

4. Baskı

“CURRENT Diagnosis
and Treatment” Serisi



Aile Hekimliği

Tanı ve Tedavi

Jeannette E. South-Paul
Samuel C. Matheny
Evelyn L. Lewis

Çeviri Editörleri
Altuğ Kut
M. Gökhan Eminsoy
Cihan Fidan



GÜNEŞ TIP
KITABEVLERİ



LANGE®

LANGE t

CURR Aile He Tanı ve

DÖRDÜ

Jeannette E. Sou

Andrew W. Mathieson
Department o
University of Pittsbu
Pittsburgh

Samuel C. Mathe

Professor and Nicholas J. Pisaca
Department of Family
Assistant Provost for
University of Kentuc
Lexington

Evelyn L. Lewis

Deput
W. Montague Cobb
Washi
Adjunct Ass
Department of Family Me
Rutgers, Robert Wood
Piscatawa

Çeviri

Prof. Dr.

Başkent Üniver
Aile Hekimli

Uzm. Dr. M. G

Başkent Üniver
Aile Hekimli

Dr. Öğr. Üyesi

Başkent Üniver
Aile Hekimli



GÜNEŞ TIP

ip kitapları

RENT ekimliği e Tedavi

NCÜ BASKI

th-Paul, MD, FAAFP

UPMC Professor and Chair
f Family Medicine
rgh School of Medicine
, Pennsylvania

ny, MD, MPH, FAAFP

ano, MD, Chair of Family Medicine
and Community Medicine
Global Health Initiatives
cky College of Medicine
n, Kentucky

s, MD, MA, FAAFP

y Director
b/NMA Health Institute
ngton DC
ociate Professor
edicine and Community Health
d Johnson Medical School
y, New Jersey

Editörleri

. Altuğ KUT

rsitesi Tıp Fakültesi
ği Anabilim Dalı

ökhān EMİNSOY

rsitesi Tıp Fakültesi
ği Anabilim Dalı

Dr. Cihan FİDAN

rsitesi Tıp Fakültesi
ği Anabilim Dalı



KİTABEVLERİ

Current Aile Hekimliği Tanı ve Tedavi

Türkçe Telif Hakları 2019

ISBN: 978-975-277-730-9

Orijinal Adı: Current Diagnosis & Treatment Family

Yayınevi: McGraw-Hill

Yazarlar: Jeannette E. South-Paul, Samuel C. Math

Çeviri Editörleri: Prof. Dr. Altuğ KUT, Uzm. Dr. M. G

Orijinal ISBN: 978-0-07-182745-4

Kitabın 5846 ve 2936 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunundan alıntı yapılamaz, fotokopi yöntemiyle çoğaltılamaz (yayınlanamaz) tüm hakları Güneş Tıp Kitabevleri Ltd. Şti'ne aittir.

Yayıncı ve Genel Yayın Yönetmeni: Murat Yılmaz

Genel Yayın Yönetmeni Yardımcısı: Polat Yılmaz

Yayın Danışmanı ve Tıbbi Koordinatör: Dr. Ufuk Akç

Dizgi-Düzenleme: Ümit Saçı

Kapak Uyarlama: İhsan Ağın

Baskı: Ayrıntı Basım ve Yayın Matbaacılık Hiz. Şti.
İvedik Organize Sanayi Bölgesi 28. Cad. 77
Telefon: (0312) 394 55 90 - 91 - 92 • Faks: (0312) 394 55 93
Sertifika No: 13987

UYARI

Medikal bilgiler sürekli değişmekte ve yenilenmektedir. Kaynaklar kontrol edilmiştir, ancak hatalar kaçınılmazdır. Bu yayının kullanılmasıyla ilgili olarak, yazarlar, editörler ve yayıncı, okuyucuların bu yayından dolayı meydana gelebilecek bir zarar veya hasardan sorumlu değildir.

GÜNEŞ TIP KİTAPLARI

ANKARA

M. Rauf İnan Sokak No: 3
06410 Sıhhiye / Ankara
Tel: (0312) 431 14 85 • 435 11 91-92
Faks: (0312) 435 84 23

İSTANBUL

Gazeteciler Sitesi
No: 7 / 2 Esentepe
Tel: (0212) 356 84 23
Faks: (0212) 356 84 23

www.guneskitap.com

Medicine

eny, Evelyn L. Lewis

ökhân EMİNSOY, Dr. Öğr. Üyesi Dr. Cihan FİDAN

ri Yasası Hükümleri gereğince (kitabın bir bölü-
tilamaz, resim, şekil, şema, grafik v.b.'ler kopya
i.'ne aittir.

çıl

San. Tic. Ltd. Şti.

0 Sok. No: 105-A Ostim/ANKARA

s: (0312) 394 55 94

RI

ektedir. Standart güvenlik uygulamaları dik-
peler ışığında tedavilerde ve ilaç uygulama-
melidir. Okuyuculara ilaçlar hakkında üretici
n bilgilerini, dozaj ve uygulama şekillerini ve
ilir. Her hasta için en iyi tedavi şeklini ve en
ı yapan hekimin sorumluluğundadır. Yayıncı
ilecek hastaya ve ekipmanlara ait herhangi

ABEVLERİ

İ Sağlam Fikir Sokak
pe / İstanbul
7 43
87 44

KADIKÖY

Rasimpaşa Mah. İskele Sokak
No: 4 / A Kadıköy / İstanbul
Tel: (0216) 546 03 47

itabevi.com

Bu kitabı zor şartlarda bakım ve
özellikle de üniformalı meslektaşları
atfetme

rmeye çalışan tüm aile hekimlerine,
arımız ve onları destekleyen ailelerine
k istiyoruz.

Jeanette E. South-Paul, MD, FAAFP
Samuel C. Matheny, MD, MPH, FAAFP
Evelyn L. Lewis, MD, MA, FAAFP

İçinde

Yazarlar	ix
Çeviriye Katkıda Bulunanlar	xix
Önsöz	xxiii
Çeviri Editörlerinin Önsözü	xxv

Kısım I. Bebeklik ve Çocukluk Çağı

1. Sağlam Çocuk Bakımı	1
<i>Sukanya Srinivasan, MD, MPH</i> <i>Donald B. Middleton, MD</i> Çeviri: Dr. Arzu Uzuner	
2. Büyüme Gelişme Geriliği	12
<i>James C. Dewar, MD</i> <i>Stephanie B. Dewar, MD</i> Çeviri: Dr. Tamer Edirne	
3. Neonatal Hiperbilirubinemiler	20
<i>Andrew B. Symons, MD, MS</i> <i>Martin C. Mahoney, MD, PhD, FAAFP</i> Çeviri: Dr. Vildan Mevsim	
4. Anne Sütü ve Bebeklerin Beslenmesi	27
<i>Tracey D. Conti, MD</i> <i>Mamta Patel, MD</i> <i>Samidha Bhat, MD</i> Çeviri: Dr. Mustafa Fevzi Dikici, Dr. Akın Serhat Ayanoğlu	
5. Çocuklarda Sık Görülen Enfeksiyonlar	34
<i>James C. Dewar, MD</i> <i>Stephanie B. Dewar, MD</i> Çeviri: Dr. Serap Çifçili	
6. Bebek ve Çocuklarda Deri Hastalıkları	52
<i>Mark A. Knox, MD</i> <i>Barry Coutinho, MD</i> Çeviri: Dr. Nilgün Özçakar, Dr. Gizem Limnili, Dr. M. Neslişah Tan, Dr. Seçil Arıca	
7. Rutin Çocukluk Çağı Aşıları	63
<i>Richard Kent Zimmerman, MD, MPH</i> <i>Donald B. Middleton, MD</i> Çeviri: Dr. Erdinç Yavuz	
8. Çocuklarda Davranışsal Bozukluklar	70
<i>Richard Welsh, LCSW</i> <i>Marian Swope, MD</i> Çeviri: Dr. Erkan Melih Şahin	

lekiler

9. Nöbetler 75

Donald B. Middleton, MD
Çeviri: Dr. A. Selda Tekiner

Kısım II. Ergenler

10. Ergenlerde Fiziksel Etkinlik 89

Christopher W. Bunt, MD, FAAFP
Mark B. Stephens, MD, MS, FAAFP
Çeviri: Dr. Şirin Parkan

11. Yeme Bozuklukları 100

Rachel M. Radin, MA, MS
Lisa M. Ranzenhofer, MS
Marian Tanofsky-Kraff, PhD
Evelyn L. Lewis, MD, MA, FAAFP
Çeviri: Dr. Kürşat Akatlı Özşahin,
Dr. Esin Özşahin

12. Ergen Cinselliği 112

Amy Crawford-Faucher, MD, FAAFP
Çeviri: Dr. Önder Sezer
Dr. H. Nezih Dağdeviren

13. Adet Düzensizlikleri 119

LTC Mary V. Krueger, DO, MPH
Çeviri: Dr. Dilek Toprak

14. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar 128

Robin Maier, MD, MA
Peter J. Katsufakis, MD, MBA
Çeviri: Dr. A. Gülsen Ceyhun Peker,
Dr. A. Selda Tekiner

Kısım III. Erişkin

15. Erişkinlerde Sağlığın Korunması 145

Stephen A. Wilson, MD, MPH, FAAFP
Lora Cox-Vance, MD
Paul R. Larson, MD, MS,
Rachel Simon, PharmD, BCPS
David Yuan, MD, MS
Çeviri: Dr. Mehmet Uğurlu

16. Konsepsiyon Öncesi Bakım 162

Essam Demian, MD, FRCOG
Çeviri: Dr. Ali Ümit Geçkil

- 17. Doğum Öncesi Bakım 170**
Martin Johns, MD
Gregory N. Smith, MD
Çeviri: Dr. Dilan Akyel
- 18. Kontrasepsiyon 178**
Susan C. Brunsell, MD
Çeviri: Dr. E. Zeynep Tuzcular Vural
- 19. Erişkin Cinsel İşlev Bozuklukları 187**
Charles W. Mackett, III, MD
Çeviri: Dr. Derya İren Akbıyık,
Dr. Özlem Suvak
- 20. Akut Koroner Sendrom 195**
Stephen A. Wilson, MD, MPH, FAAFP
Jacqueline Weaver-Agostoni, DO, MPH
Jonathan J. Perkins, MD
Çeviri: Dr. Mehmet Akman
- 21. Kalp Yetmezliği 205**
Michael King, MD, MPH
Oscar Perez, Jr., DO
Çeviri: Dr. M. Gökhan Eminsoy
- 22. Dislipidemiler 217**
Brian V. Reamy, MD
Çeviri: Dr. Aslı Korur
- 23. İdrar Yolu Enfeksiyonları 222**
Joe Kingery, DO
Çeviri: Dr. Yasemin Çetinel
- 24. Artrit: Osteoartrits Gut ve Romatoid Artrit 234**
Bruce E. Johnson, MD
Çeviri: Dr. Cihan Fidan
- 25. Birinci Basamakta Bel Ağrısı: Kanıta Dayalı Bir Yaklaşım 250**
Charles W. Webb, DO
Francis G. O'Connor, MD, MPH
Çeviri: Dr. Süheyl Asma
- 26. Boyun Ağrısı 261**
Garry W. K. Ho, MD, CAQSM
Thomas M. Howard, MD, FASCM
Çeviri: Dr. Özlem Tanrıöver
- 27. Kadınlarda Kansere Taraması 268**
Nicole Powell-Dunford, MD, MPH, FAAFP
Çeviri: Dr. İrep Karataş Eray

28. Solunum Yolu Sorunları 278

Anja Dabelić, MD
Çeviri: Dr. Altuğ Kut

29. Baş Ağrısı Değerlendirilmesi ve Yönetimi 293

C. Randall Clinch, DO, MS
Çeviri: Dr. B. Murat Yalçın

30. Osteoporoz 298

Jeannette E. South-Paul, MD
Çeviri: Dr. Mehmet Ungan, Dr. Filiz Ak

31. Karın Ağrısı 314

Cindy M. Barter, MD, MPH, IBCLC, CTTS, FAAFP
Laura Dunne, MD, CAQSM, FAAFP
Carla Jardim, MD
Çeviri: Dr. M. Gökhan Eminsoy

32. Anemi 332

Brian A. Primack, MD, PhD, EdM, MS
Kiame J. Mahaniah, MD
Çeviri: Dr. Ayşe Çaylan

33. Hepatobiliyer Bozukluklar 345

Samuel C. Matheny, MD, MPH
Kristin Long, MD
J. Scott Roth, MD, FACS
Çeviri: Dr. Kamile Marakoğlu

34. Vajinal Kanama 362

Patricia Evans, MD, MA
Çeviri: Dr. Hüseyin Avni Şahin

35. Hipertansiyon 369

Maureen O'Hara, Padden, MD, MPH
Kevin M. Bernstein, MD, MMS
Çeviri: Dr. Yeltekin Demirel,
Dr. Sanem Nemmezi Karaca

36. Diyabetes Mellitus 381

Belinda Vail, MD, MS, FAAFP
Çeviri: Dr. Altuğ Kut

37. Endokrin Hastalıklar 390

Pamela Allweiss, MD, MSPH
William J. Hueston, MD
Peter J. Carek, MD, MS
Çeviri: Dr. Mehmet Sargın,
Dr. H. Hicran Mutlu

38. Akut Kas ve İskelet Sistemi Yakınmaları

401

Jeanne Doperak, DO
Kelley Anderson, DO
Çeviri: Dr. Ümit Aydoğan,
Dr. Emrah Boyacıoğlu, Dr. Oktay Sarı

39. Sık Görülen Üst ve Alt Ekstremitte Kırıkları

420

W. Scott Black, MD
Robert G. Hosey, MD
Joshua R. Johnson, MD
Kelly Lee Evans-Rankin, MD
Wade M. Rankin, DO
Çeviri: Dr. Hülya Parıldar

Kısım IV. Geriatri

40. Sağlıklı Yaşlanma ve Geriatrik Değerlendirme

433

Lora Cox-Vance, MD
Çeviri: Dr. Turan Set

41. Sık Görülen Geriatrik Problemler

446

Daphne P. Bicket, MD, MLS
Çeviri: Dr. Alis Özçakır

42. Üriner İnkontinans

453

Robert J. Carr, MD
Çeviri: Dr. Ergün Öksüz

43 Yaşlı İstismarı

464

David Yuan, MD, MS
Jeannette E. South-Paul, MD, FAAFP
Çeviri: Dr. Özlem Cığırli

44. Hareket Bozuklukları

469

Yaqin Xia, MD, MHPE
Çeviri: Dr. Işık Güner Gönenç

45. Yaşlılarda İşitme ve Görme Bozuklukları

486

Archana M. Kudrimoti, MD
Saranne E. Perman, MD
Çeviri: Dr. Yeşim Uncu

46. Ağız Sağlığı

494

Wanda C. Gonsalves, MD
Çeviri: Dr. Zehra Dağlı

Kısım V. İlaçlar, Genetik ve Koruma**47. Aile Hekimi İçin Farmakoterapi Prensipleri 505**

Jennie Broders Jarrett, PharmD, BCPS
Elizabeth Cassidy, PharmD, BCPS
Lauren M. Sacha, PharmD
Çeviri: Dr. Nazan Bilgel

48. Aile Hekimleri için Genetik 512

W. Allen Hogge, MD
Çeviri: Dr. Funda Salgür

49. Farmakogenomik 523

Matthew D. Krasowski, MD, PhD
Çeviri: Dr. Ayşe Dilek Şimşek

50. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp 529

Wayne B. Jonas, MD
Mary P. Guerrero, MD
Çeviri: Dr. İrem Olcay Eminsoy

51. Kronik Ağrı Yönetimi 540

Ronald M. Glick, MD
Dawn A. Marcus, MD
Çeviri: Dr. Ergün Öksüz

52. Seyahat Tıbbı 548

Deepa Burman, MD, D.ABSM
William Markle, MD, FAAFP, DTM&H
Çeviri: Dr. Çiğdem Gereklioğlu

53. Kene Kaynaklı Hastalık 562

Niladri Das, MD, UPMC
Çeviri: Dr. Yasemin Çetinel

54. Tüberküloz 570

N. Randall Kolb, MD
Çeviri: Dr. Utku Petriçli

55. Birinci Basamakta HIV 597

Ramakrishna Prasad, MD, MPH, AAHIVS
Çeviri: Dr. A. Gürhan Poçan

Kısım VI. Psikososyal Bozukluklar**56. Farklı Toplumlarda ve Yaşlılarda Depresyon 599**

Ruth S. Shim MD, MH
Annelle B. Primm, MD, MPH
Çeviri: Dr. Güzel Dişçigil

57. Anksiyete Bozuklukları 606

Philip J. Michels, PhD
M. Sharm Steadman, PharmD
Çeviri: Dr. Serpil Demirağ

58. Kişilik Bozuklukları 618

William G. Elder, PhD
Çeviri: Dr. Özgür Çaycı

59. Somatik Semptom Bozukluğu (Eskiden Somatoform Bozukluk), Yapay Bozukluk ve Temaruz 626

William G. Elder, PhD
Çeviri: Dr. Ali Ümit Geçkil

60. Madde Kullanım Bozuklukları 633

Robert Mallin, MD
Maribeth Porter, MD
Çeviri: Dr. Fisun Sözen

61. Sigarayı Bırakma 645

Martin C. Mahoney, MD, PhD, FAAFP
K. Michael Cummings, PhD, MPH
Çeviri: Dr. Elif Ateş

62. Kişilerarası Şiddet 653

Amy Crawford-Faucher, MD, FAAFP
Lovie J. Jackson-Foster, PhD, MSW
Çeviri: Dr. Kurtuluş Öngel

63. Savaşla İlişkili Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Travmatik Beyin Hasarı 660

Evelyn L. Lewis, MD, MA, FAAFP
Ronald J. Koshes, MD, DFAPA
Çeviri: Dr. Oktay Sarı,
Dr. Ümit Aydoğan, Dr. Ahmet Uysal

Kısım VII. Hekim-Hasta Sorunları

64. Kültürel ve Dilsel Yetkinlik	671
<i>Kim A. Bullock, MD, FAAFP</i> <i>Darci L. Graves, MPP, MA, MA</i> <i>Çeviri: Dr. Hülya Akan</i>	
65. Sağlık ve Sağlık Hizmeti Eşitsizlikleri	678
<i>Jeannette E. South-Paul, MD</i> <i>Evelyn L. Lewis, MD, MA, FAAFP</i> <i>Çeviri: Dr. Esra Saatçı</i>	
66. Lezbiyen, Gey, Biseksüel ve Transseksüel Hastaların Bakımı	687
<i>Steven R. Wolfe, DO, MPH</i> <i>Çeviri: Dr. M. Gökhan Eminsoy</i>	
67. Hospis ve Palyatif Tıp	698
<i>Eva B. Reitschuler-Cross, MD</i> <i>Robert M. Arnold, MD</i> <i>Çeviri: Dr. Fisun Sözen</i>	
68. Hasta Merkezli Sağlık Evi	713
<i>Larry S. Fields, MD</i> <i>Elizabeth G. Tovar, PhD, RN, FNP-C</i> <i>Çeviri: Dr. Cahit Özer</i>	
İndeks	721

Pamela Allweiss, MD, MSPH

Community Faculty
Department of Family and Community Medicine
University of Kentucky College of Medicine
Lexington, Kentucky
pallweiss@windstream.net
Endocrine Disorders

Robert Arnold, MD

Leo H Crip Professor of Medicine
Section of Palliative Care and Medical Ethics
University of Pittsburgh
Pittsburgh, Pennsylvania
Hospice & Palliative Medicine

