



2026 TUS İLKBAHAR REFERANSLARIMIZ

TUSMER ANLATTI, TUS'TA SORULDU!

GENEL CERRAHI
GENEL CERRAHI

*Bizimle hazırlan,
farkı yaşa!*



tusmer.tus



tusmer.tus



tusmer.com

Soru: 61

Soru No: 61

Aşağıdakilerden hangisi sistemik inflamatuvar genel sendromu (SIRS) kriterlerinden biri değildir?

- A) Vücut sıcaklığı $>38^{\circ}\text{C}$ ya da $<36^{\circ}\text{C}$
- B) Nabız $>100/\text{dk}$
- C) Solunum sayısı $>20/\text{dk}$
- D) İmmünite düşüklüğü
- E) Lökosit sayısı >12000

Doğru Cevap: E

Referans: Sayfa 67

TUSMER		Şok			
Septik Şok (Vazodilatatuvar Şok)					
<ul style="list-style-type: none"> Septik şok, bakteriyel veya fungal ajanların lokalize veya invazif enfeksiyonlarına karşı vücudun verdiği bir reaksiyon sonucu oluşur. Patojenleri temizlemek için vücudun savunma hücreleri olan makrofajlar ve nötrofiller öldürme mekanizmasını, prokoagulan aktiviteyi, patojenleri lokalize etmek için fibroblast aktivitesini ve mikrovasküler kan akımını artıran mediyatör salgılar. Cevap abartılı olursa veya lokalize olmaktan çıkıp sistemik olursa sepsisin bulguları ortaya çıkar. Septik şok hastalarında kardiyak outputun artması, periferik vazodilatasyon, ateş, lökositoz, hiperglisemi ve taşikardi yer alır. Septik şokta, vazodilatasyonun bir nedeninde damar duvarındaki nitrik oksit sentezini artıran regülasyonudur. İNOS yüksek bir miktarda nitrik oksit üretilir. Bu potensiyozilatör mediyatör vazokonstriktör ajanlara karşı direnç geliştirir. Damar düz kasların katekolamin/anjiotensin II cevabı azalmıştır. Septik şok hastalarında plazma vazopressin düzeylerinde azalma vardır. Septik şok hastalarında hipotansiyona katkıda bulunan ikinci önemli faktör miyokard fonksiyon bozukluğudur. Bu hastalarda artmış kalp debisine rağmen kardiyak fonksiyonlar bozulmuştur. TNF-alfa ve IL-1' in kalp kası üzerine toksik etkileri bulunur. 					
SIRS (SİSTEMİK İNFLAMATUVAR CEVAP SENDROMU) kriterleri					
<ul style="list-style-type: none"> Vücut sıcaklığı >38 derece veya <36 derece Kalp hızı $>90/\text{dk}$ Solunum Sayısı $>20/\text{dk}$ yada $\text{PCO}_2 <32$ mmHg WBC >12.000 yada <4000; çökme(band) formasyonu $>10\%$; parametrelere en az ikisinin olması ile SIRS tanısı konur. 					
Sepsis: SIRS+tanımlanmış enfeksiyon kaynağının tespit edilmesi					
Ciddi sepsis: Sepsis + hipoperfüzyon bulgularının olması (hipotansiyon, azotemi, laktik asidoz vs. bu bulgular aynı zamanda ciddi sepsiste organ yetmezlik bulgularını ifade eder). Sıvı replasmanı ile tansiyon yükselir, henüz vazokaktif ilaç kullanımına ihtiyaç yoktur.					
Perfüzyon Bozukluğu Kriterleri					
(Ciddi sepsis hastalarında bu kriterlerden biri bulunur)					
<ul style="list-style-type: none"> Sistolik kan basıncı <90 mmHg Normal sistolik basınçtan 40 mmHg düşme Laktik asidoz Oligüri Akut mental değişiklikler 					
Sepsis-3 olarak adlandırılan en güncel tanılamada "ciddi sepsis" (severe sepsis) tanımı artık YOK! Sadece sepsis ve septik şok var. Sepsis klinik kriteri: Enfeksiyon odağı+QUI-CK SOFA Kriterlerinden 2 veya daha fazla olması					
QUICK SOFA KRİTERLERİ:					
<ul style="list-style-type: none"> Solunum sayısı $\geq 22/\text{dk}$, Sistolik kan basıncı ≤ 100 mmHg, Mental durum değişikliği (GKS<13) 					
Septik Şok klinik kriteri					
Sepsis ile beraber yeterli hacim resusitasyonuna rağmen aşağıdakilerin ikisinin de olması:					
<ul style="list-style-type: none"> MAP'i (ortalama arter basıncı) 65 mmHg seviyesinde tutabilmek için vazopressör gerektiren persistan hipotansiyon ve Laktat' in 2 mmol/L veya fazla olması 					
Yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda SIRS' a göre hastane içi mortaliteyi öngörme- de QUICK SOFA daha başarılıdır.					
SOFA Skoru	0	1	2	3	4
Solunum $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$	≤ 400	≤ 400	≤ 300	≤ 200	≤ 100
Koagülasyon Trombosit $10^9/\text{mm}^3$	>150	≤ 150	≤ 100	≤ 50	≤ 20
Karaciğer	<1.2	1.2-1.9	2.0-5.9	6.0-11.9	>12
Bilirubin mg/dL, Bilirubin mol/L ¹	<20	20-32	33-101	102-204	>204
Kardiyovasküler	Yok	MAP < 70	Dopa ≤ 5	Dopa > 5	Dopa > 15
Hipotansiyon			Dopa	Epi ≤ 0.1	Epi > 0.1
			Nor ≤ 0.1	Nor > 0.1	Nor > 0.1
Merkezi sinir sistemi					
Glasgow koma skoru	15	13-14	10-12	6-9	≤ 5
Renal Kreatinin (mg/dL)	<1.2	1.2-1.9	2.0-3.4	3.5-4.9	>5.0
Kreatinin (mol/L) idrar çıkışı (mL/gün)	<110	110-170	171-299	300-440	>440
			<500	<200	<200

Soru: 62

Kolonik divertikülözis tanısıyla takip edilen 55 yaşındaki hasta 30 gündür devam eden karın ağrısı ve ateş şikâyetleriyle acil servise başvuruyor.

Bu hastanın fizik muayenesi sırasında aşağıdaki alanların hangisinde karın ağrısı şikâyetinin artması beklenir?

