

TUS GENEL CERRAHİ

MAKSİMUM VE
SORULARLA HIZLI TEKRAR

VIDEO PAKETLERİ
ÇIKTI!



TOPLAM

37
SAAT

19 SAAT

KONU
ANLATIMI

5 SAAT

ÇIKMIŞ
ÇÖZÜMÜ

13 SAAT

VIP SORU
ÇÖZÜMÜ

***Arkadaşlar merhaba,**

TUS için her zaman güncel olmamız gerektiğini düşünüyoruz. Bu yüzden her TUS sonrası yeni bilgileri takip ederek her yıl konu videolarımızı güncelleyeceğiz. Kitaplarımız da bu doğrultuda güncellenecektir. Güncellemelerimizi aşağıda belirttiğimiz şekilde yaptık.

1.Baskıdaki Travma Ve Travma Hastasına Yaklaşım konusuna GKS tablosu eklendi.

Glasgow KoMa skalası

GÖZ (4)	KONUŞMA (5)	MOTOR (6)
Spontan açık (4)	Oryante (5)	Emirlere uyuyor (6)
Sözel uyarı ile (3)	Konfüze(4)	Ağrıyı lokalize ediyor (5)
Ağrılı uyarı ile (2)	Anlamsız kelimeler (3)	Ağrıdan kaçıyor(4)
Yanıt yok (1)	Anlamsız sesler (2)	Ağrıya fleksör yanıt (3)
	Yanıt yok (1)	Ağrıya ekstansör yanıt (2)
		Yanıt yok (1)

2.Baskıdaki Uygunsuz ADH konusuna aşağıdaki bilgiler eklendi.

Uygunsuz ADH sendromunda hipertansiyon olmaz bilgisi UADHS'da hastada hipertansiyon olabilir (hastada ödem olmaz ve övolemiktir) olarak güncellendi.

1. baskıdaki Cerrahi Komplikasyonlar konusuna aşağıdaki bilgiler eklendi.

Seroma

- >Yara yerinde özellikle ciltaltında **sıvı toplanmasına** seroma denir.
- >Özellikle Meme, aksilla ve herni cerrahisinde görülür.
- >Şişlik, ağrı, enfekte olursa kızarıklık görülebilir.
- >Asemptomatik seromalar çoğunlukla spontan kaybolur.
- >Semptomatikse aspirasyon yapılabilir.

Hematom

- >Ciltaltında veya daha derin dokularda **kan birikmesine** hematom denir.
- >Yeterli hemostaz sağlanmaması, kanama bozuklukları, antikoagülan ve antiplatelet ilaç kullanımı risk faktörleridir.
- >Ciltaltı hematomlar şişlik, ekimoz,baskı hissine sebep olabilir.
- >Batıniçi hematomlar ileus, abdominal kompartman sendromuna sebebp olabilir.

Üriner Retansiyon

- >Postoperatif mesanenin spontan boşalmamasına denir.
- >Suprapubik ağrı ve rahatsızlık hissi, alt karında dolgunluk hissi ile semptom verir.
- >Fizik muayenede suprapubik mesane distansiyonu palpe edilebilir.

- > Artmış yaş, erkek cinsiyet, anestezi tipi(spinal,epidural), ameliyat tipi(herni,kolorektal,spinal), operasyon zamanı ve intraoperatif İV hidrasyon, antikolinergik ve opioid ilaçlar **risk faktörleridir**.
- > Mesane kataterizasyonu ile tedavi sağlanır.

Postop İleus

- > Mekanik veya fonksiyonel barsak tıkanıklıkları görülebilir.
- > Postop erken dönem en sık adezyonlar sebebp olur.
- > İnternal herniasyon, intraabdominal apse, intramural hematoma, invajinasyon, anastomozda ödem veya kaçak da diğer sebepleri olabilir.
- > Postop saatler içinde ince barsak, 24-48 saatte mide, 3-5 gün sonra kolon motilitesi geri döner.
- > Elektrolit bozuklukları (hipokalemi, hipomagnezemi), batıniçi enflamasyon(pankreatit vb), opioid vb ilaç kullanımı paralitik ileusa sebep olabilir.
- > Karın ağrısı, distansiyon, bulantı ve kusma görülür.
- > ADBG ve BT tanıda kullanılabilir.
- > İV hidrasyona balanır, NG dekompresyon yapılır.