Cindy M. Barter, MD, MPH, IBCLC, CTT S, FAAFP

Residency Faculty
Hunterdon Family Medicine Residency Program
Flemington, New Jersey
cindy@thebarters.net
Abdominal Pain

Kevin Bernstein, MD, MMS, LT, MC, USN

Chief Resident
Naval Hospital
Pensacola, Florida
Kevin.bernstein@med.navy.mil
Hypertension

Samidha Bhat, MD

Family Medicine Resident
University of Pittsburgh Medical Center
McKeesport Family Medicine Residency Program
McKeesport, Pennsylvania
samidha.bhat@gmail.com
Breastfeeding & Infant Nutrition

Daphne P. Bicket, MD, MLS

UPMC McKeesport Family Medicine Residency Program
McKeesport, Pennsylvania
bicketdp@upmc.edu
Common Geriatric Problems

W. Scott Black, MD

Associate Professor
Department of Family and Community Medicine
Lexington, Kentucky
wsblac0@uky.edu
Common Upper & Lower Extremity Fractures

Charlar

Susan C. Brunsell, MD

Medical Director
Executive Medicine Clinic
Walter Reed National Military Medical Center
Assistant Professor of Family Medicine
Uniformed Services University of the Health Sciences
Bethesda, Maryland
Susan.c.brunsell.civ@mail.mil
Contraception

Kim A. Bullock, MD, FAAFP

Director
Community Health Division
Director
HRSA Fellowships
Assistant Director
Service Learning
Associate Clinical Professor
Department of Family Medicine
Georgetown Medical School
Washington DC
kimabullock@hotmail.com
Cultural and Linguistic Competence

Christopher W. Bunt, MD, FAAFP

Assistant Professor
Family Medicine
Uniformed Services University
Major
USAF
Bethesda, Maryland
christopher.bunt@usuhs.edu
Physical Activity in Adolescents

Deepa Burman, MD, D.ABSM

Family Medicine Faculty
Director of Sleep Clinic and Resident Scholarly Activity
UPMC McKeesport
McKeesport, Pennsylvania
burmand@upmc.edu
Travel Medicine

Robert J. Carr, MD

Medical Director
Primary Care of Southbury, Southbury
Connecticut
Danbury Office of Physician Services
Danbury, Connecticut
robber.carr@charter.net
Urinary Incontinence

Elizabeth Cassidy, PharmD, BCPS

UPMC St. Margaret
Pharmacy Residency Program
Pittsburgh, Pennsylvania
forsbergea@upmc.edu
Pharmacotherapy Principles for the Family Physician

C. Randall Clinch, DO, MS

Associate Professor
Department of Family & Community Medicine
Wake Forest University School of Medicine
Winston-Salem, North Carolina
crclinch@wfubmc.edu
Evaluation & Management of Headache

Tracey D. Conti, MD

Assistant Professor Department of Family Medicine
University of Pittsburgh School of Medicine
Program Director
UPMC McKeesport Family Medicine Residency
McKeesport, Pennsylvania
Vice Chair UPMC McKeesport Department of Family
Medicine
contitd@upmc.edu
Breastfeeding & Infant Nutrition

Barry Coutinho, MD

Clinical Assistant Professor Family Medicine
University of Pittsburgh School of Medicine
Faculty
Family Medicine Residency
UPMC Shadyside Hospital
Pediatric Dermatology
Pittsburgh, Pennsylvania
coutinhobv@upmc.edu
Skin Diseases in Infants & Children

Lora Cox-Vance, MD

Clinical Assistant Professor
Department of Family Medicine
UPMC, Director, Geriatric Fellowship
UPMC St. Margaret Hospital
Pittsburgh, Pennsylvania
coxla@upmc.edu
Healthy Aging & Geriatric Assessment
Health Maintenance for Adults

Amy Crawford-Faucher, MD, FAAFP

Clinical Assistant Professor Family Medicine and
Psychiatry
University of Pittsburgh Medical Center
Pittsburgh, Pennsylvania
crawfordfauchera@upmc.edu
Adolescent Sexuality
Interpersonal Violence
Interpersonal Violence

K. Michael Cummings, PhD, MPH

Chair, Department of Health Behavior
Roswell Park Cancer Institute
Buffalo, New York
Michael.cummings@roswellpark.org
Tobacco Cessation

Anja Dabelić, MD

Department Head
Family Medicine
Family Medicine Residency Program Faculty
Naval Hospital
Pensacola, Florida
Anja.Dabelic@med.navy.mil
Respiratory Problems

Niladri Das, MD, UPMC

Faculty
UPMC St. Margaret Family Medicine Residency Program
Pittsburgh, Pennsylvania
dasn@upmc.edu
Tickborne Disease

Essam Demian, MD, FRCOG

Clinical Assistant Professor
Department of Family Medicine
University of Pittsburgh School of Medicine
Pittsburgh, Pennsylvania
demiane@upmc.edu
Preconception Care

James C. Dewar, MD

Assistant Professor
Department of Family Medicine
University of Pittsburgh School of Medicine
Pittsburgh, Pennsylvania
Vice Chair for Education
Department of Family Medicine
Dewarjc2@upmc.edu
Common Acute Infections in Children
Failure to Thrive

Stephanie B. Dewar, MD

Associate Professor of Pediatrics
University of Pittsburgh School of Medicine
Pediatric Residency Program
Director Children's Hospital of Pittsburgh of UPMC
Pittsburgh, Pennsylvania
dewarstephanie@upmc.edu
Common Acute Infections in Children
Failure to Thrive

Jeanne M. Doperak, DO

Assistant Professor of Sports Medicine
University of Pittsburgh Department of Orthopedics
UPMC St. Margaret Primary Care Sports Medicine
Fellowship Director
Team Physician
University of Pittsburgh
Pittsburgh, Pennsylvania
Doperakjm@upmc.edu
Acute Musculoskeletal Complaints

Laura Dunne, MD, CAQSM, FAAFP

Head
Women's Center for Sports Medicine OAA
OAA Orthopaedic Specialists
Allentown, Pennsylvania
lauradunne@aol.com
Abdominal Pain

William G. Elder, PhD

Professor
Department of Family and Community Medicine
University of Kentucky Chandler Medical Center
Lexington, Kentucky
welder@email.uky.edu
Personality Disorders
Somatic Symptom Disorder (Previously Somatoform Disorder), Factitious Disorder, & Malingering

Patricia Evans, MD, MA

Assistant Professor
Department of Family Medicine
Georgetown University
Washington DC
Fort Lincoln Family Medicine Center
evansp@georgetown.edu
Vaginal Bleeding

Lawrence S. Fields, MD

University of Louisville
Louisville, Kentucky
University of Kentucky
Lexington, Kentucky
larrysfields@yahoo.com
The Patient-Centered Medical Home

Ronald M. Glick, MD

Assistant Professor of Psychiatry
Physical Medicine and Rehabilitation and Family Medicine
Center for Integrative Medicine
UPMC
Pittsburgh, Pennsylvania
glickrm@upmc.edu
Chronic Pain Management

Wanda C. Gonsalves, MD

Professor and Vice Chair
Department of Family Medicine and Community Medicine
University of Kentucky Chandler Medical Center
Lexington, Kentucky
wcgons0@uky.edu
Oral Health

Darci L. Graves, MPP, MA, MA

Former Instructor and Research Assistant
Office of Medical Education and Research
University of Missouri–Kansas City School of Medicine
Kansas City, Missouri
darci@beyondthegoldenrule.org
Cultural and Linguistic Competence

Mary P. Guerrera, MD, FAAFP, DABIHM

Professor and Director of Integrative Medicine
Department of Family Medicine
University of Connecticut Health Center
Farmington, Connecticut
guerrera@uchc.edu
Complementary & Alternative Medicine

Garry W. K. Ho, MD, CAQSM

Assistant Program Director
Virginia Commonwealth University (VCU)
Fairfax Family Practice Sports Medicine Fellowship
Assistant Professor
Department of Family Medicine
VCU School of Medicine
Medical Director
Fairfax County Public School System Athletic Training
Program
Fairfax, Virginia
gho@ffpcs.com
Neck Pain

W. Allen Hogge, MD, MA

Milton Lawrence McCall Professor and Chair
Department of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive
Sciences
University of Pittsburgh/Magee–Womens Hospital
whogge@mail.magee.edu
Genetics for Family Physicians

Robert G. Hosey, MD

Professor
Department of Family and Community Medicine
Department of Orthopaedic Surgery and Sports Medicine
Director
Primary Care Sports Medicine Fellowship
University of Kentucky
Lexington, Kentucky
rhosey@email.uky.edu
Common Upper & Lower Extremity Fractures

Thomas M. Howard, MD, FASCM

Program Director
Virginia Commonwealth University (VCU)
Fairfax Family Practice Sports Medicine Fellowship
Associate Professor
Department of Family Medicine
VCU School of Medicine
Fairfax, Virginia
Thmd2020@gmail.com
Neck Pain

Lovie J. Jackson-Foster, PhD, MSW

Assistant Professor
School of Social Work
University of Pittsburgh
Pittsburgh, Pennsylvania
ljj10@pitt.edu
Interpersonal Violence

Carla Jardim, MD

Lead Physician
Delaware Valley Family Health Center
Family Medicine Residency
Hunterdon Medical Center
jardim.carla@hunterdonhealthcare.org
Abdominal Pain

Jennie Broders Jarrett, PharmD, BCPS

Director
Inpatient Pharmacotherapy Education
Clinical Pharmacist/Faculty Member
UPMC St. Margaret
Family Medicine Residency Program
Pittsburgh, Pennsylvania
brodersjk@upmc.edu
Pharmacotherapy Principles for the Family Physician

Martin G. Johns, MD

Associate Residency Director
UPMC McKeesport Family Medicine Residency
McKeesport
Pennsylvania
johnsmg@upmc.edu
Prenatal Care

Martin G. Johns, MD

Associate Residency Director
UPMC McKeesport Family Medicine Residency
McKeesport
Pennsylvania
johnsmg@upmc.edu
Prenatal Care

Bruce E. Johnson, MD

Professor of Medicine
Assistant Dean for Faculty Affairs
Virginia Tech Carilion School of Medicine
Roanoke, Virginia
bejohnson@carilion.com
Arthritis: Osteoarthritis, Gout, & Rheumatoid Arthritis

Joshua R. Johnson, MD, CAQSM

Knoxville Orthopedic Clinic

Knoxville, Tennessee

Common Upper & Lower Extremity Fractures

Wayne B. Jonas, MD

President and CEO

Samueli Institute

Associate Professor

Family Medicine

Uniformed Services University of the Health Sciences

Alexandria, Virginia

wjonas@siib.org

Complementary & Alternative Medicine

Peter J. Katsufракis, MD, MBA

Vice President

Assessment Programs

National Board of Medical Examiners

Philadelphia, Pennsylvania

pkatsufракis@nbme.org

Sexually Transmitted Diseases

Michael King, MD

Assistant Professor and Residency Program Director

Department of Family and Community Medicine

College of Medicine

University of Kentucky

Lexington, Kentucky

mrking02@uky.edu

Heart Failure

Joe E. Kingery, DO, CPE

Assistant Professor and Medical Director

Department of Family and Community Medicine

University of Kentucky

Hazard, Kentucky

joe.kingery@uky.edu

Urinary Tract Infections

Mark A. Knox, MD

Faculty

Hawaii Island Family Medicine Residency Program

Hilo, Hawaii

Clinical Associate Professor

John A. Burns School of Medicine

Department of Family Medicine and Community Health

University of Hawaii

mknox@hhsc.org

Skin Diseases in Infants & Children

N. Randall Kolb, MD

Clinical Associate Professor of Family Medicine
University of Pittsburgh School of Medicine
Program Director
UPMC Shadyside Family Medicine Residency
Pittsburgh, Pennsylvania
kolbnr@upmc.edu
Tuberculosis

Ronald J. Koshes, MD, DFAPA

Private Practice
Washington DC
ronkoshes@aol.com
*Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder & Traumatic
Brain Injury*

Matthew D. Krasowski, MD, PhD

Clinical Associate Professor
Director of Clinical Laboratories
Department of Pathology
University of Iowa Hospitals and Clinics
Iowa City, Iowa
mkrasows@healthcare.uiowa.edu
Pharmacogenomics

LTC Mary V. Krueger, DO

PACOM Scholar
Dwight D. Eisenhower School for National Security and
Resource Strategy
National Defense University
Fort McNair
Washington DC
mary.v.krueger.mil@mail.mil
Menstrual Disorders

Archana Kudrimoti, MD (MBBS) MPH

Assistant Professor
Clerkship Director
Department of Family and Community Medicine
Lexington, Kentucky
akudr2@email.uky.edu
Hearing & Vision Impairment in the Elderly

Paul R. Larson, MD, MS, DTMH

Director
Global Health Education
UPMC St. Margaret Family Medicine Residency Program
Clinical Assistant Professor
Department of Family Medicine
University of Pittsburgh School of Medicine
Pittsburgh, Pennsylvania
larsonpr@upmc.edu
Health Maintenance for Adults

Evelyn L. Lewis, MD, MA, FAAFP

Adjunct Associate Professor

Department of Family Medicine and Medical and Clinical
Psychology

Uniformed Services University, Bethesda, MD

Chief Medical Officer, The Steptoe Group

Deputy Director

W. Montague Cobb/NMA Health Institute

Washington DC

Adjunct Associate Professor

Department of Family Medicine and Community Health

Rutgers, Robert Wood Johnson Medical School

Piscataway, New Jersey

elewismd2504@gmail.com

Eating Disorders

Health & Healthcare Disparities

*Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder & Traumatic
Brain Injury*

Kristin Long, MD

General Surgery Resident, PGY-5

University of Kentucky

Department of General Surgery

Lexington, Kentucky

kristin.long@uky.edu

Hepatobiliary Disorders

Charles W. Mackett III, MD, FAAFP

Senior Vice President and Chief Medical Officer

Indian River Medical Center

Vero Beach, Florida

Clinical Associate Professor

University of Pittsburgh School of Medicine

Pittsburgh, Pennsylvania

charles.mackett@irmc.cc

Adult Sexual Dysfunction

Kiame J. Mahaniah, MD

Assistant Professor

Family Medicine Department

Tufts University School of Medicine

Tufts University

Boston, Massachusetts

Associate Residency Director

Greater Lawrence Family Medicine Residency

Lawrence, Massachusetts

K_mahaniah@hotmail.com

Anemia

Martin C. Mahoney, MD, PhD, FAAFP

Associate Professor
Department of Family Medicine
School of Medicine & Biomedical Sciences
State University of New York (SUNY) at Buffalo
Buffalo, New York
Associate Professor
Department of Health Behavior
Roswell Park Cancer Institute
Buffalo, New York
martin.mahoney@roswellpark.org
Neonatal Hyperbilirubinemia
Tobacco Cessation

Robin Maier, MD, MA

Assistant Professor of Family Medicine
Department of Family Medicine
Director of Medical Student Education
Clerkship Director
University of Pittsburgh School of Medicine
Pittsburgh, Pennsylvania
maierm@upmc.edu
Sexually Transmitted Diseases

Robert Mallin, MD

Dean of Medical Education
American University of Antigua (AUA)
Coolidge, Antigua
rmallin@auamed.net
Substance Use Disorders

Dawn A. Marcus, MD*

Professor
Department of Anesthesiology
University of Pittsburgh Medical Center
Pittsburgh, Pennsylvania
Chronic Pain Management

William H. Markle, MD, FAAFP, DTM&H

Clinical Associate Professor Family Medicine
University of Pittsburgh School of Medicine
UPMC McKeesport
McKeesport, Pennsylvania
marklew@upmc.edu
Travel Medicine

Samuel C. Matheny, MD, MPH, FAAFP

Professor and Nicholas J. Pisacano, MD, Chair of Family
Department of Family and Community Medicine
Assistant Provost for Global Health Initiatives
University of Kentucky College of Medicine
Lexington, Kentucky
matheny@email.uky.edu
Hepatobiliary Disorders

*Vefat etmiştir.

Philip J. Michels, PhD

Michels Psychological Services
PA (Philadelphia) Columbia, South Carolina
michelsfour@hotmail.com
Anxiety Disorders

Donald B. Middleton, MD

Professor
Department of Family Medicine
University of Pittsburgh School of Medicine
Vice President, Family Medicine Residency Education
UPMC St. Margaret
Pittsburgh, Pennsylvania
middletondb@upmc.edu
Well- Child Care
Routine Childhood Vaccines
Seizures

Francis G. O'Connor, MD, MPH, COL, MC, USA

Associate Professor, Chair
Department of Military and Emergency Medicine
Uniformed Services University of the Health Sciences
Bethesda, Maryland
francis.oconnor@usuhs.edu
Low Back Pain in Primary Care

Francis G. O'Connor, MD, MPH, COL, MC, USA

Associate Professor, Chair
Department of Military and Emergency Medicine
Uniformed Services University of the Health Sciences
Bethesda, Maryland
francis.oconnor@usuhs.edu
Low Back Pain in Primary Care

Maureen O'Hara Padden, MD, MPH, FA- AFP, CAPT, MC, USN (FS)

Executive Officer
Naval Hospital Pensacola
Pensacola, Florida
maureen.padden@med.navy.mil or scarlettmo@aol.com
Hypertension

Mamta Patel, MD

Resident
University of Pittsburgh Medical Center
McKeesport, Pennsylvania
patel_mamta@yahoo.com
Breastfeeding & Infant Nutrition

Oscar O. Perez Jr., DO, FAAFP

Assistant Professor
Associate Residency Director
Department of Family and Community Medicine
University of Kentucky
ope222@uky.edu
Heart Failure

Jonathan J. Perkins, MD

DeKalb Medical Center
Decatur, Georgia
jonathanjoelperkins@gmail.com
Acute Coronary Syndrome

Saranne E. Perman, MD

Lexington Clinic
Family Medicine
Jessamine Medical and Diagnostics Center
Nicholasville, Kentucky
spearman1@gmail.com
Hearing & Vision Impairment

Marybeth Porter, MD

Clinical Instructor and Academic Generalist Fellow
Department of Family Medicine
Medical University of South Carolina
Charleston, South Carolina
portem@musc.edu
Substance Use Disorders

Nicole Powell-Dunford, MD, MPH FAAP

Deputy Commander for Clinical Services
US Army Health Clinic Schofield
Barracks
Wahiawa, Hawaii
Nicole.c.powell-dunford.mil@mail.mil
Cancer Screening in Women

Ramakrishna Prasad, MD, MPH, AAHIVS

Clinical Assistant Professor of Medicine
HIV/AIDS Program
Division of Infectious Diseases
Faculty
UPMC Shadyside Family Medicine Residency Program
Pittsburgh, Pennsylvania
prasadr@upmc.edu
HIV Primary Care

Brian A. Primack, MD, PhD, EdM, MS

Assistant Professor
Departments of Medicine and Pediatrics
School of Medicine
University of Pittsburgh
Pittsburgh, Pennsylvania
bprimack@pitt.edu
Anemia

Annelle B. Primm, MD, MPH

Deputy Medical Director
CEO and Medical Director's Office
American Psychiatric Association
aprimm@psych.org
Depression in Diverse Populations & Older Adults

Rachel M. Radin, MA, MS

Doctoral Candidate
Department of Medical and Clinical Psychology
Developmental Research Laboratory on Eating and Weight
Behaviors
Uniformed Services University of the Health Sciences
Bethesda, Maryland
Rachel.Radin@usuhs.edu
Eating Disorders

