

İÇ HASTALIKLARINDA TEMEL SEMİYOLOJİ

EDİTÖRLER

Can ÖZLÜ
Müjgan GÜRLER
Kevser ONBAŞI
Mehmet ALİUSTAOĞLU
Sertaç ERASLAN
Türkan PAŞALI KİLİT
Süleyman COŞGUN
Gökhan YAMAN
Tuba ERÜRKER ÖZTÜRK



© Copyright 2021

Bu kitabın, basım, yayın ve satış hakları Akademisyen Kitabevi A.Ş.'ne aittir. Anılan kuruluşun izni alınmadan kitabın tümü ya da bölümleri mekanik, elektronik, fotokopi, manyetik kayıt ve/veya başka yöntemlerle çoğaltılamaz, basılamaz, dağıtılamaz. Tablo, şekil ve grafikler izin alınmadan, ticari amaçlı kullanılamaz. Bu kitap T.C. Kültür Bakanlığı bandrolü ile satılmaktadır.

ISBN 978-625-7496-69-8	Gökhan YAMAN ORCID iD: 0000-0003-1900-5955 Tuba ERÜRKER ÖZTÜRK ORCID iD: 0000-0002-3682-5851
Kitap Adı İç Hastalıklarında Temel Semiyoloji	Yayın Koordinatörü Yasin DİLMEN
Editörler Can ÖZLÜ ORCID iD: 0000-0002-9573-1177 Müjgan GÜRLER ORCID iD: 0000-0001-9532-8241 Kevser ONBAŞI ORCID iD: 0000 0003 2230 9263 Mehmet ALİUSTAOĞLU ORCID iD: 0000-0003-0287-0766 Sertaç ERASLAN ORCID iD: 0000-0002-6816-4154 Türkan PAŞALI KİLİT ORCID iD: 0000-0003-1126-7336 Süleyman COŞGUN ORCID iD: 0000-0001-9417-3671	Sayfa ve Kapak Tasarımı Akademisyen Dizgi Ünitesi Yayıncı Sertifika No 47518 Baskı ve Cilt Vadi Matbaacılık Bisac Code MED085100 DOI 10.37609/akya.683

UYARI

Bu üründe yer alan bilgiler sadece lisanslı tıbbi çalışanlar için kaynak olarak sunulmuştur. Herhangi bir konuda profesyonel tıbbi danışmanlık veya tıbbi tanı amacıyla kullanılmamalıdır. Akademisyen Kitabevi ve alıcı arasında herhangi bir şekilde doktor-hasta, terapist-hasta ve/veya başka bir sağlık sunum hizmeti ilişkisi oluşturmaz. Bu ürün profesyonel tıbbi kararların eşleniği veya yedeği değildir. Akademisyen Kitabevi ve bağlı şirketleri, yazarları, katılımcıları, partnerleri ve sponsorları ürün bilgilerine dayalı olarak yapılan bütün uygulamalardan doğan, insanlarda ve cihazlarda yaralanma ve/veya hasarlardan sorumlu değildir.

İlaçların veya başka kimyasalların reçete edildiği durumlarda, tavsiye edilen dozunu, ilacın uygulanacak süresi, yöntemi ve kontraendikasyonlarını belirlemek için, okuyucuya üretici tarafından her ilaca dair sunulan güncel ürün bilgisini kontrol etmesi tavsiye edilmektedir. Dozun ve hasta için en uygun tedavinin belirlenmesi, tedavi eden hekimin hastaya dair bilgi ve tecrübelerine dayanak oluşturmaları, hekimin kendi sorumluluğundadır.

Akademisyen Kitabevi, üçüncü bir taraf tarafından yapılan ürüne dair değişiklikler, tekrar paketlemeler ve özelleştirmelerden sorumlu değildir.

GENEL DAĞITIM

Akademisyen Kitabevi A.Ş.

Halk Sokak 5 / A Yenışehir / Ankara

Tel: 0312 431 16 33

siparis@akademisyen.com

www.akademisyen.com

ÖNSÖZ

Semiyoloji; kelime manası ile göstergelerin yorumlanmasını veya işaretleri anlama süreçlerini içeren bütün faktörlerin sistematik bir şekilde incelenmesine dayanan bir bilim dalıdır.

Bir işlevin bozukluğunun göstergesi olabilecek bulguları incelemek ve değerlendirmekle sorumlu olan tıp dalı olan tıbbi semiyoloji; klinik tıbbın temel dayanağıdır. İç Hastalıkları klinik pratiğinde temel değerlendirmelerin esasını oluşturan semiyoloji; iyi bir doktor-hasta ilişkisi ve uygun bir semiyoloji kullanımı ve uygulaması, klinik teşhisi daha doğru ve güvenilir kılar. Bu amaçla tıp eğitiminde ve literatürde birçok kaynak bulunsa da; yeni hastalıkların ve yeni teşhis metodlarının da eklenmesiyle güncellenmesi gerekliliği söz konusudur. Teknolojik dönüşümün en önemli alanı sağlık. Sağlıktaki değişim hızını yakalamak, güncelden kopmamak yeniliklere entegre olabilmek, daha fazla interdisipliner, multidisipliner ve multi-merkez çalışmaları yürütmek, patentten ürüne, üründen yayına bilimsel üretimlerimizi artırmak adına açtığımız www.tabipim.org adlı platformumuzun da desteği ile kitabımızı sizlerle buluşturuyoruz.

Bu amaçla dalında uzman birçok meslektaşımızın güncel bilgi ve tecrübeleriyle katkı sunduğu kitabımızı literatüre sunmaktan onur ve memnuniyet duyuyoruz.

Bu yolda bizlere ilham kaynağı olan eğitim yuvalarımızı ve feyz aldığımız hocalarımızı saygı ve minnetle anıyor; açtıkları yolda emin adımlarla yürümeye devam edeceğimize söz veriyoruz.

Kitabımızı, tıp fakültesi öğrencileri, intörn hekimler, asistan hekimler, uzman hekimler başta olmak üzere Covid-19 pandemisinde aktif görev alan Türk Tıbbı'na emek ve gönül vermiş tüm meslektaşlarımız adına saygı ile ithaf ediyoruz.

Dr. Can ÖZLÜ

İÇİNDEKİLER

1. Bölüm	Anamnez Alma Şema ve Özellikler.....	1
	Başak OĞUZ İNAN	
2. Bölüm	Hasta Şikayeti ve Kimlik Bilgisi	7
	Muhammet KIZMAZ	
3. Bölüm	Anamnez Alma.....	15
	Gülru AVCI	
4. Bölüm	Özgeçmiş	23
	Tuğba Sevinç GAMSIZ	
5. Bölüm	Soy Geçmiş	27
	Yıldız İPEK	
6. Bölüm	Sosyal Durum ve Alışkanlıklar	29
	Vildan GÜRSOY	
7. Bölüm	Kullandığı İlaçlar.....	33
	Hilal HEYBELİ	
8. Bölüm	Beden Fonksiyonları	37
	Fatma AYKAŞ	
9. Bölüm	Genel Durum Sorgusu	45
	Alper Tuna GÜVEN	
10. Bölüm	Solunum Sistemiyle İlgili Sorgu	55
	Sonat Pınar KARA	
11. Bölüm	Kardiyovasküler Sistemle İlgili Sorgu	65
	Tolga Onur BADAĞ	
12. Bölüm	Gastrointestinal Sistemle İlgili Sorgu	85
	Gülten BİLİCAN	
13. Bölüm	Üroloji’de Anamnez	93
	Ersin GÖKMEN	

14. Bölüm	Lokomotor Sistemle İlgili Sorgulama.....	99
	Hatice AĞIR	
15. Bölüm	Sinir Sistemi İle İlgili Sorgu	109
	Ayşegül AKKAN SUZAN	
16. Bölüm	Fizik Muayene Usulleri–İnspeksiyon	115
	İsmail KIRLI	
17. Bölüm	Fizik Muayene Usulleri (Palpasyon)	123
	Ayşe Nilgün KUL	
18. Bölüm	Perküsyon	127
	Deniz TAZEÖĞLU	
19. Bölüm	Oskültasyon	137
	Mehmet Emre AY	
20. Bölüm	Metabolik Nedenlere Bağlı Karın Ağrıları	143
	Özgür BAHADIR	
21. Bölüm	Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi.....	153
	Büşra Betül ÇAĞIR	
22. Bölüm	Boy ve Önemli Gelişim Hastalıkları (I)	167
	Seçil ÖZİŞİK	
23. Bölüm	Boy ve Önemli Gelişim Hastalıkları (II)	179
	Mustafa CAN	
24. Bölüm	Postür Muayenesi	187
	Hatice AĞIR	
25. Bölüm	Anormal Hareket Bozuklukları-I.....	195
	Fatma Ebru ALGÜL	
26. Bölüm	Anormal Hareket Bozuklukları-II.....	199
	Fatma Ebru ALGÜL	
27. Bölüm	Yürüyüş	203
	Funda GÖKGÖZ DURMAZ	

28. Bölüm	Konuşmanın Değerlendirilmesi ve Konuşma Bozuklukları215 Tuba GÜLLÜ KOCA
29. Bölüm	Koku Alma221 Ali YEŞİLTEPE
30. Bölüm	Ateş.....235 Aslıhan METE YILDIRIM
31. Bölüm	Ateş ve Tipleri.....239 Pınar ERGEN Fatma YILMAZ KARADAĞ
32. Bölüm	Terleme245 Nursel AKBAY
33. Bölüm	Tırnaklar (I)247 Müge BİLGE
34. Bölüm	Tırnaklar (II)259 Fatma KAPLAN EFE
35. Bölüm	Epidermis, Dermis, Subkutan Doku267 Sümeyra Alan YALIM
36. Bölüm	Primer Deri Lezyonları273 Nida ÖZTOP
37. Bölüm	Sekonder Deri Lezyonları277 Şengül BEYAZ
38. Bölüm	Derinin Muayenesi285 Gökçem YALIN KOCAMAZ
39. Bölüm	Baş Muayenesi307 Aylia YEŞİLOVA
40. Bölüm	Yüzün ve Saçın Muayenesi-Özel Hastalıklarda319 Müçteba CAN

41. Bölüm	Göz Hastalıklarında Ön Segment Muayenesi.....	325
	Ayşe Yeşim ORAL İbrahim Ethem AY	
42. Bölüm	Göz Hastalıklarında Arka Segment Muayenesi	337
	Müberra AKDOĞAN İbrahim Ethem AY	
43. Bölüm	Burun Muayenesi	345
	Tuğba Sevinç GAMSIZ	
44. Bölüm	Dudakların Muayenesi	355
	Gülşah BOZ	
45. Bölüm	Kulaklar	361
	Zekiye Pınar İPEK EYVAZ	
46. Bölüm	Boyun Muayenesi, Boyun Damarlarının Muayenesi, Boyun Lenf Ganglionlarının Muayenesi, Trachea Muayenesi	365
	Selman GENCER	
47. Bölüm	Tiroid Muayenesi	383
	Ebru ÖZDEN YILMAZ Arda Şakir YILMAZ	

YAZARLAR

Uzm. Dr. Başak OĞUZ İNAN
Göktürk Florence Nightingale Tıp
Merkezi
ID 0000-0001-5799-6732

Uzm. Dr. Muhammet KIZMAZ
Sivas Gemerek Devlet Hastanesi, Aile
Hekimliği Kliniği
ID 0000-0001-5408-3399

Uzm. Dr. Gülrü AVCI
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa,
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Geriatri BD.,
ID 0000-0002-5661-1738

Uzm. Dr. Tuğba Sevinç GAMSIZ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye
Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
İç Hastalıkları Bölümü
ID 0000-0002-1326-0712

Uzm. Dr. Yıldız İPEK
İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir
Hastanesi,
ID 0000-0003-2952-2286

Uzm. Dr. Vildan GÜRSOY
Usak Üniversitesi Tıp Fakültesi,
İç Hastalıkları AD. Hematoloji BD.,
ID 0000-0002-3645-9345

Uzm. Dr. Hilal HEYBELİ
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi
İç Hastalıkları AD.,
ID 0000-0001-9960-803X

Uzm. Dr. Fatma AYKAŞ
S.B.Ü. Antalya Eğitim ve Araştırma
Hastanesi Hematoloji Bölümü,
ID 0000-0002-2463-3676

Uzm. Dr. Alper Tuna GÜVEN
Beypazarı Devlet Hastanesi,
İç Hastalıkları Bölümü
ID 0000-0002-6310-4240

Dr. Öğr. Üyesi Sonat Pınar KARA
Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp
Fakültesi İç Hastalıkları AD.,
ID 0000-0002-8018-4879

Uzm. Dr. Tolga Onur BADAĞ
Adana Şehir Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi,
ID 0000-0002-4254-196X

Uzm. Dr. Gülden BİLİCAN
Muş Devlet Hastanesi,
Dahiliye Bölümü
ID 0000-0002-5103-0280

Op. Dr. Ersin Gökmen
S.B.Ü Gaziosmanpaşa Eğitim ve
Araştırma Hastanesi,
ID 0000-0002-9845-163X

Uzm. Dr. Hatice AĞIR
Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü
ID 0000-0003-1606-9224

Uzm. Dr. Ayşegül AKKAN SUZAN

Sağlık Bakanlığı Kartal Dr. Lütfi Kırdar
Şehir Hastanesi, Nöroloji Bölümü,
ID 0000-0003-1806-2261

Dr. Öğr. Üyesi İsmail KIRLI

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp
Fakültesi İç Hastalıkları AD. Genel
Dahiliye BD.
ID 0000-0001-9502-5574

Uzm. Dr. Ayşe Nilgün KUL

Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi
Hematoloji Bölümü
ID 0000-0003-1806-2261

Op. Dr. Deniz TAZEÖĞLU

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel
Cerrahi AD., Cerrahi Onkoloji BD.,
ID 0000-0002-5947-8653

Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Emre AY

Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Aile hekimliği AD.,
ID 0000-0001-6046-864X

Dr. Özgür BAHADIR

Haydarpasa Numune Eğitim ve
Araştırma Hastanesi,
ID 0000-0002-9472-5170

Uzm. Dr. Büşra Betül ÇAĞIR

Ankara Şehir Hastanesi,
Dahiliye Bölümü
ID 0000-0003-1183-0264

Uzm. Dr. Seçil ÖZİŞİK

Koç Üniversitesi Hastanesi,
İç Hastalıkları AD. Endokrinoloji BD.
ID 0000-0003-4618-0273

Uzm. Dr. Mustafa CAN

Necmettin Erbakan Üniversitesi
Meram Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları
AD., Endokrinoloji BD.,
ID 0000-0003-3241-4104

Uzm. Dr. Fatma Ebru ALGÜ

İstanbul Aydın Üniversitesi-Medical
Park Florya Nöroloji BD.,
ID 0000-0003-0318-7571

Uzm. Dr. Funda GÖKGÖZ DURMAZ

Konya Meram 18 No'lu Aile Sağlığı
Merkezi,
ID 0000-0003-3043-5809

Uzm. Dr. Tuba GÜLLÜ KOCA

Bursa Ali Osman Sönmez Onkoloji
Hastanesi İç Hastalıkları Bölümü
ID 0000-0003-4168-2821

Uzm. Dr. Ali YEŞİLTEPE

Kayseri Şehir Hastanesi,
İç Hastalıklar Bölümü
ID 0000-0002-4743-0847

Uzm. Dr. Aslıhan METE YILDIRIM

Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi
İç Hastalıkları Kliniği,
ID 0000-0001-7482-4596

Uzm. Dr. Pınar ERGEN

S.B. Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın
Şehir Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları
ve Klinik Mikrobiyoloji AD.
ID 0000-0003-3990-7956

Doç. Dr. Fatma YILMAZ KARADAĞ

S.B. Sancaktepe Şehit Profesör İlhan
Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik
Mikrobiyoloji BD.
ID 0000-0003-4657-5291

Uzm. Dr. Nursel AKBAY

Hakkari Şemdinli Devlet Hastanesi,
Dahiliye Bölümü

 0000-0003-4829-4848

Uzm. Dr. Müge BİLGE

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr.
Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi,
İç Hastalıkları Bölümü

 0000-0001-7965-3407

Uzm. Dr. Fatma KAPLAN EFE

Keçiören Eğitim ve Araştırma
Hastanesi Dahiliye Bölümü,

 0000-0001-9896-2459

Uzm. Dr. SümeYra Alan YALIM

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Allerji ve İmmünoloji AD.

 0000-0001-5986-0513

Uzm. Dr. Nida ÖZTOP

İstanbul Üniversitesi İstanbul
Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD.,
İmmunoloji ve Allerjik Hastalıklar BD.,

 0000-0003-2607-3833

Uzm. Dr. Şengül BEYAZ

Ankara Şehir Hastanesi, Ankara,

 0000-0002-1505-4293

Uzm. Dr. Gökçem YALIN KOCAMAZ

Konya Meram Devlet Hastanesi,
İç Hastalıkları

 0000-0003-3513-7333

Uzm. Dr. Aylia YEŞİLOVA

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr.
Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, İç
Hastalıkları Bölümü,

 0000-0001-7611-9049

Uzm. Dr. Müçteba CAN

Ankara Şehir Hastanesi,

 0000-0002-8316-5075

Prof. Dr. Ayşe Yeşim ORAL

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri
Üniversitesi,

 0000-0002-6165-7992

Op. Dr. İbrahim Ethem AY

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz
Hastalıkları AD.

 ORCID iD: 0000-0002-3468-7096

Doç. Dr. Müberra AKDOĞAN

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri
Üniversitesi,

 0000-0002-8316-5075

Tuğba Sevinç GAMSIZ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye
Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
İç Hastalıkları Bölümü

 0000-0002-1326-0712

Uzm. Dr. Gülşah BOZ

Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi
Dahiliye Bölümü

 0000-0003-4825-8572

Uzm. Dr. Zekiye Pınar İPEK EYVAZ

Nevşehir Devlet Hastanesi

 0000-0001-6979-1064

Uzm. Dr. Selman GENCER

Aksaray Üniversitesi Aksaray Eğitim
Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları,

 0000-0003-3936-4146

GİRİŞ

Bir insanın başına hekim olmaktan daha büyük bir imkan fakat aynı zamanda daha büyük bir zorluk ve sorumluluk gelemes. Bir hekimin teknik beceriye, bilimsel bilgiye ama ayrıca insani bir anlayış becerisine ihtiyacı vardır. Hekimden nezaket, sempati ve anlayış beklenir çünkü hasta yalnızca semptomların, bulguların, bozulmuş bedensel fonksiyonların toplamı değildir. Hasta korkuları ve umutları olan, yardım ve güven arayan bir 'insan'dır.

Harrison Principles of Internal Medicine, 1950

Tıp pratiği özellikle son yıllarda artan bir ivmeyle gelişmekte ve değişmekte. Moleküler biyoloji, genetik ve patofizyoloji gibi yeni ortaya çıkan dallar; her gün daha detaylı bilgi edinmemizi sağlayan gelişmiş görüntüleme yöntemleri hastalıkların tanı ve tedavilerine bilimsel olarak büyük katkılar sunmaktadır (1).

Elektronik ve internetin daha çok kullanıma girmesi tıbbi uygulamalar ve hekimler arasındaki veri alışverişinde değişikliklere neden oldu. Hekimler, bütün bu ilerlemeler ve gelişmeleri tıbbi pratiğe entegre etmeye çalışmaktadır. Ancak unutulmaması gereken, bütün bu gelişmelere rağmen halen hastalıkların tanı ve tedavisinin temelinde yatanın hasta-hekim arasında kurulacak yakın ilişki olduğudur (1,2).

Her yeni gün literatüre eklenen bu yeni bilgiler ve geliştirilen teknolojiler hekimlik pratiğine, hastalıkların tanı ve tedavi modalitelerine şüphesiz büyük katkılar sunmaktadır. Fakat ne laboratuvar teknikleri ne de görüntüleme metodları ne kadar gelişirse gelişsin tek başına bir hekimi mesleğinde yetkin ve iyi yapmaya yetmez. İyi bir hekim, karşısına çıkabilecek zorlu klinik durumlarda hastanın karmaşık öyküsünde nelerin önemli olabileceğine hangi biyokimyasal tetkiklerden ve görüntüleme metodlarından faydalanıp tanıya nasıl ulaşacağına ve son-

¹ Uzm. Dr. Başak OĞUZ İNAN, Göktürk Florence Nightingale Tıp Merkezi drbasakoguz@gmail.com

HASTA FİZİKİ İNCELEME BULGULARI	
GENEL DURUM: VİTAL BULGULAR BİLİNÇ ATEŞ	NABİZ: KAN BASINCI: O2 SATÜRASYONU:
GÖZ/ KONJUKTİVA/ SKLERA	
KBB: OROFARENKS:	BOYUN LAP: -
SOLUNUM: SOLUNUM SESLERİ HER İKİ HEMİTORAKSTA SOLUNUM SESLERİ: RAL: RONKÜS: WHEEZİNG STRİDOR	
KALP VE DOLAŞIM: S1 VE S2 RİTM VE DÜZENİ:	EK SES VE ÜFÜRÜM:
BATIN : HASSASİYET: DALAK	DEFANS/REBOUND: KVAH: KARACİĞER
EKSTREMİTE: PERİFERİK NABIZLAR:	PTÖ:
CİLT DERMAL BULGULAR	GENEL LAP BAKISI
ÖN TANI(LAR) 1. 2. 3.	
PLANLAMA	

KAYNAKLAR

1. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson J, Loscalzo J. eds. *Harrison's Principles of Internal Medicine, 18e*. New York, NY: McGraw-Hill; 2012;1:2-9
2. Kaysı A, Molvalılar S İç Hastalıkları Semiyoloji 3. Baskı, İstanbul; 2001; 1: 1-8
3. Staiger DO et al: Trends in the hours of physicians in the United States. JAMA 303:747, 2010

GİRİŞ

Anamnez, doktoru tanıya götüren önemli basamaklardan biridir. İyi alınmış bir anamnez, uygun tetkikleri istememize yardımcı olup, tanıya giden yolda hekimin kafasında uygun bir algoritma oluşmasını sağlar. Uygun bir algoritma ile hareket eden hekim doğru soruna odaklanıp, sistematik hareket ederek gereksiz tetkiklerin karmaşası ve zaman kaybından kurtulur. Teşhise giden yolda en ucuz, ama en kıymetli adım olan anamnezin ilk adımı da hastanın kimlik bilgilerini doğrulamaktır. Hasta ile ilk karşılaşmamızda önce kendimizi tanıtmalı ardından hastanın ismini mutlaka sormalıyız. Hastaya ismi ve sosyokültürel durumuna göre uygun bir şekilde hitap etmemiz, hasta hekim ilişkisinin olumlu gelişmesine yardımcı olacaktır. Hastaya doğru tanıyı koymak için doğru hastayı muayene ettiğimizden emin olmamız gerekir. Özellikle ülkemiz şartlarında yoğun poliklinik şartlarında birçok hasta muayene kapısında beklemektedir. Bazen yanlış anlama ile bazen muayene olma telaşı, bazen yaşlı hastalar, okuma yazması olmayan hastalar veya başka bir nedenden dolayı sırası gelmeden hasta polikliniğimize sırası gelmiş gibi girebilmektedir. Hastane bilgi sistemlerinin yaygın kullanılması ile ekranımızda hastalarımız liste halinde görünmektedir. Kimlik bilgilerini doğrulamadan muayeneye başlarsak, kendi ekranımızda gördüğümüz ve muayene ettiğimizi sandığımız hasta ile karşımızdaki hasta aynı olmayacaktır. Böyle bir durum en basit halinde zaman kaybetmemize sebep olacaktır. Basit gibi görünen bu adım günlük pratikte önemli sorunlara sebep olma potansiyeline sahiptir. İlginç olarak bazen sırada bekleyen hastaların isim ve soy isimleri tamamen aynı olabilmektedir. Kendi ekranımızda görünen hasta yaşı ile muayeneye giren hasta yaş uyumunu değerlendirmeliyiz. Öyleki bazen yakın yaşlarda, benzer isimli hastalar olabilmektedir. Şüphe duymamız halinde kimlik numarasını da teyit etmeliyiz.

¹ Uzm. Dr. Muhammet KIZMAZ, Sivas Gemerek Devlet Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, muhammet-kizmaz@hotmail.com

natının tatminkar bir icra alanıdır. Yetişen yeni hekimlerin bu hazzı tatması ve anamnez fizik muayene ekolünden uzaklaşmaması dileğiyle..

KAYNAKLAR

1. Li G, Lv J, Chen J, et al. Study on Writing of Chief Complaint. Chinese Med Rec English Ed. 2013;1(1):4-7.
2. Wikipedia (2021). *Chief complaint*. (20/05/2021 tarihinde https://en.wikipedia.org/wiki/Chief_complaint adresinden ulaşılmıştır).
3. Köksal A , Köksal T , Yüksel S . Beş Yıllık Hasta Kayıtlarının Değerlendirildiği Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Merkezi Verileri ve Kayıt Sisteminin Önemi. Gaziosmanpaşa Tıp Dergisi. 2015; 7(2): 105-115.
4. Centers for Medicare & Medicaid Services (2021). *Evaluation And Management Services Guide*. (20/05/2021 tarihinde <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/Downloads/eval-mgmt-serv-guide-ICN006764.pdf> adresinden ulaşılmıştır).
5. Erkilinç M. Assesment and Clinical Examination. Orthop Sport Med Guid Res. 2015;55-85. DOI:10.4328/DERMAN.3499.
6. Uygun A. Tıbbın Olmazsa Olmazı Fizik Muayeneyi İhmal mi Ediyoruz? Güncel Gastroenteroloji. 2009;13(3):127-147.
7. Pulsenotes (2021). *How to take a medical history*. (20/05/2021 tarihinde <https://app.pulsenotes.com/clinical/histories/notes/basic-history> adresinden ulaşılmıştır).
8. Oxford Medical Education (2021). *History Taking*. (20/05/2021 tarihinde <https://www.oxfordmedicaleducation.com/history/medical-general/> adresinden ulaşılmıştır).
9. Quizlet (2021). *Chief Complaint & History Of Present Illness*. (20/05/2021 tarihinde <https://quizlet.com/229320741/chief-complaint-cc-history-of-present-illness-hpi-flash-cards/> adresinden ulaşılmıştır).
10. Medistudents (2021). *History Taking*. (20/05/2021 tarihinde <https://www.medistudents.com/osce-skills/patient-history-taking> adresinden ulaşılmıştır).
11. Nelson E, Kirk J, McHugo G, et al. Chief complaint fatigue: a longitudinal study from the patient's perspective. Fam Pract Res J. 1987;6(4):175-188.
12. Hussain N, Karnath B. Differentiating chest pain. Emergency Medicine. 2004;36(2):22-24.
13. Graff IV LG, Robinson D. Abdominal pain and emergency department evaluation. Emerg Med Clin North Am. 2001;19(1):123-136.
14. Ackermann RJ, Kemle KA, Vogel RL, et al. Emergency department use by nursing home residents. Ann Emerg Med. 1998;31(6):749-757.
15. TÜİK (2021). *İstatistiklerle Yaşlılar*. (20/05/2021 tarihinde <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=İstatistiklerle-Yaslılar-2020-37227> adresinden ulaşılmıştır).
16. Anpalahan M, Gibson SJ. Geriatric syndromes as predictors of adverse outcomes of hospitalization. Intern Med J. 2008;38(1):16-23.
17. Sleeper RB. Geriatric primer - common geriatric syndromes and special problems. Consult Pharm J Am Soc Consult Pharm. 2009;24(6):447-462.
18. Erdinçler DS. Yaşlıda Anamnez ve Fizik Muayene. Klinik Gelişim. 2012;25:4-8.

HASTA ÖYKÜSÜ

Hastanın sağlık durumunun ve sağlık problemlerinin sistemli bir şekilde sorgulandığı bilgi toplama sürecidir. Hastanın problemini belirlemek amacıyla tıbbi hikayesinin alınmasıdır. Tüm teknik imkanlara rağmen tanıda anamnez en kıymetli ögedir. Anamnez alma tanışma, dinleme ve gözleme dayanır. Hastanın genel durumu, sorulara tepkisi, zeka düzeyi, bilinç durumu, hastalığı ile ilgisi hikaye alırken değerlendirilir. Öykünün en iyisi ve en doğrusu hastanın kendisinden alınır. Ancak bilinç bozukluğu olanlarda, küçük çocuklarda, demans ve lisans yetersizliği gibi durumlarda bilgi hasta yakınlarından alınmalıdır. Hekimin hasta ile ilişkisi çok önemlidir. Hastadan öykü almadan önce hasta ile yakınlaşma kurulmalı, uygun ortam sağlanmalıdır. Hastaya rahat konuşma fırsatı verilmeli ve hasta dikkatlice dinlenmelidir. Hastanın problemleri tek tek incelenmelidir. Tüm yakınmaların gelişimi ve tarih sırası belirtilmelidir. Öykünün temeli kronolojidir. Geçmişten günümüze sorgulanma yapılmalıdır. Başlangıçta açık uçlu sorular, sonra kapalı uçlu sorular sorulmalıdır. Sorular basit, kolay ve hastanın anlayacağı şekilde olmalıdır. Sade, anlaşılır bir dil tercih edilmelidir. Hastanın istek ve endişelerine önem verilmelidir. Hekim hastasını dinlerken nazik, güleryüzlü olmalı, saygılı davranmalı, güven ortamı kurulmalıdır. Hastanın bakış açısı ve duyguları tespit edilmelidir. Akışa ve zamanlamaya uyulmalıdır. Anamnez alırken düzenli, anlaşılabilir ve okunaklı notlar alınmalıdır. Alınan notlar özetlenmeli, öykünün tam alındığı kontrol edilmelidir. Özel tıbbi terimler yerine hastanın ifadeleri kullanmak gerekir. Doğru öykü almak, kaliteli hasta bakımı için çok önemlidir (1). Hikaye hastaya ve hastalığa göre değişir. Hastaya kendi anlatımı için fırsat verilmelidir. Sorgulama ile hasta yönlendirilmeli, yanlış sorular sorulmamalıdır. Hastayı ve öyküsünü yeterince dinlemekle başlayan tıbbi öykü hastaya empatik bir yaklaşımla tedavi olanağı sunan pedagojik bir araç olduğu varsayılmaktadır (2).

¹ Uzm. Dr. Gülru AVCI, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Geriatri BD., gulru83@gmail.com

SİNİR SİSTEMİ	LÖKOMOTOR SİSTEM	HEMOPOETİK SİSTEM
• Tat-Koku alma bozukluğu • Görme-işitme bozukluğu • Konuşma, çiğneme, yutma bozukluğu • Fasiyal güçsüzlük • Kas güçsüzlüğü • Kas krampları/fasikülasyonlar • Denge bozukluğu/Ataksi/Tremor • Boyun hareket kısıtlılığı • Ense sertliği • Hafıza değişiklikleri • Uyku bozukluğu • Baş ağrısı-Baş dönmesi-Senkop • Paralizi veya parezi • Duyu bozukluğu (Parestezi, hipestezi, anestezi)	• Artralji • Artrit bulguları • Eklem kısıtlılığı • Eklem şişliği • Myalji • Sabah sertliği • Yürüme bozukluğu	• Anemi öyküsü • Transfüzyon hikayesi • Lenfadenopati • Kolay morarma • Kanamalar • (Spontan/Travmaya bağlı)

KAYNAKLAR

1. Sandra LR, Elisa K, Learning the Patient's Story, Seminars in Oncology Nursing 2017 Dec;33(5):467-474. doi: 10.1016/j.soncn.2017.09.003.
2. Carlos AM, Clinical records: the medical writing from the patient's story to the medical narrative. Colombia Medica. 2020 Mar 30. doi: 10.25100/cm.v51i1.4223
3. Kaysı A. (2020). İç Hastalıkları (Semiyoji). 14. Baskı. İstanbul. Alfa Yayınları
4. Stoicescu M. (2019) General Medical Semiology Guide Part I, 1st Edition. United States of America. Academic Press.

ÖZGEÇMİŞ

Hasta değerlendirmede özgeçmiş en önemli adımlardan biridir. Son yıllarda hasta hakları ile birlikte önemi giderek artan hasta sorumlulukları arasında hastaların yakınmalarını, daha önce geçirdiği hastalıkları, yatarak herhangi bir tedavi görüp görmediklerini, eğer varsa halen kullanmakta oldukları ilaçları ve tüm sağlıkları ile ilgili bilgileri tam, eksiksiz vermeleri yer almaktadır (1).

Pediyatrik hastaların “erişkin hastaların küçüğü” gibi değerlendirilmemeleri, yaş aralığına göre uygun sorular sorulması gerekmektedir. Görüşmede bilgi alınan ebeveynin belirti ve bulguları nasıl yorumladığı teşhiste yol gösterici olabileceği için önemlidir. Ayrıca hasta ile ebeveynin ilişkisi, ebeveynlerin davranışları öykü alma ve muayene esnasında gözlemlenmesi gereken durumlardandır (2). Yaşlı hastalarda tıbbi özgeçmiş alınırken holistik yaklaşım ile düşme, mobilite, polifarmasi, alkol tüketimi, sosyal izolasyon, kognitif bozulma, kilo kaybı, beslenme, görme problemleri, kontinans, düşük mod, sigara kullanımı, kişisel bakım ve yaşam koşulları gibi durumlar hakkında bilgi alınmaya çalışılmalıdır (3).

ÇOCUKLUK HASTALIKLARI

Kızamık, kabakulak, kızamıkçık, suçiçeği, difteri, boğmaca, kızıl, romatizmal ateş, polio gibi hastalıklar sorgulanmalıdır.

YETİŞKİN DÖNEME AİT HASTALIKLAR

Hipertansiyon, osteoporoz, diyabet, sarılık, tüberküloz, kanser, epilepsi, romatizmal hastalıklar, kronik obstruktif akciğer hastalıkları gibi sağlık problemleri ve hastaneye yatış öyküsü kaydedilmelidir.

¹ Uzm. Dr. Tuğba Sevinç GAMSIZ, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Bölümü tubagamsiz@yahoo.com

SOSYAL ÖYKÜ

Kişinin alışkanlıkları, aktivite düzeyi, hobileri, yaşam koşulları, beslenme alışkanlıkları, besin takviyesi kullanma durumu, özellikle ileri yaştaki hastaların düşme riski, sağlık hizmetine ulaşabilme durumları, ekonomik düzey, sosyal güvence değerlendirilmelidir.

SEYAHAT

Son zamanlarda yabancı ülkeye seyahat edilip edilmediği veya böyle bir planın olup olmadığı sorgulanmalı ve gidilecek bölgenin hijyenik ve endemik özelliklerine göre gerekli aşılama, ilaç tedariği gibi konulara özen gösterilmelidir.

HAYVAN BESLEME

Evcil hayvan besleme, çiftçilik, kuşlara maruz kalma gibi durumlar kaydedilmelidir.

MESLEK

Meslek ve çalışma koşullarının sorgulanması kimyasal madde maruziyeti ve bulaşıcı hastalıklar gibi riskler yönünden önemlidir. Örneğin veterinerlerde bruselloz, boya sanayide çalışanlarda anilin maruziyetine bağlı mesane kanseri, asbest maruziyeti ile mezotelyoma ve asbestozis riski artmaktadır. Sağlık çalışanları ise hepatit B ve hepatit C gibi bulaşıcı hastalıklar yönünden daha yüksek risk altındadır (4,5).

KAYNAKLAR

1. Kaymakçı M., Hasta Hakları ve Sorumlulukları, <https://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/haksor.htm>
2. Pediatric History and Physical Exam, University of Utah School of Medicine, <http://www.ped.med.utah.edu/cai/howto/H&P%20write-up.pdf>
3. Fit for Frailty, Part 1, British Geriatrics Society, p.11 https://www.bgs.org.uk/sites/default/files/content/resources/files/2018-05-23/fff_full.pdf
4. Lewis J.D, Enfield K., Sifri C. "Hepatitis B in Healthcare Workers: Transmission Events and Guidance for Management". World J Hepatol. 2015 Mar 27; 7(3): 488–497 doi: 10.4254/wjh.v7.i3.488
5. Westermann C., Peters C, Lislak B., Lamberti M., Nienhaus A. "The Prevalence of Hepatitis C among Healthcare Workers: A Systematic Review and Meta-analysis" Occup Environ Med. 2015 Dec; 72(12): 880–888. doi: 10.1136/oemed-2015-102879

GİRİŞ

Soy geçmiş (aile sağlığı geçmişi, aile hikayesi), aile fertlerinin hastalıkları ve sağlık durumları hakkında bilgilerin edinilmesidir. Soy geçmiş, genetik geçişli hastalıklar, ortak etnik köken, benzer yeme veya egzersiz alışkanlıkları, aynı bölgede yaşama ve çevresel maruziyet nedeniyle önemlidir. Beklenenden daha erken yaşta ortaya çıkan hastalıklar (çoğu insan hastalığa yakalanmadan 10 ila 20 yıl önce), birden fazla akrabada aynı hastalığın görülmesi, akraba evliliği olması hastalık riskini artıracak özelliklerdir (1-4).

Aile hikayesi ile diyabet, hipertansiyon, kalp hastalıkları, ateroskleroz, alerjik hastalıklar, gut, epilepsi, psikoz, kistik fibroz, down sendromu, ailesel akdeniz ateşi (FMF), hemofili, talasemi, orak hücreli anemi ve meme kanseri, over kanseri, kolon kanseri gibi hastalıkların görülme ihtimalinin daha yüksek olduğu kişiler belirlenebilir. Akraba evliliği, özellikle kistik fibrozis gibi resesif kalımla seyreden hastalıklarda çok önemli bir soygeçmiş bilgisidir.

Örneğin genetik geçişli hastalıklarda, erkek kardeşi veya dayısında hemofili A hastalığı olan bir erkek bireyin kendisinin de hemofili A hastalığına sahip olma olasılığı çok yüksektir. Benzer şekilde, kardeş ve yakın akraba bireylerinde talasemi gibi kalıtsal hemoglobino-pati varlığının bilinmesi kişide tanı koymada son derece yardımcıdır.

Yine genetik yatkınlığın bilindiği hastalıklarda, örneğin anne, abla veya teyze gibi akrabalarında meme kanseri olan kadınlarda, tarama testleri yapılarak erken tanı ve tedavi imkânı sağlanmaktadır. Hatta bu bilgiye dayanarak proflaktik tedavi yaklaşımları da uygulanabilmektedir.

Anne veya baba gibi genetiğimizi belirleyen kişilerin genetiğini etkileyen çevresel faktörlerin (radyasyona maruziyet, bazı spesifik kimyasal toksinler gibi) bilinmesi oldukça yararlıdır.