Anastomoz Kaçağı

- > İki lümenin birbiri ile devamlılığının sağlanması işlemine anastomoz denir
- > Cerrahi pratikte sıklıkla kullanılan barsak-barsak, kolon-kolon, barsak-kolon, mide-barsak anastomozları bunlardan bazılarıdır.
- > Anastomozun başarısı uygun cerrahi teknik, yeterli kanlanma ve gerginliğin olmaması ile sağlanır.
- > **Risk faktörleri:** Teknik hatalar, yetersiz kanlanma, anastomoz gerginliği, anastomoz lokasyonu (ince barsaklar düşük, rektum yüksek riskli), acil cerrahi,
- > **Hasta kaynaklı risk faktörleri:** Malnütrisyon (Albumin<3,5) , %10 dan fazla kilo kaybı, diyabet, sigara, alkol, immün yetersizlik, yaş, obezite
- > Karın ağrısı, ateş, taşikardi, nefes darlığı, idrar çıkışında azalma, lökositoz ile kendini gösterebilir.
- > **En sık** BT çekilerek tanı konur. (Suda eriyebilen kontrast madde kullanılır)
- > Klinik duruma göre peruktan drenaj, oral kapalı antibiyotikle takip veya opere edilebilir.
- > Ameliyatla kaçak tamiri, rezeksiyon, anastomoz, ostomi diversiyonu yapılabilir.
- > Lokalize peritonit, küçük kaçak olması durumunda tamir yapılır.
- > Şiddetli yaygın peritonit, sepsis durumunda sapırtıcı ostomi açılabilir.
- > Lokalize peritonit ve küçük aşağı kolorektal anastomozlarda sapırtıcı ileostomi açılması ve pelvik dren ile kontrol sağlanabilir.
- > Rektum cerrahisinde sapırtıcı stomalar anastomoz kaçaklarını önlemez, lokal septik kontrolü sağlarlar.

Safra Yolu Yaralanmaları

- > Sıklıkla safra kesesi ameliyatları sonrası görülür. (% 0,3)
- > En sık **koledok yaralanması** görülür.
- > Calot üçgeninde enflamasyon, anatomik varyasyonlar, fundusun aşırı retraksiyonu, koterin kontrolsüz kullanımı **risk faktörleri** olarak kabul edilir.

- > Güvenli kolesistektomi için "Güvenlik için kritik bakış" tekniği kullanılmaktadır.
- > Yaralanmaların dışında sistik kanalın kapatılmaması da safra kaçaklarına sebep olabilir.
- > Safra yolu yaralanmalarında **Strasberg sınıflaması** kullanılır. (bknz: Safra yolları hastalıkları ve cerrahisi kısmı)
- > Nonspesifik semptomlarla prezente olurlar: Karın ağrısı, bulantı kusma, hafif ateş
- > Kolanjit, sepsis, sarılık, batın içi apse ile de başvuruabilirler.
- > Tanıda **altın standart kolanjiografidir**.
- > Tedavide amaç biliyer ve enterik devamlılığı sağlamaktır. (Biliyer stentleme, PTK, Roux N Y Hepatikojejunostomi)

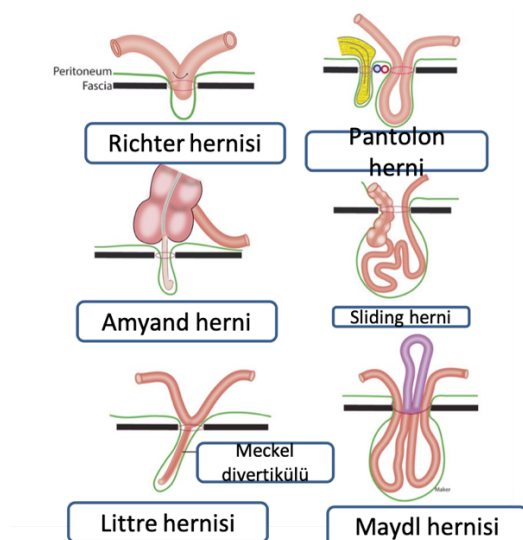
Kardiyak Komplikasyonlar

- > İskemik kalp hastalığı, konjestif kalp yetersizliği, DM, SVO, böbrek yetersizliği postop sonrası kardiyak sorun gelişimi için **risk faktörleridir**.
- > Perioperatif ve postoperatif MI önemli cerrahi komplikasyonlardan birisidir.
- > Substernal göğüs ağrısı, sol kola yayılan ağrı, aritmi, taşikardi, terleme, nefes darlığı, kardiyak şok, arrest görülebilir.
- > Postop hipertansiyon cerrahi hastalarında sıklıkla görülen bir durumdur.
- > Sıklıkla cerrahi öncesi antihipertansif ilaçları kesilen hastalarda görülür.
- > Postop ağrı, anksiyete, volüm yüklenmesi, üriner retansiyon da postop HT yapabilir.
- > Postop aritmiler cerrahi sonrası görülebilir.
- > **Atrial fibrilasyon** en sık görülen ritm bozukluğudur.