Kelly L. Evans-Rankin, MD, CAQSM

Assistant Professor
University of Kentucky College of Medicine
Department of Family and Community Medicine
knev222@uky.edu
Common Upper & Lower Extremity Fractures

Wade M. Rankin, DO, CAQSM

Assistant Professor
University of Kentucky College of Medicine
Department of Family and Community Medicine
wademrankin@uky.edu
Common Upper & Lower Extremity Fractures

Lisa M. Ranzenhofer, PhD

Postdoctoral Research Fellow
Weight Control and Diabetes Research Center
The Miriam Hospital / Brown University Warren Alpert
Medical School
Providence, Rhode Island
lisa_ranzenhofer@brown.edu
Eating Disorders

Brian V. Reamy, MD

Senior Associate Dean for Academic Affairs & Professor of
Family Medicine
F. Edward Hébert School of Medicine
Uniformed Services University
brian.reamy@usuhs.edu
Dyslipidemias

Eva B. Reitschuler-Cross, MD

Assistant Professor of Medicine
University of Pittsburgh School of Medicine
University of Pittsburgh Medical Center
Division of General Medicine
Section of Palliative Care and Medical Ethics
Pittsburgh, Pennsylvania
reitschulercrosseb@upmc.edu
Hospice & Palliative Medicine

J. Scott Roth, MD, FACS

Professor of Surgery
Chief, Gastrointestinal Surgery
University of Kentucky
College of Medicine
Lexington, Kentucky
sroth@uky.edu
Hepatobiliary Disorders

Lauren M. Sacha, PharmD, BCPS

Staff Pharmacist
UPMC St. Margaret
Pittsburgh, Pennsylvania
sachalm@upmc.edu
Pharmacotherapy Principles for the Family Physician

Ruth S. Shim, MD, MPH

Vice Chair
Education and Faculty Development
Department of Psychiatry
Lenox Hill Hospital
New York, New York
rshim@nshs.edu
Depression in Diverse Populations

Gregory N. Smith, MD

Vice Chair for Operations Department of Family Medicine
University of Pittsburgh School of Medicine
Pittsburgh, Pennsylvania
Prenatal Care

Jeannette E. South-Paul, MD

Andrew W. Mathieson UPMC Professor and Chair
Department of Family Medicine
University of Pittsburgh School of Medicine
Pittsburgh, Pennsylvania
soutjx@upmc.edu
Osteoporosis
Elder Abuse
Health & Healthcare Disparities

Sukanya Srinivasan, MD, MPH

Private Practice
Penn Plum Family Medicine
Pittsburgh, Pennsylvania
srinivasans@upmc.edu
Well-Child Care

M. Sharm Steadman, PharmD, BCPS, FASHP, CDE

Professor
Department of Family & Preventive Medicine
University of South Carolina
Columbia, South Carolina
Sharm.steadman@uscmed.sc.edu
Anxiety Disorders

Mark B. Stephens, MD, MS, FAAFP, CDR, MC, USN

Associate Professor, Chair
Department of Family Medicine
Uniformed Services University of the Health Sciences
Bethesda, Maryland
mstephens@usuhs.mil
Physical Activity in Adolescents

Marian Swope, MD

Associate Professor of Psychiatry
Program Director
Child and Adolescent Psychiatry
University of Kentucky College of Medicine
Lexington, Kentucky
maswop1@uky.edu
Behavioral Disorders in Children

Andrew B. Symons, MD, MS

Vice Chair for Medical Student Education
Clinical Assistant Professor of Family Medicine
Department of Family Medicine
State University of New York (SUNY)
at Buffalo School of Medicine and Biomedical Sciences
Buffalo, New York
symons@buffalo.edu
Neonatal Hyperbilirubinemia

Marian Tanofsky-Kraff, PhD

Associate Professor
Department of Medical and Clinical Psychology
Director
Developmental Research Laboratory on Eating and Weight
Behaviors
Uniformed Services University of the Health Sciences
Bethesda, Maryland
marian.tanofsky-kraff@usuhs.edu
Eating Disorders

Elizabeth G. Tovar, PhD, RN, FNP-C

Assistant Professor
University of Kentucky College of Nursing
Family Nurse Practitioner
Department of Family and Community Medicine
University of Kentucky
Lexington, Kentucky
elizabeth.gressle@uky.edu
The Patient-Centered Medical Home

Belinda Vail, MD, MS, FAAFP

Professor
Vice Chair and Residency Director
Department of Family Medicine
University of Kansas School of Medicine
Kansas City, Kansas
bvail@kumc.edu
Diabetes Mellitus

Jacqueline S. Weaver-Agostoni, DO, MPH

Director

Predoctoral Education

University of Pittsburgh Department of Family Medicine

UPMC Shadyside

Pittsburgh, Pennsylvania

agostonijs@upmc.edu

Acute Coronary Syndrome

Charles W. Webb, DO, FAAFP, CAQ Sports Medicine

Director

Primary Care Sports Medicine Fellowship

Assistant Professor

Department of Family Medicine and Orthopedics

Oregon Health & Science University

Portland, Oregon

webbch@ohsu.edu or webbo18@aol.com

Low Back Pain in Primary Care

Richard Welsh, LCSW, MSW

Professor

Department of Psychiatry

University of Kentucky College of Medicine;

Professor

College of Social Work

University of Kentucky

Lexington, Kentucky

rjwels0@email.uky.edu

Behavioral Disorders in Children

Stephen A. Wilson, MD, MPH, FAAFP

Assistant Professor

Family Medicine

University of Pittsburgh School of Medicine

Director

Medical Decision Making

UPMC St Margaret Family Medicine Residency

Director

Faculty Development Fellowship

University of Pittsburgh Department of Family Medicine

Pittsburgh, Pennsylvania

wilsons2@upmc.edu

Acute Coronary Syndrome

Health Maintenance for Adults

Steven R. Wolfe, DO, MPH

Dean

LECOM/Allegheny Health Network Clinical Campus

Osteopathic Program Director, Forbes Family Medicine

Assistant Clinical Professor

LECOM and Temple University

Swolfe1@wpahs.org

Caring for Gay, Lesbian, Bisexual, & Transgend Patients

Yaqin Xia, MD, MHPE

Department of Family Medicine

University of Pittsburgh School of Medicine

Pittsburgh, Pennsylvania

xiay@upmc.edu

Movement Disorders

David Yuan, MD, MS

Clinical Faculty

UPMC St. Margaret's

Pittsburgh, Pennsylvania

yuand@upmc.edu

Health Maintenance for Adults

Elder Abuse

Richard Kent Zimmerman, MD, MPH, MA

Professor

Department of Family Medicine and Clinical Epidemiology,

School of Medicine, and Department of Behavioral and

Community Health Sciences

Graduate School of Public Health

University of Pittsburgh

Pittsburgh, Pennsylvania

zimmrk@upmc.edu

Routine Childhood Vaccines

Çeviriye Katk

Uzm. Dr. Filiz Ak

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Hülya Akan

Emekli Öğretim Üyesi

Doç. Dr. Derya İren Akbıyık

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt
Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Prof. Dr. Mehmet Akman

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Dr. Dilan Akyel

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Seçil Güner Arıca

Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Ok Meydanı
Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği
Anabilim Dalı

Doç. Dr. Süheyl Asma

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Dr. Elif Ateş

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Akın Serhat Ayanoğlu

İstanbul Beşiktaş Dikilitaş Aile Sağlığı Merkezi

Doç. Dr. Ümit Aydoğan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Nazan Bilgel

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Dr. Emrah Boyacıoğlu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Özlem Ciğerli

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

da Bulunanlar

Uzm. Dr. Özgür Çaycı

Emirefendi Aile Sağlığı Merkezi, Samsun

Prof. Dr. Ayşe Çaylan

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Yasemin Çetinel

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Serap Çifçili

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. H. Nezh Dağdeviren

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Zehra Dağlı

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Serpil Demirağ

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Yeltekin Demirel

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Mustafa Fevzi Dikici

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Güzel Dişçigil

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Tamer Edirne

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Dr. Dyt. İrem Olcay Eminsoy

Başkent Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü

Uzm. Dr. M. Gökhan Eminsoy

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. İrep Karataş Eray

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği

Dr. Öğr. Üyesi Dr. Cihan Fidan

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Ali Ümit Geçkil

Özel Ataşehir Memeorial Hastanesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Dr. Çiğdem Gereklioğlu

Başkent Üniversitesi Adana Dr. Turgut Noyan Hastanesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Işık Güner Gönenç

Haydarpaşa Eğitim Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Dr. Sanem Nemmezi Karaca

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Yrd. Doç. Dr. Aslı Korur

Başkent Üniversitesi Adana Dr. Turgut Noyan Hastanesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof Dr. Altuğ Kut

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Gizem Limnili

Dokuz Eylül Üniveritesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Kamile Marakoğlu

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Vildan Mevsim

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. H. Hicran Mutlu

İstanbul Medeniyet Üniveritesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Ergün Öksüz

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Kurtuluş Öngel

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

TKIDA BULUNANLAR

Prof. Dr. Nilgün Özçakar

Dokuz Eylül Üniveritesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Alis Özçakır

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Cahit Özer

Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Kürşat Akatlı Özşahin

Başkent Üniversitesi Adana Dr. Turgut Noyan Hastanesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Dr. Esin Özşahin

Başkent Üniversitesi Adana Dr. Turgut Noyan Hastanesi
Anatomi Anabilim Dalı

Doç. Dr. Hülya Parıldar

Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim
Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Uzm. Dr. Şirin Parkan

Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Dr. A. Gülsen Ceyhun Peker

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Dr. Utku Petriçli

Başkent Üniversitesi Hastanesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. A. Gürhan Poçan

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Esra Saatçı

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Funda Salgür

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Mehmet Sargın

İstanbul Medeniyet Üniveritesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Oktay Sarı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Turan Set

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Dr. Fisun Sözen

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Özlem Suvak

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt
Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Prof. Dr. Erkan Melih Şahin

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Hüseyin Avni Şahin

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Ayşe Dilek Şimşek

Türkiye İstatistik Kurumu Aile Hekimliği Kurumu

Uzm. Dr. M. Neslişah Tan

Dokuz Eylül Üniveritesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Özlem Tanrıöver

Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği ve Tıp Eğitimi Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Dr. A. Selda Tekiner

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Dilek Toprak

Namık Kemal Üniversitesi Aile Hekimliği
Anabilim Dalı

Prof. Dr. Mehmet Uğurlu

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniveristesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Yeşim Uncu

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Mehmet Urgan

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Dr. Ahmet Uysal

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Arzu Uzuner

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. E. Zeynep Tuzcular Vural

Haydarpaşa Eğitim Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği Bölümü

Prof. Dr. B. Murat Yalçın

19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Erdinç Yavuz

Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği Bölümü

Current Aile Hekimliği Tanı & Tedavi, her iki cinsiyette uygulamadaki aile hekimlerine ve evde bakım personeline yararlıdır. Metin, çocukluk ve ergenlik döneminden başlayan hastalıklar ile ilerleyip, yaşlılık dönemini de kapsayan gelişimsel yaşam dönemlerini kapsar.

ÖNE ÇIKAN ÖZELLİKLERİ

- Kanıta dayalı öneriler
- Her durumun kültürle ilişkili yönleri
- Konservatif ve farmakolojik tedaviler
- Uygun durumlarda tamamlayıcı ve alternatif tedaviler
- Diğer sağlık hizmeti sunucularıyla işbirliği önerileri
- Hem tek başına hem de komorbid durumlarda hastaların bakımı
- Hastalığın aileye olan etkisini tanıma
- Hasta eğitimi bilgileri
- Yaşamın sonu konuları

HEDEFLenen KİTLE

Birinci basamakta stajyerler ve uygulamadaki hekimler için yararlı durumlar için yararlı bir kaynak olarak bulacaktır. Tablo 1.1'de tanı yöntemleri seçimi ve tedavi önerileri için hazır bir kaynak. Yardımcıları da burada sunulan yaklaşımları hem tanısı için ve de sürekli bakım yönetimi yönünden yardımcı olacaklardır.

Belirli bir yakınma veya tıbbi duruma yönelik acil ve kronik el kitaplarının aksine, bu metin bakımın devamlılığını uyandıran klinikisyenler için bir kaynak olarak öngörülmüştür. Sonuçta klinik karşılaşmalar için de yapılmıştır.

TEŞEKKÜR

Ortalama aile hekimliği ve birinci basamak sağlık hizmetleri için pratik ve okunabilir tartışmalar yaratmada gösterdikleri katkıya teşekkür ederiz. Ayrıca, McGraw-Hill' deki editörlerimize teşekkür etmekte olağanüstü ve kritik bir öneme sahip olmuştur.

nsöz

hastaya yaşamları boyunca kapsamlı ve sürekli bakım veren
ine yönelik bu tek kaynak referans kitabın dördüncü baskı-
rak, üreme yıllarına da odaklanarak ve yetişkinlik dönemine
a sürecine göre düzenlenmiştir.

arın zihinsel ve davranışsal sağlıklarına dikkat etme

, bu metni ayaktan muayene hizmetlerinde görülen yaygın
dolar ve metin formatında yer alan detaylandırılmış bilgiler,
referans sağlamaktadır. İleri uygulama hemşireleri ve doktor
konmuş hem de tanısı henüz ayrışmamış durumlar yönünden
pratik ve tam bir ilk başvuru kaynağı olarak kullanabilecek-

e bir kerelik yaklaşımlar üzerine odaklanan daha küçük tıbbi
gulayan ve hastalarıyla longitüdünel terapötik bir ilişki kuran
uç olarak, öneriler acil durumlar için olduğu kadar sonraki

inde günlük olarak görülen birçok durum hakkında eksiksiz,
ri gayretlerinden dolayı katkıda bulunan birçok yazarımıza
zin vizyonu ve desteği birincil bakım için bu kaynağı yarat-

Jeannette E. South-Paul, MD, FAAFP
Samuel C. Matheny, MD, MPH, FAAFP
Evelyn L. Lewis, MD, MA, FAAFP

Çeviri Editörler

Elinizde bulunan eser, “CURRENT Diagnosis & Treatment” baskısının çevirisidir. Birinci basamak sağlık hizmetleri asistanları ve aile hekimliği uygulaması çerçevesinde hi sağlığıyla ilgilenen tüm hekim gruplarına yönelik olarak rik, cinsiyetten bağımsız olarak toplum bireylerini doğu izlemekte ve her döneme özgü sorunlar ve sağlık uğraşla

Okuyucunun dikkatini çekecek olan konuların baş ve günümüzde ne yazık ki çok fazla alt ilgi alanlarına ay içerisinde ve bizlerle birlikte olduğunun vurgulanması c meslektaşlarımızın hizmetine sunulmakta olan kaynakla birlikte birinci basamak sağlık hizmetlerine getirilen fa mektedir. Yine birinci basamak sağlık çalışanlarına ve tı karşılaşılmaması olası klinik sorun çeşitlemesi ve toplumun mı hakkında iyi bir fikir vermektedir.

Eser Amerika Birleşik Devletleri toplumuna ve sağl önerileri, tedavi önerileri ve çözümlemeleri içerisinde b hekimliği ile farklılıklar göstermektedir. Okuyucunun b hem de editörlerde ağırlık kazanmakla birlikte orijinal es da kalınmıştır.

Editörler olarak eserin hazırlanmasında emeği geçe lektaşlarımıza teşekkür ederiz. Ayrıca bu eseri gerçekle Başkent Üniversitesinin kurucu rektörü Prof. Dr. Mehmi duncü baskısı yıllardır ilk üç baskısının birinci basamak getirdiği görevleri daha da geliştirerek karşılamayı sürdü

erinin Önsözü

ent in Family Medicine” adlı İngilizce orijinalinin, dördüncü
le ilgilenen başta aile hekimliği akademisyenleri, uzmanları,
zmet vermekte olan meslektaşlarımız olmak üzere, toplum
hazırlanmış bütüncül bir başvuru kaynağı niteliğindedir. İçe-
mlarından ölümlerine dek, yaşamın bütün evreleri boyunca
rı doğrultusunda değerlendirmektedir.

nda, tıp bilgisinin aile hekimliği bakışıyla nasıl ele alındığı
rıışmış bulunan sağlık bilimlerinin aslında ne denli yaşamın
olacaktır. Gerçekte Aile Hekimliği ile ilgili olarak ülkemizde
ar arasındaki ilk kaynak olma özelliğini koruyan bu kitap ile
rkli bakış açısına ve eğitim programına iyi bir çerçeve çizil-
p fakültesini bitirmekte olan öğrencilere saha çalışmalarında
temel yapı taşı olan aile kapsamında bütüncül hasta yaklaşı-

ık sistemine yönelik olarak hazırlanmış olduğundan, sistem
olca bulunan değinmeler ülkemizin uygulamakta olduğu aile
unları dikkate almaması gerektiği kanısı hem çevirmenlerde
sere sadık kalmak adına tüm bu bilgilere yer verilmek zorun-

en başta değerli akademisyenlerimiz olmak üzere tüm mes-
eştirmek konusunda bizleri destekleyen değerli hocamız ve
et Haberal’a da teşekkürü bir borç biliriz. Umarız eserin dör-
k sağlık hizmetlerinde Türkçe bir kaynak kitap olarak yerine
rür.

Prof. Dr. Altuğ Kut
Uzm. Dr. M. Gökhan Eminsoy
Dr. Öğr. Üyesi Dr. Cihan Fidan

Nedeni bilinmeyen yineleyen ateşli hastalıklarda idrar yolu infeksiyonları atlanmamalıdır. Horlama ve uyku rahatsızlığı öyküsü BGG'nin bir nedeni olarak belirlenen tonsil veya adenoid hipertrofisi açısından değerlendirilmeyi gerektirir.

Özgeçmişte eksiksiz bir perinatal öykü alınmalıdır (Tablo 2-2). Düşük doğum ağırlıklı ve sorunlu bir perinatal dönem geçiren çocuklar büyüme problemleri açısından daha büyük bir risk altındadır. BGG tanısı olan tüm çocukların %40'ının doğum ağırlıklarının 2500 gr altında olduğu saptanmıştır; tüm doğumların sadece %7'si 2500 gr altındadır.

Tablo 2-2. Öykü alma

Sorular	Ayrıca
Perinatal İnfeksiyon Hareket	Konjenital infeksiyon Genetik bozukluklar
Beslenme davranışı Terleme Emmede ve yutmada zorluk Yeme süresi	Kardiyak problem Nörolojik, mekanik (submukozal yarık)
Diyet öyküsü Süt çocuğu Emzirme memede tutma süresi Süt boşalma hissi Meme dolgunluğu Mama: Mama nasıl hazırlanır, beslenme teknikleri Büyük çocuklar 24 saatlik diyet öyküsü İleriye dönük 72 saat diyet günlüğü Disfaji	Yetersiz süt üretimi Uygun olmayan diyet Beslenme uyarının uygun olmaması Uygun olmayan kalori alımı Eozinofilik veya alerjik bozukluğa bağlı reflü
Büyüme viski Süt çocukluk döneminden sonra başlangıç, yeni düşüş	Genetik bozukluk: KF, sendromik, metabolik idrar yolu anomalileri Çölyak eozinofilik İnflamatuvar barsak hastalığı, çölyak
Dışkılama öyküsü İshal Kabızlık	Emilim bozukluğu: çölyak, inflamatuvar barsak hastalığı, eozinofilik enterit Hazım bozukluğu: pankreas yetmezliği
İşeme öyküsü	Erkeklerde yavaş akım: posterior üretral valf

Düşük doğum ağırlığına yol açan nedenler arasında enfeksiyonlar, ilaçlar veya anneye ve plasentaya ait diğer nedenler yer alabilir. Simetrik büyüme geriliği gösteren bir çocuk daha özenli incelenmelidir. İntrauterin rubella, sitomegalovirüs (CMV), sifiliz, toksoplazma veya malar-ya ile karşılaşan çocuklar düşük doğum ağırlığı, boy ve baş çevresi açısından yüksek risk altındadır. Bu koşullar-da normal gelişmenin yakalanması gecikebilir. Kısa boya genellikle gelişme geriliği ve zekâ geriliği eşlik eder.

