

TUS

GENEL CERRAHİ BEYİN FIRTINASI



Uzm. Dr. Haşim Furkan GÜLLÜ
Uzm. Dr. Burak ALTUNPAK



cerrahiakademi



TIPakademisi Genel Cerrahi



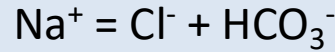
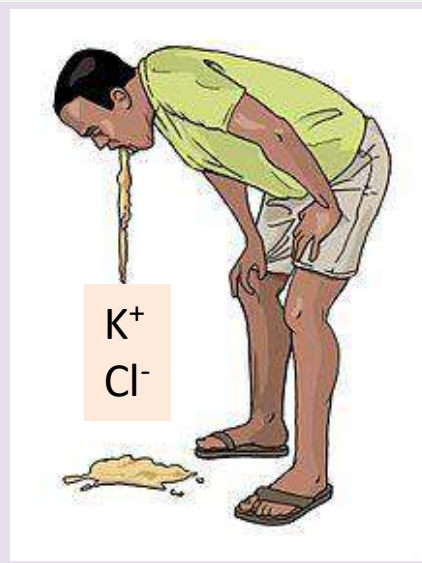
TIPakademisi Genel Cerrahi

Kusma nedeniyle oluşan hipovolemide sıvı tedavisi için ne kullanılmalıdır?

- A)** %0.9 sodyum klorür
B) Ringer laktat
C) %5 dekstroz
D) %0.45 NaCl içinde %5 dekstroz
E) Plasma-Lyte



Normosol'la birlikte en izo-osmolar sıvılardır. Mg içerirler.



154 mEq/L

Katyonlar	Anyonlar
Na ⁺ 142	Cl ⁻ 103
K ⁺ 4	HCO ₃ ⁻ 27
Ca ⁺⁺ 5	SO ₄ ²⁻ 3
Mg ⁺⁺ 3	PO ₄ ³⁻ 3
	Organik asitler 5
	Protein 16

Plazma

153 mEq/L

Katyonlar	Anyonlar
Na ⁺ 144	Cl ⁻ 114
K ⁺ 4	HCO ₃ ⁻ 30
Ca ⁺⁺ 3	SO ₄ ²⁻ 3
Mg ⁺⁺ 2	PO ₄ ³⁻ 3
	Organik asitler 5
	Protein 1

Hücreler arası sıvı

200 mEq/L

Katyonlar	Anyonlar
K ⁺ 150	HPO ₄ ²⁻ 150
Mg ⁺⁺ 40	SO ₄ ²⁻ 150
Na ⁺ 10	HCO ₃ ⁻ 10
	Protein 40

Hücre içi sıvı

Sık Kullanılan Parenteral Sıvıların Elektrolit İçerikleri						
Solüsyon	Na ⁺	K ⁺	Ca ⁺⁺	Cl ⁻	HCO ₃ ⁻	Osmolarite
%0,9 NaCl	154	-	-	154	-	308
Ringer Laktat	130	4	3	109	28	273
%5 Dekstroz	-	-	-	-	-	253
%0,45 NaCl içinde %5 dekstroz	77	-	-	77	-	407

	Warfarin	Heparin	Aspirin - Klopidogrel - Prasugrel	Dabigatran	RivaroXaban - ApiXaban - EdoXaban
Elektif Ameliyat	♦ DMAH'e geç ♦ PT ile takip	♦ DMAH'e geç ♦ aPTT ile takip	♦ 5-7 gün önce kes	♦ Böbrek fonksiyonları normal ise 36-48 saat bekle	♦ Böbrek fonksiyonları normal ise 36-48 saat bekle
Acil Ameliyat	♦ K vit ♦ TDP ♦ Protrombin Kompleks Konsantrasyonu (PCC) (Faktör 2, 7, 9, 10 içerir)	♦ Protamin sülfat (elde yoksa 2 saat önce heparin kes)	♦ Trombosit süspansiyonu	♦ İdarucizumab ♦ PCC	♦ Andexanet alfa (rekombinant Xa) ♦ Ciraparantag (küçük katyonik molekül) ♦ PCC

70 yaş kadın hasta, 6 saatir olan karın ağrısı nedeniyle acil servise geliyor. AF nedeniyle warfarin kullanıyor. BT'de retroperitoneal hemoraji görülüyor. Warfarinin kesilmesine ek olarak hangisinin yapılması **en uygundur?**

- A. Trombosit süspansiyonu
- B. İdarucizumab
- C. Protrombin kompleks konsantrasyonu**
- D. Andexanet alfa
- E. Protamin sülfat

Bilateral perkütan nefrostomi tüpü olan 65 yaş erkek hasta, bilinçte değişiklik olması üzerine acil servise getiriliyor. 4 gündür sağ nefrostomi tüpünden gelen miktar azalmış ve sağ yan ağrısı mevcutmuş. Ateş: 37 °C, nabız: 123/dk ve TA: 80/50 mmHg. Sağ nefrostomi tüpünden gelen idrar bulanık, soldan gelen ise berraktır. Hb: 12 g/dL, wbc: 22.000/mm³, plt: 180.000/mm³ ve serum laktat konsantrasyonu: 4.2 mmol/L (N <2). CVP kateteri yerleştiriliyor ve şu sonuçlara ulaşıyor: PAKB ↑, SVR ↓, kardiyak output ↑, SvO₂ ↑. Kan ve idrar kültürü alınıyor. Geniş spektrumlu ab ve iv sıvı resüsitasyonu başlanıyor. 3 L SF infüzyonu sonrası TA: 80/50 mmHg. Bundan sonraki adımda hangi ilacın kullanılması **en uygun** olacaktır?

- A. Fenilefrin
- B. Dopamin
- C. Dobutamin
- D. Norepinefrin**
- E. Hidrokortizon

Sepsis

Enfeksiyona karşı verilen cevabın organ disfonksiyonuna yol açması

Organ disfonksiyonu: SOFA skoru ≥2 puan

Çoklu organ disfonksiyonu: SOFA'da en az 2 sistemde ≥2 puan

Hızlı SOFA (qSOFA)

Solunum hızı ≥22

GKS ≤13

Hipotansiyon ≤100 mmHg

2/3

Septik şok

Yeterli sıvı tedavisine rağmen OAB ≥65 mmHg sağlamak için vazopressör ihtiyacı ve serum laktat düzeyinin >2 mmol/L olması

İlk tercih vazopressör ajan: Norepinefrin

Hala yükselmiyorsa: Vazopresin

21 yaş erkek hastada polikistik böbrek sendromu nedeniyle böbrek transplantasyonu geçirdikten **10 gün** sonra sağ alt kadranda ağrı ve halsizlik geliyor. Son 2 gündür idrar çıkışında azalma mevcut. Ameliyat sonrası 2. günde 5 lt idrar çıkarmış ve yapılan tetkiklerde Kre: 2 mg/dL çıkmış. Hasta letarjik görünüyor. FM'de ateş: 38 °C, nabız: 110/dk, TA: 170/100 mmHg, greft bölgesi palpasyonla ağrılıdır. Güncel Kre: 4 mg/dL. Bu durumun üzerine nakledilen böbreğe bx yapılıyor ve sonucu **tübülit** olarak raporlanıyor. Aşağıdakilerden hangisi bu durumun **en olası** nedenidir?

- A) Anti-HLA antikorları
- B) Renal arter stenozu
- C) Parankimal fibrozis
- ☒ D) Greft hücrelerinde T hücre infiltrasyonu
- E) Greft hücrelerinde donör T hücre infiltrasyonu

Hiperakut Rejeksiyon

İlk dakikalar ile saatler içinde
Donörün **HLA ve ABO** antijenlerine karşı
DİK ve greftin iskemik nekrozu
Tedavi edilemez

Akut Rejeksiyon

En sık, **T hücre** aracılı
Birkaç gün veya birkaç hafta içinde
Biyopsi veya organa özgü biyokimyasal testler
Greft hücrelerinde membran hasarı , apoptozis,
lenfosit infiltrasyonu ve parankim nekrozu
Tedaviye genelde cevap verirler

Kronik Rejeksiyon

İlk 1 yıl içinde veya birkaç yıl içinde
Mekanizma net değil
Akut rejeksiyondan **biyopsi** ile ayrılır
Daha az lenfosit infiltrasyonu
Organ atrofisi, **parankimal fibrozis** ve ateroskleroz
Tedaviye cevap vermez, tek çare re-transplantasyon

Normal

Hipofiz bezi TSH sentezler, bu da tiroid bezinden T3-T4 salınmasını

45 yaş kadın hasta, 6
nedeniyle hastaneye
denenmiş ancak başa
son zamanlarda norm
ediyor. Şu anda mens
düzensiz. Hasta
migren mevcut
Ateş: 36.5 °C, n
İnspeksiyonda e
değişikliği ve tır
ekstremitelerde is
tırnakların bir k
eklemlerinde ağ
değişikliklerinin

- A. Demir eksikliği
- B. İlaçların yan etkisi
- C. Hipertiroidizm**
- D. Menapoz
- E. Psöriazis