- A) Sağ üst kadranda
- B) Sol üst kadranda
- C) Sağ alt kadranda
- D) Sol alt kadranda
- E) Periumbilikal bölge

Referans: Sayfa 182

• Syf 182

Hastalık
Apendisit
Divertikülit
Kolesistit
Pankreatit

Ağrı yeri
Sağ alt kadranda
Sol alt kadranda
Sağ üst kadranda
Epigastrik

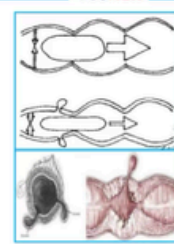
GENEL CERRAHİ **TUSMER**

DİVERTİKÜLER HASTALIK- Tus şubat 2020

- Kazanılmış en sık görülen. Multiple ve En çok sigmoid kolon
- **Konjenital tek ve sağ tarafta**
- 50 yaş üzerinde sıklığı artar %50
- Bir çoğu asemptomatiktir
- Liften fakir diyet, kabızlık, düşük posalı beslenme
- Lümen içi basınç artışı
- Kolon elastikiyeti azalır
- Kaslarda hipertrofi
- Damarların kolona giriş yerinden gelmesi
- Mezenter ve antimezenenter tenya arasında görülür

Tanı

- Baryumlu kolon grafisi
- Kolonoskopi
- BT
- **Dev divertiküller** sigmoid kolonda görülür. Baryumlu grafisi tanı koydurucudur
- Sağ taraflı divertiküller **çarpık divertiküller** ve gençlerde daha sık görülür. Divertikülektomi veya ileoçekal rezeksiyon yapılabilir.



```

    graph TD
      DK[DİVERTİKÜLER HASTALIK] --> A[Asemptomatik (%70)]
      DK --> B[DİVERTİKÜLER KANAMA (%5-15)]
      DK --> C[DİVERTİKÜL (%15-25)]
      C --> D[Basit (%75)]
      C --> E[Komplikasyon (%25)]
      E --> F["• Apse  
• Obstrüksiyon  
• Perforasyon  
• Fistül"]
    
```

DİVERTİKÜL

- Divertikülözisin en sık komplikasyonu divertiküldür. (%15-20)
- Divertikül tabanının obstrüksiyonu
- Apse, obstrüksiyon, perforasyon
- Yaşlı hastada sol alt kadranda ağrı, ateş ve lökositoz
- **En uygun tanı yöntemi BT TUS.**
- Kolonoskopi ve kolon grafisi akut bulgular geçene kadar kontraindikedir (perforasyon riski nedeniyle) TUS

Hinchey sınıflaması	Hafif klinik divertikülit
Hinchey 0	Hafif klinik divertikülit
Hinchey 1a	İzole perikolik inflamasyon - flegron
Hinchey 1b	İzole perikolik apse (sigmoid mezokolon içinde)
Hinchey 2	Pelvik, uzak intraabdominal, intraperitoneal veya retroperitoneal apseler
Hinchey 3	Yaygın pürülan peritonit (bağırsak lümeni ile ilişkili olmayan peritonit)
Hinchey 4	Fokal yaygın peritonit (bağırsak lümeni ile ilişkili peritonit)

- Evre 1-2 medikal tedavi + perikolan drenaj emi küçük apse antibiyotik
- Evre 1-2 tedaviye yanıt almaz, perikolan drenaj yapılmaz, sepsis ve peritonit gelişirse cerrahi
- Evre 3-4 peritonit ve sepsis olduğu için cerrahi
- Acil cerrahi **stabil hasta: Hartmann Kolostomi** (segmenter rezeksiyon + uç kolostomi)
- Acil cerrahi **anestabil hasta: Proksimal divertisyon ve ikal drenaj**
- Evre 3 hastalarda laparoskopik lavaj

182

Soru: 64

Soru No: 64

Travmaya bağlı diyafragma yaralanması düşünölen bir hastada tanısal yöntem olarak aşağıdakilerden hangisinin tercih edilmesi **EN** uygun olacaktır?

- A) Bilgisayarlı tomografi
- B) Çoğheyağmatik ultrasonografi
- C) Manyetik rezonans görüntüleme
- D) Laparotomi
- E) Abdominografi

Referans: Sayfa 296

Diyafram Yaralanmaları

- Penetran travmalarda daha sık görülür. Künt travmalarda diyafram yaralanmalarının %75'i sol taraftadır; çünkü karaciğer sağ tarafa gelen enerjinin bir kısmını yayar.
- Künt diyafragmatik yaralanmalar genelde lineer bir yırtık ile sonuçlanır ve yırtıklar genelde büyüktür. Ancak penetran yaralanmalar kullanılan silaha bağlı olarak şekil ve lokasyon itibarıyla değişiklik gösterir. Künt yaralanmalar yüksek enerjili travmaya bağlı olduğundan ek organ hasarı ve mortalite fazladır.
- Tanısında direkt grafide toraks içinde intraabdominal organların görülmesi yaralanma bulgusu açısından anlamlıdır ancak görülmemesi durumunda yaralanma ekarte edilemez, daha ileri tetkik yapmak gerekir. Bu durumda yapılacak ileri tetkikler bilgisayarlı tomografi, video yardımcı torakoskopi veya laparoskopidir.

Soru: 65

Soru No: 65

Aşağıdakilerden hangisi yanık tedavi merkezine sevk endikasyonlarından biri değildir?

- A) Yüz yanıkları
- B) Toplam vücut yüzey alanının %10'una kadar ikinci derece (yüzeysel) yanıklar
- C) İnhalasyon hasarı
- D) Toplam vücut yüzey alanının %10'una kadar üçüncü derece (tam kalı) yanıklar
- E) Perine yanıkları

Referans: Sayfa 87

YANIK ÜNİTESİNE HOSPİTALİZASYON ENDİKASYONLARI

1. 10 yaş altı ya da elli yaş üstü hastalarda total vücut yüzey alanının %10'undan daha fazla 2. ve 3. derece yanık.
2. Diğer yaşlarda %20'den fazla 2. ve 3. derece yanık.
3. Yüz, el, ayak, genital bölge, perine ve büyük eklemleri ilgilendiren 2. ve 3. derece yanıklar.
4. Herhangi bir yaşta %5'ten fazla 3. ve 4. derece yanık
5. Elektrik yanıkları (yıldırım düşmesi dahil).
6. Kimyasal yanıklar.
7. İnhalasyon hasarı ile olan yanıklar.
8. Yandaş sorunu olan yanık hastaları.
9. Yanığa eşlik eden travma.
10. Sosyal, psikolojik ve uzun süre rehabilitasyon gerektirecek yanık yaralanmaları

Soru: 66

Soru No: 66

Özofagus perforasyonlarının en sık nedenlerinden hangisinin nedeni diğerlerinden farklıdır?