Diğer Komplikasyonlar

- > Endoskopi sonrası perforasyon görülebilir.
- > Yaygın karın ağrısı, distansiyon, peritonit bulguları görülür.
- > Grafilde serbest hava görülmesi tanı koydurur.
- > Hipoermi(< 35 derece) sık görülen postop komplikasyonlardan biridir.
- > Hipotermi kardiyak fonksiyon bozukluğu, koagülasyon bozukluğu ve yara yeri enfeksiyonuna neden olur.

1.baskıdaki Herniler ve Cerrahisi-Özellikli Herniler görseli aşağıdaki ile değiştirildi.



1.baskıdaki Meme hastalıkları ve cerrahisi- Meme kanseri ile ilişkili genlerden BRCA gen karşılaştırma tablosu eklendi.

BRCA 1	BRCA 2
Kötü diferansiye	İyi diferansiye
Sadece kadınlarda	Hem erkek hem kadın
Erken yaşlarda	Geç yaşlarda
Hormon reseptörü negatif	Hormon reseptörü pozitif

2. baskıdaki Adrenal Bez Hastalıkları konusu Giriş kısmına aşağıdaki bilgi eklendi.

“Korteks yoğun lipid içerdiği için sarı renktedir” bilgisi eklendi.

2. baskıdaki Kolon ve Rektum Hastalıkları ve Cerrahisi Adenomatöz Polipozis konusuna aşağıdaki bilgi eklendi.

APC geni için “5. Kromozomun q kolunda bulunan” ifadesi eklendi.

2. baskıdaki Karaciğer Tümörleri Hemanjiom konusu aşağıdaki şekilde düzenlendi.

Hemanjiom için “onun dışında semptom vermez” ibaresi kaldırıldı, onun yerine “sıklıkla asemptomatiktir” olarak güncellendi.

1.baskıdaki Pankreas hastalıkları ve cerrahisi- Pankreasın Ekzokrin Fonksiyonları konusu aşağıdaki şekilde düzenlendi.

Pankreasın Ekzokrin Fonksiyonları

>Günlük 500-800 ml berrak, kokusuz, alkali pankreatik sıvı salgılanır.

>Pankreatik sıvı asiner ve duktal hücreler tarafından salgılanır.

>**Pankreatik asiner hücreler** tarafından amilaz, lipaz ve proteazlar (tripsinojen, kimotripsinojen) salgılanır.

>Amilaz lipaz **aktif** formda, proteazlar **inaktif** formda salgılanır, karbonhidrat, yağ, protein sindirimi yapar.

>Pankreatik duktal hücreler pankreatik sıvı için su ve elektrolit salgılar.

1.baskıdaki Pankreas hastalıkları ve cerrahisi-kronik pankreatit konusundaki Tablo yeniden düzenlendi.

1-Kandaki pankreas enzim ölçümü -Enzimler ve pankreatik polipeptid
2-Pankreas ekzokrin salgı ölçümü A-Direk Ölçümler -Enzimler ve bikarbonat B-İndirek Ölçümler -Bentiromid testi -Schilling testi -Fekal yağ, kemotripsin veya elastaz ölçümü -Triolein ölçümü

1.baskıdaki Pankreas hastalıkları ve cerrahisi- Pankreas Endokrin Tümörleri konusuna yeni bilgiler eklendi.

>Pankreasın nöroendokrin tümörleri (PNET) pankreatik kanserler içinde %3den az oranında görülür.

>Çoğunlukla sporadik görülse de MEN1 ve VHL gibi genetik sendromlarla da birlikte görülebilir.

>Fonksiyonel ve nonfonksiyonel PNET olarak ayrılır.

>Fonksiyonel PNET salgıladığı hormona göre karakteristik semptomlara sebep olur.

>Nonfonksiyonel PNET daha çok ağrı, kitle etkisi ve biliyer obstrüksiyonlara sebep olur.

> Malignite oranı değişkenlik gösterir. (İnsülinomada %10, somatostatinomada %100)

>Lokalizasyonda BT ve MR ilk olarak kullanılır.