¹ Uzm. Dr. Yıldız İPEK, İstanbul Kartal Dr. Lutfi Kırdar Şehir Hastanesi, dryildizipek@hotmail.com

Ailesel akdeniz ateşi gibi bazı hastalıklarda etnik köken önemlidir. Bu nedenle kişide bu ve benzeri hastalık düşünülüyorsa mutlaka etnik köken ve yaşadığı coğrafya sorgulanmalıdır.

Ailesinde benzer beslenme alışkanlıkları ve benzer yaşam şartları soy geçmişte önemlidir. Yüksek glisemik indeksli gıdalar ile tip 2 diyabete ve obeziteye meyil bilinmektedir. Obezite ve diyabete ek olarak sağlıksız yağlı yemek tüketimi, hareketsizlik gibi ailesel alışkanlıklar artmış koroner arter hastalığı ilişkili iken, yine ailesel alışkanlıklar nedeniyle sigara dumanına maruziyet akciğer hastalıkları ile ilişkili bulunmuştur.

Ayrıca hastanın aynı ortamda yaşadığı diğer aile bireylerinde görülen bazı bulaşıcı hastalıklar (örneğin tüberküloz, sifilis, hepatit, HIV) benzer yaşam şartları nedeniyle hastalık etiyolojilerinde önemli olabilir (5-7).

Soy geçmiş, ailesel faktörlere bağlı olan hastalıklar için önemli ipuçları içerir. Akrabalarda görülen hastalıklar ve bu hastalıkların görülme yaşı, aile etnik kökeni, akraba evliliği varlığı mutlaka sorgulanmalıdır. Anamnez alırken soy geçmiş sorgulaması, bazı hastalıklar için risk faktörlerinin belirlenmesinde, bu risk faktörlerine göre proflaktik yaklaşım geliştirilmesinde, erken tanıda, ayırıcı tanıda ve tedavide yol göstericidir.

KAYNAKLAR

1. Rich EC, Burke W, Heaton CJ, Haga S, Pinsky L, Short MP, et al. Reconsidering the family history in primary care. *Journal of general internal medicine*. 2004;19(3):273-80.
2. CDC, Family Health History 2020 [Available from: https://www.cdc.gov/genomics/famhistory/famhist_basics.htm].
3. Alliance G, Genetic NY-M-ACf, Services NS. Understanding genetics: a New York, mid-Atlantic guide for patients and health professionals. 2009.
4. Guttmacher AE, Collins FS, Carmona RH. The family history—more important than ever. *Mass Medical Soc*; 2004.
5. Abaoglu C, Aleksanyan V. Teşhisten tedaviye. 8 ed: Filiz Kitabevi; 1981.
6. Kaysi A. İç Hastalıkları (Semiyoloji). 14 ed: Alfa Yayınevi; 2020.
7. Saltzman B, Nemunaitis L. Healthcare providers attitudes towards risk stratification of adopted patients with limited family history information: a cross-sectional survey. *Journal of Community Genetics*. 2021:1-4.

GİRİŞ

Bu bölümde hastanın sosyal durumu ve alışkanlıklarının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Kişinin sosyal anamnezi birçok konuda hekime yol gösterici olabilmektedir. Yaşam koşulları, aile hayatı, çalışma koşulları ve alışkanlıkları hakkında temel bilgiler sorgulanmalıdır. Aynı zamanda hekim hastasının sosyal ilişkilerini, maddi ve ruhsal durumunu, sosyal-kültürel düzeyini, sıkıntı ve problemlerini de saptamaya çalışmalıdır.

Geriatrik hastaların değerlendirmesinde düşme riski, yaşam ortamının fiziksel durumu, aile üyeleri ile ilişkileri, sosyal desteği, beslenme ihtiyacının karşılanma şekli, sağlık güvencesi, sağlık hizmetine ulaşabilme imkanları sorgulanmalıdır.

İnsanlar zamanlarının çoğunu evde geçirdikleri için hastanın yaşadığı evin koşulları çok önemlidir. Evin tipi, boyutu, kira olup olmadığı, aydınlatması, nemli veya kuru olması, hijyen koşulları, evde yaşayan kişi sayısı, ev içerisinde evcil hayvan olup olmadığı değerlendirilmelidir. Ev içerisinde evcil hayvan varlığı bazı hastalıkları açıklamada faydalı olabilmektedir. Bulaşıcı hastalıklar ev halkı arasında kolaylıkla yayılabilmektedir. Aile bireylerindeki yakın zamanlı bulaşıcı hastalık öyküsü sorgulanmalıdır. Bir diğer önemli durum da evin temizliğidir. Odada kullanılan klimalar, tozlu ve nemli ev ortamı solunum yolu enfeksiyonları ve alerjiler için bir risk faktörüdür. Hastanın medeni hali, evliyse eşinin sağlık durumu, eşi ile ilişkileri varsa çocuklarının sağlık durumları, ölü doğum olup olmadığı, ölen varsa nedeni belirlenmelidir.

Çalışma koşulları, hasta anamnezinin bir başka önemli bölümünü temsil etmektedir. İşyerinde çeşitli hastalıklara yol açabilecek birçok risk faktörü mevcuttur. Bu nedenle hastanın mesleğini sormak ve bilmek çok önemlidir. Kimyasalla-

¹ Uzm. Dr. Vildan GÜRSOY, Usak Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD. Hematoloji BD., vildanterzioglu@hotmail.com

dir. Ayrıca sigara içmeyen hastalarda da çalışma veya ev ortamında pasif olarak sigara dumanı maruziyeti sorgulanmalıdır. Pasif içiciler yukarıda bahsedilen hastalıklar için neredeyse aktif içiciler kadar büyük bir risk altındadır. Sigaraya başlama yaşı ne kadar küçükse ve günlük sigara sayısı ne kadar fazlaysa, bahsedilen hastalıklara yakalanma riski de o kadar yüksek olacaktır.

İlaç tüketimi, narkotik analjezik ya da diğer ağrı kesicilere bağımlılık sorgulanmalıdır. İlaçların isim, doz, kullanım yolu ve kullanım sıklığı not edilmelidir. Hastanın kullandığı tüm ilaçları yanında getirmesi istenmelidir, böylece hangi ilaçları kullandıklarını açık olarak görebiliriz. Uyuşturucu madde tüketimi, özellikle mağdurların çoğu genç olduğu için öncelikle sorgulanmalıdır. Kahve tüketimi de çok eski zamanlardan beri bilinen önemli bir bağımlılıktır. Günlük tüketilen kahve miktarı önemlidir. Kahve tüketimi çarpıntı, taşikardi, sinirlilik ve uykusuzluğa neden olabilmektedir. Aynı zamanda yüksek tansiyon ve tehlikeli aritmilerin ortaya çıkması için de bir risk faktörüdür (1-7).

KAYNAKLAR

1. Annals of internal medicine 1967.
2. Küçükardalı Y. Semiyoloji: Nobel Tıp Kitabevleri; 2013.
3. Kondratiuk VY, Khomaziuk VA, Krasiuk IV, Ostashevska TH, Bychkov OA. Propaedeutics of Internal Medicine: Workbook. Clinical manual. AUS Medicine Publishing; 2018.
4. N KO, V AT. Propedeutics to internal medicine Part 1: Diagnostics ; textbook for English learning Students of higher medical schools: Нова Книга.
5. Stoicescu M. General Medical Semiology Guide: Academic Press; 2019.
6. Bickley LS, Bates B, Hoekelman RA, Özüt H, Tetikkurt C, Vatansever S. Bates fizik muayene rehberi: Nobel Tıp Kitabevleri; 2004.
7. ERDİNÇLER DS. Yaşlıda Anamnez ve Fizik Muayene. Klinik Gelişim.4.

GİRİŞ

Hasta muayenesinin önemli bir parçası da kullanılan ilaçların gözden geçirilmesidir. Hastanın halen kullanmakta olduğu tüm ilaçlar (reçeteli veya reçetesiz), vitaminler, diyet takviyeleri, bitkisel karışımlar, doğum kontrol hapı, arkadaş veya aileden ödünç alınmış ilaçları ve destek ürünleri sorgulanmalıdır. Hastanın başvuru şikayetinin kullandığı ilaçlara bağlı olabileceği unutulmamalı, ilaçların sorgulaması mutlaka ayrıntılı yapılmalıdır.

KULLANDIĞI İLAÇLAR

Hastanın kullandığı ilaçları sorgularken yandaş hastalıkları hakkında da bilgi edinilir. Çok sayıda ilaç kullanan hastaların hata yapma payı yüksektir. Kullandığı ilaçları tanıyıp tanımadığı test edilmelidir. İlaçlarının eksiksiz bir listesi istenmelidir. Hasta ilaçların adını hatırlasa bile ilaç kutularına bakılmalıdır. Farklı poliklinik ve doktor başvuruları sırasında aynı etken maddeli ancak farklı isimdeki ilaçların kullanılması, özellikle yaşlı hastalarda sıklıkla karışımza çıkabilmektedir.

İlaç listesinde kullandığı ilaçların; adı, dozları, veriliş yolu, ne sıklıkla alındığı, kullanım süresi, hangi hekim tarafından ve ne için önerildiği detaylı şekilde sorulmalıdır.

Hastalar genellikle ilaçlarının tümünü hatırlayamazlar. Bu nedenle ilk görüşme sırasında ve sonraki vizitlerde kullandığı tüm ilaçları yanında getirmesini istemek faydalı olur. Böylece uygunsuz, yanlış veya gereksiz kullanılan ilaçlar da tespit edilebilir. Bazen topikal kullanılan ilaçların kullanıldığını söylemek hasta tarafından ihmal edilmektedir, halbuki kullanılan ilaç sistemik yan etkilere neden olabilir. Bu sebeple hangi yolla kullanılırsa kullanılsın tüm ilaçlar eksiksiz öğrenilmelidir.

¹ Uzm. Dr. Hilal HEYBELİ, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Geriatri BD., drhyblhl@hotmail.com

KAYNAKLAR

1. Anne D Halli-Tierney, Catherine Scarbrough, Dana Carroll. Polypharmacy: Evaluating Risks and Deprescribing. *Am Fam Physician* 2019 Jul 1;100(1):32-38. PMID: 31259501.
2. Denis O'Mahony. STOPP/START criteria for potentially inappropriate medications/potential prescribing omissions in older people: origin and progress. *Expert Rev Clin Pharmacol* 2020 Jan;13(1):15-22. PMID: 31790317.
3. B Hill Taylor, KA Walsh, S Stewart, et al. Effectiveness of the STOPP/START (Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions/Screening Tool to Alert doctors to the Right Treatment) criteria: systematic review and meta-analysis of randomized controlled studies. *J Clin Pharm Ther.* 2016 Apr;41(2):158-69. PMID: 26990017.
4. Jennifer Kim, Abby Luck Parish. Polypharmacy and Medication Management in Older Adults. *Nurs Clin North Am.* 2017 Sep;52(3):457-468. PMID: 28779826.
5. Doğrul R., Kızılarıslanoğlu M.C., Yavuz B., et al. Polypharmacy and Rational Drug Use in the Elderly. *Türkiye Klinikleri J Geriatr-Special Topics.* 2016;2(2):1-6.
6. Kaysı A. İç hastalıkları (Semiyoloji). 5. Basım Ağustos 2010 Alfa yayınları Bölüm 1 s:6,s:1048.
7. Nashwa Masnoon, Sepehr Shakib, Lisa Kalisch-Ellett, et al. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatr.* 2017 Oct 10;17(1):230. PMID: 29017448.
8. E Nüssel, C Köhler. Standardized anamnesis in internal medicine. *Methods Inf Med Suppl.* 1971;5:269-75. PMID: 5294061
9. Özşüt H, Tetikkurt C, Vatansever S. BATES' Fizik Muayene Rehberi. Nobel Tıp Kitabevi 2006. Bölüm1, sayfa 36.
10. Richard J Fitzgerald. Medication errors: the importance of an accurate drug history. *Br J Clin Pharmacol.* 2009 Jun;67(6):671-5. PMID: 19594536.
11. Members of EMERGE, Erice Medication Errors Research Group; Abha Agrawal, Jeffrey K Aronson, Nicky Britten, et al. Medication errors: problems and recommendations from a consensus meeting. *Br J Clin Pharmacol.* 2009 Jun;67(6):592-8. PMID: 19594525.
12. By the 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel Steinman et al. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc.* 2019 Apr;67(4):674-694. PMID: 30693946.

GİRİŞ

İç hastalıkları pratiğinde iyi bir anamnez ve ayrıntılı fizik muayene hekime oldukça faydalı bilgiler sağlar.

Beden fonksiyonlarında hastanın uyku, iştah, susama hissi, idrar (miksiyon), dışkılama (defekasyon), beş duyu (görme, işitme, tatma, koku alma, dokunma) fonksiyonları, cinsel istek (libido), seks gücü, adet durumu (menstruasyon) sorulur. Seksle ilgili sorularda mümkünse hasta ile hekim yalnız olmalıdır. Çünkü hasta sıkılabılır, utanabilir ve bu nedenlerle doğru cevap veremeyebilir. Bazen de hasta rahatça söyleyemediği için hekimin sormasını bekler. Eğer beden fonksiyonları ile ilgili bozukluklar mevcutsa bunların ne zamandan beri bulunduğunu öğrenmek gerekir. Hastanın durumundan veya verdiği cevaplardan, gerekirse ekstra sorular sorularak, ruhsal durumu ve mental fonksiyonlarında değerlendirilir (1,2).

UYKU

İnsanların varlığını sürdürebilmesi için gerekli temel ve vazgeçilmez ihtiyaçlarından biri uykudur. Uyku vücudun sirkadien ritmi ile bağlantılıdır ve dinlenmek için uyku döngüsü geceye ayarlanmıştır (3). Uyku kalitesi; uykuya dalma süresi, uyku süresi ve gece uykudan uyanma sayısı ile ilişkilidir (4).

Hastanın uykusunun düzenli olup olmadığı ve günlük kaç saat uyuduğu sorulmalıdır. Uyku düzensizliği varsa, uykuya başlamada gecikme veya arada uyanma mı oluyor öğrenilmelidir. Uyku sırasında uyanma oluyorsa bir nedeni var mı sorgulanmalıdır (Nefes darlığı, terleme ve çarpıntı gibi) (2). Sorulara verilen cevaplar uyku bozukluğuna neden olan altta yatan patoloji için yol gösterici olabilir. Örneğin; nefes darlığı uyku apne sendromu ve kalp rahatsızlıkları için,

¹ Uzm. Dr. Fatma AYKAŞ, SBÜ Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hematoloji Bölümü, fatmaaykas@hotmail.com

Sekonder amenoreye neden olan bütün bozukluklar diğer menstrüel kanama bozukluklarına da yol açabilir.

Oligomenore: 45 günden uzun aralıklarla oluşan düzensiz kanamadır.

Polimenore: 21 günden daha kısa aralıklarla oluşan kanamalardır. **Menoraji** (Hipermenore): Miktarı fazla (>80 ml) veya süresi uzun (>7 gün) ancak düzenli olan kanamalardır.

Metroraji: Zamanı düzensiz kanamalardır.

Menometroraji: Zamanı düzensiz, sık aralıklı, fazla miktarda ve uzun süreli kanamalardır.

Hipomenore: Miktarı azalmış zamanı düzenli kanamalardır (14).

Adet şikayetleri kadınları hekime götüren en sık şikayetlerdendir. Menstrüasyonun kaç yaşında başladığı, kaç günde bir olduğu, kaç gün sürdüğü, kanama miktarı (kaç pet değiştirdiği) sorulmalıdır (1).

BEŞ DUYU

Duyular, bedenin içinde veya dışında olan bitenlerden bizi haberdar etmeye yarayan alıcı sistemlerdir. İnsanda beş duyu organı bulunur. Görme, işitme ve denge, koku, tat alma ve dokunma. Her duyu organı aldığı enerjiyi önce elektrik sinyaline çevirir ve sonra beyine ulaştırır.

Beden fonksiyonlarının bu bölümünde hastada beş duyuya ait bozukluk olup olmadığı araştırılır; görme, işitme, koku, tat alma, dokunma duyu bozuklukları gibi (1,15).

SONUÇ

İç hastalıkları pratiğinde iyi anamnez almak ve ayrıntılı fizik muayene yapmak bazen gereksiz ileri tetkik ve tedavinin önüne geçebilmektedir. Beden fonksiyonları ve sistemlerin gözden geçirilmesi fizik muayeneye geçmeden önce hastanın anamnez sırasında unuttuğu, üzerinde durmadığı veya önem vermediği bazı belirtileri ve bulguların ortaya çıkmasına yardımcı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Kaysı A. (2014). İç Hastalıkları (Semiyojoloji) (7.baskı). İstanbul: Alfa Kitabevi
2. Uygun A. Tıbbın Olmazsa Olmazı Fizik Muayeneyi İhmal mi Ediyoruz? Güncel gastroenteroloji dergisi, 2009; 3(13), 127-147.
3. Senol V, Soyuer F, Guleser N.G. et al. The Effects of the Sleep Quality of 112 Emergency Health Workers in Kayseri, Turkey on Their Professional Life. Turk J Emerg Med, 2014;14(4):172-178 doi: 10.5505/1304.7361.2014.60437
4. Saygın M, Öztürk Ö, Gonca T, et al. Investigation of Sleep Quality and Sleep Disorders in

- Students of Medicine. Turk Thorac J, 2016; 17: 132-140. DOI: 10.5578/ttj.30513
5. Utaş C, Güven M, Akın S. (2002). Klinik Tanıya Giriş. İstanbul: Turgut Yayıncılık
 6. Büyükuslu N, İştah-Doygunluk Metabolizmasını Etkileyen Faktörler. Klinik Tıp Pediatri Dergisi, 2019; 1(11), 22-28
 7. Aleksanyan V. (2000). Semptomdan Teşhise. (10.baskı) İstanbul. Filiz Kitabevi.
 8. David E. Leib, Christopher A. Zimmerman, and Zachary A. Knight. Thirst. Curr Biol. 2016; 19; 26(24): R1260–R1265. doi:10.1016/j.cub
 9. Özütemiz A.Ö. Birinci Basamakta İshalli Hastaya Yaklaşım. Güncel gastroenteroloji dergisi, 2015; 3(19), 150-156.
 10. Korkmaz M, Yüksel F, Ünalacak M ve ark. Kabızlık Yakınması Olan Hastanın Birinci Basamakta Yönetimi. Konuralp Tıp Dergisi. 2011; 3(3): 35-41
 11. Uptodate (2021). Physiology of the normal menstrual cycle. www.uptodate.com ©2021.
 12. Chiou MH, Wang HH, Yang YH. Effect of systematic menstrual health education on dysmenorrheic female adolescents knowledge, attitudes, and self-carebehavior. Kaohsiung J Med Sci 2007; 23(4): 183-90
 13. Kudiella BM, Hell Hammer DH, Wust S. Why do we respond so differently? Rewieving determinants of human salivary cortisol responses to challenge. Psychoneuroendocrinology 2009, 34(1): 2-18.
 14. Evliyaoğlu O, Alikafıloğlu M, Ercan O. Ergenlerde menstrüel döngü bozuklukları. Türk Ped Arfl 2010; 45: 6-12.
 15. Akıllıbaş E. Beş Duyunun Pazarlama Algısındaki Gücü. BEÜ AİD, 4(1), 97-124.

GİRİŞ

Öykü alma ve fizik muayene, klinik tıp pratiğinin temelini oluşturan iki ana yapıtaşdır. Bunlardan birisinin eksikliği durumunda tıp *sanatı* veya *biliminden* bahsetmek mümkün olmayacaktır. Öykü alma, klinisyenin iyi bir dinleyici olup hastanın anlatımlarını ve hatta sessizliklerini algılaması ile başlar. İkinci basamakta klinisyen, hastadan elde ettiği sübjektif vasıflı verileri halihazırda sahip olduğu tıbbi bilgilerin süzgecinden geçirerek objektif nitelikli ön tanılarını ortaya koyar. Üçüncü ve son basamakta ise bu ön tanılara ait diğer belirti ve bulguların hastada olup olmadığını anlamak için yönlendirici sorularını hastaya yöneltir. Bu 3 basamaklı aktif dinleme süresi sonucunda çok sayıda ve karmaşık yapıda olan hasta anlatıları klinisyenin tıbbi bilgisiyle işlenerek az sayıda ve anlamlı bilgi topluluklarına dönüşür.

Öykü, alınmaya başlandıktan sonra hasta şikâyetlerine göre rasgelelik gösteren bir seyri değil, yapılandırılmış bir kalıbı takip etmesi bakımından önem arz eder. Öykü alma sürecine hastanın sağlık hizmeti aramasına neden olan ana şikâyeti veya şikâyetleri ile başlanır. Şikâyetler öğrenildikten sonra bu şikâyetlerin detaylandırıldığı “şikâyetin hikayesi” kısmı oluşur. Şikâyetin hikayesini ise önce hastanın şu anki şikâyeti ve buna dair özelliklerden bağımsız sağlık durumunu içeren özgeçmiş, hemen ardından da hasta akrabalarının sağlık durumlarının sorgulandığı soygeçmiş bölümleri takip eder. Öykü almanın son basamağını ise “sistem sorgulaması” meydana getirir.

Sistem sorgusunun şikâyet hikayesinden en önemli farkı hasta şikâyetlerine göre klinisyenin sorgulama yapması yerine, klinisyenin aktif bir şekilde yönlendirici sorular sorarak spesifik sorulara yanıt aramaya çalışmasıdır. Sistem sorgulaması bu özelliği bakımından hastanın şikâyetleri, ve hikayesinden bağımsız olarak belirli semptomların varlığını araştırmak için standart sorular

¹ Uzm. Dr. Alper Tuna GÜVEN, Beypazarı Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Bölümü
alper.tuna.guven@gmail.com

nervoza ise kişinin bir anda aşırı yemesi ve takibinde kilo almayı önleyici bir davranış göstermesidir. Bu davranış laksatif aşırı kullanımı veya kendi kendini zorla kusturma şeklinde olabilir. Yeme bozukluğu gösteren hastaların büyük çoğunluğunu kadınlar oluşturmakta olup 15-24 yaş arası kadınlarda ölüm riskinde 12 kat artışa neden olmaktadır (12).

Kilo kaybı ile başvuran hastalarda kilo kaybının istemli veya istemsiz olmasının yanı sıra mutlaka hastanın iştahı, gıda alımı, kilo kaybının ne zaman başladığı, ne kadar olduğu da sorulmalıdır. İstemsiz kilo kaybı, özellikle son 6 ayda vücut ağırlığının %5'inden fazla ise klinik olarak anlamlıdır (13). İstemsiz kilo kaybının kendisi çok önemli bir alarm semptomu olduğundan tek başına varlığı durumunda dahi titizce altta yatan olası nedenler araştırılmalıdır.

İstemsiz kilo kaybı saptanan ileri yaşlı hastalarda altta yatan en sık 4 neden maligniteler, depresyon başta olmak üzere psikiyatrik hastalıklar, kronik enfeksiyon veya inflamatuvar hastalıklar ve metabolik hastalıklardır (14). Daha düşük sıklıkta izlenen diğer nedenler ise malabsorbsiyon sendromları, peptik ülser gibi gastrointestinal hastalıklar; kronik obstruktif akciğer hastalığı gibi pulmoner hastalıklar; hipertiroidizm, diabetes mellitus, adrenal yetmezlik gibi endokrinolojik hastalıklar; konjestif kalp yetmezliği gibi kardiyovasküler hastalıklar; kronik böbrek hastalığı gibi renal hastalıklar; inme, demans, parkinson hastalığı gibi nörolojik hastalıklar; nutrisyonel bozukluklar ve alkolizmdir (15,16).

SONUÇ

Öykü alma sürecinin fizik muayeneye geçilmeden önceki son basamağını oluşturan sistem sorgusu, hastanın şikayetleri dışında kalan ve ifade etmediği olası semptomlarının ortaya koyulmasını hedefler. Bu sorgulamanın ilk basamağını da genel durum sorgusu olarak ifade edilen ve herhangi bir vücut sistemine dahil olmayan bütünün semptomlarının sorgulanması, yani yapısal semptomların sorgulanması oluşturur. Bu sorgulama kapsamında değerlendirilen halsizlik – yorgunluk, ateş, gece terlemesi, kilo alımı ve kilo kaybı semptomları gerek fizik muayene esnasında hedefe yönelik davranılmasını sağlayacak gerekse de fizik muayene sonrasında planlanacak laboratuvar ve görüntüleme tetkiklerinin uygunluğunu arttıracaktır.

KAYNAKLAR

1. Kroenke K, Wood DR, Mangelsdorff AD et al. Chronic fatigue in primary care. Prevalence, patient characteristics, and outcome. JAMA. 1988 Aug;260(7):929–34.
2. Bates DW, Schmitt W, Buchwald D et al. Prevalence of fatigue and chronic fatigue syndrome in a primary care practice. Arch Intern Med. 1993 Dec;153(24):2759–65.

3. Reeves WC, Wagner D, Nisenbaum R et al. Chronic fatigue syndrome--a clinically empirical approach to its definition and study. *BMC Med.* 2005 Dec;3:19.
4. Simons RJ, Swallow NA. Chapter 7. Fatigue. In: Henderson MC, Tierney LM, Smetana GW, editors. *The Patient History: An Evidence-Based Approach to Differential Diagnosis*, 2e [Internet]. New York, NY: The McGraw-Hill Companies; 2012. Available from: <http://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?aid=56850695>
5. Feinbloom D, Smetana GW. Chapter 12. Night Sweats. In: Henderson MC, Tierney LM, Smetana GW, editors. *The Patient History: An Evidence-Based Approach to Differential Diagnosis*, 2e [Internet]. New York, NY: The McGraw-Hill Companies; 2012. Available from: <http://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?aid=56851314>
6. Sessler DI. Temperature monitoring and perioperative thermoregulation. *Anesthesiology.* 2008 Aug;109(2):318–38.
7. Tess A V. Chapter 8. Fever. In: Henderson MC, Tierney LM, Smetana GW, editors. *The Patient History: An Evidence-Based Approach to Differential Diagnosis*, 2e [Internet]. New York, NY: The McGraw-Hill Companies; 2012. Available from: <http://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?aid=56850853>
8. Mourad O, Palda V, Detsky AS. A comprehensive evidence-based approach to fever of unknown origin. *Arch Intern Med.* 2003 Mar;163(5):545–51.
9. Wright WF, Auwaerter PG. Fever and Fever of Unknown Origin: Review, Recent Advances, and Lingering Dogma. *Open forum Infect Dis.* 2020 May;7(5):ofaa132.
10. Guidelines (2013) for managing overweight and obesity in adults. Preface to the Expert Panel Report (comprehensive version which includes systematic evidence review, evidence statements, and recommendations). Vol. 22 Suppl 2, *Obesity* (Silver Spring, Md.). United States; 2014. p. S40.
11. Loo TS. Chapter 14. Weight Gain. In: Henderson MC, Tierney LM, Smetana GW, editors. *The Patient History: An Evidence-Based Approach to Differential Diagnosis*, 2e [Internet]. New York, NY: The McGraw-Hill Companies; 2012. Available from: <http://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?aid=56851698>
12. Sullivan PF. Mortality in anorexia nervosa. *Am J Psychiatry.* 1995 Jul;152(7):1073–4.
13. McMinn J, Steel C, Bowman A. Investigation and management of unintentional weight loss in older adults. *BMJ.* 2011 Mar;342:d1732.
14. Reife CM. Involuntary weight loss. *Med Clin North Am.* 1995 Mar;79(2):299–313.
15. Alibhai SMH, Greenwood C, Payette H. An approach to the management of unintentional weight loss in elderly people. *C Can Med Assoc J = J l'Association medicale Can.* 2005 Mar;172(6):773–80.
16. Ong T, Allen M, Fancher T. Chapter 15. Weight Loss. In: Henderson MC, Tierney LM, Smetana GW, editors. *The Patient History: An Evidence-Based Approach to Differential Diagnosis*, 2e [Internet]. New York, NY: The McGraw-Hill Companies; 2012. Available from: <http://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?aid=56851793>

GİRİŞ

Hasta muayene odasına girdiği andan itibaren hekimin görevi başlar. Hasta ile iyi iletişim kurmak hekimin görev ve sorumluluğundadır. “Hoş geldiniz” demek iletişimin ilk basamağı olabilir. İyi bir hekim hastasının tanısını koymak için öncelikle iyi bir “anamnez” alması gerektiğini bilir. Yeterli anamnez alabilmek için hekimin iyi iletişim kurabilmesi, tecrübesi ve tabii ki akademik bilgisi çok önemlidir. Hastanın yakınma ya da yakınmalarından yola çıkarak hekimin, hastasının ana şikayetini ve onu hastaneye getiren sebebi anlaması çok önemlidir. Hekim fizik muayeneye geçmeden önce hastanın aciliyeti göz önünde bulundurarak ayrıntılı anamnez almaya başlar.

ANAMNEZ

Anamnez almak en değerli olan muayene yöntemidir. Anamnez alma tekniği bütün tıp bilimlerinde aynıdır. Önce hastanın demografik özellikleri, sonra şikayeti, şikayet/şikayetlerinin hikayesi, öz geçmiş, soy geçmiş ve alışkanlıkları sırasıyla sorgulanır.

Muayene odasında hekim hastasına rahat ettirebileceği ortamı sağlamalıdır. Muayene odası temiz, düzenli ve aydınlık olmalıdır. Hekim, evine gelen bir misafir gibi hastayı karşılamalı ve giyimine, dış görünümüne özen göstermelidir. Hastaya ilk sorusu “şikayetiniz nedir” olmamalıdır, ilk söylediği “hoş geldiniz” ve “günaydın” gibi kelimeler olabilir. Göz teması ve güler yüzü ile hastanın hekime güven duyması için ilk adımlar atılmış olur. Daha sonraki adımda hastanın eğitimini, mesleğini ve sosyokültürel özelliklerini öğrenerek hasta ile nasıl iletişim kurması gerektiğini planlar. Hekim hastasına gereken zamanı ayırarak, hastasına değer verdiğini göstermelidir. Bu zaman içinde hekim hastasını tanıyabilmeli, hasta da hekime bu süre içinde güven duyabilmelidir. Karşılıklı

¹ Dr. Öğr. Üyesi Sonat Pınar KARA, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD., sonatmert2004@yahoo.com

Nefes darlığı yattığında düzeliyor, ayakta iken artıyorsa buna **platipne** denir. Hepatopulmoner sendrom, patent foramen ovale, pulmoner arteriovenöz malformasyonlar ve pnömonektomi sonrası görülür.

Kronik dispne, 4 haftadan daha uzun süren nefes darlığıdır. **Efor dispnesi** olarak genelde karşımıza çıkar. Hasta merdiven çıkarken ve düz yolda yürürken nefes almakta zorlanır. Kronik dispne ilerleyicidir, hafif hareketler bile artar ve sonra **istirahat dispnesine** dönüşür. Günlük yaşam kalitesini bozan, başkalarına bağımlılığını arttırabilen nefes darlığı vardır. Kronik dispne, KOAH, astım gibi, obstrüktif akciğer hastalıklarında; ARDS, idiyopatik pulmoner fibrozis, eozinofilik pnömoni gibi restriktif akciğer hastalıklarında; plevral effüzyonda görülür.

Larenks, trakea ve büyük bronşlarda obstrüksiyon varsa **inspiratuar dispne** gelişir. İnpirasyon zorlu ve süresi uzamıştır. Beraberinde **stridor** duyulabilir. Yardımcı solunum kasları inspirasyona yardımcı olur.

Küçük bronş ve bronşiollerde obstrüksiyon varsa **ekspiratuar dispne** görülür. Ekspirium zorlu ve süresi uzamıştır. Beraberinde **weezing** duyulabilir. Yardımcı solunum kasları ekspirasyona yardımcı olur.

KAYNAKLAR

1. A H Morice, L McGarvey, I Pavord, British Thoracic Society Cough Guideline Group. Recommendations for the management of cough in adults. Thorax. 2006 Sep;61 Suppl 1(Suppl 1): i1-24.
2. Prof. Dr. Selahattin Akkaynak. Solunum Hastalıkları Tanı İlkeleri, 1975.
3. Didem GÖRGÜN, Pınar YILDIZ. Akciğer Hastalıklarında Semptom ve Fizik Muayene Bulgularının Tanıya Katkısı. Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi, 2016. Volume 8 , Issue 5, Pages 1-10.
4. Senay Molvalılar. İç Hastalıkları Semiyoloji.14.Basım.Alfa Yayınları.
5. Kevin Davidson, Samira Shojaee. Managing Massive Hemoptysis. Chest. 2020 Jan;157(1):77-88.
6. Prof. Dr. Mehmet KARADAĞ, Prof. Dr. Akın KAYA, Prof. Dr. Tevfik ÖZLÜ. Göğüs Hastalıkları PROPEDÖTİK, 2019. Dünya Tıp Kitapevi

Kardiyovasküler Sistemle İlgili Sorğu

11. BÖLÜM

Tolga Onur BADAĞ¹

GİRİŞ

Kalp ve dolaşım sisteminin muayenesi tıpta çok uzun yıllardır yaygın bir gele- neğe sahiptir. Bu muayenenin temel amacı, kardiyovasküler hastalığın varlığını, doğasını ve şiddetini değerlendirmektir. Ayrıca tanı ve tedavi seçeneklerinin se- çimini yönlendiren fizyolojik ve psikososyal bilgiler sağlar. Doğru bir öykü alma ve dikkatli bir fiziksel muayene bir doktor için mevcut araçların muhtemelen en ucuz, en hızlı ve en güçlü olanıdır (1). 19. yüzyıl süresince ve 20. yüzyılın başlarında hekimler kalp muayenesi becerileri konusunda iyi eğitilmişlerdi ve fizik muayene sayesinde birçok kardiyovasküler hastalığın patogenezi önceden tanımlanabilmişti. 1970'lerin sonlarında ekokardiyografi gibi teşhis ve tanıya yönelik teknolojik gelişmeler nedeniyle fizik muayenenin merkezi rolü zorlan- mış, bazı ülkelerde doktorlar arasında kardiyak fiziksel tanı yeteneğinin uygu- lama standardı düşmüş ve tıp öğrencisi müfredatında öğretilmesi gereken bu konuya artık yeterince yer verilmemeye başlanmıştır (2). Tüm bunlara rağmen fizik muayene, tıp eğitiminde halen lisans ve lisansüstü müfredatların temel bir bileşeni olarak kabul edilmekte ve birçok klinisyen tarafından günlük pratikte halen kullanılmaktadır.

KARDİYOVASKÜLER SİSTEM ANATOMİ VE FİZYOLOJİSİ

Kardiyovasküler sistem merkezde yerleşmiş ve pompa vazifesi gören kalp ve sin- dirim işlemi sonucu kana geçen besinler ile solunum yoluyla kana geçen oksijeni hücrelere taşıyan; hücrelerde yaşamsal faaliyetler sonucu oluşan karbondioksiti akciğerlere, zararlı ve atık maddeleri böbreklere taşıyan damarlardan oluşmakta- dır. Bu sisteminin temel fonksiyonu, kanın damar sistemi içinde belli bir basınç altında dolaşmasını sağlamaktır. Böylece hücrelerin iç ortamdan madde alış ve- rişi, beslenmesi, onarımı, vücut sıcaklığının eşit dağılması, bağışıklık hücreleri

¹ Uzm. Dr. Tolga Onur BADAĞ, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Bölümü, tolgaonurbadag_dr@hotmail.com

SONUÇ

Teşhis için gelişmiş laboratuvar ve görüntüleme yöntemlerinin yaygın kullanılmasıyla kardiyovasküler sistem fizik muayene uygulaması azalmıştır. Tüm bunlara rağmen anamnez ve muayene, günümüz klinisyenleri tarafından halen aktif olarak başvuru olan günlük araçlardır ve doğru bir şekilde kullanıldığında tanı ve tedavi seçeneklerinin hızla belirlenmesini sağlar.

KAYNAKLAR

- Hall R, Simpson I. (2009). The cardiovascular history and physical examination. J. A. Camm, T. F. Lüscher, P. W. Serrys (Eds), *The ESC Textbook of Cardiovascular Medicine* (2nd edit, pp. 1–28) . New York: Oxford University Press.
- Roelandt JR. (2018) The decline of our physical examination skills: is echocardiography to blame? *Eur Heart J Cardiovasc Imaging* 2014;15:249-252.
- Jarvis C. (2018). *Physical examination and health assessment- Canadian E-Book*. (Third edit). Canada:Elsevier Health Sciences.
- Barkauskas VH, Baumann LC, Darling-Fisher CS. (2002). *Health and physical assessment*. (Third edit). St. Louis: Mosby.
- Welsby PD. (2002). *Clinical history taking and examination*. (Second edit) Edinburg: Churchill Livingstone.
- Kennedy A, Finlay DD, Guldenring D, et al. The cardiac conduction system: generation and conduction of the cardiac impulse. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2016;28(3):269-279. doi: 10.1016/j.cnc.2016.04.001.
- Levy MN. Sympathetic-parasympathetic interactions in the heart. *Circ Res*. 1971;29(5):437-445. doi: 10.1161/01.res.29.5.437.
- Khan AA, Lip GYH, Shantsila A. Heart rate variability in atrial fibrillation: The balance between sympathetic and parasympathetic nervous system. *Eur J Clin Invest*. 2019;49(11):e13174. doi: 10.1111/eci.13174.
- Kaimkhani ZA, Ali MM, Faruqi AM. Pattern of coronary arterial distribution and its relation to coronary artery diameter. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2005;17(1):40-43.
- Liddell RP, Evans NS. May-Thurner syndrome. *Vasc Med*. 2018;23(5):493-496. doi:10.1177/1358863X18794276.
- Crawford MH. (2002). *Handbook of signs and symptoms*. (Second edit). Philadelphia: Springhouse, Lippincott Williams and Wilkins.
- Sarkar M, Bhardwaj R, Madabhavi I, et al. Pulsus paradoxus. *Clin Respir J*. 2018;12(8):2321-2331. doi: 10.1111/crj.12912.
- Lab MJ, Seed WA. Pulsus alternans. *Cardiovasc Res*. 1993;27(8):1407-1412. doi: 10.1093/cvr/27.8.1407.
- Morton PG, Tucker T. (2005). Patient assessment: cardiovascular system. P. G. Morton, D. K. Fontaine, C. M. Hudak, B. M. Gallo (Eds). *Critical Care Nursing: A Holistic Approach*. (8th ed., pp. 211-291) Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins.
- Shamsham F, Mitchell J. Essentials of the diagnosis of heart failure. *Am Fam Physician*. 2000;61(5):1319-1328.
- Drake RL, Vogl AW, Mitchell AWM. (2019). *Gray's anatomy for students*. (Fourth edit). Churchill Livingstone:Elsevier.
- Fox SI. (2018). *Human Physiology* (Fifteenth edit). NY:McGraw-Hill Education.
- Braunwald E. (1992). *Heart disease - A textbook of cardiovascular medicine*. (Fifth edit) London: WB Saunders.