- A) Travma
- B) Yabancı cisim yutulumu
- C) Endoskopik operasyon
- D) Boerhaave sendromu
- E) Özofagus divertikülü

Doğru Cevap: C

Referans: sf 127

ÖZEĞAĞUS PERFORASYONLARI

- % 40-60 servikal
- % 40-50 torakal
- % 10 abdominal
- En sık neden **iyatrojeniktir (Endoskopi-dilatasyon) (%60-75). – YDUS-2019**
- **Krikofaringeal** kas bölgesi en sık perforasyon alanı
- GÖRH ve distalde tıkanıklık mortaliteyi artırır.
- **Spontan** perforasyonların çoğu postemetik yani barojeniktir
- **Boerhaave sendromu**
 - ✓ GÖJ Proksimalinde torakal özefagusta, distal özefagusun sol posterolateral duvarında longitudinal
- **Mallory-Weiss sendromu** (gebe ve alkolik) kronik kusma ile
 - ✓ Mukozayı ve submukozayı içerir ve longitudinal
 - ✓ Distalinde kardianın küçük kruvatur
- Non- barojenik perforasyonlar; malignite ve ülserlere bağlı
- **Yabancı cisimlere** bağlı oluşan perforasyonlar (% 14)
 - ✓ Krikofaringeal sfinkterin, Arkus aorta, distal özefagus

Soru: 67

45 yaşında erkek hastaya splenektomi ile ilgili splenektomi sonrası komplikasyonları hakkında sorular sorulmuştur. Soruların doğru cevapları aşağıdaki gibidir. Soruların doğru cevapları aşağıdaki gibidir.

Aşağıdaki soruların doğru cevapları hangileridir? Soruların doğru cevapları hangileridir?

- A) Sık
- B) Nadir
- C) Çok nadir
- D) Çok sık
- E) Hiç

Referans: Sayfa 317

Dalak videosu 31:45- 32:05

Doğru cevap: B

Splenektomi Komplikasyonları

- Sol alt lob atelektazisi: En sık görülen komplikasyon
- Subfrenik hematom
- Subfrenik abse
- Pankreatit
- Pankreatik fistül
- Tromboemboli-Splenektomi öncesi DVT profilaksisi yapılmalıdır.
- Komşu organ yaralanması(Mide, pankreas)
- Postop hemoraji
- Trombositoz.

Soru: 68

Soru No: 68

Aşağıdakilerden hangisi **dalak** ile ilişkili değildir?

- A) Splenocolic ligament
- B) Büyük omentum
- C) Mezenter
- D) Pankreas kuyruğu
- E) Sol over

Doğru Cevap: C

Referans:

EĞİTİM SETİ DALAK - İLK SLAYT

DALAK

Vücuttaki en büyük retikuloendotelial organdır. Mezoderm kökenlidir.

- Aksesuar dalak % 20 oranında bulunabilir: En sık anomalisidir.
- Teknesyum - 99 m sülfür kolloidli radyosintigrafi -

A: Hilus %54 (en sık)

B: Pedikül %25

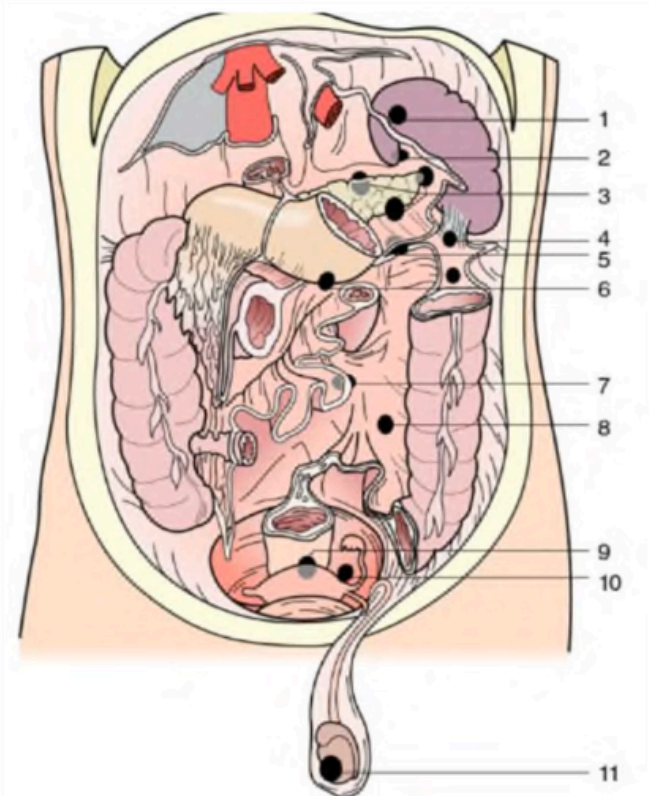
C: Pankreas kuyruğu %6

D: Splenocolic ligament %2

E: Büyük omentum % 12

F: Mezenter %0,5

G: Sol over %0,5



Soru: 69

Soru No: 69

Ekli bey yapısında kadın hasta sol memesinde ağrı gelipen şişlik, göğüs ağrı ve kızamık nedeniyle başvuruyor. Hastanın fiziklerinden alınanda meme kanseri fiziksel olarak görünülüyor. Yapılan meme muayenesinde sol memesinde sağ memesinden büyük ölçüde görülmüyor. Ayrıca sol meme cilt altında olan hastada meme cilt altında özellikle sol hareketleri ile belirginleşen venöz yapıları görülmüyor. Bu venöz meme cilt altında hastada görülen venöz yapıları şüphesiz olarak görülmüyor. Ancak her iki memede ve aksiller bölgede palpable bir kitleye rastlanmıyor. Yapılan mamografi ve meme ultrasonografisinde her iki memede palpable bir kitle görünümü tespit edilmiyor.

Bu hasta için en uygun tanıya hangi hastalardan hangisi?

Referans: sf 272

Mondor Hastalığı

- Memenin ve toraks duvarının yüzeyel venlerinin tromboflebiti, kesin neden bilinmemektedir.
- Enfeksiyon, biyopsi sonrası, egzersiz ile ilişkili olabilir.
- Sıklıkla lateral torasik ven ve torakoepigastrik ven nadir olarakta süperfisyal epigastrik ven tutulur.
- En önemli semptom yanıcı tarzda ağrı
- Tedavi salisilat ve semptomatik venöz tutulum boyunca ısı kompresyonu yapılmasıdır.

Intraduktal Papillom

- Areolanın hemen altındaki laktofer duktusların içinde oluşur ve 1 cm' nin altındadırlar.
- Meme kanallarının epitelinden köken alan gerçek poliplerdir.
- Akıntı şeröz veya kanlı olabilir ve kanlı akıntının en sık nedenidir.
- Tek başına intraduktal papillom kanser riskini artırmazken, papillamatozis ve atipi varlığında intraduktal papillomda kanser riski artar.
- Ultrasonogram, duktografi veya MR laktografi tanıda kullanılır.

Soru: 70

Soru No: 70

1. Hipofiz adenom
2. Kistik böbrek yetmezliği
3. Koryoeksisyon

Tekrarlayan bir hastanın cerrahi prosedürü sırasında...