İntrauterin asimetrik büyüme geriliği (baş çevresi korunmuş) gösteren çocukların normal büyüme eğrileri ve gelişmeyi yakalamaları daha kolay olmaktadır. Fetüs büyümesi anneye ilgili etkenler ve toksine maruz kalma gibi sebeplerden etkilenmektedir. Tütün, kokain ve ero-in gibi bağımlılık yaratan maddelerin kullanımı düşük doğum ağırlığı ile ilişkili bulunmuştur. Hipertansiyon, preeklampsi, kolajen doku hastalıkları veya diyabet gibi plasenta yetmezliğine yol açan durumlar düşük doğum ağırlıklı beslenmesi bozuk bir bebeğin doğmasına neden olabilir. Ayrıca, rahim içindeki fiziksel etkenler fetüsün büyümesini engelleyebilir; uterus malformasyonu, çoğul gebelik ve fibroidler daha küçük bebeklerin doğmasına yol açabilir.

Annede HIV bulunması BGG için belirgin bir risk oluşturur. HIV pozitif annelerden doğan çocukların çoğu normal doğum ağırlığı ve boya sahiptir. Bununla beraber, enfekte çocuklarda ilk yıl içinde BGG gelişir.

Aile öyküsü çok önemlidir. Ailede atopi, ekzema veya astım öyküsü varsa eozinofilik enterit şüphesini artırır. Ailede otoimmün hastalık öyküsünün bulunma-sı çölyak ihtimalini doğurur. Metabolik hastalıklar genel-likle çekiniktirler, bu yüzden ailede öykü olmamasına güvenmek yanıltıcı olabilir.

Ailenin çocukla ve birbirleri ile olan ilişkisinin in-celenmesi değerli bilgiler verebilir. Anneleri tarafından “zor” veya “ne yapacağı belli olmaz” diye tanımlanan çocukların bağımsız gözlemciler tarafından yavaş veya az yemek yedikleri saptanmıştır. Annede depresyon ve madde bağımlılığı BGG için önemli risk faktörleridir; çocuk ve anne arasında sağlıklı bir beslenme ilişkisinin kurulması için bu konuların ele alınması gerekir. Son olarak, beslenme yetersizliğinin nedeni olarak ekonomik koşulların gözden geçirilmesi önemlidir. Çocuğun ihti-yacını karşılamaya yetecek maddi desteğin bulunmadığı durumlarda sosyal yardımlaşma vakıflarına başvuru-la-bilir.

2. Beslenme öyküsü–Dikkatli bir beslenme öyküsü var olan hastalığın öyküsünün parçasıdır. Genellikle soruna laboratuvar testlerinden daha fazla ışık tutmaktadır. Süt çocuklarının değerlendirilmesinde hangi mamalarla, ne miktarda ve ne sıklıkla beslendiği ayrıntılı olarak sorulmalıdır. Ebeveynler mamanın hazırlanışını tarif etmelidir. Mamayı yanlışlıkla hafif sulandırılmış hazırlayabilirler. Kalori alımının hesaplanmasında, hekim anne sütü ve mamanın 20 kal/oz olduğunu unutmamalıdır. Bebek mamaları biberon başına 40 ila 120 kalori arasında

taburculuktan birkaç gün sonra bir sağlık uzmanı tarafından görülmesi çok önemlidir. Bu, hepatik immaturite ve yetersiz besin alımı nedeniyle hiperbilirubinemi riski olan miyadına yakın doğanlarda (35-36 hafta) da çok önemlidir.

Taburculuktan önce TSB'i ölçmek ve daha sonra bu değeri nomograma işaretlemek (bkz. **Şekil 3-1**) sonradan ortaya çıkabilecek orta derecede şiddetli hiperbilirubinemi (>17 mm/dL) riskini öngörmek ve yakın takip gerekli olan yenidoğanları belirlemek için yararlı olabilir. 17854 canlı doğumda yapılan bir araştırma, yaşamın 18-72 saatindeki yüksek riskli gruptaki yenidoğanlarda (TSB 95.persentil) taburculukta orta derecede şiddetli hiperbilirubinemi gelişme olasılığını %40 iken düşük riskli gruptakiler (TSB 40.persentil) için daha sonra orta derecede şiddetli hiperbilirubinemi gelişme olasılığı sıfır olduğunu bildirdi.

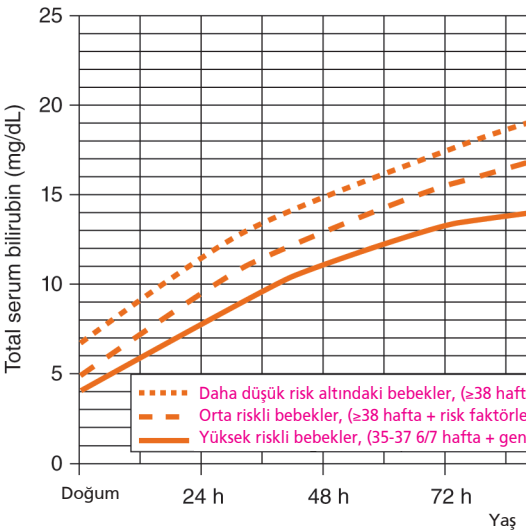
Bromiker R, Bin-Nun A, Schimmel MS, Hammerman C, Kaplan M. Neonatal hyperbilirubinemia in the low-intermediate-risk category on the bilirubin nomogram. *Pediatrics*. 2012;130(3): e470–e475. [PMID: 22926183]

Kuzniewicz MW, Escobar GJ, Wi S, et al. Risk factors for severe hyperbilirubinemia among infants with borderline bilirubin levels: a nested case-control study. *J Pediatr*. 2008;153:2.[PMID: 18534217]

► Tedavi

A. Patolojik Sarılıktan Şüphelenildiğinde

Fototerapi (**Şekil 3-2**) veya exchange transfüzyon (**Şekil 3-3**) için tedavi kararları TSB düzeylerine bağlıdır; yöne-



▲ **Şekil 3-2.** Hastaneye yatırılan ≥ 35 gebelik haftası be- Akademinin hiperbilirubinemi ile ilgili alt komitesinin izni ile newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics*. 2

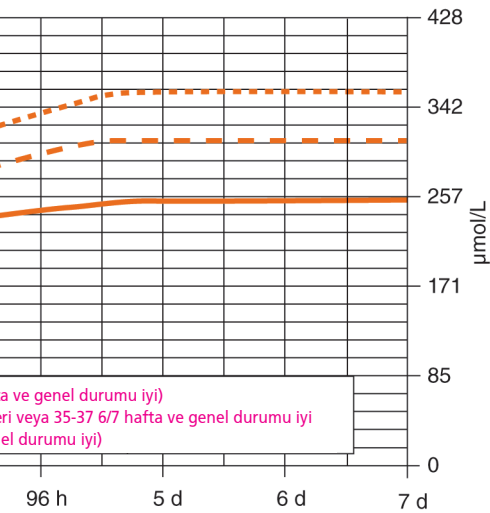
tim seçenekleri yenidoğanın ebeveynleri veya yasal koruyucuları ile konuşulmalıdır. Yoğun fototerapi 4-6 saat içinde TSB'nin 1-2 mg/dL düşüşünü sağlamalı ve düşüş daha sonra da devam etmelidir. TSB, yoğun fototerapiye uygun cevap vermezse exchange transfüzyon önerilir. Eğer düzeyleri exchange transfüzyon ihtiyacı olduğunu düşündüren bir aralıkta ise (bkz. **Şekil 3-3**), exchange transfüzyon hazırlığı yapılırken yoğun fototerapi uygulanmalıdır. TSB düzeyleri yoğun fototerapiye rağmen exchange transfüzyon seviyelerine çıkan yenidoğanlarda da exchange transfüzyon önerilir. Yukarıdaki durumların herhangi birinde, yoğun fototerapinin TSB düzeyini düşürmede başarısız olması kuvvetle hemolitik hastalık veya diğer patolojik süreçlerin varlığını akla getirir ve daha ileri tetkik ve konsültasyon gerektirir.

İzoimmün hemolitik hastalığı olan yenidoğanlarda yoğun fototerapiye rağmen TSB düzeyi yükseliyor veya 2-3 mg/dL değişim düzeyinde ise intravenöz gamma globulin (0,5-1 g/kg 2 saatten sonra) uygulanması önerilir. Gerekli durumlarda aynı doz 12 saat içinde tekrarlanır.

Şekil 3-2, ≥ 35 gebelik haftasındaki bebeklerde hiperbilirubinemi için yönetim stratejisini özetlemektedir. Fototerapi ve exchange transfüzyonu ile ilgili yönetim kararları, bebeğin yaşı, risk faktörü ve TSB düzeylerine dayanır.

B. Fototerapi ve Exchange Transfüzyonu

1. Fototerapi—Bu işlem yenidoğanın mavi-yeşil dalga boyunda, yüksek yoğunluktaki ışığa tutulmasıdır. Işık derideki indirekt bilirubini etkiler, daha az toksik olan safra ve idrar ile direkt olmadan atılabilen fotoizomerlere dönüştürür. Mavi spektrumdaki enerji üretimi, ışığın



Bebeklerde fototerapi için rehber. (Amerikan Pediatrik Akademisi tarafından onaylanmıştır. Management of hyperbilirubinemia in the newborn, 2004;114:297 izni ile çoğaltılmıştır.)

- Kuzniewicz M, Newman TB. Interaction of hemolysis and hyperbilirubinemia on neurodevelopmental outcomes in the collaborative ve perinatal project. *Pediatrics*. 2009;123:3. [PMID: 19255038]
- Seidman DS et al. Neonatal hyperbilirubinemia and physical and cognitive performance at 17 years of age. *Pediatrics*.1991;88:828 [PMID: 1896294]
- Sgro M, Campbell DM, Kandasamy S, Shah V. Incidence of chronic bilirubin encephalopathy in Canada, 2007–2008. *Pediatrics*. 2012;130:4. [PMID: 22966025].

► Klinik Bulgular

2004 yılında AAP, ≥ 35 gebelik haftası yenidoğanlardaki hiperbilirubineminin yönetimi için güncellenmiş uygulama parametreleri yayınladı. Bu önerilerin temel ilkeleri aşağıda özetlenmektedir ve tam metnine <http://www.aap.org> sitesinden ulaşılabilir.

A. Belirti ve Bulgular

Klinik olarak sarılık baş bölgesinden başlayıp ayağa doğru yayılır. Toplam bilirubinin görsel tahminleri hataya eğilimlidir, özellikle pigmentli cildi olan bebeklerde. TSB veya TcB seviyeleri ilk 24 saatte sarılık gelişen bebeklerde ölçülmelidir ve bütün bilirubin düzeyleri bebeğin yaşına (saat) göre değerlendirilmelidir. Mevcut rehberler farklı firmalara ait TcB ölçüm cihazlarının doğruluğundaki değişkenliği belirtmesine rağmen, TcB ölçüm cihazları serum bilirubinin doğru olarak değerlendirilmesi için sık sık kan almanın alternatif yoludur.

Beslenme güçlüğü, davranış değişikliği, apne ve vücut ısısı değişiklikleri gibi anormal bulgular gelişen bebeğin değerlendirilmesinde, sarılık olup olmadığına bakılmaksızın altta yatan hastalığın tespit edilmesi önerilmektedir. Sarılığı değerlendirmedeki klinik protokollerde yenidoğan hemşire bakımında en geç 8-12 saatte bir değerlendirmenin yapılması yer almalıdır.

B. Laboratuvar Bulguları

Sarılığın oluşumunda patolojik bir neden düşünüldüğünde, laboratuvar tetkikleri hızlıca tamamlanmalıdır:

- İlk 24 saat içinde sarılık saptandığında, sepsis tetkikleri, rubella ve toksoplazma tetkikleri ve eritroblastosis fetalis tanısı için kan grubu ve fraksiyonel serum bilirubin düzeylerine bakılmalıdır. Yenidoğan metabolik taramasında tiroid ve galaktozemi test sonuçları elde edilip, ayrıca gözden geçirilmelidir.
- Direkt bilirubinin düzeyi >2 mg/dL ise bilirubin atılımındaki bozulmanın nedeni araştırılmalıdır. Direkt bilirubin <2 mg/dL ise hemoglobin düzeyi ve retikülosit sayımı yapılmalıdır. Düşük hemoglobin konsantrasyonu ile anormal retikülosit sayım hemolizi

düşündürürken, yüksek hemogloblin konsantrasyonu polisitemiyi göstermektedir. Eğer retikülosit sayısı normal ise bebek sarılığın nonhemolitik nedenleri açısından değerlendirilmelidir.

- Fototerapiye yetersiz yanıt veren ve ailesinde G6PD eksikliği olma ihtimali olan bebekler ileri tetkiklere ihtiyaç duyar.
- Annede prenatal dönemde ABO ve Rh (D) ve nadir izoimmun antikorlara bakılmalıdır. Eğer anne prenatal kan gruplamasına sahip değilse veya Rh negatifse yenidoğan kordon kanından direkt coombs testi, kan grubu ve Rh (D) tipi bakılmalıdır. Özellikle annenin O kan grubu olduğu durumlarda, kuruluşlar gelecekte yapılacak testler için kordon kanını saklamaya yöneltilmektedirler.

C. Hastaneden Taburcu Olduktan Sonra Oluşan Yenidoğan Sarılık

Doğumdan sonraki 48 saatten daha erken taburcu edilen tüm yenidoğanların takip edilmeleri sağlanmalıdır. Bu değerlendirme sağlık uzmanları tarafından hastaneden çıktıktan sonraki 2-3 gün içinde gerçekleştirilmelidir.

Anne sütü ile beslenen sağlıklı bebeklerin yaklaşık üçte birinde, iki haftalık olduktan sonra kalıcı sarılık olur. Koyu idrar ve açık renk gaitanın bildirilmesi direkt serum bilirubin düzeyinin ölçümüne teşvik etmelidir. Eğer öykü ve fizik inceleme normal ise sürekli takip uygundur. Eğer sarılık 3 haftadan sonra da devam ediyorsa, bilirubin için idrar örneği test edilmeli, total ve direkt serum bilirubinine bakılmalıdır.

American Academy of Pediatrics Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics*. 2004;114:297. [PMID: 15231951]

Maisels MJ, Bhutani VK, et al. Hyperbilirubinemia in the newborn infant ≥ 35 weeks' gestation: an update with clarification. *Pediatrics*. 2009;124:1193–1198. [PMID: 19786452]

► Erken Tanı ve Korunma

Doğumdan sonra kısa süre hastanede kalınması, yenidoğan beslenmesinin hastanede değerlendirilmesini, anne sütü ile beslenmenin öğretilmesini ve sarılığın tespit edilmesi için gereken süreyi kısıtlar. Hiperbilirubinemi ve beslenme ile ilgili sorunlar yaşamın ilk haftasında yenidoğanın hastaneye yeniden başvurmasının ana nedenleridir. İsrail'deki büyük bir hastanede 2008 ile 2009 yılları arasında taburcu olan 25,439 yenidoğanın 143'ü (%0,56) fototerapi için yeniden başvurmuşlardır.

Bilirubin düzeylerinin genelde yaşamın 3 veya 4. gününde yükselmesi ve çoğu yenidoğanın 48 saat içinde taburcu olmaları nedeniyle, sarılık vakalarının çoğu evde ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle, sarılığın saptanması ve genel durumun değerlendirilmesi için yenidoğanın

K vitamini ve eritromisin göz merhemi kullanılmadan önce uygulamak da güvenlidir.

Emzirmeye doğumdan hemen sonraki dönemde başlatılmasını bazı klinik durumlar engelleyebilir (örn. sezaryenle doğum, annede perine onarımı, maternal veya fetal distres). Bu tür durumlarda emzirme, olabilecek en erken zamanda başlatılmalıdır. Sadece tıbbi olarak gerekli olduğu durumda mama verilmelidir. Eğer anne emzirmek istediğini belirttiyse, hekim biberonla beslemenin başlatılmamasına vurgu yaparak geçici bir beslenme planı düzenlemelidir. Kabul edilebilecek diğer seçenekler kaşık, fincan veya enjektörle beslemedir.

Anne sütü alan bebekler doğum sonrası ilk birkaç haftada sıklıkla en azından her 2-3 saatte bir emzirilmelidir. Bebeklerin beslenme esnasında uyumasına izin verilmemelidir, bununla birlikte gerekirse beslenme aralıkları geceleri 3-4 saate çıkarılabilir. Anne sütü üretimi arz-talep döngüsü içindedir. Emme yoluyla memenin uyarımı ve emzirmenin mekanizması vücudu daha çok süt üretimi için uyarmaktadır. Beslenme zamanı atlandığı zaman ya da memeler yeterince boşaltılmamışsa geri bildirim döngüsü süt üretimini azaltır. Bebek büyüdükçe 3-4 saatte bir beslenme kabul edilebilmektedir. Bebeğin büyüdükçe gereksinim duyduğu süt miktarı genellikle üretilen miktarı aşacağından, beslenme zaman aralıklarının sıklıkla süt üretiminin “yakalanabileceği” sürelerle göre ayarlanması gerekmektedir.

Beslenme aralıklarının geceleri uzatılabilmesine karşın, bebek sıklıkla beslenme için ne zaman uyandırılmalı sorusu ortaya çıkmaktadır. Anektodlardan oluşan kanıtlar göstermektedir ki, doğum sonrası 2 haftadan sonrasında bebek herhangi bir spesifik beslenme durumunun eksikliğinde gece boyu beslenme programını kendisi belirleyebilmektedir. Tipik olarak çoğu bebek yaklaşık 4-5 kiloya ulaştıkları zaman gece boyu uyumaya başlamaktaadırlar.

Yeni doğan döneminde etkili besleme için bebeğin pozisyonu kritik önemdedir. Genellikle bebek ve anne aşağıdaki pozisyonların birinde yüz yüze olmalıdır: beşik (en yaygın), futbol pozisyonu ya da yana yatırma. Beşik pozisyonu annenin bebeği göğsün önünde yatay olarak tutmasını sağlar. Bebeğin başı hangi taraftan emzirildiğine bağlı olarak sağda veya solda olabilir. Bebeğin başı annenin ön kolunun bükülmesiyle desteklenmelidir. Futbol tutuşunda annenin koltuk veya yatakta oturduğu durumda, bebek alt kısmı yatağa doğru olmak üzere annenin üzerinde yatar ve kafası annesinin eliyle desteklenir şekilde emzirme pozisyonudur. Yan yatar pozisyon, annenin sağına veya soluna yatmasına ve bebeğin de ona paralel olarak uzanmasına izin veren bir pozisyonudur. Yine bebeğin kafası annenin dirsek kıvrım yerinden desteklenir. Bu pozisyon sezaryenli annenin dikiş yerleri üzerine bebeğin oturup, annenin canını acıtma olasılığını ve ağrısını azaltan bir pozisyonudur. Pozisyon seçiminin anne ve bebeğin rahatlığına göre yapılması gerektiği vurgulanmalıdır. En uygun pozisyonun seçimi öncesinde hepsinin denendiği durumlara da sık rastlanmaktadır. Daha önceden pek istenmeyen pozisyonların, bebeğin büyüme

süreci boyunca daha etkili ve daha rahat hale geldiği de sık görülen bir durumdur. Bütün emzirme pozisyonları bebeğin başının annenin eli veya dirsek kıvrımıyla desteklenmesi yoluyla daha iyi bir baş kontrolü sağlamalıdır. Bebek sıklıkla bir yastıkla sağlanan bir yükseltiye yerleştirilerek biçimsiz pozisyonu önlenmeli, maksimum rahatlığı sağlanıp, yakalaması teşvik edilmelidir.