(c) Tiroid hormon sentezi yok

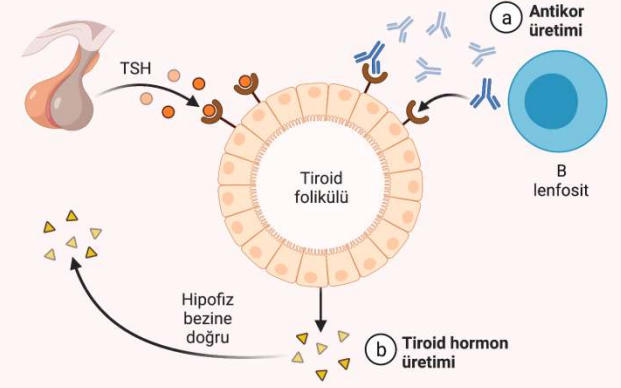
GRA

Hip
Oto
K /
TSH

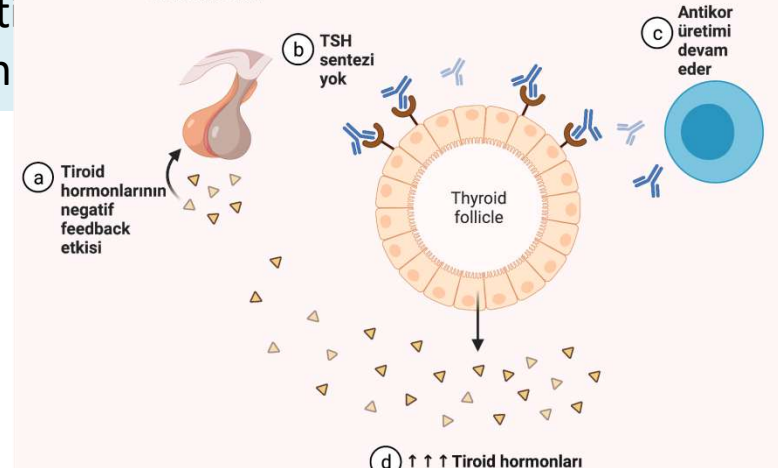
Tiro
Oft
De
Ak
Jin
Vit
On

Graves Hastalığı

- 1 B lenfositleri TSH reseptörlerine karşı antikor üretir ve bu tiroid hormon sentezini uyarır.



- 2 Tiroid hormonları TSH üretimini baskılar ancak antikor üretimi üstünden herhangi bir etkisi yoktur. Dolayısıyla tiroid hormon sentezi devam eder.



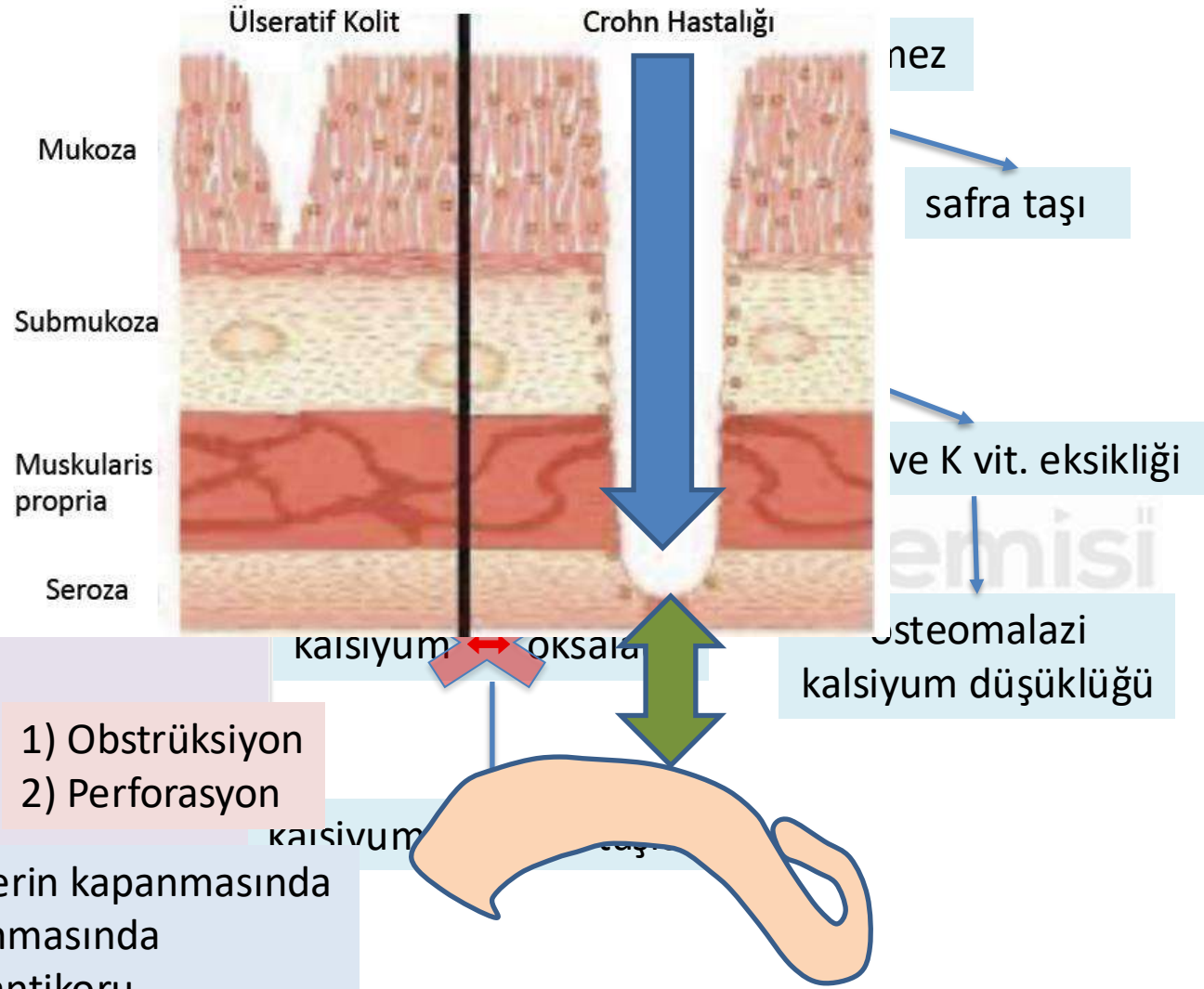
Aşağıdaki onkogen-tiroid kanseri eşleştirmelerinden hangisi yanlıştır?

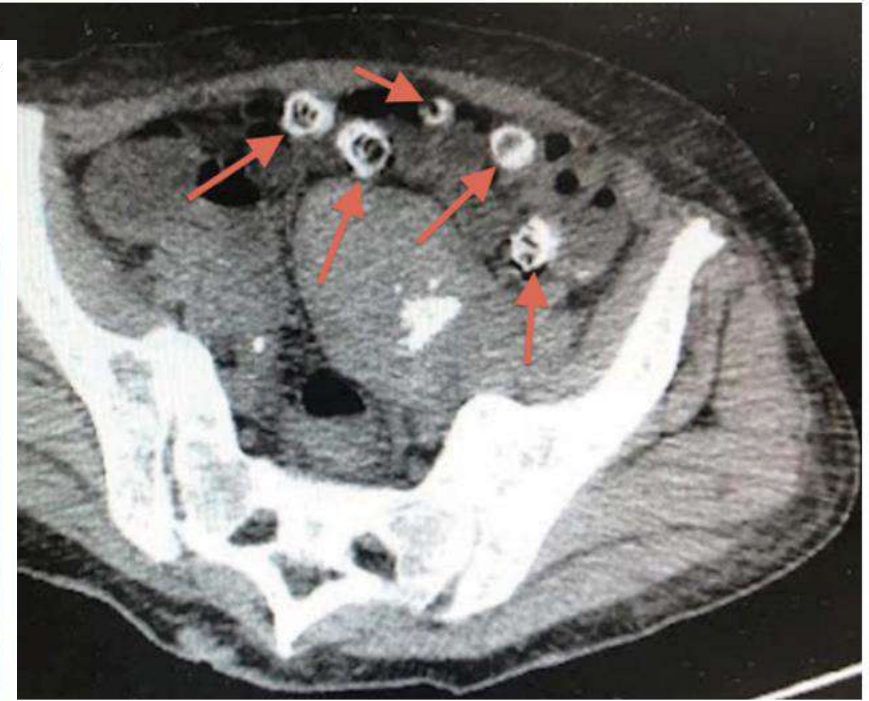
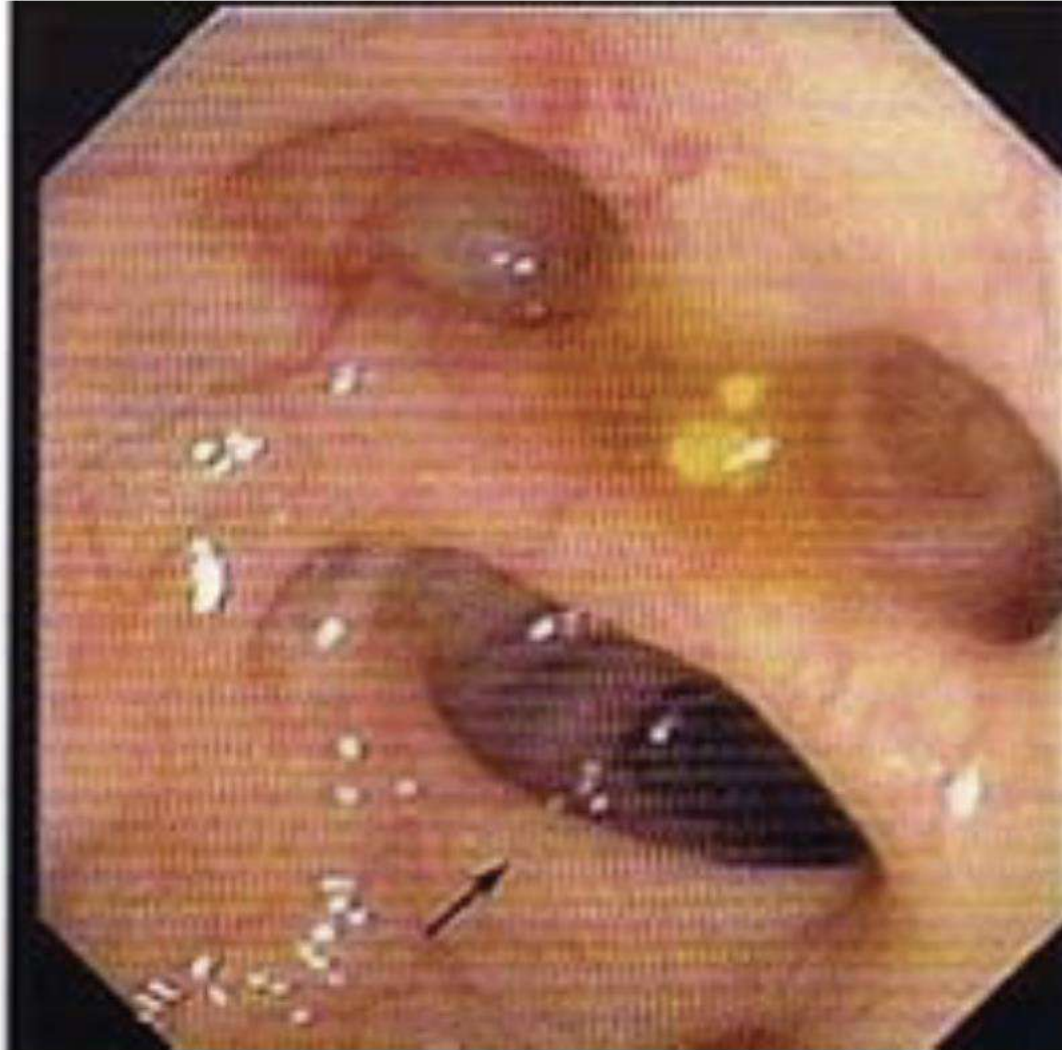
- A) TSH-R - Hiperfonksiyone adenom
- B) BRAF - PTK'nın tall cell varyantı
- C) RET - MTK
- D) Ras - Foliküler karsinom
- E) PAX8/PPAR γ 1 - PTK**

