetersiz organ perfüzyonu ve doku oksijenlenmesine neden olan dolaşım bozukluğudur.

NEDENLER

Hipovolemi

- Kanama
- Yanıklar
- Gastrointestinal kayıplar

Kardiyojenik

- Miyokard infarktüsü
- Akut kapak hasarı
- Aritmiler

Dağılımla ilgili

- Sepsis
- Anafilaksi
- Nörojenik şok (spinal hasar)

Obstruktif

- Kalp tamponadı
- Masif pulmoner emboli
- Tansiyon pnömotoraks

ANEMNEZ

Travma

Travma kanama öyküsü olan hastalarda sorgulanmalıdır. Kanama yeri ve yaklaşık kaybedilen kan miktarı önemlidir. Göğüse rastlayan künt travmalarda tansiyon pnömotoraks, miyokard kontüzyonu ve kalp tamponadı düşünülmelidir. Pelvis ve uzun kemik travmaları kapalı kırıkla sonuçlanabilir, buna bağlı olarak belirgin kanama olabilir ve bu doktorun gözünden kaçabilir. Yanıklara, gaz patlamalarına ve su ısıtıcısı patlamalarına maruz kalanlarda termal yaralanma meydana gelebilir. Travma sonrası meydana gelen akut paralizde spinal veya periferik sinir harabiyeti düşünülmelidir. Spinal travmada desenden sempatik yolların hasarına bağlı olarak vazomotor tonus kaybı ve hipotansiyon gelişebilir.

Nefes darlığı

Kan kaybına bağlı olarak taşıpne fizyolojik olarak görülebilse de, nefes darlığı belirgin semptom olduğunda kardiyojenik şoktan kaynaklanan akciğer ödemi düşünülmelidir. Ek olarak, nefes darlığı tüm obstruktif şok nedenlerinde belirgin semptomdur.

Göğüs ağrısı

Künt travmanın sonuçlarından yukarıda bahsedilmişti. Travma yokluğunda göğüs ağrısı varsa miyokard infarktüsü (santral ezici ağrı) ve pulmoner emboli (plörotik ağrı) düşünülmelidir.

Kolaylaştırıcı faktörler

Nadiren hastalar anafilaksiye neden olan allerjenlerin farkında olabilir. Toplumda gıdalar (kabuklu deniz hayvanları, yumurtalar, yer fıstığı) ve böcek sokmaları (arılar, eşekarıları) en sık nedenlerdir. Hastanede ise penisilin, anestetik ajanlar ve intravenöz kontrast maddeler ana faktörlerdir. İnfeksiyon açısından detaylı sistemik araştırma septik şok olgularında neden olan odağın ortaya çıkarılması için gereklidir. Fıskırır tarzda kusma, ishal veya intestinal tıkanma (kusma, konstipasyon, kolik tarzında karın ağrısı ve distansiyon) öyküsü hipovolemi nedeni olarak gastrointestinal kayıpları düşündürür.

MUAYENE**İnspeksiyon**

Sistemik inspeksiyon yapılmalıdır, yanıklar ve penetran travmaya bağlı kanamalar aşikar şekilde görülebilir. Siyanoz büyük pulmoner arter embolilerinde ve tansiyon pnömotoraksta görülebilir. Anafilakside hastalarda sıklıkla ürtiker ve anjiyoödem bulunur.

Vücut ısısı

Şoktaki hastalar genellikle soğuk ve nemlidir. Fakat septik şokta deri dokunmakla sıcaktır ve hastanın ateşi vardır.

Nabız

Şokun erken göstergelerinden birisi de taşikardidir, fakat nörojenik şok durumlarında nabız dakika sayısı artmayabilir. Nabızın karakteristik özelliği sıklıkla zayıf olmasıdır. Aritmi

olması presipitan faktörün kalp olabileceğini düşündürür. Pulsus paradoksus (nabız şiddetinde inspiyumda azalma olması) kalp tamponadı ile uyumlu bir bulgudur.

Juguler venöz basınç

Düşük JVB değeri hipovolemik şokun diğer şok nedenlerinden ayrılmasında yararlı bir bulgudur .Kardiyojenik ve obstruktif şok nedenlerinde JVB değeri artar.

Oskültasyon

Bronkospazm ve 'wheezing' anafilaktik şokta belirgin olabilir. Tek taraflı solunum seslerinin alınmaması pnömotoraksı, hafiflemiş kalp sesleri de kalp tamponadını düşündürür. Kardiyojenik şokun nedeni olan akut kapak yetersizliğinde ortaya çıkan yeni üfürüm olabilir.

GENEL TETKİKLER

- **Puls oksimetri**
Düşük saturasyon değerleri yol gösterici değildir ancak ciddi bozulmalar pulmuner emboli ve pnömotoraks ile ilişkilidir. Arter kan gazı ile tanı doğrulanabilir.
- **TKS**
Kan kaybında hemoglobulin değeri düşük saptanabilir, fakat erken dönemde bu görülmeyebilir. Lökosit sayısında artma enfeksiyonda olur.Lökositoz çoğu akut fizyolojik stres durumunda da olabilir.
- **Üre ve elektrolitler**
Gastrointestinal aşırı kayıplarda serum sodyum ve potasyumu düzeyi düşer, üre ve kreatinin değerleri artar.
- **EKG**
EKG'de miyokard infarktüsü veya aritmi görülebilir. Elektriksel alternans (büyük ve küçük QRS komplekslerinin yer değiştirmesi) perikard tamponadının spesifik göstergesidir. Yaygın düşük amplitütlü kompleks perikardiyal efüzyonda siktir.
- **Akciğer grafisi**
Pnömotoraksda trakeal deviasyon olabilir (tansiyon pnömotoraksın tanısı klinik ile konulmalıdır ve grafi çekilmeden önce pnömotoraks düzeltilmelidir!). Kalp silueti perikardiyal efüzyonda küresel şekildedir ancak tamponatta normal akciğer grafisinde olabilir.

SPESİFİK TETKİKLER

- **Kan kültürleri**
Septik şoktan şüphelenilen olgularda kan ve infeksiyon yerinden kültürler alınmalıdır. Altta yatan organizma izole edilebilir.
- **Ekokardiyografi**
Kapak disfonksiyonu, tamponad varlığı ve masif pulmoner emboli (sağ kalp yetersizliği varsa) ekokardiyogram ile saptanabilir.
- **Pulmuner anjiyografi**
Şok mevcut ise pulmoner emboli tanısında ventülasyon/perfüzyon sintigrafisi yerine pulmoner anjiyografi tercih edilmelidir. Aynı zamanda acil terapötik girişim de (örneğin tromboliz) yapılabilir.
- **Spinal BT/MRG**
Spinal hasarın yaygınlığı ve seviyesini anlamada yardımcı olur.

► SPLENOMEGALİ

Dalak klinik olarak palpabl olmadan önce normal boyutunun yaklaşık üç katı kadar büyüyebilir. Palpasyonda alt sınırı çentikli alınabilir. Dalak masif büyüdüğünde sağ fossa iliyakada palpe edilebilir. İngitere'de masif splenomegalinin nedenleri sıklıkla kronik miyeloid lösemi, miyelofibroz veya lenfomadır. Splenomegali hipersplenizme yol açabilir, dalakta hücrelerin tutulması ve harabiyetine bağlı olarak pansitopeni görülür.

NEDENLER

İnfektif

Bakteriyal

- Tifo
- Tifüs
- Tüberküloz
- Sifiliz
- Leptospiroz
- Septisemi
- Abse

Viral

- Glandular ateş

Protozal

- Malarya

Parazit

- Hidatik kist

İnflamatuvar

- Romatoid artrit
- Sarkoidoz
- Lupus
- Amiloidoz

Neoplastik

- Lösemi
- Lenfoma
- Polisitemia vera
- Miyelofibroz

- Primer tümörler
- Metastazlar

Hemolitik hastalıklar

- Heretider sferositoz
- Edinsel hemolitik anemi
- Trombositopenik purpura

Depo hastalıkları

- Gaucher hastalığı

Eksikliğe bağlı hastalıklar

- Pernisioz anemi
- Ciddi demir eksikliği anemisi

Splenik ven hipertansiyonu

- Siroz
- Splenik ven trombozu
- Portal ven trombozu

Parazitik olmayan kistler**ANEMNEZ****İnfektif**

Çoğu infektif nedenler ateş, kırgınlık ve iştahsızlık ile prezente olur. Tifüs ateşinde yabancı memlekete seyahat öyküsü olabilir. Tifüs artropodlar tarafından bulaştırılır. Hastada ciddi baş ağrısı, bulantı, fotofobi ve toksemi gibi ciddi konstitüsyonel semptomlar bulunabilir. Tifoda yabancı bir yere seyahat öyküsü vardır veya göç edenlerde görülür. Başlangıçta halsizlik, baş ağrısı, ateş, öksürük, kabızlık olabilir, sonra ishal gelişebilir. Epistaksis ve karın ağrısı olabilir. Tuberküloz genellikle kilo kaybı, gece terlemesi ve öksürükle prezente olur. Septisemi olgularında aşikar bir neden bulunabilir ve hasta hastanede olabilir. Splenik absede endokartit, akciğer absesi, ilaç bağımlılığı öyküsü olabilir veya immunokompromize konakta hastalık gelişebilir. Sifiliz nadirdir ve temas anamnezi olabilir. Leptospirozda sıklıkla sıçanlarla temas hikayesi vardır, özellikle kenarında sıçanların olduğu nehirlerde yüzme öyküsü sorgulanmalıdır. Ateş, sarılık, baş ağrısı, hemoptizi ve hematüri başvuru semptomlarıdır. Sıtında genellikle hastalığın endemik olduğu bir yere seyahat öyküsü vardır. Hastada seyahatten iki ay sonra gelişen halsizlik, miyalji, terleme, üşüme olabilir ve

daha sonra yüksek ateş, rigor ve aşırı terleme gelişir. Hidatik kist hastalığı kırsal kesimde koyun yetiştiriciliğinin yapıldığı yerlerde görülür. Akciğer kistlerinin en sık prezente şekli nefes darlığı, hemoptizi veya anafleksidir.

İnflamatuvar

Romatoid artrit belirgin olabilir. Sarkoidoz lenfadenopati, ateş, kırgınlık ve hepatosplenomegali ile prezente olabilir. Lupusda kutanöz, kas iskelet, renal, pulmuner ve hematolojik problemler olabilir. Amiloidoz primer veya sekonder olabilir. Deri, serebral, kardiyak veya endokrin sistemlerle ilgili bulgular görülebilir. Sekonder amiloidozda tüberküloz gibi kronik infeksiyon, romatoid artrit gibi inflamatuvar hastalık veya neoplazi öyküsü bulunabilir. Genellikle böbrek, karaciğer ve dalağı etkiler.

Neoplastik

Sıklıkla maligniteye ait genel bulgular olabilir. Kilo kaybı, halsizlik ve lenfomada gece terlemeleri sıklıkla görülür. Deride ufak travma ile morarma oluşabilir. Dalağın primer tümörleri ve dalağa metastaz nadir görülür.

Hemolitik hastalıklar

Hemolitik hastalıklar genellikle yorgunluk, halsizlik gibi anemi semptomlarıyla prezente olurlar. Sarılık olabilir fakat sıklıkla çok derin değildir ve deriye limonumsu renk verir. Kırmızı hücrelerin aşırı yıkılmasıyla safra kesesinde pigment taşları oluşabilir ve hastalık akut kolesistit atağı ile başlayabilir.

Depo hastalıkları

Farklı büyüklükte hepatosplenomegali yanında nörolojik problemler, kemik deformiteleri veya mental değişiklikler olabilir.

Eksiklik hastalıkları

Pernisiyöz anemi öyküsü olabilir. Splenomegali genellikle hafiftir. Demir eksikliği anemisinde diyetsetel eksiklik, malabsorpsiyon veya kanama olabilir. Hasta kan kaybı açısından sorgulanmalıdır.

Splenik ven hipertansiyonu

Siroz ve karaciğer yetersizliğinin bulguları ile birlikte aşikar öykü olabilir. İzole splenik ven trombozu nadirdir.

Nonparazitik kist

Bunlar nadir görülür fakat organize hematomdan, infarktın veya inflamasyondan oluşurlar. Hastada diğer nedenler araştırılırken tesadüfen bulunan izole bulgulardır.

MUAYENE**Genel**

Dalak sol onuncu kosta'nın alt sınırında belirir ve umbilikusa doğru büyür. Sert ve düz kenarlıdır ve sıklıkla medial kenarında çentiği vardır. Solunumla hareket eder ve perküsyonda matite vardır.Üst kenarını palpe etmek imkansızdır.

İnfektif

Tifüsde sadece orta derecede splenomegali vardır. Hasta toksik görünümde ve generalize makülopapuler döküntü bulunabilir. Tifoda da orta derecede splenomegali vardır, hastada ateş, karında hassasiyet ve göğüste 'rose spots' bulunabilir. Tüberkülozda da orta derecede splenomegali vardır, akciğer bulguları bulunabilir. Sepsiste aşikar neden bulunabilir ve sadece orta derecede splenomegali vardır. Splenik absede de yine sadece orta derecede splenomegali vardır, dalak hassastır ve düzensiz palpe edilir. Glandüler ateşte ise hasta da ateşle beraber lenfadenopati vardır ve döküntü özellikle hastaya ampisilin verilmişse ortaya çıkar. Splenomegali orta derecedir. Sifilizde ateş, halsizlik, lenfadenopati, ve gövdede, el ve ayaklarda döküntü olabilir. Nadiren hepatit, üveit ve menenjit bulguları olabilir. Leptospiroz ikterohemorajikada hasta ateşli ve ikterik görünümde ve menenjit bulguları olabilir. Miyozit ve akut böbrek yetersizliği bulguları olabilir. Sıtmada sıklıkla anemi, sarılık ve hepatosplenomegali vardır. Hidatik kist hastalığında karaciğer dalağa göre daha fazla etkilenir. Splenomegaliye ek olarak hepatomegali olabilir.

İnflamatuvar

İnflamatuvar hastalıklarda dalak nadiren çok büyür. Romatoid artrit ile ilişkili değişiklikler vücudun diğer bölgelerinde belirgindir. Sarkoidozda hepatosplenomegaliyle beraber lenfadenopati de olabilir. Lupusda ise akciğer, böbrek ve kas iskelet lezyonlarına ek olarak deri bulguları da vardır.

Amiloidde hepatosplenomegaliye ek olarak karpal tünel sendromu, periferik nöropati, purpura ve büyümüş bir dil sap-tanabilir.

Neoplastik

Kronik miyeloid lösemi, miyelofibroz ve lenfomayla birlikte masif splenomegali olabilir. Lenfadenopati, spontan ekimoz gibi diğer bulgular da bulunabilir.

Hemolitik hastalık

Hastada hafif sarılıkla beraber orta büyüklükte splenomegali bulunabilir. Purpurik döküntüler trombositopenik purpurada olabilir.

Depo hastalıkları

Bunlar nadirdir. Kalp yetersizliği, iskelet deformiteleri veya nörolojik bulgular olabilir.

Splenik ven hipertansiyonu

Spider nevüs, palmar eritem, kaput medusa, sarılık gibi karaciğer yetersizliği bulguları olabilir.

Nonparazitik kistler

Tek bulgu splenomegali olabilir.

GENEL TETKİKLER

- **TKS, ESH, periferik yayma**
Hemoglobin azalması; anemiler. Hemoglobin artışı; polisitemi. Lökosit artışı; infeksiyon, lösemi, abse. ESH'da artma ;infeksiyon, malignite. Lökosit azalması, trombosit dmesi hipersplenizm. PCV artışı polisitemi. MCV artışı pernisiyöz anemi. Periferik yayma - sferositoz, malarya.
- **Üre ve elektrolitler**
Üre ve kreatinin artışı böbrek yetersizliği örneğin leptospiroz ,amiloidoz, sepsitemiyle birlikte.
- **KcFT**
Siroz.

SPESİFİK TETKİKLER

- **Romatoid faktör**
Romatoid artrit.
- **Paul-Bunnell testi**
Glanduler ateş.
- **VDRL**
Sifiliz.
- **Serum demiri ve ferritini**
Demir eksikliği anemisi.
- **Pariyetal hücre antikoru**
Pernisiyöz anemi.
- **Serum vitamin B12**
Pernisiyöz anemi
- **Kan kültürü**
Sepsis, Leptospiroz, Tifo.
- **Dışkı kültürü**
Tifo.
- **İdrar kültürü**
Tifo, Leptospiroz.
- **BOS kültürü**
Leptospiroz.
- **Kompleman fiksasyon testi**
Leptospiroz.
- **ELISA/İmmunflorasan**
Tifüs.
- **Kemik iliği aspirasyonu**
Miyelofibroz, polisitemi, lösemi, Gaucher hastalığı.
- **USG**
Kist, tümör, difüz büyüme, karaciğer sirozu gibi splenomegali nedenini belirler.
- **BT**
Kist, tümör, difüz büyüme, karaciğer sirozu gibi splenomegali nedenini belirler.

▶ STEATORE

Steatore fazla miktarda yağın dışkıyla atılmasıdır. Patogeneze göre nedenleri aşağıda belirtilmiştir.

NEDENLERİ

Lipaz eksikliği

- Yetersiz salgınım - kronik pankreatit.
- İnaktivasyonu - aşırı mide asidi.

Safra yetersizliği

- Yetersiz üretimi - karaciğer hastalığı.
- Tıkanıklık - tıkaçıcı sarılık
- Artmış yıkım - bakteriyel aşırı gelişim.

Mukozal hastalıklar

- İleal rezeksiyon
- Çölyak hastalığı
- Crohn hastalığı

Bozulmuş yağ transportu

- Abetalipoproteinemi

Lenfatik yetersizlik

- Lenfoma
- Whipple hastalığı

ANAMNEZ

Steatoresi olan hastalar genelde bol hacimli, yapışkan, yağlı, suda yüzen, temizlenmesi zor bir dışkıdan yakınırlar. Diyare genellikle başka nedenlere eşlik eden (sayfa 103) bir semptomdur. Sarılıkla beraber renksiz bir dışkı ve koyu renk idrar safra tıkanıklığına işarettir ve yağ ve yağda eriyen vitaminlerin emilimi bozulabilir. Sarılığın nedenleri ve tanısal yaklaşımı sayfa 240'da anlatılmıştır.

Karın ağrısı

Kronik pankreatiti olan hastalarda epigastrik ağrı sırta vurabilir ve yiyeceklerle artar. Yiyeceklerle artan epigastrik ağrı lipazı inaktive eden aşırı gastrik asit salgınımına (gastrik muhteviyatın

pH'ını düşürür) yol açan Zollinger-Ellison sendromunda da görülür. Bu sendrom genellikle medikal tedaviye dirençli peptik ülser semptomlarıyla kendini gösterir. Crohn hastalığına bağlı karın ağrısı reyonel ileite bağlı sağ alt kadranda hissedilir.

Eşlik eden semptomlar

Çölyak hastalığında büyüme geriliği, anemi ve kas erimeleri olabilir. Diğer bulgular, deminerilizasyona bağlı kemik ağrısı, serebellar ataksi ve periferik nöropatidir. Tropheryma whipplei bakterisi ile oluşan Whipple hastalığında eklem ağrısı, ateş, deride pigmentasyon ve periferik lenadenopati gibi birçok semptom görülebilir. Steatore intestinal lenfomanın primer bulgusu olabilir. Karın ağrısı, ateş ve bazen intestinal tıkanıklık ile beraber olabilir. Ağızda ülserler, perianal abse, sağ alt kadranda ağrısı ve rektal kanama Crohn hastalığında görülen semptomlardır. Abetalipoproteinemi B yokluğu sonucu şilomikron yapımında bozuluk görülür. Abetalipoproteinemide ataksi ve retinitis pigmentosa sonucu gece körlüğü görülebilir.

Özgeçmiş

Terminal ileumu içeren cerrahi rezeksiyonlar safra asitlerinin enterohepatik dolaşımını azaltacağından yağ malabsorbsiyonuna neden olur. İnce barsak boyunun kısaltıldığı durumlarda intestinal geçiş zamanı kısalır ve yağ absorpsiyonu bozulur. Bu durumlar intestinal staz, hipomotilite ve gastrik asit salgınlığında azalma sonucunda bakteriyel aşırı gelişim ve safra tuzlarının degranülasyonunda artma ile birlikte dir.

FİZİK MUAYENE

Steatore genellikle malabsorbsiyon ile beraberdir ve hastalar kaşektik olabilir. Ağızda ülserler Crohn ve çölyak hastalığında görülebilir. Çomak parmak Crohn hastalığı, karaciğer sirozu, çölyak hastalığı ve pankreatik ekzokrin yetersizliği ile giden kistik fibrozla beraber görülebilir. Sarılık, safra yolu tıkanıklıklarında ve karaciğer hastalıklarında görülebilir. K vitamini eksikliğine bağlı çürükler ve D vitamini eksikliği sonucu oluşan osteomalaziye bağlı muayene sırasında kemik ağrıları olabilir. Çölyak hastalığında dermatitis herpetiformis görülebilir. Crohn hastalığında eritema nodosum görülür ve sağ alt kadranda ağrısı, perianal abse ve fistüllerle beraber

olabilir. Hepatomegali karaciğer hastalıklarında, splenomegali intestinal lenfomada saptanır.

GENEL TETKİKLER

- **Dışkıda yağ değerlendirmesi**
Günde 50 gr ve daha fazla yağ içeren diyetle beslenen hastanın 3 günden daha uzun bir sürede gaitası toplanır. Dışkıda normal yağ oranı günde 7 gr'mın altında olmalıdır.
- **TKS ve periferik yayma**
Aktif inflamasyona bağlı lökosit artar. Abetalipoproteinemide periferik yaymada akantositler görülebilir.
- **ESH**
Akut Crohn hastalığında artar.
- **KcFT**
Bilirubin ve alkalen fosfataz tıkayıcı sarılıkta artar. Karaciğer parankim hastalığında transaminazlar yükselir. Malabsorbsiyon sendromunda albümin azalır.
- **Kan glukozu**
Kronik pankreatit sonucu oluşan diyabette yükselir.
- **Serum amilazi**
Kronik pankreatitte genelde normal olurken tekrarlayan akut ataklarda artabilir.
- **Antigliadin, antiendomisyum ve antiretikülin antikorları**
Çöliyak hastalığının tanısında kullanılır.
- **Direkt karın grafisi**
Kronik pankreatitte kalsifikasyon görülebilir.
- **Jejunal biyopsi**
Çöliyak hastalığında glutensiz diyetle düzelebilen subtotal villöz atrofi ve kript hiperplazisi görülür. Whipple hastalığında genişlemiş lenfatikler ve PAS pozitif makrofajlar saptanır. Lamina propriada lenfatik infiltrasyon sonucu villüs atrofi ve intestinal lenfomanın histolojik bulguları görülebilir.

SPESİFİK TETKİKLER

- **14C-işaretlenmiş safra asiti solunum testi**
Bakteriyel aşırı gelişimi taramak amacıyla.

- **Serum gastrini**
Zollinger-Ellison sendromunda bakılır.
- **İncebarsak pasaj grafisi**
Crohn hastalığına bağlı striktür, skip lezyonları, fistüller ve fissürleri gösterir.
- **Kolonoskopi**
Crohn hastalığında mukozal hiperemiyi, frajiliteyi, ülserasyonlar ve temas kanamalarını gösterir.
- **Karın BT**
Lenfomayla birlikte olan abdominal lenfadenopatileri gösterir.

▶ STRİDOR

Stridor üst hava yolu tıkanıklığına bağlı yüksek perdeden inspiratuvar bir sestir.

NEDENLER

Doğumsal

- Laringomalazi (konjenital yumuşak larenks)

Edinsel

- Yabancı cisim
- Larinks ödemi
 - Anafilaksi
 - İnhalasyon yaralanması
- İnfeksiyon
 - Epiglotit
 - Retrofarengeal abse
- Yatrojenik
 - Posttrakeostomi stenozu
 - Postentübasyon stenozu
 - Tiroid cerrahisi sonrası
- Krioaritenoid romatoid artrit
- Guatr

Malignite

- Intraluminal tıkanıklık
 - Larinks
 - Trakea
 - Bronş
- Dıştan bası
 - Malign lenf nodu
- İki taraflı vokal kord paralizisi
 - Beyin sapı kanaması
 - Tiroid karsinomu
 - Özafagus karsinomu

ANAMNEZ

Başlangıç

Stridorun ani başlangıcı genelde yabancı cisme bağlıdır. Bu tek başına şiddetli öksürük nöbetlerine neden olabilir.Çevredeki insanlardan açık bir anamnez alınır. Stridor

kısmi tıkanıklığın göstergesidir, üst hava yollarının tam tıkanmalarında ek ses olmaz. Anafilaktik reaksiyon sonucu oluşan laringeal ödeme bağlı stridor 2-3 saniyeden dakikalara kadar uzayabilir. Bu reaksiyon ürtiker ve yüz ödemiyle beraber görülebilir. Bilinen allerjenler soruşturulmalı ve tedaviye gecikmeden başlanmalıdır. İnfantil stridorun en sık nedeni laringomalazidir. İspiriyum sırasında kıkırdak desteği yetersiz olduğu için epiglot ve ariepiglot kıvrımı aşırı şekilde içe kıvrılır. Başın fleksiyona gelmesi stridoru artırır, bu yüzden hava yolunun açık kalması başın ekstansiyonu ve dikey pozisyonla sağlanır. Stridor 2-3 ay içinde dereceli olarak azalır.

Kolaylaştırıcı faktörler

Stridorun yatrogenik nedenleri açık, bilinen tetikleyici faktörlerdir. Trakeal darlık uzun dönem entübasyon veya trakeostomi komplikasyonu olarak oluşabilir. Tiroit cerrahisinin hemen ardından ortaya çıkan üst hava yolu obstrüksiyonu larinks ödeme, hematoma ve iki taraflı laringeal sinir hasarına bağlı olarak gelişir. Yangından kurtarılan hastalarda sıcak gaz inhalasyonuna bağlı inhalasyon yaralanmaları olabilir.