Anne sütüyle ilgili güçlüklerin çoğu, uygun olmayan kavramadan kaynaklanmaktadır. Kavrama sorunları sıklıkla, anne memesinin şişkinliğinden, ağırlı meme başı çatlaklarına kadar değişebilen nedenlere bağlıdır. Birçok kadın bunlardan sonra emzirmeyi bırakmaktadır. Kavrama süreci ilkel reflekslerle yönlendirilmektedir. Bebeğin yanağının okşanması, onun dokunulan tarafa dönmesini sağlar. Bu refleks bebek eğer memeye doğru bakmıyorsa faydalıdır. Bebeğin alt dudağına hafifçe dokunmak, bebeğin memeyi yakalamak için ağzını açmasını sağlayacaktır. Anne meme başını bebeğe yardım için tutmalı ve yakalamayı kolaylaştırmalıdır. Annenin parmaklarının areolanın arkasında olması, bebeğin yakalamasına fiziksel engel oluşturmamak için çok önemlidir. Bebeğin ağzı açıldığında, başı hızla memeye doğru çekilmelidir. Bebeğin ağzı süt bezlerine baskı yapmak için areolayı tamamen kapatacak şekilde olmalıdır. Eğer bu uygun bir şekilde yapılmazsa, bebek annenin meme başına bastırarak, bu da acıya ve sonuçta çatlaklara yol açıp çok az süt çıkmasına ya da hiç çıkmamasına yol açacaktır. Anne emzirme esnasında acı çekmemelidir. Eğer bu durum gelişirse, anne bebeğin ağzına parmağını sokarak emmesine ara vermeli ve yeniden bebeğin yakalamasını sağlamalıdır. Bu süreç uygun yakalama başarılana kadar, gerektiğinde yinelenmelidir.

Anne ve babayı kaygılandıran bir durum da süt miktarının yeterli olup olmamasıdır. Bebeklerin yeterince süt alıp almadığını belirlemek için çok çeşitli klinik ölçüm yöntemleri vardır. Ağırlık harika bir değerlendirme yöntemidir. Bir bebeğin ağırlığının emzirme öncesi ve sonrası duyarlı teraziyle ölçümü, ağırlığı ölçmenin en kesin yöntemidir. Problem çoğu ailelerde bu tür tartı bulunmamasıdır. Ağırlık daha uzun vadeli olarak da değerlendirilebilir. Bebekler doğum ağırlıklarının ~%8'inden fazlasını kaybetmemeli ve bunu iki hafta içinde geri almalıdır. Bununla birlikte, sıkıntı yaşamış bebeklerin çoğunluğu bu 2 haftalık süreden önce dekompanse olmaktadır. Anne sütüyle beslenen bebekler özellikle 48 saatten önce taburcu edildiyse, 2-3 gün sonra mutlaka değerlendirilmelidir. Anne sütü alımının yeterli olup olmadığının belirlenmesi için bebeğin beslenme sonrası memnuniyeti, gaita ve idrar miktarının değerlendirilmesi gibi klinik belirtiler daha uygun bir yol olabilir. Beslenme sonrası keyfi yerinde olan bebekler çoğunlukla uykuya dalar. Yeterince süt almayan bebekler genellikle huysuz ve irrite olup, sürekli olarak memeyi, parmaklarını v.s. emmek istemektedirler. Anne sütüyle beslenen bebekler genellikle her beslenmeyi takiben, ama en az günde 5-6 kez gaita çıkarırlar. İlk birkaç günden sonra gaitanın rengi mekonyumdan hardal rengi pürüklü şekle döner. Hala mekonyum çıkaran ya da yeterli miktarda dışkı çıkarma-

C. Görüntüleme Yöntemleri

Görüntülemenin amacı ileri inceleme gerektiren üriner yol anomalilerini tanımadır.

Renal veya ürolojik aile öyküsü olan, büyüme geriliği, hipertansiyon olan ve İYİ'ü olan her yaştaki çocuğa renal ve mesane ultrasonu yapılmalıdır. İlk kez İYİ geçiren, ateşli 24 aydan küçük bütün çocuklara renal ve mesane ultrasonu yapılmalıdır. Tekrarlayan ateşli İYİ'ü olan büyük çocuklar da incelenmelidir. Bu değerlendirme renal parenkim ve böbrek büyüklüğünü kapsamalıdır. Eğer çocuğun genel durumu kötü değilse ve tedaviye hızlı yanıt veriyorsa üreter ve böbrek büyüklüğünün daha doğru değerlendirilmesini sağlamak için ultrasonu İYİ tedavisinin tamamlanacağı zamana kadar bekletmek tercih edilir. Genel durumu daha kötü olan çocuklara abses oluşumu gibi ciddi komplikasyonların belirlenebilmesi için tedavinin ilk 2 gününde görüntüleme yapılmalıdır.

Vezikoüreteral reflünün (VUR) optimal tedavisi henüz bilinmemektedir. Son kanıtlara göre ilk kez ateşli İYİ geçiren bütün çocuklarda voiding sistoüretrogram (VCUG) yapılması önerilmemektedir. VCUG tekrarlayan ateşli İYİ'ü olan ve ultrason bulguları devam eden VUR düşündüren (renal skar veya böbrek büyümesinin zayıf olması veya hidronefroz) çocuklarda yapılmalıdır. VCUG hastanın bulguları düzeldikten sonra yapılmalıdır.

► Ayırıcı Tanı

Ateşle başvuran ve fizik muayene ile ateşin nedeni tam olarak saptanamayan her çocukta İYİ düşünülmelidir. Menarş öncesi kız çocuklarında kimyasal üretrit dizüriye sebep olabilir. Uzun süre köpük banyosu sık rastlanan bir nedendir. Cinsel istismar dahil travma da dizüriye neden olabilir. Bu çocuklarda infeksiyonun sistemik bulguları yoktur. Büyük çocuklarda cinsel yolla bulaşan hasatlıklar (CYBH) akut üriner semptomlara neden olabilir.

► Komplikasyonlar

İYE'nin akut komplikasyonları; sepsis, renal abses ve menenjit dâhil yaygın infeksiyon olabilir. Tekrarlayan piyelonefrit, renal skara ve takiben ileri yaşamda hipertansiyon ya da böbrek yetmezliğe neden olabilir.

► Tedavi

A. Akut İnfeksiyon

2 aydan küçük İYİ'lu bebekler kültür sonucunda etken organizmaya yönelik en iyi tedavi belirlenene dek hastaneye yatırılarak sepsis için endike olan intravenöz antibiyotiklerle tedavi edilmelidir. 2 ay-2 yaş arasındaki çocuklar, genel durumları iyi ise, dehidrate değilse ve oral alabiliyorlarsa ayaktan tedavi edilebilir. Daha büyük çocuklar, ağır hasta görünmedikleri durumda genellikle ayaktan tedavi edilebilir. İlk seçenek antibiyotik sulfo-

namid, trimetoprim-sulfametaksazol, sefalosporin veya amoksisilin-klavunat olabilir. İdrarla atılan fakat kanda terapötik düzeylere ulaşamayan nitrofurantoin İYİ geçiren ateşli çocuklarda tercih edilmemelidir. İdeal olarak, antimikrobiyal ajan seçimi, lokal infeksiyon paterni ve duyarlılığa göre yapılmalıdır. Tedavi süresi 7-14 gün olmalıdır. Çocuklarda ≤ 3 günlük tedavinin yetersiz olduğu gösterilmiştir.

Eğer çocuk 2 gün içinde tedaviye klinik yanıt verirse daha sonra yakın takip gerekmez. Eğer çocuk tedavinin 2 gün sonrasında düzelme göstermezse tekrar değerlendirilmelidir. Testlerin tekrarlanması ve hastanede tedavi düşünülmelidir. Antibiyotik tedavisi bu sırada sonuçlanmış hastanın idrar kültür sonuçlarına göre yapılmalıdır.

B. Tekrarlayan İnfeksiyonun Önlenmesi

Uzun dönem sekellerden korunmada tekrarlayan infeksiyonun önlenmesi üzerinde durulmaktadır. Bakıcılar gelecekte açıklanamayan ateş varlığında derhal değerlendirme yapılmasının gerekliliği konusunda uyarılmalıdır. Anormal ultrasonu veya evre III-V VUR'sü olan infantlar ve çocuklar pediyatrik üroloji konsültasyonu düşünülmelidir. Mesanenin tam boşaltılamaması ile ilişkili işeme disfonksiyonunun davranışsal yöntemle düzeltilmesi gibi idrar yolu yapısal olarak normal olan çocuklarda kronik konstipasyonun tedavisinin İYİ tekrarını azalttığı gösterilmiştir. Hijyeni artırmak özellikle kız çocuklarında İYİ oranlarında azalma göstermemiştir. Önceki çalışmalara göre erkek çocukların sünnetinin İYİ oranlarını azalttığı gösterilmiştir.

Tekrarlayan İYİ'ü olan bazı çocuklarda uzun süreli profilaktik antibiyotik tedavisi infeksiyonların sıklığını azaltmada etkili olabilir. Ancak bu tedavinin ne zaman düşünülmesi gerektiğini gösteren net kılavuzlar yoktur.

DeMuri GP, Wald ER. Imaging and antimicrobial prophylaxis following the diagnosis of urinary tract infection in children. *Pediatr Infect Dis J*. 2008;27:553-554.

Farhat W, McLorie G. Urethral syndromes in children. *Pediatr Rev*. 2001; 22:17.

Hoberman A, Charron M, Hickey RW, et al. Imaging studies after a first febrile urinary tract infection in young children. *N Engl J Med*. 2003; 348:195.

Keren R. Imaging and treatment strategies for children after first urinary tract infection. *Curr Opin Pediatr*. 2007;19:705-710.

La Scola C, De Mutiis C, Hewitt IK, et al. Different guidelines for imaging after first UTI in febrile infants: yield, cost, and radiation. *Pediatrics*. 2013; 131:e665.

Shah G, Upadhyay J. Controversies in the diagnosis and management of urinary tract infections in children. *Pediatr Drugs*. 2005;7:339-346.

Shaikh N, et al. Prevalence of urinary tract infection in childhood: a meta-analysis. *Pediatr Infect Dis J*. 2008;27:302-308.

Subcommittee on Urinary Tract Infection, Steering Committee on Quality Improvement and Management, Roberts KB. Urinary tract infection: clinical practice guideline for the diagnosis and management of the initial UTI in febrile infants and children 2 to 24 months. *Pediatrics*. 2011;128:595.

yanıta neden olan T-hücre bağımlı bir cevap oluşturur, bu nedenle infantlarda etkilidir ve uzun süreli bağışıklık kazanılmasını sağlar. Aşı nazofaringeal *S.pneumoniae* bulaştırıcılık ve taşıyıcılık oranlarını azaltarak yaşlı bireyleri de içeren toplumsal bir immüniteye yol açar. PCV13 aşısının invaziv hastalığa karşı etkinliği, aşı serotipleri için %94 olarak tahmin edilmektedir. Klinik pnömoniye karşı etkinlik %11, radyografik infiltrasyon bulgusu ile klinik pnömoniye karşı etkinlik %33 ve radyografik olarak saptanan $\geq 2,5$ cm konsolidasyon ile beraber olan pnömoniye (en tipik *S. pneumoniae*) karşı etkinlik ise %73'tür.

► İstenmeyen Etkiler

PCV13 ile bildirilmiş herhangi ciddi bir yan etki yoktur: %10-14 enjeksiyon bölgesinde kızarıklık ve %15-23 hassasiyet gelişmektedir. Aşılamanın %15-24'ünde ateş $\leq 38^\circ\text{C}$ olmaktadır. PPSV23 olguların ≤ 60 'ında enjeksiyon bölgesinde kızarıklık, ağrı ve şişliğe neden olur.

► Öneriler

ACIP rutin infant aşılması için dört doz PCV13 önermektedir. Daha önce PCV13 ile aşılanmamış 2-5 yaş tüm çocuklar ve kronik böbrek yetmezliği ya da nefrotik sendromu, fonksiyonel ya da anatomik aspleni (örn; orak hücreli anemi veya splenektomisi olanlar) veya immünosupresif hastalıklar (örn; konjenital immünosupresif hastalıkları olanlar veya HIV) veya alkileyici ajanlar, antimetabolitler ile kemoterapi veya uzun süreli sistemik kortikosteroid alan 6-17 yaş tüm çocuklar bir doz PCV13 yapılmalıdır. Yukarıda listelenen hastalıkları olan ≥ 2 yaş çocuklara PCV13'e ek olarak bir doz PPSV23 yapılmalıdır (detaylar için ACIP önerilerine bakınız). İmmün bozukluğu olan ve asplenik çocuklarda 5 yıl sonra PPSV23 ile yeniden aşılama önerilmektedir. ACIP, immüniteyi baskılayan durum, fonksiyonel veya anatomik asplenia, beyin omurilik sıvı sızıntısı veya kohlear implantı olan ≥ 19 yaşındaki erişkinlerin bir PCV13 dozu almasını önermektedir.

HAEMOPHILUS INFLUENZA b (Hib) AŞISI

Tüm infantlara 3 doz {eğer PRP-OMP [poly (ribosylribitol phosphate) – dış membran proteini] verilirse} veya 4 doz (diğer tipler) Hib aşısı yapılmalıdır. Hib içeren combine aşılar toplam aşı sayısını azaltmayı sağlar. Yan etkiler lokalize kızarıklık, ağrı ve şişme ve düşük derecede ateş olmak üzere genellikle hafiftir.

POLİOVİRÜS AŞISI

Poliovirüs esas olarak fekal-oral yol ile (oral-oral yolla da mümkündür) duyarlı ev içindeki bireylere %73-96 oranında bulaşır. İnkübasyon süresi 3-35 gün arasındadır.

Poliovirüs infeksiyonu vakaların %90 kadarında subklinik olarak geçirilir; yaklaşık %5'inde tam iyileşme ile sonlanan nonspesifik viral hastalık şeklinde görülür, %1-2'sinde nonparalitik aseptik menenjit ve %2'den azında paralitik poliomyelit şeklinde kendini gösterir. Vaka/

ölüm oranı çocuklarda %2-5, erişinlerde %15-30 arasındadır.

► Aşılama İçin Gerekçeler

1994 yılında Amerika kıtasının kıtaya özgü poliovirüsünden temizlendiği duyurulmuştur ancak 2005 yılında ABD’de Amiş mezhebine bağlı birkaç çocukta poliovirüsünün izole edilmiş olması hastalığın takibinin önemini göstermektedir. Diğer ülkelerdeki salgınlar, vahşi poliovirüsün ülke içine taşınması ve çok bulaşıcı olan doğası nedeniyle ile poliovirus aşılama önerilmektedir.

► Öneriler

Tüm çocuklar için okul öncesi 4 doz tam-inaktif poliovirüs aşısı (IPV) (Oral poliovirus aşısı da olabilir) önerilmektedir. Üçüncü doz ≥ 4 yaşta uygulanmışsa dördüncü doz gerekli değildir.

İNFLUENZA AŞISI

İnfluenza mevsimi boyunca influenzaya bağlı pnömoni ve diğer komplikasyonlar nedeniyle hastaneye yatışlarda artış olmaktadır. Okul öncesi çocuklar, özellikle <1 yaş infantlar yüksek risk altındadır. İnfluenza komplikasyonları arasında bakteriyel pnömoni, primer viral pnömoni (nadir), var olan kronik solunum yolu hastalığının ya da kardiyak hastalığın kötüye gitmesi, sinüzit, otitis media ve eş zamanlı salisilat kullanılması ile ilişkili Reye sendromu yer almaktadır. Çocuklarda ensefalopati ve ölüm riski artmaktadır. İnsandan insana genellikle hava yoluyla geçen influenza son derece bulaşıcıdır. Öğrenciler gibi kalabalık yerlerde bulunanlar infeksiyon açısından yüksek risk altındadır. İnkübasyon süresi 2 gündür (1-5 gün). Yaşı daha küçük olan çocuklar semptomların başlangıcından 6 gün öncesine kadar virüsü yayıyor olabilirler, infeksiyon hücum hızı en yüksektir (yıllık %14-40, özellikle anaokullarında yüksek) ve sıklıkla diğer aile bireyleri de enfekte olurlar.

► Aşı Tipleri

Halen lisanslı olan 2 tip aşı vardır: intramüsküler uygulanan inaktif influenza aşısı (IIV) ve intranasal uygulanan canlı attenüe influenza aşısı (LAIV). LAIV sıcaklıkların nispeten düşük olduğu nazofarinkste bir miktar replike olabilen ancak sıcaklıkların daha yüksek olduğu alt solunum yollarında etkili olarak çoğalamayan soğuktan uyarlanmış virüsü içerir. Lisanslı aşılar hem trivalan hem de yeni kuadrivalan aşılardır, bunlar iki A tipi virus ve iki B tipi virüsü içerir, bu da her iki B suşu soyundan dolayı hastalığı azaltacaktır.

► Aşı Etkinliği

İnfluenza aşısının etkinliği, esas olarak aşı içerisinde bulunan virüs suşları ile influenza mevsimi sırasında sirküle olan vahşi virüs suşları arasındaki benzerlik oranı ve aşının yapıldığı kişinin immünitésinin yeterliliği ile ilişkili olarak değişmektedir. IIV 1-5 yaşları arasındaki çocuklarda orta düzeyde etkin iken (%44-57) daha bü-

Tablo 9-7. Çocukluk çağı nöbetlerinde görüntüleme önerileri.

Nöbet Tipi	Görüntüleme Çalışması
Neonatal	Kranial ultrasonografi tercih edilir
Parsiyel	MRI tercih edilir BT kabul
Jeneralize Nörolojik olarak normal Nörolojik olarak anormal	MRI veya BT düşük verimli MRI tercih edilir BT kabul edilebilir
İnatçı veya refrakter	MRI tercih edilir SPECTa kabul edilebilir PET kabul edilebilir
Febril	“Hiçbir” çalışma önerilmez
Post-travmatik (travma sonrası 1 hafta içindeki nöbetler)	BT tercih edilir MRI kabul edilebilir

^aSPECT, single photon emission computed tomography.

atakları, kalıtsal tremorlar ve öksürükle başlayan veya vazovagal senkopale konvülsiyonları içermektedir. Sedye yatırma testi ile ortaya çıkartılan senkoplu nöbetler, en iyi nöbeti değil senkopu önleyecek yöntemlerle tedavi edilir. Uzun Q-T aralığı (elektrokardiyogram), aort stenozu (ekokardiyogram) veya hipertrofik kardiyomyopati (ekokardiyogram) gibi kardiyak olaylar sadece senkopale ait aile öyküsü olanlarda veya uygun inceleme bulguları olanlarda değerlendirmeye alınmalıdır. Zor durumlarda nöroloji konsültasyonu, video-EEG, 24 saatlik EEG kaydı ve gözlem neredeyse her zaman doğru tanıyı sağlar.