19. Duff DF, McNamara DG. (1998). History and physical examination of the cardiovascular system. A. Garson, J. T. Bricker, D. J. Fisher, S. R. Neish (Eds). *The science and practice of pediatric cardiology*. (2nd ed., pp. 693-713). Baltimore: Williams and Wilkins.
20. O'Rourke RA, Braunwald E. (1998). Physical examination of the cardiovascular system. S. A. Fauci, J. B. Martin, E. Braunwald, D. L. Kasper, K. J. Isselbacher, S. L. Hauser, J. D. Wilson, D. L. Longo (Eds). *Harrison's principles of internal medicine*. (14th ed., pp. 1229-1237). New York:McGrav-Hill.
21. Heper C. (2004). *Multidisipliner Kardiyoloji*. (2. baskı). Bursa: Güneş Tıp Kitabevi.
22. Menashe V. Heart Murmurs. *Pediatr Rev*. 2007;28(8):311-318.
23. Pelech AN. The cardiac murmur. When to refer? *Pediatr Clin North Am*. 1998;45:107-122.

Gastrointestinal Sistemle İlgili Soru

12. BÖLÜM

Gülden BİLİCAN¹

GİRİŞ

Gastrointestinal sistemle ilgili hastalıkların tanısında son yıllarda hızla gelişen laboratuvar ve görüntüleme yöntemlerinin katkısına rağmen, anamnez ve fizik muayene halen en önemli kısımdır.

Klasik bir anamnezde hastanın yaşı, cinsiyeti, mesleği, yaşadığı yer, öz ve soy geçmiş bilgilerinin yanında ana yakınması ele alınarak değerlendirme yapılır. Ana şikâyet üzerinden uygun sorular ile anamnez yönlendirilir. Birinci ve ikinci basamakta çalışan hekimler sık görülen gastrointestinal sistemle ilgili semptomları iyi değerlendirmeli ve hastanın ne zaman semptomatik tedavi verilerek gözlemlenebileceğini ne zaman ileri tetkik edilmesi gerektiğini iyi bilmelidir.

Gastrointestinal sistemle ilgili hastaları sıklıkla doktora getiren semptomlar ve bu durumlarda hastalara yöneltmesi gereken sorular aşağıda sıralanmıştır:

KARIN AĞRISI

Ağrının başlangıç zamanı, karakteri, yeri ve şiddeti, zamanla değişimi, ağrıyı azaltan/artıran nedenler, ishal, bulantı, kusma ve ateş gibi eşlik eden diğer semptomlar sorgulanmalıdır. İlk değerlendirmede en önemli nokta, cerrahi müdahale gerektiren hastalıklar ile konservatif yöntemlerle tedavi edilebilecek ağrılarının ayırt edilmesidir.

Başlangıcı

Karın ağrısının akut mu kronik mi olduğu ayrımını yapmak önemlidir çünkü yeni başlangıçlı karın ağrıları genellikle organik bir nedene bağlı iken kronik ağrılar daha çok psikosomatik ve fonksiyonel bir hastalık ile ilişkilidir. Akut ve kronik ağrının ayrımında kullanılmak üzere belirlenmiş net bir zaman aralığı olmamakla birlikte birkaç günden daha kısa süren ağrı akut, 6 aydan uzun süren

¹ Uzm. Dr. Gülden BİLİCAN, Muş Devlet Hastanesi, Dahiliye Bölümü guldenbilican@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Glasgow, Robert E. & Mulvihill, Sean J. (2002). Abdominal pain, including the acute abdomen. In MF Feldman, LS Friedman, MH Sleisenger (Eds), *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease* (6th ed., pp. 80-90). Philadelphia: WB Saunders.
2. Becker, S. L., Vogt, J., Knopp, S., Panning, M., Warhurst, D. C., Polman, K., ... & Utzinger, J. (2013). Persistent digestive disorders in the tropics: causative pathogens and reference diagnostic tests. *BMC infectious diseases*, 13(1), 1-21.
3. Trate, D. M., Parkman, H. P., & Fisher, R. S. (1996). Dysphagia: Evaluation, diagnosis, and treatment. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 23(3), 417-432.
4. Gasiorowska, A., & Fass, R. (2009). Current approach to dysphagia. *Gastroenterol Hepatol*, 5(4), 269-279.
5. Marks, R. D., & Richter, J. E. (1993). Peptic strictures of the esophagus. *American Journal of Gastroenterology (Springer Nature)*, 88(8).
6. Clouse, R. E. (1997). Spastic disorders of the esophagus. *The Gastroenterologist*, 5(2), 112-127.
7. Malagelada, J. R., Bazzoli, F., Boeckxstaens, G., De Looze, D., Fried, M., Kahrilas, P., ... & Le Mair, A. (2015). World gastroenterology organisation global guidelines: dysphagia—global guidelines and cascades update September 2014. *Journal of clinical gastroenterology*, 49(5), 370-378.
8. Guerrant, R. L., Van Gilder, T., Steiner, T. S., Thielman, N. M., Slutsker, L., Tauxe, R. V., ... & Pickering, L. K. (2001). Practice guidelines for the management of infectious diarrhea. *Clinical infectious diseases*, 32(3), 331-351.
9. Schiller, L. R. (2012). Definitions, pathophysiology, and evaluation of chronic diarrhoea. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 26(5), 551-562.
10. Higgins, P. D., & Johanson, J. F. (2004). Epidemiology of constipation in North America: A systematic review. *American Journal of Gastroenterology*, 99(4), 750-759.

GİRİŞ

Hastalar ağrı, acı ve her türlü rahatsız edici his ya da idrarla ilgili şikayetleri nedeniyle sağlık kurumuna başvururlar. İdrar yapamama ya da yaparken zorlanma, sık idrara çıkma, geceleri idrara çıkma, idrar kaçırma ya da idrarda kan görülmesi genel olarak hastaları üroloğa götüren sebeplerdir. Bunların yanında hastalardan bir testisin diğerinden biraz aşağıda olması gibi klinik olarak oldukça anlamsız şikayetler duymak da mümkündür.

Hastanın tarif ettiği ve tamamen subjektif olan bu semptomlar ürolog tarafından ürolojik anamnez ve muayeneye belirli kriterlere göre değerlendirilerek bulgu halinde objektivize edilir.

HEMATÜRIYE YAKLAŞIM

Hematüriye yaklaşım ürolojik semiyolojinin başlıca konularından biridir. Kronik hale gelmiş ve anemiye yol açan bir hematüri iç hastalıklarının, vital bulgularda bozulmaya yol açan akut bir hematüri acil hekimliğinin uğraş alanına girebilir. Bu nedenle sadece ürologlar tarafından değil bütün hekimlerce iyi bilinmelidir. Hematüri en baştan bir malignite bulgusu kabul edilerek değerlendirilir⁽¹⁾.

Hematüriye yaklaşım teyit ile başlar. Makroskopik hematürinin teyidi nispeten kolaydır. Sondalı bir hastanın idrar rengi makroskopik hematürinin varlığı ve şiddeti ile ilgili kesin bir kanaat verir. Öteki hallerde mümkünse hastanın idrarını şeffaf bir kaba yapmasını istemek gerekebilir. Hematürinin işemeden bağımsız olarak doğrudan üretradan deşarje olan kanamadan (üretoraji) ayırt edilmesi de tamamen farklı yaklaşımlar gerektiren bu iki durumun etkin yönetimi için önemlidir (2).

¹ Op. Dr. Ersin GÖKMEN, SBÜ Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, drersingokmen@gmail.com

yapmış, postmenapozal, jinekolojik cerrahi öyküsü olan pelvik taban kuvveti zayıflamış kadın hastalarda görülür. Erkeklerde ise daha çok radikal prostatektomi sonrası görülen bir komplikasyondur (9).

Urge inkontinans: Sıkışma sonrası gelişen idrar kaçırmadır. Hastalar tuvalete yetişene dek kaçırdıklarını söylerler. Sistitizme ait diğer semptomlar sorgulanmalıdır. İrritatif semptomlarla birlikte cinsel aktif genç bir bayanda yeni başlayan urge inkontinans sistiti düşündürür. İleri yaş idrar yapma güçlüğü tarif eden erkek hastalarda da obstruksiyona sekonder ortaya çıkabilir. Fakat bu hastalarda daha çok görülen kronik idrar retansiyonu sonucu dolup taşma şeklinde gelişen paradoks inkontinanstır. Gene de geçirilmiş TUR-P öyküsü olan hastalarda devam eden detrusor aşırı aktivitesine bağlı urge inkontinans gözlenebilir (10).

Enürezis: Uyku esnasında görülen inkontinanstır. 3 yaşına kadar normal olarak görülür. Bu hastaların çoğunda ürolojik bir anomali saptanmaz (11).

Mikst inkontinans: Urge ve stres inkontinansın bir arada olduğu durumdur. Mikst inkontinanstaki ağırlıklı olarak hangi komponentin olduğu tedavi kararı açısından önemlidir. Antikolinerjik kullanımı sonrası şikayetleri büyük oranda gerileyen bir hasta böylelikle stres inkontinansın cerrahi yükünden kurtarılmış olur. Şikayetleri gidermek kadar onları kabul edilebilir bir düzeyde azaltmak da makul bir hedef olarak her zaman hastalara sunulmalıdır. İdrar kaçırma ICIQ-SF ile standardize edilir (12).

KAYNAKLAR

1. Pearle M S, Calhoun E A, Curhan G C. Urologic disease in America project: urolithiasis. J Urol. 2005; 173: 848-857
2. Pearle M S, Lotan Y. (2012).Urinary lithiasis: etiology, epidemiology, and pathogenesis. in: Wein A.J. Kavoussi L.R. Novick A.C. Partin A.W. Peters C.A. *Campbell-Walsh Urology*. (10th ed., pp. 1257-1286). Philadelphia: Saunders.
3. National Comprehensive Cancer Network Guidelines Version 1.2013. Kidney Cancer. National Comprehensive Cancer Network, Inc, 2013
4. Metzler I S, Smith-Bindman R, Moghadassi M, et al. Emergency department imaging modality effect on surgical management of nephrolithiasis: a multicenter, randomized clinical trial. J Urol. 2017; 197: 710-714.
5. Suskind A M, Berry S H, Ewing B A, et al. The prevalence and overlap of interstitial cystitis/bladder pain syndrome and chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome in men: results of the RAND Interstitial Cystitis Epidemiology male study. J Urol. 2013;189(1):141-145.
6. Krieger J N, Lee S W, Jeon J, et al. Epidemiology of prostatitis. Int J Antimicrob Agents. 2008;31(suppl 1):S85-S90.
7. Rees J, Abrahams M, Doble A, et al. Prostatitis Expert Reference Group (PERG). Diagnosis and treatment of chronic bacterial prostatitis and chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a consensus guideline. BJU Int. 2015;116(4):509-525.
8. Schlomer B J, Copp H L. Secondary Data Analysis of Large Data Sets in Urology: Successes and Errors to Avoid. J. Urol. 2014;191:587-596.

9. Okland T, Karimkhani C, Pederson H, et al. Research prioritization of men's health and urologic diseases. *Int. Braz. J. Urol.* 2017;43:289–303.
10. Miller D.C., Saigal C.S., Litvin M.S. The Urologic Diseases in America Project. The demographic burden of urologic diseases in America. *Urol. Clin. N. Am.* 2009;36:11–27.
11. Vande Walle J, Rittig S, Bauer S, et al. Practical consensus guidelines for the management of enuresis. *Eur J Pediatr.* 2012;171:971–83.
12. Avery K, Donovan J, Peters TJ, et al. ICIQ: a brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. *Neurourol Urodyn.* 2004;23:322–30.

GİRİŞ

Kas iskelet sistemine ait semptomlarla toplumda çok sık karşılaşırız. Kas iskelet sistemine ait semptomlar erişkinlerde özüllüllüğün ve iş gücü kaybının en önemli sebepleri arasındadır. Tüm hekimler kas iskelet semptomlarını değerlendirebilmeli, önemli patolojileri saptayabilmeli, ayırıcı tanı yapıp tedavi düzenleyebilmeli ve gerektiğinde ilgili uzmana yönlendirebilmelidir (1).

Hastayı değerlendirirken ve tedavi planlarken anamnez alma ve kas iskelet sistemi muayenesi önemli bir yer tutar. Kas iskelet sistemine ait semptomlar kas, kemik ve sinir kaynaklı olabileceği gibi iç organ kaynaklı da olabilir. Bu açıdan hastayı kapsamlı ve fonksiyonel olarak değerlendirmek önemli bir yer tutar (2).

Kas iskelet sistemine ait klinik değerlendirme anamnez alma, fizik muayene, yaşam kalitesi, fonksiyonel düzey, radyolojik değerlendirme ve laboratuvar tetkiklerinde oluşmaktadır (3).

ANAMNEZ

Hekim öncelikle hastayı iyi gözlemlemeli ve problemi belirlemek için spesifik sorular sormadan önce problemi ve endişeleri hakkında hastanın ifadelerini dinlemelidir. Anamnez alırken semptomların süresi, karakteri, tetikleyen faktörler ve klinik seyir iyi sorgulanmalıdır (Tablo 1) (4).

Tablo 1: Kas iskelet sistem semptomlarının sorgulanması

Semptomların neler olduğu
Semptomların özelliği, lokalizasyonu, zamansal paterni
Bireyin kendisi ve ailesi üzerindeki etkileri
İlişkili semptomlar, önceki faktörler, risk faktörleri ve prognostik faktörler
Semptomların tedaviye yanıt durumu

¹ Uzm. Dr. Hatice AĞIR, Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü haticeagir10@hotmail.com

KAYNAKLAR

1. Woolf AD and Pfleger B (2003) Burden of major musculoskeletal conditions. *Bull World Health Organ* 81: 646–656
2. Protopapas, M. G., & Cymet, T. C. (2005). Musculoskeletal examination A complete review. *Comprehensivetherapy*, 31(1), 12-20.
3. Wadley VM et al. (2007) Canadian multidisciplinary core curriculum for musculoskeletal health. *J Rheumatol* 34: 567–580
4. vanderHeijde DM (1993) Development of a disease activity score based on judgment in clinical practice by rheumatologists. *J Rheumatol* 20: 579–581
5. Harrast, M. A. (2005). Clinical Practice of Physical Medicine & Rehabilitation. *Washington: University of Washington, School of Medicine*, 86.
6. Merskey, H. (1979). Paint terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. *Pain*, 6, 249-252.
7. Woolf, A. D., & Åkesson, K. (2008). Primer: history and examination in the assessment of musculoskeletal problems. *Nature Clinical Practice Rheumatology*, 4(1), 26-33.
8. Petty, N. J., & Moore, A. P. (Eds.). (2011). *Neuromusculoskeletal examination and assessment, a Handbook for therapists with PAGEBURST access, 4: neuromusculoskeletal examination and assessment*. Elsevier Health Sciences.
9. Smith MD et al. (2000) Evaluation of patient partners in the teaching of the musculoskeletal examination. *J Rheumatol* 27: 1533–1537
10. Wilson, C. H. (1990). The musculoskeletal examination. *Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations*. 3rd edition. Boston: Butterworths.
11. Sari, H., Akarim, U., & Uludag, M. (2012). Active myofascial trigger points might be more frequent in patients with cervical radiculopathy. *European journal of physical and rehabilitation medicine*, 48(2), 237-244.
12. Gomes, J. L. E., Soares, A. F., Bastiani, C. E., & de Castro, J. V. (2018). Anterolateral palpation: A complementary test for ankle instability. *Foot and Ankle Surgery*, 24(6), 486-489.
13. Howe, L., & Waldron, M. (2019). Measuring range of motion: an S&C coach's guide to assessing mobility. *Professional strength and conditioning*, 55, 7-17.
14. WHO. (2001), International Classification of Functioning, Disability and Health. In: International Classification of Functioning, Disability and Health.
15. Koçyigit, H., Aydemir, Ö., Fişek, G., Ölmez, N., & Memiş, A. K. (1999). Form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve tedavi dergisi*, 12(2), 102-106.
16. Doherty, M., Dacre, J., Dieppe, P., & Snaith, M. (1992). The 'GALS' locomotor screen. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 51(10), 1165-1169.

GİRİŞ

Hastadan öykü almak diğer klinik bölümlerde olduğu gibi nörolojide de ilk değerlendirme basamağıdır. Kapsamlı bir anamnez iyi bir nörolojik muayeneyle birleştirildiğinde birçok hastalığın anatomik yeri, etiyolojisi ve/veya patolojisi büyük oranda tanımlanabilir. Ünlü Alman yazar Goethe'nin dediği gibi 'Zihin ne bilirse gözler onu görür'. Bu sebeple iyi bir anamnez alabilmek ve gözlemlerimizi doğru bir şekilde yorumlayabilmek için hastalıklar hakkında temel bir bilgi birikimine ihtiyaç vardır.

Sinir sistemi ile ilgili ilk fikir hastanın muayene odasına girmesiyle, hatta henüz odaya girmeden önce de dışarıdan gelen sesler yardımıyla elde edilmeye başlanır. İlk bakışta hastanın duruşu, yürüyüşü, konuşması, varsa hareket bozukluğu bizim sorgulamamızı yönlendirebilir. Hastanın bakışı, kişisel bakımı (hijyen, kıyafetlerinin uygunluğu vb.), dil kullanımı (uygun sözcüklerin seçilmesi, akıcılık, anlamlılık vb.) ve duygusal uygunluğu mental durumu hakkında bilgi verebilir.

Hastanın kişisel bilgileri, yakınması, öyküsü, özgeçmişi, soygeçmişi, varsa kullandığı ilaçları, madde, sigara veya alkol kullanımı, alerjileri ve alışkanlıkları ile ilgili bilgilerin sorulması diğer klinik bilimlerdeki gibidir. Ek olarak hastanın hangi elini daha aktif olarak kullandığı, doğum öyküsü ve çocukluk dönemindeki gelişim basamaklarının sorgulanması da anamneze dahil edilebilir. Hastaların klinik durumları günler hatta saatler içinde değişiklik gösterebileceği için tarih ve saat de notlarımıza eklenmelidir.

YAKINMA VE ÖYKÜ ALMA

Sinir sistemi ile ilgili sorgu açık uçlu sorularla başlar ve görüşmenin seyrine göre daha özelleşmiş sorularla devam eder. Hastanın kullandığı sözcüklerle esas ola-

¹ Uzm. Dr. Ayşegül AKKAN SUZAN Sağlık Bakanlığı Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Nöroloji Bölümü, aysegulakkan@yahoo.com

SONUÇ

Nörolojide iyi alınmış bir anamnez muayeneyle birleştirildiğinde birçok hastalığın anatomik yeri, etiyolojisi ve/veya patolojisi büyük oranda tanımlanabilir. Sorgulama açık uçlu sorularla başlamalı ve seyre göre daha özelleşmiş sorularla devam etmelidir. Semptom başlangıcı ve süresi, seyri ve eşlik eden semptom varlığı anamneze dahil edilmelidir. Travmatik olaylardan sonra gelişen, ani başlangıçlı, birçok sistemi etkileyen ve uyumsuz klinik semptomlarda organik olmayan nedenler de akla gelmelidir. Muayeneye başlamadan önce hastanın yakınması ve muayene esnasında neye dikkat etmemiz gerektiği tam olarak anlaşılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Bates B. Nervous system. In: A Guide to Physical Examination and History Taking. 8th ed. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams &Wilkins. 2004.
2. InDaroff, R. B., InJankovic, J., InMazziotta, J. C., InPomeroy, S. L., &Bradley, W. G. (2016). Bradley's neurology in clinical practice.
3. Müller U, Graeber MB, Haberhausen G, Köhler A. Molecular basis and diagnosis of neurogenetic disorders. J NeurolSci. 1994 Jul;124(2):119-40. doi: 10.1016/0022-510x(94)90318-2. PMID: 7964863.
4. Walker HK, Hall WD, Hurst JW, editors. Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations. 3rd ed. Boston: Butterworths; 1990. PMID: 21250045

GİRİŞ

İnspeksiyon fizik muayene basamaklarının ilk adımıdır ve çıplak gözle hastanın değerlendirilmesine dayanır. Klinisyene tanıda önemli bilgiler sağlar.

İnspeksiyon aydınlık ortamda sistematik bir şekilde yapılmalıdır. Hasta ile ilk karşılaştığımız andan itibaren başlar. Hastanın görünümü, davranışları ve hareketleri ayrıntılı bir şekilde izlenmelidir. Burada amacımız sadece bakmak değil, görmek olmalıdır.

Hastanın genel durumu, görünümü, boyu, kilosu, seksüel gelişimi, postürü, konuşma biçimi, yürüyüşü, giyimi, kişisel bakım ve hijyeni, vücut ya da nefes kokusu, solunumu inspeksiyonda ilk anda değerlendirmemiz gereken bulgulardandır. İnspeksiyon esnasında hasta, önden, arkadan, yandan, farklı açılardan değerlendirilmelidir (1, 2).

Genel Durum:

İnspeksiyon genel sağlık durumunun değerlendirilmesi ile başlar.

- Bilinç durumu
- Yüz ifadesi
 - Göz teması kurması
 - Üzüntü, korku vb. işareti
- Konuşma şekli
 - Ses kalitesi
 - Telaffuzu
- Boy
 - Uzun boylu
 - Kısa boylu
 - Normal

1 Dr. Öğr. Üyesi İsmail KIRLI, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD. Genel Dahiliye BD. ismailkirli@mu.edu.tr

KAYNAKLAR

1. Bickley LS. (2015) - Bates Fizik Muayene ve Anamnez Alma Kılavuzu (Karan MA, Çev. Ed.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
2. Kaysı A. (2017). İç Hastalıkları Semiyoloji (11 basım). İstanbul: Alfa Basın Yayın Dağıtım San. Ve Tic. Ltd. Şti.
3. Yavuz DG, Özener Ç. (2011). Yetişkinde Fizik Muayene Temel Yöntemler. (1. Basım) İstanbul: Rengin Basımevi.
4. Gündoğdu Ş, Aydın G. Solunum Sistemi Hastalıklarında Muayene Bulguları, Derleme. Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi Cilt: 9 Sayı: 6 Kasım - Aralık 2017.
5. Ball J, Dains J, Flynn J, Solomon B, Stewart R. (2019) Seidel's Guide to Physical Examination: an interprofessional approach (9th Edition) Canada: Elsevier.

Fizik Muayene Usulleri (Palpasyon)

17. BÖLÜM

Ayşe Nilgün KUL ¹

GİRİŞ

İnspeksiyonla başlayan ve sırasıyla palpasyon, perküsyon ve oskültasyon ile devam eden fizik muayene; yol haritasını çizmekte hekim için değeri değişmez bir yol göstericidir. Palpasyon, genelde inspeksiyonu takip etmekte ve inspeksiyon sırasında elde ettiğimiz bulguları teyit etmede yardımcı olmaktadır. Sistematik bir biçimde tüm sistemleri değerlendirmek üzere belli bir sıra ile yapılmalıdır. Hekimin eli mümkünse ne çok soğuk ne de sıcak olmamalıdır. Hastaya yapılacak işlem ile ilgili kısa bir bilgi verilmeli ve kendini rahat hissedecek bir ortam ayarlanmalıdır. Muayene odası sıcak, rahat, sessiz, iyi aydınlatılmış bir ortam olmalıdır. Palpasyon; yüzeysel ve derin olmak üzere iki aşamada yapılmalı, hassas bölgelerin palpasyonu en sona bırakılmalıdır. Dokunma duyusu ile hastada kıvam, ısı, nem organomegali, şişlik, pulsasyon, rijidite, spastisite, krepitasyon, duyu hissi değerlendirilir. Elimizi bir enstrüman gibi kullanmak, yani; parmak uçları ile pulsate, şişlik, deri kıvamı, ısı gibi ince ayrımları, parmaklar ve başparmak ile kavrayarak organomegali ve kitle varlığını, elin ulnar yüzü ile daha çok vibrasyon ve krepitasyonu ayırt etmek mümkün olabilir. Hekim vücut sıvılarıyla temas edecekse mutlaka eldiven giymelidir (1).

Hekim, cildin palpasyonu ile, hipotermi, hipertermi gibi genel vücut ısısı hakkında, cildin nemi ve turgorunu değerlendirerek hastanın dehidrate olup olmadığı hakkında bilgi sahibi olur. Lokalize enfeksiyonlarda sadece enfeksiyon olan bölgede ısı artışı olabileceği unutulmamalıdır. Bu sırada cildin kalınlığı, ödemi de değerlendirilmelidir. Ödem, özellikle başparmağın cilde bastırılması ile uyguladığımız basınç sonrası ciltte kalan çukurlaşma (gode) açısından değerlendirilir. Bu muayene için en uygun bölgeler; ayaklar, ayak bilekleri, tibianın ön yüzü ve sakral bölgedir. Ciltte inspeksiyonla tespit ettiğimiz lezyonların, palpasyonla kabarıklık olup olmadığı, basmakla solup solmadığı ve krepitasyonun eşlik

¹ Uzm. Dr. Ayşe Nilgün KUL, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Hematoloji Bölümü
dr.a.n.dursun@hotmail.com

Palpasyon, anamnezi ve fizik muayeneyi tamamlayan önemli bir basamaktır. Hasta ile ilgili hekime birçok önemli veri sağlamaktadır.

KAYNAKÇA

1. Jarvis, C. (2019). *Fizik Muayene ve Değerlendirme*. (Serhat ÜNAL, Çev. Ed.). İstanbul: Güneş Tıp Kitabevi
2. Molvalılar, S. (2020). *İç Hastalıkları (Semiyoloji)*. (14. Baskı). İstanbul: Alfa Basın Yayım
3. Koçkar, Cem. (2019). Karın Muayenesi. Özgür Pirgon. (Ed.). *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Muayene Kitabı* içinde (s. 141-152). Isparta: S. D. Ü. Kitabevi

GİRİŞ

Perküsyon, ses üreten titreşimlere neden olmak için bir nesneyi diğerine vurma tekniğidir. Altta yatan yapıların yoğunluğu, karakteristik sesler üretir. Bu sesler normal ve anormal bulguların teşhisidir. Organ boyutu, şekli ve konumu gibi hava, sıvı ve katıların varlığı doğrulanabilir (1).

Vücudun herhangi bir yerine vurulabilir, ancak kalp gibi belirli alanlarda sadece sınırlı bilgi elde edilebilir. Toraks ve batin en sık perküsyon yapılan yerlerdir. Vurmalı ses şiddeti, süresi, perdesi (frekansı), kalitesi ve konumuna göre analiz edilebilir. Yoğunluk, sesin göreceli yüksekliğini veya yumuşaklığını ifade eder. Ayrıca amplitüd olarak da adlandırılır. Perküsyon sonrası oluşan sesin süresi, ortaya çıktığında bir sesin duyulduğu süreyi tanımlar. Frekans, perde kavramını tanımlar. Frekans, sesin titreşimlerinden veya bir sesin yüksekliği veya düşüklüğünden kaynaklanır. Frekans, saniyedeki devir sayısı (cps) veya hertz (Hz) olarak ölçülür. Daha hızlı meydana gelen titreşimler, daha yavaş titreşimlerden daha yüksek bir perdeye sahiptir. Bir sesin kalitesi, tınısı veya kişinin onu müzikal olarak nasıl algıladığıdır. Sesin yeri, sesin üretildiği ve duyulduğu alanı ifade eder (1, 2).

Perküsyon süreci vücutta beş farklı ses üretebilir: flatness, timpani, rezonans, hiperrezonans ve matite. Vücudun belirli kısımları, farklı perküsyon sesleri ortaya çıkarır. Bu nedenle, vücudun belirli bir bölgesinde beklenmedik bir ses duyulduğunda, nedeni daha da araştırılmalıdır. Sesin yoğunluğu, süresi, perdesi, kalitesi, konumu ve göreceli yoğunluğu ile ilgili olarak beş perküsyon sesinin her birinde farklılık göstermektedir (3).

Perküsyon seslerinin altında yatan temel prensip şunlardır (3):

- Bir yapı ne kadar sağlamısa, perdesi o kadar yüksek, yoğunluğu o kadar yumuşak ve süresi o kadar kısadır.

¹ Op. Dr. Deniz TAZEÖĞLU, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD., Cerrahi Onkoloji BD., deniztazeoglu@gmail.com

vurulan bir fiskekin sağladığı titreşim, suyun üzerine uygulanan etkiyi iletmesi prensibi ile diğer taraftaki el ayasına çarpmakta ve tespit edilmektedir (18, 19).

Ballottement ve Akışkan Perküsyon

Ballottement: Altta yatan organdaki çağrıştırmacı hareket nesnesi ile vücudun uygun bir bölümüne uygulanan ve böylece parmak uçlarına veya arkasına geri dönmesine neden olan kesintili, sıkı bir itme vuruşudur (20).

Sıvı perküsyon: Bu, bir vücut boşluğundaki serbest sıvının bilinmesi içindir, bu, vücudun yüzeyine bir tarafa vurarak ve karşı tarafın palpasyonu ile üretilen sıvı dalgasını tespit ederek yapılır. Bu yöntem, sıvının üst seviyesinin altında iki elinizi vücut yüzeyiyle temas halinde tutarken daha etkilidir (20).

KAYNAKLAR

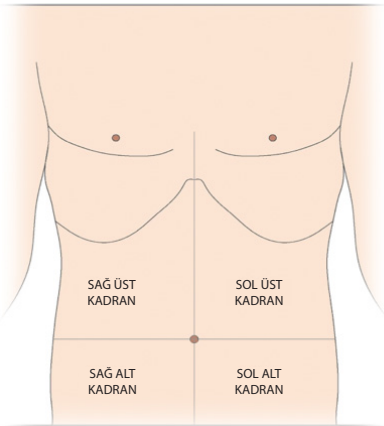
1. Böhner H, Yang Q, Franke C, Verreet PR, Ohmann C. Simple data from history and physical examination help to exclude bowel obstruction and to avoid radiographic studies in patients with acute abdominal pain. *Eur J Surg.* 1998 Oct;164(10):777-784.
2. Rastogi V, Singh D, Tekiner H, Ye F, Mazza JJ, Yale SH. Abdominal Physical Signs and Medical Eponyms: Part I. Percussion, 1871-1900. *Clin Med Res.* 2020 Mar;18(1):42-47.
3. Ferguson CM. Inspection, Auscultation, Palpation, and Percussion of the Abdomen. In: Walker HK, Hall WD, Hurst JW, editors. *Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations.* 3rd ed. Boston: Butterworths; 1990. Chapter 93.
4. Reintam Blaser A, Starkopf J, Malbrain ML. Abdominal signs and symptoms in intensive care patients. *Anaesthesiol Intensive Ther.* 2015;47(4):379-387.
5. Bilal M, Voin V, Topale N, Iwanaga J, Loukas M, Tubbs RS. The Clinical anatomy of the physical examination of the abdomen: A comprehensive review. *Clin Anat.* 2017 Apr;30(3):352-356.
6. Leung AK, Robson WL, Cho H. Chest pain in children. *Can Fam Physician.* 1996 Jun;42:1156-60, 1163-1164.
7. Mehta M. Assessing the abdomen. *Nursing.* 2003 May;33(5):54-5.
8. Levi M, Schreuder MC, Hart W. Fysische diagnostiek--percussie en palpatie van de lever [Physical diagnosis--percussion and palpation of liver]. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2000 Apr 29;144(18):835-838.
9. Brunk SF. Auscultatory percussion: an added dimension in physical diagnosis. *Int J Clin Pract.* 2003 Apr;57(3):204-209.
10. Cayley WE Jr. Diagnosing the cause of chest pain. *Am Fam Physician.* 2005 Nov 15;72(10):2012-2021.
11. Yelland M, Cayley WE Jr, Vach W. An algorithm for the diagnosis and management of chest pain in primary care. *Med Clin North Am.* 2010 Mar;94(2):349-374.
12. Joshi R, Singh A, Jajoo N, Pai M, Kalantri SP. Accuracy and reliability of palpation and percussion for detecting hepatomegaly: a rural hospital-based study. *Indian J Gastroenterol.* 2004 Sep-Oct;23(5):171-174.
13. Ueda T, Ishida E. Indirect Fist Percussion of the Liver Is a More Sensitive Technique for Detecting Hepatobiliary Infections than Murphy's Sign. *Curr Gerontol Geriatr Res.* 2015;2015:431638.
14. Cessford T, Meneilly GS, Arishenkoff S, Eddy C, Chen LYC, Kim DJ, Ma IWY. Comparing Physical Examination With Sonographic Versions of the Same Examination Techniques for Splenomegaly. *J Ultrasound Med.* 2018 Jul;37(7):1621-1629.

15. Dubey S, Swaroop A, Jain R, Verma K, Garg P, Agarwal S. Percussion of Traube's space--a useful index of splenic enlargement. *J Assoc Physicians India*. 2000 Mar;48(3):326-328.
16. Pozo AL, Godfrey EM, Bowles KM. Splenomegaly: investigation, diagnosis and management. *Blood Rev*. 2009 May;23(3):105-111.
17. Chongtham DS, Singh MM, Kalantri SP, Pathak S. Accuracy of palpation and percussion manoeuvres in the diagnosis of splenomegaly. *Indian J Med Sci*. 1997 Nov;51(11):409-416.
18. Runyon BA; AASLD. Introduction to the revised American Association for the Study of Liver Diseases Practice Guideline management of adult patients with ascites due to cirrhosis 2012. *Hepatology*. 2013 Apr;57(4):1651-1653.
19. Gordon FD. Ascites. *Clin Liver Dis*. 2012 May;16(2):285-299.
20. Urrunaga NH, Singal AG, Cuthbert JA, Rockey DC. Hemorrhagic ascites. Clinical presentation and outcomes in patients with cirrhosis. *J Hepatol*. 2013 Jun;58(6):1113-1118.

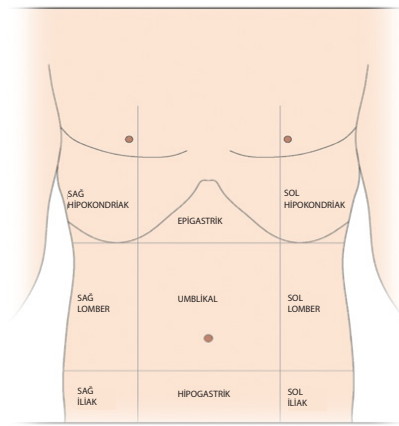
GİRİŞ

Gastrointestinal sistem muayenesinde muayene basamaklarından biri de oskültasyondur. Oskültasyon kelime olarak dinleme manasına gelir. Direkt ve indirekt olmak üzere iki çeşit oskültasyon vardır. Direkt oskültasyon, arada dinleme aracı kullanılmadan doğrudan kulakla seslerin dinlenilmesidir. İndirekt oskültasyon ise dinleme aracı kullanarak seslerin dinlenilmesidir. Dinleme aracı olarak kullanılan cihaza stetoskop adı verilir. Stetoskopun dinlenecek alana yerleştirilen kısmı, diafram ve çan olmak üzere iki taraflıdır. Oskültasyonun yapıldığı ortam sessiz olmalıdır. Dinleme esnasında konuşulmamalı, seslere odaklanılmalı ve farklı sesleri birbirinden ayırarak dinleme yapılmalıdır.

Karın yüzeyi, dokuz bölgeye (sağ ve sol hipokondriyak, sağ ve sol lomber, sağ ve sol iliak, epigastrik, umblikal, hipogastrik) ve dört kadrana (sağ ve sol üst kadrana, sağ ve sol alt kadrana) ayrılmıştır (Şekil 1-2).



Şekil 1. Karnın kadrantları



Şekil 2. Karnın bölgeleri

¹ Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Emre AY, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile hekimliği AD., dr.emreay@hotmail.com

KAYNAKLAR

1. Jarvis, C. (2011). *Physical examination and health assessment*. (6th ed.). St. Louis: W.B. Saunders.
2. Jarvis C. (2008). *Physical Examination and Health Assessment*. (5th ed.). St Louis: Saunders Elsevier.
3. Rhoads J. (2006). *Advanced Health Assessment and Diagnostic Reasoning*. (1th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
4. Lacey SW, Richter, JE, Wilcox CM. (1993). The common clinical manifestations of gastrointestinal disease. In Andreoli TA, Bennett JC, Carpenter CJ, Plum F, Smith LH Jr (Eds). *Cecil Essentials of Medicine* (3rd ed., 256-277). Philadelphia, PA: WB Saunders.
5. Smith CE. Assessing bowel sounds – more than just listening. *Nursing*. 1988;18(2), 42–3. Doi: 10.1097/00152193-198802000-00018
6. Eskelinen M, Ikonen J, Lipponen P. Contributions of history-taking, physical examination, and computer assistance to diagnosis of acute small-bowel obstruction. A prospective study of 1333 patients with acute abdominal pain. *Scand J Gastroenterol*, 29(8), 715-21. Doi: 10.3109/00365529409092499.
7. Kahan S, Miller R, Smith EG. (2009). In a Page: *Signs and Symptoms*. (2th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
8. Mesut Parlak. (2001). İ.Ü. Tip Fak. Temel ve Klinik Bilimler Cild 2, (s.1299-1319).
9. J. L. Cameron. (1998). *Current Surgical Therapy*. (6th ed.). London: Mosby.
10. Bickley LS, Szilagyı PG. (2009). *Bates Guide to Physical Examination and History Taking*. (10th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
11. Shaw M. (2012). *Assessment made incredibly easy* (5th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
12. Julius S, Stewart BH. Diagnostic significance of abdominal murmurs. *New Engl J Med*. 1967;276:1175-1178.
13. Clain D, Wartnaby K, Sherlock S. Abdominal arterial murmurs in liver disease. *Lancet*. 1966;2:516- 519.
14. McLoughlin MJ, Colapinto RJ, Hobbs BB. Abdominal bruits: Clinical and angiographic correlation. *JAMA*. 1975;232:1238-1242.
15. Goldstein LI. Enlarged, tortuous arteries and hepatic bruit. *JAMA*. 1968;206:2518-2520.
16. Smythe CMcC, Gibson DB. Upper quadrant bruit due to tortuous splenic artery. *New Engt J Med*. 1963;269:1308-1309.
17. Talley NJ, O'Connor S. (2006). *Clinical Examination: A Systematic Guide to Physical Diagnosis*. (5th ed.). Marrickville, NSW Australia: Churchill Livingstone Elsevier.
18. Sodhi KS, Saxena AK, Khandelwal N, Dhiman RK. Giant paraumbilical veins in Cruveilhier–Baumgarten syndrome. *Gastrointest. Endosc*. 2010;72:435–6; discussion 436.
19. Palazón JM, Minguez M. Images in hepatology. Cruveilhier–Baumgarten syndrome. *J. Hepatol*. 1997;26:1413.
20. Fitzhugh T. Acute gonococcie peritonitis of right upper quadrant in women. *JAMA*. 1934;102:2094-2096.