GEN	TÜMÖR
ONKOGENLER	
RET	Sporadik ve ailesel MTK , PTK
MET	PTK
Ras (işler rast giderse para gelir ve folikül dolar)	Foliküler adenom ve karsinom, PTK
PAX8/PPAR γ 1	Foliküler adenom ve karsinom
BRAF (uzunlar affeder)	PTK, TALL cell ve az diferansiye, anaplastik
CTNNB1 (β -katenin) (CuT , katenin , kes ve azalt)	Az diferansiye ve anaplastik
TSH-R	Hiperfonksiyone adenom
Gsa (gsp) (GS en çok taraftarı olan takım)	Hiper fonksiyone adenom, foliküler adenom
TERT protomer	PTK, FTK ve anaplastik
TRK1	Bazı PTK'larda
TÜMÖR SÜPRESÖR GENLER	
p53	İndiferansiye PTK, FTK, anaplastik
p16	Tiroid kanser hücrelerinde
PTEN	Foliküler adenom ve karsinom

60 yaş erkek hasta, sağ yan ağrısı ve kilo azalma nedeniyle acil servise başvurmuş. Hastanın son sene 2 kere İYE geçirmiş. Crohn tarifi için önce **ince barsak rezeksiyonu** geçirilmiş. Mesalimini ve multivitaminlerini düzenli olarak kullanıyor. Hastadan TİT isteniyor, son yapılan testte eritrosit ve **kalsiyum - oksalat kristalleri** saptanmış. BT'de sağ üreterde 5 mm taş ve sol üreterde 7 mm taş saptanıyor. Aşağıdaki durumların hastanın hangisi, hastanın mevcut durumuna en çok katkıda bulunmuş olabileceğini seçiniz.

- A. Paratiroid bez adenomu
- B. D hipervitaminozu
- C. İn **infliksimab**: Enterokütan fistüllerin kapanmasında
- ☒ D. Ya **adalimumab**: Remisyonun sağlanmasında
- E. Si **adalimumab**: Tamamen insan antikoru





baryumlu grafi ile
ile tanı konur
lu grafi ve kolonoskopi kontrendike

lit



Toksik Megakolon Yönetimi

iv sıvı tedavisi

Nazogastrik dekompresyon (oral stop)

iv steroid

iv antibiyotik

Saatlik ADBG ile takip

Eğer klinik 72 saat içinde düzelmezse ya da
ABDG'lerde kolon çapında büyüme görülürse
Acil cerrahi (Total kolektomi + uç ileostomi)

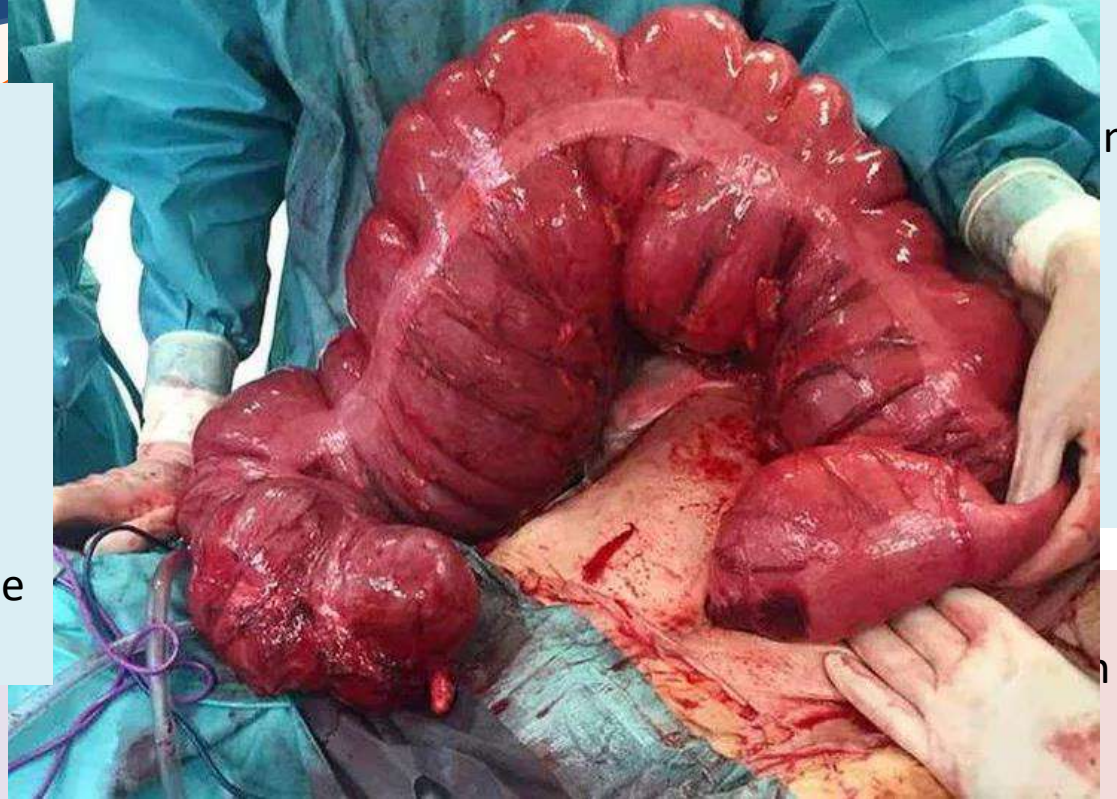


E. Divertikülit

Ülseratif Kolit

Oto-inflamatuvar

2. - 3. dekat



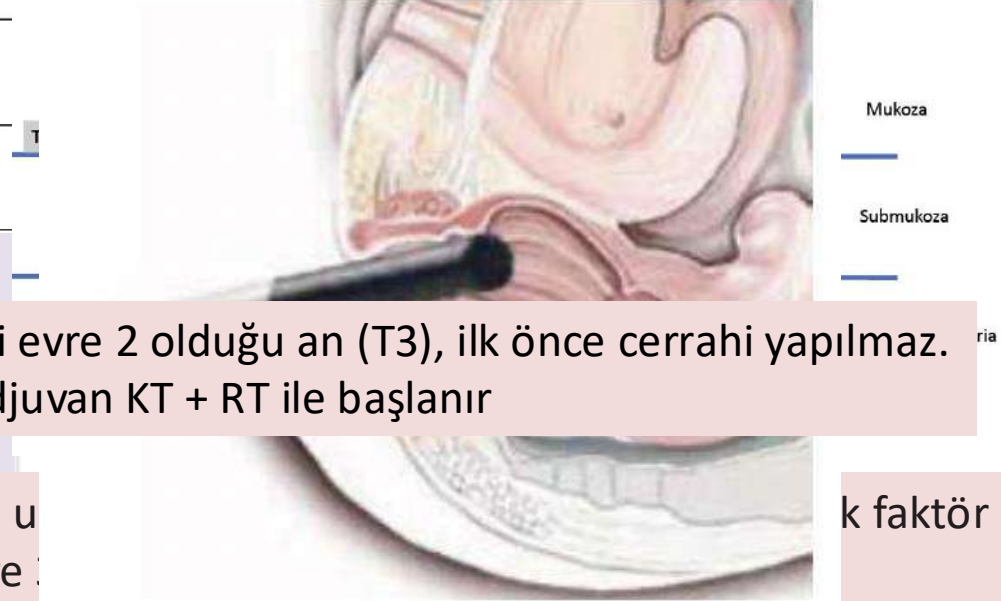
Sol kolon adenokarsinomu nedeniyle sol hemikolektomi yapılan 70 yaş erkek hastanın patoloji raporunda, tümörün muskularis propriaya invaze olduğu ve çıkartılan 30 lenf nodundan 3 tanesinde metastaz olduğu bildiriliyor. Uzak metastazı olmadığı bilinen hastanın TNM evresi nedir?