Eşlik eden semptomlar

İnfeksiyöz mononükleöz veya retrofaringeal abse varlığında oluşan masif tonsil büyümelerinde hava yolu tıkanıklıkları gelişebilir. Ötiroid veya anormal tiroid fonksiyonları sonucunda semptomatik (sayfa 173) olan hastalar guatr nedeniyle boyunlarında şişlik ile başvurabilirler. Romatoid artritli hastalar eklem ağrısı, sabah sertliği ve deformitelerle başvurabilir. Bu hastalarda stridor krikokaritenoid eklem tutulumuna bağlıdır. Maligniteye bağlı kilo kaybı görülebilir. Ses kısıklığı laringeal karsinomun erken semptomu iken stridor geç dönemde ortaya çıkar. Sigara içicilerde kronik öksürükle beraber hemoptizi olması genellikle bronşiyal karsinomun habercisidir. Hırıltının karakteri karsinomanın lokalizasyonunun seviyesine bağlıdır. Üst hava yollarında lümen içinde kısmi tıkanıklık yapan bronşiyal karsinom stridor yaparken alt hava yollarında kısmi tıkanıklık yapan lümen içi kitle inspiratuvar monofonik hırıltıya neden olur. Hızlı gelişen ağrısız disfaji özafageal karsinomla beraber olur.

FİZİK MUAYENE

İnspeksiyon

Akut kısmi üst solunum yolu tıkanıklığında hasta çok sıkıntılı görülür. Anafilaksi tanısı için hızlı bir şekilde yaygın ürtiker, yüzde ödem, hipotansiyon ve yaygın hırıltı/wheezing' aranır ve tedavisi başlanır. Termal tamasa bağlı yüzde ve burunda kurum izi inhalasyon yaralanmalarıyla birlikte olur. İncelemede büyük bir guatr görülebilir. Elin küçük eklemlerini (MKF, PİF) tutan iki taraflı simetrik deformite yaratan artropati romatoid artriti düşündürür. Parmaklarda çomaklaşma bronşial karsinomayı işaret eder.

Stridorun nedeni boğaz inspeksiyonunda görülebilir. İndirekt larinkoskop ile daha detaylı muayene yapılabilir. İki taraflı vokal kord paralizisinde vokal kordlar kadaverik pozisyonda dururlar. Küçük bir glottik parça görülebilir ve insipirasyon sırasında genişlemeyebilir. Supraglottik ve glottik karsinomalar muayenede görülebilir.

Palpasyon ve oskültasyon

Larinksin, farinksin, bronş ve özafagusun infeksiyonu veya karsinomunda boyunda lenfadenopati görülebilir. Trakeaya bası yapan bir guatr boyunda palpe edilebilir. Göğüs bronşiyal karsinomanın bulgularından olan monofonik "wheezing", atelektazi, plörezi ve kot hassasiyeti açısından değerlendirilmelidir.

GENEL TETKİKLER

Genel tetkikler klinik bulgulara göre yönlendirilmelidir.

- **TKS**
Lökosit artışı; infeksiyon.
- **ESH**
İnfeksiyonda ve malignitede artar.
- **TFT**
Guatrla birlikte yüksek, düşük veya normal olabilir.
- **Lateral boyun yumuşak doku grafisi**
Radyopak yabancı cisim.
- **Akciğer grafisi**
Radyopak yabancı cisim açısından hem frontal hem

lateral görüntüler alınmalıdır. Bronşiyal karsinomda santral kitle, periferik kitle, atelektazi, lobta konsolidasyon ve plevral efüzyon görülebilir. Trakeaya veya bronşa bası yapan hiler lenfadenopatiler görülebilir.

SPESİFİK TETKİKLER

- **Fiberoptik bronkoskopi**
Vokal kordlar, tümör kitlesi, trakeal stenoz görülebilir ve biyopsi imkanı verir.
- **Üst GiS endoskopisi**
Disfaji olduğunda her iki reküren siniri infiltre eden karsinomu tespit etmede kullanılır.
- **Guatrın İİAS'si**
Guatrın nedenini belirlemede kullanılır.
- **Boyun ve toraks BT'si**
Laringeal karsinomun, tiroid karsinomunun, özafageal karsinomu ve bronşiyal karsinomunun belirlenmesinde ve evrelendirilmesinde.

▶ TERLEME BOZUKLUKLARI

Aşırı terleme sosyal olarak kabul edilemez boyuta geldiğinde doktorun dikkatini çekmelidir. Altta yatan neden çok önemsiz olabileceği gibi ciddi de olabilir.

NEDENLER

Aşırı terleme

- Hipoglisemi

Sistemik infeksiyonlar

Maligniteler

- Beyin tümörleri
- Hodgkin lenfoması

Endokrin

- Feokromositoma
- Tirotoksikoz
- Karsinoid sendrom
- Diyabetik otonomik nöropati
- Menopoz

Psikiyatrik

- Madde yoksunluğu/çekilme sendromu
- Anksiyete

Yetersiz terleme

- Sıcak çarpması
- Hipohidropik ektodermal displazi
- Miliyarya
- Sempatik yol lezyonları

ANAMNEZ

Sıcak çarpması dışında terleme yetersizliği nedenleri nadirdir ve genellikle azalmış kıllanma, diş anomalileriyle giden hipohidropik ektodermal displazi gibi ter bezlerinin doğumsal

bozukluklarıyla beraber görülür. Terleme yokluğu aynı zamanda ter bezi kanallarının tıkanması veya rüptürüyle oluşan miliyarya ile de görülebilir.

Aşırı terleme ağrı, bulantı, kusma (sayfa 452) ve şokta (sayfa 392) fizyolojik cevap olarak karşımıza çıkabilir. Bu semptomların bulunmadığı nedenlerin listesi yukarıda belirtilmiştir. Aşırı terleme epizodik veya devamlı olabilir. Epizodik terleme hipoglisemi, feokromositoma, karsinoid sendrom ve menopoza görülebilir. Hipoglisemideki hastada beraberinde tremor, sersemlik, anksiyete ve açlık hissi olur. Feokromositomada paroksizmal katekolamin salgılanmasına bağlı olarak terleme, hipertansiyon, çarpıntı, baş ağrısı ve anksiyete oluşur. Genelde hipertansiyon nedeni ile başvururlar. Karsinoid sendrom karaciğer metastazı yapmış, incebarsaktan kaynaklanan enterokromaffin tümörlerin ürettiği hormonlar sonucu oluşur. Epizodik terlemeyle beraber yüzde kızarma, hırıltı "wheezing" ve sağ kalp lezyonları görülür. Ateş basması ve terleme menopoza girmiş kadınlarda ana şikayetlerdendir. Etyolojisinde kadın üreme hormonlarındaki değişimler sorumlu tutulmaktadır.

Pijama ve yatağı ıslatacak kadar gece terlemeleri klasik olarak tüberküloz (TBC) ve Hodgkin hastalığında belirtilmiştir. Akciğer TBC'si olan hastalarda kilo kaybı, öksürük ve hemoptizi de olur. Hodgkin'li hastalarda lokalize lenadenopati, kilo kaybı, kaşıntı, ateş ve halsizlik görülebilir.

Devamlı terleme ve sıcağa tahammülsüzlük tirotoksikozda görülür. Bu metabolizmanın hızlanmasına bağlı olabilir ve kilo kaybıyla beraber iştahın artması, emosyonel dalgalanma, ishal, çarpıntı görülebilir. Nadir olarak hipotalamusa yerleşmiş tümörlerde de aşırı terleme görülebilir.

Ciddi terleme ve halüsinasyon yapabileceğinden madde yoksunluğu soruşturulmalıdır.

FİZİK MUAYENE

Altta yatan muhtemel infeksiyonlar için tüm sistemler muayene edilmelidir. Anksiyetesi olan hastalarda mental durum değerlendirilmesi yapılmalıdır. Geri kalan değerlendirmede altta yatan spesifik nedenler aranmalıdır.

Ateş

Ateşin yüksek olması (sayfa 368), Hodgkin hastalığında görülse de, terlemenin nedeninin infeksiyon olduğunu gösterebilir.

İnspeksiyon

Tirotoksikozda kapak retraksiyonu ile beraber canlı bakışlar ve aşırı terleme olabilir. Bununla beraber ekzoftalmi veya oftalmopleji olması Graves hastalığını işaret eder. Yüzde epizodik kızarma karsinoid sendromla beraber görülebilir.

Palpasyon ve oskültasyon

Tiroid büyümüş olarak palpe edilebilir. Lenf nodları infeksiyon ve malignitede büyümüş olarak palpe edilebilir. Sistemik infeksiyon ve tirotoksikozda taşikardi olur. Feokromositoma atakları sırasında nabız sayısında artış ve tansiyonda belirgin yükselme saptanır. Primer akciğer tüberkülozunda plevral efüzyon veya segmental kollaps muayenede saptanabilir. Kalpte yeni veya değişen üfürümlerin tespiti endokarditi işaret eder. Bununla beraber triküspit veya pulmoner kapağın stenoz veya regürjitasyonu karsinoid sendromda bildirilmiştir. Karın muayenesinde splenomegalinin saptanması Hodgkin hastalığını düşündürülebilir.

GENEL TETKİKLER

- **BM stik**
Kan glukozunu hızlı değerlendirir ve kan glukozu ile doğrulanabilir. Feokromositomada glukoz artar.
- **TKS ve periferik yayma**
İnfeksiyonda lökosit artar.
- **ESH**
İnfeksiyon, malignite ve lenfomada yükselir.
- **TSH ve serbest T4**
Tirotoksikozda TSH düşer ve sT4 artar.
- **Akciğer grafisi**
TBC, bronş karsinomu, akciğer infeksiyonunu gösterebilir.

SPESİFİK TETKİKLER

- **Mantoux testi**
Daha önce BCG aşısı yapılmamış hastalarda TBC taramasında kullanılır.
- **İdrarda 5HIAA**
Karsinoid tümörlerde artar.
- **İdrar katekolaminleri ve metanefrin**
Feokromositomada artar.
- **Lenf bezi eksizyon biyopsisi**
Hodgkin hastalığında Reed-Sternberg hücrelerini gösterir.
- **Kraniyal MRG**
Hipotalamik tümörleri saptar.

▶ SENKOP

Senkop beyin kan akımında azalmaya bağlı geçici şuur kaybıdır.

NEDENLERİ

Kardiyovasküler

- Vasovagal
 - Durum senkobu
 - Miksiyon senkobu
 - Öksürük senkobu
- Ortostatik hipotansiyon
 - Uzamış yatak istirahati
 - İlaça bağlı
 - Hipovolemik
 - Otonomik yetersizlik
- Aritmi
 - Hasta sinüs sendromu
 - Adams-Stokes atağı
 - Supraventriküler taşikardi
 - Ventriküler taşikardi
- Miyokard infarktüsü
- Kardiyak çıkış tıkanıklıkları
- Karotis sinüs sendromu
- Pulmoner emboli

Nörolojik

- Konvülsiyon
- Histerik senkop

Metabolik

- Hipoksi
- Hipoglisemi

ANAMNEZ

Vasovagal senkop (genel baygınlık) en sık görülen senkoptur. Periferik vasodilatasyon ve vagal uyarıyla kalp tepe atımının yavaşlamasına bağlıdır. Korku, heyecan, uzun süre ayakta kalma veya ağrı ile tetiklenebilir. Hastalar mide bulantısı, güçsüzlük, görme bulanıklığı tanımlar ve muayenede

barikardiyle beraber solukluk görülebilir. Çarpıntının (sayfa 347) eşlik ettiği bayılma aritmileri düşündürür. Duruma göre (situational) senkopta baygınlıklar tetikleyen faktörlere göre sınıflanır ve genelde uyarana gösterilen aşırı vagal cevap sonucu oluşur.

Ortostatik hipotansiyon ayakta kan basıncının düşmesidir. Bu beyin kan akımının geçici azalmasına yol açar ve şuur kaybolur. Uzamış yatak istirahati vücuttaki baro reseptörlerin algılamalarını bozar ve postural kan basıncının düşmesine neden olur. Antihipertansif ve opiyat gibi ilaç öyküsü sorgulanmalıdır. Hipovolemi de postural hipotansiyona neden olabilir (sayfa 392'de şok); beraberinde solukluk, taşikardi ve idrar miktarında azalma olur. Diyabetes mellitus ve Guillan-Barré sendromu otonomik disfonksiyona yol açarak kan basıncının düzenlenmesini bozabilir.

Aort darlığı ve hipertrofik tıkaçıcı kardiyomiyopati gibi kalp çıkışı darlıklarında efor sırasında kardiyak kan çıkışı arttırılmadığından senkop görülebilir.

Karotis sinüs sendromunda karotis sinüsündeki reseptörler normalden çok daha hassastır ve başın döndürülmesi, sıkı yaka gibi küçük uyarılarla karotis sinüs refleksi uyandırılabilir ve senkobu tetikler.

Nöbet atakları korteksten kaynaklanan paroksizmal uyarılar sonucu oluşur ve konvülsiyon, şuur kaybı veya davranışsal semptomlara yol açar. Bunlar kesin olarak senkop olmamakla birlikte ani kas tonusu kaybı ve kollapsla giden atonik nöbetlerde de benzer tablo görülür. Hastalarda nöbet anında inkontinans ve nöbet sonrasında postiktal fazda konfüzyon olabilir.

Histerik senkopta atak sırasında normal muayene bulguları vardır, tablo çok dramatize edilir.

Hipoglisemi baygınlık ve sonunda şuur kaybına neden olabilir. Genelde insülin kullanan diyabetiklerde görüldüğü gibi alkol almış normal bireylerde de görülebilir. Semptomlar genelde glukoz seviyesi 2,5 mmol/l (45 mg/dl)'in altına düşünce oluşur.

FİZİK MUAYENE

İnspeksiyon

Vasovagal senkopta hastalar soluk ve soğuktur. Nöbetlerle konvülsiyonlar görülebilir.

Kan basıncı

Yatarak ve ayakta ölçülmelidir ve postural hipotansiyon not edilmelidir.

Nabız

Senkop atağı sırasında nabız muayenesi aritmileri saptamada iyi bir yoldur. Vasovagal senkopta bradikardi sık olarak görülür. Stokes-Adams atağı komplet kalp bloku sonucu geçici asistol ve tam geri dönüşle karakterizedir. Hasta sinüs sendromu değişken bradikardi ve taşikardi ataklarıyla karakterizedir. Şokta, supraventriküler ve ventriküler aritmilerde kalp tepe atımı oldukça hızlı saptanır.

Karotis sinüs sendromu olan hastalarda karotis bifurkasyonu düzeyine yapılan basınç senkopa neden olabilir.

Oskültasyon

İkinci kalp sesinin yumuşaması ve karotise yansıyan sistolik ejeksiyon üfürümü aort darlığı için karakteristiktir. Kalp kasının hipertrofisi sonucu sol ventrikül çıkışının tıkanıp hipertrofik tıkaçıcı kardiyomyopati de sistolik ejeksiyon üfürümü duyulabilir.

GENEL TETKİKLER

- **BM stik**
BM stik ile kan glukozunu test etmek glukoz tayininde basit ve hızlı bir yöntemdir. Daha kesin sonuçlar serum örnekleriyle doğrulanabilir.
- **TKS**
Hipovoleminin nedeni kanama olduğunda anemi saptanır. Periferik vasodilatasyona yol açan septik şokta lökosit artar
- **Üre ve elektrolitler**
Elektrolit bozuklukları nöbetleri tetikleyebilir.
- **Kan glukozu**
Hipoglisemiyi gösterir.
- **EKG**
Atak sırasında yapılan bir incelemede aritmi saptanabilir. Nabız alınamayan bir ventriküler taşikardi ventriküler fibrilasyon gibi tedavi edilmeli ve kardiyak resüsitasyon yapılmalıdır. Miyokard enfarktüsünde q dalgaları ve ST elevasyonu görülebilir.

SPESİFİK TETKİKLER

- **EEG**
Epilepsi klinik bir tanıyken, nöbetler korteksteki spesifik elektriksel değişikliklerin saptanmasıyla konulan bir tanıdır. Negatif EEG epilepsiyi dışlamaz.
- **24 saatlik EKG**
Senkop episodlarıyla birlikte olan herhangi bir aritmiyi saptamada.
- **Ekokardiyogram**
Aort kapağını değerlendirmede ve hipertrofik tıkaçıcı kardiyomyopatinin tespitinde yararlıdır.
- **Ventilasyon perfüzyon sintigrafisi**
Major akut pulmoner emboli tanısını koymayı sağlar.
- **Tilt table testi**
Nedeni tespit edilememiş tekrarlayan senkop atağı bulunan hastalarda uygulanmalıdır. Vasovagal senkopu olan hastalarda 60°'lik baş tarafının kaldırılması hipotansiyon yapar ve 30 dakika içinde bradikardi ve senkop oluşur.

▶ BOĞAZ HASTALIKLARI

Boğazda yanma özellikle çocuk ve genç erişkinlerde sık görülen bir semptomdur. Yaşlı bir insanda boğaz ağrısının uzaması neoplaziyi düşündürmelidir.

NEDENLERİ

İnfeksiyon

- Tonsillit
 - Bakteriyel ör: streptokoklar, gonokoklar
 - Viral, ör: glandular ateş.
- Farinjit
 - Viral
 - Fungal
- Quinsy

İnflamatuvar

- Tiroidit (nadir)

Neoplastik

- Karsinoma
 - Tonsil
 - Dilin arka 1/3'ü
 - Larinks
- Lenfoma
- Kan diskrazileri

Nörolojik

- Glossofaringeal nöralji

Yansıyan ağrı

- Angina
- Özofageal spazm

Diğer

- AIDS
- Reflü özafajiti

ANAMNEZ

İnfektif

Boğaz ağrısı, disfaji, kulağa vuran ağrı, baş ağrısı ve yorgunluk. Oral seks hikayesi orofaringeal gonoreyi düşündürür.

Quinsy bir peritonsiller absedir. Genelde akut tonsillit öyküsü vardır fakat hasta yüksek ateş, disfaji ve kulağa yansıyan ağrıyla kendini daha kötü hisseder. İnfeksiyöz mononükleozda ciddi membranöz tonsillit olur ancak sıklıkla yorgunluk olur ve herhangi bir yerde lenfadenopati görülür.

İnflamatuvar

Subakut tiroidit boyun ağrısı, ateş, güçsüzlük ve yorgunlukla beraber tiroidin büyümesi ile kendini gösterir. Nadir bir durumdur.

Neoplastik

Tonsillerin karsinomu endürasyonla beraber ağrılı ülserasyon şeklinde görülür. Kulağa yansıyan ağrıya beraber hastanın tükürüğünde kan görülür. Bazen başvuru şikayeti metastatik servikal lenfadenopatiye bağlı boyunda kitle olabilir. Dilin 1/3 arka bölümünden kaynaklanan karsinomlarda yutkunma zorluğuyla beraber ses kısıklığı hissiyle başvurur. Hasta kan tükürebilir ve kulağa yansıyan ağrısı olabilir. Supraglottik tümörlerde boğazda yumru hissi olabilir fakat genelde ses değişiklikleri ve erken servikal lenfadenopatiler olur. Tonsilin lenfoması nadiren ağrı yapar ve hastalar bademciklerinde büyüme ile başvurur. Kan diskrazileri olan hastalar nötropeniye bağlı infeksiyon sonucu oluşan boğaz ağrısıyla başvurabilirler.

Nörolojik

Glossofaringeal nöralji yutkunma ve farinkse dokunmakla artan, boğazın içine, kulağa yansıyan ve dil kökünde bıçak saplanır hissi veren ağrıya neden olur.

Yansıyan ağrı

Angina boğazda ağrı yapabilir. Genelde egzersizle ilişkilidir. Çeneye ve sol kola yansıyan göğüs ağrı da olabilir. Nadiren özafagus spazmı da boğaza ve çeneye vuran göğüs ağrısına neden olabilir.

Diğer

Boğaz ağrısı AIDS'de de olabilir. Birçok infektif ajana bağlı olabilir ör:viral veya fungal. Reflü özafajit boğazda yanma hissi veya boğazda yumru hissine yol açabilir.

FİZİK MUAYENE

İnfektif

Tonsillitle beraber genelde ateş, ağız kokusu ve tonsiller kriptlerin üzerinde cerahat görülür. Faringeal mukoza genelde inflamedir. Servikal lenfadenopati vardır. İnfeksiyöz mononükleoz olabileceğinden başka bölgelerde de lenfadenopati ve splenomegali aranmalıdır. Quinsy trismusla beraber olabilir ve tonsil quinsy tarafından aşağı ve mediale itilmiştir. Uvula genelde ödemlidir.

İnflamatuvar

Tiroidit, tiroid bezinin difüz büyümesi ve hassasiyetiyle beraberdir ve yutkunmayla hareket eder. Nadir bir tablodur.

Neoplastik

Tonsil karsinoması tonsil üzerinde sert, ülser lezyon olarak karşımıza çıkar. Servikal lenadenopati olabilir. Dilin 1/3 arka kısımdaki ve supraglottik larinkste karsinomlarda genelde endüre ülser olur. Fizik muayenenin bir parçası olarak laringoskopi gereklidir. Servikal lenf nodlarını ve diğer bölgeler metastaz açısından kontrol edilmelidir örn.akciğer, karaciğer. Lenfoma genelde tonsillerin ağrısız büyümesiyle karşımıza çıkar. Kan diskrazileri lenfadenopati ve hepatosplenomegali ile başvurabilir. Agranülositoz, tonsil ve ağız mukozasında membran oluşmasına yol açar.

Nörolojik

Glossofaringeal nöraljinin tanısı genellikle öykü ile konulur. Damağa dokunmak semptomları tetikleyebilir.

Yansıyan ağrı

Angina ve özafagus spazmı tanısı genellikle anamnez ile konulur.

Diğer

Farinjit ve tonsillit viral ve fungal enfeksiyonlara bağlı AIDS'nin bir parçası olabilir. AIDS'nin diğer bulguları ör: yorgunluk, ateş, kilo kaybı, akciğer enfeksiyonları, Kaposi sarkomu görülebilir. Reflü özafajitin tanısı anamnez ile konulur. Fizik muayenede çok az şey bulunur.

GENEL TETKİKLER

- **TKS,ESH**
Malignitede hemoglobin azalır.İnfeksiyonda lökosit artar. Kan diskrazisini gösterebilir. İnfeksiyöz mononükleozda lenfositoz olur. Malignitede, infeksiyon ve tiroiditte sedimentasyon artar.
- **Sürüntü**
Kültür ve hassasiyet-streptokoklar ve gonokoklar.
- **Viral antikorlar**
İnfeksiyöz mononükleoz.
- **EKG**
Kardiyak iskemi.
- **Akciğer grafisi**
Metastazlar.

SPESİFİK TETKİKLER

- **Direk laringoskopi**
İnfeksiyon. Malignite.
- **Endoskopi**
Özafajit. Hiatus hernisi.
- **HIV testi**
AIDS.
- **Biyopsi**
Benign-malign ayırımında.
- **BT**
Tümör. Tümör yayılımları.

▶ AYAK PARMAĞI LEZYONLARI

Ayak parmağı lezyonları çok sık görülür. Tırnak batmasından ciddi ağrıya yol açan iskemiye kadar çok çeşitli nedenlere bağlıdır. Ayak parmağı deformiteleri özellikle yaşlı bireylerde olmak üzere sıktır.

NEDENLERİ

Ayak tırnakları

- Tırnak batması
- Subungual hematom
- Subungual melanom
- Subungual ekzositoz
- Onikogripozis

Deformiteler

- Hallux valgus
- Hallux rigidus
- Çekiç parmak
- Pençe parmak

Ülseler

İskemik

Büyük damar hastalığı

- Arteriyosklerozis
- Emboli

Küçük damar hastalığı

- Diyabet
- Raynaud
- Buerger
- Emboli
- Vaskülit ör,skleroderma, SLE, romatoid artrit

Nöropatik

Periferik sinir lezyonları

- Diyabet
- Sinir hasarı
- Lepa

Spinal kord lezyonu

- Spina bifida
- Spinal yaralanma
- Siringomiyeli

Neoplastik

- Renk değişikliği
- Soğuk şişliği
- İskemi

ANAMNEZ**Tırnaklar**

Ayak tırnak batması genellikle tırnak bölgesinde ağrıyla ortaya çıkar ve sıklıkla infeksiyon ve lokal inflamasyonla birlikte dir. İnfeksiyonlu ayak parmağı özellikle geceleri yatakta ağrılı ve zonklayıcıdır. Subungual hematomda tırnak yaralanması öyküsü vardır. Kanama tırnak altında meydana gelir ve oldukça ağrılıdır. Hasta ağrı nedeni ile bayılabilir. Subungual melanom tırnak altında pigmentasyon ile karşımıza gelir. Subungual ekzostoziste deformiteyle birlikte tırnağın kalkması mevcuttur. Onikogripozis tırnağın koç boynuzu şeklindeki deformitesidir. Tırnak kalınlaşır ve bitiş üstünde kavislenir. Yaşlılarda siktir fakat gençlerde de tırnak yatağına olan yaralanmalardan sonra görülebilir.

Deformiteler

Halluks valguslu hastalar normalde ayak başmağında ağrılı şişlikle prezante olurlar. İlk metatars mediale doğru deviye olur. Bu kadınlarda daha siktir. Hastalar ikinci ayak parmağının üzerine binen başparmağından yakınırılar. Rahatsız edici şekilde sıkı ayakkabı giyme kolaylaştırıcı bir faktör olabilir. Halluks rigidus ilk MTF eklemının osteoartritidir. Genç erişkinlerde meydana gelir. Hasta yürürken özellikle eklemdede itme ve kuvvet olduğunda ağrıdan şikâyet eder. Çekiç parmak genellikle ikinci parmağı etkiler. PIF eklemının sabit fleksiyon deformitesi ve komşu eklemlerde kompensatuvar hiperekstansiyonu vardır. Hasta sadece deformiteli parmağından şikâyet eder, ayrıca deforme parmağın ayakkabı içinde sıkışmasıyla oluşan nasır ağrılarında da şikâyet edebilir. Pençe ayak parmağı deformitesinde her iki IF eklem fleksiyondadır. Parmak uçlarında ağrılı nasırlar oluşabilir.

Ülserler

Ülserler genellikle iskemik (ağrılı) veya nöropatik (ağrısız)dir. Aralıklı topallama, sigara içimi, Raynoud hastalığı, kardiyak hastalık ve diyabet anamnezi sorgulanmalıdır. Nöropatik ülserlerde diyabet öyküsü, sinir hasarı, spinal kord lezyonları

öyküsü olabilir. Ülserler genellikle parmak uçlarının basınca maruz kalan bölgelerinde meydana gelir. Ayak parmaklarında neoplastik ülserler son derece nadirdir. Melanom ayak parmakları üzerinde olabilir; fakat genellikle subungualdır.

Renk değişikliği

Ağrılı renk değiştirme, kırmızı ya da parlak, beyaz, mavi ya da siyah (gangren) iskemiyi gösterir. Soğuk şişliği çocuklukta ve erken erişkin dönemde genellikle kadınlarda meydana gelir. Bunlar açık havada çalışanlarda daha yüksek olasılıkla görülür. Ayakta kaşıntılı olabilen ağrılı şişlikler meydana gelir. Bunlar çoğunlukla birden fazladır ve yüzeysel ülserler geliştirebilir.