Metabolik Nedenlere Bağlı Karın Ağrıları

20. BÖLÜM

Özgür BAHADIR ¹

ADRENAL YETMEZLİK

Giriş

Adrenal bez hormonlarının üretimindeki yetmezlik adrenal yetmezlik olarak tanımlanır. Bu yetmezliğin, üretimdeki ileri derecede azalması veya kortizol ihtiyacının arttığı durumlara bağlı yaşamı tehdit edici hale gelmesi ise adrenal kriz olarak isimlendirilir. Adrenal yetmezlik primer ve sekonder yetmezlik olarak iki gruba ayrılır. Addison hastalığı olarak da bilinen primer adrenal yetmezlik adrenal bez korteksinde hasara bağlı gelişir. Sekonder adrenal yetmezlik ise Kortikotropin ve/veya ACTH salgılanmasında eksikliğe yol açan Hipotalamohipofizer akstaki bozukluğa bağlıdır. Primer adrenal yetmezliğin en sık nedeni otoimmün nedenlerdir. Enfeksiyonlardan ise tüberküloz dünyadaki en sık neden iken mantar ve HIV diğer sık görülen enfeksiyöz ajanlardır. İlaçlar, kanama ve infiltratif hastalıklarda diğer primer adrenal yetmezlik sebepleridir. Sekonder adrenal yetmezliğin en sık nedenleri ise hipotalamus/hipofiz lezyonları, izole ACTH eksikliği, ilaçlar ve uzun süreli glukokortikoid tedavinin aniden kesilmesidir. Uzun dönem kortikosteriod kullanımı sonrası uygun olmayan biçimde tedavinin aniden kesilmesi adrenal krizin en sık iyatrojenik nedenidir.

Klinik

Primer adrenal yetmezlikte kortizol ve aldosteron eksikliği belirtileri görülür. Kortizol düzeyi düşük, ACTH yüksektir. Sekonder yetmezlikte ise aldosteron eksikliğine bağlı bulgular görülmez. Hem kortizol hem de ACTH düzeyi düşüktür. Kilo kaybı, halsizlik, güçsüzlük, letarji, bilinç değişikliği ve GİS belirtilerini kortizol yetmezliğine bağlıdır. Aldosteron yetmezliğine bağlı dehidratasyon, senkop ve ortostatik hipotansiyon görülür.

Adrenal yetmezlik akut ve kronik olarak da sınıflandırılır. Hastaların %80 kronik adrenal yetmezliktir. Kronik yetmezlikte kilo kaybı, ortostatik hipotan-

¹ Dr. Özgür BAHADIR, Haydrapaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, obahadir@gmail.com

rak ilk değerlendirmede serum potasyum konsantrasyonu normal veya yüksek olabilir. İnsülin ve sıvı tedavisi potasyum konsantrasyonunu düşürür ve ciddi hipokalemiye neden olabilir. Bu nedenle, potasyumun çok dikkatli izlenmesi ve uygun replasmanı çok önemlidir (38).

DKA'lı hastaların %15-25'inde serum amilaz ve lipaz seviyeleri yükselir ve çoğu zaman bu durum akut pankreatite bağlı değildir. Bu durumda, hastalar pankreatit açısından diğer klinik bulgular ve görüntüleme yöntemleri ile değerlendirilmelidir (39).

Ketoasidoz ayrıca kronik alkolizm ve uzamış açlıkta görülebilir. Anyon açıklı asidozunun diğer nedenleri arasında laktik asidoz, aspirin, metanol ve etilen glikol alınması ve ileri evre kronik böbrek yetmezliği vardır. Ayrıca tanıda bu durumlar dikkate alınmalıdır (40).

KAYNAKÇA

1. Bancos I, Hahner S, Tomlinson J, Arlt W. Diagnosis and management of adrenal insufficiency. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2015; 3:216.
2. Jarvis JL, Jenkins D, Sosman Mc, Thorn Gw. Roentgenologic observations in Addison's disease; a review of 120 cases. *Radiology* 1954; 62:16.
3. Valenzuela GA, Smalley WE, Schain DC, et al. Reversibility of gastric dysmotility in cortisol deficiency. *Am J Gastroenterol* 1987; 82:1066.
4. Tobin MV, Aldridge SA, Morris AI, et al. Gastrointestinal manifestations of Addison's disease. *Am J Gastroenterol* 1989; 84:1302.
5. McBrien DJ, Jones RV, Creamer B. Steatorrhoea in Addison's disease. *Lancet* 1963; 1:25.
6. Mignotte V, Eleouet JF, Raich N, Romeo PH. Cis- and trans-acting elements involved in the regulation of the erythroid promoter of the human uroporphobilinogen deaminase gene. *Proc Natl Acad Sci U S A* 1989; 86:6548.
7. Anderson KE, Bloomer JR, Bonkovsky HL, et al. Recommendations for the diagnosis and treatment of the acute porphyrias. *Ann Intern Med* 2005; 142:439.
8. Bylesjö I, Wikberg A, Andersson C. Clinical aspects of acute intermittent porphyria in northern Sweden: a population-based study. *Scand J Clin Lab Invest* 2009; 69:612.
9. Anderson KE, Spitz IM, Bardin CW, Kappas A. A gonadotropin releasing hormone analogue prevents cyclical attacks of porphyria. *Arch Intern Med* 1990; 150:1469.
10. Andersson C, Bylesjö I, Lithner F. Effects of diabetes mellitus on patients with acute intermittent porphyria. *J Intern Med* 1999; 245:193.
11. Sardh E, Andersson DE, Henrichson A, Harper P. Porphyrin precursors and porphyrins in three patients with acute intermittent porphyria and end-stage renal disease under different therapy regimes. *Cell Mol Biol (Noisy-le-grand)* 2009; 55:66.
12. Wikberg A, Andersson C, Lithner F. Signs of neuropathy in the lower legs and feet of patients with acute intermittent porphyria. *J Intern Med* 2000; 248:27.
13. Beal MF, Atuk NO, Westfall TC, Turner SM. Catecholamine uptake, accumulation, and release in acute porphyria. *J Clin Invest* 1977; 60:1141.
14. Tschudy DP, Valsamis M, Magnussen CR. Acute intermittent porphyria: clinical and selected research aspects. *Ann Intern Med* 1975; 83:851.
15. Kuo HC, Huang CC, Chu CC, et al. Neurological complications of acute intermittent porphyria. *Eur Neurol* 2011; 66:247.
16. Jeans JB, Savik K, Gross CR, et al. Mortality in patients with acute intermittent porphyria requiring hospitalization: a United States case series. *Am J Med Genet* 1996; 65:269.

17. Ostrowski J, Kostrzevska E, Michalak T, et al. Abnormalities in liver function and morphology and impaired aminopyrine metabolism in hereditary hepatic porphyrias. *Gastroenterology* 1983; 85:1131
18. Andant C, Puy H, Bogard C, et al. Hepatocellular carcinoma in patients with acute hepatic porphyria: Frequency of occurrence and related factors. *J Hepatol* 2000; 32:933.
19. Church SE, McColl KE, Moore MR, Youngs GR. Hypertension and renal impairment as complications of acute porphyria. *Nephrol Dial Transplant* 1992; 7:986.
20. Randall L, Begovic J, Hudson M, et al. Recurrent diabetic ketoacidosis in inner-city minority patients: behavioral, socioeconomic, and psychosocial factors. *Diabetes Care* 2011; 34:1891.
21. Wachtel TJ, Tetu-Mouradjian LM, Goldman DL, et al. Hyperosmolarity and acidosis in diabetes mellitus: a three-year experience in Rhode Island. *J Gen Intern Med* 1991; 6:495.
22. Kitabchi AE, Murphy MB. Consequences of insulin deficiency. In: *Atlas of Diabetes*, 4th, Skyler J (Ed), Springer US, New York 2012. p.39.
23. Newcomer JW. Second-generation (atypical) antipsychotics and metabolic effects: a comprehensive literature review. *CNS Drugs* 2005; 19 Suppl 1:1.
24. Taylor SI, Blau JE, Rother KI. SGLT2 Inhibitors May Predispose to Ketoacidosis. *J Clin Endocrinol Metab* 2015; 100:2849.
25. Polonsky WH, Anderson BJ, Lohrer PA, et al. Insulin omission in women with IDDM. *Diabetes Care* 1994; 17:1178.
26. Kitabchi AE, Razavi L. Hyperglycemic Crises: Diabetic Ketoacidosis (DKA), And Hyperglycemic Hyperosmolar State (HHS). In: <http://www.endotext.org/diabetes/diabetes24/diabetesframe24.htm> (Accessed on January 30, 2013).
27. Nyenwe EA, Razavi LN, Kitabchi AE, et al. Acidosis: the prime determinant of depressed sensorium in diabetic ketoacidosis. *Diabetes Care* 2010; 33:1837.
28. Malone ML, Gennis V, Goodwin JS. Characteristics of diabetic ketoacidosis in older versus younger adults. *J Am Geriatr Soc* 1992; 40:1100.
29. Umpierrez G, Freire AX. Abdominal pain in patients with hyperglycemic crises. *J Crit Care* 2002; 17:63.
30. Berndt M, Lehnert H. Diabetische Ketoazidose. *Der Diabetologe*. 2014; 10 (8): 638-644.
31. Nair S, Yadav D, Pitchumoni CS. Association of diabetic ketoacidosis and acute pancreatitis: observations in 100 consecutive episodes of DKA. *Am J Gastroenterol*. 2000; 95(10):2795-2800.
32. Pant N, Kadaria D, Nasser W, Murillo LC, Freire AX. Diabetic ketoacidosis presenting with acute pancreatitis and visceral vein thrombosis. *Tenn Med*. 2011;104(5):47-48, 50.
33. Van de Laak MF, Ter Braak EW, Erkelens DW. Diabetic ketoacidosis presenting as acute abdomen. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2000;144(4):153-156.
34. Kitabchi AE, Umpierrez GE, Miles JM, Fisher JN. Hyperglycemic crises in adult patients with diabetes. *Diabetes Care* 2009; 32:1335
35. Umpierrez G, Korytkowski M. Diabetic emergencies ketoacidosis, hyperglycaemic hyperosmolar state and hypoglycaemia. *Nat Rev Endocrinol*. 2016;12(4):222-232.
36. Munro JF, Campbell IW, McCuish AC, Duncan LJ. Euglycaemic diabetic ketoacidosis. *Br Med J* 1973; 2:578.
37. Adrogue HJ, Lederer ED, Suki WN, Eknoyan G. Determinants of plasma potassium levels in diabetic ketoacidosis. *Medicine (Baltimore)* 1986; 65:163.
38. Arora S, Cheng D, Wyler B, Menchine M. Prevalence of hypokalemia in ED patients with diabetic ketoacidosis. *Am J Emerg Med* 2012; 30:481.
39. Yadav D, Nair S, Norkus EP, Pitchumoni CS. Nonspecific hyperamylasemia and hyperlipasemia in diabetic ketoacidosis: incidence and correlation with biochemical abnormalities. *Am J Gastroenterol* 2000; 95:3123.
40. Cahill GF Jr. Fuel metabolism in starvation. *Annu Rev Nutr* 2006; 26:1.

Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi

21. BÖLÜM

Büşra Betül ÇAĞIR¹

GİRİŞ

Beslenme durumunun saptanması, bireyin besin öğeleri ihtiyacının ne ölçüde karşılandığının bir göstergesidir. Besin maddeleri alımı ile besin gereksinimi arasındaki dengenin sağlanması, sağlık için önem taşımaktadır. Ekonomik duruma bağlı alım gücü, yeme-içme alışkanlıkları, duygusal durum, iklim, kültürel yapı, çeşitli hastalıklar, iştah besin alımını etkileyen öncelikli faktörlerdir. Beslenme durumunun öncelikle toplumdaki duyarlı gruplarda (çocuklar ve gençler, gebe ve emziren kadınlar, yaşlılar, işçiler) ve hasta olan bireylerde düzenli olarak takip edilmesi ve değerlendirilmesi gerekir. Beslenme yetersizliğinin erken göstergelerinden en önemlisi, kişinin besin tüketiminin saptanmasıdır. İnsan bedeninin büyüme, gelişme ve bazı özel fonksiyonlarını yerine getirebilmesi için gereken besin ile, temin edilebilen besin ve enerji arasındaki dengesizlik malnütrisyon olarak tanımlanmaktadır (1). Belirli aralıklarla beslenme durumunun değerlendirilmesi; malnütrisyon olup olmadığını, malnütrisyon riskinin derecesini belirlemeyi amaçlamasının yanı sıra, mevcut beslenmenin etkinliğini de belirlemeyi amaçlar (2).

BESLENME DURUMUNUN SAPTANMASI YÖNTEMLERİ

Malnütrisyonlu veya malnütrisyon riski yüksek kişileri belirlemek amacı ile ilk başvuru anından itibaren hızlı, kolay ve uygulanabilir tarama yöntemleri kullanılmaktadır. Değerlendirmede anamnez, fizik muayene bulguları, biyokimyasal parametreler ve tarama testlerinin hepsi bir bütün halinde değerlendirilmelidir (1).

1. Klinik Değerlendirme

Beslenmenin değerlendirilmesi hastanın hikayesinin alınması ile başlar (3). Hastanın değerlendirilmesinde; besin anamnezi, kilo değişikliği olup olmadığı

¹ Uzm. Dr. Büşra Betül ÇAĞIR, Ankara Şehir Hastanesi, Geriatri Kliniği, drbbetul@outlook.com

KAYNAKLAR

1. Beslenme Durumunun Saptanması, Doç. Dr. Pınar Sökülmez
2. Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi, Ercüment YENTÜR
3. Antropometrik Değerlendirmede Kas İskelet Sistemi Ultrasonografisinin Yeri, Dr. Ayşe Merve Ata
4. Yaşlıda Malnütrisyon ve Değerlendirilmesinde Kullanılan Antropometrik ve Laboratuvar Yöntemler, Gökçen DOĞAN, Eda KÖKSAL
5. Wojzischke J, van Wijngaarden J, van den Berg C, Cetinyurek-Yavuz A, Diekmann R, Luiking Y, Bauer J. Nutritional status and functionality in geriatric rehabilitation patients: a systematic review and meta-analysis. *Eur Geriatr Med.* 2020 Apr;11(2):195-207. doi: 10.1007/s41999-020-00294-2. Epub 2020 Feb 12. PMID: 32297199
6. Viani K, Trehan A, Manzoli B, Schoeman J. Assessment of nutritional status in children with cancer: A narrative review. *Pediatr Blood Cancer.* 2020 Jun;67 Suppl 3: e28211. doi: 10.1002/pbc.28211. Epub 2020 Feb 25. PMID: 32096326
7. Karin M, Bogut A, Hojsak I, Babić E, Volarić M, Bevanda M. Nutritional status and its effect on complications in patients with colorectal cancer. *Wien Klin Wochenschr.* 2020 Aug;132(15-16):431-437. doi: 10.1007/s00508-020-01671-4. Epub 2020 May 25. PMID: 32451819
8. Marshall S, Young A, Bauer J, Isenring E. Malnutrition in Geriatric Rehabilitation: Prevalence, Patient Outcomes, and Criterion Validity of the Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment and the Mini Nutritional Assessment. *J Acad Nutr Diet.* 2016 May;116(5):785-94. doi: 10.1016/j.jand.2015.06.013. Epub 2015 Jul 26. PMID: 26212447
9. Srinivasan B, Lee S, Erickson D, Mehta S. Precision nutrition - review of methods for point-of-care assessment of nutritional status. *Curr Opin Biotechnol.* 2017 Apr;44:103-108. doi: 10.1016/j.copbio.2016.12.001. Epub 2016 Dec 30. PMID: 28043002.
10. Smith S, Madden AM. Body composition and functional assessment of nutritional status in adults: a narrative review of imaging, impedance, strength and functional techniques. *J Hum Nutr Diet.* 2016 Dec;29(6):714-732. doi: 10.1111/jhn.12372. Epub 2016 May 3. PMID: 27137882.
11. Zhang XS, Liu YH, Zhang Y, Xu Q, Yu XM, Yang XY, Liu Z, Li HZ, Li F, Xue CY. Handgrip Strength as a Predictor of Nutritional Status in Chinese Elderly Inpatients at Hospital Admission. *Biomed Environ Sci.* 2017 Nov;30(11):802-810. doi: 10.3967/bes2017.108. PMID: 29216957
12. Corish CA, Bardon LA. Malnutrition in older adults: screening and determinants. *Proc Nutr Soc.* 2019 Aug;78(3):372-379. doi: 10.1017/S0029665118002628. Epub 2018 Dec 3. PMID: 30501651.
13. Benoist S, Brouquet A. Nutritional assessment and screening for malnutrition. *J Visc Surg.* 2015 Aug;152 Suppl 1: S3-7. doi: 10.1016/S1878-7886(15)30003-5. PMID: 26315577
14. Baracos VE. Cancer-associated malnutrition. *Eur J Clin Nutr.* 2018 Sep;72(9):1255-1259. doi: 10.1038/s41430-018-0245-4. Epub 2018 Sep 5. PMID: 30185853
15. Taberna DJ, Navas-Carretero S, Martínez JA. Current nutritional status assessment tools for metabolic care and clinical nutrition. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care.* 2019 Sep;22(5):323-328. doi: 10.1097/MCO.0000000000000581. PMID: 31246586
16. Håkonsen SJ, Pedersen PU, Bath-Hextall F, Kirkpatrick P. Diagnostic test accuracy of nutritional tools used to identify undernutrition in patients with colorectal cancer: a systematic review. *JBIS Database System Rev Implement Rep.* 2015 May 15;13(4):141-87. doi: 10.11124/jbisrir-2015-1673. PMID: 26447079
17. Anthony PS. Nutrition screening tools for hospitalized patients. *Nutr Clin Pract.* 2008 Aug-Sep;23(4):373-82. doi: 10.1177/0884533608321130. PMID: 18682588

18. Cederholm T, Bosaeus I, Barazzoni R, Bauer J, Van Gossum A, Klek S, Muscaritoli M, Nyulasi I, Ockenga J, Schneider SM, de van der Schueren MA, Singer P. Diagnostic criteria for malnutrition - An ESPEN Consensus Statement. Clin Nutr. 2015 Jun;34(3):335-40. doi: 10.1016/j.clnu.2015.03.001. Epub 2015 Mar 9. PMID: 25799486
19. Bullock AF, Greenley SL, McKenzie GAG, Paton LW, Johnson MJ. Relationship between markers of malnutrition and clinical outcomes in older adults with cancer: systematic review, narrative synthesis and meta-analysis. Eur J Clin Nutr. 2020 Nov;74(11):1519-1535. doi: 10.1038/s41430-020-0629-0. Epub 2020 May 4. PMID: 32366995; PMCID: PMC7606134
20. Adıgüzel E, Acar-Tek N. Nutrition-related parameters predict the health-related quality of life in home care patients. Exp Gerontol. 2019 Jun; 120:15-20. doi: 10.1016/j.exger.2019.02.018. Epub 2019 Feb 26. PMID: 30822485
21. Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi; Klinik ve Laboratuvar Clinical And Laboratory Assessment Of Nutrition, Dr. Ali Ertuğ Arslanköylü, Dr. Esat Yılğör
22. Üst Orta Kol Çevresi Ölçümünün 1-5 Yaş Arası Türk Çocuklarda Malnürişyon Tanısında Kullanılan Gomez, Waterlow Ve Dünya Sağlık Örgütü Sınıflandırmaları İle Bağlantısı, Mustafa Sedat Özdemir
23. Farklı Beslenme Tarama Testleri Kullanılarak Ameliyat Öncesi Gastrointestinal Sistem Kanseri Hastalarının Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi, Dyt. Aysel Şahin Kaya
24. Hospitalize Hastalarda Nutrisyonel Değerlendirme Metodu Nrs-2002'nin (Nutritional Risk Screening -2002) Geçerlilik Ve Güvenilirliğinin Değerlendirilmesi, Dr. Başak Bolayır
25. Hastaların Nutrisyonel Değerlendirme Parametreleri, Dr Mehmet Ali Ustaoglu

JİGANTİSM VE AKROMEĞALİ

Tanım

Büyüme hormonu sekresyonu fazlalığı, epifiz plaklarının açık olduğu infant, çocukluk ya da adolesan dönemde geliştiğinde jigantizm, epifiz plaklarının kapalı olduğu erişkin dönemde geliştiğinde ise akromegali ile sonuçlanır. Jigantizm ve akromegali büyüme hormon fazlalığı nedeni ile artmış IGF- 1 düzeylerinin sonucu somatic aşırı büyüme, multiple komorbiditeler, fiziksel şekil bozuklukları ile seyreden multisistemik hastalıklardır. Her iki patoloji de tipik klinik bulgular ile kendini gösterir ve artmış kardiyovasküler, metabolik, osteoartiküler komplikasyon ve tümör büyüme riski taşır (kolon polipleri, tiroid nodülleri...vs). Tedavi edilmeyen hastalarda kardiyovasküler hastalıklar ve kanser armış mortalite nedenleridir. Akromegali prevalansı 28-137/ milyon kişide olduğu tahmin edilmektedir (1). Çalışmaların çoğunda kadınlarda bir miktar daha sık görülür (1:1.24) ve 5. dekatta pik yapar (1) (2). Jigantizm ise oldukça nadir görülmekte olup vaka serileri şeklinde literatürde yer alır. Akromegali ve jigantizm sıklıkla büyüme hormonu salgılayan pitüiter bir adenoma diğer adıyla pitüiter nöroendokrin tümöre (PitNET) bağlı gelişir. Daha nadir olmakla birlikte pitüiter hiperplazi de özellikle genetik sendromların bir komponenti şeklinde görülebilir. Ayrıca %1'in altında sıklıkta GHRH sekresyonu yapan ya da ektopik GH sekresyonu yapan nöroendokrin tümörler de tanımlanmıştır.

Etiyoloji

Artmış büyüme hormonu (BH) sekresyonu pek çok potansiyel nedene bağlı olabilir. Bu nedenler primer pitüiter kökenli büyüme hormon fazlalığı ve GHRH sekresyonunda artış ya da disregülasyonuna bağlı BH fazlalığı olarak iki ana başlık altında değerlendirilebilir. GHRH sekresyonunda artış hipotalamik kaynaklı

¹ Uzm. Dr. Seçil ÖZİŞİK, Koç Üniversitesi Hastanesi, İç Hastalıkları AD., Endokrinoloji BD., sozisik@kuh.hu.edu.tr

Tanı

Cücelik bir hastalığın bulgusudur. Özellikle genetik, endokrin veya gastrointestinal bir patoloji düşünülüyor ise detaylı tetkikler yapılır ve neden olan hastalık tanısı araştırılır.

- tam kan sayımı,
- böbrek ve karaciğer fonksiyonları
- kan gazı ve idrar pH ı
- kistik fibrosis şüphesi varsa ter klorü
- TSH ve serbest t4
- Çölyak hastalığı açısından: anti endomisyal Ig A ve Ig G , anti gliadin Ig A ve Ig G.
- Olası malnutrisyon açısından: serum pre albumin ve transferrin.
- Karyotip analizi
- Büyüme hormone eksikliği açısından provokatif testler
 - İnsulin hipoglisemi testi
 - Glukagon stimülasyon testi
- Kemik yaşı değerlendirme: sol önköl grafisi ile değerlendirilir.
- MRI: pitüiter organik patolojiler

*En sık görülen cücelik nedenleri hipofizer cücelik, kretenizm ve akondrop-lazi kitabımızdaki bir sonraki detaylı olarak anlatılmıştır.

KAYNAKLAR

1. Lavrentaki, A., et al., *Epidemiology of acromegaly: review of population studies*. Pituitary, 2017. **20**(1): p. 4-9.
2. Kasuki, L., et al., *Determinants of morbidities and mortality in acromegaly*. Arch Endocrinol Metab, 2019. **63**(6): p. 630-637.
3. Gelber, S.J., D.S. Heffez, and P.A. Donohoue, *Pituitary gigantism caused by growth hormone excess from infancy*. J Pediatr, 1992. **120**(6): p. 931-4.
4. Reid, T.J., et al., *Features at diagnosis of 324 patients with acromegaly did not change from 1981 to 2006: acromegaly remains under-recognized and under-diagnosed*. Clin Endocrinol (Oxf), 2010. **72**(2): p. 203-8.
5. Melmed, S., *Medical progress: Acromegaly*. N Engl J Med, 2006. **355**(24): p. 2558-73.
6. Drange, M.R., et al., *Pituitary tumor registry: a novel clinical resource*. J Clin Endocrinol Metab, 2000. **85**(1): p. 168-74.
7. Vouzouneraki, K., et al., *Carpal tunnel syndrome in acromegaly: a nationwide study*. Eur J Endocrinol, 2021. **184**(2): p. 209-216.
8. Giustina, A., et al., *Diagnosis and treatment of acromegaly complications*. J Endocrinol Invest, 2003. **26**(12): p. 1242-7.
9. Melmed, S., et al., *A consensus on the diagnosis and treatment of acromegaly complications*. Pituitary, 2013. **16**(3): p. 294-302.
10. Ho, N.C., J.R. Tran, and A. Bektas, *Marfan's syndrome*. Lancet, 2005. **366**(9501): p. 1978-81.
11. De Paepe, A., et al., *Revised diagnostic criteria for the Marfan syndrome*. Am J Med Genet, 1996. **62**(4): p. 417-26.
12. Yadav, S. and A. Dabas, *Approach to short stature*. Indian J Pediatr, 2015. **82**(5): p. 462-70.

Boy ve Önemli Gelişim Hastalıkları (II)

23. BÖLÜM

Mustafa CAN¹

GİRİŞ

Büyüme, fertilizasyondan başlayarak adölesan döneminin sonuna kadar devam eden bir süreç olup, organizmadaki hücre sayısının ve hücre büyüklüğünün artmasına bağlı olarak vücudun boy, kilo ve hacim olarak artmasıdır. Gelişme ise hücre ve dokuların yapı ve içeriğinin değişimi ile organizmanın bedensel, zihinsel, duygusal, sosyal ve dil yönünden olgunlaşmasıdır. Boy kısalığını da kapsayan büyüme geriliği erken çocukluk döneminde yetersiz büyüme veya büyümeyi sürdürmedeki yetersiz olarak tanımlanır. Gelişim geriliği ise konuşma ve dil gelişimi, motor gelişim, bilişsel ve sosyal gelişim alanlarındaki gerilik olarak tanımlanır.

Büyüme ve gelişim geriliğine neden olan hormonal, genetik ve metabolik hastalıklar başta olmak üzere çok sayıda hastalık bulunmaktadır. Bu bölümde bu hastalıklar arasında bulunan hipofizer cücelik, kretenizm, progeria ve akondroplaziden bahsedilecektir.

HİPOFİZER CÜCELİK

Büyüme hormonu eksikliği olarak da bilinen hipofizer cücelik, boy kısalığının nadir, fakat tedavi edilebilir bir nedenidir. Boy kısalığının endokrin hastalıklar arasında en sık görülen nedenidir. Hipofizer cücelik hipofiz bezinin yeterli düzeyde büyüme hormonu üretememesi sonucu ortaya çıkar. Hipofizer cücelik, izole büyüme hormonu eksikliği olarak veya diğer hipofiz hormonlarındaki eksikliklerle birlikte ortaya çıkabilir. Hipofizer cücelik ile ilişkili boy kısalığı insidansının yaklaşık 1:3500 ila 1:4000 olduğu tahmin edilmektedir (1).

Etyoloji

Hipofizer cücelik konjenital veya edinsel nedenlere bağlı olarak gelişebilir. Bununla birlikte hipofizer cücelik vakalarının çoğunun nedeni bilinmemektedir.

¹ Uzm. Dr. Mustafa CAN, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, Endokrinoloji BD, can1120can@gmail.com

AKONDROPLAZİ

Akondroplazi, en sık görülen kemik displazisidir. Orantısız boy kısalığının en sık nedenidir. Prevalansı 20.000 canlı doğumda 1'dir. Akondroplazi, fibroblast büyüme faktörü reseptörü 3 (FGFR3) genindeki otozomal dominant bir mutasyon sonucu oluşur (9).

En belirgin klinik özellikleri, rizomelik ekstremite kısalığı ile birlikte olan boy kısalığı ve makrosefalidir. Diğer bulgular orta yüz hipoplazisi ve nazal anteversiyon, hipotoni, kalça ve dizlerde hipermobilité, küçük göğüs, torakolomber kifoz, lomber hiperlordoz ve el parmaklarında kısalıktır.

Akondroplazili bireylerin büyük çoğunluğuna erken bebeklik döneminde tanı konulur. Bazı komplikasyonlar ancak erken bebeklik döneminde değerlendirilerek önlenilebileceği için tanının geciktirilmemesi çok önemlidir. Tanı klinik ve radyolojik değerlendirme ile konulmaktadır.

Tanısal açıdan yardımcı radyolojik özellikler şunları içerir: kısa, sağlam uzun kemikler; kare şeklinde iliak kanatlar; düz, horizontal asetabulum; sakrosiyatik çentiğin belirgin daralması; proksimal femoral radyölüsensi; kaudal omurganın interpediküler mesafesinin daralması; proksimal ve orta falanksların kısa olmasıdır (10). Klinik ve radyolojik bulguların atipik olması ve tanıdan şüphe duyulması durumunda FGFR3 mutasyonu tespit edilerek tanı doğrulanabilir.

Akondroplazi tedavisinde onaylanmış bir ilaç yoktur. Büyüme hormonu ve C-tipi natriüretik peptid olan vosoritide gibi ilaçlar üzerine çalışılmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Human growth hormone (somatropin) for the treatment of growth failure in children. NICE, 2010. <http://www.nice.org.uk/guidance/TA188> adresinden ulaşılmıştır.
2. Alatzoglou KS, Webb EA, Le Tissier P, et al. Isolated growth hormone deficiency (GHD) in childhood and adolescence: recent advances. *Endocr Rev.* 2014;35:376-432.
3. Günöz, H. (2003) Büyüme bozuklukları, *Pediyatrik Endokrinoloji*. Günöz H, Öçal G, Yordam N, Kutoğlu S (Ed.), *Pediyatrik Endokrinoloji ve Oksoloji* yayınları 1 (s. 43 – 62, s. 66-131), Ankara: Kalkan Matbacılık
4. Zimmermann MB, Jooste PL, Pandav CS. Iodine-deficiency disorders. *Lancet.* 2008;372:1251-1262.
5. R.C. Hennekam. Hutchinson–Gilford progeria syndrome: review of the phenotype. *Am J Med Genet A.* 2006;140:2603-2624.
6. Eriksson M, Brown WT, Gordon LB, et al. Recurrent de novo point mutations in lamin A cause Hutchinson–Gilford progeria syndrome. *Nature.* 2003;423:293-298.
7. M. Gerhard-Herman, L.B. Smoot, N. Wake, et al. Mechanisms of premature vascular aging in children with Hutchinson–Gilford progeria syndrome. *Hypertension.* 2012;59:92-97.

8. Gordon LB, Shappell H, Massaro J, et al. Association of Lonafarnib Treatment vs No Treatment With Mortality Rate in Patients With Hutchinson-Gilford Progeria Syndrome. *JAMA*. 2018;319:1687-1695.
9. Rousseau F, Bonaventure J, Legeai-Mallet I, et al. Mutations in the gene encoding fibroblast growth factor receptor-3 in achondroplasia. *Nature*. 1994;371:252-254.
10. Langer LO Jr, Baumann PA, Gorlin RJ. Achondroplasia. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med*. 1967;100:12-26.

GİRİŞ

Postür vücudun her segmentinin kendisine bitişik segmente ve bütün vücuda oranla en uygun pozisyonda yerleştirilmesidir. Diğer bir ifade ile ayakta dururken, otururken, yatarken, günlük yaşamda hareket ederken vücudu yer çekimine karşı tuttuğumuz doğru pozisyonudur. Postür statik ve dinamik olmak üzere iki çeşittir (1).

Statik postür, izometrik kas aktivitesinin yerçekimine karşı koyması gereken, oturma, yatma ve ayakta durma gibi hareket içermeyen postürdür. Dinamik postür vücudun hareketler sırasındaki pozisyonudur. Dinamik postür aktiftir, yapılan harekete bağlı değişir ve çevre şartlarına uyum sağlamaya çalışır (2).

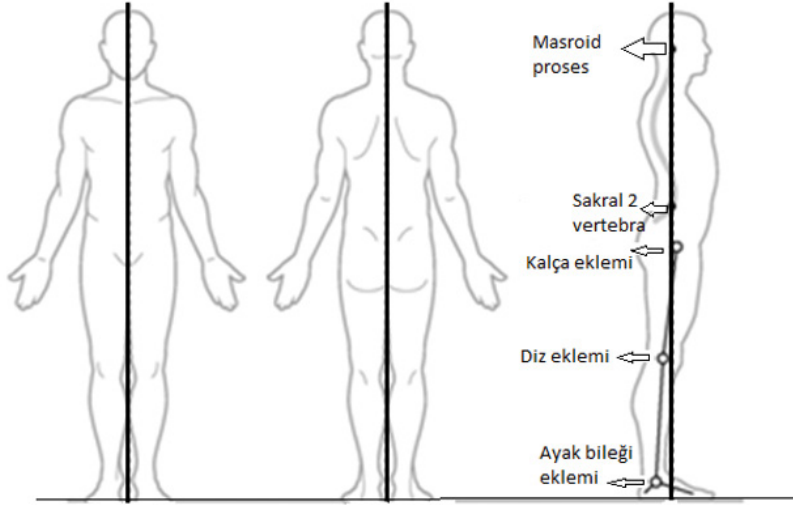
POSTÜRÜ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Postür anatomik yapının yanı sıra vücut tipi, yaş cinsiyet, ırk, meslek, uğraşı alanları, oturma çömelme bağdaş kurma çömelme gibi kültürel farklılıklardan etkilenir. Kişinin duygu durumu, uyku, beslenme alışkanlığı, egzersiz alışkanlığı, postüral refleksler de postüre etki eden önemli faktörlerdir.

Balans vücudun dengede olduğu yani vücudu etkileyen agonist ve antagonist kuvvetlerin bir düzen içinde olduğu duruştur. Doğru postür vücut segmentlerinin aralarındaki denge sonucu en az çaba sarf edilerek oluşan en düzgün duruştur.

Obezite, gebelik, yaşlanma, postür kaslarının zayıflığı, hamstring kısalığı, yüksek topuklu veya düz taban ayakkabı kullanmak, esnekliğin azalması, çalışma koşullarının olumsuzluğu, yanlış oturma alışkanlığı, uyku bozukluğu, duygu durum bozuklukları postür bozukluğuna neden olan durumlar olarak sıralanabilir (3).

¹ Uzm. Dr. Hatice AĞIR, Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, haticeagir10@hotmail.com



Şekil 3: Anterior, posterior ve lateral planda postür analizi

c) Posterior Postür Analizi

Kolumna vertebralisin üç boyutlu deviasyonlarına skolyoz ismi verilir. Gluteal çizgiler aynı seviyede olmalıdır. Seviye farkı var ise tek bacakta kısalık, skolyoz ve lateral pelvik tilt akla gelmelidir. Posterior plandan ayak bileği değerlendirilirken kalkaneusun normal şekli ve pozisyonuna bakılır. Kalkaneusun normal pozisyonu nötral veya hafif valgus pozisyonundadır. Bu durumun artması ve azalması kalkaneal valgus ve varus olarak isimlendirilir ve bu patolojik bir durumdur (15).

KAYNAKLAR

1. Otman A S, Demirel H, Sade A: Tedavi Hareketlerinde Temel Değerlendirme Prensipleri, Hacettepe Yayınları, Ankara, 1995: 11-12.
2. Sibley, K. M., Howe, T., Lamb, S. E., Lord, S. R., Maki, B. E., Rose, D. J., ... & Jaglal, S. B. (2015). Recommendations for a core outcome set for measuring standing balance in adult populations: a consensus-based approach. *PLoS One*, 10(3), e0120568.
3. Gadotti, I. C., & Magee, D. J. (2008). Validity of surface measurement to assess craniocervical posture in the sagittal plane: a critical review. *Physical Therapy Reviews*, 13(4), 258-268.
4. Gündüz, O. H. (2000). Yaşlılarda postür ve yürüme. *Türk Geriatri Dergisi*, 3(4), 155-162.
5. Janda V. Evaluation of muscular imbalance. In: Liebenzon C, editor. Rehabilitation of the spine. Baltimore. Lippincott Williams & Wilkins 1996;97-112
6. Beyazova M, Gökçe KY (ed): Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Güneş Kitabevi, Ankara, 2000: 156-177-178-179-181-182-330-459-477-2493-2494.
7. Williams, M., & Worthingham, C. (1957). Therapeutic exercise. Philadelphia: W. B. Saunders-Co.

8. Occhipinti E, Colombini D, Frigo C, Pedotti A, Grieco A. Sitting posture analysis of lumbar stresses with upper limb supported. *Ergonomics* 1985; 28: 1333-1346.
9. Howe, T., & Oldham, J. (2001). Posture and balance. *Human Movement (4th ed. pp. 225-233). Edinburg: Churchill Livingstone.*
10. Magee, D. J., & Manske, R. C. (2020). *Orthopedic physical assessment-E-Book*. Elsevier healthsciences.
11. Kendal FP, McCreary EK, Provance PG. Muscle testing and function with posture and pain Baltimore. Williams Wilkins 1993: 71.
12. Oğuz H, Dursun E, Dursun N. Tıbbi Rehabilitasyon. Nobel Tıp Kitabevleri 2004: 867-922.
13. McRae R. Clinical Orthopedic Examination. Edinburg. Churchill livingstone. 3rd ed. 1989: 182.
14. Lippold, C., Danesh, G., Hoppe, G., Drerup, B., & Hackenberg, L. (2007). Trunk inclination, pelvic tilt and pelvic rotation in relation to the craniofacial morphology in adults. *The Angle Orthodontist*, 77(1), 29-35.
15. Diab, M. (2007). Physical examination in adolescent idiopathic scoliosis. *Neurosurgery Clinics of North America*, 18(2), 229-236.