- A) T2 N1 M0 - Evre 2
- B) T2 N1 M0 - Evre 3**
- C) T2 N2 M0 - Evre 3
- D) T3 N1 M0 - Evre 2
- E) T3 N2 M0 - Evre 3

CA 19-9
CEA

Kolorektal Kanserde TNM Evrelemesi

<u>T</u>		<u>N</u>		<u>M</u>	
T0	Tümör yok	N0	Lenf nodu metastazı yok	M0	Metastaz yok
Tis	Mukozada	N1	1-3 lenf nodu metastazı	M1	Uzak organ metastazı
T1	Submukozada	N2	≥ 4 lenf nodu metastazı		
T2	Muskularis propriada				
T3	Muskularis propriayı aşmış, subserozada				
T4	Serozayı aşmış, çevre organlara invaze				



Rektum kanseri evre 2 olduğu an (T3), ilk önce cerrahi yapılmaz. Tedaviye neoadjuvan KT + RT ile başlanır

Nodal tutulum, u
N1 → en az Evre 3

k faktör

Rektum kanserinde perirektal yayılımı değerlendiren en güvenilir tetkik **endorektal USG**

Fokal Nodüler Hiperplazi (FNH)

Anormal bir artere karşı hiperplastik bir yanıt

Genç kadınlarda daha fazla

Karaciğerin 2. en sık benign tümörü

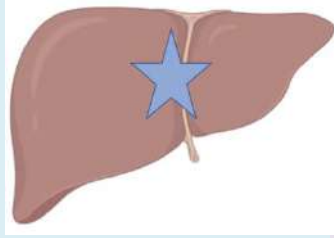
Sağ ve sol lob dağılımı eşittir

Genelde asemptomatik

Rüptür ve malignite riski yok

Yıldızsı, santral bir skar (+ fibrolamellar HCC)

Semptomatikse ya da HCC-FNH ayrımı Ø → Cerrahi



Hepatik Adenom

Oral kontraseptif (OKS) kullanan 20-40 yaş kadın

Malignite ve **spontan rüptür** potansiyeli

β-katenin aktivasyonu: malign transformasyon

Çoğu semptomatiktir, en sık semptom ağrı

MR

>4 cm veya semptomatikse ameliyat

Kanama acil cerrahi endikasyon

Gebelik planlanıyorsa rezeksiyon gerekir.

Adenomatozis: >10 adenom

OKS ile ilişkisi ve kadın baskınlığı yok

Karaciğerin her yerine yayıldıysa → Trans.

Fibrolamellar HCC

- A) Daha genç yaşlarda
- B) Siroz öyküsü olmayan hastalarda
- C) **Santral skar**
- D) AFP üretmez, **Nörotensin** üretir
- E) Rekürrens oranı yüksek

Hepatit B'ye bağılı Child C siroz olan 55 yaş erkek hastada, karaciğer sağ lobda 55 mm çapında hepatosellüler karsinom tanısı doğrulanmış, damar invazyonu ve metastazı olmayan bir karaciğer lezyonu tespit ediliyor. Hasta kadavradan organ bekleme listesine eklenmesi için hastanenin karaciğer nakli konseyinde tartışılıyor ve tümörünün Milan kriterleri dışında olması nedeniyle listeye eklenmiyor. Bu hasta için bir sonraki aşamada **en uygun** yaklaşım aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Palyatif bakım
- B) Sorafenib
- C) İmmunoterapi
- D) Transarteriyel radyoempowerment**
- E) Cerrahi rezeksiyon

Hepatosellüler Karsinom

En sık görülen malign tümör metastatik tümörler

En sık metastaz kolorektal kanserlerden

En sık primer karaciğer malign tümörü HCC

Erkeklerde daha sık

En sık sebebi Hepatit B

HCC'lerin yarısından fazlasında siroz mevcut

Child Sınıflaması

Child Sınıflaması			
	1	2	3
Bilirubin	<2 mg/dL	2-3 mg/dL	>3 mg/dL
Albumin	>3.5 g/dL	2.8-3.5 g/dL	< 2.8 g/dL
Assit	yok	kontrollü	kontROLSÜZ
Ensefalopati	yok	kontrollü	kontROLSÜZ
INR	< 1.7	1.7-2.2	>2.2

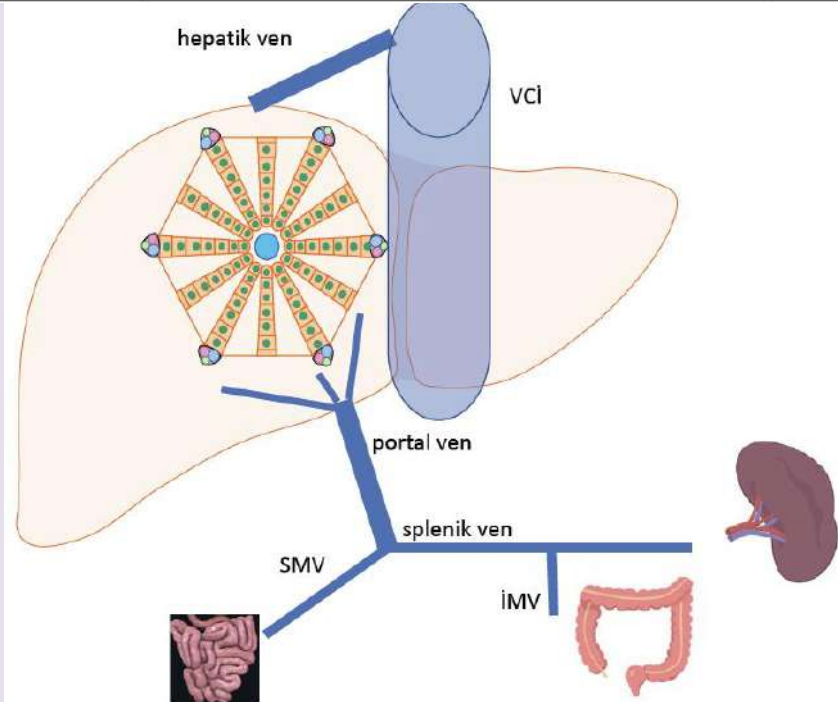
Karaciğer Kanserinde CLIP (Cancer of the Liver Italian Program) Skorlaması

- Child sınıflaması
- Tümör morfolojisi (uninodüler, multinodüler, masif yayılım)
- AFP (< 400, > 400)
- Portal ven trombozu

PORTAL HİPERTANSİYON				
Prehepatik	İntrahepatik Presinüzoidal	İntrahepatik Sinüzoidal	İntrahepatik Postsinüzoidal	Posthepatik
Portal ven trombozu	Şistozomiazis (bu grubun en sık nedeni)	Siroz (en sık portal HT nedeni)	Veno-oklüziv hastalık	Budd-Chiari sendromu
Splenik ven trombozu	Sarkoidoz	Hemokromatozis		Konstriktif perikardit
	Gaucher	Wilson		Konjestif kalp yetmezliği
	Graft-versus-host hastalığı			VCI webi

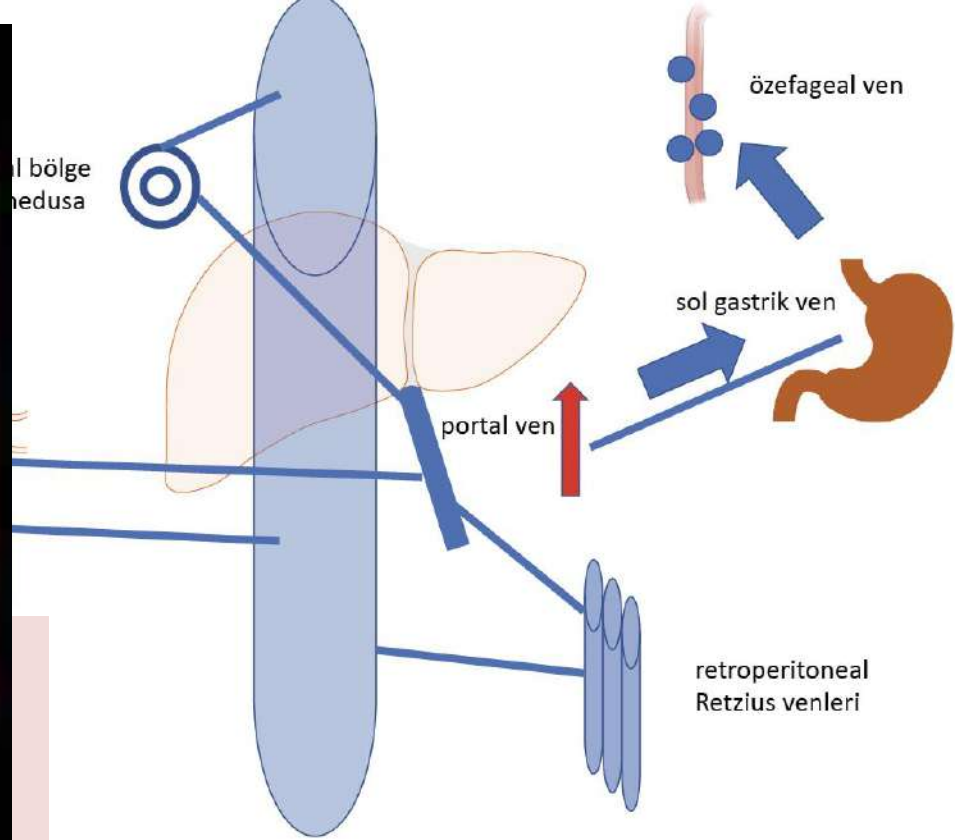
Hangisi intrahepatik presinüzoidal portal hipertansiyon nedeni değildir?