1. 1. 1. 1. 1.
2. 1. 1. 1. 1.
3. 1. 1. 1. 1.
4. 1. 1. 1. 1.
5. 1. 1. 1. 1.

Doğru Cevap: B

Referans: sf 91-92

TUSMER **Meme Hastalıkları**

- Fibrotik hastalık
- Enfeksiyon nedenleri
- Duktal ektazi ve karsinom hem meme derisinde retraksiyon yapıp, hem de meme başı akıntısına neden olan durumlardır.

MAMMOGRAFI ENDİKASYONLARI

- X ışını kullanılır.
- Radyasyonun etkisi kümülatif.
- 30 yaş altında meme dokusunda radyasyona duyarlılık maksimum.

- Neoplazi olabilecek, tam olarak palpe edilemeyen lezyonların incelenmesi
- Özellikle birçok kist veya müphem kitle ile beraber olup biyopsi endikasyonu mutlak olmayan kitlelerin tanınması
- Koruyucu meme cerrahisi yapılan memelerin takibinde
- Meme karsinomlu hastanın diğer memesinin takibinde
- Büyük yağlı memelerde yerleşmiş, muayenesi sağlıklı sonuç vermeyen kitlelerin tanınması
- Aksilla metastazlarının primer lezyonunun araştırılmasında.

MAMMOGRAFİDE MALİGNİTEYE İŞARET EDEN DURUMLAR

- Parankimal distorsiyon, asimetri, silme, çekime
- Kitle lezyonunun sınırlarının iyi tanımlanamaması
- Malign kalifikasyon (mikrokalkifikasyon, pleomorfik kalifikasyon, lineer kalifikasyon)
- Satelit opasiteler, stellat lezyonlar
- Distorsiyona neden olmuş, epiküler uzanımlara sahip yıldız şeklindeki kitle lezyonu
- Aile hikayesi, püphemli lezyonu veya kliniği olmayan kadınlarda; 40-49 yaşları arasında 2 yılda bir, 50 yaş ve üzerinde yılda bir.

BIRADS	Tanım (öneri)
0	Yoğun meme parankimi veya başka bir nedenle görüntüleme yetersiz ve ek görüntüleme yöntemine ihtiyaç duyuluyor.
1	Lezyon yok (-) (yıllık mamografik takip)
2	Benign bulgular (yıllık mamografik takip)
3	Olası benign lezyon (kisa aralıklarla 6 ayda bir mamografik takip, %2 malignite ihtimali var)
4	Şüpheli, malignitenin ekarte edilemediği lezyon (Biyopsi yapılmalı, malignite ihtimali %25-45)
5	Büyük olasılıkla malign, yüksek riskli lezyon (uygun girişim planlanmalı, malignite ihtimali %90-95)
6	Biyopsi ile malign olduğu kanıtlanmış ancak henüz tedavi edilmemiş meme kanseri

- BI-RADS 3'ün malignite ihtimali %2-10,
- BI-RADS 4'ün malignite ihtimali %25-45,
- BI-RADS 5'in malignite ihtimali %90-95'tir.
- BI-RADS 2 lezyonları: Kalsifiye fibroadenom, hamartom, lipom ve sekretuar kalsifikasyonlardır.
- BI-RADS 3 lezyonları: Fibroadenom, meme koruyucu cerrahiden 6 ay sonra yapılan ilk mamografideki kalsifikasyon ve cit ödemi bulguları.
- BI-RADS 4 lezyonları: Asimetrik dansite, duktal karsinoma in situ ve sklerozan adenozis (florid hiperplazi). Meme konyucu cerrahiden sonraki ikinci mamografik değerlendirilmede ödem ve kalsifikasyon artmış; BI-RADS 4 azaltmış ise, BI-RADS 2 olarak değerlendirilir.

JİNEKOMASTİ

- Erkeklerde kadın tipi meme gelişimi olmasıdır.
- Glandüler ve stromal elemanlarda artış vardır.
- En az 2 cm çaplı meme dokusunun olması olarak tanımlanır.
- Neonatal, adölesan ve yaşlılıkta doğrudan östrojen miktarının artmasına bağlı fizyolojik olarak görülebilir.
- Jinekoma ile kanser arasında kanıtlanmış bir ilişki yoktur.

1. Östrojen fazlalığı:

- Gonadal kökenli (hermafroditizm, testis nongerminal gonadal tümörleri, germ hücreli tümörler)
- Nonestrogjen tümörler (adrenokortikal, hepatoselüler, aköjen ve deri kanserleri)
- Endokrin bozukluklar
- Siroz
- Beslenme bozuklukları

GENEL CERRAHI **TUSMER**

2. Androjen yetersizliği:

- Yaşlılık
- Hipogonadizm (kleinfelter, travma, orşit, varikozel)
- Böbrek yetmezliği

3. İlaçlara bağlı (dişital, marijuanna stroidler...)

4. AIDS, göğüs duvan travması, hipotiroidi, hipertiroidi, idiyomatik

Benign meme hastalıklarının sınıflandırılması

Non-proliferatif meme lezyonları (%70)
• Kistler ve apokrin metaplazi
• Duktal ektazi
• Kalsifikasyonlar (makrokalsifikasyonlar)
• Fibroadenom ve ilişkili lezyonlar

Atipi içermeyen proliferatif meme lezyonları
• Sklerozan adenozis
• Radyal skar ve kompleks sklerozan lezyonlar
• Duktal epitelyal hiperplazi
• İntraduktal papillomlar

Atipik proliferatif lezyonlar
• Atipik lobüler hiperplazi
• Atipik duktal hiperplazi

Lezyonlara göre kanser risk artışı	Patoloji	Kanser Risk Artışı
Nonproliferatif lezyonlar		Artış yok
Sklerozan adenozis		Artış yok (florid hiperplazi tipinde iki katı artar)
Intraduktal papillom		Artış yok (intraduktal papillomatoziste iki kat artar)
Florid hiperplazi		x2
Atipik lobüler hiperplazi		x4
Lobüler/duktal karsinoma in situ		x10

FİBROADENOM

- En sık 15-25 yaş arasındaki bayanlarda görülür. %80 tek ve %15 multiple bulunma eğilimindedir.
- Sınırlar keskin, mobil, sert bir kitle palpe edilir. Bazen hafif lobüle olabilir.
- Patolojik tanı gerekir. (Özellikle takip edilmesi düşünülen hastalarda)
- Fibroadenomlar monoklonal ve poliklonal olabilirken, fibrotik hastalık sadece monoklonaldır.
- Fibroadenom tek başına malignite riskini arttırmaz. Non-proliferatif lezyonlar içindedir.
- Ancak fibroadenoma hiperplazi ve atipi eşlik ederse malignite riskini iki kat artırır.
- Tanı kesinleştiğinde ekizyon, kriyo ablasyon veya takip seçenekleri hastanın ve cerrahin tercihine göre seçilebilmektedir.