FİZİK MUAYENE

Tırnaklar

Tırnak batmasında tırnak yatağından seröz veya pürülan akıntı olur. Parmak kırmızı ve şiştir. Tırnak yatağında granülasyon dokusu görülebilir. Subungual hematoma genellikle bellidir. Bazen hasta tırnak yaralanmasını unuttur ve tırnak altında kahverengimsi renk değişikliği ile başvurur ve bunun melanomdan ayırt edilmesi gereklidir. Hematom genellikle keskin kenarlı kırmızımsı-kahverengidir. Melanom kenarı belirsiz ve kahverengimsi-gridir. Hematom tırnakla birlikte büyür. Melanom büyür. Şüpheli melanomda, metastaz açısından bölgesel lenf nodları ve karaciğer muayene edilmelidir. Subungual ekzostozis tırnak deformitesine neden olur. Parmak ve tırnak bitimi arasındaki şişlik sonunda belirgin olur. Onikogripoziste kalın rengi değişmiş tırnak görülür ve bitişte tırnak kıvrımlaşır (koç boynuzu deformitesi).

Deformiteler

Halluks valgusta ilk metatars kemik mediale, baş parmak laterale dönmüştür. Eklem medial yüzünde kalınlaşmış bir bursa olabilir. Ayak başparmağı ikinci parmağın üzerine binebilir. Halluks rigidusta sert, ağrılı, genişlemiş ilk MTF vardır. Çekiç parmakta ikinci parmak genellikle etkilenmiştir. PIF eklemine sabit fleksiyon deformitesi ve komşu eklemlerin kompensatuar hiperekstansiyonu vardır. Nasır varlığını kontrol edin. Pençe parmakta her iki IF eklemler fleksiyondadır (Ayak deformiteleri, sayfa 157'ye bakın).

Ülserler

Basınç noktalarında ağrılı ülserler iskemiyi işaret eder. Ayak parmaklarında renk değişikliği, kapiller geri dönüş ve ayak nabızlarını kontrol et. Nöropatik ülserler ağrısızdır, dolaşım genellikle iyidir, fakat duyu kaybolmuştur veya lokal olarak körelmiştir. Tüm nörolojik değerlendirmeyi uygulayın.

Renk değişikliği

İskemik ayak parmağı parlak kırmızı, mavi, beyaz veya gangrenle birlikte siyah olabilir. Nabızları muayene edin. Soğuk şişliği genellikle kırmızımsı-mavidir, deride ödem görülür ve patlayarak yüzeysel ülserlere neden olan su toplamaları olabilir.

GENEL TETKİKLER

- **TKS,ESH**
Kronik hastalıkta hemoglobin azalır, örn romatoid artrit, SLE. enfeksiyonda lökosit artar, örn diyabet. Sedimentasyon yüksekliği; vaskülit, örn RA, SLE
- **Üre ve elektrolitler**
Konnektif doku hastalıklarında görülen kronik böbrek yetersizliğinde anormallik olur.
- **Kan glukozu**
Diyabette küçük damar hastalığı ile birlikte iskemi olur.
- **Grafi**
Subungual ekzostoz, halluks rigidus

SPESİFİK TETKİKLER

- **Antikor tayini**
Konnektif doku hastalıkları
- **Doppler incelemeleri**
İskemi
- **Arteriyografi**
Arteriyal hastalıklar
- **MR**
Nöropatili spinal kord yaralanmaları
- **Sinir ileti incelemeleri**
Periferik nöropati
- **Eksizyonel biyopsi**
Malign lezyonlar, örn subungual melanom

► DİL HASTALIKLARI

Dil hastalıkları son derece sıktır. Dilin minör paslanmasından ciddi infeksiyon ve maligniteye kadar pek çok hastalık görülür. Dil hastalıkları genellikle sistemik hastalıkların bir bulgusudur.

NEDENLER

Paslanma

- Gastrointestinal hastalıklar
- Dehidratasyon
- Ağızdan soluyanlar
- Sigara içme
- Antibiyotikler

Renk değişikliği

- Beyaz yamalar örn lökoplaki, pamukçuk
- Solukluk (anemi)
- Mavi (santral siyanoz)
- Kırmızı
 - Pernisiyöz anemi
 - B Vitamini eksikliği
- Pigmentasyon
 - Addison

Büyüme (Makroglossi)

- Kretinizm
- Miksödem
- Down sendromu
- Akromegali
- Travma örn sıcak sıvılar, korazif maddeler
- Allerji

Kronik yüzeysel glosit

- Sifilis
- Sigara içme
- Heyecan
- Baharatlar
- Sepsis
- Keskin diş

Ülserasyon

- Aftöz ülser
- Dental travma

- Şankır
- Gom
- Karsinom

Atrofi

- Hipoglossal sinir paralizisi

ANAMNEZ**Paslanma**

Gastrointestinal hastalıklar, dehidratasyon, ağızdan soluma, sigara ve antibiyotik kullanma öyküsü.

Renk değişikliği

Dil üzerinde beyaz yamalar antibiyotik tedavisi, kemoterapi veya immünsüpresyon ile ilişkili olabilen kandidiazisi veya lökoplaziyi düşündürür. Kılıklı lökoplaki Epstein-Barr virüsü ile ilişkilidir ve hemen hemen sadece HIV 'li hastalarda bulunur. Soluk dil aneminin, mavi dil santral siyanozun belirtisi olabilir. Hasta pernisiyöz anemi veya diğer B vitamin eksikliğinde görülen kırmızı ve ağrılı dil ile başvurabilir. Pigmentasyon Addison hastalığının bir bulgusu olabilir.

Büyüme

Hasta ağrılı veya ağrısız olabilen büyük bir dil ile başvurabilir. Konuşma ve yutmada güçlük görülebilir. Kretinizm (günümüzde oldukça nadir) ve Down sendromu aşikar olarak görülür. Büyük dil miksödemin bir göstergesi olabilir. Miksödemin hareketlerde yavaşlama, kilo alımı, kuru cilt, boğuk ses, kabızlık, letarji, soğuk havaya tahammülsüzlük gibi diğer semptomları bulunabilir. Akromegali belli olabilir. Hasta ayakkabı numarasının arttığını, sesinde ve çenesinde değişiklik olduğunu farkeder. Özellikle sıcak sıvılarla veya kostik maddelerle olan yanmalarda ve allerjide olduğu gibi infeksiyonda da (aşığıya bakın) büyüme olabilir. Klasik olarak 6 S -sifiliz, sigara, acı(spices), sert alkol, sepsis, keskin diş (sharp teeth)- sonucu oluşan kronik yüzeysel glossit nedeniyle gelişen infeksiyonda dil ağrılı olabilir.

Kronik yüzeysel glossit

Dilde karsinomla sonuçlanabilecek inflamatuvar, dejeneratif ve hipertrofik değişikliklerdir. 6 S-sifiliz, sigara, acı(spices), sert alkol, sepsis, keskin diş (sharp teeth) öyküsü olabilir.

Hastalar genellikle 50 yaşın üzerindedir ve dilleri parlak veya beyazdır; veya dilin üzerinde yumru vardır. Genelde dilde ağrı yoktur ve yemeyi engellemez.

Ülserasyon

Ülserasyon siktir. Aftöz ülserler ağrılıdır ve genelde kronik kötü gidişli hastalıklarda görülebilir. Kötü dolgu yapılmış dişler veya iyi oturmamış protezler travma sonucu ülserlere yol açabilir. Sifiliz nedeniyle şankir ve gom oluşması nadirdir. Karsinom 60-70 yaşlarında pik yapar ve sıklıkla dilin dorsal kısmının kenarlarında görülen ağrısız ülserle başvurur. Dilin 1/3 arka kısmından kaynaklanan karsinomalarda kulağa yansıyan ağrı olabilir. Ağrı dili innerve eden trigeminal sinirin lingual kolundan kaynaklanır ve auriculotemporal sinirle kulağa yayılır.

Atrofi

Dilde atrofi hipoglossal sinir felci sonucu oluşur. Hipoglossal sinirin yaralanmasına yol açabilecek boyun travması ve cerrahi öyküsü sorgulanmalıdır. Dilde lezyonla aynı tarafta atrofi görülebilir.

FİZİK MUAYENE

Paslanma

Dilde paslanma görülebilir. Rengi önemlidir. Gastrointestinal hastalıkların bulguları aranmalıdır.

Renk değişikliği

Genelde renk değişikliği aşkardir. Dilde beyaz yama tarzında lezyonlar lökoplakiye bağlı olabilir. Beyaz plaklarda zaman içinde yarılmalar olabilir. Bu premalign bir durumdur. Diğer beyaz yama tarzında lezyonlar kandida infeksiyonlarında (pamukçuk) görülebilir. Lökoplakiden farklı olarak bu plaklar kazınabilir ve altından ülsere bukkal mukoza çıkar. Renk değişiklikleri uniform (solukluk ve siyanoz) veya yamalı (Addison hastalığındaki pigmentasyon) olabilir. Pernisiyöz anemide dil kırmızı, pürüzsüz ve ağrılıdır.

Büyüme

Down sendromunda dil büyük ve dışarı taşmıştır. Epikantik kıvrımlar ve mental retardasyon Down sendromunun diğer bul-

gularıdır. Gelişme geriliği, rölatif büyük baş, kalın göz kapağı, kalın, geniş burun, kalın dudaklar ve birbirinden uzak göz aralığı gibi kretinizm bulguları aranmalıdır. Miksödemde deride kuruluk, saçta kuruluk, guatr, reflekslerde yavaşlama, konjestif kalp yetersizliği ve gode bırakmayan ödem görülür. Akromegalide ayaklarda büyüme, prognatism, ellerde büyüme ve kalınlaşma, seste kabalaşma ve muhtemelen kalp yetersizliği görülür. Yaygın infeksiyonlarda dil kırmızı ve şişmiştir. Allerjiler karşımıza dilde ve dudaklarda şişme, larinkste ödem, bronkospazm ve raş ile çıkabilir. Genelde alerjene maruz kalma öyküsü alınabilir. Korozif madde veya sıcak madde içilmesi sadece dilin değil aynı zamanda ağzın geri kalanının ve farinksin de inflamasyonuna yol açar.

Kronik yüzeysel glossit

Erken dönemlerde dil üzerinde ince, gri şeffaf tabaka görülür. Daha sonra lökoplaki oluşur ve zamanla karsinom gelişir.

Ülserasyon

Aftöz ülserler hiperemik tabanlı, ağrılı veziküler lezyonlarla başlar ve bu veziküller yerini beyaz, yuvarlak, derin, ağrılı ülserlere bırakır. Dental travma genellikle keskin bir dişe komşu olan dilin kenarlarında ülserlere yol açar. Dilde tüberküloz ülseri gibi şankr ve gom görülmesi nadirdir. Karsinomatöz ülserler genelde dilin üst kısmının kenarlarında görülür. Sert, frajil ve kanamalıdır. İnfeksiyon veya metastaza bağlı lokal lenf nodları palpe edilebilir.

Atrofi

Hastaya dilini çıkarmasını söyleyiniz. Atrofi etkilenen kısımda görülür ve dil lezyonun olduğu tarafa eğrilir. Boyunda hipoglossal sinir hasarını düşündürecek skarlar kontrol edilmelidir.

GENEL TETKİKLER

- **TKS,ESH**
Anemide (mikrositik, makrositik) hemoglobin azalır. İnfeksiyonda lökosit artar. Malignite ve infeksiyonda ESH artar .
- **Serum vitamin B 12**
Pernisiyöz anemide azalır.

- **TFT**
Miksödemde T₄ azalır, TSH artar.
- **Sürüntü**
Kültür ve hassasiyet infeksiyonda tanı koydurucudur
(Vincent anjini, sifiliz, bakteriyal, viral ve fungal infeksiyonlar).

SPESİFİK TETKİKLER

- **VDRL**
Sifiliz.
- **HIV testi**
Tüylü lökoplaki.
- **BT**
Akromegalide hipofiz tümörü.
- **Büyüme hormonuyla beraber oral glukoz tolerans testi**
Akromegali.
- **ACTH stimülasyon testi**
Addison hastalığı.
- **Biyopsi.**
Karsinom.

► TREMOR

Tremor genellikle elin küçük eklemlerinin etrafındaki hareketler ile, vücudun her hangi bir parçasının ritmik salınmasıdır.

NEDENLERİ

İstirahat tremoru

- Parkinson hastalığı

Hareket tremoru

- İdiyopatik
- Benign esansiyel tremor
- Psikolojik
- Anksiyete
- Egzersiz
- Tirotoksikoz
- İlaçlar
 - Beta agonist
 - Kafein
 - Alkol
 - Lityum
 - Fenitoin
 - Siklosporin

İntensiyonel tremor

- Serebellar hastalık

ANAMNEZ

Tremor üç gruba ayrılır:1- İstirahat tremoru 2- Hareket tremoru; elin sabit bir pozisyonda veya yer çekimine karşı tutulmasıyla aşikar olur . 3-İntensiyonel tremor.Hareket sırasında olur. Psikolojik nedenli tremorda sinirlenme veya egzersiz gibi aşikar tetikleyici bir neden vardır.

Yer çekimine karşı eklem tutulmasıyla hareket tremorunun kaybolması benign esansiyel tremorun tipik özelliğidir; hareketle ve alkolle tremor artar. Benign esansiyel tremorlu hastaların 1/3'ünden fazlasında aile öyküsü vardır.

Tirotoksikozu olan hastalarda tremorla beraber sığa tahammülsüzlük, çarpıntı, iştah artışıyla beraber kilo kaybı, anksiyete ve diyare olabilir.

Tremora neden olabilecek detaylı ilaç öyküsü sorgulanmalıdır. Kahve ve alkol alımı da sorgulanmalıdır.

Hareketlerde yavaşlama, yürümeye başlamada ve durmada zorlanma, kas katılığı ve kas yorgunluğu (özellikle yazı yazmada) parkinson hastalığında görülür. Serebellar hastalıklarda denge ve koordinasyonda zorlanma olabilir.

FİZİK MUAYENE

Tremor

Hastayı istirahatte gözlemelidir. Para sayar tarzı tremor Parkinson hastalığını düşündürür. Bununla beraber anlamsız yüz ifadesi, tükürüğünü tutamama olabilir. Tirotoksik hastanın gözleri açık ve parlaktır, kapak retraksiyonu, guatr ve Graves hastalığında ekzofalmlı olabilir.

Kollar uzattırılır ve tremor görülebilir hale gelir. İnce tremor uzatılmış ellerin üzerine kağıt konarak görülebilir. Kol tam olarak desteklenirse benign esansiyel tremor kaybolur. İntensiyonel tremor parmak-burun testiyle anlaşılabilir. Tremor parmak burna yaklaştığı zaman artar. Aynı zamanda parmak hedefi de şaşırır.

Genel

Fizik muayene altta yatan nedenlerin tespiti için gereklidir. Yürüyüş değerlendirilmelidir (sayfa 169) ve parkinsonizm ile ataksik yürüyüş arasındaki fark aşikardır. Serebellar disfonksiyon konuşma, disdiodiskinezi, nistagmus ve penduler reflekslerle aranabilir. Tirotoksikozdan şüphelenildiğinde tiroid bezi palpe edilmeli, göz hareketleri değerlendirilmeli ve Graves hastalığı ile birlikte olabilen üfürüm için tiroid bezi oskulte edilmelidir.

GENEL TETKİKLER

- **TSH ve serbest T4**
Tirotoksikozda TSH azalır ve T4 artar.

SPESİFİK TETKİKLER

- **Kraniyal BT**
Kordinasyon yetersizliği olan hastalarda serebellar hastalıkların tespitinde yararlıdır.

► ÜRETRAL AKINTI

Üretrada olan inflamatuvar bir olay akıntıya neden olabilir. Veneryal infeksiyonların tanısı hastalığın tedavisi için olduğu kadar seksüel partnerin tedavisi için de oldukça önemlidir.

NEDENLERİ

- Gonore
- Nongonokoksik üretrit
- Diğer bakteriler
- Koliformlar
- *Haemophilus ducreyi* (şankroid)
- Tbc
- Sifiliz (şankr)
- Reiter hastalığı
- Prostatit
- Travmatik
- Kateterizasyon
- Kaza
- Yabancı cisim
- Kimyasal
- Neoplastik

ANAMNEZ

Genel

Her türlü seksüel yolla bulaşan hastalığın tanısı için anamnezde seksüel ilişki, son seksüel ilişkinin ne zaman yapıldığı, kontraseptif metotları, partnerin sayısı ve beraberliğin süresi, seksüel tercihler ve sıra dışı seksüel tercihler sorgulanmalıdır.

Gonore

Hasta yoğun, pürülan üretral akıntı ve dizüriden yakınır. Prostatit ve epididimit olabilir ve hasta derin perineal veya skrotal ağrıdan yakınabilir.

Nongonokoksik üretrit

Hasta gonoredekinden daha ince üretral akıntıda yakınır. Başvuru gonoreye göre daha az akuttur.

Diğer bakteriler

Üretrit idrar yolu infeksiyonu ile birlikte olabilir. *Haemophilus ducreyi* infeksiyonu şankr benzeri veya yumuşak yaralara neden olabilir. Ağrılı genital ülserler ve inguinal bezlerin ağrılı şişliklerine neden olan tropikal bir infeksiyondur. Yumuşak yaralar üretra ağzını tutabilir ve dizüri, ince, sulu akıntıya neden olabilir. Üretra tüberkülozu çok nadirdir. Sifilitik şankır bugün nadir olmakla beraber terminal üretrayı tutan ağrılı şişliklere neden olur.

Reiter hastalığı

Hasta genellikle yakın zamanda nonspesifik üretrit veya bunu takiben dizanteri geçirmiş genç bir erkektir. Üretral akıntı dışında hastada konjonktivit ve eklem ağrısı öyküsü olabilir.

Prostatit

Akut prostatitte üretral akıntı nadirdir. Kronik prostatitte berrak beyaz üretral akıntı olabilir. Hasta suprapubik ağrı, bel ağrısı, perianal rahatsızlık ve testise vuran ağrıdan şikayet edebilir.

Travma

Üretral girişimler veya uzamış kateterizasyon üretrite neden olabilir. Anamnez açıktır. Yabancı cisimler hasta tarafından sokulmuştur. Çeşitli ilginç açıklamalar yapılır. Diğer yabancı cisimler mesaneyi geçen taşlar veya uretral kateter parçaları olabilir. Hasta yabancı cismi kendisinin soktuğunu benimseyerek anlatabilir.

Kimyasal

Kimyasal üretritler kadınlarda daha sıktır. Sabun veya banyo losyonlarında değişiklik öyküsü vardır.

Neoplastik

Üretral karsinom nadirdir. Hastada dizüri ve kanlı üretral akıntı olabilir.

FİZİK MUAYENE**Gonore**

Genellikle eksternal üretral ağızda yoğun bir akıntı görülebilir. Prostatit veya rektal akıntı kontrol edilmelidir (homoseksüellerde). Rektal muayenede ağrılı ve çamur

kıvamında prostat prostatitin bulgusu olabilir. Skrotumun palpasyonu epididimiti gösterebilir.

Nongonokoksik üretrit

Eksternal üretral meatusta cerahat görülebilir. Prostatit ve epididimit kontrol edilmelidir.

Diğer bakteriler

Diğer üretrit formlarında da eksternal üretral meatusta akıntı görülebilir. Şankroitte meatus etrafında yaralarla beraber genital organlarda yara görülebilir. İnguinal lenfadenopati kontrol edilmelidir. Üretral tüberküloz çok nadirdir. Diğer bölgelerde de tüberküloz bulguları aranmalıdır ör: akciğerler, böbrek ve epididim. Sifilitik şankırda meatus ödemli ve şişmiştir. İnguinal lenfadenopati olabilir.

Reiter hastalığı

Konjonktivit ve artrit değerlendirilmelidir. Beraberinde plantar fasiitis ve Achille tendiniti olabilir. Ayak tabanı ve avuçlarda abseler değerlendirilmelidir (keratoderma blenorrhagica).

Prostatit

Rektal tuşede ağrılı prostat olabilir.

Travmatik

Üretra boyunca ağrı hissedebilir veya taş, yabancı cisim palpe edilebilir.

Neoplastik

Üretra trasesinde sert bir yumru hissedilebilir. Üzerine uygulanan basınçla kanlı akıntı görülebilir.

GENEL TETKİKLER

- **TKS,ESH**
İnfeksiyonda lökosit artar ör: gonore. İnflamasyonda sedimentasyon hızı artar, ör: sifiliz.
- **Sürüntü**
Üretral akıntının mikroskopisinde , kültür ve antibiyogram tayininde sürüntü kullanılır. Gonokok, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas sp.*, *Ureoplasma urealyticum*

üreyebilir. Candida veya koliformlar gibi sekonder infeksiyonlar olabilir. *Haemophilus ducreyi* şankroitten üreyebilir. Karanlık saha mikroskopisi sifilizde treponemaları gösterir.

SPESİFİK TETKİKLER

- **Sabah erken idrarı**
Tbc
- **Prostat masajı**
Kronik prostatitte akıntının kültür ve antibiyogramı.
- **VDRL**
Sifilitik şankır
- **Sistoüretroskopi**
Yabancı cisim. Üretral karsinom.

▶ İDRAR İNKONTİNANSI

İdrar inkontinansı mesaneden istem dışı idrarın kaçırılmasıdır. İdrar kaçırmanın uygunsuz yerde ve zamanda olması sosyal problemler yaratmaktadır. Stres inkontinansı idrarın öksürük veya ıkınma sırasında kaçırılmasıdır. "Urge" inkontinans tekrarlayan ani idrar isteği karşısında idrarı tutamamaktır. Taşma inkontinansı detrusor kasın gevşemesinden dolayı mesane gerilmesine ve kasılmasına cevap verememesi sonucu oluşur. Sfinkter mekanizmasının zayıflığı giderek taşma mekanizması ile inkontinansa yol açar.

NEDENLER

Stres inkontinansı

Pelvik taban hasarı

- Doğumlar
- Prostatektomi

"Urge" inkontinans

Detrusor instabilitesi

- Prostatektomi
- Sistit
- Radyoterapi sonrası
- Tüberküloz sistiti
- İnterstisyel nefrit
- Taşlar
- Tümör

Taşma inkontinansı

Alt motor nöron hasarları

- Sakral merkez hasarı
- Cauda equina hasarı
- Sakral sinir hasarı ör:pelvik cerrahi
- Diyabet

Kronik çıkış yolu tıkanıklıkları

- Prostat büyümesi

Nörolojik*Üst motor sinir lezyonları*

- Sakral merkezin üzerindeki spinal kord hasarı
- Disk lezyonu
- Spinal tümörler
- Kafa travması
- İnme
- Multiple skleroz
- Siringomyeli

Anatomik

- Ektopik mesane
- Ektopik üreter
- Vesikovajinal fistül

Diğer

- Nokturnal enurezis

ANAMNEZ**Stres inkontinansı**

Multiple doğum , zorlu doğum, yakın zamanda yapılmış prostatektomi, öksürük ve ıkınma sırasında idrar kaçırma öyküsü sorgulanmalıdır.

“Urge” inkontinans

Hasta sık ve sürekli olan ani idrar yapma isteği karşısında idrarını tutamaz. Geçirilmiş prostatektomi sorgulanmalıdır. Sık idrar ve dizüri öyküsüyle tekrarlayan sistit atakları düşünülür. Pelvik radyoterapi,tüberküloz ,üreterik kolik öyküsü sorgulanmalıdır. Taşa bağlı suprapubik rahatsızlık hissi ve hematüri olabilir. Hematüri tümöre de bağlı olabilir.

Taşma inkontinansı

Lomber vertebrayı tutan spinal hasar öyküsü (sakral merkez, cauda equina), pelvik cerrahi öyküsü (rektumun abdominoperineal rezeksiyonu sırasında pelvik sinir hasarı) diyabet öyküsü, prostatizme bağlı ve taşmaya yol açan kronik retansiyon öyküsü alınmalıdır. Hasta normal olarak idrarını yapabilir fakat mesanesinin tam boşalmadığını hisseder ve idrar sızıntısı devam eder.

Nörolojik

Üst motor sinir hasarı sonucu oluşan lezyonlarda sakral merkez yukarıdaki kordonu etkileyen spinal travma, kafa travması, CVA öyküsü sorgulanmalıdır. Multiple skleroz veya siringomiyeli yönünden nörolojik muayene yapılmalıdır.

Anatomik

Ektopik mesane karın duvarı defekti ile birlikte doğumda aşıkardır ve alt karın duvarında ureterin mesaneye giriş yeri açıktadır. Üreterin çift olması üreterin vaginaya ektopik açılması ile beraber olabilir. Vesikovaginal fistül pelvik cerrahi veya pelvik radyoterapi sonrası olabilir. Bazen pelvik malignitelerin bir semptomu olarak karşımıza çıkabilir. Nadiren uretero vaginal fistül üreteral taşın vaginal forniksi erozyonu sonucu da oluşabilir. Çift ureterle beraber olan vesikovaginal fistül veya ureterovaginal fistülde idrar vaginadan devamlı olarak damlar.

Diğer

Noktürnal enurezis 10 yaşındaki çocukların %5'inden fazlasında görülebilir. Puberteden sonra yatağı ıslatma stabil olmayan mesane veya diğer patolojilerden kaynaklanır.

FİZİK MUAYENE

Stres inkontinansı

Öksürükte idrar kaçırma gözlenmelidir. Sistosel veya komplet prolapsus görülebilir.

“Urge” inkontinans

Fizik muayenede çok az şey bulunur.

Taşma inkontinansı

Mesane palpe edilebilir. Tam nörolojik muayene yapılmalıdır. Prostat hipertrofisi rektal tuşe ile anlaşılabilir.

Nörolojik

Mesanenin refleks boşalması söz konusudur. Tam nörolojik muayene yapılmalıdır.

Anatomik

Ektopik mesanede ürterler karın duvarında mesane mukozasına açılır. Vesikovaginal fistülde spekulumla yapılan incelemede fistül ağzı görülebilir.

GENEL TETKİKLER

- **TKS**
İnfeksiyonda lökosit artar.
- **İdrar örneği**
İnfeksiyon için kültür ve hassasiyet testi yapılır.
- **IVP**
İdrar yollarının üst kısımlarını, tıkanıkları, mesane lezyonlarını, fistülleri değerlendirir.