>EUS (endoskopik USG) daha küçük boyutlarda kullanılabilir.

>**Somatostatin (oktreotid) reseptör sintigrafisinin** PNET lokalizasyon tespiti için duyarlılığı yüksektir.

>Noninsülinoma PNET **hepatik metastazlarını** göstermede somatostatin reseptör sintigrafisi duyarlıdır

2.baskıdaki Pankreas hastalıkları ve cerrahisi- Pankreasın Ekzokrin Foksiyonları konusuna yeni bilgiler eklendi.

- >Asiner hücrelerden her tip enzim sekresyonu yapılabilir
- >Pankreas asiner hücrelerde inaktif enzimler salgılanır ve self koruma mekanizmasına ek olarak asiner hücreler **pankreatik sekretuar tripsin inhibitörünü** salgılar.
- >Pankreatik sekretuar tripsin inhibitörü **serin proteaz inhibitörü kazal tip 1 (SPİNK1)** geni tarafından kodlanır.
- >**SPİNK1** geni mutasyonunda özellikle çocukluk çağında kronik pankreatit görülebilir.
- >Pankreas sekresyonu asetilkolin, sekretin, kolesistokinin tarafından uyarılır.
- > Sekretin su, bikarbonat ve diğer elektrolitlerin duodenuma salgılanmasını sağlar.
- > Kolesistokinin asiner hücrelerden pankreatik enzimlerin salınmasını uyarır. Oddi sfinkterinin gevşetir.

2.baskıdaki Pankreas hastalıkları ve cerrahisi- Dalak giriş kısmına aşağıdaki bilgiler eklendi.

- >Dalak ana beslenmesi splenik arterden (çölyak arter dalı) olur.
- >Dalak sol gastroepiploik arterin dalı kısa gastrik arterlerden dallar alır
- >Splenik arterin terminal dallanmasına göre distribütif tip ve magistral tip splenik arter görülür.
- >En sık distribütif tip görülür (%70)
- >Kısa ana dal sonrası uzun terminal dallar→ Distribütif tip
- >Uzun ana dal sonrası kısa terminal dallar→Magistral tip
- >Aksesuar dalak en sık dalak hilusunda, gastrokolik ligamanda, pankreas kuyruğunda, büyük omentum, splenokolik ligamanda, barsak mezenterinde, sol over ve sol spermatik kordda da görülebilir.

- Dalak parankimi kırmızı pulpa (dalak hacminin %75i) ve beyaz pulpadan oluşur.
- >Kırmızı pulpada çok sayıda makrofaj bulunur ve yaşlanmış eritrositler (>120gün) kırmızı pulpadaki makrofajlar tarafından fagosite edilir.
 - > Kırmızı pulpada mikroorganizmalar, hücre kalıntıları, antijen-antikor kompleksleri ve yaşlanmış eritrositlerin dolaşımdan filtrasyonu sağlanır.
 - >Splenik arteriollerin etrafına lenfosit kümelenmesi ile beyaz pulpa oluşur. Beyaz pulpa immun fonksiyondan sorumludur.
 - > Kırmızı pulpa ve beyaz pulpa arasında marjinal bölge bulunur.
 - >Marjinal bölgede bulunan spesifik makrofajlar bakteri fagositozu, virüslere karşı interferon A ve interferon B üretiminden sorumludur

2.baskıdaki Pankreas hastalıkları ve cerrahisi- Splenektomi Komplikasyonları kısmında düzenleme yapıldı.

- >Splenektomi sonrası lökositoz, trombositoz, siderositler, Pappenheimer cisimcikleri (demir granülleri),
- Howell-Jolly cisimcikleri (nükleer kalıntılar) ve Heinz body (denatüre Hemoglobin) görülür.

2.baskıdaki Herniler ve cerrahisi- İnguinal Herni konusuna Nyhus Sınıflaması tablosu eklendi.

Nyhus Sınıflaması
Tip 1: İndirekt herni- İnternal halka normal (pediatrik herniler)
Tip 2: İndirekt herni- İnternal halka genişlemiş , arka duvar sağlam , inf epigastrik damarlar yer değiştirmemiş
Tip 3: Arka duvar defekti var. 3A: Direkt herni 3B: İndirekt + Direkt herni (pantolon, sliding, skrotal herni) 3C: Femoral herni
Tip 4: Nüks Herniler 4A: Direkt 4B: İndirekt 4C: Femoral 4D: Kombine