Meme Başı Akıntısı

- En sık meme başı akıntısı sebebi intraduktal papillomdur. İkinci en sık nedeni karsinomlardır.

Intraduktal papillom:

- Areolanın hemen altındaki laktofer duktusların içinde oluşur.
- Akrant seröz veya kanlı olabilir
- Tek başına intraduktal papillom kanser riskini arttırmazken, papillomatozis ve atipi varlığında intraduktal papillomda kanser riski artar.
- Tanı ve tedavide sübareolar ekplorasyon yapılır.

Meme başından lehtikelli akıntı: Tek taraflı akıntı, tek duktustan akıntı, spontan akıntı, seröz akıntı, kanlı akıntı (en sık intraduktal papillom ikinci olarak malignitelere bağlı)

SKLEROZAN PATOLOJİLER

- Sklerozan adenozis ve radyal skar, fizik muayene, görüntüleme bulguları olarak kanser ile karışabilen lezyonlardır. Aynı zamanda en güvenilir teklik biyopsidir.
- Sklerozan adenozis ile fizik muayene, mamografi ve patoloji bulgularına göre en sık karşan lezyonlar DCIS ve tubuler invaziv duktal karsinomdur.

Soru: 71

Soru No: 71

Aşağıdaki pankreas tümörlerinden hangisinin malignitesi en yüksektir?

- A) Adenokarcinom
- B) İnzülinoma
- C) İnzülinopankreatinoma
- D) İnzülinopankreatinoma
- E) İnzülinoma

Doğru Cevap: A

Referans:

TUSMER GENEL CERRAHİ DERSLERİ

1:04:15-1:04:25

İnzülinoma

Doğru cevap: A

Soru: 73

Soru No: 73

Enterokolonunda fistüllerin spontan kapanmasını olumsuz etkileyen durumlardan hangisinin cerrahi tedavide gösterilmesi **günlüktür?**

- A) Fistül traktin 2 cm'den kısa olması
- B) 20 yaşta fistül gelişimi 500 ml'ye kadar sınırlı olması
- C) Distalinde ağır inflamasyon olması
- D) Cerrahi operasyon sonrası fistülün kapanması
- E) Transmembran fistülün 400 mg'den fazla olması

Doğru Cevap: B

Referans: sf 213

• **Doğru cevap: B**

• 213

Fistüllerin spontan kapanmasını olumsuz etki eden faktörler

- Fistül yeri; mide, duodenum ve ileum
- Fistül traktin 2 cm' den kısa olması
- Fistül traktin epitelize olması
- Fistül çapının geniş olması
- Uç ve multiple fistüller
- Fistül traktin distalinde obstrüksiyon olması
- Devam eden inflamasyon ve sepsis
- Yabancı cisim bulunması
- Hastada malnutrisyon olması Steroid kullanımı
- Malignite ile ilişkili fistüller
- Crohn hastalığı ile ilişkili fistüller
- Radyoterapi almış hastalarda fistüller
- Uç fistüller

Abdominal kompartman sendromu TUS

- Abdominal kompartman sendromu organ bozukluğu ve yetmezliği ile beraber intraabdominal basıncın 25 mm Hg'den yüksek olması ile karakterizedir.

Etiyoloji

- Multiple organ travması,
- Yanık,
- İntestinal obstrüksiyonlar,
- Paralitik ileus,
- Retroperitoneal ödem,
- Hemoperitonyum
- Şok ve reperfüzyon hasarına

Soru: 74

Soru No: 74

Meckel divertikülü ile ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

- A) Toplumun %2'sinde görülür.
- B) İleocekal valvden ort 2 feet (60 cm) uzaklıktadır.
- C) 2 inch (5 cm) uzunluğundadır.
- D) Erkeklerde 2 kat daha sık görülür.
- E) 2 cins heterotopik (ektopik) doku içerir. (pankreas ve mide (en sık))

Doğru Yanıt: A

Referans: sf 213

İnce barsak videosu: 35:30

GENEL GENELİ **TUSMER**

MECKEL DİVERTİKÜLÜ

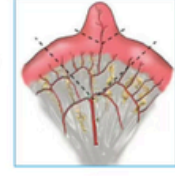


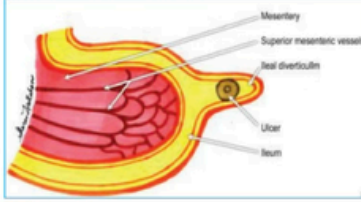
- ÖİS'en sık konjenital anomali
- Kalksal geçiş yok
- Konjenital anomali eşlik edebilir
- Gerçek divertikül
- Omfalomezenterik duktusun açık kalması

Klinik kuralı:

- Toplumun %2'inde görülür
- İleocekal valvden ort 2 feet (60 cm) uzaklıktadır.
- 2 inch (5 cm) uzunluğundadır.
- Erkeklerde 2 kat daha sık görülür.
- 2 cins heterotopik (ektopik) doku içerir. (pankreas ve mide (en sık))

MECKEL DİVERTİKÜLÜ

- En sık klinik kanama (çocuklarda), obstrüksiyon (erşkinlerde) TUS
- Divertikül ve perforasyon(Mide mukozası)
- Apendisit normal olan vakalarda Meckel divertikül varlığı bakılmamalıdır
- Litre hernisi- 2021 MART TUS
- Kör loop sendri.
- Neoplazm en nadir komplikasyon olup en sık karsinoid tm pelğir.
- En değerli tanı yöntemi Enteroklizis ancak çocuklarda en değerli tanı yöntemi To Perteknetat sintigrafisidir



Meckel'de tedavi

- Semptomatik vakalarda tedavi; band ektizyonu ve divertikülektomi
- Kanama veya kanser ise ileum rezeksiyonu
- Perforasyon varsa ileum rezeksiyonu

Yaş < 50, erkek cinsiyet, divertikülün 2 cm'den uzun olması, ektopik doku varlığı veya palpasyonda anomalikle saptanması yüksek komplikasyon riski ile ilişkilidir.