- A) Şistozomiazis
- B) Sarkoidoz
- C) Gaucher hastalığı
- D) Graft - versus - host hastalığı
- E) Budd- Chiari sendromu**



Hangisi portal
sonucu ge
kollateral
(hepatofu
dolařım) ö

- A) Özefaj
- B) Rektu
- C) Capu
- D) Retzi
- E) Sapp**



Portal Dolařım

Sol gastrik ven
Superior hemoroidal ven
Umblikal ve paraumblikal venler
Retroperitoneal venler

Sistemik Dolařım

Özefageal venler
Orta ve inferior hemoroidal venler
Yüzeyel abdominal venler
VCI

Sonuç

Özefagus varisleri
Rektum varisleri
Caput medusa
Retzius venleri

75 yaş erkek hasta acile bilinç bulanıklığı nedeniyle getiriliyor. Yakınlarından alınan anamneze göre hasta son 3 gündür karnının sağ üst kısmının ağrıdığını ve ağrının omzuna vurduğunu söylüyormuş. Lab. tetkiklerinde wbc: 18.000/mm³, bil. normal, ALT:70 U/L, AST: 80 U/L. USG'de safra kesesinin duvar kalınlığı artmış ve içinde multipl kalküller saptanıyor. Aşağıdakilerden hangisi bu hasta için **en uygun** tedavi yöntemidir?

- A) Antibiyotik + ERCP + hasta stabil hale gelince lap. kolesistektomi
- B) Antibiyotik + hasta stabil hale gelince lap. kolesistektomi
- C) Antibiyotik + kolesistostomi tüpü takılması + hasta stabil hale gelince lap. kolesistektomi
- D) Antibiyotik + kolesistostomi tüpü takılması + 6-8 hafta sonra lap. kolesistektomi**
- E) Antibiyotik

Akut Kolesistit

En sık nedeni taşa bağlı obstrüksiyon

Kadınlarda daha sık, > 40 yaş

Biliyer kolik semptomları

Ancak semptomlar geçmez

Lökositoz

Murphy bulgusu pozitif

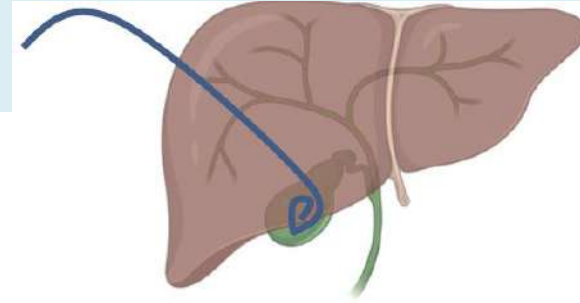
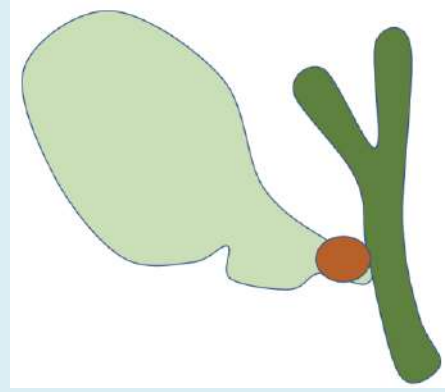
İlk yapılması gereken **USG**

- 1) Safra kesesinde ödem
- 2) Duvar kalınlık artışı
- 3) Perikolesistik sıvı
- 4) Hidrops

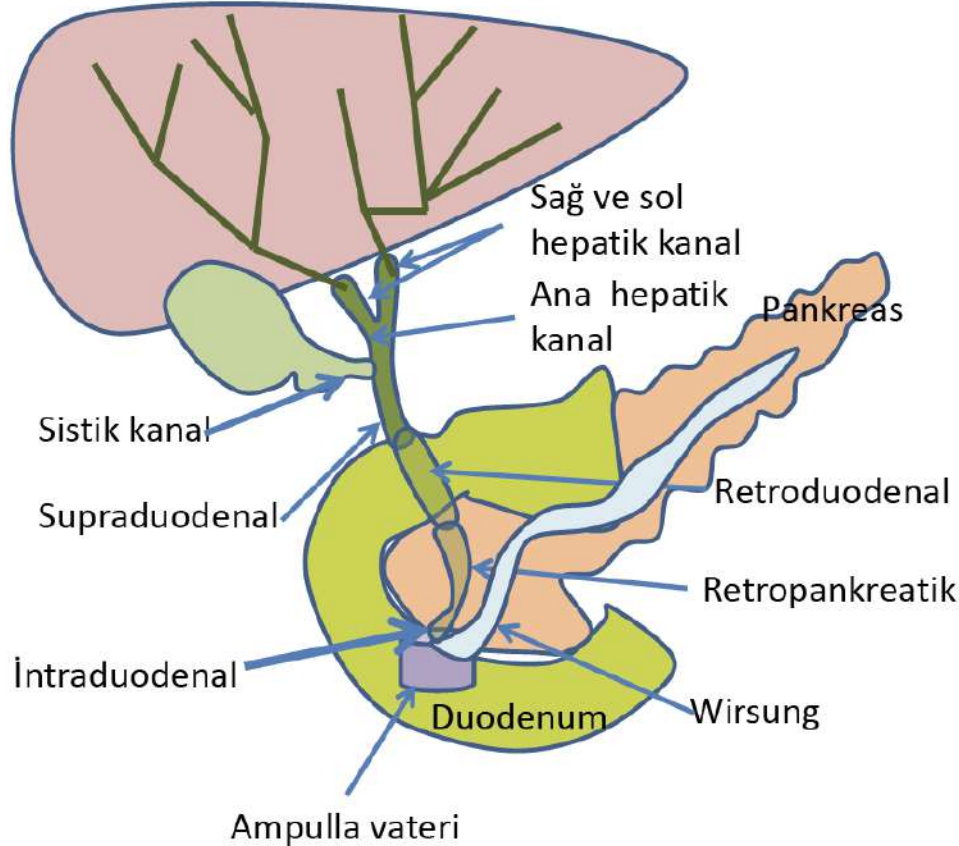
iv sıvı + antibiyotik (seftriakson + metronidazol) + analjezik

Kesin tedavisi kolesistektomi

Kolesistostomi



55 yaş kadın hasta, 2 gündür olan şiddetli üst karın



Koledokolitiazis

Primer ve sekonder (safra kesesi kaynaklı) taşlar
%90 sekonder

Primer → Kolesistektomiden en az 2 yıl sonra

Genelde asemptomatik

Mekanik ikter, Kolanjit ve Pankreatit

Kolanjit ? Koledokta safra stazı + Enfeksiyon

Bakteriler en çok asendan yolla GİS'ten

En sık E. coli

En sık nedeni **koledokolitiazis**

İlk tercih USG

USG'de koledok çapı >8 mm ise şüphe artar

MRCP daha güvenilir

Fakat en güvenilir tetkik **ERCP**

Koledokolitiazisin tedavisi de ERCP

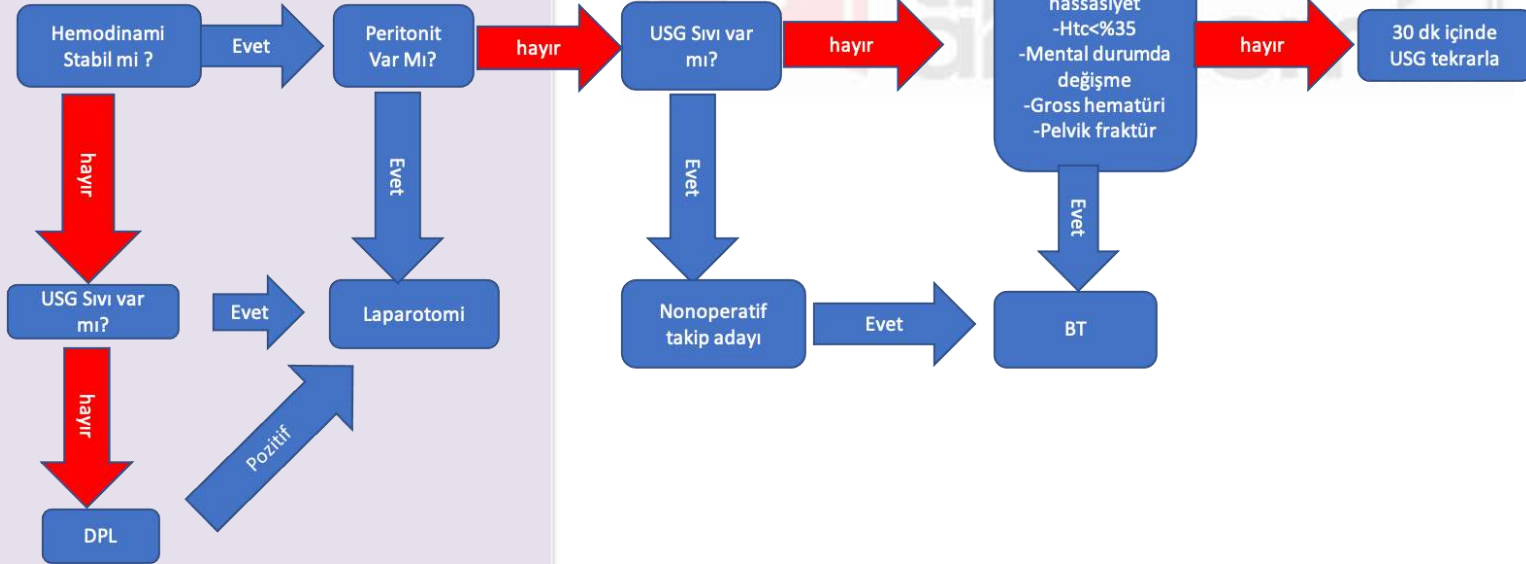
Başlangıç tedavi antibiyotik ve sıvı replasmanı

Acil biliyer dekompresyon (ERCP, PTK, cerrahi)

48 yaşındaki erkek araç içi trafik kazası ile acil servise getiriliyor. Vitalleri stabil olan hastada karın ağrısı mevcut defans rebound saptanmıyor. FAST ile bakıda batın içinde sıvı saptanmıyor Foley takılıyor gross hematüri mevcut.