SPESİFİK TETKİKLER

- **Sistoskopi**
Mesane taşı ve neoplazi tanısı için .
- **Sistografi**
Vesikovaginal fistülü göstermede.
- **Ürodinami**
Üroflovetri akım hızını ölçer. Sistometri, detrusor kontraksiyonlarını. Saptar. Videosistometri, stres inkontinansında idrar sızıntısını gösterir. Üretral basınç profili sfinkter fonksiyonlarını ve çıkış yolu tıkanıklıklarını saptamada yardımcıdır.
- **BT**
Spinal kord lezyonlarını ve spinal tümörleri gösterir..
- **MRG**
Spinal kord lezyonunu, disk lezyonunu, spinal tümörü, siringomiyeliiyi saptamada kullanılır.

▶ İDRAR RETANSİYON

İdrar retansiyonu, akut, kronik, kronik zeminde akut olabilir. Akut retansiyonu olan hastalar acil olarak başvururlar. Akut retansiyon idrar akımının aniden kesilmesidir ve bu durum ağrılı mesane ile beraberdir. Kronik retansiyonda genişlemiş ağrısız mesane ile birlikte miksiyonda zorlanma vardır veya yoktur.

NEDENLERİ

Lokal

Üretra lümeni veya mesane boynu

- Üretral valfler
- Tümörler
- Taşlar
- Pıhtı
- Meatal ülserler

Üretra veya mesane duvarı

- Üretral travma
- Üretral darlık
- Üretral tümör

Duvar dışı nedenler

- Prostat büyümesi
- Fekal tıkaçlar
- Gebe uterus
- Pelvik tümör

Genel

Postoperatif

Nörolojik

- Spinal kord yaralanmaları
- Spinal kord hastalıkları
- Tabes dorsalis
- Spinal tümör
- Multiple skleroz
- Diyabetik otonom nöropati

İlaçlar

- Antikolinergik ilaçlar
- Antidepresanlar
- Alkol

ANAMNEZ**Lokal**

Miksiyonla ilgili öykü alınmalıdır, ör: miksiyona başlamada zorluk, zayıf akım, noktüri, pollaküri ve dizüri sorgulanmalıdır. İdrar yolu infeksiyonu, üretrit, üreterik kolik (mesaneye düşmüş ve mesane boynunda veya uretrada sıkışmış taşı düşündürür) veya hematüri sorgulanmalıdır. Üretra darlığına neden olabilecek uzamış kateterizasyon sorulmalıdır. Travma öyküsü olabilir. Hasta bir objenin üzerine düşmüş mü? Travma pelvik kırığına neden olmuş mu? Fekal tıkanıklığa neden olabilecek kabızlık öyküsü sorulmalıdır. Gebelik aşikar olarak görülür.

Genel

Özellikle yaşlı erkeklerde postoperatif akut retansiyon sıktır. Bu durum anksiyete, utanma, ayakta kalma, ağrı, ilaçlar, aşırı sıvı yüklemesi veya daha önce tespit edilmemiş prostatizme bağlı olabilir. Ürolojik müdahalelerden sonra gelişen akut retansiyonda mesanede pıhtı olabilir. Nörolojik hastalık sorgulanmalıdır. Spinal kord yaralanması ve ilaç öyküsü alınmalıdır.

FİZİK MUAYENE**Lokal**

Ani başlayan retansiyonlarda hastada gergin, palpable, ağrılı mesane olabilir. Akut tıkanıklıklarda mesane nadiren pubisin üzerine çıkar. Kronik retansiyonlarda da mesane gergindir fakat genellikle ağrısızdır, akut vakalara göre daha fazla genişlemiştir ve umblikusa kadar uzanabilir. Kronik retansiyonu olan hastalarda taşma inkontinansı olabilir. Üretra boyunca geçişin hissedilmesi taş veya darlıklarında görülebilir. Prostat hipertrofisi veya pelvik maligniteyi saptayabilmek için rektal tuşe yapılmalıdır. Üretral hasar ile beraber olan pelvik travmayı takiben rektal tuşede yüzen prostat saptanabilir. Üretral meatusu taş veya ülser açısından kontrol etmek gerekir. Hastada kronik retansiyonla beraber olabilecek üreminin semptomlarını aramak gerekir.

Genel

Postoperatif retansiyon aşıkardır. Genelde cerrahi insizyon bandajına ve ağrısına bağlı olarak mesane zor palpe edilir.

Spinal travma veya nörolojik nedenlere bağlı olan retansiyonlar aşıkardır ve tam nörolojik değerlendirme gerekir.

GENEL TETKİKLER

- **TKS,ESH**
Kronik böbrek yetersizliğinde, tümörlerde, hematüride hemoglobin azalır.
- **İdrar örneği**
Mikroskopi. Üriner infeksiyonda kültür ve hassasiyet. Maligniteyi doğrulamak için sitoloji.
- **Üre ve elektrolitler**
Böbrek yetersizliği. Tıkalıcı üropati.
- **Akciğer grafisi**
Akciğer ödemi (kronik böbrek yetersizliği). Olası tümör metastazı.
- **USG**
Mesane boyutları tanıyı doğrular. Üst üriner sistem geriye yansıyan basınçtan dolayı dilatedir. Gebe uterusu gösterir.

SPESİFİK TETKİKLER

- **Ureterografi**
Uretral valfler. Darlıklar. Uretral travma.
- **PSA**
Prostat karsinomu.
- **Sistoskopi**
Taş, tümör, darlık.
- **Ürodinami**
Nörolojik veya mesane boynu problemlerinin ayırımında ve değerlendirmesinde.

▶ GÖRME BOZUKLUKLARI

Görme çok önemli bir duyudur ve görme problemi olan hastalar çok sıkıntılıdır. Aşağıda semptomlarına göre sık görülen görme bozukluğu yaratan nedenler sıralanmıştır.

NEDENLER

Görme bozuklukları (ışık çakmaları veya yüzen şeyler)

- Migren
- Retina dekolmanı
- Vitroz kanama
- Vitrea dekolmanı

Görme bulanıklığı

- Kırılma hataları
- Kafa travmaları
- Göze künt travma
- Akut dar açılı glokom

Görme kaybı

Parsiyel kayıp

- Homonim hemianopsi - inme, tümör
- Bitemporal hemianopsi - hipofiz tümörleri
- Horizontal alan kaybı - retinal damar tıkanıklığı
- Periferiyal alan kaybı - glokom, papilla ödemi
- Santral alan kaybı - makuler dejenerasyon

Tam kayıp

Akut

- Amorozis fugaks
- Temporal arterit
- Optik nörit
- Santral retinal ven tıkanıklığı
- Santral retinal arter tıkanıklığı
- Papilla ödemi
 - Artmış intrakraniyal basınç
 - Malign hipertansiyon

Tedrici

- Katarakt
- Glokom
- Diyabetik retinopati
- Yaşa bağlı makuler dejenerasyon

ANAMNEZ

İlk olarak görme kaybının monooküler veya binoküler olup olmadığı tespit edilmelidir. Oküler veya optik sinir patolojileri monooküler görme kaybı yaparken, optik kiazma veya arkasındaki lezyonlarda binoküler kayıp olur. Santral görme kaybı maküler veya optik sinir patolojilerinde olur. Retinal lezyonlarda 'pozitif' skotomlar (hastalar görmedikleri bir alan olduğunun farkındadır), retina gerisindeki lezyonlarda 'negatif' skotomlar (hastalar görmedikleri bir alan olduğunu farkedemezler) olur.

Görme bozuklukları

İki taraflı ışık çakmaları ve zigzag çizgiler migren atakları sırasında görülebilir. Baş ağrısının kötüleşmesi, bulantı, kusma ve fotofobi ile beraber olur. Posteriyor vitröz dekolmanı, vitröz kanama ve retina dekolmanında yüzen cisimler ve ışık çakmaları görülebilir. Görme keskinliği ve görme alanı başlangıçta normalken büyük vitröz kanama ve retina dekolmanında azalır.

Görme bulanıklığı

Kırılma bozuklukları (uzak veya yakın görme) bulanık görmenin en sık nedenidir. Sık görülür ve genellikle gözlükle düzeltilir. Kafa ve göz travmaları da geçici bulanık görme kaybı yapabilir. Akut dar açılı glokomda korneal ödem ışık etrafında halo görünümüne yol açar ve kırmızı, ağrılı göz ile birlikte olur.

Görme kaybı

Görme kaybı parsiyel veya total olabilir. Parsiyel görme alanı kaybının tanımı tanıda yönlendiricidir. Vertikal görme alanı kayıpları sıklıkla inmenin yol açtığı optik kiazmanın ardındaki lezyonlardan dolayıdır. Buna rağmen benzer etkiler serebral tümör gibi yer kaplayıcı lezyonlarda da görülür. Horizontal görme alanı kayıpları retina nedenli olup genelde retinal damar tıkanıklığı sonucu oluşur. Glokomu olan hastalarda tünel görüntüsü ve makuler dejenerasyonu olan hastalarda ani santral görme kaybı olabilir.

Ani total görme kaybı genellikle vasküler nedenli olur. Amorozis fugaks oftalmik arter embolisi sonucu oluşan ani, geçici monoküler körlüktür. Hastalar klasik olarak 'gözlerine

perde indiğinden' şikayet eder. Temporal arteriti olan hastalarda temporal baş ağrısı ve çene klodikasyonu ile beraber oftalmik arterin tutulması sonucu ani körlük olabilir. Genellikle polimiyalji romatika ile beraberdir. Papilla ödemi postürle alakalı saniyeler süren geçici görme kaybı yapabilir.

Multiple sklerozda optik nörit nedeniyle monoküler körlük olabilir. Genellikle birkaç gündür artan görme bulanıklığıyla başlar ve göz hareketleri ile artan retroorbital ağrı ile beraberdir.

Diyabetik retinopati batı toplumlarında körlüğün en sık nedenidir. Diyabetik hastalar katarakt ve glokom geliştirmeye daha yatkındır. Yaşlılarda görme kaybının yavaş gelişmesi katarakt, glokom ve yaşla ilişkili maküler dejenerasyondan dolayıdır. Semptomların sinsi başlaması nedeniyle bu hastalar geç farkedilirler. Katarakt göz muayenesi sırasında görülebilir.

FİZİK MUAYENE

Görme keskinliği Snellen tablosunda iğne deliği metodu ile düzeltilerek kontrol edilmelidir. En büyük harfleri dahi okuyamayan hastalarda parmak sayısı sorulmalıdır. İleri testler hareketlerin algılanması ve son olarak ışık-karanlık ayrımı yapıp yapamadığının kontrolüdür. Kırılma kusurlarında görme ,Snellen tablosu iğne deliğinden okutularak düzeltilebilir. Görme alanı yüzleştirme testi ile kontrol edilir ve görme alanı defektleri yaklaşık olarak tespit edilebilir.

Işığa pupiller cevap görme yollarını değerlendirilmesine yardımcıdır. Direkt ışık refleksi tek taraflı optik siniri tutan lezyonlarda ve santral retinal arter tıkanmalarında kaybolabilir.

Optik sinir hastalıklarında renk tayini görme keskinliği ile karşılaştırılmıyacak şekilde azalır. Ishihara tabakaları kullanılarak ölçülebilir.

Fundoskopi

Fundoskopide pek çok bilgi edilir. Katarakta kırmızı yansıma kaybolur. Retinanın muayenesi diyabetiklerde retinada pamuk atılmış tarzda nokta ve lekelerden oluşan kanamadan ibaret zemin retinopatisini gösterir. Hipertansif retinopatide, gümüş tel manzarası, arteriyovenöz köprüleşme, retinal kanama ve nihayet papilla ödemi görülebilir. Retinada yeni damar oluşumları proliferatif retinopatiyi gösterir.

Retina infarktında retina ödemli ve soluktur, makula belirgin ve kırmızıdır (kiraz kırmızısı leke). Retinada dekolman alanları görülebilir ve kan pıhtıları vitröz hemorajide tespit edilebilir. Optik nörit ve papilla ödeminde optik diskin sınırları bulanıklaşır ve ardından soluklaşır. Çekilmiş optik disk görüntüsü kronik glokomda olabilir.

Göz muayenesini tamamlamak için nörolojik muayene ve emboli kaynağını saptamak için kardiyovasküler muayenenin yapılması gerekir. Ritim atriyal fibrilasyon açısından kontrol edilmeli, kalp ve karotis üfürüm açısından dinlenmelidir. Kan basıncı hipertansiyonu dışlamak için ölçülmelidir.

GENEL TETKİKLER

- **ESH**
Dev hücreli arterit.
- **Kan glukozu**
Diyabette glukoz artar.
- **Göz içi basınç ölçümü**
Glokomda artar.
- **Perimetre**
Görme alanı tayininde. Arkuat skotomlar glokomda görülür. Santral skotomlar optik nöritte görülür. Bitemporal hemianopsi/homonim hemianopsi ve quadrantanopsi nörolojik patolojilerde görülür.

SPESİFİK TETKİKLER

- **Kraniyal BT/MRG**
Tümör, inme, multiple skleroz.
- **Karotis doppleri**
Amarozis fugaksta aterosklerotik plaklar.
- **Temporal arter biyopsisi**
Temporal arterit.
- **USG**
Katarakt veya vitröz hemoraji nedeniyle fundusun görülemediği durumlarda retinayı değerlendirmek için.

▶ SES BOZUKLUKLARI

Ses bozuklukları bir çok nedene bağlı olabilir. Sesteki değişiklikler ses kısıklığından afoniye kadar değişebilir. Metastatik yayılımı olduğunda kötü prognozu olan fakat erken dönemde kolayca tedavi edilebilen laringeal karsinomanın saptanması son derece önemlidir.

NEDENLER

İnfektif

- Larenjit

Travmatik

- Künt travma
- Ses tellerinin aşırı kullanımı

Neoplastik

- Laringeal papillom
- Laringeal karsinom

Rekürren laringeal sinir felci

- Guatr
- Özofagus karsinomu
- Bronş karsinomu
- Torasik aort anevrizması
- Postoperatif-torasik, paratiroid ve tiroid cerrahisi

Psikojenik

- Miyastenia gravis

ANAMNEZ

Başlangıç

Ses kalitesini ayırt etmek nedenleri de ayırt etmede yardımcı olur. İnfeksiyon ve sesin aşırı kullanımı geçici kötüleşmeye yol açar. İlerleyici bozulmalar tümörlerde ve devamlı ses kısıklığı da rekürren laringeal sinir felcinde görülür.

Kolaylaştırıcı faktörler

Viral infeksiyonlar genelde akut larenjit nedenidir. En sık nedeni influenza virüsüdür. Sigara ve şarkıcılar tarafından

sesin aşırı kullanımına bağlı vokal kord travması veya basitçe aşırı bağırma sıklıkla ses kısıklığını kolaylaştırır. Larinkse künt travma sonucu oluşan ses kısıklığı larinks fraktürünün ve kararsız hava yolunun ilk bulgusu olabilir.

Özgeçmiş

Guatr ile birlikte olan reküren laringeal sinir felci tiroid malignitesine bağlı olabilir. Reküren sinirin tümör infiltrasyonu özafagus ve akciğer malignitelerinde de görülebilir. Ses kısıklığı torasik aort anevrizmasının ilk bulgusu olabilir. Daha önceki tiroid veya toraks cerrahisi vagus veya reküren sinir yaralanmasına yol açmış olabilir.

Birlikte olan semptomlar

Farenjit sonucu boğaz ağrısı akut larenjitte beraber görülebilir. Kulağa vuran ağrı veya yutma güçlüğü laringeal karsinomun geç bulgusu olabilir. Hızla ilerleyen yutma güçlüğü özafagus karsinomunun bulgusu olabilir. Burundan konuşma miyastenia graviste pitosis, diplopi ve kas güçsüzlüğü ile beraber görülebilir. Ses kalitesini bozan tuhaf semptomlarla beraber olan fakat normal öksürük refleksi ile birlikte olan durumlarda fonksiyonel nedenler düşünülmelidir. Bu tanı diğer nedenlerin dışlanmasıyla konur.

FİZİK MUAYENE

İndirekt laringoskopi bir ayna ve lambayla yapılır. Başarılı olunamadığı durumlarda larinks lokal anestezi altında fiberoptik laringoskopi ile incelenebilir. Kuru eritematöz larinks akut larenjitte görülür. Vokal kord papillomları ve supraglottik karsinomlar direkt olarak görülebilir. Reküren laringeal sinir yaralanması tek taraflı vokal kord paralizisine yol açar. Bu durum tespit edildiği zaman altta yatan nedeni tespit için dikkatli bir muayene yapılmalıdır. Boyun guatr açısından muayene edilmelidir. Özafagus karsinomunda supraklaviküler lenfadenopati palpe edilebilir. Göğüs bronş karsinomu sonucu oluşabilecek ateletazi ve plörezi açısından dikkatlice değerlendirilmelidir.

GENEL TETKİKLER

- **TKS**
Larenjitte lökosit artar.
- **ESH**
Larenjit ve karsinomda artar.
- **Akciğer grafisi**
Bronş karsinomu. Torasik anevrizmada mediasten genişlemesi.

SPESİFİK TETKİKLER

- **Tensilon testi**
Miyastenia gravis.
- **Endoskopi**
Özafagus karsinomu.
- **Boyun BT**
Laringeal ve tiroid karsinomunun tanı ve evrelemede.
- **Toraks BT**
Akciğer tümörleri, torasik anevrizma.
- **Arkus aortagrafi**
Torasik anevrizma.
- **İİAS**
Tiroid karsinomu.

► KUSMA

Kusma, mide içeriğinin ağızdan zorlu çıkarılmasıdır. Medulla oblongata'daki kusma merkezinin uyarılmasıyla ortaya çıkar. Bu, kusma merkezinin direkt uyarılması(santral kusma) veya afferent fibrillerin uyarılması(refleks kusma) yoluyla gelişebilir.

NEDENLER

Santral Kusma

- İlaçlar (Ör: Narkotik analjezikler, kemoterapötik ajanlar)
- Akut infeksiyonlar (özellikle çocuklarda)
- Endokrin/metabolik
 - Gebelik
 - Üremi
 - Hiperkalsemi
 - Diyabetik ketoasidoz
 - Addison hastalığı

Refleks Kusma

Gastrointestinal hastalıklar

İnflamasyon

- Apandisit
- Kolesistit
- Pankreatit
- Peptik ülser
- Peritonit
- Biliyer kolik

Tıkanıklık

- Pylor stenozu
- İnce barsak tıkanıklığı
- Kalın barsak tıkanıklığı

Gastrointestinal iritanlar

- Bakteriler (Ör: Campylobacter spp, Salmonella spp)
- İlaçlar (Ör: Aspirin, NSAİİ, alkol, demir, antibiyotikler)
- Toksik maddeler (Ör: Arsenik)
- Emetikler (Ör: Sodyum klorit, ipecacuanha)

SSS nedenleri

- İntrakraniyal basınç artışı
- Labirent hastalıkları
- Meniere hastalığı
- Kafa travması

- Migren
- Hareket hastalıkları

Psikojenik

- Psikiyatrik hastalıklar (Ör: Histeri, bulimia, anoreksiya nervosa)
- Nahoş görüntü ve kokular

Diğerleri

- Miyokard infarktüsü
- Şiddetli ağrı (Ör: Testis torsiyonu, fraktürler)
- Radyasyon
- Yaygın malign hastalık
- Şiddetli öksürük (Ör: Kronik bronşit)

ANAMNEZ

Genel

Kusmanın niteliği

Parlak kırmızı kanama (peptik ülser kanaması). Sindirilmiş kan (kahve telvesi). Safra (proksimal ince barsak tıkanıklığı). Fekaloit (distal ince barsak tıkanıklığı). Yeni yenmiş yiyecek. Birkaç gün beklemiş yiyecek (pylor stenozu). Projektil kusma (infantil pylor stenozu).

Kusmanın zamanı

Yemekten hemen sonra (gastrik ülser, gastrik karsinom). Sabah erken (gebelik). Kronik göğüs infeksiyonu (kusma sonrası).

Kusmayla hafifleyen ağrı

Peptik ülser hastalığı

Santral Kusma

Dikkatli ilaç anamnezi alınır. Hasta kemoterapi alıyorsa neden aşıkardır. Çocuklarda akut infeksiyon genellikle bellidir. Gebelik kontrol edilir. Endokrin ve metabolik hastalıklar çoğunlukla kan testleri ile belirlenebilir.

Refleks kusma

Gastrointestinal

Gastrointestinal problemde genellikle anamnez aşıkardır (ör; peritonitin lokalize hassasiyeti veya tıkanma ile ilişkili kolik

tarzında karın ağrısı). Aspirin gibi iritan ilaçlara yönelik dikkatli anamnez alınır. Bulimiada olduğu gibi emetiklerin kötüye kullanımı kontrol edilir.

SSS

İntrakraniyal basınç artışında kusma ile birlikte genellikle baş ağrısı ve uyuklama olur. Labirentit ile birlikte bulantı, kusma, baş dönmesi ve değişmez bir bulgu olarak işitme kaybı olur. Meniere hastalığı baş dönmesi, kulak çınlaması ve saçırılık ile (karakterizedir)prezente olur. Kulak çınlaması genellikle devamlıdır ancak atak öncesi daha şiddetli olur. Kulak çınlaması diğer semptomlardan aylar önce ortaya çıkabilir. Meniere hastalığının atakları, dakikalardan saatlere kadar sürebilir. Migren, görsel aura ile birlikte tek taraflı zonklayıcı baş ağrıları ve bazen fotofobi ile prezente olur. Harekete bağlı kusmada (araç tutmasında) anamnez genellikle aşıkardır.

Psikojenik

Bulimia, yemeyi takiben istemli kusmadır. Anoreksiya nervosada da kusma görülebilir ancak, genellikle belirgin özelliği yeme yetersizliğidir. Histeri kusmadan sorumlu olabilir. Tam psikiyatrik değerlendirme önerilir.

Diğerleri

Diğer nedenler için anamnez genellikle belirgindir. Miyokard infarktüsünde genellikle şiddetli göğüs ağrısı olur, testis torsiyonu veya travma ile birlikte de şiddetli ağrı vardır. Fraktür aşıkardır. Şiddetli göğüs enfeksiyonu anamnezi olabilir (ör; bronşit veya bronşiyektazi ile ilişkili öksürük epizotunu takiben kusma). Malign hastalık nedeniyle radyoterapi uygulanmış olabilir. Yaygın malign hastalık kusmaya neden olabilir.

MUAYENE

Gastrointestinal

Tam gastrointestinal muayene yapılır. Lokalize hassasiyet veya intestinal tıkanma bulguları araştırılır.

SSS

İntrakraniyal basınç artışında ilgisizlik, iritabilite, uyuklama ve nabız hızında azalma ile birlikte kan basıncında yükselme olur. Papilla ödeminine bakılır. Sonunda koma ve düzensiz solunum

gelişir. Akut labirentitte lezyonun ters yönünde nistagmus olabilir. Fistül testi (tragus üzerine basınç uygulanması perilenfin hareketini azaltarak baş dönmesi veya göz deviyasyonuna neden olur) pozitifdir. Sensorinöral sağırılık, pürülan labirentitte ortaya çıkabilir. Meniere hastalığında "past-pointing" (past-pointing, vestibüler aparat ve serebellar fonksiyonun değerlendirildiği bir testtir) ile birlikte rotator nistagmus ve atak sırasında duruş ve yürüyüşte dengesizlik saptanabilir.

Psikojenik

Anoreksiya nervosa, sıklıkla endişeli ebeveyni olan çok zayıf ve kıllanma artışı olan kadınlarda görülür.

Diğerleri

Miyokard infarktüsünde akut konjestif kalp yetersizliği bulguları olabilir. Şiddetli ağrı olgularında normal olarak dikkat uygun alana çekilir(ör; testis travması veya torsiyonunda skrotum). Radyasyonda, yeni uygulanan radyoterapinin cilt bulguları olabilir. Yaygın malign hastalıkta hasta genellikle kaşektiktir. Primerin yeri belirgin olabilir. Şiddetli öksürükte göğüs bulguları aşikar olabilir.

GENEL TETKİKLER

- **TKS, ESH**
Hemoglobinde azalma; gastrointestinal hastalık. Malignite. Anoreksiya nervosa. Lökositte artma ; abdominal inflamasyon. ESH'da artma; inflamasyon. Tümör.
- **Üre ve elektrolitler**
Dehidratasyon. Üremi. Hiperpotasemi Addison hastalığında görülür.
- **KcFT**
Safra kanalı hastalığı
- **Serum amilazı**
Pankreatit
- **Akciğer grafisi**
Konjestif kalp yetersizliği- pulmoner ödem. Malignite. Pnömoni. Bronşiyektazi.
- **EKG**
Miyokard infarktüsü

- **Ayakta direkt batın grafisi**
Tıkanıklık.

SPESİFİK TETKİKLER

- **Kan glukozu**
Diyabette yükselir. Addison hastalığında düşer.
- **Serum kalsiyumu**
Hiperparatiroidi ve diğer hiperkalsemi nedenleri.
- **Arter kan gazları**
Diyabetik ketoasidoz
- **β HCG**
Gebelik
- **Toksikoloji taraması**
İlaç kaynaklı kusma
- **Baryumlu kolon grafisi**
Malignite. Divertiküler hastalık.
- **İnce barsak grafisi**
Gastrointestinal hastalık (ör; Crohn hastalığı)
- **Özafagogastroduodenoskopi**
Peptik ülser hastalığı. Malignite.
- **USG**
Gastrointestinal hastalık (ör; safra taşları)
- **BT**
Abdominal malignite. İntrakraniyal basınç artışı ile ilişkili intrakraniyal lezyon.
- **Rinne testi**
Meniere hastalığı, labirentit.
- **Kalorik testler**
Labirentit, Meniere hastalığı.
- **Audiometri**
Meniere hastalığı, labirentit.

▶ KİLO ARTIŞI

Çoğu olguda, kilo artışı patolojik değildir. Gebelik hariç , kilo artışı ile başvuran hastaların %1 inden daha azında aşağıdaki nedenler sorumludur.

NEDENLER

Gebelik

Yağ artışı

- Cushing sendromu
- Hipotiroidi
- Polikistik over sendromu
- Hipotalamik hastalık

Sıvı artışı

- Kalp yetersizliği
- Böbrek yetersizliği - nefrotik sendrom
- Asit
- Lenfatik tıkanma

Kas artışı

- Büyüme hormonu
- Androjenik steroidler
- Atletler (ör; ağırlık kaldıranlar)

ANAMNEZ

Genel

Gebelik olasılığı ve basit kilo artışına sebep olabilecek diyet alışkanlıklarındaki değişiklikler sorgulanır. Hızlı kilo artışı, kuru ağırlıkta bir artışın aksine, sıklıkla sıvı artışına bağlıdır. Özellikle vücut çalışanlarda anabolik steroidlerin ve büyüme hormonu kullanımını dışlamak için ilaç anamnezi alınır.