İnci Barsak Perforasyonları

- ERCP sırasında en sık duodenum yaralanır.
- En sık neden iatrojeniktir.
- BT tanıda altın standart
- Enfektif nedenler: Tİb, tbc, crohn hastalığı, iskem sonucu görülebilir.
- Stapler amfandiması, ERCP ile ilgili farklı tipteki
- perforasyonları kategorize etmek için yaygın olarak kullanılmaktadır.
- Tip I: Serbest bağırsak duvarı perforasyonu
- Tip II: Retroperitoneal duodenal perforasyon perianampuler yaralanma
- Tip III: Pankreas veya safra kanalının perforasyonu
- Tip IV: Yalnızca retroperitoneal hava

Soru: 75

Soru No: 75

İnce bağırsaklara en sık metastaz yapan ekstraabdominal kanser aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Beyin kanseri
- B) Testis kanseri
- C) Kollon rektal malign tümörler
- D) Oral kavumda lokal kanser
- E) Tiroid kanseri

Doğru Cevap: C

Referans: sf 169

MALİGN TÜMÖRLER

- Risk Faktörleri YDUS: Kırmızı et , tütsülenmiş gıdalar, Crohn hastalığı (prognoz daha kötüdür), Celiac hastalığı, HNPPKK, FAP, Peutz-Jehger sendromu, kistik fibrozis, Peptik ülser hikayesi, Bilyer diversiyon

1. Adenokarsinom (%35-50)
2. Karsinoid tümörler (%20-40)
3. Lenfomalar (%10-15)
4. GIST (% 10-15)

- Metastatik tümörleri daha sık
- İB 'en sık metastaz yapan ekstraabdominal kanser **malign melanomdur**YDUS**
- Klinik olarak çoğu asemptomatiktir.
- Obstrüksiyona bağlı **kann ağnsı en sık**
- **2. en sık kanama**
- Ampulla vateri yerleşimli tümölerde gaitada gizli kan

ADENOKARSİNOM

- En sık malign TM
- Erkeklerde 2 kat daha sık ve 50-60 yaşlarında
- En sık **duodenumda** görülür – **2018 ŞUBAT TUS**
- Crohn hastalarında en sık **T.ileumda**
- **Crohn hastalarında prognoz daha kötü**
- Duodenumda en sık ampulla Vateri yerleşim gösterir
- GGK + ve sarılık
- İleri evrede tanı konulur genelde
- Geniş rezeksiyon ve bölgesel lenfadenektomi
- RT ve KT etkili değildir
- Prognozu kötü

I. Gastrointestinal tümörler içinde %22 oranında görülür.

II. En sık görülen histopatolojik tipler karsinoid tümör ve adenokanserdir.

III. İleri yaşta görülür.

İnce bağırsak kanseri ile ilgili yukarıdaki ifadelerden hangileri doğrudur?

- A) Yalnız I B) I ve II C) I ve III D) II ve III E) I, II ve III

İnce barsak adenokanserler ile ilgili aşağıda verilen ifadelerden hangisi doğru değildir?

Malign tümörleri içerisinde %35-50 oranında adenokanser görülür

Adenokanserler diğer ince barsak malign tümörlerine göre daha distalde yerleşim gösterirler

Duodenum yerleşimli olan adenokanserler daha erken dönemde semptom verirler

Prognozda en önemli faktör lenf nodu metastazıdır.

Peptik ülser, kistik fibrozis ve bilyer diversiyon adenokanser gelişiminde risk faktörleri içerisinde.

Soru: 76

Soru No: 76

1. Epigastrik bölgede berrak şarşaraya neden olan faktörler en sık nedenlerdendir.
2. Rovsing bulgusu ile birlikte sol alt kadranda ağrı olması en sık akut retrocekal apandisitte görülür.
3. Çizik ve geniş helezonların sayısı berrak şarşaraya neden olan faktörler değildir.

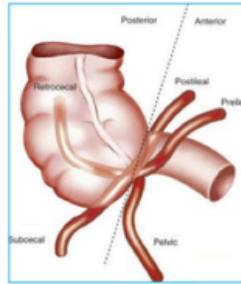
Akut apandisit ile ilgili yukarıdaki ifadelerden hangileri doğrudur?

- A) 1 ve 2
- B) 1 ve 3
- C) 1 ve 2
- D) 1 ve 3
- E) 1, 2 ve 3

Referans: sf 208- 209

19. BÖLÜM - APPENDİKS VERMİFORMİS HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ

- Midgut gelişir
- 8.hafta
- İleokolik arterin dalı-apendiküler arter
- Apendiks vermiformis (GALT-gut associated lymphoid tissue)
- Ig A üretir.
- En sık retrocecal pozisyonda bulunur.%65
- Pelvis %30
- Ök gelişme riskinde azalma görülür.
- **Akut Apandisit**
- Akut batının cerrahi nedenlerinin %50
- En sık yapılan acil batin cerrahisi
- En sık 2-3 dekadat
- Erkekler
- Negatif apendektomi %10-30
- Kadınlarda daha fazla
- E.Coli ve Bacterioides(perforasyon ,apse, gangren)
- Fusobacterium%62



- Etyoloji:**
1. Obstrüksiyon (% 90) TUS
 - a. Fekalitler (EN SIK)
 - b. Lanfoid hipertrofi (ÇOCUKTA EN SIK)
 - c. Yabancı cisim
 - d. Parazitler (en sık Ascariyazis) - TUS
 2. Diğer sebepler (% 10)
 - a. Jeneralize enfeksiyonlar-ÜSYE
 - b. Fibrözis -yaşlılarda dolaşım bozuklu
 - c. Tümörler-karsinoid

- TUS**
- İnsidental apendektomi**
- KT alan çocuklar
 - Çekum tutulumu olmayan Chron hastaları
 - Uzun süre sağlık merkezinden uzakta olacak hastalar
 - Semptomlar veya ağrısı söyleyemeyecek olan hastalar

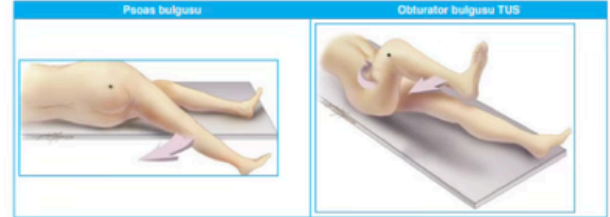
İnsidental apendektominin kontraendike olduğu durumlar:

- Çekumu tutan Chron
- Çekuma RT uygulanmış olması
- Vasküler greft konulmuş olması

1. Visceral faz: Kontraksiyon,distansiyon, seroza veya mukozanın irritasyonu
- Olay, appendix vermiformistedir. Umbilikus etrafında kürt bir ağrı vardır. Ağrı iyi lokalize edilemez. TUS
2. Somatik faz: Parietal peritonun enfeksiyonu ile, ağrı iyi lokalize edilebilen ve keskin karakter kazanır. Ağrı apandisit yerine göre değişmekte birlikte Mc Burney noktasında beklenir. TUS
- Çocuklarda diyare perforasyonu düşündürür
- İştahsızlık-%95,kann ağrısı,bulantı kusma
- Çocuklarda, yaşlılarda,gebelerde ve immünoşüprese hastalarda tanı zordur
- Yenidoğanda kistik fibröz, aganglionik megakolon ve neonatal nekrotizan enterokolit akut apandisit neden olabilir.