► Tedavi

Epilepsi tedavisinin esasları dört temel öğeden oluşur: (1) eşlik edici faktörlerden kaçınmak, (2) günlük uyku ve egzersiz reçetelerini içeren yaşam tarzı modifikasyonları, (3) antiepileptik ilaçlar ve (4) lokalize nöbet odaklarının cerrahisi.

A. İlk Yardım ve İlk Bakım

Nöbet için akut destek hastayı yüzükoyun yatırmak, gözüklerini çıkarmak, giysilerini ve takılarını gevşetmek çevreyi zararlı maddelerden temizlemek ve hastanın ağzına herhangi bir şey koymamak veya herhangi kısıtlama yapmamaya çalışmaktır. Hasta diyabetikse, dilaltı glukoz (tablet ya da solüsyon) ya da sukroz yararlı olabilir. Nöbetten sonra uyanana kadar hasta yan yatırılmalı ve uyanana kadar gözlenmelidir. Nöbet 3 dakikadan uzun sürerse, hasta yardım gerektirirse veya yaralanırsa ya da ikinci bir nöbet olursa aileler tıbbi yardım çağırmalıdır. Tonik-klonik bir nöbet sonrası kuvvetli uyarı ile postiktal apne ve olası ani ölümler önlenir. Ani ölüm durumunu önlemek için epilepsili hastalar supin pozisyonunda

uyumaya teşvik edilmelidir. Hastaneye yatış sadece yüksek riskli hastalarda, yalnız ve gözetimsiz yaşayanlarda ve hastalığı sürenlerde gereklidir. Postiktal konfüzyon, uyku hali, baş ağrısı, kas ağrısı ve letarji sıktır. Nöbet sonrası neler olup bittiğiyle ilgili açıklama ve başka zorluklardan nasıl sakınacağıyla ilgili bilgi hastalar için değerlidir. Nöbet uyaran etkinliklerden, provakatif ilaçlardan veya davranışlardan sakınmak reaktif nöbetler için uygun tedavidir.

B. Farmakoterapi

Sık ve tehlikeli olacakmış gibi görünmeyen düzeltilebilir uyarılmış nöbetler veya uyarılmamış nöbetler AEİ gerektirmez. Çoğu uzman tek bir nöbet için AEİ kullanmaz. İlaç tedavisinin yan etkileri olarak nöbet şiddetinin ve sıklığının kötüleşmesi, organ hasarı ve hatta ölüm sayılabilir. AEİ'lar ne uzun dönemde prognozu pozitif olarak etkiler ne de her zaman nöbet kontrolü sağlarlar. Aslında AEİ alanların %20-30'unda hala ciddi nöbet etkinliği bulunmaktadır.

Tüm birinci basamak hekimleri temel AEİ kullanımını ve yan etki profilini bilmelidir. Karbamazepin, fenitoin ve valproik asite ek olarak, yaygın tonik-klonik ve parsiyel epilepsi için onaylanan üç diğer AEİ'lar dikkat çekmeye değerdir: (1) Lamotrijin, 2 yaşın üstündeki çocuklar için onaylanmıştır, (2) Levetiracetam 1 aydan büyükler ve 12 yaşın üstündekilerde miyotonik epilepsi için, ve (3) topiramet 2 yaşın üzerindeki onay almıştır. **Tablo 9-8** seçilmiş bazı AEİ'lar hakkında bilgi vermektedir. Bazı ilaçlar [asetazolamid, adrenokortikotropik kormon (ACTH), klobazam, ezogabin, felbamet, lakosamit, nitrazepam, okskarbazepin, perampel, piridoksin (vitamin B6), rufinamid, tiyagabin, vigabatrin ve zonisamit] genellikle uzman rehberliği gerektirirken, gabapentin, pregabalin, klonazepam, etosüksimit ve primidon çoğunlukla pratisyen hekimler tarafından bilinmektedir.

AEİ seçimi nöbet tipine göre yapılır, ne yazık ki ~%25'i yanlış bir şekilde tanımlanmıştır. Sıklıkla en az toksik AEİ'lar karbamazepin, lamotrijin, valproik asit veya levetirasetam başlanır. Tek başına verildiğinde nöbetlerin %80'ini kontrol altına alabilen valproik asit primer jeneralize nöbetlerde en etkilidir. Divalproeks özellikle gastrointestinal sistemde daha az yan etki oluşturur. Tonik-klonik veya parsiyel konvülsiyonları kontrol etmek için lamotrijin, karbamazepin veya levetirasetam da iyi seçeneklerdir. Etosüksimit, lamotrijin ve valproik asitin de alternatif olarak etkili olduğu absans nöbetleri için ideal bir seçenektir. Juvenil miyoklonik epilepsi valproik asite iyi yanıt verse de, bazen kontrol altına alınması zordur. Nöbetlerin kontrolünün yetersiz kaldığı durumlarda gabapentin ve pregabalin eklenebilir. AEİ bir hastada herhangi yeni bulgu veya belirti yapması halinde, AEİ yan etkileri ile ilgili standart referanslarda bir tarama başlatılmalıdır (**Table 9-9**). Bu yan etkiler bazen ciddidir ve sıklıkla birinci basamak doktorlarına yabancısıdır. Daha yeni olan ajanların birçoğu da pahalıdır. Jene-

Tablo 10-4. Ergenlerde fiziksel etkinlik için kılavuzlar. .

Kılavuzun Kaynağı	
Ergenler İçin Fiziksel Etkinlik Kılavuzları Konusunda Uluslararası Uzlaşma Konferansı / Amerikan Pediatri Akademisi'nin Açıklamaları (2012)	1. Haftada 3-5 gün fiziksel etkinlik 2. Etkinlik döneminin 20 dakikası yüklenmeye zorlanmalı 3. Fiziksel etkinlik önerirken aile,
ACSM/AHA Uzlaşma Raporu	1. Tüm Amerikalılar haftanın çoğu yapmaya yönlendirilmelidir. 2. Her gün toplamda 30 dakika hedeflenmelidir. 3. Sedanter bireylerin mütevazı d 4. Gün içine dağılmış bağımsız et
Ulusal Güç ve Sağlığı Geliştirme Derneği (2009)	1. Düzgün tasarlanmış ve denetle 2. Düzgün tasarlanmış ve denetle 3. Düzgün tasarlanmış ve denetle 4. Düzgün tasarlanmış ve denetle 5. Düzgün tasarlanmış ve denetle 6. Düzgün tasarlanmış ve denetle 7. Düzgün tasarlanmış ve denetle
Sağlıklı Toplum 2020 (2012)	1. Aerobik fiziksel etkinlik ve kas 2. Bütün öğrenciler için günlük fi 3. Günlük beden eğitimi derslerin 4. Ekran önü için önerilen sınırlar 5. Normal okul saatleri dışında da 6. Fiziksel etkinlikle ilişkili danışn 7. Yürüyerek yapılan yolculukların 8. Bisikletle yapılan yolculukların
Amerikanlar için Fiziksel Etkinlik Kılavuzları (2008)	1. Günlük toplam 60 dakika orta 2. Çocuklar ve ergenler haftanın 3 3. Bütün etkinlikler aşırı idman ri

► Uluslararası Ergenler için Fiziksel Etkinlik Kılavuzları Konsensüs Konferansı

1993 yılında toplanan uzmanlar panelinde, ergenlerin her gün olmasa bile haftanın çoğu gününde fiziksel olarak etkin olmaları önerilmektedir. Ergenler haftanın 3-5 günü yirmi dakika veya daha fazla, hafiften ağıra doğru değişen seviyelerde etkinliğe zorlanmalıdır. Etkinlikler oyun, spor etkinlikleri, iş, yeniden yaratım, beden eğitimi veya planlanmış egzersiz oturumları olabilir. Ayrıca

Önerileri

veya daha fazlasında hafiften ağıra doğru değişen düzeyde fiziksel sosyal ve toplumsal etmenlerin göz önüne alınması

bu günü, tercihen haftanın her günü kendilerine uygun fiziksel etkinlik orta dereceden ağıra doğru değişen düzeylerde fiziksel etkinlik yapmak düzeydeki fiziksel aktivitelerinde bile yarar vardır.

etkinliklerin toplam etkisi yeterli etkinlik düzeyine ulaşabilir.

- enen bir dayanıklılık idman programı gençler için güvenilirdir.
- enen dayanıklılık idman programı gençlerin kas gücünü geliştirebilir.
- enen dayanıklılık idman programı gençlerin kardiyovasküler risk profi-
- enen dayanıklılık idman programı gençlerin motor beceri performan-
- ormansının artmasına katkıda bulunabilir.
- enen dayanıklılık idman programı bir genç atletin spor yaralanmalarına
- enen dayanıklılık idman programı gençlerin psikososyal iyilik halini
- enen dayanıklılık idman programı çocuklukta ve ergenlikte egzersiz
- e yaygınlaştırmaya yardımcı olabilir.

güçlendirici etkinlik için güncel federal fiziksel etkinlik kılavuzlarını arttır.

Fiziksel eğitim isteyen devlet okullarının ve özel okulların oranını arttır.

ne katılan ergenlerin oranını arttır.

ı aşmayan çocuk ve ergenlerin oranını arttır.

a herkes için fiziksel etkinlik alanlarına ve imkanlarına erişimi olanaklı el okulların oranını arttır.

na ve eğitimi içeren hekim başvurularının oranını arttır.

n oranını arttır.

oranını arttır.

ile ağır aktivite süresi
3 günü kardiyovasküler etkinlikte bulunmalı ve haftanın 3 günü kas
irici etkinlikte bulunmalı.
iskini önlemek için yaşa ve gelişime uygun olmalı.

klavuz, ergenlere fiziksel etkinlik hakkında danışmanlık verirken aile, okul ve toplumsal etmenlerin de göz önüne alınması gereğinin önemine dikkat çekmektedir. Amerikan Pediatri Akademisi ergenlerin günlük eğitimleri sırasında toplamda 60 dakikayı bulacak fizik aktivite göstermeleri için desteklenmelerini önermektedir. Etkinlikler orta yoğunlukta eğlence ve sporlar şeklinde veya ev, toplum ve okul tabanlı etkinlikler şeklinde olmalıdır. Yapılandırılmamış ve eğlenceli etkinlikler en iyi uyum oranını göstermektedir.

İstemsiz gebeliklerin sosyal ve ekonomik maliyeti vardır. Gebelik öncesi bakım ve danışmanlık fırsatının kaçması, doğum öncesi bakımın hiç verilememesi ya da geç verilmesi, düşük doğum ağırlıklı bebek doğma riskinin artması ve yenidoğan mortalitesi riskinin artması tıbbi maliyetlerdir. Eğitim başarısının düşmesi ve istihdam fırsatlarının kaybı, yardım bağımlılığının artması, çocuk ihmal ve kötüye kullanım riskinin artması ise sosyal maliyeti oluşturur. Erişkin problemleriyle zamansız karşılaşmaya ek olarak, ergen ebeveynin üretken ve sağlıklı yaşamları yönetmesi, akademik ve ekonomik başarı elde etmesi de tehlikeye atılmış olur.

Her ne kadar isteyerek yapılan düşüklerin yarısından fazlası 20'li yaşlarındaki kadınlar olsa da, 2008'de ergen gebeliklerinin %26'sı düşük ile sonuçlanmıştır. Gebeliğini sonlandıran ergenlerin sonraki iki yıl içinde gebe kalma olasılığı daha düşük, liseyi bitirme olasılığı daha yüksektir. Ayrıca bunların kaygı düzeyi daha düşük, benlik saygısı daha yüksek ve iç kontrolleri daha güçlüdür. Ergen için çocuk sahibi olmanın ertelenmesi, yaşamın sosyal, psikolojik, akademik ve ekonomik getirilerinin yükseldiğini göstermektedir (bkz. Bölüm 16).

► Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar

Ergenler (10-19 yaş) ve genç erişkinler (20-24 yaş) gonore ve klamidyaya içeren cinsel yolla bulaşan en yüksek hastalık oranlarına sahiptir. Ek olarak, yeni HIV vakalarının %26'sı 13-24 yaş aralığında tanı almıştır, bunların her 5'inden 4'ü genç erkektir. Hastalık geçişi, artmış cinsel aktivite ve kondom kullanımı ile ilgili eğitim cinsel yolla bulaşan hastalıkları engellemeye yardımcı olacaktır.

► Cinsel İstismar

Her yıl 100.000'den fazla çocuk cinsel istismarla karşılaşmaktadır. Cinsel istismar, cinsel ve mental işlev bozukluklarının yanında, madde bağımlılığı gibi halk sağlığı sorunlarına da yol açmaktadır. Cinsel istismar kurbanları hem kimlik gelişimlerinde zorluklar yaşayabilmekte hem de diğer insanlarla sağlıklı ilişkiler kurma ve sürdürmede sorunları olabilmektedir. Ayrıca bu kurbanlar, cinsel yaşama erken başlayabilmekte, sıklıkla cinsel gerginliği hızla boşaltma fırsatı aramakta ve cinsel karar verme yetileri zayıf olmakta, seks yoluyla yakınlık kurmayı denemektedirler.

Tecavüzlerin nispeten küçük bir kısmı bildirilse de, büyük bir ulusal çalışma kadınların %22'si ve erkeklerin yaklaşık %2'sinin cinsel ilişkiye zorlandığını göstermiştir. Cinsel yönelime ailenin olumsuz tepkisi kadar, suç işleme ve evsizlik de fiziksel, duygusal ve cinsel kötüye kullanım öyküsü ile ilişkilidir. Evsizlerde para, gıda ya da madde karşılığı cinsel ilişki kurma görülmektedir. Ayrıca evsiz ergenler yineleyen cinsel saldırılar açısından da yüksek risk altındadır.

Facts on American Teens' Sexual and Reproductive Health (available at <http://www.guttmacher.org/pubs/FB-ATSRH.html>. Accessed April 19, 2013).

Hamilton BE, Ventura SJ. *Birth Rates for U.S. Teenagers Reach Historic Lows for All Ages and Ethnic Groups*. NCHS Data Brief 89. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2012.

US Department of Health and Human Services. *Adolescent Health in the United States*, 2007. US Government Bookstore, 2008. DHHS Publication PHS 2008-1034.

US Department of Health and Human Services: *Child Maltreatment 2007: Reports from the States to the National Child Abuse and Neglect Data System*. Washington, DC: Government Printing Office; 2009.

BİLGİ KAYNAKLARI

► Aile

Cinsellik konusundaki en önemli bilgi kaynağı olmasa da, aileler cinsel tutum üzerinde çok etkilidir. Dahası, ebeveyn ile ergenin ilişkisi, yaşlılarının ergenin cinsel etkinliği üzerine olan etkisinin gücü üzerinde de belirleyici olur. Ebeveyn gözetimi ve izlemi ile yakın ebeveyn-çocuk ilişkileri cinsel aktivitenin azalmasına neden olabilir. Bununla birlikte, aşırı ve zorlayıcı aile kontrolü ters etki edebilir. Cinsellikle ilgili kendi sorunlarını çözümlayememiş erişkinler için ergenlerin cinselliği çok tehdit edici olabilir. Yükselen stresle ebeveynin benlik saygısı düzeyindeki azalma, onları aşırı tepkisel ya da aşırı kontrollü ya da katı hale getirebilir. Kaygı düzeyinin yükselmesi, iletişimin engellenmesine yol açabilir.

► Aile Hekimi

Pek çok ebeveyn çocukları ile cinsellik hakkında konuşmak konusunda rahatsız olduğu için, aile hekimleri konuyla ilgili görüşmeleri başlatmada ve kolaylaştırmada öncü olmalıdır.

Ebeveyn için bir kılavuz (**Tablo 12-1**) hazırlamak cinselliği tartışmayı kolaylaştırabilir. Evde bilgi yok ise, aile hekimi tartışmaya uygun zemin hazırlayarak, cinsellik konusunu açarak, ergen ve ailesine yönlendirici rehberlik yaparak öncü bir yaklaşım içinde olmalıdır (**Tablo12-2**).

A. Ortam Yaratma

- Cinsellik hakkında tartışmalar için ergenlik öncesindeki ve ergenlere gizlilik sağlayın.
- Güvenilir bir ortam yaratmaya yardımcı olması için odada ebeveyn veya vasinin olmadığı bir ortamda görüşme yapın.
- Ebeveyne ergenler için gizlilik ve erişilebilirlik konusunda politikaları belirten bir bilgi mektubu sağlayın.

Birçok eyalette doğum kontrolü, ruh sağlığı, madde kullanımı ve gebelik gibi bazı özel konularda ebeveyn

Tablo 13-6. PMS için seçilmiş farmakolojik ve destek tedaviler.

İlaçlar	Etki Mekanizması	PMS'de Kullanım Endikasyonları	
Mefenamik asit	Prostaglandin sentezini inhibe eder. Prostaglandin bağlanma bölgeleri için yarışır	Ağrı giderilmesi	500 mg da ka on
GnRH agonistleri (nafrelin, leuprolide)	LH ve FSH'nın geçici olarak uyarılması daha sonra uzamış baskılanması	Şiddetli PMS; hastaların %50'sinde tüm bulguların giderilmesi	Nafrelin na Le de bi m
Danazol	LH ve FSH'yı baskılar	Ciddi PMS	Luteal yo
Alprazolam (sadece depresyon bulgularını tedavi ediyor gibi görünmesi ve yüksek bağımlılık potansiyeli nedeniyle ikinci seçenek)	Santral sinir sisteminde depresan etki	PMS'nin neden olduğu depresyon	Siklus fa yo
SSRI'lar: fluoksetin, sertralin, paroksetin, venlafaksin, citalopram	Serotonin geri alım inhibitörü	PMS'nin neden olduğu depresyon, kızgınlık ve anksiyete	İlaça g bo lu ba m
Diüretikler (metolazon, spiranolakton)	Sıvı tutulumunda azalma	Şişkinlik, ödem, memelerde hassasiyet (özellikle premenstruel >1,5 kg kilo)	Metol On 25 ar
Bromokriptin	Dopamin agonisti	Memelerde hassasiyet ve dolgunluk hissi	2.5 mg iki
Hormonal kontraseptifler	Östrojen ve progesteronun baskılanması	Genel bulgular	İçeri
B ₆ vitamini	Dopamin ve serotonin biyosentezinde koenzim prekürsörüdür	Depresyon ve genel bulgular	Günde m
γ-Linoleik asit	Prostaglandin yapım ve metabolizmasını inhibe eden prostaglandin E1 prekürsörü	Memelerde hassasiyet, şişkinlik, kilo artışı, ödem	Mens lu gü
Kalsiyum	Kalsiyum homeostazisini dengeleme	Depresyon, anksiyete ve disforik durumlar	Bölün 16

KDT, kanıta dayalı tedavi; RKKÇ, randomize kontrollü klinik çalışmalar.