Cushing sendromu

Cushing sendromlu hastalar kıllanma artışı, akne, abdominal stria, kas güçsüzlüğü, sırt ağrısı, amenore, ince deri, ekimoz ve depresyon ile başvururlar. Cushing sendromuna neden olan eksojen kortikosteroid kullanımını dışlamak için ilaç anamnezi alınmalıdır.

Hipotiroidi

Hipotiroidide hastalar uyuklama, iştahsızlık, soğuga tahammülsüzlük, guatr, kuru saç, kuru cilt, kabızlık ve menorajiden şikayet edebilir.

Polikistik over sendromu

Polikistik over sendromlu kadınlar hirsutizm, obesite ve menstrüel düzensizliklerle başvurur. Bu durum insülin direnci ile de birliktedir.

Hipotalamik hastalık

Geçirilmiş nörocerrahi anamnezi, kraniyofaringioma veya diğer beyin tümörleri hipotalamusta hasara neden olabilir. Hipotalamus iştahın regülasyon merkezi olduğu için, bu hasar kontrolsüz aşırı yemeyle sonuçlanabilir.

Kalp yetersizliği

Kalp yetersizliğinden kaynaklanan sıvı retansiyonu, efor dispnesi, ortopne, paroksizmal noktürnal dispne semptomlarıyla birliktedir. Asit ve periferik ödem de konjestif kalp yetersizliğine bağlı olabilir.

Böbrek yetersizliği

Böbrek yetersizlikli hastalar uyuklama, frajil pigmentli cilt, periferik ödem, periorbital ödem, susama ve poliüri ile başvurabilir.

ASİT

Bakınız sayfa 37.

MUAYENE**İnspeksiyon**

Vücut yağ dağılımına dikkat edilmelidir. Cushing sendromlu hastalarda gövdesel obesite ile birlikte proksimal kas zayıflığı vardır. Hirsutizm, polikistik over sendromu ve Cushing sendromunun bir özelliğidir. Hipotiroidide kaşların üçtebir dış kısmında dökülme ve 'şeftali ve krema' cildi görülebilir.

İnspeksiyonda, Cushing sendromu ve böbrek yetersizliğinde ince ve kolay zedelenebilir cilt saptanabilir. Ek olarak Cushing sendromlu hastalar, stria ve osteoporozdan kaynaklanan kama fraktürleri nedeniyle torasik kifoz ile başvurabilir.

Proksimal kas güçsüzlüğü Cushing sendromu ve hipotiroidide bulunur. 'Vücut yapısı' bulguları kontrol edilir.

Palpasyon ve oskültasyon

Periferik ödem, böbrek ve kalp yetersizliğinde aşırı sıvı yükünün bir bulgusu olabilir. Gode bırakmayan ödem karakteristik olarak hipotiroidide bulunur. Juguler ven basıncı bakılmalıdır; konjestif kalp yetersizliğinde ve aşırı sıvı yüklü böbrek yetersizliğinde yüksektir. Nabız bakılmalıdır; bradikardi hipotiroidiyi düşündürür. Kan basıncı ölçülmelidir; hipertansiyon uygunsuz manşon boyutundan dolayı olabilir veya Cushing sendromunun bir komplikasyonu olarak ortaya çıkabilir. Üçüncü kalp sesi kalp yetersizliğinde duyulabilir, yaygın akciğer krepitasyonu, kalp yetersizliğinden kaynaklanan akciğer ödemi ya da böbrek yetersizliğinde aşırı sıvı yüklenmesini düşündürür.

Daha ileri karın muayenesi karaciğer hastalığı, malignite ya da kalp yetersizliğinden kaynaklanan asiti ortaya koyabilir (sayfa 37). Hipotalamusu tutan lezyonları araştırmak için, tanısal görüntüleme gerektirecek nörolojik defisitleri ortaya koymak amacıyla tam nörolojik muayene yapılır. Hastanın vücut geliştiren ilaçlar (ör; anabolik steroidler) aldığına dair herhangi bir şüphe varsa testiküler atrofi ve prostat hipertrofisi kontrol edilir.

GENEL İNCELEMELER

- **İdrar dipstick testi**
+++ Glukozüri, obesitenin bir komplikasyonu olarak gelişen ya da Cushing sendromundan kaynaklanan diyabet. Proteinüri, nefrotik sendrom. Hematüri, renal hastalıklar.
- **Üre ve elektrolitler**
Cushing sendromunda potasyum azalır. Böbrek yetersizliğinde üre ve kreatinin artar.
- **TFT**
Hipotiroidiyi göstermek için.
- **Random kortizol düzeyi**
Yüksek akşam seviyeleri Cushing sendromunu düşündürebilir, normal sonuçlar hastalığı reddetmez. Sıklıkla yapılmasına rağmen tanısal değeri düşüktür.

SPESİFİK İNCELEMELER

- **24 saatlik idrarda serbest kortizol**
Cushing sendromunda artar
- **24 saatlik idrarda protein**
Nefrotik sendromda > 3.5 g
- **Düşük doz deksametazon testi**
Cushing sendromunda kortizol süpresyonunda yetersizlik.
- **Karın ve pelvis USG**
Böbrek hastalıkları, polikistik overler.
- **Ekokardiyografi**
Kardiyak yetersizlik
- **Kraniyal BT/MRG**
Hipotalamik hastalık.
- **Böbrek biyopsisi**
Böbrek parankimal hastalığın etyolojisini belirlemek için.

▶ KİLO KAYBI

İstemsiz kilo kaybı, altta yatan hastalığın bir göstergesi olabilir. Gizli kilo kaybı nedenleri aşağıdadır.

NEDENLER

Sistemik hastalık

- Malignite
- Kalp yetersizliği
- Kronik respiratuvar hastalık
- Malabsorpsiyon
- Böbrek yetersizliği
- Karaciğer yetersizliği

Endokrin

- Hipertiroidi
- Diyabetes mellitus
- Addison hastalığı

İnfeksiyon

- Tüberküloz
- HIV
- Helmint infeksiyonu (infestasyon)

Psikiyatrik

- Depresyon
- Anoreksiya nervosa

ANAMNEZ

Genel

Kilo kaybının miktarına ve geliştiği süreye dikkat edilmelidir. Gıda anamnezi, alınan besinin tipini ve miktarını belirlemek için gereklidir. Gıda alımındaki azalma, iştah azalmasından ya da depresyondan dolayı yemeye ilginin azalmasından kaynaklanabilir. Diğer yandan, tirotoksikozlu hastalar artmış iştaha rağmen kilo kaybeder.

Anoreksiya nervosalı hastalar, ciddi kilo kayıpları olmasına rağmen kilolu olduklarına inandıkları için sorgulamalar vücut görünümünün algılanması ile ilgili değerlendirmeyi içermelidir. HIV için risk faktörleri ortaya konulmalı ve seksüel anamnez ve intravenöz ilaç kullanımı ile ilgili bilgi elde edilmelidir. Her

sistemde istemsiz kilo kaybından sorumlu olabilen organ yetersizliğini ya da maligniteyi işaret eden özellikleri saptamak için sistem sorgusu gereklidir.

Kardiyo-respiratuvar sistem

Dispne, ortopne, paroksizmal noktürnal dispne, periferik ödem konjestif kalp yetersizliğini gösteren semptomlardır. Uzun süreli kalp yetersizliğinde kardiyak kaşeksi, yağsız vücut kitlesi ve total vücut yağındaki kayıptan kaynaklanır. Günümüzde en sık neden son dönem kalp yetersizliğidir. Ortopne ya da paroksizmal noktürnal dispnenin eşlik etmediği nefes darlığı solunum sistemi hastalığını düşündürür. Herhangi bir kronik solunum sistemi hastalığında, solunum işinin artışı sonucunda bazal metabolizma hızı artar. Hemoptizi, tüberküloz ya da maligniteden kaynaklanabilir. Uzun süreli sigara anamnezi, KOAH ve bronşiyal karsinom için güçlü bir presipitan faktördür. Gece terlemesi ve kilo kaybı hem Hodgkin hastalığı hem de tüberküloz ile birlikte olabilir.

Gastrointestinal sistem

Uyuklama, diyare, steatore (sayfa 402) ve karında rahatsızlık hissi malabsorpsiyonu destekleyen çeşitli semptomlardır. Sarılık, koyu idrar, açık renkli dışkı, kaşıntı, uzamış kanama, asite bağlı karında şişlik ve zihin karışıklığı karaciğer hastalığı ile ilişkili semptomlardır. Müphem karın ağrıları, barsak alışkanlığında değişiklik, tenezm, kan ya da mukuslu dışkı gastrointestinal maligniteden olabilir. Askaris gibi helmint infeksiyonlu hastalar, perianal kaşıntıdan şikayet edebilir ve dışkılarında solucanları fakedebilirler. Bu durum İngiltere'de nadir olmakla birlikte, yurtdışı seyahatinden dönen hastalarda görülebilir.

Renal sistem

Uyuklama, iştahsızlık, noktüri, oligüri, poliüri, hematüri, proteinüri nedeniyle köpüklü idrar, fragil cilt, kaşıntı, ödem ve kemik ağrısı böbrek hastalığını düşündürülen multisistemik özelliklerden bazılarıdır.

Hematolojik sistem

Hodgkin hastalığında lokalize ağrısız lenfadenopati ateş ve kaşıntıya eşlik edebilir. Persistan generalize lenfadenopati HIV'in başvuru bulgusu olabilir.

Endokrin sistem

Kilo kaybı ile birlikte polidipsi ve poliüri diyabetiklerde görülen

başvuru semptomlarıdır. Tirotoksikozlu hastalar tremor, canlı bakış, sıcak intoleransı, çarpıntı ve diyareden şikayet edebilirler. Addison hastalığında iştahsızlık, halsizlik, bulantı, kusma, diyare ya da postural hipotansiyondan kaynaklanan senkop görülebilir.

MUAYENE

Gizli kilo kaybı nedenleri pek çoktur. Muayenede saptanabilen aşağıda belirtilen spesifik özellikler, altta yatan nedeni belirlemede faydalı olabilir.

İnspeksiyon

Endokrin hastalığını destekleyen bulgular aşikar olabilir; ekzoftalmi ve tremorla birlikte tirotoksikozda belirgin guatr olabilir. Postural hipotansiyonu olan kaşektik bir hastada cildin katlanma yerlerinde ve bukal mukozada pigmentasyon artışı Addison hastalığında olağan bulgulardır. Sarılık, kaput medusa, arteriyal örümcek ve jinekomasti karaciğer hastalığında görülebilir. Taşipne ve büyük dudak solunumu KOAH bulgusu olabilir. Çomak parmak bronş karsinomu, süpüratif akciğer hastalığı, siroz ve inflamatuvar barsak hastalığının bir özelliği olabilir. Juguler venöz basınç konjestif kalp yetersizliğinde yükselir.

Palpasyon ve oskültasyon

Periferik ödem kalp yetersizliği, malabsorbsiyon, böbrek ve karaciğer yetersizliğinde ortaya çıkabilir. Göğüs oskültasyonunda, kalp yetersizliğinde akciğer ödemine bağlı yaygın krepatasyonu veya KOAH'da azalmış solunum sesleri saptanır. Karnın palpasyonunda karaciğer hastalığına bağlı hepatomegali ve asit saptanabilir. Asit, kalp yetersizliği ve gastrointestinal malignitelerde de gelişebilir. Addison hastalığında postural hipotansiyon olacağından yatarken ve ayakta kan basıncı ölçülmelidir.

GENEL TETKİKLER

- **İdrar tetkiki**
Diyabette glukoz. Böbrek hastalıklarında protein ve kan.
- **TKS**
Hemoglobinde azalma; kronik hastalık, malabsorbsiyon, böbrek ve karaciğer yetersizliği.

- **ESH**
Malignitede artar .
- **Üre&Elektrolitler**
Böbrek yetersizliğinde üre ve kreatinin artar. Addison hastalığında sodyum azalır, potasyum artar ve bikarbonat azalır .
- **Kan glukozu**
İki ayrı zamanda 11.1 mmol/l'den daha yüksek düzey diyabetes mellitusu gösterir.
- **Karaciğer fonksiyon testleri**
Karaciğer yetersizliğinde bilirubin artar, transaminaz artar ve albumin azalır.
- **Pıhtılaşma testi**
Karaciğer yetersizliğinde PT uzar .
- **TSH ve serbest T4**
Tirotoksikozda TSH azalır ve T4 artar.
- **Akciğer grafisi**
Malignite, TB.

SPESİFİK TETKİKLER

- **Dışkıda yağ tayini**
Yağ malabsorbsiyonunda artar.
- **Dışkıda gizli kan**
Kolonorektal karsinom
- **Direkt karın grafisi**
Kronik pankreatitte pankreas kalsifikasyonu.
- **Kolonoskopi**
Kolonorektal karsinom, inflamatuvar barsak hastalığı.
- **Gastroskopi**
Gastrik karsinom.
- **Batın USG**
Malignite, böbrek yetersizliğinde küçük böbrekler.
- **Kısa "synacthen" testi**
Addison hastalığında plazma kortizol artışında yetersizlik.
- **Ekokardiyografi**
Kalp yetersizliğinde ventriküler disfonksiyon.
- **Dışkı kültürleri**
Helmintler ve onların yumurtaları için mikroskopi.
Helmintler nadiren çıplak gözle görülebilir.
- **HIV antikorları**
HIV tanısı için.

▶ İNDEKS

- abetalipoproteinemi 402,
 403, 404
 ACE inhibitörleri 91, 356
 açılı kapanması glokomu 126,
 127, 445, 446
 açlık, kabızlık 85
 Addison hastalığı 3, 24, 232,
 233, 235, 452, 455, 461,
 463, 464
 dil 426, 427, 428, 430
 adenoidit 123, 321, 322, 324,
 325
 adenom
 guvadır 173
 hipofiz 225, 229
 pleomorfik 136
 villöz 101, 103, 104, 105
 adhesiv kapsüllit 258,
 259-60, 261
 dinamik barsak obstrüksiyonu
 236, 238
 adrenal hiperplazi, konjenital
 224, 225, 226, 227
 adrenal tümörler, hirsutizm
 224, 226, 227
 aflatoksin 217
 aftöz ülser 426, 428, 429
 agranülositoz 185, 313, 314
 ağız ülserleri 313-16, 403
 ağrı, karın 1-6
 ağrılı ark sendromu 262
 ağrılı mavi bacak 289
 AIDS 321, 422, 331, 418, 419,
 420, 421
 akalazya 111, 112, 113, 114, 115
 akantozis nigrikans 226
 akciğer apsesi 69, 70, 71,
 72, 120
 akciğer karsinomu 40, 198,
 202, 331
 akciğer tümörü
 öksürük 91, 92, 94
 dispne 116
 hıçkırık 220
 akne 225, 229
 akondroplasi 250, 251, 254
 akromegali
 kol ağrısı 33
 fasiyal şişlikler 134, 136,
 137, 138
 hirsutizm 224, 225, 226, 227
 hiperglisemi 230
 hipertansiyon 228, 229, 231
 eklemler 251, 253, 255, 257
 dil 426, 427, 428, 430
 akromiyoklavikular osteoartrit
 258, 260, 261
 akromiyoklavikular eklem
 dislokasyonu 259, 261
 akrosiyanoz 95, 96
 aksiller apse
 akut 42, 43
 kronik 42, 43, 44
 aksiller arter anevrizması 42,
 43, 44, 45
 aksiller lenfadenopati 36, 55
 aksiller şişlikler 42-5
 aksiller ven trombozu 32, 33,
 34, 35, 36
 aksonal hasar, diffuz 74
 aktinomikoz 245, 246, 247, 249
 akustik nörinom 98, 99, 100,
 109, 110
 alkol çekilmesi
 konvülsiyon 88
 kaşıntı 362
 alkolizm 24, 38, 70, 82
 ayak ülserleri 165
 çene ağrısı 248
 dışkı inkontinansı 144
 konvülsiyon 88
 alkol kötüye kullanımı
 hepatomegali 216
 impotans 232
 kas güçsüzlüğü 317
 kol ağrısı 33

- sarılık 241
sinüs taşikardisi 347
alkol zehirlenmesi 80, 82
alprostadil 352
amaurosis fugax 445, 446, 448
ambulatuvar EKG takibi 349
amebiasis 216, 368
ameloblastom 245, 247
amenore 225, 337
amiloidoz 33, 396, 398, 399, 400
hepatomegali 215, 216, 217, 219
amilorid 355
aminoglikozidler 98, 107, 108, 344, 356
amip apsesi 218, 219
amiyotrofik lateral skleroz 157
amfetaminler 77, 187
konvülsiyon 88
amfizem 120
amfoterisin 344
ampiyem 5, 7, 8, 9, 56, 69, 70, 71, 72, 73
hıçkırık 220
ampulla vateri karsinomu 241
anafilaksi 116, 117, 119, 339, 392, 393, 394, 406
anal akıntı 365-6
anal fissür 29, 30, 84, 85, 86, 372, 373, 375
anal fistül 29, 31, 365, 366
ailevi Akdeniz ateşi 369
dışkı inkontinansı 143, 144
anal kanal karsinomu 266, 367, 372, 373, 375
anal kaşıntı 365-7
anal polipler 366
anal travma 372, 373, 375
anaplastik karsinom 174, 175, 176
anemi 24-8, 114
dispne 116, 119
hematemez 191, 192, 193
anevrizma
karın ağrısı 6
aksiller şişlik 45
anguler kelitis (stomatit) 26, 114, 302
anjina 61, 62, 64, 418, 419, 420
çene ağrısı 247
anjiodisplazi 372, 374, 376, 378
anjionöromyomlar 154
anjionötik ödem 134, 136, 137, 300, 302
anjio-ödem 339, 340
ankilozan spondilit 128, 250, 252, 254-5, 256, 257, 274, 275, 286, 287, 289
sırt ağrısı 46, 48, 50, 52
kalça 269, 271, 272, 273
diz 278, 279
anksiyete
konstipasyon 85, 86
diyare 102, 104
baş dönmesi 107, 108
dispne 116, 117
çarpıntı 347
anal kaşıntı 365, 366, 367
terleme 410, 411
tremor 431
anoreksiya nervosa 453, 454, 455, 461, 463
anorektal ağrı 29-31
anorektal gonore 29, 30
anorektal karsinom 30, 143, 144
ansefalit 74, 79, 80
hıçkırık 220, 221
konvülsiyon 88, 90
ansefalopati 70, 74, 76, 77, 81
antaljik yürüyüş 169, 170
anteartum hemoraji 344
antibiyotikler 344
diyare 102
kusma 452
paslı dil 426
antidepresanlar
impotans 232
idrar retansiyonu 442
antihipertansifler, impotans 232
anti-intrinsik faktör antikoları 28

- antikoagülanlar 190, 192, 193, 194, 196, 199, 200, 237, 310, 312, 372, 377
eklemler 251, 253, 256, 257
- antikolinerjik ilaçlar 356, 442
intestinal obstrüksiyon 237
- antiparietal hücre antikorumları 28
- antipsikotikler, konvülsiyon 88
- α_1 -antitripsin eksikliği 244
- anüri 343, 344
- aort anevrizması 2, 4, 5, 13, 14, 15, 17, 114, 115, 193
sırt ağrısı 47, 49, 52
- aort diseksiyonu, akut 2, 47, 49, 51, 61, 62, 63, 65
- aort koarktasyonu 228, 229-230, 231
- aortoduodenal fistül 190, 191, 309, 311, 312
- aortoenterik fistül 372, 374-5, 377
- aortoiliak hastalık 232
- apandiks apsesi 5
- apandisit 1, 5, 19, 20, 368, 452
hıçkırık 221, 222
- aplastik anemi 26, 28, 185
- apraksik yürüyüş 169, 170, 171, 172
- araç tutması hastalığı 453, 454
- araknodaktili 254
- Argyll Robertson pupilleri 255
- arı sokması, ödem 340
- aritmi 77, 78, 107, 110, 119, 347, 348, 349
dispne 116
- arka krusiat ligament hasarı 275
- arsenik zehirlenmesi 184, 185
- arterioskleroz 165, 422
- arteriovenöz fistül 33, 292, 293, 294, 295, 296
- arteryal oklüzyon 95, 286, 287-8
- arteryal tromboz 32
- arteryal ülserler 296, 297
- arthrogryposis multipleks
konjenita 203
- asetabulum fraktürü 269,270
- asit 5, 20, 37-41, 70, 457, 459, 462, 463
- askaris 462
- aspergilloz 368
- Aspergillus spp 322
- aspirin
sağırılık 98
hematemez 190, 192
melena 310
kusma 452, 453
- aspirasyon pnömonisi 112
- astım 91, 92, 93, 97, 104, 119
göğüs ekspansiyonu 97
dispne 96, 116, 120
solunum fonksiyon testleri 121
- aşıl tendon rüptürü 279, 280, 281
- ateş 4, 92
konvülsiyon 89
nedeni bilinmeyen 368-71
- atrial ektopik vurular 347, 349
- atrial fibrilasyon 109, 119, 167, 200, 347, 348
- atopi 127
- atropin 84
- aura 89
- avasküler nekroz 253, 256, 257
kemik 251, 253
kalça 269, 271, 272, 273
diz 276
lunate kemik 266, 267
talus kemiği 280
- ayak ağrısı 160-4
- ayak bileği burkulması 279, 280
- ayak bileği hastalıkları 279-82
- ayak bileği kırığı 279, 280, 281, 282
- ayak bileği ödemi 345
- ayak deformiteleri 157-9
- ayak parmağı lezyonları 422-5
- ayak parmağı renk değişikliği 423, 424, 425
- ayak parmağı ülseri 422, 423, 424

- ayak parmakları, pençeleşme 162, 422, 423, 424
ayak ülserleri 165-8
aydede yüz 135, 137
azatiopürin 24
- Babinski yanıtı 77
bacak ağrısı 286-91
bacaklar, ödem 342
bacak şişlikleri 292-5
bacak ülserleri 296-9
Baker kisti 274, 276, 278, 286, 287, 289, 358, 359, 360, 361
bakteriyel menenjit 78
balanitis kserotika abliterans 350, 351, 353, 354, 366, 367
balanoposthitis 350, 351, 352
bambu kamışı vertebra 52
barbitüratlar
konfüzyon 81
aşırı doz 82
Barlow testi 271
barotravma 98, 99
Barrett özefagusu 113
barsak infarktüsü 5, 6
barsak karsinomu 22, 87
barsak obstrüksiyonu 236
basınçlı pnömotoraks 77, 118, 392
baş ağrısı 76, 208-11
konvülsiyon 89
tanım 130
baş dönmesi 107-10
Battle bulgusu 77
bazal hücreli karsinom (rodent ülser) 139, 140, 379, 381
bacak ülserleri 296
Behçet hastalığı 251, 254, 256, 313, 315, 316, 383, 384
bendrofluazide 355
benign paroksizmal pozisyonel vertigo (BPPV) 107, 109
benign prostat hipertrofisi 22, 194, 196
benzodiazepinler
konfüzyon 81
aşırı doz 74
berry anevrizması 208
beta agonistler 431
beyin apsesi 75
konvülsiyon 88, 89, 90
baş ağrısı 208
hemipleji 212, 213, 214
beyin metastazı 81, 82, 83
beyin sapı demiyelinizasyonu, nistagmus 109
beyin sapı ölümü 77
beyin tümörü 75, 76, 88, 90, 98, 100, 172, 211, 355, 410, 446
hemipleji 212, 213
biber-saksı kafa ? 381
bilateral torsiyon 188
biliyer atrezi, konjenital 241
biliyer kolik 1, 4, 452
bitemporal hemianopsi 445
bizmut preparatları 310
blefarit 126, 127
borborygmi 104
Borellia vincentii 316
Boutonnière deformitesi 146, 147, 149, 150, 254
boyun ağrısı 332-5
boyun apsesi 327, 328
boyun kütleleri 327-31
böbreğin soliter kisti 8, 283, 284
böbrek
karsinom 7, 47, 49, 194, 196, 385, 386, 391
kistleri 5, 8, 283, 284
inflamatuvar hastalık 49
polikistik 2
taş 5, 47, 194, 195, 196, 197, 343, 344
şişlikler 283-5
tümör 5
vasküler malformasyon 194

- (böbrek yetersizliğine de bakınız)
- böbrek dolaşım yetersizliği 343
- böbrek parankim lezyonları 285
- böbrek yetersizliği 78, 80, 82, 219, 283, 292, 294, 457, 458, 459, 461
- akut 344, 346, 363
- konvülsiyon 90
- kramp 288, 290
- fasiyal şişlik 134, 136, 137
- parmak lezyonları 146
- jinekomasti 187, 188, 189
- hematüri 196
- impotans 232, 233, 234
- bacak ağrısı 290
- bacak şişliği 293
- kaşıntı 362
- böcek ısırığı 134, 135, 136, 138
- BPPV 107, 109
- brakial fleksus lezyonları 33, 34, 203, 204, 205
- brankial kist 327, 329
- BRCA gen mutasyonu 225
- breast 'mouse' 55
- bronkojenik karsinom
- öksürük 92
- sigara 92
- bronkopnömoni 64, 77, 97, 119, 201
- bronşit, kronik
- koma 77
- öksürük 91, 93
- siyanoz 96-7
- hemoptizi 198, 199, 200
- sigara 92
- kusma 453, 454
- bronşiyektazi
- çomak parmak 69, 70, 71, 72, 73
- öksürük 91, 92, 93, 94
- hemoptizi 198, 199, 200, 201, 202
- hepatomegali 216
- solunum fonksiyon testi 121
- kusma 454
- bronş karsinomu 14
- sırt ağrısı 52
- akciğer grafisi 201
- çomak parmak 69, 70, 72, 73, 463
- öksürük 92, 93
- disfaji 111, 113, 114
- dispne 118, 120
- fasiyal şişlik 138
- jinekomasti 187, 189
- hemoptizi 198, 199, 200
- hıçkırık 221, 223
- eklemler 256, 257
- kaşıntı 362, 363
- stridor 407, 408, 409
- ses 449, 450
- kilo kaybı 199, 462
- Brudzinski bulgusu 222
- brusella 252, 257
- brusellozis 250, 257, 305, 368, 370
- Budd-Chiari sendromu 37, 38, 40, 41, 215, 216, 217, 218
- Buerger hastalığı 151, 153, 165, 166, 422
- Buerger testi 289
- bufalo hörgücü 51, 137
- bulbar palsi 111
- bulimiya nervosa 453, 454
- bunion (halluks valgus) 162, 422, 423, 424
- Burkitt lenfoması 245, 247, 248, 249
- bursit 274, 276, 278
- büllöz eritema multiforme 313, 315
- büyüme hormonu 457
- camptodactily 146, 148, 203
- Campylobacter spp 101, 452
- Candida albicans 322
- cannabis 187
- 'cannonball' metastazları 284
- Chagas hastalığı 111, 113