Akut apandisitte özel isimli bulgular-TUS

- Rebound bulgusu: Tek başına tanı
- Defans: Kann kaslarının ağrıya direnci. P. periton için içinde
- Ten Horn Belirisi: Akut apandisitte sağ testisin çekilmesiyle ağrı oluşması.
- Aaron Belirisi: Akut apandisitte MC burney noktasına basıldığında epigastrik ve ön göğüs duvarında ağrı duyulması.
- Dunphy Belirisi: Akut apandisitte oksürüdüğünde sağ alt kadranda ağrı hissedilmesi.
- Rovsing Belirisi: Akut apandisitte sol alt kadrana basınç uygulandığında kolon gazının hareketine bağlı olarak sağ alt kadranda ağrı duyulması.
- Psoas Bulgusu – retrocekal apandisit
- Obturator bulgusu – Pelvise uzanan apandisit- TUS
- Rosenstein bulgusu: Sol tarafa yatışta ağrı
- Rektal muayene
- Abdominal kitle
- Topuk testi



TUS

- İnsidental apendektomi**
- KT alan çocuklar
 - Çekum tutulumu olmayan Chron hastaları
 - Uzun süre sağlık merkezinden uzakta olacak hastalar
 - Semptomlar veya ağrısı söyleyemeyecek olan hastalar

İnsidental apendektominin kontraendike olduğu durumlar:

- Çekumu tutan Chron
- Çekuma RT uygulanmış olması
- Vasküler greft konulmuş olması

Apendisit ve Chron		
Apendisit	Chron	Tedavisi
+	+	Çekum rezeksiyonu
+	-	Apendektomi
-	-	Apendektomi
-	+	Birşey yapma

Soru: 77

Soru No: 77

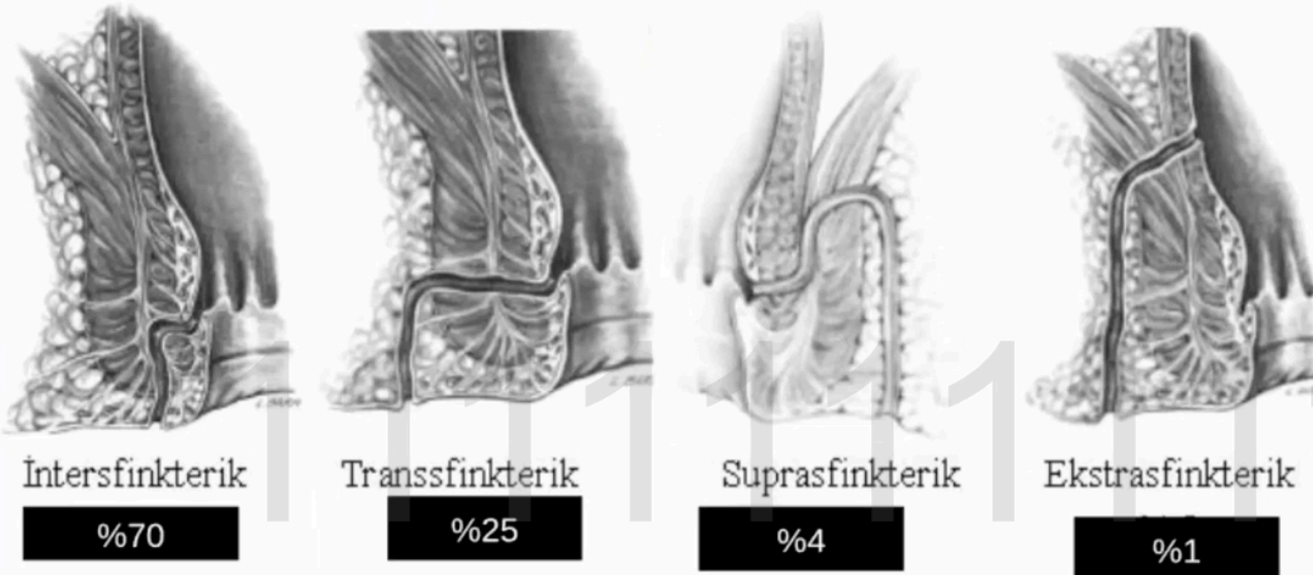
Ameliyattan önce hasta tarafından herhangi bir ağrıya sebep olan abses türü aşağıdakilerden hangisidir?

- A) İntersfinkterik
- B) Transsfinkterik
- C) Suprasfinkterik
- D) Ekstrasfinkterik
- E) Diğer

Doğru Cevap: B

Referans: sf 208- 209

Sınıflama



Alt grupları var !!!!

- Primer traktusun yönünü belirlemede
- İkincil traktus var mı ?
- Varsa yönü ?
- Primer / sekonder kör ucla mı sonlanıyor ?
- Eşlik eden abse varmı ?

Soru: 78

Soru No: 78

Aşağıdaki virüslerden hangisinin immün yetmezlik hastalarında karaciğerde **nodüler** oluşumuna sebep olur?

- A) Sitomegalovirüs
- B) Adenovirüs
- C) Epstein-Barr virus
- D) İnsan immün yetmezlik virusu
- E) Rotavirüs

Doğru Yanıt: D

Referans: sf 180

CMV Koliti

- CMV koliti hemen her zaman immünyüpresif hastalarda görülür.
- Tanıda endoskopi biyopsinin histolojik incelenmesi en güvenilir yol **YDUS İnkizyon cisimleri**
- **Sağ kolonu** daha sık tutar
- Gansiklovir dirençliyse foskarnet
- AIDS hastalarında **acil abdominal cerrahinin en sık enfeksiyöz** nedenidir.
- Cerrahide total kolektomi uç ileostomi

Amebiasis YDUS

- Entameoba histolitika-Fekal-oral bulaş
- Asemptomatik veya karın ağrısı, şiddetli kanlı mukuslu diare, ateş
- Parankimal organlarda sekonder apseler- KC
- **IHA** testi en değerli test

Soru: 79

Soru No: 79

Primer immünyet bulaş (PİB) hastalığı ile ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

- En sık olarak hastalıklardan biri var genital
- En sık olarak hastalıklardan biri var genital
- Hastalıklardan hastalıklardan biri var genital
- Hastalıklardan hastalıklardan biri var genital
- Hastalıklardan hastalıklardan biri var genital
- Hastalıklardan hastalıklardan biri var genital
- Hastalıklardan hastalıklardan biri var genital

Doğru Yanıt: B

Referans: sf 180**CMV Koliti**

- CMV koliti hemen her zaman immünyet bulaş hastalarında görülür.
- Tanıda endoskopi biyopsinin histolojik incelenmesi en güvenilir yol **YDUS İnkizyon cisimleri**
- **Sağ kolonu** daha sık tutar
- Gansiklovir dirençliyse foskarnet
- AIDS hastalarında **acil abdominal cerrahinin en sık enfeksiyöz** nedenidir.
- Cerrahide total kolektomi uç ileostomi