Doz	Primer Yan Etkileri/ Komplikasyonlar	Kullanımını Destekleyen Kanıt
mg yükleme dozu aha sonra ≤7 güne dar günde dört kez al yolla 250 gr	Diyare, bulantı, kusma, uyku hali; uzun süreli kulla- nımı ile renal kan akımının azalması ve renal papillar nekroz	RKKÇ
lin; 200 mg intra- azal, günde iki kez upolide: 3,75 mg epot im, 4 haftada r veya hergün 0,5 g subkutan	Vajinal kuruluk, artmış kemik kaybı (korunmak için destek tedavi veri- lebilir), al basması	Kontrollü klinik çalışma
l fazda her gün oral olla 200 mg	Akne, kilo alma, hirsutizm, virili- zasyon	RKKÇ'lar
un geç luteal zında 0,25 mg, oral olla, üç kez	Uyku hali, iştah artışı; yoksunluk (hasta yoksunluk bulguları gösterirse ilaca devam etmeyin)	RKKÇ
göre değişir: Bir ay oyunca ya da sadece teal fazda (14. günde aşlanır, adet başla- masıyla kesilir)	Sinirlilik, uyku- suzluk, uyku hali, bulantı, anoreksia	KDT derleme
lazon: 2,4 mg/gün al Spiranolakton: 5 mg oral, günde tişi olan	Elektrolit denge- sizliği	KDT derleme
g oral yolla, günde i veya üç kez	Postural hipotansi- yon, bulantı	Kullanımı RKKÇ'larla des- teklenmemiştir
ğine göre değişir	İçeriğine göre değişir	PMS'un tedavisi için RKKÇ'lar ile destek- lenmemiştir
e bir veya iki kez 50 g oral yolla	Ataksi, duyuşal nöropati	KDT derleme
truel siklusun geç teal fazında 3gr/ in	Başağrısı, bulantı	Etkinlik destek- lenmemiştir
nmüş dozlarla 800- 500 mg/gün	Şişkinlik hissi, bulantı	RKKÇ

Tablo 14-3. Yetişkin ve ergenler için CYBH tedavi kılavuzları

Hastalık	Önerilen Tedavi
HPV dış genital/perianal siğiller (hastanın uygulayacağı ya da hekimin vereceği tedaviler arasında karar verin) (Not: Podofiloks, imiquimod, sinecatechins ve podofilin hepsi gebelikte kontrendikedir.)	Hastanın uygulayacağı Podofiloks %5 sol veya jel ya da İmiquimod %5 krem ya da Sinecatechins %15 ointment Doktorun uygulayacağı Kriyoterapi (sıvı nitrojen ya da ya da Benzoin eriyiğinde %10-25 reçinesi ya da TKA veya BKA %80-90 ya da Cerrahi olarak çıkarma
HPV servikal siğiller	Biopsi ve konsültasyon
HPV vajinal siğiller	Sıvı nitrojen ile kriyoterapi (k ya da TKA veya BKA %80-90
HPV üretra ağzı siğilleri (Not: Podofilin gebelikte kontrendikedir.)	Sıvı nitrojen ile kriyoterapi ya da benzoin eriyiğinde %10-25
HPV anal siğiller	Sıvı nitrojen ile Kriyoterapi ya da TKA veya BKA %80-90 ya da cerrahi olarak çıkarma
HSV ilk epizod (Not: Gebelikte asiklovir tercih edilir.)	Asiklovir ya da Asiklovir ya da Valasiklovir
HSV tekrarlayan epizotlar için epizodik tedavi (Not: Gebelikte asiklovir tercih edilir.)	Asiklovir ya da Famsiklovir ya da Valasiklovir

(Devam ediyor)

Tablo 15-14. ≥18 olan erişkinlerde aşılama: genel öneriler

Yaş (yıl)	Tdap/Td Her 10 yılda bir	HPV 0,2,6 ay	Varicella 0, ≥4 hf, canlı	Zoster 1 doz, canlı ^a	MMR 1-2 doz canlı ^c	Influenza 1 doz/yıl Nazal= canlı ^a	Pnömonok 1 doz	Hep A 0, 6,12 ay	Hep B 0,1, 6 ay	Meningokok 1-2 doz (5 yıl ara)
18-39 ↓	Tdap x 1, sonra Td	Yaş ≥26	Bağışıklığı olmayan hasta		Bağışıklığı olmayan hasta	Nazal veya IM				
Ver	✓	✓	✓		✓	✓				
40-49 ↓	Tdap x 1, sonra Td		Bağışıklığı olmayan hasta		Bağışıklığı olmayan hasta	Nazal veya IM				
Ver	✓		✓		✓	✓				
50-59 ↓	Tdap x 1, sonra Td		Bağışıklığı olmayan hasta		Bağışıklığı olmayan hasta	Nazal veya IM				
Ver	✓		✓	✓	✓	✓				

	<65 Tdap x 1, sonra Td her on yılda bir, ≥65 ise sadece Td	Bağışıklığı olmayan hasta		1957'den önce doğan ve bağışıklığı olmayan	≥65, öncelikli sadece IM	≥65: eğer ≥65 doz alıyorsa ve 5 yıl geç-tiyse, 2.dozu ver		
Ver	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
>75 ↓	Td	+	Bağışıklığı olmayan hasta		IM			
Ver	✓	✓	✓		✓			

^aAyrı canlı aşıları 28 gün arayla veya aynı günde ver.
HAV, Hepatit A virüsü; HBV, Hepatit B virüsü; HPV, Human Papilloma Virus; IM, intramuskuler; Td, Tetanoz+difteri; Tdap: Tetanoz+difteri+boğmaca

benzer bir etki yaratır ve bunun yanısıra servikal mukusu kalınlaştırır ve ovulasyonu baskılar. RİA'lar düşüğe yol açmazlar, döllenmeyi engellerler. RİA'lar mevcut en etkili geri dönüşümlü kontrasepsiyon yöntemlerinden biridir. RİA'ı düzgün kullanan kadınlarda (dışarı atılmasına karşı iplerini düzenli kontrol eden) birinci yılın sonunda gebelik olasılığı bakırlı RİA için %0,6 ve levonorgestrelli RİA için %0,1'dir. Levonorgestrelli RİA'nın progestasyone etkinliği menstrüel kanamayı azaltır ve aşırı uterin kanamayı tedavi etmek için kullanılır. RİA, kadının gebe olmaması koşuluyla ayın herhangi bir gününde uygulanabilir.

RİA'nın başlıca yararları yüksek etkinlik düzeyi, ilişkilerde sistemik metabolik etkilerin olmaması, uzun etkili ve geri dönüşümlü kontrasepsiyon sağlanmasıdır. RİA bırakmanın en sık görülen nedeni kanamadır. Kanama NSAİİ kullanımı ile azaltılabilir. Ancak, devamlı ve şiddetli ise hasta infeksiyon ya da perforasyon açısından değerlendirilmelidir. Hastalar kanama miktarının ve kramplarının genelde zamanla azaldığı konusunda rahatlatılabilirler.

RİA'nın atılması ilk bir yıl içinde kadınların %2-10'unda görülür ve çoğu ilk 3 ayda gerçekleşir. Nulliparite, anormal aşırı miktarda menstrüel kanama ve şiddetli dismenore atılma için risk faktörleridir. Ayrıca RİA menstrüasyon sırasında uygulandığında atılım oranı daha yüksek olabilir. Gebelik atılımının ilk belirtisi olabilir. Bu nedenle hastalara her menstrüel siklus sonrası RİA'nın ipleri kontrol etmesi öğretilmelidir. Eğer RİA yerinde iken bir gebelik oluşursa RİA olabildiğince çıkarılmalıdır. RİA varlığında gebeliklerin %50-60'ı spontan düşükle sonuçlanır. RİA çıkarıldığında bu risk %20'ye düşer. RİA'lı kadınlarda septik abortus 26 kat fazladır. Bakırlı RİA ektopik gebeliğe karşı koruma sağlar. Ancak, progesteronlu RİA ektopik gebelik riskini yaklaşık iki kat artırır.

RİA'larla ilgili yaygın bir efsane onların pelvik inflamatuvar hastalık (PİD) riskini arttırdığıdır. Halbuki PİD riskinin bir RİA uygulamasından sonra ilk 20 gün içinde en yüksek olduğu ve sonra temel orana döndüğü bilinmektedir. Bu risk, yerleştirmeden önce cinsel yolla bulaşan infeksiyonlara karşı tarama ve tedavi yapılırsa ortadan kalkar. Bu nedenle RİA'nın kendisi değil, uygulama ile birlikte olan bakteriyel kontaminasyonla muhtemelen infeksiyona neden olur. Aktif servisi olan kadınlarda RİA uygulaması ertelenmelidir. Bununla birlikte RİA yerleştirildikten sonra pozitif *Klamidya* kültürü olan kadınlarda, infeksiyon hemen tedavi edilirse, RİA'nın tutulması durumunda bile PİD gelişmesi olası değildir. RİA uygulamasından önce rutin antibiyotik profilaksisi önerilmez.

RİA kullananlarda diğer kadınlara göre servikal sitolojide actinomyces rastlantısal bulgusu daha sıktır. Eğer actinomyces Pap smearde saptanır ve hastada PİD belirtileri ve bulguları varsa, RİA derhal çıkarılmalı ve hasta doksisiklin ile tedavi edilir. Hasta asemptomatikse antibiyotik tedavisi önerilmez ve Pap smear 1 yıl içinde yinelenir.

Aşağıdaki durumlarda RİA kullanımı kontrendikedir: gebelik; şu anda ya da yakın geçmişte servisit, PİD ya da endometriozis; uterin ya da servikal malignite; tanı konmamış vajinal ya da uterin kanama veya zaten bir RİA varsa. Kontrendikasyon olarak düşünülen ama dahil edilmeyen diğer durumlar arasında diyabetes mellitus, kalp kapak hastalığı, ektopik gebelik öyküsü (levonorgestrelli RİA hariç), nulliparite, tedavi olmuş servikal displazi, adet düzensizliği, emzirme, kortikosteroid kullanımı, yaş <25 ve çok sayıda cinsel partner yer alır. Çok sayıda cinsel partneri olan kadınların cinsel yolla bulaşan hastalık riskini azaltmak için kondom kullanmaları önerilmelidir.

Winner B, et al. Effectiveness of long-acting reversible contraception. *N Engl J Med.* 2012;366(21):1998-2007. [PMID: 22621627]

BARIYER KONTRASEPSİYON

İlk cinsel ilişki sırasında bir kontrasepsiyon yöntemi kullanan kadınların oranı 1970'lerde %43 iken 2006-2010 yılları arasında %78'e yükseldi. Bu artış daha çok ilk cinsel ilişki sırasında erkek kondomu kullanımındaki artışa bağlı olup, 1970'lerde %22 iken 2006-2010 yılları arasında %68'e ulaşmıştır (NSFG 2006-2010). Kondomlar ucuzdur, kullanımları kolaydır ve reçetesiz satın alınabilir. Piyasada satın alınabilen kondomların çoğu lateksden veya poliüretandan yapılmaktadır. Poliüretan ve lateks kondomların gebelikten koruma oranları benzese de yırtılma ve kayma oranları poliüretan kondomlar için daha yüksektir. Doğal zarlardan yapılmış (koyun bağırsağı) kondomlar da mevcuttur; ancak CYBH'lardan aynı derecede koruma sağlamazlar. Çiftler kondomları sürekli ve doğru kullanabilme becerileri bakımından büyük farklılıklar gösterdiği için başarısızlık oranı da değişir. Birinci yılın sonunda istenmeyen gebelik yaşayan kadınların oranı, kusursuz kullanım ile %3 tipik kullanım ile %14 arasında değişmektedir. Kontrasepsiyon ve CYBH'lardan korunma için kondoma güvenen kadınlara yağlı kayganlaştırıcı maddelerin lateks kondom bütünlüğünü azalttığını ve yırtılmayı kolaylaştırabileceğini hatırlatmak gerekir. Vajinal ilaçlar (örn. mantar infeksiyonları için olanlar) yağ-bazlı bileşenler içerdiği için aynı derecede lateks kondomlara zarar verebilir.

Kullanımı kolay ve etkili koruma sağlayan çok çeşitli vajinal bariyer kontraseptifler vardır. Tüm bariyer yöntemlerin etkinliği sürekli ve doğru kullanımlarına bağlıdır. Tipik kullanımın birinci yılında istenmeyen gebelik yaşayan kadınların oranları %15-32 arasındadır.

Kadın kondomu her iki ucunda da iki adet esnek halkalı olan yumuşak, gevşek bağlantılı bir lateks kılıftır. Bir halka vajina içine yerleştirilir ve serviksin yanında bulunur. Diğer halka vajinanın dışında perinede durur. Sperm kondom içinde kalır. Kılıfın iç yüzeyi silikon bazlı bir kayganlaştırıcı ile kaplıdır. Reçetesiz alınabilir ve bir

Tablo 20-6. KAH'a yatkınlık bakımından genetik ve çevresel etkiler.

Gen-Çevre Etkileşimi	Olumlu Genler	Olumsuz Genler
Olumlu çevre	Düşük risk	Orta dereceli risk
Olumsuz çevre	Orta dereceli risk	Yüksek risk

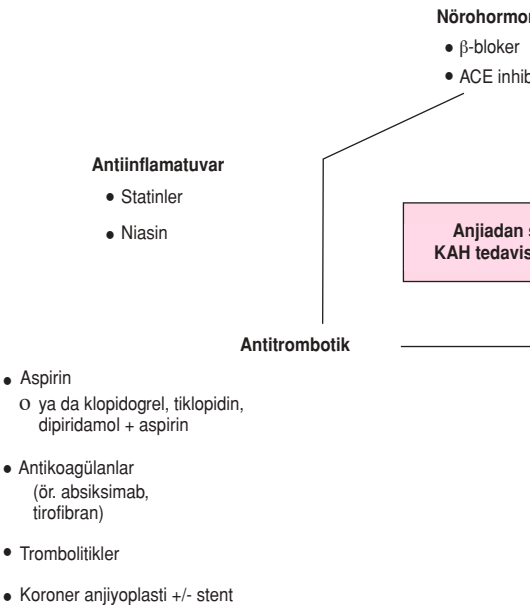
Kaynak: Scheuner MT. Genetic predisposition to coronary artery disease. *Curr Opin Cardiol.* 2001;16:251-260.

hedefler. Bu etkiler arasında depresyon, anksiyete, ailevi problemler, işle ilişkili sorunlar yer alabilir. Depresyon, KAH olan hastalarda mortalite artışı ile ilişkili bulunmuştur. Psikososyal müdahaleler tek başına toplam veya kardiyak mortaliteyi etkilememektedir, fakat yaşam kalitesini etkileyebilecek depresyon ve anksiyeteyi azaltır.

► AKS Belirti ve Semptomlarının Ayırıcı Tanısı

Şu şekilde listelenebilir:

- Anemi
- Aort anevrizması
- Aort diseksiyonu
- Kardiyak tamponad
- Kardiyak kapak rüptürü
- Kardiyomiyopati



▲ Şekil 20-4. KAH'da üçüncül korunma. (ACE, anjiotensin dönüştürücü enzim; GP, glikoprotein).

- Kolesistit
- Kostokondrit
- Koroner arter anomalisi veya anevrizması
- Şunlara bağlı diyafragmatik iritasyon/inflamasyon:
 - Hepatit
 - İnfeksiyon
 - Yakındaki kansere bağlı kitle etkisi
 - Pankreatit
 - Pulmoner ödem/efüzyon
- Madde kullanımı (örn. kokain)
- Duodenal ülser
- Özofagus spazmı
- Özafajit
- Gastrit
- Generalize anksiyete bozukluğu (GAD)
- Gastroözefajial reflü hastalığı (GÖRH)
- Hiatus hernisi
- Yüksek irtifada kalmak
- Hipertiroidi
- Panik atak
- Peptik ülser hastalığı
- Perikard efüzyonu
- Plörezi/plörit
- Pnömotoraks
- Prinzmetal angina (koroner vazospazm): kadınlarda daha sık
- Pulmoner emboli

nal

bitörü

sonraki
si, post-MI

Metabolik

- Lipid düşürücü
- Folat
- Omega-3-Fatty asitler

Kan Basıncının Düşürülmesi

- Diüretikler (nonloop tip)
- β -Blokler
- ACE İnhibitörü
- ARB'ler
- KKB'ler (dihidropiridin'e yardımcı olarak)

önüştürücü enzim; ARB, anjiotensin reseptör blokeri; KKB,

Tablo 21-2. Kalp yetmezliğinin gelişimi ve önerilen kanıtlar

	Kalp Yetmezliği İçin Riskli	
	Uygulanmaz	Class I: asemptomatik
NYHA sınıflandırması		
ACC/AHA evreleri	Evre A: yüksek risk	Evre B: asemptomatik, yapısal kardiyak anormallikler (MI remodeling, azalmış EF, kalp kapak hastalığı)
Tedaviler; faydalı, etkili ve önerilenler	Hedef: Hastalık yönetimi; • Hipertansiyon^a • Lipid bozuklukları^a • Diyabet^c • Tiroid hastalıkları^c • Aterosklerotik damar hastalıklarının sekonder korunması^c • Davranış tedavisi^c • Sigara bırakma • Düzenli egzersiz - Alkol ve madde kullanımından kaçınma	Hedef: A basamağı önlemleri: İlaçlar (uygun hastalarda) • ACEI^a veya ARB^b, • β-Blokörler (MI^a öyküsü, MI^c olması)
Tedaviler: oldukça yararlı, muhtemelen önerilen	İlaçlar (Uygun hastalarda): ACEI ^a veya ARB ^c (Damar hastalığı olan veya diyabetik hastalarda)	–

^aA düzeyi kanıt (çoklu randomize çalışmalar, meta-analiz kanıtları)

^bB düzeyi kanıt (tekli randomize veya randomize olmayan çalışmalar)

^cC düzeyi kanıt (uzman görüşü, vaka çalışmaları, bakım standartları)

ACC/AHA, American College of Cardiology/American Heart Association

angiotensin reseptör blokörü; NYHA, New York Heart Association

Kaynak; Hunt SA et al: 2009 focused update incorporated into the

ACC/AHA Guidelines for the Management of Heart Failure: A Report of the

American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on

Practice Guidelines (Writing Committee to Update the 2005 Guidelines for the

Management of Heart Failure) and the International Society for Heart and Lung Transplantation.

le kalp yetmezliği tanısını dışlanmasına yardımcı olur.

Kalp yetmezliğinin tanısında kullanılan diğer bulgular arasında ortopne, paroksizmal nokturnal dispne (PND)

ve periferik ödem yer alır. PND kalp yetmezliği için %84

ile özgünlüğü en yüksek bulgudur. Hiçbir klinik bulgu-

nun tek başına duyarlı ve özgün olmadığını hatırlamak

önemlidir. Nüfusun önemli bir bölümü asemptomatik

sol ventriküler disfonksiyona sahiptir ve tek başına öykü

bu safhadaki kalp yetmezliğinin tanısında yetersizdir.

Ancak detaylı bir öykü alınması ve bulguların gözden

ta dayalı tedaviler.

Kalp Yetmezliğinin Gelişimi		
Kalp Yetmezliği		
Class II: aşırı efor sırasında semptom varlığı	Class III: hafif efor sırasında semptom varlığı	Class IV: istirahat sırasında semptom varlığı
Evre C: kardiyak yapısal anomaliler (azalmış EF) ve semptomatik veya kalp yetmezliği öyküsü		Evre D: refrakter son dönem kalp yetmezliği
Hedef: Evre A ve B önlemleri, Diyetssel sodyum kısıtlaması c <i>İlaçlar ve cihazlar:</i> Rutin kullanım: • Diüretiklerc (sıvı retansiyonu) • ACEIa veya ARB^a • β-Bloklerla Seçilmiş hastalarda: • ARB^a • Aldosteron antagonistleri^a • Hidralazin veya nitratlara • İmplante edilebilir kardioverter defibrilatör^a		<i>Hedef:</i> A, B ve C Basamağı önlemleri: Dikkatli sıvı tutulumu kontrolü^b Uygun seviyede bakım ve kalp yetmezliği programına sevk karara <i>Seçenekler:</i> Uygun son dönem bakımı veya bakımevic Olağandışı tedaviler: kalp nakli^c
<i>İlaçlar/cihazlar (seçilmiş hastalarda):</i> • Dijitaller^b • Kardiyak resenkronizasyon tedavisi^b		<i>Seçenekler (olağandışı önlemler):</i> Kalıcı mekanik destekb

tları).