- chalazion 127
Charcot eklemi 251, 274
Charcot-Marie-Tooth hastalığı
157, 158, 159
Chlamydia trachomatis 127, 436
Clostridium difficile 101
“cluster” tipi başağrısı 208,
209, 210
Cock'un atipik tümörü 379,
380, 381, 382
Codman üçgeni 361
Colles fraktürü 35, 260, 266,
267, 268
Conn sendromu 228, 229,
230, 231
Courvoisier yasası 9, 51,
218, 242
CREST sendromu 146,
148, 149
Crigler-Najjar sendromu
240, 242
Crohn hastalığı
karın ağrısı 5, 6
karın şişliği 15, 16, 17, 18,
19, 20, 21, 22, 23
kanama 29, 30
çomaklaşma 69, 70, 71,
73, 403
diyare 101, 102, 104, 106
barsak obstrüksiyonu 236,
238, 239
eklemler 252
bacak ülserleri 297
kalça 300, 302, 303
oral ülserler 313, 314,
315, 316
anal kaşıntı 366
ateş 369
raktal kanama 372, 373-4,
376
steatore 402, 403, 404, 405
kusma 456
Cryptosporidium spp 101
Curling ülseri 191, 310
cushingoid yüz 51
Cushing sendromu
sırt ağrısı 46, 48, 51
yüzde şişlik 134, 135, 137,
138
hirsutizm 224, 225, 226
hiperglisemi 230
hipertansiyon 228, 229, 231
impotans 232, 233, 235
kas zayıflığı 317, 318, 319
kilo artışı 457, 458, 459, 460
Cushing ülseri 191, 310
çarpıntı 347-9
çekiç parmak 422, 423, 424
çekum karsinomu 19, 238
çekum volvulusu 7, 9, 18, 19
çene ağrısı 245-9
çene dislokasyonu 245, 246
çene şişlikleri 245-9
çıkan kolon karsinomu 19
çomak el, radyal 203
çomak parmak 69-73, 92, 96,
118, 199, 363, 403, 408
çölyak hastalığı 69, 70, 71, 73,
314, 402, 403, 404
diyare 101, 106
dalak apsesi 396, 397, 399
dalak infarktı 2
dalak rüptürü 2, 4
dalak tümörü 397, 398
demans, fekal inkontinans 143,
144
demeklosiklin 355, 356
demir eksikliği 362, 363, 364
demir eksikliği anemisi 24, 25,
201, 397, 398, 400
demir tedavisi 310
demyelinizasyon 109
dendritik kornea ülseri 127,
129
dentigerous kistler 245, 246, 248
depresyon
göğüs ağrısı 61, 62
kabızlık 85, 86
kilo kaybı 461

- de Quervain tenosnoviti 266, 267
- de Quervain tiroiditi 173, 174
- derin ven trombozu 96
- bacak ağrısı 286, 287, 289
- bacak şişliği 292, 293, 294
- bacak ülserleri 297
- ödem 341, 342
- dermatit 383, 384
- kontakt 300, 302, 365, 366, 367, 383
- seboreik 379, 380, 381
- dermatitis artefakta 139, 296
- dermatitis herpetiformis 404
- dermatomyozit 287, 289
- dermoid kist 327, 328
- dev hücreli granülom 245, 247, 248
- dışkı inkontinansı 143, 144
- dışkı inkontinansı 143-5, 366
- diabetes insipidus 355, 356, 357
- diabetes mellitus
- aksiller şişlik 42
- anorektal ağrı 30
- kol ağrısı 33
- koma 76
- konfüzyon 81, 82
- kabızlık 84, 85, 86
- konvülsiyon 89
- göz 128, 129
- dışkı inkontinansı 144
- parmak ağrısı 151, 153, 155
- parmak şişlikleri 148
- ayak ağrısı 161, 163
- ayak ülserleri 165, 166, 167
- yürüyüş 170
- el deformiteleri 204, 206
- hipertansiyon 230
- impotans 232, 233, 234
- eklemler 253
- böbrek şişlikleri ? 283, 284
- diz 275, 277
- bacak ağrısı 287, 290
- bacak şişliği 294
- bacak ülserleri 296, 297, 298
- osteomyelit 48
- poliüri 356, 357
- kaşıntı 362
- sağırlık 98-100
- ayak parmağı lezyonları 422
- idrar inkontinansı 438, 439
- vasküler hastalıklar 232
- kilo kaybı 461, 462
- digital 187
- dil, arka 1/3 karsinomları 122, 124, 125, 418, 419, 420, 428, 429
- dil güçsüzlüğü 427, 428, 429
- dil hastalıkları 426-30
- dil ülseri 429
- diplopi 318, 320, 325
- dirsek dislokasyonu 263, 264, 265
- dirsek hastalıkları 263-6
- dirsek, pulled 263
- disdiyadokokinezi 171
- disfaji 70, 111-15, 221, 450
- disfajia lusoria 111, 115
- dismenore 2, 49
- disparoni 19, 22
- dispepsi, flatulans 8
- dissemine intravasküler koagülasyon (DIC) 67, 68, 199
- dissit 46, 48, 50
- diş absesi 130, 131, 132, 136, 306
- çene ağrısı 245, 246, 247
- diş çürükleri 246, 247
- diş hastalığı 184
- diş infeksiyonu 134, 135
- diş kistleri 245, 246
- diş travması, dil 426 426, 428, 429
- dişeti hastalıkları 184-6
- diüretikler 344
- divertiküler hastalık
- karın ağrısı 1,3
- karın şişliği 8, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 19, 21, 23

- kabızlık 84, 85
 diyare 101, 103, 104, 105
 intestinal obstrüksiyon 236
 rektal kanama 372, 373,
 376, 378
 divertiküler kitle 7, 9, 10, 12,
 15, 18, 22
 divertikülit 5, 14, 20, 87
 diyabetik ketoasidoz 3, 5, 6,74,
 78, 117, 120, 452, 456
 diyabetik retinopati 445, 447
 diyabetik otonom nöropati 84,
 85, 87, 228, 410, 442
 diyare 3, 101-6, 365, 366
 inkontinans 143
 diyapazon (tuning-fork) testi
 125
 diyet, diyare 104
 diz
 hastalıkları 273-9
 yansıyan ağrı 274, 277, 278
 diz 274, 279
 dizartri 171
 dizürü 47
 donmuş omuz 258, 259-60,
 261
 donmuş pelvis 293
 Down sendromu 426, 427, 428
 dubleks üreter 440
 Duchenne kas distrofisi 317-18
 dudak karsinomu 300, 301
 dudak lezyonları 300-4
 dudak şişliği 302, 303
 dudak travması 300, 302
 dudak yalama 300, 302
 duodenal divertikül 190, 309
 duodenal ülser 311, 372, 375
 Dupuytren kontraktürü 146,
 147, 148, 150, 203, 204,
 205, 206, 218, 233
 duysal ataksi 169
 düşük ayak yürüyüşü 169, 170,
 171
 'ecstasy' 75, 88
 ectopia vesicae 439, 440
 edrofonyum 320
 efizyotomi 144
 egzersiz, zorlayıcı
 hematüri 195
 bacak ağrısı 287
 Ehlers-Danlos sendromu 250,
 251, 254
 eklampsi 344
 eklem burkulması 46
 eklem hastalıkları 250-82
 eklem pozisyon duygusu 278
 Ek sesler 109
 ekstansör tenosnovit 266, 267
 ekstradural hematoma 211, 212,
 213
 ekstradural hemoraji 74, 75
 ekstremitte sarkomu 294
 ektopik gebelik 2, 4, 5, 6, 18,
 19, 20, 21
 ektopik kalsifikasyon, parmak
 lezyonları 146, 148, 149,
 150
 ektopik üreter 439
 ektropion 126, 127, 128
 ekzema 365, 366
 ekzoftalmi 412
 ekzostoz 358, 359, 360, 361
 el bileği çıkığı 266
 el bileği hastalıkları 266-9
 el deformiteleri 203-7
 elefantiazis 339
 elektrik yanıt odimetri 100
 emboli 32, 165, 422
 endokardit 250, 370, 412
 infektif 69, 71, 72, 213, 370
 subakut bakteriyel 368
 endometriyozis 2, 47
 encondrom 146, 148, 149,150
 Entamoeba histolytica 101
 enterovirüsler 252
 entropiyon 126, 127, 128
 eozinofilik vazomotor rinit 321,
 323, 324
 epididim kistleri 387, 388, 389
 epididimit 436

- epididimo-orşit 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391
- epifora 325
- epigastrik herni 12, 13-14
- epiglottit 406
- epikondil fraktürü 263, 264
- epilepsi 76, 83, 88, 89, 90, 417
- koma 79
- Dupuytren kontraktürü 204
- hemipleji 212, 213, 214
- postiktal dönem 80
- episklerit 126, 128
- epispadiyas 350, 352, 353-4
- epistaksis 190, 191, 309, 310
- Epstein-Barr virüsü 240, 243, 307, 427
- eritema marginatum 254
- erizipel 134, 135, 136, 138
- Escherichia coli 101
- Ewing tümörü 18, 20
- ezilme hasarı 32, 33
- boyun fraktürü 269, 270, 271-2
- suprakondiler fraktürler 273
- feokromositoma 104, 174, 228, 229, 230, 410, 411, 412, 413
- festinant gait 169
- fıtık
- diyafragmatik, hıçkırık 220, 221, 222
- inkarserasyon 179
- intestinal obstrüksiyon 236
- irredüktabl 179
- obstrüksiyon 179, 182
- strangülasyon 1, 2, 179-80, 182, 383, 385
- fibroadenom 43, 54, 55, 56, 57
- fibroadenozis 58, 336, 337
- fibroidler 22, 23, 87
- kabızlık 85
- kırmızı dejenerasyon 2
- fibrozan alveolit 69, 71, 72, 116, 118, 119
- filaryazis 35, 305
- filidişi osteomu 379, 380, 381
- filloid (yapraksı) tümör 54, 55
- fimozis 232, 233, 350, 351, 352, 354
- fistula testi 454
- flatfoot (düz taban) 157, 158, 159, 160, 162, 163
- fokal keratit 128
- folat eksikliği 24, 25, 28
- folliküler karsinom 174, 175, 176
- fotofobi 76, 127, 209
- Fournier gangreni 383, 384
- Freiberg hastalığı 160, 161, 162
- frenulum, kısa 232, 233
- Friedreich ataksisi 157, 158, 159
- frusemid 355
- sağırılık 98
- baş dönmesi 108
- furonkül (çiban) 122, 123, 124, 125
- futbolcu dizi 280, 281, 282
- fasial anestezi 140
- fasial fraktür 134, 136
- fasial myokloni 213
- fasial sinir felci 109
- faringeal cep 111, 113, 114, 327, 328, 330, 331
- farenjit 122, 124, 125, 418, 420, 450
- fasial ağrı 130-2
- fasial paralizi 132
- fasial şişlikler 134-8
- fasial ülserler 139-42
- fatigability 318
- febril konvülsiyon 88
- femoral arter anevrizması 177, 178-9, 181, 182
- femoral herni 177, 178, 180, 181, 183, 237
- femoral ven trombozu 293
- femur

- G6PD 26, 240
 eksikliği 24
 galaktore 225
 galaktosel 54, 55
 gangliyon, el bileği 266, 267, 268
 gazlı gangren 294
 gastrektomi 25
 gastrik distansiyon 10, 220
 gastrik ülser 453
 gastrik volvulus 1, 12
 gastrit 1, 25
 atrofik 25
 gastroenterit 1, 144
 gastrointestinal bypass cerrahisi 250
 gastro-özofagial reflü 25, 91, 92, 94, 111, 112
 Gaucher hastalığı 397
 gebelik
 karın şişlikleri 22, 23
 anemi 24
 meme ağrısı 58
 meme şişliği 54, 55, 56, 59
 kabızlık 84, 85, 87
 ektopik 2, 4
 sarılık 241
 bacak şişliği 292
 meme başı akıntısı 336
 idrar retansiyonu 442, 443, 444
 kusma 452, 453
 geçici iskemik atak (GİA) 80, 110
 hemipleji 212, 214
 nistagmus 109
 tekrarlayan arka sistem 107, 108
 glenohumeral osteoartrit 258, 260
 gelişimsel kalça displazisi (GKD) 269, 270, 273
 genu valgum 274, 276, 278
 genu varum 274, 276, 278
 gerilim baş ağrısı 208, 209
 Giardia Lamblia 101
 gibbus 50
 Gilbert hastalığı 240, 242
 gingiva hiperplazisi 185
 gingivitis 247, 313
 gingivostomatit 185
 glandüler ateş 330, 368, 396, 399, 400, 407, 418, 419, 420, 421
 glikojen depo hastalıkları 215, 217
 gliseril trinitrat 62, 208, 209
 glokom 127, 128, 129, 210, 211, 445, 446, 447, 448
 akut açığı kapanması 126, 127, 445, 446
 baş ağrısı 208, 209
 glomerüler hastalık 194, 371
 glomerülo nefrit 201, 202, 228, 230, 343, 345
 glomus tümörü 151, 152, 154, glossit 26, 114, 426, 427-8, 429
 glossofaringeal nöralji 122, 124, 125, 418, 419, 420
 glottik karsinom 408
 glukokortikoidler 228
 glukoz metabolizması, konvülsiyonlar 88
 golfçü dirseği 263, 264, 265
 gom 139, 140, 141, 314, 315, 387, 389, 390, 391, 427, 428, 429
 gommatöz ülser 297
 gonokok 252
 gonokok proktiti 30, 365
 gonore 367, 434, 435-6
 anorektal 29, 30
 Goodpasture sendromu 198, 199, 201, 202
 göğüs ağrısı 61-5
 şok 393
 göğüs duvarı deformiteleri, dispne 116
 göğüs duvarı zedelenmeleri 61
 göğüs travması 62, 116, 392
 görsel problemler 445-8
 göz

- künt travma 445
hastalıkları 126-9
Graves hastalığı 24, 69, 71,
173, 412, 432
griseofulvin 187
Guillain-Barre sendromu 111,
113, 371, 415
gut
ayak bileği 282
karpal tunel sendromu 33
dirsek 266
parmak lezyonları 146, 147,
149, 150
parmak ağrısı 151, 153,
155, 156
ayak ağrısı 160, 161, 163
kalça 271, 273
eklem hastalıkları 250, 251,
253, 255, 256, 257
diz 274, 275, 278, 279
bacak ağrısı 286, 288, 290
poliüri 356
el bileği 269
guvatr 103, 104, 105, 111,
113, 115, 173-6, 331,
449, 450
stridor 406, 407, 408, 409
güneş ışını 361
Haemophilus ducreyi 434, 435,
436
Hallpike testi 109
halluks rigidus 162, 163, 422,
423, 424, 425
halluks valgus 162, 422, 423,
424
halo bulgusu 325
halotan, sarılık 240
Hashimoto tiroiditi 173, 174,
175, 176
hasta sinüs sendromu 414, 416
Heberden nodülleri 146, 147,
149, 150
helmint infeksiyonu 461, 462,
464
hemakromatozis 38, 215, 217,
218, 219, 241, 244, 251,
253, 255, 256
hemartroz 66, 253
hematemez 190-3, 311
hematom
büyük absorbe olan 240
bacak şişliği 294
kas 66
rektus kılıfı 2
saçlı deri lezyonları 379, 380
spontan 294
hematosel 383, 384, 385, 387,
388, 390
hematüri 194-7
hemianopsi 210, 448
bilateral 255
hemipleji 212-14
hemiplejik yürüyüş 169, 170
hemobili 190, 191, 193, 309,
311, 312
hemofili
pıhtılaşma 66, 67, 68
diş eti hastalıkları 185
hematemez 190, 192
hematüri 195
eklem hastalıkları 251, 253,
255, 257
melena 309
hemofili A 68
hemofili B 68
hemoglobinüri 195, 343, 344,
345
hemolitik anemi 24, 26, 27, 28,
397
hemolitik hastalık 398, 400
yenidoğan 240
hemolitik üremik sendrom 344
hemoptizi 190, 191, 198-202,
309, 310, 362
hemoraji
masif 377
şok 392
hemoroidler 85, 365, 366, 372,
373, 375, 378

- strangüle 84, 86
tromboze 29, 30
Henoch-Schönlein hastalığı 3, 250, 252
heparin, pıhtılaşma hastalıkları 66, 67
hepatik portal ven obstrüksiyonu 37
hepatit 1, 5, 38, 252, 254, 370, 371
 hepatomegali 215, 216
 sarılık 242
hepatit A 240, 243
hepatit B 70, 216, 217, 240, 243, 370
hepatit B-ilişkili artralji 257
hepatit C 216, 240, 243, 370
hepatit, viral 240, 241
 otoimmün 241
 hepatomegali 217
hepatolitiküler dejenerasyon 215
hepatoma 215, 217, 368
hepatomegali 38, 55, 141, 167, 215-19
 sarılık 242
hepatorenal sendrom 39, 243
hepatosplenomegali 44, 186, 398, 399
hereditör hemorajik telenjiyektazi 185, 190, 191, 192, 309, 310, 311
 hemoptizi 198, 199, 201
 dudak lezyonları 300, 301, 302
herpes genitalis 350, 351, 353, 354
herpes simpleks
 anorektal ağrı 29, 30, 31
 göz 129
 fasiyal ülserler 139, 140, 141, 142
 dişeti hastalıkları 185
 dudak 300, 301, 303
 ağız ülserleri 313, 314, 315, 316
 skrotum ağrısı 383, 384
herpes zoster 2
 meme ağrısı 58, 59
 göğüs ağrısı 61, 62, 63
 sağırılık 98, 99
 kulak 122, 124, 125
 fasial ağrı 130, 131
 fasial ülserler 139, 140, 141, 142
 çene ağrısı 247
 ağız ülserleri 314, 315, 316
hiçkırık 220-3
hidradenitis suppurativa 42, 44
hipofiz adenomu 225, 229
hipofiz bezi makroadenomu 337
hipofiz tümörü 187, 188, 189, 227, 445
Hirschsprung hastalığı 84, 85, 87, 238
 intestinal obstrüksiyon 236,237
hirsutizm 224-7, 458
HIV 305, 307, 328, 368, 370, 427
 kilo kaybı 461, 462
hiyatal herni 112
hizmetçi dizi 274
hidatik hastalık 216, 218, 398, 399
hidatik kist 219, 396
hidronefrotik böbrekler 284
hidronefroz 2, 7, 283, 284, 285
hidrosefali 208, 209, 211
hidrosel 387-8, 389, 391
 Nuck kanalı 177, 178, 180-1
 kord 177, 178, 180
hiperaldosteronizm 230
hiperglisemi 74, 80, 82, 355, 356
 konvülsiyon 90
hiperkalemi 345
hiperkalsemi 3, 6, 85, 150, 355, 356, 452, 455
 malignite 81
hipernatremi 74, 357

- hipernefroma 9, 11, 196, 283, 284, 285, 368, 370
hiperparatiroidi 84, 86, 87, 104, 150, 174, 188, 455
hiperplastik guvatır, basit 173, 175
hiperpreksi 76
hiperprolaktinemi 225
hiperrezonans 118
hipersplenizm 240, 396, 400
hipertansif kalp hastalığı 348
hipertansif retinopati 447
hipertansiyon 228-31
hipertermi, malignite 75
hipertiroidi 69, 81, 83, 362, 363, 461
jinekomasti 187, 188, 189
hipertrikozis 224
hipertrofik obstrüktif kardiyomyopati 348, 416, 417
hipertrofik pulmoner osteoartropati 70, 251, 253, 256, 257
hiperventilasyon 107
baş dönmesi 108
hipoalbuminemi 39
bacak şişliği 294
hipoglisemi 74, 75, 76, 77, 78, 80, 82, 410, 411, 414, 415, 416
konvülsiyon 90
hipoglossal sinir felci 427, 428, 429
hipogonadizm 187, 188, 232, 233, 234
hipohidrotik ektoderm displazisi 410
hipokalemi 103, 104, 237, 355
hipoksi 88, 414
hiponatremi 74
hipopiyon 129
hipoprolaktinemi 234
hipoproteinemi 292
hipospadiyas 350, 352, 353-4
hipotalamik hastalık 356, 357, 457, 458, 460
hipotalamik tümörler 413
hipotermi 74, 75, 76
hipotiroidi 24, 175, 176
koma 74, 76, 78
konfüzyon 81, 83
impotans 232, 233, 234
kaşıntı 362, 363
kilo artışı 457, 458, 459
hipovolemik şok 19, 394
histeri 453, 454
histerik senkop 414, 415
Hodgkin hastalığı 305, 308, 362, 363, 364, 410, 411, 412, 413, 462
Homans bulgusu 63, 289, 293
homonim hemianopsi 109, 445
hordeolum 126, 127, 128, 129
hormon replasman tedavisi 225
Horner sendromu 34, 205, 260, 363
humerus, fraktür 258, 259, 261
Ishihara plakları 447
Isırıklar
böcek 134, 135, 136, 138
ödem 340
tatarcık sineği 141
yılan 344
ısı şoku 410
idiyopatik ADH sentez eksikliği 355
idiyopatik kord nöraljisi 383, 384
idiyopatik pulmoner fibrozis 73
idrar inkontinansı 438-41
idrar retansiyonu 2, 442-4
idrar yolu infeksiyonu 80, 81
idrar yolu obstrüksiyonu 196
ilaç intoksikasyonu 80
ilaç suistimali 76, 77, 81
ileoçekal tüberküloz 18, 19, 20, 21
ileokolik fistül 102, 103, 105
ileum rezeksiyonu 402
iliak arter anevrizması 18, 20, 21

- iliak kemik tümörü 18
 iliofemoral tromboz 289, 293
 ilioinguinal sinir sıkışması 383, 384, 385
 impalement 143, 144
 impetigo 300, 301, 303
 impingement sendromları 258, 259
 implantasyon dermoidleri 146, 147, 148, 328
 impotans 232-5
 ince barsak karsinomu 6, 15, 16, 17, 21, 239
 ince barsak lenfoması 6, 17, 18, 21
 ince barsak obstrüksiyonu 236, 237-8, 452, 453
 infantil pilor stenozu 453
 infarktüs
 konvülsiyon 88
 hemipleji 212
 infeksiyöz mononükleoz 26, 185, 305, 370
 infektif artrit 254
 infektif ayak ülserleri 166, 167
 infektif endokardit 69, 71, 72, 213, 370
 infektif enterit 102, 104
 inflamatuvar barsak hastalığı
 karın ağrısı 1
 çomaklaşma 70, 71, 72, 73
 diyare 102, 104, 105
 göz 128
 dışkı inkontinansı 143, 144
 hepatomegali 216
 eklemler 250
 rektal kanama 372, 373-4, 376, 377, 378
 inflamatuvar darlık 111
 influenza 368, 449
 infrapatellar bursit 274, 276, 278
 inguinal herni 180, 183, 384, 385
 direkt 177, 180
 indirekt 177, 180, 387, 389
 inguinal lenfadenopati 167, 178
 inklüzyon dermoidi 122, 123, 124
 inkontinans 365, 366
 inkontinans
 dışkı inkontinansı 143
 idrar inkontinansı 438, 439
 inme
 koma 74, 77
 konfüzyon 80, 81, 83
 konvülsiyon 89, 90
 baş dönmesi 109, 110
 dışkı inkontinansı 143, 144
 yürüyüş 169, 170, 171, 172
 hemipleji 214
 hıçkırık 220
 görsel problemler 445, 446, 448
 inmemiş testis 188
 intermittan kladikasyon 161, 286, 288, 289
 internükleer oftalmopleji, nistagmus 109
 intersfingterik abse 29, 31
 interstisyel nefrit 343, 344, 438
 intervertebral disk lezyonları 46, 48
 intestinal kolik 3
 intestinal obstrüksiyon, atrezi 236
 intestinal obstrüksiyon 236-9
 intoe (metatarsus varus) yürüyüşü 169
 intoeing (metatarsus varus) 157, 158, 159
 intraduktal karsinom 336, 338
 intraduktal papillom 336, 338
 intrakranyal basınç artışı 208, 209, 210, 211, 213, 214, 452, 454, 456
 intrakranyal kanama 78
 konvülsiyon 88, 89
 baş ağrısı 208
 hıçkırık 220
 intraperitoneal apseler 371
 intraserebral kanama, hemipleji 212, 214

- intussusepsiyon
karın ağrısı 1, 6, 7, 19
karın şişliği 9, 18
bebekler 8
intestinal obstrüksiyon 236
rektal kanama 372, 374, 377
ipecacuanha 452
iridosiklit 126
iritabl barsak sendromu 85, 86
diyare 101, 103, 104
iritis 48, 50
iskemi
parmaklar 153, 154-5
hemipleji 212
bacak ağrısı 289
ayak parmağı lezyonları 423
iskemik kalp hastalığı 348
iskemik kolit 2, 103, 105, 372,
374, 376, 377, 378
diyare 102
iskioretal apse 29, 30
işitme değerlendirmesi 100, 109
- jinekomasti 38, 187-9
Janeway lezyonları 71
'junctional' nevus 300, 301, 302
JVP distansiyonu 77
- kabakulak 98, 99, 130, 132,
135, 252, 254, 384, 385
kabızlık 3, 84-7, 144, 373
kafa yaralanmaları 75-6, 80,
81, 83, 110, 445
konvülsiyon 88, 90
sağırılık 98
kusma 130
kafein 347, 431
kahve telvesi kusma 190, 191,
310, 453
kalça dislokasyonu 269, 270,
272
kalça eklemi snovyoması 177,
179, 182
kalça hastalıkları 269-73
- kalça klodikasyonu 233
kalın barsak karsinomu 9
kalın barsak obstrüksiyonu
236,237, 238, 452, 453
kalp hastalığı, konjenital 95
kalp kapak hastalığı 348
kalp üfürümleri 109
kalsiyum
konvülsiyon 88
imbalsans 80
kallus 160, 162, 163, 297
kanal ektazisi 54, 55, 56, 58,
59, 60, 336, 337
kandidiyazis
dudak 300
ağız ülserleri 313, 314, 316
özefagus 111, 112, 115
penis 352
anal kaşıntı 365, 366, 367
ateş 368
dil 427kan diskrazileri 184,
186, 195, 196, 370, 418,
419, 420
kan transfüzyonu, uyumsuz 240
Kaposi sarkomu 420
karaciğerin polikistik hastalığı
217
karaciğer hastalığı 77, 341, 463
kronik 71
son dönem 241
karaciğer sirozu 342
karaciğer yağlanması,
hepatomegali 215
karaciğer yetersizliği 78, 80,
81, 82, 461
jinekomasti 187, 188,189
hematemez 193
sarılık 242
bulgular 218, 219
karbon monoksit zehirlenmesi
74, 75, 77, 78
karbon tetraklorid 240, 344
kardiyak aritmi bakınız aritmi
kardiyak çıkış yolu (outflow)
obstrüksiyonu 414, 415