KORE

Kore Yunancadan türetilmiş olup dans etmek anlamına gelmektedir. Koreiform hareketler irregüler, ani, amaçsız ve ritmik olmayan istemsiz hareketlerdir. Rastgele ve akıcı özellikte olması nedeni ile dans ediyormuş görüntüsü verir. Hareketlerin rastgele olması ve tahmin edilemez bir biçimde başka bir vücut bölgesine geçiyor olması korenin anahtar fenomenolojik özelliklerindendir. '*Parakinezi fenomeni*' korede sık görülür. Eğer, koreli bir hasta hareketlerini gizlemek isterse normal hareketlerinin arasına karıştırıp harmanlayabilir. Hastanın bir kolunda koreiform bir hareketi var ise hareketini maskelemek için hareket yönünde kolunu kaldırması ya da hareket ettirmesi buna örnektir (1).

Korenin bir diğer özelliği motor imperzistans göstermesidir. Motor imperzistans sürekli aynı motor aktiviteyi devam ettirememeye halidir. Dil protrüzyonu ve el sıkma hareketi muayenede kullanılabilecek iki temel aktivitedir. Hasta dil protrüzyonuna uzun süre devam edemez, birkaç saniye sonra dilini tekrar içeri çeker. Muayene eden doktor hastanın parmağını sıkmasını isterse hasta sürekli aynı kuvvette devam edemez, parmağı sıkıp bırakır (süt sağma fenomeni). Bu durum sadece Huntington hastalarında değil Sydenham koresi ve diğer tüm kore hastalarında gözükabilmektedir (2).

Korenin hızı ve şiddeti çok çeşitlidir. Genelde distoniden daha hızlıdır fakat myoklonik jerklerden daha yavaştır. Kore hızlı ve düşük amplitüdlü olduğu zaman myoklonik jerkle karıştırılabilir. Hastaları ayak parmaklarındaki ve ellerdeki küçük koreiform hareketlerini gözden kaçırmamak için çorapsız ve kollar sallanırken muayene etmek önemlidir (2).

Korenin birçok sebebi vardır;

- genetik sebepler; Huntington hastalığı, C9orf72 hastalığı, SCA17, Nöroakantozis sendrom

¹ Uzm. Dr. Fatma Ebru ALGÜL, İstanbul Aydın Üniversitesi-Medical Park Florya Nöroloji BD., ebruyl86@yahoo.com

Bazal ganglionlarda (özellikle putamen ve kaudat nukleusta)meydana gelen kalıcı hasarlarda atetozis görülebilir. Hasarlanmadan aylar ya da yıllar sonra ortaya çıkabilir (11).

İlaç tedavileri genellikle inefektif olup, tedavide tetraabenazin, haloperidol, diazepam, benzeksol kullanılabilir. İlmımlı düzeyde iyileşme sağlarlar. Ağır vakalarda stereotaksik prosedürler yardımcı olabilir (12).

TİK BOZUKLUKLARI

Tikler genellikle hızlı, tekrarlayıcı ve stereotipik hareketlerdir. Dağılımı ve yayılımı kişiden kişiye farklılık gösterir fakat en ısrarcı ve önemli özelliğı tekrar yapıyor olmasıdır. Birçok olguda sinir sistemi ile ilgili herhangi bir hastalığa rastlanmamıştır. Hastayı stres anında rahatlatan ritüelleştirilmiş hareketlerdir. Genellikle sosyal koşullardan çok etkilenir. Tikler çoğunlukla belli bir süreliğine baskılanır fakat tamamen kontrol altına alınamaz. Stres, heyecan gibi yoğun duygusal durumlar ile kötüleşir.

Motor ve vokal tikler olarak ikiye ayrılır. Tourette sendromu çocukluk çağında görülen birçok çeşitli motor ve vokal tikin eşlik ettiğı bir sendromdur.

Motor tikler sıklıkla ağız ve göz çevresindeki küçük kas gruplarına lokalize olur, bazen de omuz kuşak kaslarına ya da uzuv kaslarına yayılım gösterebilir. Başlangıçta istemli olarak başlatılıp, istemli olarak baskılanabilir fakat zamanla istemsiz hareketlere dönüşür. Vokal tik olarak öksürme, homurdanma, burun çekme, boğaz temizleme genellikle görülür (13).

Çocuklarda özellikle yüz kaslarında tik gelişmesi sıklıkla görülebilen bir durumdur, genellikle kendiliğinden tedaviye gerek kalmadan düzelir, gereğı halinde düşük doz diazepam ile tedavi edilebilir. Erişkinlerde tik bozuklukları genellikle ilaçların indüklemesi ile gözükmetedir. Amfetamin bağımlılığı genellikle çenede hızlı ve tekrarlayan çiğneme hareketine sebep olur. Fenotiyazin ya da levodopa ile dil, ağız ve yanağı içeren kompleks tik bozuklukları izlenebilir (12).

Tikler hafif düzeyde ve günlük yaşamı etkilemiyorsa tedaviye gerek yoktur. Eğer kişinin günlük hayatında konuşma ve aktivite problemlerine yol açıyorsa davranışsal terapilere ve ilaç tedavisine ihtiyaç duyulur. Medikal tedavide klonidin, guanfasin ve dopamin kesici tedaviler kullanılmaktadır (13).

KAYNAKLAR

1. Fahn S, Jankovic J. Principles and Practice of Movement Disorders, 1 st Edition
2. Termsarasab P. Chorea. ContinuumJournal 2019; 25:1001-1035
3. Termsarasab P. Hyperkinetic movement disorders: videodiagnosis and treatment. Presented at:69th Annual Meeting of the American Academy of Neurology; April 22-28.2017; Boston, MA

4. Frank S, Testa CM et al. Effect of deutetrabenazine on chorea among patients with Huntington disease:a randomized clinical trial: JAMA 2016;316:40-50
5. Burgunder JM, Guttman M, Perlman S et al. An international survey-based algorithm for the pharmacologic treatment of chorea in Huntington's disease. Plos Curr 2011;3:1260
6. Smith KM, Spindler MA. Uncommon applications of deep brain stimulation in hyperkinetic movement disorders. Tremor Other Hyperkinet Mov 2015;5:278.
7. Cardoso F, Vargas AP, Oliveira LD et al. Persistent Sydenham's chorea. Mov Disord 1999;14:805-807
8. McColgan P, Tabrizi SJ. Huntington's disease :a clinical review. Eur J Neurol 2018;25:24-34
9. Morris J, Jankelowitz S, Fung V et al. Athetosis I:Historical Considerations. Movement Disorders 2002;17:1278-1280
10. Morris J, Jankelowitz S, Fung V et al. Athetosis II: the syndrome of mild athetoid cerebral palsy. Movement Disorders 2002;DOI 10.1002/mds.10266
11. Scott BL, Jankovic J. Delayed-onset progressive movement disorders after static brain lesions. Neurology 1996;46:68-74
12. Mawdsley C. Diseases of the central nervous system, involuntary movements. British medical Journal 1975;4:572-574
13. Cristopher C. Tics and Tourette Syndrome. Jama Patient Page 2017;317:1592

TREMOR

Tremor vücudun bir bölümünde meydana gelen düzenli, ritmik ve istemsiz gerçekleşen bir salınma hareketidir. (1). Dünya genelinde en yaygın görülen hareket bozukluğudur (2). Tremor ortaya çıktığı duruma göre istirahat tremoru ve aksiyon tremor olarak sınıflandırılabilir (1).

İstirahat tremoru ekstremitelerde gevşek bırakıldığı zaman ortaya çıkar ve Parkinson hastalığında sıklıkla görülür. Titreme yavaş ve 4-8 Hz frekansındadır. Genellikle ilk olarak parmaklardan başlayıp kollar ve bacaklara yayılım gösterir (3). Mental stresle, genel hareketle (yürümek gibi) ya da hedefe yönelik hareketle (parmak-burun testi) birlikte amplitüd artışı izlenir (4).

Aksiyon tremoru istemli kas kontraksiyonları sonucu oluşur. Postural, kinetik, izometrik ve intansiyonel tremor olarak sınıflandırılır. Postural tremor yer çekimine karşı pozisyon verilen vücut bölümlerinde izlenir (ör; kolları öne doğru uzatmak). İzometrik tremor sabit objelere karşı yapılan kas kasılmaları sonucu ortaya çıkar (ör; doktorun parmaklarını sıkma esnasında). Kinetik tremor ekstremitelerin fleksiyon-ekstansiyon, pronasyon-supinasyon gibi istemli hareketleri esnasında ortaya çıkar. İntansiyonel tremor hedefe yönelik hareketle oluşan ve hedefe yaklaştıkça amplitüdü artan tremor çeşididir. (parmak-burun testi). (1,2,5)

Bu sınıflama tremor tipine karar vermekte yardımcı olmasına rağmen, tremor sendromları çok çeşitli olarak gözükmektedir.

Fizyolojik Tremor:

Tüm normal insanlarda görülebilen, benign, yüksek frekanslı, düşük amplitüdlü postural tremordur. Genellikle çıplak gözle görülebilir (1,2). Artmış fizyolojik tremor tirotoksikoz, hipoglisemi, alkol çekilmesi, bazı ilaçların ve benzodiazepinlerin kullanımıyla ilişkilendirilebilir.

¹ Uzm. Dr. Fatma Ebru ALGÜL, İstanbul Aydın Üniversitesi-Medical Park Florya Nöroloji BD., ebruyl86@yahoo.com

Psikojen Non-Epileptik Nöbetler (PNN): PNN'de süre genellikle epilepsi nöbetlerinden daha uzundur. Motor hareketler atipik, tuhaf ve düzensizdirler. Gözler sıklıkla kapalı olup, açılmaya çalışıldığında bir direnç ile karşılaşılır. Nöbet anında hastanın duyduğu fakat cevap veremediği bir anamnez vardır. Yaralanmalar genellikle ciddi olmayan, hafif travmalardır. Uyku esnasında asla olmaz.

Migren: Bazı migren atakları epilepsi nöbetleri ile karışabilir. Bazı nöbetler migren aurasını taklit edebilir. Migren aurasındaki görsel auralar daha basittir ve daha uzundur (3).

KAYNAKLAR

1. Deuschl G, Bain P, Brin M. Consensus Statement of the Movement Disorder Society on Tremor. Ad Hoc Scientific Committee. *Mov Disord* 1998;13:2-23
2. Zesiewicz TA, Hauser RA. Phenomenology and treatment of tremor disorders. *Neurol Clin* 2001;19:651-680
3. Mawdsley C. Diseases of the central nervous system. *British Medical Journal* 1975;4:572-574
4. Charles PD, Esper GJ, Davis TL, Maciunas RJ, Robertson D. Classification of tremor and update on treatment. *Am Fam Physician* 1999;59:1565-1572
5. Anouti A, Koller WC. Diagnostic testing in movement disorders. *Neurol Clin* 1996;14:169-182
6. Louis ED, Ottman R, Hauser WA. How common is the most common adult movement disorder? Estimates of the prevalence of essential tremor throughout the world. *Mov Disord* 1998;13:5-10
7. Elble RJ. Tremor in ostensibly normal elderly people. *Mov Disord* 1998;13:457-464
8. Young R. Update on Parkinson's disease. *Am Fam Physician* 1999;59:2155-2167
9. Hallett M. Classification and treatment of tremor. *JAMA* 1991;266:1115-1117
10. Boecker H, Brooks DJ. Functional imaging of tremor. *Mov Disord* 1998;13:64-72
11. Cooper G, Rodnitzky R. The many forms of tremor. Precise classification guides selection of therapy. *Postgrad Med* 2000;108:57-58
12. Brown P, Thompson PD. Electrophysiological aids to the diagnosis of psychogenic jerks, spasms and tremor. *Mov Disord* 2001;16:595-599
13. Menkes JH. Disorders of metal metabolism. In: Rowland LP ed. *Merritt's Textbook of neurology*. 9th ed. Baltimore: Williams and Wilkins 1995;584-589
14. Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A et al. ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia* 2014;55:475-482.
15. Epilepsi Rehberi. Türk Nöroloji Derneği (TND) 2008.
16. Hirsch LJ, Andermann F, Pedley T. Differential diagnosis. In: Engel J and Pedley TA. *Epilepsy A Comprehensive Textbook*. Second Edition. Philadelphia, PA USA. Lippincott Williams-Wilkins 2008.

GİRİŞ

Yürüme, sinir sistemi ile kas iskelet sisteminin entegrasyonunu gerektiren karmaşık bir beceridir. Yürüme altta yatan nörolojik anomalilere duyarlı olduğu gibi kas iskelet sisteminin herhangi bir patolojisi hakkında ipucu verebilir. Ayrıca yürüme için denge şarttır. Yürürken ve ayakta dururken dik pozisyonda kalmak için postural yanıtlar ile denge sağlanır (1). Yürüyüş muayenesini dikkatli bir şekilde yapmak sinir sisteminin pek çok lokalizasyonundaki hastalıklar hakkında fikir verebileceği için nörolojik muayenenin vaz geçilmez bir parçasıdır (2).

Yürüyüş anomalileri yaşlılarda daha yaygındır ve düşme yoluyla morbiditelere neden olur. Atmış yaş üzerindeki her üç kişiden birinde izlenir. Bu yaş grubunda yürüme bozukluklarının görülmesi azalmış yaşam kalitesi, azalmış mobilite ve evde bakım ihtiyacının doğması ile ilişkilidir. Ayrıca hafif bilişsel bozukluğun, demansa doğru ilerleyişinin bir göstergesi olabilir (2).

Bacaklarda güçsüzlük, dengesizlik, ayakları düzensiz basma şekilleri veya birden fazla düşme öyküsü, altta yatan yürüme bozukluğunu işaret eder. Bu bozuklukları hızlı tanıma, muayene etme ve sınıflandırma çok önemlidir. Normal yürüyüş, uzuv hareketlerinin çok hassas kontrolünü gerektirir. Duruş ve kas tonusu, tüm sinir sistemini kapsayan bir koordinasyon sürecidir. Beyin sapı ve spinal korddaki özel nöron grupları ritmik aktivite oluşturarak motor nöronlara, uzuvlardaki kasları etkinleştiren çıktılar sağlar. Serebral korteks, görsel, vestibüler ve proprioseptif sistemlerden gelen girdileri birleştirir. Beyin sapı ve bazal ganglionlardan ek veriler alınır, beyincik ve proprioseptif duyu taşıyan afferent nöronlar kas gerilme reseptörlerinden gelen sinyaller ile birlikte değerlendirilir. Bu sistemlerin birlikte düzgünce çalışması, bireylerin düz ve engelsiz bir çizgide yürümelerini sağlar. Aynı zamanda engellerden kaçınmayı, ayakta dik duruşun

¹ Uzm. Dr. Funda GÖKGÖZ DURMAZ, Konya Şehir Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, gokgozdurmaz@hotmail.com

ların güçlendirilmesi ile eklem binen yükün azaltılması hedeflenmektedir. Fazla kilolu olan hastaların kilo vermeleri semptomlarda iyileşme sağlar. Fizik tedavi ve kaplıca tedavileri oldukça etkilidir. İlaç tedavisinin yanı sıra eklem içerisine kortikosteroid ve hyaluronik asit içerikli bazı ilaçların enjeksiyonu ağrıların bir müddet rahatlamasına katkı sağlar. Tüm tedavilere yanıt vermeyen hastalarda ilgili eklemeye yönelik protezler ile cerrahi tedavi seçeneği değerlendirilir (39).

SONUÇ

Yürüyüş anormallikleri, kapsamlı bir yaklaşım temelinde değerlendirilmelidir. Tam bir klinik muayene ve değerlendirmeden sonra kas iskelet sistemi yapısı ve işlevleri, kişinin aktivitelere katılımı, çevresel faktörler ayrıntılı şekilde incelenmelidir. Hastanın şikayetleri ve isteklerinin yanı sıra kişisel verileri, tıbbi öyküsü, yürüyüş bozukluğuna yol açan lezyonlar değerlendirilmelidir. Bu değerlendirmelere ek olarak nicel veriler elde etmek için bazı tanısal yöntemler kullanılabilir. Bu şekilde yapılan bir yürüyüş analizi ile doğru tanıya ulaşılarak gerekli ve etkili müdahalelerin seçimi gerçekleştirilir. Yürüyüşün yeniden eğitimi tasarlanarak uzun vadede bu programların etkinlikleri analiz edilir. Belirli aralıklarla yürüyüş anomalilerinin seyrini takip etmek için objektif kriterler belirlenerek gerektiğinde tedavi planı değiştirilebilir.

KAYNAKLAR

1. Kala Y, Bol H, Gait analysis: patient evaluation and preparation, TOTBİD Dergisi 2014; 13:325-330.
2. Montero-Odasso MM, Sarquis-Adamson Y, Speechley M, et al. Association of dual-task gait with incident dementia in mild cognitive impairment: results from the gait and brain study. JAMA Neurol. 2017;74(7):857-865. doi:10.1001/jamaneurol.2017.0643.
3. Ropper AH, Samuels MA, Klein JP. Chapter 7. Disorders of stance and gait. In: Ropper AH, Samuels MA, Klein JP, eds. Principles of Neurology. 10th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2017:115-126.
4. Sever D, Çiğerci A, Kır R, et al. Koşu Biyomekaniği. Spor Eğitim Dergisi, (2021). 5 (1), 71-96.
5. Şeker, A, Talmaç M, Sarıkaya, İ. Yürüme biyomekaniği. TOTBİD Dergisi, 2014, 314-324.
6. Baker J. M., Gait Disorders, The American Journal of Medicine, June 2018 Vol 131, No 6
7. Klöpfer-Krämer A, Brand and H. Wackerle et al., Gait analysis – Available platforms for outcome assessment, Injury, 2019 doi.org/10.1016/j.injury.11.011
8. Bakbak S, Kayacan R Hastalıkların Teşhis ve Takibinde Kullanılan Yürüyüş Analiz Sistemleri, Gazi Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi Part C: Tasarım ve Teknoloji, (2014). 2(4), 323-332.
9. Fern'andez CR. , Pinero-Pinto E., Chamorro-Morian G., Observational Gait Assessment Scales in Patients with Walking Disorders: Systematic Review BioMed Research International Volume 2019, Article ID 2085039, 12 pages https://doi.org/10.1155/2019/2085039
10. Bensoussan L, Viton JM., Barotsis N, et al. Evaluation Of Patients With Gait Abnormalities In Physical and Rehabilitation Medicine Settings, J Rehabil Med 2008; 40: 497-507.
11. Baker R, Esquenazi A, Benedetti MG, Desloovere K. Gait analysis: clinical facts. Eur J Phys Rehabil Med. 2016 Aug;52(4):560-74. PMID: 27618499.

12. Berkiten G, Tolgar L, Uyar Y, Vertigolu Hastaya Yaklaşım. *Klinik Gelişim*, 2012. 25(2), 73-77.
13. Mahlknecht P, Kiechl S, Bloem BR, et al. Prevalence and burden of gait disorders in elderly men and women aged 60-97 years: a populationbased study. *PLoS ONE*. 2013;8(7):e69627. doi:10.1371/journal.pone.0069627.
14. Cohen JA, Verghese J. Gait and dementia. *Handb Clin Neurol*. 2019;167:419-427. doi: 10.1016/B978-0-12-804766-8.00022-4. PMID: 31753146.
15. Ebersbach G, Moreau C, Gandor F et al. Clinical syndromes: Parkinsonian gait. *Movement Disorders*, (2013). 28(11), 1552-1559.
16. Baker J. M., Gait Disorders, *The American Journal of Medicine*, June 2018Vol 131, No 6,
17. Mirelman A, Shema S, Maidan I, et al, Gait. *Handb Clin Neurol*. 2018;159:119-134. doi: 10.1016/B978-0-444-63916-5.00007-0. PMID: 30482309.
18. Kanatlı, Ulunay, et al. "Yürüme analizinin ortopedik uygulamaları." *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi* 5.1-2 (2006): 53-59.
19. Morel E, Armand S, Assal F et al, Parkinsonian gait in aging: A feature of Alzheimer's pathology? *Exp Gerontol*. 2020 Mar 2;134:110905. doi: 10.1016/j.exger.2020.110905. Epub ahead of print. PMID: 32135204.
20. Ronthal M, Gait Disorders and Falls in the Elderly. *Med Clin N Am* - (2018) <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2018.10.010>
21. Alexander NB, Goldberg A. Gait disorders: search for multiple causes. *Cleve Clinic J Med* 2005;72(7):586-600.
22. Cohen JA, Verghese J, Zwerling JL. Cognition and gait in older people. *Maturitas*. 2016 Nov;93:73-77. doi: 10.1016/j.maturitas.2016.05.005. Epub 2016 May 10. PMID: 27240713.
23. Cosentino C, Baccini M, Putzolu M et al, Effectiveness of Physiotherapy on Freezing of Gait in Parkinson's Disease: A Systematic Review and Meta-Analyses. *Mov Disord*. 2020 Apr;35(4):523-536. doi: 10.1002/mds.27936. Epub 2019 Dec 4. PMID: 31799734.
24. Edwards M. Functional (psychogenic) gait disorder: diagnosis and management. *Handb Clin Neurol*. 2018;159:417-423. doi: 10.1016/B978-0-444-63916-5.00027-6. PMID: 30482331.
25. Erdal O, İnan M, Gait disorders in cerebral palsy and selection of treatment method, *TOTBİD Dergisi* 2018; 17:453-464
26. Ulaşlı A, Lower Extremity, Mobility and Gait After Stroke, *Türkiye Klinikleri J PM&R-Special Topics*. 2016;9(1):70-9.
27. Pedroso JL, Vale TC, Braga-Neto P et al, Acute cerebellar ataxia: differential diagnosis and clinical approach. *Arq Neuropsiquiatr*. 2019Mar;77(3):184-193. doi: 10.1590/0004-282X20190020. PMID: 30970132.
28. Chang RF, Mubarak SJ. Pathomechanics of Gowers' sign: a video analysis of a spectrum of Gowers' maneuvers. *Clin Orthop Relat Res*. 2012 Jul;470(7):1987-91. doi: 10.1007/s11999-011-2210-6. Epub 2011 Dec 28. PMID: 22203329; PMCID: PMC3369091.
29. Gavrilov GV, Gaydar BV, Svistov DV et al, Idiopathic Normal Pressure Hydrocephalus (Hakim-Adams Syndrome): Clinical Symptoms, Diagnosis and Treatment. *Psychiatr Danub*. 2019 Dec;31(Suppl 5):737-744. PMID: 32160166.
30. Peköz M, Sarica Y, Diyabetes Mellitusta Postür, Denge ve Yürüme Bozuklukları. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, (2012). 21(3), 151-162.
31. Assis CS, Batista L, Wolosker N, et al, Medida de independência funcional em pacientes com claudicação intermitente [Functional independence measure in patients with intermittent claudication]. *Rev Esc Enferm USP*. 2015 Oct;49(5):756-61. Portuguese. doi: 10.1590/S0080-623420150000500007. PMID: 26516744.
32. Pirker W, Katzenschlager R, Gait disorders in adults and the elderly. *Wiener Klinische Wochenschrift*, (2017) 129(3), 81-95.
33. Huang WW, VanSwearingen J. An observational treatment-based gait pattern classification

- method for targeting interventions for older adult males with mobility problems: Validity based on movement control and biomechanical factors. *Gait Posture*. 2019 Jun;71:192-197. doi: 10.1016/j.gaitpost.2019.04.008. Epub 2019 Apr 20. PMID: 31078008.
34. Rooij JJ, Port IG, Meijer JG. Effect of Virtual Reality Training on Balance and Gait Ability in Patients With Stroke: Systematic Review and Meta-Analysis. *Phys Ther*. 2016 Dec;96(12):1905-1918. doi: 10.2522/ptj.20160054. Epub 2016 May 12. PMID: 27174255.
 35. Toots A, Littbrand H, Holmberg H, et al, Walking Aids Moderate Exercise Effects on Gait Speed in People With Dementia: A Randomized Controlled Trial. *J Am Med Dir Assoc*. 2017 Mar 1;18(3):227-233. doi: 10.1016/j.jamda.2016.09.003. Epub 2016 Oct 31. PMID: 27810267.
 36. Nelson ME, Rejeski WJ, Blair SN, et al: Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation* 116:1094–1105, 2007. doi: 10.1249/mss.0b013e3180616aa2.
 37. Waxman A; World Health Assembly. WHO global strategy on diet, physical activity and health. *Food Nutr Bull*. 2004 Sep;25(3):292-302. doi: 10.1177/156482650402500310. PMID: 15460274.
 38. James O, Judge MD, Gait Disorders in Older Adults By University of Connecticut School of Medicine Last full review/revision Sep 2019| Content last modified Sep 2019
 39. Abramoff B, Caldera FE. Osteoarthritis: Pathology, Diagnosis, and Treatment Options. *Med Clin North Am*. 2020 Mar;104(2):293-311. doi: 10.1016/j.mcna.2019.10.007. Epub 2019 Dec 18. PMID: 32035570.

Konuşmanın Değerlendirilmesi ve Konuşma Bozuklukları

28. BÖLÜM

Tuba GÜLLÜ KOCA ¹

GİRİŞ

Konuşma, duygu ve düşüncelerin dil aracılığı ile ifade edilmesidir. Sözel dil düşüncelerimizi ifade etmek için kullandığımız sembolik bir araçtır. Konuşma, akciğerlerden çıkan havanın ağız ve burun gibi yapılarda şekillenerek dinleyicinin anlamlandırabileceği seslere dönüştürülmesini içeren karmaşık bir aktivitedir. Seslerin doğru üretilmesi ile ilgili sorunlar konuşma bozuklukları olarak değerlendirilirken kelime veya cümlelerin yerli yerinde kullanılması ile ilgili problemler dil bozukluğu olarak değerlendirilir (1). Bu bölümde konuşma bozuklukları başlığı altında konuşma ve dil bozuklukları değerlendirilmiştir.

KONUŞMA BOZUKLUKLARI

Bu bozukluklarda konuşma sırasında rahatsızlık veya ağrı da görülebilir.

- 1- *Artikülasyon bozuklukları*: Dinleyicilerin konuşmacıyı anlamakta zorlandığı, hece ve kelimeler içerisinde hatalı seslerin üretilmesinden kaynaklanan bozukluklardır.
- 2- *Akıcılık bozuklukları*: Konuşmanın uygunsuz duraksamalar, uzatmalar, hece ve ses tekrarları ile akıcılığının bozulduğu bozukluklardır.
- 3- *Ses ve rezonans bozuklukları*: Kişinin ses aralığı (perdesi) ve volüm düzensizliği nedeniyle iletişiminin zorlaştığı durumlardır.

DİL BOZUKLUKLARI

- 1- *Alıcı dil bozuklukları*: Dilin algılanmasında ve/veya işlenmesindeki bozukluklardır.
- 2- *İfade edici dil bozuklukları*: Kelime hazinesi yetersizliği, kelimelerin birleştirilmesinde zorlanma ve sosyal kurallara uygun olmayan şekilde kullanılmasını içerir.

¹ Uzm. Dr. Tuba GÜLLÜ KOCA, Bursa Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği, tubakocamd@gmail.com

bağlı ise ortaya çıkan konuşma ya da dil bozukluğu tedavisi dil ve konuşma terapistleri tarafından da desteklenir (5).

Dil ve konuşma terapisine ihtiyaç duyulan durumlar

- İşitme bozuklukları
- Oral ve fasiyal kasların güçsüzlüğü
- Kronik ses kısıklığı
- Dudak damak yarıkları
- Otizm (Öncelikle dil terapisi; yaşına uygun oyunlar, görsel resim ve kitaplar ile dil gelişimini stimüle etme şeklinde; konuşma terapisi ise dizartri veya sözel apraksi benzeri semptomları, artikülasyon kusurları vs olması durumunda kullanılır. Ekolali, kelime sterotipisi gibi düşünce süreçlerindeki bozukluk olarak adlandırılan konuşma bozukluklarına tahmin edileceği gibi etkisiz)
- Motor planlama kusurları (sözel apraksi nedenleri)
- Artikülasyon bozuklukları
- Akıcılık bozuklukları (kekemelik)
- Nefes alma güçlükleri
- Yeme ve yutma bozuklukları

Bipolar bozukluk ya da şizofreni gibi psikiyatrik hastalıklar kişinin düşünce süreçlerinde bozukluk yaparak konuşma bozukluğunu ortaya çıkarıyorsa bu tip bir konuşma bozukluğu ancak hastalığın tedavisi veya kontrol altına alınmasıyla düzelir.

KAYNAKLAR

1. www.acikders.ankara.edu.tr: Ruhsal durum değerlendirmesi.
2. www.dilkom.anadolu.edu.tr: Motor konuşma bozuklukları: dizartri ve apraksi
3. www.itfnoroloji.org: Afazi, apraksi, agnozi
4. www.konusmaterapistim.com: Konuşma bozuklukları
5. www.gayemköprücü.com Konuşma terapileri

GİRİŞ

Koku duyusu, burundan geçen havanın içindeki koku moleküllerinin nazal kavitede yerleşik olfaktör epitelyum tarafından kimyasal işlemler ile algılanması ile başlayan oldukça kompleks bir eylemdir. Nazal hava yolunun en kritik işlevlerinden biri de zaten kemosensasyondur. Bu koku duyusu, burun solunumunun bize en büyük armağanıdır. Her ne kadar diğer memelilere göre regrese olmuş olsa da insanlarda da koku duyusu, bozulmuş gıdalardan uzak durmak, beğenilen bir gıdadan zevk almak, duman ve toksinler gibi çevresel zarar vericilerden korunmakta aracı olarak temel bir koruyucu etkiye sahiptir (1). Yeni doğan bir bebeğin bile annesine ait bir kıyafetle rahatlaması aslında bu duyumuzun ne kadar temel bir gereksinim olduğunu göstermektedir. Önemine rağmen subjektif olması nedeniyle koku duyusu diğer duylara göre çok daha az incelenmiştir (2).

Koku duyusu bozukluğu yaşamı tehdit etmez, ancak yaşamdan zevk alabilme becerisi ve kaliteyi ciddi anlamda düşürür. Dünyada milyonlarca insan tat ve koku bozukluklarından aslında muzdariptir; ancak bu bozukluklar genellikle ölümcül olmadıkları, görme ve işitme anormallikleri kadar da ciddi birer engel olarak görülmedikleri için hem hastalar hem de hekimler tarafından ihmal edilmektedir (3).

KOKU BÖLGESİ ANATOMİSİ

Nazal kavitelerin tepesinde nazal septuma ve üst konkalara uzanan, koku reseptörlerini içeren özel bir bölüm yer alır. Bu bölüm olfaktör bölümdür. Olfaktör epitel duyu epiteli karakterindedir ve kalın psödostrafiye kolumnar yapıdadır (Resim-1) (4). Submukoza tabakası yoktur. 60-70 mm olarak ölçülen insan olfaktör epiteli, 20-30 mm olarak ölçülen respiratuvar epitelden daha kalındır (5).

¹ Uzm. Dr. Ali YEŞİLTEPE, Kayseri Şehir Hastanesi, İç Hastalıklar Bölümü, draliyesiltepe@gmail.com

latens süresi değerlendirilir. Özellikle hastalık similasyonlarının ortaya çıkarılmasında yararlı olabilir (56).

TEDAVİ

Koku bozukluklarının tedavisinde öncelikle altta yatan bir patoloji varsa bunu ortadan kaldırmak gerekir. Tedavinin en faydalı olduğu grup sinonazal hastalıklar sonucu ortaya çıkan koku bozukluklarıdır. İntranazal hastalıklarda kullanılan tedavilere baktığımızda antihistaminikler, steroidler, antibiyotikler ilk sıralarda yer alırlar (57). Mekanik nedenlere bağlı geliştiği düşünülen koku bozukluklarında gerekli cerrahi müdahaleler yapılabilir. Sorunlar obstrüksiyonun düzeltilmesiyle ortadan kalkar (58).

Sinonazal hastalık haricindeki durumlarda gerçekten etkili bir tedavi yöntemi yoktur. A vitamini epitel tamiri için gerekli olup tedavide faydalı olabileceği söylenmiştir. Histopatolojik çalışmalarda olfaktör epitelinde yoğun miktarda A vitamini içeriği saptanmıştır. Ancak klinik çalışmalarda vitaminlerin koku üzerine iyileştirici etkisi saptanmamıştır (59).

Koku kaybında çinko eksikliği de suçlanmıştır. Çinko tedavisi denenmiş ancak koku üzerine etkinliği görülememiştir. Ancak bazı bireylerde tedavide etkin olabildiği de görülmüştür. Henkin çalışmasında çinko eksikliğinin koku alma bozuklukları üzerine etkisini tedavi yolu ile de kanıtlama yoluna gitmiştir. Nitekim total çinko değeri düşük olgularına üç ay süre ile eksojen olarak günde 25 mg Çinko Sülfat preparatları uygulayarak plaseboya oranla bir düzelme saptamıştır (60).

Posttravmatik ve üst solunum yolu enfeksiyonu sonrası gelişen koku bozukluğunda yapılacak olan en iyi şey gözlem yapmak ve beklemektir. Klinik vakalarda iyileşme olacaksa genellikle 1 yıl içinde olmaktadır. Toksin ve ilaçlar nedeniyle oluşan koku bozukluklarının tedavisi de bu ajanların kesilmesidir. Koku bozukluğundan müzdarip olan hastaların hastalıklarını kabul etmeleri ve bununla yaşama konusunda eğitimlerinin sağlanması ve teşvik edilmeleri gerekmektedir. (46, 61).

KAYNAKLAR

1. Hadley K, Orlandi RR, Fong KJ. Basic anatomy and physiology of olfaction and taste. *Otolaryngol Clin North Am* 2004 Dec;37(6):1115-26.
2. Leopold D. Physiology of olfaction. In: Cummings CW, editor. *Otolaryngology Head & Neck Surgery*. Vol. 2, 3rd ed. St. Louis: Mosby Year Book; 1993. p. 770-98.
3. Devere R. Disorders of taste and smell. *Continuum (Minneapolis)*. 2017;23:421-446.
4. Ballenger JJ. (Çeviri: İnallı S) Burun ve paranasal sinüslerin klinik anatomi ve fizyolojisi. Editör: Ballenger JJ, Snow JB. *Otolaringoloji Baş ve Boyun Cerrahisi*. Nobel Tıp Kitapevleri, 2000: 3-18.

5. Morrison EE. And RM. Costanzo. Morphology of the human olfactory epithelium. *J Comp Neurol*, 1990;297(1): p.1-13.
6. Graziadei PP et al. Neurogenesis of sensory neurons in the primate olfactory system after section of the fila olfactoria. *Brain Res*, 1980;186(2): p. 289-300.
7. Junquera LC, Camerio J. Solunum sistemi: Aytekin Y, Solakoğlu S, eds. *Temel Histoloji 10 th ed.* İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri Ltd.Sti.; 2003, s.349-68.
8. Hadley K, Orlandi RR, Fong KJ. Basic anatomy physiology of olfaction and taste. *Otolaryngol Clin N Am.* 2004; 37:1115-26.
9. Guyton AC. Olfactory physiology. *Text Book of Medical Physiology.* Guyton AC. Hall CE (ed). 10's edn. W.B. Saunders company. 2001:616-9.
10. Nathan RA, Eccles R, Howarth PH, Steinsvag SK, Togias A. Objective monitoring of nasal patency and nasal physiology in rhinitis. *J Allergy Clin Immunol* 2005;115: 442-59.
11. Doty RL. Olfactory function and dysfunction. *Head ve Neck Surgery- Otolaryngology.* Bailey BJ, Johnson JT. 4th Edition Lippincott Williams & Wilkins. 2006:290-305.
12. Small DM, Gerber JC, Mak YE. Differential neural responses evoked by orthonasal compared with retronasal odorant perception in humans. *Neuron* 2005; 47: 593-605.
13. Miwa T. Et al. Impact of olfactory impairment on quality of life and disability. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 2001; 127(5): p. 497-503.
14. Murphy C, et al. Prevalence of olfactory impairment in older adults. *JAMA*, 2002;288(18): p. 2307-12.
15. Wrobel BB, Leopold DA, Clinical assessment of patients with smell and taste disorders. *Otolaryngol Clin N Am.* 2004; 37: 1127-42
16. Feldman JL, HN. Wright and DA. Leopold, The initial evaluation of dysosmi. *Am J Otolaryngol*, 1986;7(6):p. 431-44.
17. Pinto JM. Olfaction. *Proc Am Thorac Soc*, 2011;8(1): p. 46-52.
18. Mott AE. and DA. Leopold Disorders in taste and smell. *Med Clin North Am*, 1991;75(6):p. 1321-53.
19. Leopold DA. The relationship between nasal anatomy and human olfaction. *Otolaryngol Clin North Am.* 2004; 37(6): 1127-42
20. Akerlund A, M. Bende, and C. Murphy. Olfactory threshold and nasal mucosal changes in experimentally induced common cold. *Acta Otolaryngol*, 1995,115(1):p. 88-92.
21. Hummel T, Whitcroft KL, Andrews P, Altundag A, Cinghi C, Costanzo Rm, et al. Position paper on olfactory dysfunction. *Rhinol Suppl.* 2017;54(26):1-30. PMID: 29528615.
22. American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery. COVID-19 anosmia reporting tool for clinicians. Available at <https://www.entnet.org/content/reporting-toolpatients-anosmia-related-covid-19>. Accessed on march 27, 2020.
23. Hamming I, Timens W, Bulthuis mLC, Lely AT, Navis GJ, van Goor H. Tissue distribution of ACE2 protein, the functional receptor for SARS coronavirus. A first step in understanding SARS pathogenesis. *J Pathol.* 2004;203(2):631-7. PMID: 15141377
24. Çetinkaya EA, Selçuk ÖT, Eyigör H, Gür ÖE. COVID-19 ve Anosmi. *Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi.* 2020;28(Suppl):S61-S63 DOI: 10.24179/kbbbbc.2020-75374
25. Summer D. Post traumatic anosmia. *Brain* 1964; 87: 107-11.
26. Hendriks AP. Olfactory dysfunction. *Rhinology*, 1988; 26(4):p. 1159-66
27. Stevens JC. And Cain WS. Old age deficits in the sense of smell as gauged by thresholds, magnitude matching, and odor identification. *Psychol aging*, 1987;2(1):p. 36-42.
28. Paik SI, et al. Human olfactory biopsy. The influence of age and receptor distribution. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 1992;118(7):p.731-8.
29. Bhatnagar KP, et al. Number of mitral cells and the bulb volume in the aging human olfactory bulb: a quantitative morphological study. *Anat Rec*, 1987;218(1):p. 73-87.
30. Borçbakan C, ed. Olfaktör nöroblastoma. *Türk ORL Bülteni*, 1978;3: 41-57.