Sonraki en uygun adım aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Acil laparotomi
- B) Nonop takip
- C) Abdominal BT**
- D) Sistoskopi
- E) Ürotrografi



Antibiyotik profilaksisine ilişkin
aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- A) En dar ve en uygun antibiyotik seçilmelidir
- B) Yaranın kontaminasyonu sonrası antibiyotik verilmesi yara enfeksiyonu gelişimini önlemez
- C) Sınıf II yaralarda insizyonundan önce tek doz profilaktik antibiyotik yapılması uygundur
- D) Sınıf I yaralarda, protez kullanılmadıkça profilaktik antibiyotik kullanılmasına gerek yoktur
- ☒ E) Profilaksi süresinin postop 24 saatten daha fazla uzatılması yara enfeksiyon oranını azaltır



Aşağıdakilerden hangisi cerrahi alan enfeksiyonu oluşumunda risk faktörü değildir?

- A) Radyoterapi
- B) Hematom oluşması
- C) Uzun ameliyat süresi
- D) Diyabetes mellitus
- E) Genç hasta**

Cerrahi Alan Enfeksiyon Riskini Arttıran Lokal Faktörler

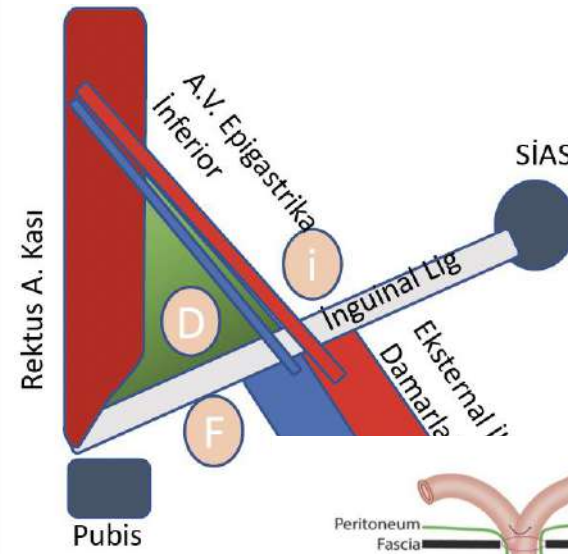
- >Hematom veya seroma oluşması
- >Cilt temizliği yanlış yapılması
- >Cerrahi alet kontaminasyonu
- >Uzun ameliyat süresi
- >Yetersiz antibiyotik profilaksisi
- >İnsizyonda ölü doku varlığı, hipoksi
- >Yabancı cisim varlığı
- >Kan transfüzyonu

Cerrahi Alan Enfeksiyon Riskini Arttıran Hastaya ait Faktörler

- >Anemi
- >Sigara
- >Malnütrisyon
- >DM ve Obezite
- >Yaş
- >İmmünsüpresyon
- >Steroid kullanımı
- >Radyasyon ve kronik cilt hastalığı

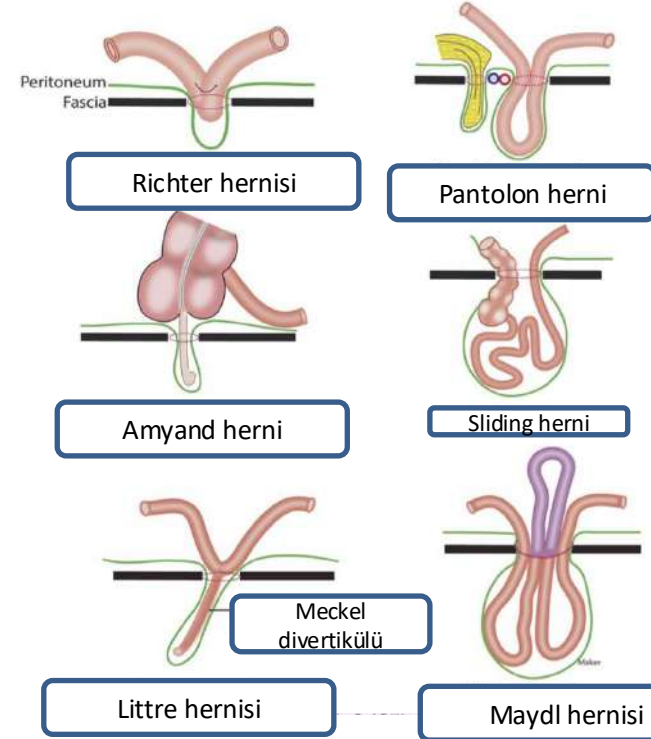
Kasık fıtıkları için hangisi yanlıştır?

- A) Femoral fıtıklar kadınlarda, erkeklere göre daha fazla görülür
- B) Sağ kasık fıtıkları sola göre daha sık görülür
- C) Direkt kasık fıtıklarında strangölasyon sıktır**
- D) En sık indirekt fıtık görülür
- E) İndirekt fıtıklar inferior epigastrik damarların lateralinde görülür



Yeşil alan: Hassel
D: Direkt herni ala
İ: İndirekt herni ala
F: Femoral herni a

2/3 indirekt
1/3 direkt
%3 femoral

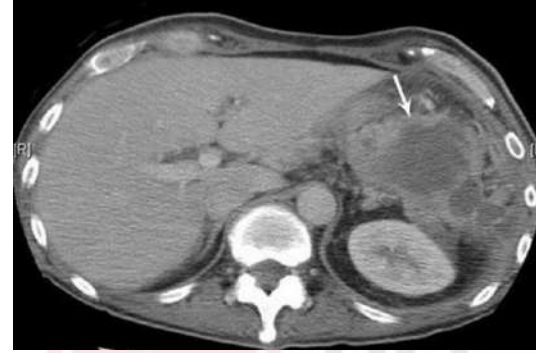


51 yaşında kadın hasta acile 2 gündür olan karın ağrısı ile başvuruyor. İştahsızlık, bulantı ve hıçkırık da mevcut. Öyküsünde 10 gün önce apendektomi olduğu öğreniliyor. 38,6 ateş, nabız 102 tansiyon 130\60 ölçülüyor. Muayenede sağ üst ve sağ alt kadranda hassasiyet saptanıyor. Belirgin defans saptanmıyor. Lökosit 18000.

Bu hastada en olası tanı nedir?

- A) Akut kolesistit
- B) Akut kolanjit
- C) Batın içi apse**
- D) Pulmoner embolizm
- E) Abdominal kompartman sendromu

Öncelikle → USG . Tanıda **en iyi yöntem** → BT



Tedavide kaynak kontrolü

<5cm → antibiyotikle takip

>5 cm → antibiyotik + perkütan drenaj ilk seçenektir.

Perkütan drenaj başarısız ve septik tablo ilerlediğinde → cerrahi drenaj

Aşağıdakilerden hangisi meme kanseri risk faktörlerinden değildir?

- A) İleri yaş
- B) Hiç doğum yapmamış olmak
- C) Erken menarş- geç menapoz
- D) Geçirilmiş over ca hikayesi
- ☒ E) 30 yaşından önce gebelik öyküsü

Meme CA Risk faktörleri:

- >İleri yaş risk ↑↑↑
- >Kadın cinsiyet ↑↑↑
- >Geçirilmiş meme ca hikayesi ↑↑↑
- >Anne kız kardeş teyzede ailesel meme ca öyküsü ↑↑↑
- >İlk gebelik yaşı>30 ↑↑
- >Hiç doğum yapmamışlarda ↑↑
- >Emzirmeme ↑↑
- >Erken menarş geç menapoz ↑↑
- >Radyasyon hikayesi ↑↑
- >Sigara alkol obezite ↑↑
- >Azalmış fiziksel aktivite ↑↑
- >Geçirilmiş over veya endometrium ca hikayesi ↑↑

Aşağıdaki benign meme hastalıkları arasında kanser riski en yüksek olanı hangisidir?

- A) Sklerozan adenozis
- B) Apokrin değişiklikler
- C) Fibrokistik hastalık
- D) Atipik lobüler hiperplazi**
- E) Intraduktal papillom

Meme Kanseri Gelişme Riskini Arttıran Lezyonlar



Riski arttırmayan lezyonlar

- >Sklerozan adenozis
- >Duktal ektazi
- >İntraduktal papillom
- >Apokrin değişiklikler
- >Kistler

Orta riskli lezyonlar (4X)

- >Atipik Duktal Hiperplazi
- >Atipik Lobüler Hiperplazi

Hafif Riskli lezyonlar (2X)

- >Şiddetli (florid) hiperplazi

Yüksek riskli lezyonlar (8X)

- >Duktal Karsinoma İnsitu
- >Lobüler Karsinoma İnsitu

27 yaşında kadın hasta memede kitle ile başvuruyor. Muayenede 2 cm boyutunda ağrısız sert fikse kitle palpe ediliyor. Yapılan USG düzensiz sınırlı hipoekoik lezyon BI-RADS 5 olarak yorumlanıyor.