- kardiyak iskemi 34
kardiyak kaşeksi 317, 462
kardiyak tamponad 77, 392, 394, 395
kardiyak yetersizlik
 asit 38, 39, 41
 koma 77
 konfüzyon 80, 81
 konjestif 215, 216, 217, 292, 293, 339
 siyanoz 95, 97
 dispne 116, 117, 119, 120
 ekokardiyografi 121
 ödem 340, 341
 kilo artışı 457, 459, 459, 460
 kilo kaybı 461, 462, 463
kardiyomegali 39, 93, 345
karın ağrısı 1-6
karında stria 51
karın duvarı lipoması 18
Karın içi yapışıklıklar, intestinal obstrüksiyon 236
karın şişlikleri 7-23
 epigastrium 12-15
 sol üst kadran 10-12
 sağ ve sol alt kadranlar 17-21
 sağ üst kadran 7-10
 suprapubik 21-3
 umbikal 15-17
karnıbahar kulak 123
karotid cisim tümörü 327, 328, 329, 331
karotid sinüs sendromu 414, 415, 416
karotis anevrizması 327, 329, 331
karpal dislokasyon 266, 267
karpal tünel sendromu 32, 33, 34, 266, 267, 268, 269, 318
karsinoid sendromu 102, 103-4, 105, 410, 411, 312
karsinom
 konfüzyon 82
 diyare 103
 intestinal obstrüksiyon 236
karsinomatoz 37, 38, 72
karsinomatoz peritonit 15, 17
kas güçsüzlüğü 317-20
kasık gerilmesi 383, 384
kasık şişlikleri 177-83
kaşeksi 199
kaşıntı 362-4
katarakt 319, 445, 447, 448
katı dışkı 101, 143, 144, 442, 443
kauda ekina hasarı 50, 438,439
kauda ekina lezyonları 29, 30, 31
kavarnöz sinüs trombozu 134, 135, 137, 138
Kayser-Fleischer halkası 218
kedi tırnağı hastalığı 43, 305, 306, 307, 368
keilit 302, 303
kemik tümörü 32
 parmaklar 151, 152, 154
keratit 126
keratoakantom 139, 140, 141
keratoderma blenorajika 436
Kerley B çizgileri 39, 93, 120
Kernig bulgusu 210, 222, 335
ketoasidoz 3, 5, 6, 74, 78, 117, 120, 452, 456
kılkırtları 365, 366, 367
kırcı hatalar ? 445, 446, 447
kırmızı idrar 195
kısa bacak yürüyüşü 169
kısa barsak sendromu 101, 103
kısa safen ven varisi 358, 360, 361
kızamık 305
kızamıkçık 252, 254, 305
 maternal 98, 99
kızıl 252
Kienböck hastalığı 266, 268
kifoskolyoz 46, 50
kifo 50, 51, 117
kilo artışı 457-60
kilo kaybı 92, 199, 461-4

- kistik fibrozis 69, 70, 71, 322, 403
 diyare 102, 103
 dispne 116
 solunum fonksiyon testleri 121
 kistik higroma 327, 328, 330
 kistik hiperplazi 54
 kistik mastit 54, 58
 kladikasyon 2
 klavikula fraktürü 258, 259, 261
 Klümpfelter sendromu 187, 188, 189
 Klippel-Feil sendromu 258, 259, 261, 332, 333, 334
 klonorşiazis 241
 kloramfenikol 26
 klorpromazin, sarılık 241, 242
 Klumpke paralizi 205
 knock knees (genu valgum) 274, 276, 278
 koana atrezisi 321, 322, 324
 kodein fosfat 84
 koilonychia 26, 114
 kokain 77
 konvülsiyon 88
 impotans 232
 kol ağrısı 32-4
 kolanjikarsinom 241
 kolanjit 1, 5, 241, 370
 hepatomegali 217
 koledok kisti 241
 koledok striktürü 243
 kolera 102
 kolesistit 452
 akut 1, 5
 kronik 1
 hıçkırık 221, 222
 kolestat 362
 kolesteatom 108
 koliformlar 434
 kollajen hastalıklar 290, 297, 298, 375, 377
 kollateral ligament hasarı, diz 273
 kolon karsinomu 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 23, 84, 243
 rektal kanama 372, 373, 376, 378
 kol şişlikleri 35-6
 koma 70, 74-9
 kompartman sendromu 32, 33, 34
 kondil fraktürü 263
 kondiloma 350, 351, 353, 354
 kondrokalsinoz 275
 kondrom
 kosta kırırdağı 54
 multipl 203, 206
 konfüzyon 80-3
 konjenital kalça çıkığı 269
 konjunktivit 126, 127, 128, 129
 konnektif doku hastalığı 26, 96, 191, 192, 193, 228, 250, 310, 312, 370
 kontakt dermatit 300, 302, 365, 366, 367, 383
 konuşma odimetri 100
 konvülsiyon 414, 415, 416, 41
 konvülsiyonlar 88-90
 kor pulmonale 118
 kord basısı, akut 49
 kornea ödemi 127, 129
 kornea sıyırılması 126, 127, 129
 kornea ülseri 126, 127, 128, 129
 kortikal nekroz, akut 343, 344
 kortikosteroidler 228, 457
 kosta deformateleri 54
 kosta fraktürleri 62, 64, 117
 kosta kaynaklı
 meme ağrısı 58, 59, 60
 göğüs ağrısı 61
 kostakondrit bakınız (Tietze hastalığı)
 kostik striktürü 111, 112
 Köhler hastalığı 160, 161, 162
 kör lup sendromu 101, 103
 kramp 287, 288, 290
 kraniyal ön fossa kırığı 76

- kranyal hematoma 379, 380
 kranyofaringioma 356
 krepitasyonlar 39
 kretinizm 134, 136, 137, 138,
 426, 427, 428
 krikaritenoid romatoid artrit
 406
 kronik obstrüktif akciğer
 hastalığı (KOA) 91, 92,
 95, 116, 117, 118, 119,
 121, 462, 463
 kronik süperfişyal glossit 426,
 427-8, 429
 krusiat ligament hasarı 273,
 275, 279
 ksantelesma 126, 128, 129
 ksantokromi 211
 ksifisternum 12
 kubitus valgus 263, 264, 265
 kubitus varus 263, 264, 265
 kuğu boynu deformitesi 146,
 147, 149, 150, 254
 kulak çınlaması 99, 107, 108,
 454
 kulak hastalıkları 122-5
 kulak kiri 98, 99
 kullanılmama atrofi 317, 318
 kurşun zehirlenmesi 184, 185
 kusma 452-6
 Kussmaul belirtisi 38
 küme (cluster) tipi başağrısı
 208, 209, 210
- labirent hastalıkları 452
 labirentit 107, 108, 454, 456
 nistagmus 109
 Lachman testi 277
 laksatifler
 laktasyon 54, 55, 56, 58, 336
 larenjit 449, 450, 451
 laringeal sinir felci 449, 450
 laringomalazi 406, 407
 larinks karsinomu 407, 408,
 409, 418, 449, 450, 451
 larinks ödemi 137, 406, 407
- larinks papillomu 449
 istismarı 84, 86, 104
 diyare 102, 104
 leishmaniasis 139, 140, 141,
 142
 leiyomyom 190, 191, 309, 310,
 311, 312
 lenfadenit 305
 lenfadenopati 13, 14, 18, 20,
 21, 42, 43, 44, 45,
 305-8, 328, 329
 disfaji 111
 poplitea şişlikleri 358, 359,
 360, 361
 lenfanjit 35, 36
 lenfatik kanal obstrüksiyonu 40,
 457
 lenf nodları 177, 178, 181, 182,
 183
 lenfogradüloza venerum 143
 lenfoma
 karın şişliği 13, 14, 15
 ince barsak obstrüksiyonu
 236
 nazal akıntı 321
 ateş 368
 splenomegali 396, 398, 400
 steatore 402, 404, 405
 boğaz 418
 tonsil 419, 420
 lenfositoz 41
 lenfödem 338, 340, 342
 kol 35, 36
 bacak 292, 293, 295
 lenfödem prekoks 293, 339, 340
 lenfödem tarda 293, 339, 340
 lepra 165, 204, 253, 296, 422
 diz 275
 leprospirozis 216, 219, 240,
 244, 368, 370, 396, 397,
 399, 400
 Leriche sendromu 232, 233
 Lhermitte bulgusu 213
 ligament zedelenmesi 46
 liken planus 313, 315

- liken sklerozus 365, 366, 367
lipaz eksikliği 402
lipom
karın şişliği 12, 13, 17, 18
karın duvarı 18
aksiller şişlikler 42, 43, 44, 45
meme kitleleri 54, 55
kord 177, 178, 180
kasık şişlikleri 177, 179, 182
boyun kitleleri 327, 328
poplitea şişliği 358, 360, 361
lityum 355, 356, 431
liver fluke (karaciğer yassı
paraziti) 241
lordoz 51, 52, 290
lököplaki 426, 427, 428, 429,
430
lösemi 44, 215, 219, 253, 307,
371,379
akut 368
akut lenfoblastik 305
çocukluk dönemi, kalça 269,
271
kronik lenfositik 305
eklemler 251, 253, 255, 256
ağız ülserleri 313, 314, 316
myeloid 396, 400
priapizm 354
lunat eklem dislokasyonu 33
lupus 396, 398, 399
- Madura ayağı 165, 166, 167
magnezyum içeren antiasitler,
diyare 102
makaslama yürüyüş 169, 171
makrositik anemi 25, 26, 27,
28, 82, 144
maküler dejenerasyon 445,
446, 447
maksiller boşluk, karsinom 131,
325, 326
maksiller sinüs karsinomu 136,
323, 325
maksiller sinüzit 132
malabsorpsiyon 37, 103, 106,
339, 341, 342, 403, 404,
461, 462, 464
malarya 24, 82, 195, 368, 396,
397-8, 399, 400
sarılık 240
malign granülom 321, 323,
325, 326
malign melanom
karın şişliği 20
yüz 139, 140, 141
parmak lezyonları 150
ayak 165, 166
bacak ülserleri 296, 297,
298, 299
kalça 300, 301, 303
lenfadenopati 306
saçlı deri lezyonları 379, 381
tokmak parmak 146, 147,
149
Mallory-Weiss sendromu 190,
191, 193, 309, 310, 312
malnütrisyon 292, 293, 339, 342
jinekomasti 187
mandibula, fraktür 246
mannitol 355
mantarlar 344
Mantoux testi 21, 202, 331,
371, 413
Marfan sendromu 250, 251, 254
Marjolin ülseri 297
mastit 54, 55, 56, 58, 59
mastoidit 122, 123, 125, 130,
132
konvülsiyon 89
McMurray testi 277, 289
meatus ülseri 442
Meckel divertikülü 309, 311,
312, 372, 374, 376, 378
mediastinal lenfadenopati 113
mediastinal tümörler 111, 134,
138
medusa başı 38
medüller karsinom 174, 176
tiroid 102, 104, 105, 106
megaloblastik anemi 24, 25, 28

- megaloblastlar 28
 meibomian kist 126, 127, 128
 melena 25, 191, 309-13
 meme ağrısı 55, 58-60
 meme apsesi 55, 56, 58, 59, 336
 meme başı akıntısı 336-8
 meme başı retraksiyonu 54, 55, 56, 59
 meme karsinomu 14, 16, 35, 36, 42, 43, 45, 54, 55, 58, 59, 60
 erkek 187, 188
 meme başı akıntısı 336, 337
 meme kisti 55, 56
 meme kitlesi 42, 43, 44, 54-7
 menapoz 410, 411
 menenjit
 bakteriyel 211
 koma 74, 76, 77, 78, 79, 80
 konfüzyon 82
 konvülsiyon 88, 89, 90
 sağırılık 98, 99
 baş ağrısı 208, 209, 210, 211
 hıçkırık 220, 221, 222, 223
 meningizm 209, 210
 meningokok 77, 210
 boyun ağrısı 332, 333, 335
 splenomegali 399
 tüberküloz 211
 viral 211
 Meniere hastalığı
 sağırılık 98, 99, 100
 baş dönmesi 107, 108, 109
 nistagmus 109
 kusma 453, 454, 456
 meningizm 209, 210
 meningoensefalit 254
 meningomyelose 143
 menisküs lezyonları, bacak
 ağrısı 286, 287, 289
 menisküs yırtıkları, diz 274, 275
 menoraji 19, 22, 47, 49
 MEN sendromu 104, 174, 176
 mesane karsinomu 22, 194, 285
 mesane taşı 438, 439, 441
 metabolik asidoz 116, 345
 metatarsalji 160, 162, 163
 metatarsus adductus 157, 158, 159
 methemoglobinemi 95, 96, 97
 meyankökü (liquorice) 228, 310
 mezenterik adenit 1, 3, 4
 mezenter anjinası 2, 6
 mezenterik emboli 2
 mezenter infarktı 372, 374, 377
 mezenterik venöz tromboz 2, 6
 mezotelyoma 37
 micoplasma 26
 mide karsinomu 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 25, 242, 306, 331, 453
 melena 309, 310, 311
 migren 107, 208, 209, 445, 446, 453, 454
 mikrositik anemi 27
 miksödem 33, 77, 81, 84, 85, 86, 87, 292, 426, 427, 428
 miksödem deliliği 81
 miliarya 410
 Milroy hastalığı 339, 340
 mineralokortikoidler 228
 minoksidil, hirsutizm 224, 225
 Mirizzi sendromu 8, 241
 mitral regurjitasyon 39
 mitral stenoz 111, 113, 114, 198, 199, 200, 202
 mitral valv prolapsusu 348
 Mittelschmerz 2
 Mondor hastalığı 58, 59
 monoamin oksidaz inhibitörleri 228
 monoklonal gamapati 382
 morfin 84
 Morton metatarsaljsi 160, 162, 163
 motor nöron hastalığı 112, 113, 317, 318, 319
 motor nöropati 317

- mukosel 7, 8, 9
muköz retansiyon kistleri 146, 147, 149, 150, 300, 301, 302
multinodüler guvadır 173, 174, 175
multipl myelom 356
multipl skleroz
baş dönmesi 107, 108, 110
dışkı inkontinansı 143
yürüyüş 170
hemipleji 212, 213, 214
nistagmus 109
optik atrofi 109
idrар inkontinansı 439
idrар retansiyonu 442
görsel problemler 447, 448
Munchausen hastalığı 369
musküler distrofi 157, 158, 317-18
myastenia gravis 112, 113, 317, 318, 319, 320, 449, 450, 451
myelofibrozis 215, 219, 396, 397, 400
myeloid lösemi 396, 400
myelom 48, 50, 52, 53, 60, 371, 379, 381, 382
myeloproliferatif hastalıklar 215, 217, 218, 219, 305
myoglobinüri 195, 343, 344, 345
myokard infarktüsü
karın ağrısı 3, 6
göğüs ağrısı 61, 62, 63, 64
koma 78
konfüzyon 81
siyanoz 97
dispne 119, 120
ateş 369
şok 392
sessiz 83
senkop 414, 416
kusma 453, 454, 455
myokard iskemisi 32, 33
yansıyan çene ağrısı 245, 248, 249
myotonik distrofi 317, 318, 319
myozit 286, 287, 289, 371
myozitis ossifikans 263, 264, 265, 266
nasır 160, 162
nazal akıntı 321-6
nazal polipler 321, 323, 324
nazofaringeal karsinom 130, 131, 133, 321, 323, 326
nazofaringeal sepsis 100
nefritik sendrom, akut 229
nefroblastom 8, 283, 284
nefrotik sendrom 37, 38, 39, 41, 292, 339, 341, 342, 457, 459, 460
nefrotoksinler 343, 344
nekrotizan vaskülit 377
neoplastik ayak ülserleri 166, 167
neoplastik guvadır 174, 175
nevroz kompensasyon 49
nezle 321
nifedipin 184, 185, 208, 209, 339
nikotin 347
nistagmus 100, 108-9, 171
Nocardia spp 166
noktürnal enürezis 439, 440
non-eozinofilik vazomotor rinit 321, 323, 324
non-gonokokal üretrit 434, 436
non-Hodgkin lenfoma 305
normal basınçlı hidrosefali 209
normositik anemi 27-8
nörojenik klidikasyon 286, 288, 291
nörojenik şok 392, 393
nöroma
akustik 98, 99, 100, 109, 110
digital 162
femoral sinir 177, 179, 182

- nöropatik ayak ülserleri 166, 168
 NSAİİ 190, 191, 192, 310, 344, 356, 452
 nötrofil 41
- obstrüktif üropati 355, 444
 obturator herni 177, 179, 182
 oftalmik herpes zoster 127
 oftalmopleji 412
 olekranon bursiti 263, 264, 265, 266
 olekranon fraktürü 263, 264
 oligüri 343-6
 Ollier hastalığı 203, 204, 206, 207
 omurilik
 yaralanmaları 84, 442, 443
 lezyonları 166, 203, 204, 205
 omuz çıkığı 258, 259, 261
 omuz hastalıkları 258-62
 onikogrifozis (çengel tırnak) 422, 423, 424
 opiyatlar 355, 356, 362
 aşırı doz 74, 77
 optik nörit 445, 447, 448
 iskemik 210
 orak hücre hastalığı 3, 6, 24, 26, 27, 195, 196, 354
 sarılık 240
 eklemler 251, 253, 255, 256, 257
 bacak ülserleri 296
 oral kontraseptifler 216, 217, 225, 228, 362
 oral kontrastif 216, 217, 225, 338, 362
 oriental sore 141
 orofaringeal gonore 418
 orta kranyal fossa fraktürü 77
 orta kulak infeksiyonu 100
 Ortolani testi 270, 271
 ortostatik hipotansiyon 414, 415
 Osgood-Schlatter hastalığı 274, 276, 278
- Osler nodülleri 71
 osteit 32
 osteoartrit
 ayak bileği 280, 281, 282
 sırt ağrısı 46, 48, 50, 52
 dirsek 263, 264, 265, 266
 ayak ağrısı 160, 162, 163
 kasık şişliği 182
 hemoraji 67
 kalça 269, 271, 272, 273
 çene ağrısı 245, 246, 248, 249
 eklemler 250, 251, 252, 255, 256, 257
 diz 274, 275, 276, 278, 279
 bacak ağrısı 286, 287, 289, 290
 poplitea şişlikleri 359, 361
 omuz 258, 261
 el bileği 266, 267, 268
 osteogenezis imperfekta 250, 251, 254
 osteojenik sarkom
 karın şişliği 18, 20
 çene 245, 247, 248
 eklemler 274, 276
 diz 279
 bacak ağrısı 287, 288, 290
 poplitea şişliği 358, 359, 361
 osteokondrit 49, 163
 metatars başı 160, 161, 162
 naviküler kemik 160, 161, 162
 talus 280, 281, 282
 tibia 274
 osteokondritis dissekans 263, 264, 265, 266, 274, 275, 276, 278
 osteomalazi 46, 48, 51, 52
 osteomyelit
 akut 245, 246
 kol ağrısı 34
 sırt ağrısı 46, 47, 50, 52
 ayak ağrısı 160, 161, 162, 163
 çene 248, 249
 bacak 286, 287, 289, 290

- osteoporoz 46, 48, 51, 52, 62, 163, 458
- otitis eksterna 98, 99, 122, 125, 130, 132
- otitis media
akut 122, 123, 124, 125
kronik 122, 123, 125
kronik süpüratif 108
konvülsiyon 89
sağırılık 98, 99, 100
fasial ağrı 130, 132
- otoimmün hemolitik anemi 24,26
- otore 131
- otoskleroz 98, 99
- ototoksosite 107, 109
- over fibroidi 19
- over karsinomu 15, 16, 17, 19
ailevi 225
hirsutizm 224, 225, 227
- over kisti 5, 18, 19, 20, 87
kabızlık 85
rüptür 2
torsiyon 2
- over teratomu 21
- over tümörleri 18, 20, 84, 226
- ödem 339-42
- öksürük 91-4
- ön boynuz hücre lezyonları 317
- ön pitüiter bez, tümör 336, 337
- ön yağ yastığı bulgusu 266
- örümcek nevüs 38
- östrojenler
jinekomiasti 187, 188
impotans 232
- özefagial reflü 61, 62
- özefagial spazm 61, 62, 418, 419, 420
- özefagus atrezisi 111, 112, 113
- özefagus karsinomu 190, 309, 331, 449, 450, 451
hıçkırık 220, 221, 223
stridor 406, 407, 408, 409
- özefagus varisleri 190, 191, 192, 309, 310, 311, 312, 377
- özefajit 65, 190, 191, 193, 312, 421
- Paget hastalığı 134, 136, 137, 138, 257, 276
kemik 47, 48, 51, 52
meme başı 55, 336, 337
- palmar eritem 38
- pamukçuk 426, 428
- panaris (dolama) 151, 152, 154
- Pancoast tümörü 32, 34, 259, 260
- pankreas karsinomu
karın şişliği 10, 11, 12, 14
asit 40
sırt ağrısı 47, 49, 51
diyare 103, 105
baş kısmında 7, 8, 9, 52, 218, 241, 243
hepatomegali 215, 216
sarılık 242
melena 309, 310, 312
- pankreas pseudokisti 10, 11, 12, 14
- pankreas rezeksiyonu, diyare 102
- pankreatik asit 40
- pankreatit 5, 6, 14, 37, 310, 452, 455
akut 1, 5, 11, 404
kronik 1, 241, 402, 404
diyare 102, 103
- pansitopeni 396
- papilla 128
- papiller karsinom 174, 175
- papilödem 445, 447, 448
- parafimozis 350-1, 352
- paralitik ileus 84, 85, 238
- paralizi 292
- parakolik apse 5, 11
- paraözefagial (rolling) hiatus hernisi 111, 113, 114
- parapleji 48, 50
- paraquat 344
- parasetamol, sarılık 240
- paraumblikal herni 15, 16
- Parkinson hastalığı 431, 432
yürüyüş 169, 170, 171

- parmak ağrısı 151-6
 parmak-burun testi 109, 171, 432
 parmak lezyonları 146-50
 parmak nöroması 162
 paroksizmal noktürnal dispne 117, 462
 parotis bezi tümörü 133, 138, 329
 parotit 130, 132, 134, 135, 136
 paslı dil 426, 427, 428
 patella dislokasyonu 276, 278
 patella fraktürleri 273, 274-5, 277
 patella kondromalazisi 274, 277, 278
 patella tendonu, rüptür 273, 276, 278
 patellofemoral instabilite 274, 276, 278
 Paul-Bunnell testi 330
 peau d'orange (portakal kabuğu deri) 55
 pedal ödem 38
 pelvik apse 368
 pelvik inflamatuvar hastalık 47
 pelvik lenfadenopati 20
 pelvis fraktürü 143, 144, 270
 pelvis tümörü 39, 293, 342, 343, 442
 pemfigoid 313
 pemfigus 300, 301, 303, 313
 pemfigus pemfigoid 315
 pernisiyöz anemi 24, 25, 28, 397, 398, 400, 426, 427, 428, 429
 pençe ayak 162, 422, 423, 424
 pençe el 204, 205, 206
 penisilin 393
 penis karsinomu 350, 351, 353, 354
 penis lezyonları 350-4
 penis travması 350, 351, 353
 peptik ülser
 karın ağrısı 1, 5, 6, 25
 sırt ağrısı 47, 49, 52
 göğüs ağrısı 61
 hematemez 190, 191, 193
 melena 309, 310, 312
 kusma 452, 453, 456
 periampuller karsinom 244
 perianal apse 29, 30, 84, 85, 86
 perianal hematoma 29, 30
 perianal siğiller 366
 periferik nöropati 32, 33, 169, 170, 171, 172, 286, 291
 periferik sinir lezyonları, el deformiteleri 203, 204, 206, 207
 perikardit 3, 39, 61, 62
 konstriktif 37, 215, 216, 218
 perikardiyal efüzyon 41, 394
 perinefrik apse 7, 283, 284
 perine yırtıkları 144
 periodontal hastalık 184
 periorbital hematoma 76
 peritonit 3, 4, 5, 19, 37, 452, 453
 intestinal obstrüksiyon 237
 primer 2
 sekonder 2
 omuz ağrısı 260
 peroneal sinir felci 172
 Perthes hastalığı 270, 271, 272, 273
 pes cavus 157, 158, 159
 pes planus (düztaban) 157, 158, 159, 160, 162, 163
 peteşiyal hemoraji 210
 Peutz-Jeghers sendromu 300, 301, 302, 304
 Peyronie hastalığı 148, 232, 233, 350, 352, 353
 phenacetin 96
 phenolphthalein 195
 phenytoin 33, 184, 185, 431
 yürüyüş 170
 hirsutizm 224, 225
 toksikite 82
 phlegmasia alba dolens 289, 293, 341

- phlegmasia cerulea dolens 96, 289, 293, 341
- pıhtılaşma bozuklukları 66-8, 70
- pilor stenozu 10, 12, 452, 453
- konjenital hipertrofik 12
- pineal bez tümörleri 356
- pirinç suyu dışkı 102
- pirofosfat depo hastalığı 275
- pitozis 318, 319
- pituitier fossa 138
- piyelonefrit 5, 368
- akut 2
- kronik 228, 229
- piyoderma gangrenozum 139, 140, 141, 296, 297, 298
- piyojenik artrit 160, 161, 162, 250
- ayak bileği 280, 281, 282
- kalça 269, 272
- piyojenik granülom 300, 301, 302, 303
- piyonefroz 2, 7, 82, 283, 284
- plantar fasiit 48, 50, 160, 161, 162
- plantar sigiller 160, 162, 163
- plantar verrü 163
- pleomorfik adenom 136
- plevral efüzyon 39, 116, 118, 120
- plörezi 3, 92
- Plummer-Vinson sendromu 111, 113, 114, 115
- Pneumocystis carinii 368, 370
- pnömoni 61, 62, 63, 64, 70, 83, 92
- göğüs ağrısı 96
- siyanoz 95, 96, 97
- hemoptizi 198
- hıçkırık 220, 221
- lober 2, 4, 5, 63, 97, 201
- ateş 96
- pnömonitis 370
- pnömotoraks 61, 63, 64, 116, 117, 118, 120, 394
- pulse oksimetri 119
- poliarteritis nodoza 193, 289, 369, 375, 377
- poliartrit 252, 254
- polidipsi 356, 357
- polihidramniyoz, maternal 112
- polikistik böbrek 2, 7, 194, 195, 228, 230, 231, 283, 284, 356, 364
- polikistik over sendromu 457, 458, 460
- hirsutizm 224, 225, 226, 227
- poliomyelit 113, 157, 158, 159, 203, 204, 205, 293, 317, 318
- polistemi 11, 95, 119, 253, 362, 363, 364, 400
- polistemia rubra vera 296, 363
- polistemia vera 396
- polimyaljia romatika 131, 250, 252, 255, 287, 288, 290, 447
- polimyozit 317, 319
- polipler 365, 372, 373, 376, 378
- poliüri 355-7
- popliteal arter anevrizması 358, 359, 360, 361
- poplitea şişlikleri 358-61
- porfiri, akut intermittan 3, 6, 195
- porta hepatis, karsinom 241, 243
- portal hipertansiyon 38, 341-2
- portal ven trombozu 397
- postcricoid web 113, 115
- postentübasyon darlığı 406
- postflebitik ekstremit 292
- posthemoroidektomi 84, 85, 86
- postherpetik nöralji 245, 247, 248
- postiktal durum 77
- postimmunizasyon ateşi 369
- postit 352
- postmenapozal kanama 49
- post-trakeostomi darlığı 406
- postural hipotansiyon 107
- postvagotomi diyaresi 102
- prepatellar bursit 274, 276, 278
- priapizm 350, 351, 353, 354
- prodrom 89