31. Hudson R et al. Olfactory function in patients with hypogonadotropic hypogonadism: An all-or-none phenomenon? *Chem Senses*, 1994;19(1):p. 57-69
32. Schwob JE, et al. Histopathology of olfactory mucosa in Kallmann's syndrome. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 1993;102(2):p. 117-22
33. Rienzo L, Artuso A, Colosimo C. Isolated congenital agenesis of the olfactory bulb and tracts in a child without Kallmann Syndrome. *Ann Otol Rhino Laryn* 2002; 111: 657-9
34. Sandmark B, et al. Olfactory function in painters exposed to organic solvents. *Scand J Work Environ Health*, 1989;15(1):p. 60-3.
35. Frye RE, BS. Schwartz and RL Doty, Dose related effects of cigarette smoking on olfactory function. *JAMA*, 1990;263(9):p. 1233-6.
36. Kumbasar H, Dursun G, Doğan YB, Beder E, ed. Alkol bağımlılığı sendromunda koku ve tad alma bozuklukları. XXV. Ulusal Psik. Ve Nör. Bil. Kongre kitabı. 1990;550-551.
37. Henkin RI. Drug-induced taste and smell disorders. Incidence, mechanisms and management related primarily to treatment of sensory receptor dysfunction. *Drug saf*, 1994;11(5):p. 318-77.
38. Nordin S, AU. Monsch and C. Murphy, Unawareness of smell loss in normal aging and Alzheimer's disease: discrepancy between self reported and diagnosed smell sensitivity. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 1995;50(4):p. 187-92.
39. Doty RL, et al. The olfactory and cognitive deficits of Parkinson's disease: Evidence for independence. *Ann neurol*, 1989;25(2):p. 166-71.
40. Kimmelman CP, The risk to olfaction from nasal surgery. *Laryngoscope*, 1994;104(8):p. 981-8.
41. Crysdale WS, Cole P, Emergy P. Cephalometric graphics, nasal airway resistance and effect of adenoidectomy. *J Otolaryngol* 1985; 14: 92-4.
42. Martin B, Maudsley S, White CM, Egan JM. Hormones in the nasooropharynx: endocrine modulation of taste and smell. *Trends Endocrinol Metab* 2009;20:163-170.
43. Jesberger JA and JS. Richardson. Brain output dysregulation induced by olfactory bulbectomy: an approximation in the rat of major depressive disorder in humans? *Int J Neurosci*, 1988;38(3-4):p. 241-65.
44. Ileri F, Burun ve Paranazal sinüs hastalıklarında öykü ve muayene. Çelik O (Editör). Kulak burun boğaz hastalıkları ve baş boyun cerrahisinde. İstanbul: Turgut Yayıncılık; 2002.s. 339-56.
45. Evren C, Yiğit VB, Çınar F. Koku fonksiyonunun subjektif değerlendirilmesi: Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg 2015;25(1):59-64.
46. Kandemir S, Bayar Muluk N. Koku fizyolojisi ve koku testleri: Derleme. *Turk J Clin Lab* 2016; 7(2): 48-53
47. Ehrenstein WH, Ehrenstein A. Psychophysical methods; in Windhorst U, Johansson H (eds): *Modern Techniques in Neuroscience Research*. Berlin, Springer, 1999, 1211-1241.
48. Kobal G, Hummel T, Sekinger B. "Sniffin'sticks": screening of olfactory performance. *Rhinology*. 1996;34:222-6.
49. Doty RL, Smith R, McKeown DA, Raj J. Tests of human olfactory function: principal components analysis suggests that most measure a common source of variance. *Perception & psychophysics*. 1994;56:701-7.
50. Hummel T, Sekinger B, Wolf S, Pauli E, Kobal G. Sniffin sticks: olfactory performance assessed by the combined testing of odor identification, odor discrimination and olfactory threshold. *Chem Senses* 1997; 22: 39-52.
51. Kobayashi M, Reiter ER, Dinardo LJ, Costanzo RM. A new clinical olfactory function test: cross-cultural influence. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2007; 133: 331-6.
52. Doty RL, Shaman P, Kimmelman CP, Dann MS. University of Pennsylvania Smell Identification Test: a rapid quantitative olfactory function test for the clinic. *Laryngoscope* 1984; 94: 176-8.

53. Kobal G, Hummel T, Sekinger B, Barz S, Roscher S, Wolf S. "Sniffin' sticks": screening of olfactory performance. *Rhinology* 1996; 34: 222-6.
54. Furukawa M. et al. Electro-olfactogram.(EOG) in olfactometry. *Auris Nasus Larynx*, 1989;16(1):p. 33-8.
55. Hummel T, Knecht M, Kobal G. Peripherally obtained electrophysiological responses to olfactory stimulation in man: electro-olfactograms exhibit a smaller degree of desensitization compared with subjective intensity estimates. *Brain research*. 1996; 717: 160-4.
56. Doty RL, Deems DA. Olfactory function and dysfunction. *Head and Neck Surgery-Otolaryngology*, Bailey BJ, Calhoun KH, Healy GB, Pillsbury HC, Johnson JT, Jackler RK, Tardy EM eds. Lippincot Williams&Wilkins, Philadelphia, 2001; 247-60.
57. Hilberg O, Effect of terfenadine and budesonide on nasal symptoms, olfaction, and nasal airway patency following allergen challenge. *Allergy*, 1995;50(8):p. 683-8.
58. Kern RC. Chronic sinusitis and anosmia: pathologic changes in the olfactory mucosa. *Laryngoscope* 2000; 110: 1071-7.
59. Probst R, Grevers G, Iro H. Basic Physiology and Immunology of the Nose. In: *Basic Otolaryngology*. Stuttgart. New York. Thime; 2006; 10-3.
60. Henkin RI, Schecter PJ, Friedewald WT, Demets DL, Raff M. A double blind study of the effects of Zinc sulfate on taste and smell dysfunction. *Am. Jour. Med. Sci*, 272:285, 1976.
61. Coelho DH, Costanzo RM. Posttraumatic olfactory dysfunction. *Auris Nasus Larynx* 2016;43:137-43.

GİRİŞ

Normal vücut ısısı hipotalamus tarafından kontrol edilir ve gün içinde değişiklik gösterir. İnsan vücudu, hipotalamustaki termoregülatuar merkez aracılığıyla; kas ve karaciğerdeki metabolik aktivitelerden kaynaklanan aşırı ısı üretimini akciğer ve deriden ısı yayılımı yoluyla sabit bir aralıkta tutmaya çalışır. Ateş sirkadyen ritm gösterir ve sabah 06.00'da en düşük, 16:00-18:00 arasında en yüksek değerlere ulaşarak 36,5-37,3 °C arasında sabit tutulur. Kadınlardaki vücut ısısı luteal fazda daha yüksek değerlere çıksa da, sirkadyen ritm erkeklerdeki ile aynıdır. Oral yoldan ölçülen vücut sıcaklığının 37,8°C'nin üzerine çıkmasına "ateş" denir. Vücut sıcaklığı aksiller , oral, rektal ve timpanik olarak ölçülebilir. Oral yoldan ölçülen vücut ısısı $36.8 \pm 0.4^{\circ}\text{C}$ iken aynı anda aksiller ölçülen ısı 36°C , rektal ölçülen ısı $37,2^{\circ}\text{C}$ ve timpanik ölçülen ısı $35,4-37,8^{\circ}\text{C}$ 'dir.

ATEŞİN PATOGENEZİ

Hipotalamus, vücut sıcaklığını; aynı bir evin sıcaklığını düzenleyen termostat cihazı gibi ayarlar. Termostatın ortam sıcaklığını yükseltmek için bir odadaki ısı ayarını daha yüksek bir seviyeye çekmesi gibi, ateşli hastalıklar seyrinde hipotalamustaki set-point/ayar noktası da vücudun ısı dengesini, normotermi ayarından ateş ayarına yükseltir.

Enfeksiyöz ajanlar, mikrobiyal ürünler, doku hasarı, iskemi, nekroz, hipoksi ve travma gibi durumlarda; makrofaj, endotel ve RES yapılarından endojen pirojenik sitokinler salgılanır. Bu sitokinler hipotalamik endotel ile etkileşime girerek PGE2 salınımını artırır. Artan PGE2 düzeyleri hipotalamik ayar noktasını yükseltir ve vazomotor merkezi uyarak vazokonstriksiyon ve titreme ile Ateş oluşmasını sağlar. Vazokonstriksiyonla beraber kanın iç organlara yönlendiril-

¹ Uzm. Dr. Aslıhan METE YILDIRIM, Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği, aslihanmy@gmail.com

vb), nöroleptik ilaçların kullanımına bağlı gelişen nöroleptik malign sendrom, alkol ve hipnosedatif, maddelerin çekilme sendromları, kokain kullanımı, antikolinergik ve salisilat zehirlenmesi ve malign hastalıklar (lösemi, lenfoma)

- 2- Hipotalamik disfonksiyon: Serebrovasküler olaylar, travmalar, infiltratif ve granulomatoz hastalıklar (sarkoidoz vb.)
- 3- Isı kaybının bozulması: Sıcak çarpması, dehidratasyon, aşırı kalın giysiler giyinme, otonomik disfonksiyona yol açan hastalıklar

Hiperpireksi ise şiddetli enfeksiyonları olan hastalarda ve sıklıkla merkezi sinir sistemi kanamaları olan hastalarda görülen olağanüstü yüksek ateş ($> 41.5^{\circ}\text{C}$) için kullanılan bir terimdir. Antipiretikler hiperpireksi olgularında kısmen işe yarasa da; beraberinde soğuk uygulama ya da soğutma battaniyeleri gibi eksternal soğutma uygulamaları önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. İliçin G., Biberoğlu K., Süleymanlar G., Ünal S., (2012) İç Hastalıkları 2 Cilt 3. Baskı 2012, Ankara, Güneş Tıp Kitabevi
2. EKMUD Enfeksiyon Hastalıkları 2. Baskı (2016) , Halil Kurt, Sibel Gündeş, Mehmet Faruk Geyik, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi
3. Disorders of temperature regulation. Lee-Chiong TL Jr, Stitt JT Compr Ther. 1995;21(12):697
4. Accuracy of peripheral thermometers for estimating temperature: a systematic review and meta-analysis. Niven DJ, Gaudet JE, Laupland KB, Mrklas KJ, Roberts DJ, Stelfox HT Ann Intern Med. 2015;163(10):768.
5. Harrisons Principles of Internal Medicine, 17th edition

GİRİŞ

Ateş; bireyin vücut ısısının günlük olağan değerlerinin üzerine çıkmasıdır ve bir hastalık olmayıp, hastalığa karşı gelişen karmaşık fizyolojik bir reaksiyondur (1,2). Oral, rektal, cilt yoluyla alından, koltuk altından ve dış kulak yolundan ateş ölçümü yapılabilir. Bu amaçla civalı termometreler, elektronik termometreler, kızıl ötesi-infrared timpanik termometreler ve tek kullanımlık termometreler kullanılır (3,4). Ölçü birimleri santigrad- Celsius (C) ve Fahrenheit (F)'tır (5) .

Normal vücut ısısı 37°C (98.6°F) olarak kabul edilmesine rağmen, farklı şartlar nedeniyle değişkenlik gösterebileceği bildirilmiştir. Gençler ve yaşlılar, kadınlar ve erkekler arasında farklar olduğu gibi menstrual siklus, dışarıdan alınan hormonlar, egzersiz gibi nedenlerle de normal vücut ısısında değişiklikler gözlenir (6,7). Vücut ısısı gün içinde bile değişkenlik gösterebilir.

Günün erken saatleri ile akşam üzeri arasındaki yaklaşık 0.5°C'lik fark sirkadiyan ritm olarak adlandırılır (8).

38°C ve üzeri (100.4°F ve üzeri) vücut ısısı ateş olarak kabul edilir ve enfeksiyonlar, inflamatuvar hastalıklar, neoplazmlar gibi birçok hastalığın göstergesi olabilir (6,8).

Ateş trasesi sabah, akşam ölçülen vücut ısısının çizelgeye işlenmesi ile elde edilir ve bu trasede ateş eğrileri görülür. Bu eğrilerden oluşan ateş seyrine göre ateş farklı tiplere ayrılır; ilgili tanımlar aşağıda verilmiştir (5, 9-14).

Devamlı Ateş (Febris continue- sustained fever): Vücut ısısının sürekli 38.3°C üzerinde olduğu ateş tipidir. Sabah akşam farkı 1°C'den azdır ve gün içinde vücut ısısı normal sınırlara hiç inmez (Şekil 1'de). Tifo, bakteriyel menenjit,

¹ Uzm. Dr. Pınar ERGEN, S.B. Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD., pergen71@hotmail.com

² Doç. Dr. Fatma YILMAZ KARADAĞ, S.B. Sancaktepe Şehit Profesör İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD., dr_fatma@hotmail.com

Ateş değerlendirilirken ateşle ilgili tanımlara da değinilmek istenmiştir. Aşağıda ateşle ilgili tanımlar verilmiştir.

Nedeni Bilinmeyen Ateş: İlk olarak 1961 yılında Petersdorf ve Beeson tarafından tanımlanan NBA; birkaç ölçümde ateşin 38.3°C olarak tespiti, ateşin en az 3 hafta boyunca devam etmesi ve hastanede bir haftalık incelemede tanı konamaması durumudur. Enfeksiyon hastalıkları, malign/neoplastik hastalıklar, romatizmal/ inflamatuvar hastalıklar gibi pek çok sebebe bağlı gelişebilir. Bu kadar geniş bir yelpaze nedeni bilinmeyen ateşe sebep olabileceği için teşhiste zorluklar yaşanmaktadır (15,16).

Febril Nötropeni: Oral tek seferde ölçülen 38.3°C ve üzerinde ateş veya 1 saat süreyle 38°C üzerinde devam eden ateş ile beraber nötrofil düzeyinin $500/\text{mm}^3$ altında veya 48 saat içinde $500/\text{mm}^3$ 'ün altına inmesi beklenen durumları tanımlar. Kemoterapinin önemli bir komplikasyonu olmaya devam etmektedir. Hastalarda enfeksiyon belirtisi olarak karşımıza çıkar ve risk değerlendirmesi yapılarak acil antibiyoterapi başlanması gerekir (17,18).

Hipertermi: Kişinin vücut ısı üretiminde artış ya da ısı kaybetme yeteneğindeki azalma nedeniyle kontrolsüz vücut ısı artışı olarak tanımlanır. Egzersiz sırasında gelişebileceği gibi aşırı sıcak bir ortamda olmakta neden olabilir. Sıcak çarpması, tirotoksikoz, feokromositoma, nöroleptik malign sendrom, malign hipertermi gibi rahatsızlıklar örnektir (19-21). Antipiretikler etkisizdir.

Hiperpireksi: 41.1°C (106°F) ve üzerinde olan ateşi tanımlar. Santral Sinir Sistemi kaynaklı (kanama, malignite, enfeksiyon gibi), sıcak çarpması, ilaç ateşi gibi durumlarda görülür (13). Acil müdahale edilmesi gereken bir durumdur.

SONUÇ

Ateş hekimler için önemli tanısal bir değere sahiptir. Ateş değerlendirilirken öncelikle ateş, hipertermi ayrımı yapılmalıdır. Ateş seyrinin iyi takibi ve ateş tiplerinin belirlenmesi ile altta yatan hastalık hakkında ipucu elde edilebilir.

KAYNAKLAR

1. Dinarello C.A. & Porat R.(2018) Fever. J. Larry Jameson, Anthony S. Fauci, Dennis L. Kasper, Stephen L. Hauser, Dan L. Longo, Joseph Loscalzo (Eds.) In *Harrison's Principles of Internal Medicine*, (20th ed.,pp 102-105) McGraw-Hill Education.
2. Sajadi M.M. & Mackowiak P.A. (2015) Temperature Regulation and the Pathogenesis of Fever. In John E. Bennett, Raphael Dolin & Martin J. Blaser (Eds.), *Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases*(Eighth ed.,pp 708-720) Philadelphia, PA: Elsevier Saunders
3. Crawford, D. C., Hicks, B., Thompson, M. J. Which thermometer? Factors influencing best choice for intermittent clinical temperature assessment. *Journal of medical engineering & technology*, 2006, 30.4: 199-211.

4. Sund-Levander M, Forsberg C, Wahren LK. Normal oral, rectal, tympanic and axillary body temperature in adult men and women: a systematic literature review. *Scand J Caring Sci.* 2002 Jun;16(2):122-8. doi: 10.1046/j.1471-6712.2002.00069.x.
5. Aliksanyan, V.(1988). Sindirim Sistemi. Vahe Aliksanyan(Ed.) *Abaoğlu-Aliksanyan Teşhiste Temel Bilgi Propedötik* içinde (3. basım, s 32-35) İstanbul, Filiz Kitabevi
6. Mackowiak PA, Worden G. Carl Reinhold August Wunderlich and the evolution of clinical thermometry. *Clin Infect Dis.* 1994 Mar;18(3):458-67. doi: 10.1093/clinids/18.3.458.
7. Dakappa PH, Mahabala C. Analysis of Long-Term Temperature Variations in the Human Body. *Crit Rev Biomed Eng.* 2015;43(5-6):385-99. doi: 10.1615/CritRevBiomedEng.2016016543.
8. Harding C, Pompei F, Bordonaro SF et al. Fever Incidence Is Much Lower in the Morning than the Evening: Boston and US National Triage Data. *West J Emerg Med.* 2020 Jun 24;21(4):909-917. doi: 10.5811/westjem.2020.3.45215.
9. Ogoina D. Fever, fever patterns and diseases called 'fever'--a review. *J Infect Public Health.* 2011 Aug;4(3):108-24. doi: 10.1016/j.jiph.2011.05.002.
10. Cunha BA. The clinical significance of fever patterns. *Infect Dis Clin North Am.* 1996 Mar;10(1):33-44. doi: 10.1016/s0891-5520(05)70284-1.
11. Musher, D. M., Fainstein, V., Young, E. J., et al. Fever patterns: their lack of clinical significance. *Archives of internal medicine*, 1979, 139.11: 1225-1228.
12. Yenen O.Ş. (2008) Ateş. Ayşe WillkeTopçu, Güner Söyletir, Mehmet Doğanay (Ed.), *Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyoloji* içinde (3. Basım, s 503-528). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi
13. Cunha BA. Clinical implications of fever. *Postgrad Med.* 1989 Apr;85(5):188-96, 199-200. doi: 10.1080/00325481.1989.11700665.
14. Nuray Kes Uzun. Fever and feverly ill management. *Med Bull Sisli Etfal Hosp.* 2007; 41(4): 7-13
15. Tolia J, Smith LG. Fever of unknown origin: historical and physical clues to making the diagnosis. *Infect Dis Clin North Am.* 2007 Dec;21(4):917-36, viii. doi: 10.1016/j.idc.2007.08.011.
16. Cunha BA, Lortholary O, Cunha CB. Fever of unknown origin: a clinical approach. *Am J Med.* 2015 Oct;128(10):1138.e1-1138.e15. doi: 10.1016/j.amjmed.2015.06.001.
17. Freifeld AG, Bow EJ, Sepkowitz KA et al. Clinical practice guideline for the use of antimicrobial agents in neutropenic patients with cancer: 2010 update by the infectious diseases society of america. *Clin Infect Dis.* 2011 Feb 15;52(4):e56-93. doi: 10.1093/cid/cir073.
18. Zimmer AJ, Freifeld AG. Optimal Management of Neutropenic Fever in Patients With Cancer. *J Oncol Pract.* 2019 Jan;15(1):19-24. doi: 10.1200/JOP.18.00269.
19. Simon HB. Hyperthermia. *N Engl J Med.* 1993 Aug 12;329(7):483-7. doi: 10.1056/NEJM199308123290708. PMID: 8332154.
20. Becker JH, Wu SC. Fever--an update. *J Am Podiatr Med Assoc.* 2010 Jul-Aug;100(4):281-90. doi: 10.7547/1000281.
21. Bouchama A, Knochel JP. Heat stroke. *N Engl J Med.* 2002 Jun 20;346(25):1978-88. doi: 10.1056/NEJMra011089.

GİRİŞ

Hiperhidroz,ekrin ter bezlerinin hiperaktivitesine bağlı olarak deri yüzeyine salınan ter miktarının artmasıdır (1). Etkilenen kişilerin sosyal hayatını ve yaşam standartlarını etkilemekte ,psikolojik problemlere,sosyal anksiyete bozukluklarına sebep olmaktadır.

Sistemik bozukluk olmadan lokalize bölgelerde (avuç içi,ayak tabanı ve/veya aksilla) terleme olmasına primer hiperhidroz denir. Primer hiperhidroz tanısı kriterleri, fokal ve görünür şekilde terleme olması,en az 6 aylık öykü varlığı ,sekonder nedenlerin olmaması gereklidir. Ayrıca en az iki maddenin varlığı; bilateral ve simetrik olmalı, günlük yaşam aktivitelerini bozmalı, haftada en az 1 epizod görülmeli, 25 yaşından önce başlamalı, aile hikayesi olmalı uykuda görülmemesi lazımdır (2). Altta yatan sistemik bir hastalık veya ilaç kullanımından sonra terleme olmasına sekonder hiperhidroz denir. Aşırı terleme şikayeti ile gelen bir hastada dikkatli anamnez,fizik muayene,sistemik sorgulama,kullandığı ilaçlarla ayırıcı tanıya gidilmelidir. Özellikle anormal kilo kaybı,ateş ile birlikte olup olmaması, çarpıntı, poliüri, lenfadenopati sorgulanmalıdır.

Sekonder hiperhidroz denilince ilk olarak febril hastalıklar akla gelmelidir. Öncelikle hastada enfeksiyon odağı dışlanmalıdır. Ateşli hastalıklar gidişinde, ateşin düşmeye başladığı zamanlarda ter başlar. Ateş yükselmeye başlarken ter yoktur, deri sıcak ve kurudur.Terleme başladığı zaman ateş de düşmeye başlar. Tüberkülozlu hastalarda gece terlemeleri dikkat çeker (3).

Endokrin ve metabolik hastalıklar da generalize terlemeye sebep olabilir. Hipertiroidi hastaları polikliniğe ellerim terliyor diye gelerek ilk şikayeti terleme ile gelebilir. Diyabetes mellitus hastaları sürekli terlemekten yakınır, ani hiperglisemi ve hipoglisemi atakları kendini terleme ile belli edebilir. Hipoglisemilerde başlangıçta bol terleme vardır (adrenalin deşarjı), sonrada hipogliseminin deva-

¹ Uzm. Dr. Nursel AKBAY, Eyüp Sultan Devlet Hastanesi, Dahiliye Bölümü nurselcizmeci@gmail.com

mina rağmen ter durur (3). Feokromasitoma tansiyon atağı sırasında ,adrenerejik deşarja bağı terleme atağı ile polikliniğe başvurulabilir. Gigantizm ve akromegali- de de terleme görülebilir.

Malign hastalıklar diğeri bir önemli terleme sebebidir. Hodgkin hastalığında özellik gece terlemesi görülür. İntratorasik neoplaziler/lezyonlar (karsinoid lezyon) da yaygın terleme görülebilir.

Kardiyovasküler hastalıklar,solunum yetmezliği terleme sebebi olabilir. Akut miyokard infarktüsünde adrenerejik uyarı sonucu büyük ve soğuk ter karakteristiktir. Büyük gastrointestinal kanamalarda, her türlü şokta ve bayılmalarda da soğuk terleme bulunur.

Gebelik, menapoz, kadın doğum hormonlarındaki değişimler terlemeye sebep olabilir.

İlaçlar, toksinler, madde bağımlılığında terleme sebepleri arasındadır.

Nörolojik hastalıklar; parkinson hastalığı, medulla spinalis yaralanmaları,otonomik disrefleksi, post-travmatik sringomyeli, periferik nöropatiler, familyal disotonomi (Riley-Daysendromu), otonomik disfonksiyonlarla birlikte görülen motor nöropati, beyin lezyonları, olfaktör hiperhidroz gibi hastalıklar da ayırıcı tanıda dikkate alınmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Önder M,Aksoy G.,Türkderm 2011;45:2-9
2. Miller JL, Hurley HJ: Diseases of the eccrine and apocrine sweat glands. Dermatology. Ed. Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP. Second edition. Spain, Mosby Elsevier, 2008;531-48.
3. Aliksanyan V. ,Sencer E., Abaoğlu C. (2007). Terleme.Teşhiste Temel Bilgi (s.38).İstanbul:Filiz Kitabevi

GİRİŞ

“Ungues nigri et digiti manuum et pedum frigidi, contracti, vel remissi mortem in, propinquo esse ostendunt”.

“Tırnakların morarması, ellerin soğuması ve kasılması, kontraksiyonu veya el ve ayak parmaklarının gevşemesi ölümün yakın olduğunu gösterir”.

Hippocrates (Section VIII, Aphorism 12)

Tırnaklar “ölü yapılar” olarak kabul edilmekle birlikte antik çağlardan itibaren dikkat çekmiştir. Vücudun küçük bir alanını kaplamakla beraber kavrama, kesme, ezme gibi aktivitelerin yanında arkeolojiden, kriminal araştırmalara yardımcı olmalarına kadar çok önemli fonksiyonları bulunmaktadır. Tırnakların yapısındaki bozukluklar sadece tırnağın kendisinden kaynaklanan problemler olarak değil aynı zamanda farklı sistemik hastalıkların hikayelerinin görüntü-lendiği bir ekran olarak da değerlendirilmelidir. Neredeyse tüm eski uygarlıkların tarihi ile eşzamanlı olan tırnak bozukluklarının varlığı yaklaşık 350 yıl önce Robert Boyle, Albrecht Haller ve arkadaşları tarafından ilk olarak bilimsel araştırmaya konu olmuştur (1).

Bu başlık altında ayırıcı tanıda sistemik hastalıklar ile ilişkilendirilen tırnak yapısında oluşan bazı patolojik görünüm-lerin özelliklerinden bahsedilecektir.

BEAU ÇİZGİLERİ

İlk olarak 1796’da ünlü Alman doktor, anatomist ve fizyolog Johann-Christian Reil, sistemik rahatsızlıkları takiben tırnak üzerinde çapraz bir çizgi tanımlamıştır (2). Joseph Honoré Simon Beau tarafından 1846’da yeniden tanımlanmıştır ve halen Beau-Reil çizgisi olarak bilinmektedir. (3). Beau çizgileri muhtemelen en yaygın, ancak sistemik hastalıkla ilişkili tırnak değişikliklerinin en az spesi-

¹ Uzm. Dr. Müge BİLGE, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Bölümü, mugebilge@yahoo.com

KAYNAKLAR

- Boyle R. Experiments and considerations about the porosity of bodies. London: Samuel Smith; 1684.
- Binder DK, Schaller K, Clusmann H. The seminal contributions of Johann-Christian Reil to anatomy, physiology and psychiatry. *Neurosurgery* 2007; 61: 1091–1096. doi: 10.1227/01.neu.0000303205.15489.23.
- Beau JHS. Note sur certains caractères de séméologie rétrospective présentés par les ongles. *Arch Gen Méd* 1846; 11:447.
- De Barber D. What do Beau's lines mean. *Int J Dermatol* 1994; 33:545. doi: 10.1111/j.1365-4362.1994.tb02890.x.
- Baran R, Dawber RPR. Diseases of the nails and their management. 2nd edn. Oxford: Blackwell Science; 1994.
- Baran R, Dawber RPR. Physical signs. In: Baran R, Dawber RPR eds. Diseases of the nails and their management. 2nd edn. Oxford: Blackwell Scientific; 1994:35–80.
- Fawcett RS, Linford S, Stulberg DL. Nail abnormalities: clues to systemic disease. *Am Fam Physician*. 2004;69(6):1417–1424.
- Singal A, Arora R. Nail as a window of systemic diseases. *Indian Dermatol Online J* 2015;6:67–74. doi: 10.4103/2229-5178.153002.
- Tosti A, Iorizzo M, Piraccini BM, Starace M. The nail in systemic diseases. *Dermatol Clin* 2006;24(3):341–347. doi: 10.1016/j.det.2006.03.005.
- Reynolds ES. An account of the epidemic outbreak of arsenical poisoning occurring in beer-drinkers in the North of England and Midland Counties in 1900. *Lancet* 1901; 1: 166–70.
- Aldrich CJ. Leuconychia striata arsenicalis transversus, with report of three cases. *Am J Med Sci* 1904; 127: 702–9.
- Pardo-Castello V. Diseases of the nails. 3rd edn. Springfield, IL: Charles C Thomas; 1960.
- Huang TC, Chao TY. Mees lines and Beau lines after chemotherapy. *CMAJ*. 2010 Feb 23; 182(3):E149. doi: 10.1503/cmaj.090501.
- Hudson JB, Dennis AJ Jr. Transverse white lines in the fingernails after acute and chronic renal failure. *Arch Intern Med* 1966; 117(2):276-279.
- Lewin K. The fingernail in general disease. *Br J Dermatol* 1965; 77:431. doi: 10.1111/j.1365-2133.1965.tb14673.x.
- Zaiac MN, Walker A. Nail abnormalities associated with systemic pathologies. *Clin Dermatol* 2013;31:627–49. doi: 10.1016/j.clindermatol.2013.06.018.
- Muehrcke RC. The fingernails in chronic hypoalbuminemia. *Br Med J* 1956 Jun 9;1(4979):1327-8. doi: 10.1136/bmj.1.4979.1327.
- Conn RD, Smith RH. Malnutrition, myoedema Muehrcke's lines. *Arch Intern Med* 1965; 116:875-8.
- Bean WB. A discourse on nail growth and unusual fingernails. *Trans Am Clin Climatol Assoc* 1963; 74:152-167.
- Lindsay PG. The half-and-half nail. *Arch Intern Med* 1967; 119:583–586.
- Daniel CR III, Bower JD, Daniel CR Jr. The half and half fingernail: the most significant onychopathological indicator of chronic renal failure. *J Miss State Med Assoc* 1975; 16:367-370.
- Pitukweerakul S, Pilla S. Terry's nails and Lindsay's nails: Two nail abnormalities in chronic systemic diseases. *J Gen Intern Med* 2016;31(8):970. doi: 10.1007/s11606-016-3628-z.
- Daniel CR, Osment LS. Nail pigmentation abnormalities, their importance and proper examination. *Cutis* 1980; 25:595.
- Nixon DW, Pirozzi D, York RM, et al. Dermatological changes after systemic cancer therapy. *Cutis* 1981; 27:181.
- Daniel CR III. Nail pigmentation abnormalities: An addendum. *Cutis* 1982; 30:364.

26. Daniel CR III, Scher RK. Nail changes secondary to systemic drugs and ingestants. *J Am Acad Dermatol* 1984; 10:250-258. doi: 10.1016/s0190-9622(84)70032-6.
27. Leyden JJ, Wood MG. The half and half nail. *Arch Dermatol* 1972; 105:591.
28. Stewart WK, Raffle EJ. Brown nail bed arcs and chronic renal disease. *Br Med J* 1972; 1:784. doi: 10.1136/bmj.1.5803.784.
29. Bussels L, Kint A, Fernandes M, et al. Skin and nail lesions in chronic renal insufficiency. *Arch Belg Dermatol Syphiligr* 1972; 28:363-369.
30. Gilkes JJH, Eady RAJ, Rees LH, et al. Plasma immunoreactive melanotrophic hormones in patients on maintenance haemodialysis. *Br Med J* 1975; 1:656. doi: 10.1136/bmj.1.5959.656.
31. Terry R. White nails in hepatic cirrhosis. *Lancet* 1954; i:757-759. doi: 10.1016/s0140-6736(54)92717-8.
32. Holzberg M, Walker HK. Terry's nails: revised definition and new correlations. *Lancet* 1984; i:896-899. doi: 10.1016/s0140-6736(84)91351-5.
33. Raffle EJ. Terry's nails. *Lancet* 1984; i:1131. doi: 10.1016/s0140-6736(84)92551-0.
34. Terry R. Red half-moons in cardiac failure. *Lancet* 1954 Oct 23;267(6843):842-4. doi: 10.1016/s0140-6736(54)91932-7.
35. Terry RB. The onychodermal band in health and disease. *Lancet* 1955;1:179-181. doi: 10.1016/s0140-6736(55)91907-3.
36. Fitzpatrick TB. *Dermatology in general medicine*. 2nd edn. New York: McGraw-Hill; 1979.
37. Walker J, Baran R, Vélez N, Jellinek N. Koilonychia: An update on pathophysiology, differential diagnosis and clinical relevance. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2016;30(11):1985-1991. doi: 10.1111/jdv.13610.
38. Stone OJ, Maberry JD. Spoon nails and clubbing. *Tex State J Med* 1965; 61:620.
39. Jalili MA, Al-Kassaf S. Koilonychia and cystine content of nails. *Lancet* 1959; i:108. doi: 10.1016/s0140-6736(59)92217-2.
40. Bentley-Phillips B, Bayles MA. Occupational koilonychia of the toenails. *Br J Dermatol* 1971; 85:140. doi: 10.1111/j.1365-2133.1971.tb07199.x.
41. Zaias N. *The nail in health and disease*. New York: Spectrum Publications; 1980.
42. Baran R. Nail changes in general pathology. In: Pierre M, ed. *The nail*. New York: Churchill Livingstone; 1981:5-105.
43. Bergeron JR, Stone OJ. Koilonychia: a report of familial spooned nails. *Arch Dermatol* 1967; 95:351-353. doi: 10.1001/archderm.95.4.351.
44. Stone OJ. Spoon nails and clubbing. *Cutis* 1975; 16:235.

LUNULA KAYBI

Lunula tırnak matriksinin distalde görünebilen bölümüdür (1). Proksimal tırnak kıvrımının ötesine uzanır. Yarım ay şeklinde, beyaz renklidir ve tırnağımızın yaklaşık beşte birini kaplar (*Şekil1*). Lunulanın birinci işlevi tırnak plağının şeklini belirlemektir. Lunula, tırnakların şeklinin yanı sıra büyümesinde de önemli rol oynar (2). Lunulada herhangi bir hasar, tırnakların büyümesini değiştirebilir. Tüm insanların lunulası vardır, ancak her zaman tüm parmaklarda görünmez, çoğu insan sadece başparmaklarında görebilir (3). Lunula baş parmaktan serçe parmağa giderek azalır. Çocuklarda lunula görülemeyebilir. Yaş ilerledikçe lunula görünürlüğü azalır. Beyaz rengin değişip pembeleşerek kaybolmasına lunula kaybı denir.

Lunuladaki değişiklikler hastalık belirtisi olabilir. Lunulanın rengini değiştirmesinin veya kaybolmasının farklı nedenleri vardır. Renk değişikliği kutanöz veya sistemik bir hastalık, kullanılan ilacın yan etkisi veya yetersiz beslenmeden kaynaklanabilir (4,5). Lunula kaybı normal insanlarda da görülebilir. Lunula cilt altında gizli olabilir ve görülemeyebilir. Lunula kaybı en sık yetersiz beslenme, vitamin eksikliklerinde görülür. Özellikle B12 vitamini eksikliği lunula kaybına ve tırnaklarda kahverengimsi griye renk değişikliğine neden olabilir. Anemi, oksijen eksikliğine yol açarak solgunluğa ve lunula kaybına neden olur.

Lunula kaybı hipopitüitarizm, hipotiroidizm, anemi, hipoproteinemi, arteriyoskleroz, kronik böbrek hastalığı, malnütrisyon, kutanöz hastalıklar, depresyon, kronik akciğer hastalığı, karaciğer hastalıkları, kanser ve sistemik hastalıklarda görülebilir (6). Lunulanın kaybolması altta yatan bir hastalığın işareti olabileceğinden lunula kaybı olan hastalar dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir.

¹ Uzm. Dr. Fatma KAPLAN EFE, Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Kliniği, drefe.106@gmail.com

dokardit ve siyanotik konjenital kalp hastalığı dahil olmak üzere pulmoner veya kardiyovasküler hastalıklarla ilişkilidir. Daha az sıklıkla, inflamatuvar bağırsak hastalığı, karaciğer sirozu ve gastrointestinal neoplazmlar dahil olmak üzere ekstratorasik hastalığı olan hastalarda parmaklarda çomaklaşma meydana gelebilir.

Edinilmiş tek taraflı veya tek parmakta çomaklaşma genellikle vasküler lezyonlarla (periferik şant, arteriyovenöz fistül veya anevrizma gibi) ilişkilidir, ancak Pancoast tümörleri, lenfadenit veya eritromelalji de tek taraflı çomaklaşmaya neden olabilir. Tek tırnak tutulumu tipik olarak travmatiktir ancak doğuştan olabilir. İzole doğuştan çomak parmak, primer hipertrofik osteoartropatinin tamamlanmamış bir formu olarak kabul edilir.