Bu hastada sıradaki aşamada ne yapılmalıdır?

- A) Mamografi
- B) Meme MR
- C) USG tekrarı
- ☒ D) Biyopsi
- E) 6 ay sonra USG ile kontrol

BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System)

BI-RADS 0: İnkomplet değerlendirme → Ek değerlendirme (USG)

BI-RADS 1: Negatif → Yıllık rutin takip

BI-RADS 2: Benign → Yıllık rutin takip

BI-RADS 3: Muhtemelen Benign (%2 risk) → 6 ay sonra mammografi

BI-RADS 4: Şüpheli → Biyopsi

BI-RADS 5: Muhtemelen Malign → Biyopsi

BI-RADS 6: Malign

Sol meme kanseri sebebiyle modifiye radikal mastektomi yapılan hastada postop sol kolunda adduksiyon ve iç rotasyonda zayıflık görülüyor.

Bu durum hangi postop komplikasyona bağlı oluşmuştur ?

- A) Seroma
- B) Hematom
- C) N. Torasikus longus yaralanması
- ☒ D) N. Torakodorsalis yaralanması
- E) N. İnterkostobrakialis yaralanması

N. Torasikus **L**ongus yaralanırsa →
Skapula **A****L**aata (kanat skapu**L**a)

N. Torakodorsalis yaralanırsa → Kolun
adduksiyon ve iç rotasyonu zayıflar.

N. İnterkostobrakialis yaralanırsa → Üst
kol medial ve aksiller hipoestezi.

25 yaşında kadın hasta meme başında çekinti, memede kızarıklık ısı artışı ile polikliniğe başvuruyor. Sigara içtiği ve evli olmadığı öğrenilen hastanın en olası tanısı nedir?

- ☒ A) Zuska hastalığı
- B) Mondor Hastalığı
- C) Memenin Paget hastalığı
- D) Fibrokistik değişiklik
- E) Yağ nekrozu

Periduktal Mastit (ZUSKA Hastalığı)

Sigara içen genç kadınlar

Emzirme ve doğum ile ilişkili **DEĞİL**



Anterior göğüs duvarındaki yüzeysel venlerin tromboflebiti, hassas ip gibi venler

Meme başının kronik ekzamatöz hastalığı, Patolojide geniş sitoplazmalı büyük ve soluk boyanan Paget hücreler

Koroziv özofagus yanıklarının tedavisi için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- A) Altın standart erken dönemde gastroskopi yapılmasıdır
- B) Mukozal hiperemi ve ödem varsa 24-48 saat gözlem yapılır
- C) Tam kat nekroz ve tıkanıklık opere edilir
- D) Nazogastrik dekompresyon kontrendikedir
- ☒ E) Kusturucu ilaçlar ivedilikle verilir.



Aşağıdakilerden hangisi gastro-özofageal reflü hastalığında (GÖRH) cerrahi girişim endikasyonu değildir?

- A) ilaç tedavisine direnç
- B) Kanama gelişmesi
- C) Obstrüksiyon gelişmesi
- D) Barrett özefagusu
- E) Ses kısıklığı**

- >Reflü özefajit (**En sık**)
- >Özefagus striktürleri
- >Barret Özefagusu
- >Kanama
- >Perforasyon
- >Progresif pulmoner fibrozis
- >Astım
- >Aspirasyon pnömonisi
- >Kronik ülserler
- >Özefageal web

GÖR Cerrahi Endikasyonları

- >Medikal tedaviye yanıtızlık
- >Barret özefagusu
- >Kanama
- >Obstrüksiyon
- >Perforasyon

GÖR Semptomları

- >Retrosternal yanma(heartburn)
- >Regürjitasyon
- >Disfaji (yutma güçlüğü)

>Kronik öksürük, ses kısıklığı, aspirasyon pnömonisi gibi **atipik**

57 yaşında kadın hasta, yutma güçlüğü, aralıklı kusma ve geceleri daha şiddetli öksürük şikayeti ile doktora geliyor. Son 6 ayda 7 kg kilo kaybı mevcut.

Muayene ele gelen boyun kitlesi yok.

Manometri yapılıyor, alt özefagus sfinkter basıncında artma ve alt özefagus sfinkterinin gevşemediğini gösteriyor.

En olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

A) Globus histerikus

☒ B) Akalazya

C) Hiatal herni

D) Fındıkkıran özefagus

E) Diffüz özefageal spazm



Akalazya

Alt özefagus sfinkter (AÖS) basınç artışı
AÖS gevşeyememe

Aperistaltizm, Dilate özefagus

Paradoksal Disfaji (özellikle sıvı yutamaz)

Regürjitasyon, Göğüs ağrısı, Kilo kaybı

Kesin tanı → manometri

Baryumlu grafi → kuş gagası görünümü

Akalazya Manometre Bulguları

>AÖS basınç artışı(>26mmhg),

>AÖS gevşeyememe

>Özefagus içinde basınç artışı

>Özefagus gövdesinde aperistaltizm

>Kalsiyum kanal blokeri

>Botulinum toksin enjeksiyonu

>Balon veya buji ile dilatasyon (**en sık**)

>Cerrahi Heller myotomi (**En kesin**)

Aşağıdakilerden hangisi inoperabl mide kanseri bulgusu değildir?

- A) Umblikal lenf nodu metastazı
- B) Sol supraklavikuler LN metastazı
- C) Sol aksiller LN metastazı
- D) Peritoneal implantlar
- E) Suprapiloric LN metastazı**

Mide Kanseri İncinabilite Kriterleri

>**Krukenberg tümörü:** Overe sıçraması

>**Blumner rafı:**

Rektal tuşede saptanan implantasyon

>**Sister Mary Joseph nodülü:**

Palpasyonla Umblikal lenf nodu

>**Virchow nodülü:** Sol supraklavikuler lenf nodu

>**Irish nodu:** Sol aksiller lenf nodu

>**Peritonitis karsinomatosa:** Peritona tümör implantasyonu

>**Malign assit**

>**Linitis plastika**

>**Organ Metastazı**

Mide antrumda yerleşmiş 2 cm çapındaki patolojide C-KİT mutasyonu pozitif ve cajal hücrelerinden köken aldığı tespit edilen tümör için tedavi ne olmalıdır?

- A) İmatinib ile medikal tedavi
- B) Total gastrektomi
- C) Gastrik Bypass
- ☒ D) Mide wedge rezeksiyon
- E) Takip

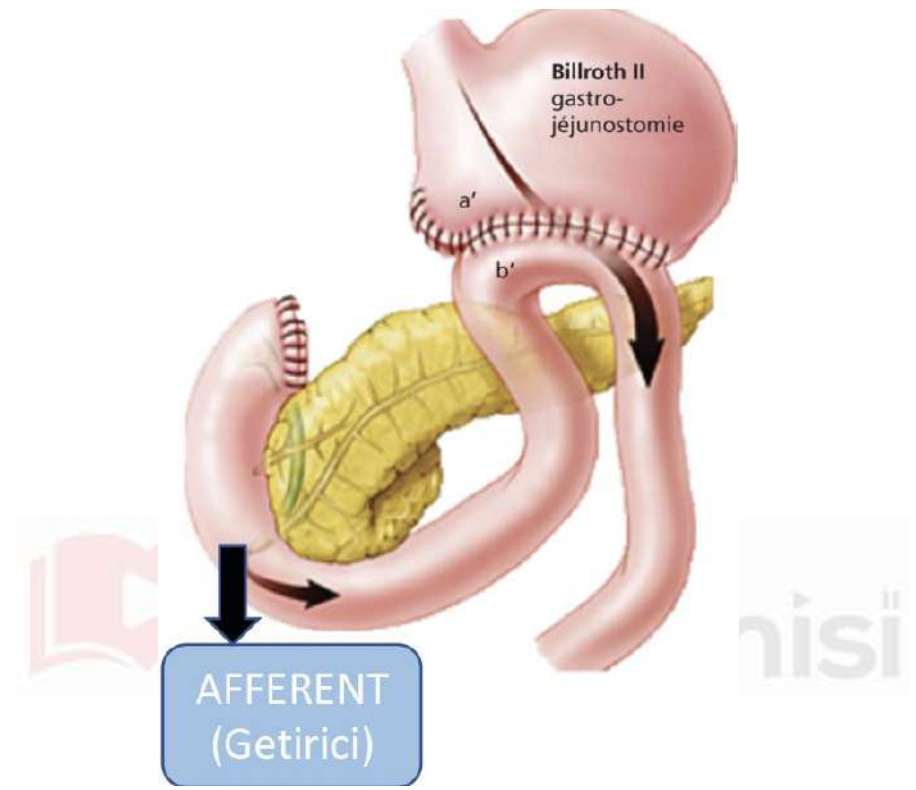
Mide GİST

- >En sık **mide**de görülür.
- >Mide kanserinin %1ini oluşturur.
- >İntestinal motiliteyi düzenleyen **Cajal hücreleri**nden köken alır.
- >Mide duvarında **muskularis propriadan** kaynaklanır.
- >Karın ağrısı, kanama, dispepsi, kilo kaybı en sık şikayetlerdir. Gis kanama görülebilir.
- >Tanıda submukozal yerleşimli oldukları için **endoskopi yetersizdir.**
- >**C-kit** mutasyonu +
- >Tedavide c-kit inhibitörü-> **imatinib** verilir.
- >Prognozda en önemli parametre: **Mitoz sayısı ve Tm çapı**
- >Tedavide mide wedge (segmenter) rezeksiyon yapılır.
- >Lenf nodu diseksiyonuna gerek **yoktur.**
- >KT ve RT cevap **vermezler.**

48 yaşındaki erkek hastaya mide antrumda adenokarsinom sebebiyle subtotal gastrektomi + BII gastrojejunostomi yapılıyor ve postop karın ağrısı ve kusma geliyor. Safralı kustuğu ve gıda artıkları içermediği öğreniliyor . Hasta kusma sonrası rahatladığını da ifade ediyor.