Amebiasis YDUS

- Entameoba histolitika-Fekal-oral bulaş
- Aseptomatik veya karın ağrısı, şiddetli kanlı mukuslu diare, ateş
- Parankimal organlarda sekonder apseler- KC
- **IHA** testi en değerli test

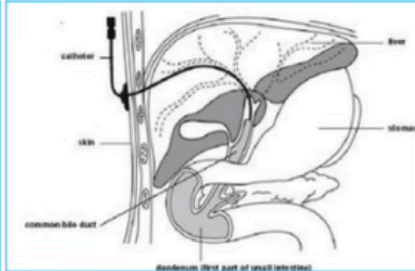
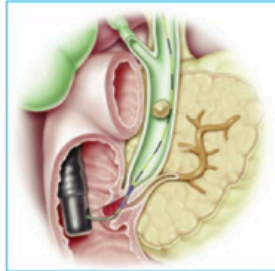
Soru No: 80

1. Hastalarda sıklıkla yanlış girilir.
2. Tanı koymada sıklıkla endoskopik kültürler ve histopatolojik yöntemlerle yapılır.
3. Hastalar en sık kolonoskopiyeye gönderilir.

Hastalarda en sık kullanılan yöntemlerden hangisi yanlıştır?

- A) Tanı
- B) Tanı
- C) Tanı
- D) Tanı
- E) Tanı

Referans: sf 273



Koledokolitiazis ile ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

- A) İnsidansı yaş ile birlikte artar.
- B) Taşların çoğu, safra kesesinde oluşup sistik kanaldan koledoka geçer.
- C) Koledok taşları asemptomatik olabildiği gibi obstrüktif sarılığa da neden olabilir.
- D) Koledok taşlarının duodenuma geçebilmesi için mutlaka sfinkterotomi yapılmalıdır.
- E) Kolanjite neden olabilir.

Kolanjite ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi doğrudur?

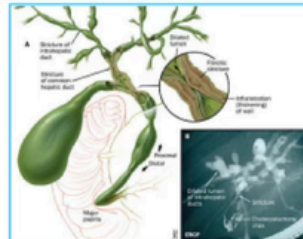
- A) En sık malign obstrüksiyonlara ikincil gelişir.
- B) Hastada biliyenterik anastomoz varlığı kolanjit için risk faktörü değildir.
- C) Kültürde en sık tespit edilen bakteri Acinetobacter baumannii'dir.
- D) Tedavide endoskopik biliyer dekompresyon temel uygulamalardan biridir.
- E) Safra yollarında bakteri varlığı kolanjitin gelişimi için yeterlidir.

PRİMER SKLEROZAN KOLANJİT

- Ekstrahepatik ve intrahepatik safra yollarında fibrotik daralmalar

PSK ilişkili hastalıklar

- ✓ Ülseratif kolit - en sık
- ✓ Crohn hastalığı
- ✓ Riedel struma
- ✓ Retroperitoneal fibrozis
- ✓ Porfria cutanea tarda'dır
- HLA-B8, DR3, DQ2 ve DRw52A doku tipleri ile ilişkilidir.
- % 80 perinükleer antinötrofil sitoplazmik antikor (pANCA) +
- Gelişen **kolanjokarsinom** sıklıkla multisentrik ve siroz veya PHT vardır.
- Benign darıklar distal
- Malign darıklar proksimal
- 30-45 yaş erkek
- Tanı ERCP ile konulur (Göller zinciri manzarası ya da Tespih tanesi manzarası).
- **Kesin tanı biyopsi:** Submukozada yoğun fibrozis. Komplikasyon gelişmemiş vakalarda steroid verilerek izlenir
- Stenoz ve obstrüksiyonlarda biliyer diversiyon. Yaygın tutulumda NAKİL
- Transplantasyondan sonra en uzun süre sağkalıma sahip ikinci hastalıktır. (Birincisi PBS)



Soru: 81

Soru No: 81

Bilinen bir hastanın 25 yaşındaki kadın hasta son kez ve özellikle gün boyu gırtlakta asit yanma hissettiği. Öyküsünden 12 saatlik bir peritonik ağrıdan sonra son kez gırtlakta asit ve ağrı hissettiği bildirildi. 3 gündür intravenöz antibiyotik kullanıyor. Doğru tedavi için aşağıdaki ilaçlardan hangisi kullanılmaya başlanmalıdır?

Bu hastanın aşağıdaki kardiyak parametrelerinden hangisinin görülmesi en olasıdır?

- A) Paroksizmal atriyal fibrilasyon
- B) Pulseri dikkat eden aritmisi
- C) Kardiyak arrest
- D) Pulseri frekansız ve
- E) Sinüs atriyal ritmi

Referans: sf 276

Hemobilia

- Sağ üst kadranda ağrı, kolik ağrı, tıkanma sarılığı, hematemez ve melana ile karakterizedir (Quincke triadı)
- Travma sonrası karaciğerde ortaya çıkan safra yolları kanamasıdır.
- Karaciğere perkütan girişimler veya biyopsi sonrası gibi işlemlerden sonra görülür.
- En doğru tanı ve tedavi yöntemi anjiyografi ve selektif embolizasyondur. İlk yapılması gereken endoskopidir. Üst GIS kanamasını dışlamak amaçlı
- Gerekirse cerrahi tedavi de uygulanabilir.

Dieulafoy lezyonu

- Genelde mide proksimaline yerleşen A-V vasküler malformasyondur. Durdurulması zor kanamalara neden olur

- Sıklıkla gizli kanama yaparlar. Sliding hernilerde kanama nedeni özefageal reflüdür.
- Paraözefageal hernilerde ise inkarsere gastrik duvarda dolaşımın bozulması ve pgs içindeki asit içeriğin retansiyonu sonucunda mukozayı zedelemesidir. (Cameron ülseri).

Klinik Belirti ve Bulgular

- Hastalara yaklaşımda hikaye son derece önemlidir: kanama paterni, ağrı, medikasyonlar sorgulanmalıdır. Erken dönemdeki ilk bulgu postural (ortostatik) hipotansiyondur.
- Hemoglobin ve hematokrit değerleri erken dönemde güvenilir değildir.
- Ortostatik hipotansiyon varlığı veya yatar durumda kan basıncının 100 mmHg' nin altında oluşu 1000 ml' nin üzerinde olan kanamaya işaret eder.
- Barsak sesleri mutlaka dinlenmeli ve rektal tuşe ile muayene yapılmalıdır.
- Azotemi, hemen hemen her kanamada ortaya çıkar. Özellikle özefago-gastrik varis kanamalarında görülür.
- Kanama durduktan sonra 3 gün içinde BUN normale döner. Azoteminin sebebi bakteriyel floradır.
- Bu nedenle antibiyotik kullananlarda intestinal flora etkilendiğinden azotemi görülmeyebilir.
- BUN yükselişi kanamanın şiddeti ile doğru orantılıdır.