- prognatizm 137
 projektıl kusma 13
 proksimal myopati 51
 proktalja fugaks 29, 30
 prolaktinoma 187, 189
 hirsutizm 224, 225, 226, 227
 meme başı 336, 337, 338
 proliferatif retinopati 447-8
 prostat büyümesi 438, 442
 prostatektomi, idrar
 inkontinansı 438, 439
 prostat hipertrofisi 22, 194,
 196, 343, 344, 345, 440,
 443, 459
 prostatit 434, 435, 436
 prostatizm 195, 439, 443
 prostat karsinomu 22, 23, 52,
 194, 196, 197, 256, 444
 pseudolipom 55
 psikosomatik sırt ağrısı 47
 psosas apsesi 50, 52, 177, 182,
 183
 psoriatik artropati 250, 252, 254
 psoriazis 128, 365, 366, 367,
 379, 380, 381
 psödogut, diz 274, 275, 278,
 279
 psödomembranöz kolit 105
 psödomiksoma peritonei 37
 psödotümörler 67
 puberte
 jinekomasti 187, 188
 pubik ramus, fraktür 269, 270,
 272
 pulled elbow 263
 pulmoner emboli
 göğüs ağrısı 61, 63, 64, 96
 öksürük 91, 92, 93, 94
 siyanoz 95, 96, 97
 dispne 96, 116, 117, 118, 119
 EKG 200
 ekokardiyografi 121, 202
 hemoptizi 198, 199
 pulse oksimetri 199, 394
 ateş 92, 96, 369
 şok 392, 395
 senkop 414
 pulmoner fibrozis 120
 pulmoner hipertansiyon 198
 dispne 116
 pulmoner ödem 39, 63, 77, 78,
 344, 345
 göğüs ağrısı 96
 öksürük 91, 92, 93
 siyanoz 95, 97
 dispne 96, 116, 120, 199
 hemoptizi 198, 199, 200, 201
 pulpa infeksiyonu 151, 152,
 154, 155

 Q ateşi 368, 370
 quadrantanopsia 448
 quadriseps tendonu, rüptür
 273, 277
 Queyrat eritroplazisi 350, 351,
 353, 354

 radius başı fraktürü 263, 265,
 266
 radyasyon koliti 372, 374, 376
 radyasyon proktiti 372, 374,
 376
 rahip dizi 274, 276
 raşitizm 276
 Raynaud fenomeni 95, 96, 113,
 114, 151, 153, 156, 165,
 166, 255, 422
 Reed-Sternberg hücreleri 364
 refleks sempatik distrofi 35, 36
 reflü nefropatisi 356
 reflü özofajiti 61, 190, 191,
 309, 310, 418, 419, 420
 Reiter hastalığı
 göz 127
 ayak ağrısı 160, 161, 162
 eklemler 250, 252, 254, 269,
 270, 272, 274, 275, 278
 bacak ağrısı 286, 287, 289

- ağız ülserleri 313, 315, 316
 üretra akıntısı 434, 435, 436
 rektal kanama 372-8
 rektosigmoid karsinom 103
 rektum karsinomu 39, 47, 49, 51, 238, 372, 373, 376
 rektum prolapsusu 143, 372, 374, 376
 dışkı inkontinansı 144
 rektum ülseri 39
 rektus kılıfı hematomu 2
 renal arter darlığı 228, 231, 344
 renal ven trombozu 194, 344
 retiküloz 217
 retina ayrılması 445, 446
 retina lezyonları 446
 retinitis pigmentosa 403
 retroareolar apse 336
 retroareolar eritem 56
 retrofaringeal apse 406, 407
 retromammaryal apse 54, 56
 retroperitoneal fibroz 343, 344
 retroperitoneal hemoraji 2, 237, 238, 239
 retroperitoneal lenfadenopati 17
 retroperitoneal malignite, intestinal obstrüksiyon 237, 239
 Richter tipi herni 16, 181
 Riedel tiroiditi 173, 174, 175
 rifampisin 195
 rinit 92, 321, 322-3
 allerjik 321, 322, 324
 kronik 321, 322, 324
 Rinne testi 100, 109
 rinolit 324
 rinore 131
 rodent ülser 123, 124, 297
 romatik ateş 199, 250, 252, 254, 256, 257, 371
 romatoid artrit
 ayak bileği 280, 281, 282
 kol ağrısı 33
 dirsek 263, 264, 265, 266
 parmak deformitesi 150
 farmak ağrısı 151, 152, 154, 155
 ayak ağrısı 160, 161, 162, 163
 ayak ülserleri 165
 el deformiteleri 203, 204, 205, 206, 207
 hepatomegali 216
 kalça 269, 271, 272, 273
 çene ağrısı 245, 246, 248, 249
 eklem ağrısı 250, 252, 254, 256, 257
 diz 274, 275, 276, 277-8, 279
 bacak ağrısı 286, 287, 289, 290
 bacak şişliği 292, 293
 bacak ülseri 296, 297, 298
 lenfadenopati 306, 307
 boyun ağrısı 332, 333, 334, 335
 poplitea şişlikleri 359, 361
 ateş 369, 370
 omuz 258, 260, 261, 262
 splenomegali 396, 398, 399, 400
 stridor 406, 407
 ayak parmağı lezyonları 422
 el bileği 266, 267, 268
 romatoid hastalık 128, 408
 Romberg bulgusu 26
 Romberg testi 26, 171
 rotator kılıf yırtığı 258, 259, 262
 saçlı deri lezyonları 379-82
 safen varisi 177, 178, 181, 183
 safra asiti 37, 40
 safra eksikliği 402, 403
 safra kanalı obstrüksiyonu, hepatomegali 216, 217
 safra kanalı sitiktürü 215, 216
 safra kanalı taşları 243
 safra kesesi

- karsinom 7, 8
mukosel 5
safra peritoniti 40
safra taşı ileusu 5, 236, 238
safra taşları 5, 8, 9, 241, 242, 144, 456
sağ dal bloğu 119
sağ kolon karsinomu 7
sağ ventrikül yetersizliği 63
sakral merkez hasarı 438, 439
sakral ödem 345
sakral sinir hasarı 438
salbutamol 228
Salmonella spp 101, 257, 452
Salmonella typhi 252
salpingo-ooforit 19
salpinjit 2
salyangoz izi (snail-track)
ülserler 314, 315
saman nezlesi 127
santral retinal arter tıkanması 445, 447
santral retinal ven tıkanması 445
sarılık 26, 38, 240-4
konjenital akolik 240
obstrüktif 66, 362, 363, 364, 402
sarkoidoz 91, 93, 128, 251, 254, 256, 306, 307, 369, 396, 398, 399
Scheuermann hastalığı 47, 49, 51, 52
Schilling testi 28
Schistosomiyazis 194, 195, 241
Schmorl nodülü 52
schwannom, vestibuler 98
Scottie dog bulgusu 52
sebase kist
aksilla 42, 43
meme 54, 56
kasık 177, 179
boyun 327, 328
poplitea şişliği 358, 359
saçlı deri 379, 380
skrotum 383, 384, 387, 389
seboreik dermatit 379, 380, 381
selülit 2, 35, 36, 160, 161, 162, 163, 286, 287, 289
bacak şişliği 292, 293, 294
semimembranöz bursa 358, 359, 360, 361
semimembranöz bursit 274, 276, 278
sempatomimetikler 228
senil rinore 322, 324, 325
senkop 88, 414-17, 415
senna (sinameki)195
septik abortus 344
kalça 273
diz 275
bacak ağrısı 286, 287, 289, 290
omuz 258, 262
el bileği 269
septik şok 392, 393, 395, 416
septisemi 80, 305, 396, 399, 400
serebellar ataksi 169
serebellar hemoraji 110
serebellar lezyonlar 157
serebellopontin köşe tümörü 107, 108, 109, 110
serebral malarya 74
serebral palsy, yürüyüş 169, 171
serebral tümörler bakınız beyin tümörü
serebrospinal sıvı, oture 77
serebrospinal sıvı, rinore 76
serebrovasküler iskemi, hemipleji 212
serebrovasküler olay (SVO) 112, 113, 157, 158, 439
servikal disk hasarı 34, 332
parmak ağrısı 151, 153
servikal kot 32, 34, 36, 327, 328, 330
servikal lenfadenopati 4, 306, 331, 408, 419, 420

- servikal spondiloz 32, 33, 34, 108, 155, 156, 259, 260, 332, 333, 335
- ses hastalıkları 449-51
- sferositoz, herediter 24, 26, 240, 397
- Shamroth bulgusu 69
- Shigella spp 101
- sırt ağrısı 46-53
- sifiliz 6
- fasial ülser 139, 140, 141, 142
- eklemler 253, 255
- diz 275
- bacak ülserleri 296, 297, 298
- dudak lezyonları 300, 301, 303
- lenfadenopati 305, 307
- ağız ülseri 313, 314, 315, 316
- burun akıntısı 321, 322
- penis lezyonları 350, 351, 353, 354
- splenomegali 396, 397, 399, 400
- dil 426, 428, 429, 430
- üretra akıntısı 434, 435, 436, 437
- sifiliz ülseri 297
- sigara
- öksürük 92
- ses kısıklığı 449-50
- çarpıntı 347
- paslı dil 426, 427
- kilo kaybı 462
- sigmoid kolon karsinomu 18, 19
- sigmoid volvulus 18, 19, 238, 239
- Sigiller 300, 301, 302, 350, 351, 353, 354, 365, 366
- siklik meme ağrısı 58, 59
- siklosporin 184, 185, 317, 356, 431
- hirsutizm 224, 225
- siliyer temizleme 128
- simetidin 187
- sindaktili 146, 203
- sinir sıkışması (tuzak nöropatisi) 263, 264
- sinovit, geçici 270, 271, 272
- sinüs taşikardisi 347, 349
- sinüsler, karsinomları 135, 138, 321
- sinüzit 123, 130, 131, 132, 134, 135, 136, 137, 138, 321, 322
- siproteron 187
- siringobulbi 140
- siringomyeli 32, 165, 203, 205, 207, 253, 422, 439, 441
- siroz 37, 38, 40, 41, 69, 70, 72, 397
- kriptojenik 216, 217
- Dupuytren kontraktürü 204, 206
- hepatomegali 217, 218
- impotans 232, 233, 234
- sarılık 241
- makronodüler 217
- primer biliyer 215, 216, 218, 219, 241
- sistemik lupus eritematozus (SLE) 66, 67, 369, 422
- göz 128
- ayak ülserleri 165
- eklemler 252, 255, 256, 257
- bacak ağrısı 289
- bacak ülserleri 296, 298
- lenfadenopati 306, 307
- ağız ülserleri 313, 315, 316
- sistemik skleroz 228
- Sister Joseph nodülü 15, 16
- sistit 2, 194, 438, 439
- sistolik üfürümler 39
- sitomegalovirus (CMV) 98, 99, 240, 243, 305, 368, 370
- sitotoksik ajanlar, diyare 102
- siyalektazi 133
- siyanotik kalp hastalığı, konjenital 69, 70, 71, 96
- siyanoz 92, 95-7, 117

- siyatik 48, 49, 286, 288
 siyatik sinir hasarı 272
 skafoïd fraktürü 266, 267, 268
 skapula fraktürü 258, 259
 skapula, uzatma 262
 sklerit 126, 127, 128
 sklerodaktili 113, 114
 skleroderma 111, 113, 151,
 153, 155, 165, 287, 289,
 422
 sklerozan kolanjit 215, 216,
 241
 skolyoz 52
 skorbüt 185, 186
 skotom (kör bölge) 446, 448
 skrotum ağrısı 383-7
 skrotum şişlikleri 387-91
 skuamoz hücreli karsinom
 kulak 123, 124
 fasiyal ülserler 139, 140, 141
 ayak ülserleri 165, 166, 167
 bacak ülserleri 296, 297,
 299
 kalça 300, 301, 303
 ağız 313, 314, 316
 saçlı deri lezyonları 379,
 380, 381
 Smith fraktürü 266, 267, 268
 Snellen tablosu 128, 447
 sodyum
 konvülsiyon 88
 imbalans 80
 soğuk algınlığı (nezle) 123,
 321, 322, 324, 368
 soğuk şişlikleri (chilblain) 151,
 152-3, 154, 423, 424, 425
 soliter rektal ülser 29, 30, 372,
 374, 376, 378
 sol ventrikül yetersizliği 63, 77,
 120
 solucanlar 361, 462
 soluk bacak 289
 solunum fonksiyon testleri 120
 solunum hastalığı, kronik 461,
 462
 solunum yolu infeksiyonu 80,
 81, 91, 116
 spastik displeji 157
 spastik parezi 157, 158
 spermatosel 387
 sperm granülomu 387, 388,
 390
 spigelian hernisi 17, 18
 spina bifida 46, 50, 157, 158,
 159, 165, 232, 422
 spina bifida occulta 157, 158,
 159
 spinal sinir iritasyonu 383
 spiranolakton 187
 splenik fleksüra, karsinom 10
 splenik ven hipertansiyonu 400
 splenik ven trombozu 38, 397,
 398
 splenomegali 26, 38, 71,
 396-401
 spondiloartrit 255
 spondilolistezis 46, 47, 50, 52
 Stafilokoklar 101
 Stafilokokus aureus 48, 252,
 257
 statinler 317
 status epileptikus 76, 79
 steatore 103, 402-5
 sternomastoid tümör 327, 328,
 329, 332
 steroid tedavisi
 androjen 457
 konfüzyon 81
 fasiyal şişlik 134, 136, 137
 ayak ülserleri 166
 hematemez 190, 191, 192
 hirsutizm 225
 eklemler 251, 253
 melena 310
 kas zayıflığı 317
 Stokes-Adams atağı 414, 416
 Streptokokus viridans 370
 stridor 406-9
 subakromia bursiti 259
 subakut bakteriyel endokardit
 368

- subakut kombine omurilik dejenerasyonu 82, 83
subaraknoid hemoraji 74, 76, 77, 210, 211, 332, 334, 335, 371
konvülsiyon 88, 89, 90
baş ağrısı 208
meningizm 209, 210
subdural hematom, hemipleji 211, 212
subdural hemoraji 74, 75-6
subfrenik apse 368
hıçkırık 220, 221, 222, 223
subklavyen arter anevrizması 327, 330, 331
subklavyen arter darlığı 32, 33
subkonjunktival hemoraji 126, 127
submandibular kanal taşları 331
subperikondral hematom 123, 124
subungual ekzostoz 148, 422, 423, 424, 425
subungual hematom 151, 152, 422, 423, 424
subungual melanom 146, 148, 149, 422, 423, 425
Sudek atrofişi bakınız refleks sempatik distrofi
sulfhemoglobinemi 95, 96, 97
supraglottik karsinom 408, 419, 450
supraklavikuler adenopati 55
supraklavikuler lenfadenopati 200
suprakondiler fraktür 263, 264-5, 273, 277
supraspinatus tendiniti 258, 259
supraspinatus tendon yırtığı 261
supraventriküler taşikardi 119, 347, 348, 414
sülfonamidler 26, 96
sünnet 66, 350
süperyor mezenterik arter darlığı 6
süperyor mezenterik arter trombozu 6
süperyor vena kava trombozu 134, 135, 137
Sydenham koresi 254
Şankr
fasial ülserler 139, 140, 141
ağız ülserleri 314, 315
penis lezyonları 350, 351, 353, 354
dil 427, 428, 429
üretal akıntı 434, 435, 436, 437
Şankroid 434, 435, 436
şilöz asit 40
Şok 392-5
tabes dosalis 3, 6, ,165, 253, 255, 296, 297, 442
talasemi 24, 26, 27, 240
talipes equinovarus (pes ekino varus) 157, 158, 159
tarsal tunel sendromu 280, 281
tatarcık ısırığı 141
tavşan dudak 300
tekrarlayan burkulma hasarı 32, 33, 34
telenjiyektazi 114, 155, 300
bakınız herediter hemorajik telenjiyektazi
temporal arterit 130, 131, 132, 208, 209, 210, 211, 396, 445, 448
temporomandibular eklem ağrı disfonksiyon sendromu 245, 246, 248
tendon kılıfı enfeksiyonu 151, 152, 154, 155
tenisçi dirseği 263, 264, 265
tenosinovit 266, 267, 268, 280, 281
Tensilon testi 320

- terleme bozuklukları 410-13
- testis
 imperfectly descended 177, 178, 179, 180, 181-2
 inmemiş 188
 testis atrofisi 459
 testis karsinomu 13, 14, 15, 306
 testis torsiyonu 383, 384, 385, 386, 387, 388, 390, 391
 karın ağrısı 3, 4
 kusma 453, 454, 455
 testis tümörü 187, 189, 387, 388, 390, 391
 testosteron, hirsutizm 224
 tetik parmak 146, 147, 148
 Thomas testi 171
 Thomson sıkıştırma testi 281
 throat conditions 418-21
 tıkanma sarılığı 66, 362, 363, 364, 402
 tırnağın koç boynuzu defor mitesi 423, 424
 tırnak batması 422, 423, 424
 tiamin eksikliği 80, 81, 82
 tibia fraktürü 273
 tibiofibular ayrılma 280
 Tietze hastalığı (kostakondrit) 54, 56, 58, 59, 61
 tifo 250, 368, 396, 397, 399
 tifüs 396, 397, 399
 timpanik membran perforasyonu 98, 99, 100
 tinea kapitis 379, 380, 381, 382
 tinea kruris 365, 367
 tinea pedis 367
 Tinell bulgusu 268
 tiramin 228
 tiroglossal kist 327, 329
 tiroid hastalığı, diyare 103
 tiroidit 176, 418, 419, 420
 subakut 175
 tiroid karsinomu 176, 406, 409, 450, 451
 tiroid şişlikleri 327, 329, 330, 331
- tirotoksikoz
 diyare 102, 195, 106
 kas zayıflığı 317, 319
 kaşıntı 363, 364
 terleme 410, 411, 412
 tremor 431, 432
 kilo kaybı 461, 462, 463, 464
 torasik aorta anevrizması 111, 449, 450, 451
 torasik giriş sendromu 32, 36
 torasik vertebra hastalığı 3
 trombositopeni 185, 186, 190, 194, 309
 trombositopenik purpura 296, 397, 400
 trombolitik tedavi, pıhtılaşma hastalıkları 66
 Todd felci 89, 213
 toksik multinodüler guvadır 173, 175
 toksik nodül 173, 174, 175
 toksoplazmozis 98, 99, 305, 306, 307, 331, 368
 tonsil karsinomu 418, 419, 420
 tonsillit 122, 123, 124, 125, 252, 305, 418, 419, 420
 tortikolis 332, 334
 total parenteral nütrisyon (TPN) 241
 trakea darlığı 407, 409
 travma
 konvülsiyon 89
 el deformiteleri 203, 204, 205
 şok 392
 travmatik ülserler 166, 167
 tremor 431-3
 Trendelenburg yürüyüşü 169, 170, 270
 Treponema pallidum 141
 Trichomonas sp 436
 trigeminal sinir felci 109
 trigeminal nöralji 125, 130, 131, 132, 139, 140
 triküspit regurjitasyonu 39, 41, 118
 triküspit yetersizliği 37

- trisiklik antidepresanlar 84, 187
 trisiklikler, aşırı doz 74
 trişiyazis 128
 Tropheryma whipplei 403
 tubo-ovaryan apse 18, 20
 tubuler nekroz, akut 343, 344,
 355, 356, 357
 tubulointerstisyel nefrit, kronik
 355, 357
 tüberkülo-sistit 438
 tüberküloz
 karın ağrısı 1, 5
 karın şişliği 7, 18
 ayak bileği 280, 281
 kol ağrısı 32
 asit 37, 38
 aksiller şişlik 43, 44, 45
 sırt ağrısı 46, 48
 kanama 29, 30
 meme kitlesi 55, 56
 servikal vertebra 34, 333
 göğüs grafisi 201
 öksürük 91, 92, 93
 dispne 117
 hematüri 194, 195, 196
 hemoptizi 198, 199, 202
 kalça 269, 270, 271, 273
 ince barsak obstrüksiyonu
 236, 239
 eklemler 250, 251, 257
 böbrek 283, 284, 285
 bacak ülserleri 296, 298
 lenfadenopati 305, 306, 307
 boyun kitleleri 328, 330
 boyun ağrısı 332, 334, 335
 meme başı akıntısı 336, 337
 ateş 368, 370, 371
 skrotum şişlikleri 387, 388-9,
 390, 391
 omuz 260, 262
 omurilik 48, 50
 splenomegali 396, 397, 399
 balgam analizi 200
 terleme 411, 412, 413
 üretra akıntısı 434, 435, 436
 kilo kaybı 92, 199, 461, 462
 tüberküloz apsesi 54
 tüberküloz artriti 258
 tüberküloz peritoniti 41
 tüberküloz ülseri 297
 dil 429
 tükürük bezi şişliği 327, 329,
 331
 ulnar sinir felci 264
 umblikal herni 15, 16
 urakus apsesi 22
 urakus kisti 22, 23
 Ureaplasma urealyticum 436
 uterus fibroidi 18, 20, 21
 uterus karsinomu 21, 22, 47,
 178
 utricaria 137, 302
 uyumsuz transfüzyon 343, 344
 uyuz 365, 366, 367
 üfürüm 114
 ülseratif kolit 5, 69, 70, 73,
 297, 372, 373-4
 diyare 101, 102
 eklemler 252
 ülseratif stomatit, akut 314
 üremi 76, 310, 312, 372, 375,
 377, 452
 karın ağrısı 3, 5, 6
 koma 74
 konvülsiyon 88
 ensefalopati 81
 hematemez 191, 192, 193
 kıkırcık 220, 221
 üreter akıntısı 434-7
 üreter darlığı 442, 444
 üreter karsinomu 435, 437, 442
 üreter koliği 1, 2, 3, 4, 5, 49
 üreterovajinal fistül 440
 üreter travması 442, 444
 üreter yaralanması 194, 195
 üretrit 194, 435
 kimyasal 435
 üst femoral epifiz kayması 270,
 271, 273

- üveit 126, 127, 128, 129
üzüm jölesi dışkı 8, 19, 374
- valvulae conniventes 238
varikozel 383, 384, 385, 386,
387, 388, 390, 391
varikoz venler 292, 297, 388
bacak ülseri 299
vaskülit 165, 422
vazomotor rinit 321, 322-3, 324
vazovagal senkop 414, 415,
417
vena kava inferyor
obstrüksiyonu 37, 341-2
veno-oklüzif hastalık 37, 41
venöz staz ülserleri 296, 297
venöz tıkanıklık 95
venöz tromboz 341
ventriküler ektoşik vurular 347,
349
ventriküler taşikardi 347, 348,
414
vertebra fraktürü 46
vertebra travması 87, 439, 444
vertebra tümörü 143, 145, 439,
441, 442
vertigo 107, 108
vestibüler nörit 107, 108
vezikovajinal fistül 439, 440,
441
Vibrio cholerae 101
villöz adenom 101, 103, 104,
105
Vincent anjini 314, 315, 316,
429
vinkristin 33
vipoma 105, 106
diyare 102, 104
viral artrit 252
viral menenjit 78
Virchow nodülü 14, 192, 306,
311
Virilizm 224, 226
vitamin B eksikliği, dil 426, 427
vitamin B12 eksikliği 24, 25,
26, 28, 33, 80, 81, 82
dışkı inkontinansı 144
yürüyüş 170
vitamin C eksikliği 185
vitamin D eksikliği 403
vitamin K eksikliği 66, 67, 403
vitreus ayrılması 445, 446
vitreus kanaması 445, 446,
448
vokal kord felci 406
vokal kord papillomu 450
vokal kord travması 449-50
Volkmann iskemik kontraktürü
157, 158, 159, 203, 204,
205, 207
volvulus 1, 6, 236
von Willebrand hastalığı 66,
67, 68
diş eti hastalıkları 185
- Warfarin 66, 67
Weber testi 100, 109
Wegener granülomatozu 198,
199, 201, 202, 321, 323,
325, 326
Wernicke-Korsakoff sendromu
82
Whiplash (kamçı) yaralanması
332, 333, 334
Whipple hastalığı 402, 403, 404
Wilms tümörü 8
Wilson hastalığı 38, 215, 218,
241, 243, 244
Witch's milk 188, 336
- yabancı cisim
sağırılık 99
disfaji 111, 112, 114, 115
dispne 117, 119, 120
kulak hastalıkları 122, 123,
124, 125
göz 126, 127, 128
inhale 91

- nazal akıntı 321, 323-4, 325
stridor 406, 408, 409
üretral akıntı 434, 435, 437
yağ malabsorpsiyonu 66
yağ nekrozu 54, 55, 57, 58, 59
yanıklar
 ayak deformiteleri 158, 159
 el deformiteleri 203, 204, 205
 ödem 340
 şok 392, 393
yapışık kulak 125
yarık damak 301, 302
yarık dudak 300, 301, 302
yaşlılık 84
yay bacaklar (genu varum)
 274, 276, 278
- yelken bulgusu 266
yenidoğanın hemorajik
 hastalığı 66
Yersinia enterocolitica 101
yılan ısırıkları 344
yumru ayak (clubfoot), edinsel
 158, 159
yumru ayak, konjenital 157,
 158, 159
yürüme anormallikleri 169-72
yürüyüş fraktürü 160, 161, 162,
 163
- Zollinger -Ellison sendromu
 402-3, 405
diyare 102, 104, 105, 106