KAYNAKLAR

1. D. A. de Berker, J. Andre, et al. "Nail biology and nail science," *International Journal of Cosmetic Science*, vol. 29, no. 4, pp. 241–275, 2007.
2. Cecchini A, Montella A, Ena P, et al. Ultrasound anatomy of normal nails unit with 18 mhz linear transducer. *Italian Journal of Anatomy and Embryology = Archivio Italiano di Anatomia ed Embriologia*, 01 Oct 2009, 114(4):137-144.
3. P. R. Cohen, "The lunula," *Journal of the American Academy of Dermatology*, vol. 34, no. 6, pp. 943–953, 1996.
4. Jeevankumar B, Thappa DM. Blue lunula due to hydroxyurea. *J Dermatol* 2003; 30:628.
5. Casamiquela KM, Cohen PR. Chemotherapy-associated tongue hyperpigmentation and blue lunula. *J Drugs Dermatol* 2013; 12:223.
6. Tunc SE, Ertam I, Pirildar T, et al. Nail changes in connective tissue diseases: do nail changes provide clues for the diagnosis? *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007; 21:497.
7. Haber R, Khoury R, Kechichian E, et al. Splinter hemorrhages of the nails: a systematic review of clinical features and associated conditions. *Int J Dermatol* 2016 Dec;55(12):1304-1310.
8. Saladi RN, Persaud AN, Rudikoff D, et al. Idiopathic splinter hemorrhages. *J Am Acad Dermatol*. 2004 Feb;50(2):289-92.
9. Tully AS, Traves KP, Studdiford JS. Evaluation of nail abnormalities. *Am Fam Physician*. 2012 Apr 15;85(8):779-87.
10. Silverman ME, Upshaw CB Jr. Extracardiac manifestations of infective endocarditis and their historical descriptions. *Am J Cardiol* 2007; 100:1802.
11. Nakamura R, Broce AA, Palencia DP, et al. Dermatoscopy of nail lichen planus. *Int J Dermatol* 2013; 52:684.
12. Hoen B, Duval X. Clinical practice. Infective endocarditis. *N Engl J Med*. 2013 Apr 11;368(15):1425-33.
13. Flores Umanzor EJ, Caldentey Adrover G, San Antonio R, et al. Janeway lesions, Osler nodes and splinter hemorrhages. *Med Clin (Barc)*. 2016 Jul 15;147(2):e11.
14. Sethi K, Buckley J, de Wolff J. Splinter haemorrhages, Osler's nodes, Janeway lesions and Roth spots: the peripheral stigmata of endocarditis. *Br J Hosp Med* 2013; Sep 1;74(Sup9):C139–42.
15. Fareedy SB, Rajagopalan P, Schmidt EC. Janeway lesions: a valuable clinical sign in patients with infective endocarditis. *J Community Hosp Intern Med Perspect*. 2016 Apr 25;6(2):30660.
16. Habib G, Hoen B, Tornos P, et al. Guidelines on the prevention, diagnosis, and treatment of infective endocarditis (new version 2009): the task force on the prevention, diagnosis, and treatment of infective endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC). Endorsed by the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID) and

- the International Society of Chemotherapy (ISC) for infection and cancer. *Eur Heart J* 2009; 30(19): 2369-413.
17. Panginikkod S, Gopalakrishnan V, Parikh M, Gupta N Janeway Lesions: a Painless Manifestation of Infective Endocarditis.. *J Gen Intern Med*. 2019 Jul;34(7):1360-1361.
 18. Chan CW. Evaluation of digital clubbing. *Aust Fam Physician* 2015; 44:113.
 19. Myers KA, Farquhar DR. The rational clinical examination. Does this patient have clubbing? *JAMA*. 2001 Jul 18;286(3):341-7.
 20. Marrie TJ, Brown N. Clubbing of the digits. *Am J Med*. 2007 Nov;120(11):940-1)
 21. Spicknall KE, Zirwas MJ, English JC 3rd .Clubbing: an update on diagnosis, differential diagnosis, pathophysiology, and clinical relevance. *J Am Acad Dermatol*. 2005 Jun;52(6):1020-8.)
 22. Richter T, Hettmannsperger U.Hautarzt. Idiopathic clubbing of the fingers. Pathogenetic mechanisms and differential etiologic diagnosis.1994 Dec;45(12):866-70.)
 23. Callemeyn J, Van Haecke P, Peetermans WE, et al. Clubbing and hypertrophic osteoarthropathy: insights in diagnosis, pathophysiology, and clinical significance. *Acta Clin Belg* 2016; 71:123.

GİRİŞ

Deri vücudun en büyük organıdır. Karmaşık bir yapıya sahiptir ve birçok önemli işlevi yerine getirir. Derinin görevleri; altındaki dokuları yaralanmalardan ve ultraviyole ışığa aşırı maruz kalmaktan korumak, mikroorganizmaların ve zararlı kimyasalların girişini engellemek, basınç, dokunma, sıcaklık, ağrı ve titreşim için duyu organı görevi görmek ve vücut sıcaklığının dengesini korumaktır (1). Bu görevleri yerine getirmek için epidermis, dermis ve subkutan doku olarak bölümleri mevcuttur. Yetişkin bir insanın toplam vücut ağırlığının yaklaşık %15'ini deri oluşturur. Vücudun tüm dış yüzeyini kaplayan derinin bölümleri anatomi ve işlev bakımından önemli farklılıklar gösterir. Deri hastalıkları cildin her bölgesini etkileyebilir (2).

EPİDERMİS

Epidermis, cildin ana koruyucu tabakasıdır ve mikroskop altında bakıldığında dört ayrı tabakaya sahiptir. Epidermal katman avaskülerdir ve altta yatan papiller dermisten difüzyon yoluyla beslenir (3). Epidermisin en iç tabakası, bazal hücreler adı verilen tek sıra hücrelerden oluşur. Bazal hücreler, epidermisin ikinci katmanı olan spinöz tabakayı oluşturan keratinositleri oluşturmak üzere bölünürler. Spinöz tabakanın hücreleri, hücreler arası bağlar ile birbirine bağlanır. Hücreler üst tabakalara doğru düzleşir ve sitoplazmaları granüler görünür ve bu tabakaya stratum granulosum denir. Nihayet yüzeye ulaşan hücreler stratum corneum'u oluşturur (4).

Bazal tabaka aktif olarak hücre bölünmesine uğrar, yeni hücreleri epidermiste yukarı doğru hareket etmeye ve dış keratinize tabakayı oluşturmaya zorlar (5). Bu süreç sürekli ve yaklaşık 35 gün sürer. Epidermisteki patolojik değişiklikler, döküntü veya yüzey bütünlüğü kaybı ile giden lezyonları oluşturur

¹ Uzm. Dr. Sümeýra Alan YALIM, Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Allerji ve İmmünoloji AD.
alansumeyra@gmail.com

Tablo-1: Derinin bölümleri, fizik bulguları ve hastalıkları

Deri Yapısı	Fizik Bulgular	Spesifik Cilt Hastalıkları
Epidermis	Değişmiş cilt işaretleri	İmpetigo
	Kabuk, vezikül, krut	Cafe-au-lait lekeleri
	Renk değişiklikleri (beyaz, kahverengi, siyah)	Atopik Dermatit
		Vitiligo
		Çiller
Epidermis ve dermis	Değişmiş cilt işaretleri	Psöriazis
	Kabuk, vezikül, krut	Atopik Dermatit
	Sınır farklılıkları	Kontakt Dermatit
	Renk değişiklikleri (beyaz, kahverengi, siyah, kırmızı)	Kutanöz Lupus Eritematozis
	Ödem	
Dermis	Normal yüzey işaretleri	Ürtiker
	Renk değişiklikleri	Granuloma anülare
	Dermal sertlik değişikliği	Hemanjiom
		Mavi nevüs
Subkutan Doku	Normal yüzey işaretleri	Hematom
	Normal veya kırmızı cilt rengi	Soğuk pannikülit
	Dermal sertlik değişikliği	Eritema nodozum

KAYNAKLAR

1. Lai-Cheong JE, McGrath JA. Structure and function of skin, hair and nails. Medicine (Baltimore). 2021;
2. Parish LC. Andrews' Diseases of the Skin: Clinical Dermatology. JAMA. 2011;306(2):213.
3. Richard R, Staley M. Burn care and rehabilitation: principles and practice. FA Davis Company; 1994.
4. Dinulos JGH. Habif'Clinical Dermatology E-Book. Elsevier Health Sciences; 2019.
5. Rawlings A V. Molecular basis for stratum corneum maturation and moisturization. Br J Dermatol. 2014 Sep;171 Suppl:19–28.
6. Rutter P. Community pharmacy: symptoms, diagnosis and treatment. Elsevier Health Sciences; 2020.
7. D'Ischia M, Wakamatsu K, Cicoira F, et al. Melanins and melanogenesis: from pigment cells to human health and technological applications. Pigment Cell Melanoma Res. 2015;28(5):520–44.
8. Uitto J, Has C, Vahidnezhad H, et al. Molecular pathology of the basement membrane zone in heritable blistering diseases: The paradigm of epidermolysis bullosa. Matrix Biol [Internet]. 2017;57–58:76–85. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0945053X16301123>

9. Burks AW, Holgate ST, O'Hehir RE, et al. Middleton's Allergy E-Book: Principles and Practice. Elsevier Health Sciences; 2019.
10. Skirven TM, Osterman AL, Fedorczyk J, et al. Rehabilitation of the hand and upper extremity, 2-volume set E-book: expert consult. Elsevier Health Sciences; 2011.
11. McGrath J, Alexandrov SA, Owens P, et al. In vivo correlation mapping microscopy. *J Biomed Opt* [Internet]. 2016 Apr 1;21(4):1–6. Available from: <https://doi.org/10.1117/1.JBO.21.4.046004>
12. Rivera-Gonzalez G, Shook B, Horsley V. Adipocytes in skin health and disease. *Cold Spring Harb Perspect Med*. 2014;4(3):a015271.
13. Skirven TM, Osterman AL, Fedorczyk J, et al. Rehabilitation of the Hand and Upper Extremity, E-Book. Elsevier Health Sciences; 2020.
14. Storan ER, McEvoy MT, Wetter DA, et al. Experience of a year of adult hospital dermatology consultations. *Int J Dermatol*. 2015;54(10):1150–6.
15. Pereira MP, Ständer S. Chronic pruritus: current and emerging treatment options. *Drugs*. 2017;77(9):999–1007.
16. Nattkemper LA, Tey HL, Valdes-Rodriguez R, et al. The genetics of chronic itch: gene expression in the skin of patients with atopic dermatitis and psoriasis with severe itch. *J Invest Dermatol*. 2018;138(6):1311–7.
17. Santistevan J, Long B, Koyfman A. Rash decisions: an approach to dangerous rashes based on morphology. *J Emerg Med*. 2017;52(4):457–71.
18. Bishop JN, Bataille V, Gavin A, et al. The prevention, diagnosis, referral and management of melanoma of the skin: concise guidelines. *Clin Med (Northfield Il)* [Internet]. 2007 Jun 1;7(3):283 LP – 290. Available from: <http://www.rcpjournals.org/content/7/3/283.abstract>
19. Hoorens I, Vossaert K, Pil L, et al. Total-Body Examination vs Lesion-Directed Skin Cancer Screening. *JAMA Dermatology* [Internet]. 2016 Jan 1;152(1):27–34. Available from: <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2015.2680>
20. Cecil RLF, Goldman L, Schafer AI. Goldman's Cecil Medicine, Expert Consult Premium Edition--Enhanced Online Features and Print, Single Volume, 24: Goldman's Cecil Medicine. Vol. 1. Elsevier Health Sciences; 2012.

GİRİŞ

Deri vücudun en büyük organıdır ve bariyer oluşturma, termoregülasyonun düzenlenmesi ve immün yanıtta önemli rol oynar. Derinin elementar lezyonu, deri hastalıklarının başlangıcında, seyrinde ve sonunda derinin normal yapısında oluşan ve deri hastalıklarının tarif etmekte kullanılan değişiklikler anlamına gelir (1). Elementar lezyonlar aşağıdaki noktalar göz önüne alınarak değerlendirilmelidir (2).

1. *Lezyonların yerleşim yeri:* Deri hastalıklarında lokalizasyon önemlidir. Bazı lezyonlar sadece belirli bölgelerde görülürken, bazıları ise vücutta çeşitli bölgelerde birden görülebilir (2).
2. *Lezyonların dağılımı:* Bazı lezyonlar simetrik, bazıları ise asimetrik bir dağılım gösterirler. Bu dağılım tanıda oldukça yardımcıdır (2).
3. *Lezyonların renkleri:* Birçok lezyonun özgün renkleri vardır ve tıpkı lezyon dağılımında olduğu gibi lezyon renginin de tanıda önemli bir yeri vardır (2).
4. *Lezyonların sayıları:* Lezyon sayısının tek ya da multiple olması ayrıca lezyonların tek tip (monomorfik), yoksa birçok lezyonlardan meydana gelmesi (polimorfik), hastalıkların tanısında önemli bir yol göstericidir (2).
5. *Lezyonların kıvamı:* Lezyonların sert ve yumuşak olup olmadıkları araştırılmalıdır (2).
6. *Lezyonların kenar durumu:* Lezyon kenarlarının yuvarlak veya girintili çıkıntılı olup olmadığına bakılmalıdır (2).

Primer deri lezyonları, derinin doğrudan kendisinden kaynaklanan cilt lezyonlarıyken, sekonder lezyonlar ise deride başka bir lezyon üzerinde veya sonrasında gelişen lezyonlardır. Primer deri lezyonları deriden kabarık olan lezyonlar ve deriden kabarık olmayan lezyonlar olmak üzere ikiye ayrılır (1-3). Bu bölümde primer deri lezyonlarının tanımından bahsedilecektir.

¹ Uzm. Dr. Nida ÖZTOP, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD., İmmünoloji ve Allerjik Hastalıklar BD, nida_oztop@hotmail.com

için travma ile kolaylıkla yırtılabilir; daha derin yerleşimde olursa daha gergin olabilir ve ülserasyon ya da skatris geliştirebilir (1-3).

Püstül

İçinde sıvı bulunduran, deriden kabarık, vezikül ile karışabilen, beyaz-sarı veya yeşil-sarı renkte olabilen küçük kabarcıklardır. Aynı vezikülde olduğu gibi içerisinde kan karışırsa kırmızı renkte olabilir. Püstül doğrudan ciltte çıkabileceği gibi papül veya vezikül üzerinde de gelişebilir. Epidermis ve dermişte görülebilir. Epidermis püstülleri iz bırakmazken, dermiş püstülleri skatris ile iyileşir (1-3). İmpetigo, sfiliz, şarbon gibi hastalıklarda görülen döküntüler püstüle örnek olarak gösterilebilir (3, 4).

KAYNAKLAR

1. Petit A, Taylor A. Skin semiology and grading scales. In: Ethnic Dermatology – Principles and Practice, Dadzie OE, Petit A, Alexis AF, (Eds). Wiley- Blackwell, 2013.
2. Coulson IH, Benton EC, Ogden S. Diagnosis of skin disease. In: Rook's Textbook of Dermatology, 9th ed, Griffiths C, Barker J, Bleiker T, et al, (Eds). Wiley-Blackwell, 2016.
3. Wilmer EN, Gustafson CJ, Ahn CS, Davis SA, Feldman SR, Huang WW. Most common dermatologic conditions encountered by dermatologists and nondermatologists. Cutis. 2014;94(6):285-92.
4. Rimoin L, Altieri L, Craft N, Krasne S, Kellman PJ. Training pattern recognition of skin lesion morphology, configuration, and distribution. J Am Acad Dermatol. 2015;72(3):489-95.
5. Cox NH. Palpation of the skin--an important issue. J R Soc Med. 2006;99(12):598-600.

GİRİŞ

Birçok hastalık deri bulguları ile kendini gösterir. Derinin durumu veya lezyonun ayırıcı tanısı, nedenini ve gelişimini anlamak için çok önemlidir. Bu nedenle, bir deri problemi ile başvuran hastaya ilk yaklaşım, mevcut cilt şikayetinin ayrıntılı bir öyküsünü ve kapsamlı (kafa derisi, ağız mukozası, burun, gözler, genital bölge ve tırnak dokusu dahil) bir cilt muayenesini gerektirir (1,2). Deri hastalıklarının tanınmasında öykü ve görsel muayene birincil öneme sahip olsa da bazen doğru teşhis için laboratuvar testleri veya deri biyopsisi gibi ek tetkikler gerekebilir (3). Bu muayenede lezyonun morfolojisi (tipi), rengi, mevcut lezyonların sayısı, dağılımı, dağılım paterni (dağınık, kümelenmiş, gruplanmış, birleşme eğiliminde vb. gibi) özellikler değerlendirilir (3,4). Deri lezyonları genel olarak sık görülen durumlardır, bu nedenle klinisyenlerin iyi huylu durumları acil sevk ve tedavi gerektiren kötü huylu durumlardan ayırt edebilmeleri önemlidir (3). Bu nedenle gözlenen durumu doğru tanımlamayabilmek çok önemlidir. Deri lezyonları, birbirinden farklı belirli terimler ile tanımlanır ve bu terim bilgisi, herhangi bir dermatolojik durumu tanımlamak için idealdir.

Deri değerlendirmesinde ilk olarak, hastanın vücut ısısı, cilt kuruluğu, kaşıntısı, cilt ve tırnak dokusundaki değişiklikler değerlendirilir. Ardından deri, renk, kalınlık, simetri ve elementer lezyonlar açısından değerlendirilir. Birçok cilt hastalığı, elementer lezyon olarak adlandırılan primer bir lezyonla başlar (4). Derinin elementer lezyonları iki kategoriye ayrılır: primer (birincil) ve sekonder (ikincil) lezyonlar (2). Primer lezyonlar temelde hastalığın orijinal lezyonlarıdır ve bir durumu teşhis etmek için doğru bir şekilde tanımlanmaları gerekir (2). İkincil lezyonlar, deri hastalığının ilerlemesi sırasında gelişen travma, kaşıntı, çizilme, enfeksiyon veya tedaviler neticesinde meydana gelen zaman içerisindeki değişiklikler sonucu ortaya çıkan lezyonlardır (2).

Bu bölümde derinin sekonder lezyonları anlatılacaktır.

¹ Uzm. Dr. Şengül BEYAZ, Ankara Şehir Hastanesi, sengulbeyaz@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Griffiths, C., Barker, J., Bleiker, T., Chalmers, R., Chalmers, D. (2016). Rook's Textbook of Dermatology. (Ninth Edition). West Sussex:John Wiley & Sons, Ltd.
2. Sarkar, R. (2021). Concise Dermatology. (First Edition). NY:Taylor & Francis Group, LLC.
3. Dinulos, G.H.J. (2021). Habif's CLINICAL DERMATOLOGY: A Color Guide to Diagnosis and Therapy. (Seventh Edition). Elsevier Inc.
4. Gawkrodger, J.D., Ardern-Jones, M.R. (2017) Dermatology: AN ILLUSTRATED COLOUR TEXT. (Sixth Edition). London:Elsevier Inc.
5. Shimizu, H. (2017). Shimizu's Dermatology. (Second Edition). NJ:Wiley-Blackwell.
6. Florian, M.C., Tomimori, J., de Mendonça, S.B.M., Rodrigues, D.A. (2017) Elementary Skin Lesions in Dermatological Medical Examinations. In: Dermatological Atlas of Indigenous People. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-59446-0_3.
7. Wolff, K., Johnson, R.A., Saavedra, A.P., Roh, E.K. (2017). Fitzpatrick's Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology. (Eighth Edition). NY:McGraw-Hill Education.

GİRİŞ

Bir cilt problemi nedeniyle başvuran hastadan iyi bir anamnez alınmalı ; mukozalar, saçlı deri, tırnaklar, vücut kılları, kulaklar, göz kapakları, kalça, perineal bölge, anüs ve cinsel organ zarlarını içeren tam teşekküllü bir cilt muayenesi yapılmalıdır (1).

Cilt hastalıkları kendilerini objektif ve subjektif olmak üzere iki çeşit belirti (septom) ile gösterirler. Dermatozun hastada oluşturduğu gözle farkedilmeyen ancak kişi tarafından ifade edilen; ağrı, yanma batma, kaşıntı gibi şikayetler ve duygular subjektif semptom; hastalığın ciltte oluşturduğu, gözle görünen belirtiler ise objektif semptomlardır. Primer lezyonlar; cildin hastalıklara ve saldırılara verdiği cevaptır. Derinin normal yapısında cilt hastalıklarının başlangıcından sonuna kadar olan seyrinde oluşan ve hastalıkları tarif etmek için kullanılan değişikliklere ve belirtiler elementer lezyon olarak tanımlanır. Ana kutanöz semptomlar ağrı ve kaşıntıdır.

Hastaya ilk olarak şikayeti sorulmalıdır. Hastalığın nerede, ne zaman başladığı, nasıl yayıldığı, iyileşme ve tekrar oluşumlar, tetikleyici faktörler, güneş, egzersiz, soğuk, sıcak, mevsim, gebelik, seyahat öyküsü, hastanın daha önce başka bir hekime başvurup başvurmadığı, almış olduğu tedaviler, ve kullandığı ilaçların etkisi, başvurduğu geleneksel veya alternatif tıp yöntemleri sorulur. Özgeçmişinde ise geçirdiği operasyonlar, kronik hastalıklar, alışkanlıklar (alkol, sigara, uyuşturucu, ilaç vs.), allerji öyküsü (özellikle ilaç), sosyal hikayesinde; yaşadığı yer, evde hayvan bakımı, hobiler, çevresel faktörler, yurtiçi ve yurtdışı uzak seyahatler, cinsel öykü, iv madde kullanımı, kan transfüzyonu sorgulanmalıdır.

Hasta belirli bir sistem içerisinde muayene edilir. Muayene iyi aydınlatılmış bir odada yapılmalıdır. Genel fizik muayenenin doğru bir yolu yoktur. Her hekim cilt muayenesine kendi tarzıyla yaklaşır.

¹ Uzm. Dr. Gökçem YALIN KOCAMAZ, Konya Meram Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Bölümü
gokcemyalin@hotmail.com

Laboratuvar incelemeleri; ayırıcı tanıda önemlidir. Ödem tedavisi altta yatan hastalığa yönelik olarak planlanmalıdır. Ödeme neden olan ilaç kullanımı varsa ilaç kesilmelidir. Sıvı birikimini azaltmak için tuz kısıtlaması yapılmalıdır. Diüretikler (tiyazidler, loop diüretikleri, mineralokortikoid reseptör blokerleri) ödem tedavisinde kullanılan temel ajanlardır. Pulmoner ödemin tedavisi acildir ve hızla diüretik tedavisinin uygulanması gerekir. Diğer durumların çoğunda furosemid gibi bir *loop* diüretiğiyle tedaviye başlamak, sirozlu hastalarda mineralokortikoid reseptör blokerlerini (spironolakton, eplerenon) tedaviye eklemek önerilir (38). 1,5-2 kg/gün volüm azaltımı sağlayacak şekilde diüretik dozları ve kombinasyonları uygulanabilir ve pek çok hasta tarafından iyi tolere edilir. Bu süreçte diüretik yan etkilerine, sıvı-elektrolit denge bozukluklarına ve metabolik alkaloz gelişimine dikkat edilmelidir. Medikal tedaviye dirençli olgularda da mekanik ultrafiltrasyon ödem tedavisinde kullanılabilir.

KAYNAKLAR

1. Mahajan, V.K. and S. Handa, *Diagnosis of Skin Diseases*, in *Atlas of Dermatology, Dermatopathology and Venereology*, B. Smoller and N. Bagherani, Editors. 2020, Springer International Publishing: Cham. p. 1-61.
2. Wu, Q., *Andrews' diseases of the skin: Clinical dermatology, 13th edition*. Journal of the American Academy of Dermatology, 2019. **81**(6): p. e187.
3. Al-Dabagh, A., et al., *Rosacea in skin of color: not a rare diagnosis*. Dermatol Online J, 2014. **20**(10).
4. Cox, N.H., *Palpation of the skin--an important issue*. J R Soc Med, 2006. **99**(12): p. 598-600.
5. Klatte, J.L., N. van der Beek, and P.M. Kemperman, *100 years of Wood's lamp revised*. J Eur Acad Dermatol Venereol, 2015. **29**(5): p. 842-7.
6. Sonthalia, S., S. Yumeen, and F. Kaliyadan, *Dermoscopy Overview and Extradagnostic Applications*, in *StatPearls*. 2021, StatPearls Publishing
- Copyright © 2021, StatPearls Publishing LLC.: Treasure Island (FL).
7. Nassar, M.S., et al., *Comparison of paracorporeal and continuous flow ventricular assist devices in children: preliminary results*. Eur J Cardiothorac Surg, 2017. **51**(4): p. 709-714.
8. Steinhorn, R.H., *Evaluation and management of the cyanotic neonate*. Clin Pediatr Emerg Med, 2008. **9**(3): p. 169-175.
9. Park, M.K., *The Pediatric Cardiology Handbook E-Book: Mobile Medicine Series*. 2014: Elsevier Health Sciences.
10. Steinhorn, R.H., *Evaluation and Management of the Cyanotic Neonate*. Clinical Pediatric Emergency Medicine, 2008. **9**(3): p. 169-175.
11. Lee, F.Y., et al., *Carbon monoxide poisoning and subsequent cardiovascular disease risk: a nationwide population-based cohort study*. Medicine (Baltimore), 2015. **94**(10): p. e624.
12. Ntsinjana, H.N., M.L. Hughes, and A.M. Taylor, *The role of cardiovascular magnetic resonance in pediatric congenital heart disease*. J Cardiovasc Magn Reson, 2011. **13**(1): p. 51.
13. Kemp, W.L., M.A. Koponen, and S.E. Meyers, *Addison Disease: The First Presentation of the Condition May be at Autopsy*. Academic Forensic Pathology, 2016. **6**(2): p. 249-257.
14. Murphy-Chutorian, B., et al., *Dermatologic manifestations of diabetes mellitus: a review*. 2013. **42**(4): p. 869-898.
15. Mishra, S.K., N. Gupta, and R. Goswami, *Plasma adrenocorticotropin (ACTH) values and cortisol response to 250 and 1 microg ACTH stimulation in patients with hyperthyroidism before*

- and after carbimazole therapy: case-control comparative study. *J Clin Endocrinol Metab*, 2007. **92**(5): p. 1693-6.
16. McCullen, M.A., D.H. Crawford, and P.E.J.C.C.A. Hickman, *Screening for hemochromatosis*. 2002. **315**(1-2): p. 169-186.
 17. Hillman RS, A.K., Leporrier M, Rinder HM, *Vascular purpura*. In: *Hematology in Clinical Practice*. Fifth Ed ed, ed. T.M.-H. Company. 2011. 356-363.
 18. Lee PHA, G.R., *Williams Hematology*. 2001: p. 1857-1866.
 19. Hoffman R, B.E. and F.B. Shattil SJ, Cohen HJ, Silberstein LE, McGlave P *Hematology Basic Principles and Practice*. Clinical Evaluation of Hemorrhagic Disorders: The Bleeding History and Differential Diagnosis of Purpura., 2005: p. 1975-1999.
 20. Aslaner Ak, M., et al., *purpuralı hastaya yaklaşım*. 2020.
 21. Basile, F.V., A.V. Basile, and A.R. Basile, *Striae distensae after breast augmentation*. *Aesthetic Plast Surg*, 2012. **36**(4): p. 894-900.
 22. Mitts, T.F., F. Jimenez, and A. Hinek, *Skin biopsy analysis reveals predisposition to stretch mark formation*. *Aesthet Surg J*, 2005. **25**(6): p. 593-600.
 23. Wang, F., et al., *Marked disruption and aberrant regulation of elastic fibres in early striae gravidarum*. *Br J Dermatol*, 2015. **173**(6): p. 1420-30.
 24. Klehr, N., *Striae cutis atrophicae. Morphokinetic examinations in vitro*. *Acta Derm Venereol Suppl* (Stockh), 1979. **59**(85): p. 105-8.
 25. Parker, F., *Normocholesterolemic xanthomatosis*. *Arch Dermatol*, 1986. **122**(11): p. 1253-7.
 26. Hubert, H.B., et al., *Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26-year follow-up of participants in the Framingham Heart Study*. *Circulation*, 1983. **67**(5): p. 968-77.
 27. Smellie, W.S., *Hypertriglyceridaemia in diabetes*. *Bmj*, 2006. **333**(7581): p. 1257-60.
 28. Wheeler, D.C. and D.B. Bernard, *Lipid abnormalities in the nephrotic syndrome: causes, consequences, and treatment*. *Am J Kidney Dis*, 1994. **23**(3): p. 331-46.
 29. O'Brien, T., et al., *Hyperlipidemia in patients with primary and secondary hypothyroidism*. *Mayo Clin Proc*, 1993. **68**(9): p. 860-6.
 30. Crook, D., et al., *Comparison of transdermal and oral estrogen-progestin replacement therapy: effects on serum lipids and lipoproteins*. *Am J Obstet Gynecol*, 1992. **166**(3): p. 950-5.
 31. Hilbrands, L.B., et al., *The effects of cyclosporine and prednisone on serum lipid and (apo)lipoprotein levels in renal transplant recipients*. *J Am Soc Nephrol*, 1995. **5**(12): p. 2073-81.
 32. Sayin, I., et al., *Xanthelasma palpebrarum: a new side effect of nilotinib*. *BMJ Case Rep*, 2016. **2016**.
 33. Inazu, A., et al., *Opposite effects on serum cholesteryl ester transfer protein levels between long-term treatments with pravastatin and probucol in patients with primary hypercholesterolemia and xanthoma*. *Atherosclerosis*, 1999. **145**(2): p. 405-13.
 34. Zaremba, J., A. Zaczekiewicz, and W. Placek, *Eruptive xanthomas*. *Postepy Dermatol Alergol*, 2013. **30**(6): p. 399-402.
 35. Levick, J.R. and C.C. Michel, *Microvascular fluid exchange and the revised Starling principle*. *Cardiovasc Res*, 2010. **87**(2): p. 198-210.
 36. Lawenda, B.D., T.E. Mondry, and P.A. Johnstone, *Lymphedema: a primer on the identification and management of a chronic condition in oncologic treatment*. *CA Cancer J Clin*, 2009. **59**(1): p. 8-24.
 37. Ozelsancak, R., *Ödem: Nedenleri, Patofizyolojisi ve Tedavisi*. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 2016. **25**: p. 97.
 38. Mishra, S., *Diuretics in primary hypertension - Reloaded*. *Indian Heart J*, 2016. **68**(5): p. 720-723.

GİRİŞ

Baş muayenesi genel fizik muayenesinin temel bir parçasıdır. Vital bulgular ve genel durum değerlendirmesinden sonra fizik muayenenin ilk kısmıdır. Başın muayenesi, kafatası, saç ve saçlı derisi, yüz, burun, kulaklar, ağız, gözler ve boyun muayenesini içerir. Baş, diğer vücut bölümlerden daha karmaşık bir yapıya sahiptir ve beynin mekanik korunmasında, beslenme, solunum, iletişim kurmada, duyu algılamada gibi birçok hayati fonksiyonlara katılır. İyi gelişmiş kollateral sistemi nedeniyle başın vaskülarizasyonu zengindir ve duysal inner-vasyonu özellikle ağız kısmında yüksek yoğunluktadır. Tam baş ve boyun muayenesi uzun olduğu için genellikle hastanın öyküsüne ve başvuru şikayetine göre şekillendirilebilir.

Baş muayenesi, hastanın baş-boyun kısmı muayene edenin göz hizasında ve baş açık olacak şekilde oturur pozisyonda yapılır. Baş muayenesi için dört fizik muayene yöntemlerden inspeksiyon ve palpasyon genellikle yeterli olabilir (Tablo1). Oskültasyon, boyun muayenesinde (özellikle vasküler yapıların ve tiroid bezin değerlendirmesinde) yararlı olabilir. Ancak kapsamlı göz ve kulak muayenesi için bazı spesifik cihaz ve teknikler gereklidir. Göz ve kulak muayenesinde, muayene eden hekimi aşan durumların tespiti halinde hasta ilgili branş uzmanına yönlendirilmelidir.

Bu bölümde baş muayenesinin özellikle kafatası muayenesi ve patolojilere yer verilecektir.

Erişkin kafatasını yedi kaynaşmış kemik oluşturur. Altta yatan kemikler, başın bölgelerini tanımlamak için kullanılır ve fizik muayene bulgularının lokalize edilmesinde ve tanımlanmasında faydalıdır. Yenidoğan bebeğin kafatasında bu kemikler birbirinden sütürlerle ayrılmıştır ve kemiklerin birleşim noktaları arasında fontanelleler oluşmuştur. Bu düzenleme beynin gerekli şekilde büyüye-

¹ Uzm. Dr. Aylia YEŞİLOVA, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları, yesilovaay@yahoo.com

ken kapanması *skafosefali* (*dolikosefal*) denen kafatası şekil bozukluğuna neden olur. Alın öne doğru çıkık ve ön ve arka boyutu uzun ve dar bir kafa oluşur ve kafatasının arkasında kemik bir çıkıntı bulunur. Koronal sinostoz tek veya çift taraflı olabilir ve *plagiosefaliye* sebep olur. Çocukta etkilenen taraftaki göz çukurunda yukarı doğru, burunda kayma ve göz çukuru çıkıntısında düzleşme gibi şekil bozuklukları oluşur. Fontanel ve burun arasında bulunan metopik sütürün erken kapanması üçgen kafa olarak adlandırılan *trigonosefali* kafatası şekli ile sonuçlanır. Sivri alın ve gözler arasındaki mesafe azalmasına (hipotelorizm) sebep olur. Lambdoid sinostoz nadir görülen sinostoz tipidir ve tek veya çift taraflı olabilir. Çocukta etkilenen taraf kafatasının arkasında düzleşme meydana gelir.

Baş muayenesinde saptanan tüm anormal bulgular her yaşta dikkatle aydınlatılması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Cohen MM Jr. Malformations of the Craniofacial Region: Evolutionary, Embryonic, Genetic, and Clinical Perspectives. American Journal of Medical Genetics (Seminars in Medical Genetics), 115:245-268, 2002
2. Nard JA. Abnormal head size and shape. In: Common & Chronic Symptoms in Pediatrics, Gartner JC, Zitelli BJ (Eds), Mosby, St. Louis 1997
3. Varma R, William, SD, Wessel HB. Neurology. In: Atlas of Pediatric Physical Diagnosis, 5th ed, Zitelli BJ, Davis HW (Eds), Mosby Elsevier, Philadelphia 2007. p.563-9
4. De Myer W. Megalencephaly: types, clinical syndromes, and management. Pediatr Neurol 1986; 2:321
5. Fenichel GM. Disorders of cranial volume and shape. In: Clinical Pediatric Neurology: A Signs and Symptoms Approach, 5th ed, Elsevier Saunders, Philadelphia 2005. p.353.
6. Day RE, Schutt WH. Normal children with large heads--benign familial megalencephaly. Arch Dis Child 1979; 54:512.
7. Lorber J, Priestley BL. Children with large heads: a practical approach to diagnosis in 557 children, with special reference to 109 children with megalencephaly. Dev Med Child Neurol 1981; 23:494.
8. Talebian A, Soltani B, Moravveji A, et al. A study on causes and types of abnormal increase in infants' head circumference in kashan/iran. Iran J Child Neurol 2013; 7:28.
9. Weaver DD, Christian JC. Familial variation of head size and adjustment for parental head circumference. J Pediatr 1980; 96:990
10. Gleeson JG, Dobyns WB, Plawner L, Ashwal S. Congenital structural defects. In: Pediatric Neurology Principles and Practice, 4th ed, Swaiman KE, Ashwal S, Ferriero DM (Eds), Mosby Elsevier, Philadelphia 2006. p.399
11. Hamza M, Bodensteiner JB, Noorani PA, Barnes PD. Benign extracerebral fluid collections: a cause of macrocrania in infancy. Pediatr Neurol 1987; 3:218
12. Alvarez LA, Maytal J, Shinnar S. Idiopathic external hydrocephalus: natural history and relationship to benign familial macrocephaly. Pediatrics 1986; 77:901
13. Woods CG. Human microcephaly. Curr Opin Neurobiol 2004; 14:112
14. Abuelo D. Microcephaly syndromes. Semin Pediatr Neurol 2007; 14:118
15. Mahmood S, Ahmad W, Hassan MJ. Autosomal Recessive Primary Microcephaly (MCPH): clinical manifestations, genetic heterogeneity and mutation continuum. Orphanet J Rare Dis 2011; 6:39.

16. Atelencephalic microcephaly. Garcia CA, Duncan C *Dev Med Child Neurol.* 1977;19(2):227
17. Leroy JG, Frías JL. Nonsyndromic microcephaly: an overview. *Adv Pediatr* 2005; 52:261
18. Hehr U, Muenke M. Craniosynostosis syndromes: from genes to premature fusion of skull bones. *Mol Genet Metab* 1999; 68:139. Craniosynostosis syndromes: from genes to premature fusion of skull bones.
19. Cohen MM Jr. Etiopathogenesis of craniosynostosis. *Neurosurg Clin N Am* 1991; 2:507.
20. Johnson D, Wilkie AO. Craniosynostosis. *Eur J Hum Genet* 2011; 19:369

Yüzün ve Saçın Muayenesi-Özel Hastalıklarda

40. BÖLÜM

Mücteba CAN¹

GİRİŞ

Yüzün genel görünümü eski yıllardan beri teşhis için bir aracı olmaktadır. Eski den beri hekimler yüz ifadesine anlam atfetmişlerdir. Kişinin karakteri ve zeka durumu hakkında yüzünden fikir sahibi olunabilir. Üzüntü, heyecan, korku, sevinç, ağrı, mutluluk gibi duygu ve durumlar yüz ifadesinden anlaşılabılır.

Bireyin yüz ifadesi, cildinin görünümü, simetrisi, kullandığı mimikler vb. değerlendirilmelidir. Örneğin; hastanın yüz ifadesi size ne ifade ediyor/söylüyor?, ağrı, korku ya da anksiyete yaşıyormuş gibi görünüyor mu?, mutlu ya da üzüntülü mü?, göz teması kuruyor mu? değerlendirilmelidir.

Yüz ifadesi bazı hastalıklar için spesifik bulgular içerebilir (parkinson hastalığındaki maske yüz görünümü gibi). Bireyin yüz hattının simetrikliği de önemlidir. Pitozis bazı nörolojik hastalıkların habercisi olabilir. Yüzün bir kısmının düşmesi geçici iskemik atak ya da felç bulgusu olabilir. Egzoftalmi hipertiroidi bulgusu olabilir. Hastanın kendi yaşından daha yaşlı bir cilt durumu farklı hastalıkların belirtisi olabilir.

Saçlarda incelme veya kalınlaşma, kuruluk gibi yapısal değişiklikler de farklı hastalıklar için ipucu olabilir.

İncelme, kabalaşma, saç çizgisi, kadında frontal açılma, erkekte düz alın çizgisi, ense saç çizgisi değişiklikleri spesifik hastalıklar için bilgi verebilir.

PARKİNSON

Görünümü teşhis koydurucu hastalıklardan biridir. İfadesiz, donuk, maske gibi bir yüz mevcuttur. Başta ve ellerde titreme mevcut olup yürüme bozukluğu eşlik edebilir (Resim 1).

¹ Uzm. Dr. Mücteba CAN, Ankara Şehir Hastanesi, muctebacan@gmail.com

Talyum, kemoteröpatikler, vitamin A intoksikasyonu, çinko eksikliği, demir eksikliği saç dökülmesine neden olan kimyasal maddelerdir. Fiziksel ajanlardan X ışınları, ateşli hastalıklardan tifo, lepra sifiliz ve herkes gibi enfeksiyonlarda saç dökülmesine sebep olabilir. Lupus, dermatomiyozit, sistemik skleroz gibi immünolojik hastalıklarda da saç dökülmesi görülebilmektedir. Hipo/hipertiroidi, cushing sendromu, adenohipofizer yetmezlik, gebelik, kadınlarda adenohipofizer tümörler, diyabete mellitus da saç dökülmesine neden olan endokrinopatilerdendir. Kaşeksi, pellegra gibi ağır nutrisyonel bozukluklar da saç dökülmesi sebebi olabilir.

Saçların yanında kaşların da dökülmesi yine ipucu olabilecek başka bir muayene bulgusu olabilir. Özellikle kaşların 1/3 dış kısmı hipotiroidi ve lepra'da dökülebilir.