En olası tanınız nedir ?

- A) Alkalen reflü gastrit
- B) Afferent loop sendromu**
- C) Efferent loop sendromu
- D) Duodenal güdük kaçağı
- E) Dumping sendromu



Efferent Loop Obstrüksiyonu

Billroth II gastrojejunostomi → götürücü ansta obstrüksiyon

Gıda artıkları içeren kusma

Kusma ile rahatlama olmaz (çünkü distali tıkalı)

Konservatif tedavi, 10 gün içinde iyileşirse ödeme bağlanır
İyileşmezse cerrahi: Billroth 2, 1'e çevrilir.

Aşağıdakilerden hangisi obezite cerrahisi kontrendikasyonlarından biri değildir ?

- A) Diyetle başarısız olmak**
- B) Alkol ve madde bağımlısı olmak
- C) Bulimnia nervoza tanılı olmak
- D) Mental retarde olmak
- E) Prader-Willi sendromu

Obezite Cerrahisi Endikasyonları

>BMI>40

>BMI 35-40 + komorbiditesi olan hastalar

>Diyetle başarısız olmak

>Psikiyatrik olarak sağlam hastalar (Alkol, madde bağımlılığı, yeme bozukluğu)

Obezite Cerrahisi Kontrendikasyonları

>Genel anestezi alamayacak

>Mental retarde

>Yaşam biçimini değiştiremeyecek

>Alkol ve madde bağımlılığı

>Psikolojik bozukluklar ve yeme bozuklukları

>Hareket edemeyecek

>**Prader-Willi sendromu**

(hiçbir cerrahi tedavi bu hastaların sürekli yeme ihtiyacını etkilemez)

BMI=Kg/m²

>Normal: 18-24,9

>Preobez: 25-29,9

>Obez sınıf 1: 30-34,9

>Obez sınıf 2: 35-39,9

>Obez sınıf 3: 40 ve üstü.
(Morbid Obez)

Altmış beş yaşında kadın hasta alt GIS kanaması ile yatırılıyor, kolonoskopide çıkan kolonda kanama saptanıyor.

Aşağıdaki lezyonlardan hangisi bu hastadaki en olası sebeptir?

- A) Anjiyodisplazi**
- B) Karsinom
- C) Polip
- D) Ülseratif kolit
- E) İBH

Divertiküller %30-40	Anjiyodisplazi
Perianal Hastalıklar %5-15	Erozyon ve ülserler
Neoplazi %5-10	Crohn Hastalığı
İskemi %5-10	Radyasyon
Enfeksiyöz kolit %3-8	Meckel Divertikülü
Post polipektomi %3-7	Neoplaziler
İnflamatuvar barsak hastalığı %3-4	Aortoenterik fistül
Anjiyodisplazi %3	
Radyasyon rektiti ve koliti %1-3	

< 60 yaş altı erişkinlerde en sık → divertikülozis.

>60 yaş üstü erişkinlerde en sık → anjiyodisplazi.

Pankreas kanseri tanısı
koyulan hastada hangi bulgu
inoperabilite kriteri değildir?

- A) Peritoneal implantlar
- B) Hepatik arter 180
dereceden fazla tutulumu
- C) Karaciğer metastazı
- D) Assit varlığı
- ☒ E) Splenik arter 180
dereceden fazla tutulumu

Pankreas Ca Rezeksiyon Kontrendikasyonları

- >Karaciğer metastazı
- >Peritoneal implantlar
- >Çölyak lenf nodu metastazı
- >Karaciğer hilus lenf nodu metastazı
- >Assit varlığı
- >Hepatik arter, çölyak arter, SMA yı 180
dereceden fazla tutulumu

26 yaşındaki erkek diyare ve şiddetli dispeptik yakınmaları ve bir yıldır antiülser tedavisine rağmen yakınmalarının hiç azalmaması nedeni ile başvuruyor. Üst gastrointestinal endoskopik incelemede hem proksimal hem de distal duodenumda çok sayıda ülseri olduğu görülüyor.

Bu hasta için en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Helicobacter pylori enfeksiyonu
- ☒ B) Zollinger- Ellison sendromu
- C) Duodenal kanser
- D) Hiperkalsemi ile birlikte peptik ülser
- E) Ailesel ülser

Gastrinoma

>Kanda gastrin düzeyi >1000 pg/ml olması tanı koydurur.

>şüpheli gastrin yüksekliklerinde sekretin provakasyon testi

>En sık duodenum yerleřimlidir.

>%50 si malign

60 yaşında hasta karın ağrısı ile genel cerrahi polikliniğe başvuruyor çekilen BT de pankreas başında pankreatik kanal ile ilişkili kist görülüyor. EUS ile kist aspirasyonu yapılıyor. Yüksek amilaz, yüksek CEA saptanıyor. ERCP de balık gözü Papila dikkat çekiyor.

Bu hastanın en olası tanısı aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Seröz kistik neoplazi
- B) Müsinöz kistik neoplazi
- ☒ C) IPMN
- D) Kist adenom
- E) Psödokist

Özellik	Psödokist	Seröz KN	Müsinöz KN	IPMN
Yerleşim	Eşit dağılım	Eşit dağılım	Sıklıkla Gövde-kuyruk	Sıklıkla baş
Kanal ilişkisi	Evet	Hayır	Nadir	Evet
Müsin	Negatif	Negatif	Pozitif	Pozitif
CEA	Düşük	Düşük	Yüksek	Yüksek
Amilaz	Çok yüksek	Düşük	Düşük	Yüksek

Ana kanal IPMN %30-50 malign dönüşebilir. Bu sebeple rezeksiyon

Yandal IPMN %10-15 malign dönüşüm görülür.
>3 cm den büyük ve yüksek riskli özellikler+ ise yandal IPMN rezeksiyon edilmelidir

Yan dal IPMN Yüksek Riskli Özellikler

>Ana kanal>1 cm
>Büyüyen mural nodül
>Sarılık

Dalak ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- A) İg M, Tuftsin ve properdin üreterek immunitede görev alır.
- B) Splenektomi sonrası trombositopeni görülür**
- C) Elektif splenektominin en sık sebebi İTP'dir.
- D) Splenektomi sonrası en sık sol alt lob atelektazisi gelişir.
- E) Aksesuar dalak en sık dalak hilusunda görülür.

- Hematopoetik
- Rezervuar
- Filtrasyon
- İmmun



Karın ağrısı ateş şikayeti ile acile başvuran 56 yaşında hasta, özgeçmişinde iv ilaç kullanım öyküsü olduğu öğreniliyor. Lökositoz 16.000 olup Çekilen BT dalakta uniloküle apse saptanıyor.

En uygun yaklaşım hangisidir ?

- A) Splenektomi
- ☒ B) Perkütan drenaj + Antibiyotik
- C) Sol üst kadranda cerrahi drenaj
- D) Takip
- E) Parsiyel splenektomi

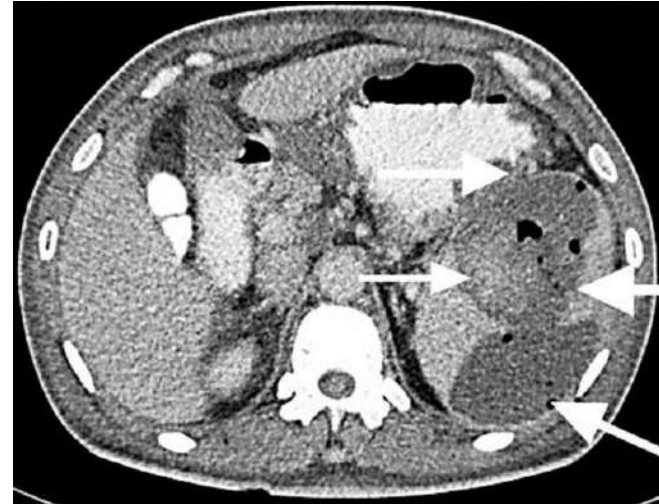
Splenomegali tipik **değildir**.

Uniloküle dalak apsesi

Perkütan drenaj +
antibiyotik

Multiloküle dalak apsesi

Splenektomi, sol üst kadranda drenajı ve
antibiyotik



Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır ?

- A) Splenektomiden sonra en sık görülen komplikasyon sol alt lob atelektazisidir.
- B) Elektif splenektomiden 2 hafta önce aşılama yapılır.
- C) Pnömonokok, meningokok ve H. Influenza karşı aşılama yapılır.
- D) Acil splenektomiden 2 hafta sonra aşılama yapılır.
- E) Aşılama post splenektomi sepsisini azaltmaz.**

Postsplenektomi Sepsisi

>5 yaş altı ve 50 yaş üstü hastalarda mortalitesi yüksektir.

>Ateş, karın ağrısı, miyalji, baş ağrısı, yorunluk durumlarında postsplenektomi sepsisi akla gelmelidir.

>Hematolojik hadiseler sebebiyle splenektomi yapılmış hastalarda daha sık görülür.