KAYNAKLAR

1. Abaoğlu-Aleksanyan: Teşhiste Temel Bilgi (Prepedötik), 3. Baskı, Filiz Kitabevi, 1988, İstanbul
2. Abdülkadir Kayısı: İç Hastalıkları (Semiyoloji), 8. Baskı, Alfa Kitabevi, 55-59
3. İsfendiyar Candan: Muayeneden Tanıya, 1. Baskı, Antıp A.Ş.

Göz Hastalıklarında Ön Segment Muayenesi

41. BÖLÜM

Ayşe Yeşim ORAL ¹
İbrahim Ethem AY ²

GİRİŞ

Tibbin fizik muayene ilkelerini inspeksiyon, oskültasyon, perküsyon ve palpasyon oluşturur. İnspeksiyon, hastanın kapıdan girdiği ilk andan itibaren başlar ve hastayı ilk kez gören hekim, genel bir değerlendirme yapma imkanı bulur. Göz hastalıkları alanında asıl muayeneyi oluşturan inspeksiyondur, diğer muayene yöntemlerinin kullanımı oldukça sınırlıdır. Gözün inspeksiyon muayenesi hasta ile ilk göz göze geldiğimiz anda başlar. Daha sonra ışıkla muayene veya el biyomikroskobu ile detaylı değerlendirme yapılabilir.

GÖRME KESKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ehliyet muayenesi için gelen hastalar başta olmak üzere, görme keskinliğinde azalma şikayetiyle başvuran olgularda tercihen altı metreden, imkan yok ise üç metreden uygun bir harf eşelinin okutulmasıyla görme keskinliği değerlendirilebilir. Böylece görme kaybı yaşadığını söyleyen hastanın görme keskinliği objektif olarak kaydedilmiş olur.

PUPİLLANIN VE IŞIK REFLEKSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Kalem şeklindeki bir ışık kaynağı ile pupillanın genel bir değerlendirmesi yapılabilir ve ışık refleksi kontrol edilebilir. Pupillaya gelen ışık, ikinci sinir vasıtasıyla merkezi sinir sistemine iletilir ve oradan gelen yanıt doğrultusunda üçüncü sinir yoluyla pupil aralığında küçülme gözlenir. Bu yolağın sağlıklı çalıştığının tespiti, optik sinirle ilgili pek çok majör patolojiyi ekarte etmek adına önemlidir.

¹ Prof. Dr. Ayşe Yeşim ORAL, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, yesimoral@hotmail.com

² Op. Dr. İbrahim Ethem AY, Afyonkarahisar, Sandıklı Devlet Hastanesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları AD. ibrahimethemay@windowslive.com

KAYNAKLAR

1. Alpay, Atilla et al. "Comparing techniques for pterygium surgery." *Clinical ophthalmology (Auckland, N.Z.)* vol. 3 (2009): 69-74.
2. Cho, Sang Hyoun et al. "A simple new method for identifying the proximal cut end in lower canalicular laceration." *Korean journal of ophthalmology : KJO* vol. 22,2 (2008): 73-6. doi:10.3341/kjo.2008.22.2.73
3. Bahn, Rebecca S. "Graves' ophthalmopathy." *The New England journal of medicine* vol. 362,8 (2010): 726-38. doi:10.1056/NEJMra0905750
4. Azarmina, Mohsen, and Hossein Azarmina. "The six syndromes of the sixth cranial nerve." *Journal of ophthalmic & vision research* vol. 8,2 (2013): 160-71.
5. Deshmukh, Rashmi et al. "Management of corneal perforations: An update." *Indian journal of ophthalmology* vol. 68,1 (2020): 7-14. doi:10.4103/ijo.IJO_1151_19
6. Broadway, David C. "How to test for a relative afferent pupillary defect (RAPD)." *Community eye health* vol. 25,79-80 (2012): 58-9.
7. Pinar-Sueiro, Sergio et al. "Dacryocystitis: Systematic Approach to Diagnosis and Therapy." *Current infectious disease reports*, 29 Jan. 2012, doi:10.1007/s11908-012-0238-8

Göz Hastalıklarında Arka Segment Muayenesi

42. BÖLÜM

Müberra AKDOĞAN¹
İbrahim Ethem AY²

GİRİŞ

Arka segment, kabaca gözün arka 2/3 kısmı olarak tanımlanabilir. Retina, korooid, optik sinir ve vitreus, arka segmente dahil olan yapılardır. Bu bölgenin detaylı muayenesi için biyomikroskop veya akıllı telefonlara adapte olabilen bir takım cihazlar gereklidir. Bununla birlikte oftalmoskop ile muayene yapılarak pek çok patolojiye tanı koyulabilir ve önemli pek çok hastalık ekarte edilebilir. Her hekim oftalmoskop ile göz dibi bakısını bilmeli ve gerektiğinde uygulamalıdır.

İyi bir göz dibi bakısı için pupillanın(göz bebeğinin) dilatasyonu (genişletilmesi) gereklidir. Bunun için midriyatik ajanlar kullanılır. Lokal fenilefrin, tropikamid ve siklopentolat bu amaçla ülkemizde sık kullanılan preparatlar arasındadır. Fenilefrinin etkisi kısa süreli iken, siklopentolat diğer ajanlara göre daha uzun süren pupiller dilatasyon yapar. Hastaların gözüne bu ajanlar damlatılmadan önce, damladan sonra ışığa karşı hassasiyet ve görme bulanıklığı gelişebileceği muhakkak izah edilmelidir. Öğleden sonra sınava girecek bir öğrenciye ve araç kullanmak zorunda olan bir hastaya bu ajanlar damlatılmadan önce, hastanın yakın ve daha az olarak uzak görmesinin geçici olarak bozulabileceğinden böyle bir kararı birlikte almak ayrıca önem arz eder.

OPTİK NÖRİT (RETROBULBER)

Optik sinirin ön kısmının iltihabı durumunda (anterior optik nöropati), optik sinir başı tıpkı papil ödemde olduğu gibi sınırları belirsiz ve ödemli olarak gözlenecektir. Optik sinirin arka kısmının iltihabı durumunda (posterior optik nöropati / retrobulbernörit) optik sinir akut dönemde doğal izlenir. Tıp literatürüne

¹ Doç. Dr. Müberra AKDOĞAN, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, mbrakdogan@yahoo.com

² Op. Dr. İbrahim Ethem AY, Afyonkarahisar, Sandıklı Devlet Hastanesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları AD., ibrahimethemay@windowslive.com

Etambutol	Optik nörit
İsoniazid	Optik nörit
Amiodaron	Optik nörit, kornea ve retinada deposit birikimi
Vigabatrin	Bilateralkonsantrik ve nazal kısımlarda belirgin olmak üzere kalıcı görme alanı kaybı
Metotreksat	Optik nörit

KAYNAKLAR

1. Varma, D D et al. "A review of centralretinalarteryocclusion: clinicalpresentationandmanage-ment." *Eye (London, England)* vol. 27,6 (2013): 688-97. doi:10.1038/eye.2013.25
2. Wang, Wei, andAmy C Y Lo. "DiabeticRetinopathy: PathophysiologyandTreatments." *Inter-national journal of molecularsciences* vol. 19,6 1816. 20 Jun. 2018, doi:10.3390/ijms19061816
3. Tsukikawa, Mai, and Andrew W Stacey. "A Review of HypertensiveRetinopathyandChoriore-tinopathy." *Clinicaloptometry* vol. 12 67-73. 5 May. 2020, doi:10.2147/OPTO.S183492
4. Karia, Niral. "Retinalveinocclusion: pathophysiologyandtreatmentoptions." *Clinicalophthal-mology (Auckland, N.Z.)* vol. 4 809-16. 30 Jul. 2010, doi:10.2147/oph.s7631
5. Li, Junping et al. "Drug-inducedoculardisorders." *Drugsafety*vol. 31,2 (2008): 127-41. doi:10.2165/00002018-200831020-00003
6. Shearer, R V, and E L Dubois. "Ocularchangesinducedbylong-termhydroxychloroqu-ine (plaquenil) therapy." *Americanjournal of ophthalmology*vol. 64,2 (1967): 245-52. doi:10.1016/0002-9394(67)92518-4
7. Sudharshan, S et al. "Currentapproach in thediagnosisandmanagement of posterioruvei-tis." *Indianjournal of ophthalmology* vol. 58,1 (2010): 29-43. doi:10.4103/0301-4738.58470

GİRİŞ

Hasta değerlendirmede fizik muayene oldukça değerli bir araçtır. Asemptomatik bir erişkinin senelik fiziksel muayenesi hekim-hasta ilişkisinin gelişiminde faydalı olabileceği gibi, hastanın spesifik semptomları olduğunda detaylı anamnez ile birlikte fizik muayene ayırıcı tanı spektrumunun daraltılmasında; çoğu olguda da teşhisin belirlenmesinde önemli bir yere sahiptir. Görüntüleme yöntemlerinin ve laboratuvar testlerinin kolayca ulaşılabilir fakat maliyetli olabildiği günümüz hekimliğinde, detaylı fizik muayene hastaların değerlendirilmesinin önemli bir bileşeni olmayı sürdürmektedir.

BURUN MUAYENESİ

Baş ve boyun muayenesi sıklıkla birçok alandaki hekim tarafından gerçekleştirilmektedir. Baş ve boyun bölgesinin muayenesinin, özellikle üst hava ve sindirim yolunun dışarıdan direkt görülememesi nedeniyle bazı zorlukları bulunmaktadır. Sağlık teknolojisindeki yenilikler tıbbi enstrümantasyonların ve yeni tekniklerin geliştirilmesine, bunlar da bu anatomik bölgenin daha konforlu ve detaylı değerlendirilmesine olanak sağlamaktadır.

Mesleğin sağlık üzerindeki etkisini inceleyen ve sosyal tıbbın öncüleri arasında yer alan Salomon Neumann, 1847 yılında “Tıp ilihine, kemiğine kadar bir sosyal bilimdir” demiştir. İnsan sağlığının sosyal ve çevresel faktörler ile ilişkisinin ön plana çıktığı bazı süreçler, hekimlik pratiğimizi etkilemektedir. Bunlardan en günceli COVID-19 pandemisidir. Aralık 2019 sonlarında Çin’in Wuhan şehrinde yeni koronavirus hastalığı (COVID-19) ortaya çıkmış ve dünyaya hızla yayılmıştır. 11 Mart 2020 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü tarafından yeni koronavirus (COVID-19) pandemisi ilan edilmiştir (1).

¹ Uzm. Dr. Tuğba Sevinç GAMSIZ, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Bölümü tubagamsiz@yahoo.com

ilgili branş uzmanına yönlendirilmelidir. Birinci basamakta yönetim hastanın değerlendirilmesi, ağrı ve enfeksiyon tedavisi, minimal debridman ve kırık sap-
tanması durumunda hekimin deneyimi yeterli ise ilk birkaç saat içinde ödem ge-
lişmeden kapalı redüksiyonun yapılmasını içerir. Acil sevkini gerekli olmadığı
durumlarda ilgili branş hekimine travmadan sonraki üç ila beş gün içinde baş-
vuru yapılmalıdır (26). Bu süreçte yüzdeki şişmenin azalması ile daha doğru bir
değerlendirme yapılabilecektir.

Yüzdeki kemik kırıkları arasında en sık karşılaşılanı burun kırıklarıdır. Etiyo-
loji sıklıkla travmadır (27). Sıklıkla yüzde ödem, ağrı, morluk, burun tıkanıklığı
ve burun kanamasına gibi semptomlar meydana gelir. Muayenede kozmetik ve
işlevsel bozukluk açısından dikkatli değerlendirme gereklidir.

Yabancı cisimler sıklıkla 18 ay – 4 yaş aralığındaki çocuklar tarafından yada
mental retardasyonu olan bireyler tarafından buruna yerleştirilirler. Genellikle
ağrısızdırlar. Tek taraflı kötü kokulu burun akıntısı ile prezentasyon tipik olma-
sına karşın, duruma sıklıkla bir yetişkin tarafından tanık olunarak hastaneye baş-
vurulmaktadır. Tek taraflı rinit tablosunda yabancı cisim ihtimali akla gelmeli-
dir. Bitkisel maddeler daha erken mukozal irritasyona yol açarlar. Dügme piller
ise kimyasal yanığa, nazal septumda perforasyona veya stenoza yol açabilen ağır
metaller içermektedir. Tropikal iklimi olan Güney Batı Birleşik Devletler ve Hin-
distan gibi ülkelerde yaşayan ve hijyenik koşullara yeterince özen göstermeyen
bireylerde miyaz yaygındır. En sık enfestasyon ise kurtçuklardır. İnsanlarda epi-
demik boyutlara varabilen, en sık bağırsak solucanı olan *Ascaris lumbricoides*,
regurjitasyon ile buruna yerleşebilmektedir. Burunda yabancı cisimler rinolit,
çevre dokularda enfeksiyon (akut sinüzit, otit, periorbital selülit, meninjit), difte-
ri ve tetanoz gibi komplikasyonlara yol açabileceğinden nazal kavitenin ve kom-
şu dokuların detaylı fiziksel muayenesi oldukça önemlidir.

KAYNAKLAR

1. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-re-marks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
2. Drosten C, Gunther S, Preiser W, et al. Identification of a novel coronavirus in patients with severe acute respiratory syndrome. *N Engl J Med*. 2003;348:1967-1976. Doi: 10.1056/NEJ-Moa030747
3. Chan J.Y.K., Wong E.W.Y., Lam W. Practical Aspects of Otolaryngologic Clinical Services Du-
ring the 2019 Novel Coronavirus Epidemic, An Experience in Hong Kong. *JAMA Otolaryngol
Head Neck Surg*. 2020;146(6):519-520. doi:10.1001/jamaoto.2020.0488
4. Chan J.Y.K., Tsang R.K.Y., Yeung K.W., et al. There is no routine head and neck exam during
the COVID-19 pandemic. *Journal of the Sciences and Specialties of the Head and Neck. Jour-
nal of the Sciences and Specialties of the Head and Neck*. 2020;42:1235–1239. Doi: 10.1002/
hed.26168
5. Anniko M, et al. *Otorhinolaryngology, head and neck surgery*. 2010: Springer Science & Bu-
siness Media.

6. Ohashi Y, and Nakai Y. Functional and morphological pathology of chronic sinusitis mucous membrane. *Acta Oto-Laryngologica* 1983;95(sup.397):11-48.
7. Maurizi M, et al. Ciliary ultrastructure and nasal mucociliary clearance in chronic and allergic rhinitis. *Rhinology* 1984;22(4):233-240.
8. Takasaka T, Sato M, and Onodera A. Atypical cilia of the human nasal mucosa. *Annals of Otology, Rhinology & Laryngology* 1980;89(1):37-45.
9. Cole P. Physiology of the nose and paranasal sinuses, in *Diseases of the Sinuses*. 1996, Springer. p. 33-51.
10. Van Cauwenberge P, et al. Anatomy and physiology of the nose and the paranasal sinuses. *Immunology and allergy clinics of North America* 2004;24(1):1-17
11. Mossa-Basha M, Blitz AM: Imaging of the paranasal sinuses. *Semin Roentgenol* 2013, 48(1):14-34
12. Tessier P, Ciminello FS, Wolfe SA. The Arrhinias. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 2009;43:177-96.
13. Williams A, Pizzuto M, Brodsky L et al. Supernumerary nostril: a rare congenital deformity. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1998;44:161-167.
14. Bister D, Set P, Cash C, Coleman N, Fanshawe T. Incidence of facial clefts in Cambridge, United Kingdom:
15. Eur J Orthod 2011;33:372-376. (ek14) Gargano F, Szymanski K, Bosman M et al. Tessier 1-13 Atypical Craniofacial Cleft. *Eplasty* 2015;15:ic32.
16. Brown OE, Pownell P, Manning SC. Choanal atresia: a new anatomic classification and clinical management applications. *Laryngoscope* 1996;106:97-101
17. Samadi DS, Shah UK, Handler SD. Choanal atresia: a twenty-year review of medical comorbidities and surgical outcomes. *Laryngoscope* 2003;113:254-258.
18. Leclerc JE, Fearon B. Choanal atresia and associated anomalies. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2003;13:265-272.
19. Tabor MH, Desai KR, Respler DS. Symptomatic bilateral nasolacrimal duct cysts in a newborn. *Ear Nose Throat J* 2003;82:90-92
20. EK20 Valero A, Navarro AM, Del Cuvillo A et al. Position paper on nasal obstruction: evaluation and treatment. *J Investig Allergol Clin Immunol* 2018; 28:67-90.
21. Hamza A, Herr D, Solomayer EF, Meyberg-Solomayer G. Polyhydramnios: Causes, Diagnosis and Therapy. *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 2013 Dec;73(12):1241-1246
22. Graham J.M, Scadding G.K, Bull P.D, *Pediatric ENT*, 2007, p104.
23. Graham J.M, Scadding G.K, Bull P.D, *Pediatric ENT*, 2007, p106.
24. ENT in Primary Care Edoardo Cervoni, Kim Leech.2017. sayfa 40
25. James C. Jeng MD, Mark W. Bowyer MD, DMCC, COL, USAF, MC, in *Critical Care Secrets (Fourth Edition)*, 2007 <https://www.sciencedirect.com/topics/immunology-and-microbiology/inhalation>
26. CORRY J, KUCIK, LT, MC, USN, TIMOTHY CLENNEY, CDR, MC, USN, and JAMES PHELAN, CDR, MC, USN, *Naval Hospital Jacksonville, Jacksonville, Florida. Management of Acute Nasal Fractures. Am Fam Physician*. 2004 Oct 1;70(7):1315-1320
27. Hwang K., You S.H. Analysis of facial bone fractures: An 11-year study of 2094 patients. 2010 Jan-Jun; 43 (1): 42-48. Doi: <https://dx.doi.org/10.4103%2F0970-0358.63959>

GİRİŞ

Dudaklar embriyolojik dönemin yaklaşık olarak 6. haftasında gelişimine başlar. Dudaklar intra-oral ve ekstra-oral olarak değerlendirilip, muayenesi yapılır. Dudak yapısını, orbicularis oris kası, içte müköz membran, dışta konnektif dokudan oluşan deri oluşturmaktadır. Yapısında bulunan müköz membran ve deri arasında ki kırmızı renkli geçiş zonuna “vermillion” adı verilir. Deri ile vermillion arasındaki kabarık keskin bölgeye “vermillion hattı” denilir. Üst dudak deri kısmının ortadasında “filtrum” adı verilen vertikal oluk bulunur. Üst ve alt dudak mukozalarının genellikle orta hattın hizasında dişlere atlayan mukoza plikasına “frenilum” denir. Alt ve üst dudakların yan tarafta birleştiği yerler “ağız köşesi” ya da “komissura” olarak adlandırılan yapıyı oluşturur (1).

MUAYENE

Dudak muayenesi inspeksiyon ile başlar. İyi bir inspeksiyon için ortamın ışıklandırmasının yeterli olması gerekmektedir. Dudağa ağız hem açık hem kapalı iken bakılmalıdır. İnspeksiyon ile dudakların şekli, simetrisi, rengi, kıvamı, atrofi, ülserasyon, şişlik, istirahat halinde konumu, komissuralar, mukoza, derinin rengi ve niteliği, frenilumlar değerlendirilir.

Dudakların rengi:

Sağlıklı insanda dudağın rengi açık kırmızı, dudağın şekli dolgundur. Dudaklarda çeşitli hastalıklar nedeniyle renk bozuklukları saptanabilir.

- Siyanoz; hastanın dudakları ve müköz membranlarında sağlıklı pembe görünümün yerine mavi-mor renk değişikliği görülür. Dudaklarda santral tip siyanoz görülür. Arteriyel oksijen saturasyonunda düşmeye veya anormal hemoglobin varlığına bağlı olarak görülebilir. Nedenleri, doğumsal kalp has-

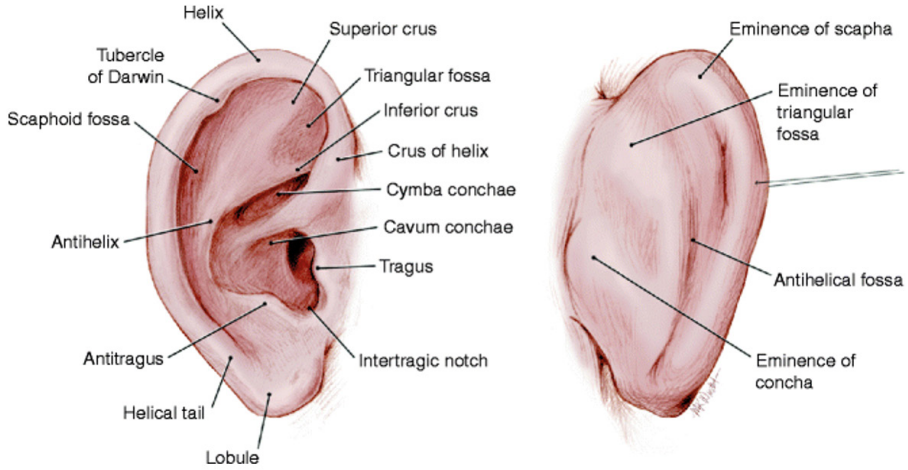
¹ Uzm. Dr. Gülşah BOZ, SBÜ Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Bölümü
gulsahboz@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Scully C: The Oral Cavity and Lips. Rook's Textbook of Dermatology. Ed. Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C: 7th ed. Oxford, Blackwell Publishing; 2004; 66.1-66.121.
2. Akman N. Erişkinde anemilere genel yaklaşım. İ.Ü Cerrahpaşa Tıp fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Anemiler Sempozyumu. 2001: 9-16.
3. Gupta MK, Joseph G. Severe Thrombocytopenia Associated with Iron Deficiency. Hospital Physician 2001; 54: 49-51.
4. Nicolaidou E, Antoniou C, Katsambas AD. Origin, clinical presentation and diagnoses of facial hypermelanoses. Dermatol Clin 2007; 25(3): 321-326.
5. Plensdorf S, Martinez J. Common pigmentation disorders. Am Fam Physician. 2009; 79 (2): 109-116.
6. Odom RB, James WD, Berger TG: Andrew's Diseases of the Skin. Tenth Edition. Philadelphia. WB Saunders Company, 2008; 1057-1072.
7. Lopez Jornet P. White sponge nevus: Presentation of a new family.
8. Pediatric Dermatology Vol 25 No1, 2008: 116-117.
9. Evoli A. Myastheniagravis: new developments in research and treatment. Curr Opin Neurol. 2017; 30(5): 464-470.

GİRİŞ

Kulak işitme ve denge fonksiyonlarının periferik organı olup, temporal kemik içine yerleşmiştir. Görevleri ve yapı bakımından dış kulak, orta kulak ve iç kulak olmak üzere üç bölümden oluşmuştur(1).



Resim 1: Kulak kepçesi yüzeyi (sol) ön. (sağ) arka (2).

Dış kulakta bulunan kulak kepçesi (auricula, pinna) bazı hastalıklara bağlı olarak büyüklük ve şeklinde farklılıklar gösterebilmektedir (1,2)(Resim 1). Kulak kepçesinin doğuştan olmamasına anotia denir. Mikrotia kulak kepçesinin küçük ve deforme olmasıdır (1,3)(Resim 2). Travmaya bağlı olarak pinnadahe-matom görülebilmektedir. Otitiseksternadapinna ve tragus üzerinde hassasiyet, baskı vardır (Tragussign).Ayrıca bazen kulak kepçesi kıvrımında gut tofusü de

¹ Uzm. Dr. Zekiye Pınar İPEK EYVAZ, Nevşehir Devlet Hastanesi zekiyepinar_ipek@hotmail.com

Akıntı (otorrhea), otitiseksterna, otomiköz, timpanik membranda granülasyon dokusu, temporal kemikte kırığa bağlı olarak görülebilmektedir. Hastadan anamnez alınırken ne kadar süredir olduğu, rengi, kokusu, travma öyküsü, ek başka şikayeti olup olmadığı sorgulanmalıdır (7).

Ağrı (otalji), kulaktaki patolojilere bağlı olmakla birlikte çevre dokulara bağlı da olabilmektedir. Dış kulak yolunda infeksiyonlar, Ramsay-Hunt sendromu, akut supuratifotitismedia, myringitisbullosa ve malignitelere bağlı lezyonlarda ağrı görülebilmektedir. Hasta ağrının başlama süresi, travma öyküsü, lokalizasyonu açısından sorgulanmalıdır (4).

Hiperakuzi sese aşırı duyarlılık halidir. Konjenitalsifilizde (hennebert'ssign) ve stapedius kası hasarında görülmektedir (7).

KAYNAKLAR

1. Maqbool M., Maqbool S. (2013). TextbookofEar, NoseandThroatDiseases (Twelfthedition), New Delhi, JaypeeBrothersMedicalPublishers (P).
2. Prendergast P.M. (2013) Anatomy of theExternal Ear. In: Shiffman M. (eds) Advanced Cosmetic Otoplasty. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-35431-1_2
3. <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Microtia.jpg> Klaus D. Peter, Wiehl, Germany. This file is licensedunderthe Creative Commons Attribution 3.0 Germany license.
4. Bansal M., (2016). Essentials of Ear, NoseandThroat (First edition), New Delhi, TheHealth-Sciences Publisher.
5. <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:AcuteOtitis Media B. Welleschik-> This file is licensedunderthe Creative Commons Attribution-ShareAlike 3.0 Unported license.
6. Dhingra PL, DhingraDhingra S., (2014). Diseases of Ear, NoseandThroat&HeadandNeckSurgery (Sixthedition),India, Elsevier
7. Bansal M., (2018), Diseases of Ear, NoseandThroatwithHeadandNeckSurgery (Second edition), New Delhi, TheHealthSciences Publisher.
8. Baldwin A., (2020), Oxford Handbook of ClinicalSpecialties, (Eleventhedition), United Kingdom, Oxford UniversityPress.
9. <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Vertigo.png>Bruce Blaus-Thisimage is licensedunderthe Creative CommonsAttribution-ShareAlike 4.0 International license (CC BY 4.0)

Boyun Muayenesi, Boyun Damarlarının Muayenesi, Boyun Lenf Ganglionlarının Muayenesi, Trachea Muayenesi

46. BÖLÜM

Selman GENCER¹

GİRİŞ

Boyun; baş ile gövdeyi birbirine bağlamakta olan bölgeye verilen isimdir. Başın olabildiğince serbest bir biçimde hareket halinde olabilmesine imkân sağlamaktadır. Anatomik yapısı oldukça komplekstir. Bunun sebebi kişiden kişiye değişebilme potansiyeline sahip olan, vasküler, nöral, sindirim ve solunum sistemlerine sahip olmasıdır. Fakat baş ve boyunda görülmekte olan birtakım hastalıkların patofizyolojisinin ve tedavisinin iyi bir biçimde anlaşılabilmesi için boynun anatomik yapısının ve özelliklerinin çok iyi derecede biliniyor olması gerekmektedir.

Boyun bölgesinin iskelet yapısı ise primer olarak vertebral kolon tarafından oluşmaktadır. Ön tarafa bulunmakta olan hiyoid kemik, trakeal ve larengeal kartilajlar aracılığıyla desteklenmektedir. Boyun; çenenin göğüs bölgesine gelecek kadar fleksiyon, limiti yüksek bir ekstansiyon, sağ ve sola 60° ve 80° bir rotasyon ve dışa doğru fleksiyon yapabilecek kapasiteye sahip bir hareketlilik alanına sahip olduğunu söylemek mümkündür (1).

Muayene, bir doktor tarafından gerçekleştirilmekte olan herhangi bir şikâyetin ya da şüphenin varlığında yapılan kontrol etme işlemine verilen isimdir. Muayenenin çeşitli biçimleri bulunmaktadır. Bunlar (2);

- **İnspeksiyon:** Hastanın sistematik bir biçimde gözlemlenmesi.
- **Palpasyon:** Hastaya dokunularak ve elle baskı uygulanarak yapılan işlem.
- **Perküsyon:** Hastaya el ile ya da bir alet yardımıyla yapılan vurma işlemi.
- **Oskültasyon:** Hastanın vücudunun içinden gelmekte olan seslerin dinlenmesi ile yapılan işlem.
- **Transsillüminasyon:** Hastaya karanlık bir ortamda ışık yardımıyla yapılmakta olan inceleme işlemi.

¹ Uzm. Dr. Selman GENCER, Aksaray Üniversitesi Aksaray Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Bölümü, selmangencer@hotmail.com

edilmektedir. Palpasyon işlemi sırasında lenf ganglionlarının büyüklüğüne, yeri-ne, dokusuna, ağrı durumuna, hassasiyetine, etrafında mevcut olan diğer dokularla fiksasyonuna, ganglion sayısına dikkat etmek gerekmektedir.

Boyunda bulunan ve solunum sisteminin bir parçası olan trachea da çalışma kapsamında incelenmiş olan bir ögedir. Trachea; dışarıdan gelen havanın içeri alınmasında büyük rol oynamaktadır. Mukuslu yapısı gereği dışardan gelen havayı belli bir dereceye kadar temizlemektedir. Tracheada meydana gelecek herhangi bir rahatsızlık tüm solunum sistemini etkileyebilecek kapasiteye sahiptir. Trachea da genellikle palpasyon işlemi ile muayene edilmektedir. Bu işlem sırasında tracheanın pozisyonu ve mobilitesi üzerinde özellikle durulmaktadır. Muayeneyi gerçekleştirmekte olan doktor palpasyon işlemi esnasında iki baş parmağını birden kullanmak durumundadır. Bu nedenle hastanın ve doktorun belirlenmiş olan en uygun pozisyona geçmesi gerekmektedir. Buradaki amaç; sternokleido-mastoid kasları arasında yer almakta olan tracheanın hissedilebilmesidir.

Sonuç olarak boyunun oldukça komplike sistemleri bir arada bulundurduğu görülmektedir. Bu komplike sistemlerin hepsi boyun bölgesi içerisinde birbiriyle entegre bir vaziyette bulunmaktadır. Dolayısıyla bahsi geçmekte olan bu komplike sistemik öğelerin herhangi birinde meydana gelebilecek sorun; bütün sistemi etkileyebilecek kapasiteye sahiptir. Bu nedenle bu öğelerin muayene edilmesi ve muayene sonucunda doğru teşhisin konabilmesi insan sağlığı ve vücut bütünlüğü açısından oldukça büyük önem arz etmektedir. Yapılan çalışmada görülmektedir ki elle yapılmakta olan palpasyon işlemine sıkça başvurulmaktadır. Bu durumun sebebi ise boyun bölgesinde işlevini sürdürmekte olan sistemik öğelerin bir rahatsızlık sonucunda göstermiş oldukları ilk semptomların dışarıdan gözlemlenebilme ve hissedilebilme özelliğine sahip olmasıdır.

KAYNAKLAR

1. Çakmakçı E. Boyun anatomisi, boyun lenfatikleri ve boyun üçgenleri. *Türk ORL Klinikleri*. 2002; 1:165-173.
2. Nalçacı, R. *Muayene teknikleri*, t.y.
3. Engin K, Erişen L. *Baş-Boyun Kanseri*. 2003; syf:455
4. Joseph J. Cipriano. *Photographic Manual Of Regional Orthopaedic And Neurological Tests*. 2014.
5. Erkinç, M. Vaka Değerlendirme ve Fizik Muayene. *Orthop Sport Med Guid Res*, 2015; 55-85.
6. Nordin M, Carragee J, Hogg-Johnson S, et al. Assessment of neck pain and its associated disorders: results of the bone and joint decade 2000–2010 task force on neck pain and its associated disorders. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*. 2009; 32(2):117-140.
7. Gündüz, H., & Balta, S. *Kronik Boyun Ağrılı Hastada Muayene Yöntemleri*. 2017.
8. Çetiner, M., Göldeli, Y. Ö., Kulan, K., & Komsuoğlu, B. Derlemeler Valsalva Manevrası. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 1993; 21(4), 251-257.
9. Sevinc, S. Kardiyovasküler Sistemin Değerlendirilmesi Assessment of Cardiovascular System. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2006; 3(1): 12-21.
10. Akay OT. *Periferik Arter ve Ven Hastalıkları-Ulusal Tedavi Kılavuzu*. In: Bozkurt AK, editor.

- Karotis arter dalıkları. 1. Baskı. İstanbul: Baycınar Tıbbi Yayıncılık; 2016; s. 85-105.
11. Mansour MA, Kang SS, Baker WH, Watson WC, Littooy FN, Labropoulos N, et al. Carotid endarterectomy for recurrent stenosis. *J Vasc Surg* 1997; 25: 877-83.
 12. Caipenter JP, Lexa FJ, Davis JT. Determination of sixty percent or greater carotid artery stenosis by duplex Doppler ultrasonography. *J Vase Surg* 1995; 22: 697-703.
 13. Karagöl, T., Üstün, S., Hız, F., & Griladze, H. Ekstrakranyal karotis stenozunda Doppler ultrasonografi ve karotis anjiyografi bulgularının karşılaştırılması. *Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 2001; 31(3), 39-43.
 14. Poyanlı, A., Dilege, Ş., Baltepe, İ., Kayabalı, M., & Rozanes, İ. *Ekstrakranyal karotis arter stenozunun tanısı: Spiral bilgisayarlı tomografik anjiyografi ile ilk deneyimlerimiz*. 2000.
 15. Derieu GP, Ballot E, Bonavina L. *The rationale for patchgraft angioplasty after carotid endarterectomy*. *Stroke* 1984; 15(6):972-9
 16. Maltepe, F., Metin, K., Hepaguslar, H., Hancı, V., Ugurlu, B., & Oto, O. Perkütan internal jugüler ven kanülasyonu ile kalp cerrahisi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 2013; 21(4), 959-65.
 17. Mountain, C. F., & Dresler, C. M. (1997). Regional lymph node classification for lung cancer staging. *Chest*, 1997; 111(6), 1718-1723.
 18. Ioachim, H. L., & Medeiros, L. J. *Ioachim's lymph node pathology*. 2009.
 19. Koçyiğit E. *Solunum sistemi Semiyolojisi*. Kaysı A., Molvalılar S(Eds) İç Hastalıkları Semiyolojisi Kitabı. s. 83, Alfa Kitabevi İstanbul. 3. Baskı. 2001.
 20. Berne & Levy. *Fizyoloji*, 5. Baskı çevirisi. Güneş Tıp Kitabevi. 2008: 445-477
 21. Hacıbrahimoğlu G. Trakeanın Anatomi ve Fizyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2006; 2(29):1-10.
 22. Miller RD, Hyatt RE. Evaluation of obstructing lesions of the larynx and trachea by flow-loops. *Am Rev respir Dis* 1973; 108: 475-81.

GİRİŞ

Tiroid bezi, boynun ortasında yer alan iki lobdan ve birbirine isthmus ile bağlı kelebek şeklinde 15-20 gr ağırlığında bir salgı bezidir (1). Tiroid bezi lateralde karotis kılıfı ile, posteriorunda ise trakea ve özefagus ile sınırlanmıştır. Ayrıca sternokleidomastoid kas ve strep kaslar (sternohyoid, sternothyroid ve omohyoidin üstün karnı) tiroid bezini anterior ve anterolateral olarak sınırlamaktadır. Bu anatomik pozisyon nedeniyle tiroid bezi genellikle öne doğru büyür ve tiroid muayenesi sırasında erken dönem farkındalık yaratabilir (2).

Tiroid bezinin boyunda sabit bir yeri yoktur. Tiroidin isthmusu yaklaşık olarak trakeanın dördüncü halkasına denk gelir. Ender olarak sternum arkasından aşağıya doğru ilerleyerek mediastinuma kadar inebilir (3).

Tiroid bezi inspeksiyonu sırasında hasta ile aynı seviyede olunmasına dikkat edilmelidir. Özellikle boyun kısalığı olan ve obez olan hastalarda tiroidin ortaya çıkması için kişinin ellerini ensede kenetlemesi ve başını arkaya itmesi istenir (pizillo yöntemi) (4).

Tiroidin, mediastinuma doğru ilerlediği düşünülen hastalarda eller yukarı kaldırılıp bir süre beklendikten sonra yüzde kızarma ve juguler venöz dolgunlukta artış olabilir. Bu durum retrosternal guatr lehine yorumlanır. Pember-ton manevrası olarak adlandırılan bu durum tiroidi torasik girişte zorlayarak obstrüktif semptomları şiddetlendirmek için kullanılabilir (5).

Tiroidin en önemli fizik muayene yöntemi palpasyondur. Özenle yapılan palpasyon ile sintigrafi ile saptanamayacak kadar küçük tiroid nodülleri ele gelebilir. Bu konuda deneyimli hekimler, normal tiroidin muayenesini birkaç dakika içinde yapabilir (6).

¹ Uzm. Dr. Ebru ÖZDEN YILMAZ, Eskişehir Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Bölümü
dr.ebruu@gmail.com

² Op. Dr. Arda Şakir YILMAZ, ESOĞÜ Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD., dr.ardayilmazz@gmail.com

OSKÜLTASYON

Palpasyon ile tiroid büyümesi (guatr) saptanırsa trill varlığı aranır. Bez üzerinde üfürüm olup olmadığına bakılır. Graves gibi hipertiroidi ile giden hastalıklarda tiroid kan akımı çok arttığından muayene sırasında trill, sufl veya venöz ham duyulabilir.

SONUÇ

Tiroid muayenesinde palpasyon yöntemleri arasında; önden, yandan veya arkadan olmak üzere, çeşitli yöntemler olsa da bunlar arasında duyarlılık yönünden önemli farklılıklar yoktur. Hekim alıştığı yöntem hangisi ise onu uygulamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Özata M. Tiroit Hastalıklarına Güncel Yaklaşım. Epsilon Yayınevi, İstanbul. 2005.
2. Ross DS. Clinical presentation and evaluation of goiter in adults. UpToDate, Waltham, MA(Accessed on April 22, 2017). 2020.
3. Katlic MR, Grillo HC, Wang C-a. Substernal goiter: analysis of 80 patients from Massachusetts General Hospital. The American journal of surgery. 1985;149(2):283-7.
4. Seyfullah K. Tiroid Bezi Muayenesi. In: Pirgon Ö, editor. Süleyman Demirel Üniversitesi Fizik Muayene El Kitabı2019. p. 103.
5. Blum M, Biller BJ, Bergman DA. The thyroid cork: obstruction of the thoracic inlet due to retroclavicular goiter. JAMA. 1974;227(2):189-91.
6. Oruç ÖA. Tiroidin Klinik Anatomisi ve Muayenesi. In: Oruç ÖA, editor. Tiroid Bezi Hastalıkları2014.
7. Saenger EL. Treatment of Hyperthyroidism with Radioactive Iodine: A Twenty-year Review. The Radiological Society of North America; 1967.
8. Siminoski K. Differential movement during swallowing as an aid in the detection of thyroid pseudonodules. Head & neck. 1994;16(1):21-4.