ışmaların kanıtları).

artları).

Association; ACEI, angiotensin-konverting enzim inhibitörü; ARB, ion.

o ACC/AHA 2005 guidelines for a report of the American College Force on Practice Guidelines. Developed in collaboration with *Circulation*. 2009;119:e391-e479.

geçirilmesi halen kalp yetmezliğinin nedeninin belirlenmesi ve tedaviye yanıtın takibi için en uygun yaklaşımdır.

B. Fizik İnceleme

Klinik muayene, azalmış kardiyak output, volüm yüklenmesi ve ventriküler genişleme derecesini belirlemek için önemli bilgiler sağlarken dispnenin kalp dışı nedenleri hakkında da ipuçları verir. Muayene sırasında üçüncü kalp sesinin varlığı (S₃; ventriküler dolma gallosu), art-

rumludur. Bu nedenle diyet veya ilaçla lipid düşürmek, antiinflamatuvar ve plak stabilize edici tedavi olarak düşünülebilir.

► Klinik Bulgular

A. Belirtiler ve Bulgular

Dislipidemi hastalarının çoğunda hastalığın herhangi bir bulgu veya belirtili bulunmamaktadır, genellikle asemptomatik bir bireyde rutin laboratuvar taraması ile saptanır. Nadiren ailesel tip hiperlipidemi hastalarında ciltte ya da tendon cisimlerinde, özellikle patellar tendon, Aşil tendonu ve elin ektansör tendonlarında sarı renkli ksantomalarla birlikte görülebilir.

Sekonder hiperlipidemiye neden olabilecek birkaç ilişkili durumlar vardır (**Tablo 22-1**). Bu durumlar, lipid düşürücü tedavi öncesi ya da tedaviye yanıt öngörülenden az olduğunda düşünülmelidir. Özellikle kötü kontrollü diyabet ve tedavi edilmemiş hipotiroidizm farmakolojik tedaviye dirençli serum lipid yükselmesine neden olabilir.

B. Tarama

US Preventive Services Task Force (USPSTF) önerilerini hastanın yaşını esas alarak yapmaktadır. ≥ 35 yaş erkekler ve ≥ 45 yaş kadınlarda lipid bozukluğu için rutin taramayı kuvvetle önermektedir (A düzeyinde).

USPSTF daha genç yetişkinlerin (20-35 yaş erkek ve 20-45 yaş kadın) koroner arter hastalığı için başka risk faktörleri varsa taramalarını önermektedir (B düzeyinde). Bilinen risk faktörlerinin olmadığı daha genç eriş-

Tablo 22-1. Lipid anormalliğine neden olan sekonder sebepler.

- | |
|---|
| I. Hiperkolesterolem |
| Hipotiroidizm |
| Nefrotik sendrom |
| Obstrüktif karaciğer hastalığı |
| Akut intermitant porfiri |
| Diyabetes mellitus |
| Kronik böbrek yetmezliği |
| Cushing hastalığı |
| İlaçlar (oral kontraseptifler, diüretikler) |
| II. Hipertrigliseridem |
| Diyabetes mellitus |
| Alkol kullanımı |
| Obezite |
| Kronik böbrek yetmezliği |
| İlaçlar (östrojen, isotretinoin) |
| III. Hipokolesterolem |
| Kanser |
| Hipertiroidizm |
| Siroz |

kinlerde tarama yapma ya da yapmama yönünde herhangi bir önerileri yoktur.

Bu durumun aksine, NCEP rehberleri ise ≥ 20 yaş erişkinlerin her 5 yılda açlık lipid profili ile taranmasını önermektedir.

Çocuk ve ergenlerin taranması tartışmalıdır. Ulusal Kalp Akciğer ve Kan Enstitüsü (National Heart Lung and Blood Institute-NHLBI) tarafından 2011 yılında çıkarılan yeni entegre rehberler 9-11 yaş arası çocuklarda genel taramayı B düzeyinde önermektedir. Uzman görüşü sadece ailesinde hiperkolesterolemi ve prematür ASKH öyküsü olan 2-8 yaş arası çocukların taranmalarını önermektedir.

Tedavi

Mevcut NCEP/ATP tedavi kılavuzları olabildiğince kanıt temellidir. www.nhlbi.nih.gov adresinde bulunabilirler.

2001/2004 NCEP/ATP III rehberleri dokuz basamaklı bir süreç izlemektedir (**Tablo 22-2**).

1. basamak açlık lipoprotein düzeylerinin elde edilmesinden sonra başlar. Profil LDL, HDL ve total kolesterol değerleri temel alınarak sınıflandırılır:

Tablo 22-2. NCEP/ATP III rehberlerinin dokuz basamağının özeti.

Basamak 1	9-12 saat açlığı takiben lipoprotein seviyelerini saptama
Basamak 2	Koroner kalp hastalığı ya da eş değer durumların varlığını belirle (koroner arter hastalığı, periferik arter hastalığı, abdominal aort anevrizması, diyabetes mellitus)
Basamak 3	LDL dışındaki major risk etmenlerinin saptanması (sigara, hipertansiyon, HDL <40 mg/dL, ailede erken koroner hastalık öyküsü, erkek > 45 yaş ve kadın > 55 yaş)
Basamak 4	Risk düzeyinin saptanması; 2+ risk faktörü var ve koroner kalp hastalığı (veya eşdeğeri) yoksa Framingham risk tablolarını kullan
Basamak 5	Risk sınıfını, LDL hedefini ve ilaç tedavisi için eşiği belirle
Basamak 6	Eğer LDL hedeften yüksek ise, tedavi edici yaşam tarzı değişikliklerini (TYTD) başlat
Basamak 7	LDL hedefin üzerinde kalmaya devam ediyor ise ilaç tedavisini başlat
Basamak 8	Metabolik sendrom varlığını araştır ve düzelt; tedavinin trigliserid ve HDL hedeflerini belirle
Basamak 9	Yüksek trigliserid ve düşük HDL'yi hedefe ulaşıncaya kadar TYTD ve ilaç ile tedavi et

TLC therapeutic lifestyle changes.

► Patogenez

RA'in etiyolojisinin bilinmemesine karşın, patolojisi son 20 yılda dikkate değer düzeyde aydınlatılmıştır. Tüm inflamasyon süreçleriyle ilgili önemli bilgiler, RA çalışmalarıyla gelmektedir. Hastalık sürecinde ilk olarak eklemlerin sinoviyumu T hücreler tarafından hedeflenmektedir (bu RA'in otoimmün olarak adlandırılmasına yol açan özelliğidir). İnterlökinlerin, lenfokinlerin, sitokinlerin, doku nekroz faktör ve diğer mediyatörlerin salınımı inflamatuvar hücreleri sinoviyuma çekmektedir. Yoğun inflamasyonun ortaya çıkması hasta tarafından ağrı, sıcaklık artışı, şişliği ve fonksiyon kaybı olarak deneyimlenir. Reaktif hücreler, hasarlı dokuyu onarmak amacıyla inflame sinoviyuma göç ederler. Tedavisiz, bu aşırı reaksiyon Pannus olarak adlandırılan, eklem aralığını yutan ve kendisi destrüksiyona yol açan, aşırı doku büyümesi şeklinde patolojik doku geliştirir. Kıkırdak patolojik süreçte çöküntüye uğrar; bozulma, kötüleşme ve sonunda yıkımla sonuçlanır. Periartiküler kemik inflamasyona radyografilerde erozyon olarak görünen rezorpsiyon ile yanıt verir. Tüm bu değişiklikler açıkça uyum bozukluğudur ve deformite ve sakatlıktan sorumludur.

► Korunma

Hastaya artriti önleyici tedbirler konusunda önerilerde bulunmak zordur. RA'in birçok etiyolojisi vardır ve hastalar için tutarlı koruyucu adım bulunmamaktadır.

► Klinik Bulgular

A. Semptom ve Belirtiler

RA, eklemlerde ilerleyici sertlik ve inflamasyona yol açtığı gibi yorgunluk, döküntü, nodüllere ve hatta klinik depresyona neden olan sistemik bir hastalıktır. Hepsisi olmasa da, başlangıç semptomlarının çoğu eklemlerde dir. İnflamasyon vardır, yani şişlik, ısı artışı ve fonksiyon kaybının varlığı tanı için zorunludur. Büyük eklemlerin herhangi bir anda tutulabilmesine karşın, el ve ayak eklemleri tipik olarak öncelikle etkilenir (**Şekil 24-4**). Hastalık, bilateral ellerde ya da ayaklarda, veya her ikisinde var olan semptomlarla, klasik olarak simetriktir. Bu ayna görüntüsü hemen hemen RA için özgündür; erken evrelerinde RA ile sıkça karışan sistemik lupus eritematöz bu kadar tutarlı şekilde simetrik değildir.

Sabahları parmaklar ve el bilekleri sertleşmiş ve ağrılıdır, fonksiyonel olması için ısıtma, ovalama ve hareket gerektirir (sabah sertliği). Uzun süren hareketsizlikten sonraki sertlik (katılaşma) birçok eklem hastalığında



▲ **Şekil 24-4.** Romatoid artritte ikinci ve üçüncü parmakların proksimalinterfalangeal eklemlerinde şişlik. Simetrik olarak şişlik diğer eldede beklenebilir.

seyrek değildir, ancak RA'in sabah sertliği o kadar uzamış ve karakteristiktir ki, bu semptomu dair sorgulama tanının temel ilkelerinden biridir.

Hasta uykusuzluktan bağımsız olarak yorgun olduğunu bildirmektedir. Tam olarak dinlendirici olmasa da, gündüz şekerlemeleri neredeyse kaçınılmazdır. Anoreksi, kilo kaybı ve hatta düşük seviyede ateş olabilir. Kasket sistemi yakınmaları ile birlikte bu somatik kaygılar, fibromyalji ya da hatta depresyon gibi yanlış tanılarına neden olabilmektedir.

RA neticede vücuttaki hemen hemen her eklemi tutabilir. Spesifik eklemlerdeki RA'in seçilmiş önemli bulguları **Tablo 24-5**'de listelenmiştir. Herhangi bir bulgunun nedeni belirli bir eklem ve eklemi çevreleyen yapı için özgün olabilir. Ortak özellikler, tendon ve bağların inflamasyon nedeniyle gerilmesi sonucu eklem laksitesi gelişmesi, hareketin bilinç dışı kısıtlanması sonucu eklem donmaları oluşması ve kıkırdak yıkımı ve periartriküler kemik erazyonu ile giden inflamatuvar sinoviti içermektedir. Yıkımın objektif bir işareti olan çok tiz ve cıvırtı tarzındaki krepitan sesi içermektedir.

Chou R, et al. Diagnosis and treatment of low back pain: a jointpractice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society [published correction appears in *Ann Intern Med.* 2008;148(3):247–248]. *Ann Intern Med.* 2007;147:478–491.

Fourney DR, Andersson G, Arnold PM, et al. Chronic low back pain. *Spine.* 2011;36:S1–S9.

Goertz M, Thorson D, Bonsell J, et al. Institute for Clinical Systems Improvement, *Adult Acute and Subacute Low Back Pain*; updated Nov. 2012 (available at https://www.icsi.org/_asset/bjvqrj/LBP.pdf).

► Ayırıcı Tanı

Olası potansiyel kırmızı bayraklar elendikten sonra bile bel ağrısının ayırıcı tanısı çok çeşitli olarak karşımıza çıkabilir. Tablo 25-5’te basit BA ile kendini gösterebilecek durumlar listelenmiştir.

► Tedavi

Eğer hastada, kırmızı bayraklar yoksa ve öyküsü ile yapılan fizik muayenede altta yatan başka bir sebep düşündürmüyorsa, mekanik bel ağrısı tanısı konulabilir ve tedavi başlatılabilir. Semptom kontrol metodları spontan iyileşme beklenirken, hastayı olabildiğince rahatlatmak ve aktif tutmak üzerinde odaklanmalıdır. Birinci basamakta kullanılan en yaygın tedavi yöntemleri ile ilgili kanıtlar aşağıda sıralanmıştır. Hastaya bağlı olarak bu tedavi; aktivite değiştirilmesini, yatak istirahatini (kısa süreli), konservatif ilaçları, progresif eklem hareket açıklığı ve egzersizi, manipülatif tedaviyi ve hasta eğitimi içerebilir. Anamnez ve fizik muayene daha ciddi bir tanıyı düşündürmüyorsa, ilave tanı testi istenmeden önce bu tedavi düzeni 4-6 hafta kullanılmalıdır

A. Hasta Eğitimi

Hasta eğitimi etkin BA tedavisinin mihenk taşıdır. Birinci basamak kliniklerine akut BA ile gelen hastalar iyileşme beklentileri ve semptomların tekrarlayabilme potansiyeli ile ilgili eğitilmelidirler. Hastanın tedaviden beklentilerini belirlemek ve tedavinin amaçları hakkında eğitim vermek, anlaşmazlığı azaltmada ve daha hızlı bir iyileşme sağlamada etkili bir yoldur. Tedavinin amaçları; ağrıyı azaltmaya ve hastanın fonksiyonelliğini iyileştirmeye odaklanmalıdır. Hastalar aktivitelerinde güvenli ve makul değişiklikler yapmak konusunda ve bel ağrılarının tekrarlayabilmesinin en aza indirilmesi için doğru kaldırma teknikleri, obezite tedavisi ve sigara bırakma konusunda bilgilendirilmelidirler. Eğer hastalara reçete yazılmışsa ilaçların kullanımı ve bunların potansiyel yan etkileri hakkında bilgi verilmelidir. Hastalara, eğer bu konservatif tedavilerle iyileşmezlerse ya da barsak ve mesane fonksiyon bozuklukları veya nörolojik fonk-

siyonlarda kötüye gitme görüldüğünde 1-3 hafta içinde yeniden izleme gelmeleri söylenmelidir.

B. Aktivite Değişikliği

Akut BA şikayeti olan hastalar, omurga üzerindeki mekanik baskıyı arttırdığı bilinen bazı spesifik hareketlerden kaçınabilir veya kısa bir süre bunları kısıtlayabilirlerse çok daha rahat ederler. Uzun süre desteksiz oturma ve özellikle eğilerek ya da dönerek ağırlık kaldırma hareketlerinden kaçınmalıdırlar. Çalışan akut BA olan hastanın aktivitelerindeki değişiklik önerileri hastanın yaşını, genel sağlık durumunu ve işinin fiziksel gereksinimlerini göz önünde bulundurarak yapılmalıdır.

C. Yatak İstirahati

BA tedavisinde, normal aktivitelere kademeli olarak geri dönmek uzun yatak istirahatlerinden daha etkilidir. Dört günden fazla süren yatak istirahati, kas atrofisine ve sertlikte artmaya sebep olabileceğinden, önerilmez. Akut ve subakut BA hastalarının çoğunun yatak istirahatına ihtiyacı olmaz. Bununla beraber, başlangıç semptomları ciddi olanlar da 2-4 günlük yatak istirahati tercih edilebilir.

D. İlaçlar

BA tedavisi için; oral alınan ilaçlar (asetaminofen, nonsteroid antienflamatuvarlar [NSAID], kas gevşeticiler ve morfin türevleri) ve enjeksiyon tedavisi mevcuttur. Bel ağrılı pek çok hasta reçetesiz satılan ağrı kesicilerle (asetaminofen ve ibuprofen) kendi kendilerine ilaç kullanmaktadır. Ayrıca pek çoğuna da ağrıyı azaltmak ve fonksiyonel iyileşme için en az bir ilaç reçetelenmiştir. NSAID'lerin veya kas gevşeticilerin tek başlarına daha az etkili olmakla beraber akut BA tedavisinde kullanımlarının yararlarına dair yeterli kanıt mevcuttur. NSAID'ler hem antienflamatuvar hem de analjezik özelliklere sahip olup, her türlü BA tedavisi için yaygın olarak kullanılmaktadırlar. Ancak gastrointestinal kanamaya yol açma, renal ve hepatik yan etkiler ve kardiyovasküler olaylar ile bağlantılı olması gibi yan etkileri mevcuttur. Bu nedenle tüm bu ilaçlar mümkün olan en düşük doz ve sürede dikkatle kullanılmalıdır. Diğer analjeziklerden (aspirin, asetaminofen), sadece çok daha az etkin olmaları ve bağımlılık gibi potansiyel yan etkileri nedeniyle opioid analjezikler eğer kullanılacaksa sadece kısa süreli olarak kullanılmalıdırlar. Oral kortikosteroidler, akut BA tedavisinde önerilmemektedir.

Şeytan tırnağı, salkım söğüt, ve kırmızı biber gibi bitkisel ilaçların kronik BA'nın akut ataklarında kullanımını destekleyen sınırlı sayıda kanıt vardır.

BA tedavisinde kullanılan enjeksiyon terapisi; tetik noktaları, ligamentöz, sklerozan, faset eklem, ve epidural enjeksiyonları içermektedir. Enjeksiyonlar hastalarda ciddi potansiyel komplikasyonlara sebep olabilen invaziv

Tablo 27-1. BRCA testi için genetik sevk endikasyonları..

40 yaşından önce meme kanseri olmuş birinci dereceden akraba
Herhangi bir yaşta meme veya over kanseri olmuş 2 veya daha fazla akraba
Herhangi bir yaşta meme, over veya kolon kanseri olmuş 3 veya daha fazla akraba

Kaynak: Smith RA, Saslow D, Sawyer KA, Burke, W: American Cancer Society Guidelines for Breast Cancer Screening: update 2003). *CA Cancer J Clin*.53:141

meme koruyucu tedavi, erken evre kanser için standart tedavidir ve mastektomi gibi 20 yıllık mortalite artışıyla bağlantılı değildir. Relapsı önlemek için erken evre meme kanserinde hormonal tedavi sıklıkla 5 yıl boyunca verilmektedir. İnvaziv kanser genelde hem cerrahi hem de adjuvant sistemik terapi ile tedavi edilmektedir.

Tablo 27-2. Meme Kanseri Taraması.

2012 Tarama Önerileri	AAFP	ACOG	
Kendi kendine meme muayenesi (KKMM)	Karşı öneride bulunuyor	Kişinin meme ile ilgili farkındalığın bir parçası olabilir	20+ : op fa sı ke eş
Klinik meme muayenesi (KMM)	Yetersiz kanıt	40+: yıllık 20-39: her 1-3 yılda bir	40+: 20-39: 1-
Mamografi	40-49: bireysel-leştir 50-74: 2 yılda bir 75+: yetersiz kanıt	40+: yıllık öner 75+: bireyselleştir	40 da tü si
MRG	Yüksek riskte düşün	Normal risk taraması için değil	Norm iç
Yüksek riskli kadınlar	Aile öyküsü nedeniyle yüksek riskli olanları genetik danışmanlığa ve BRCA testine sevk et	Erken dönemde genişletilmiş tarama	30+ : ka m M

AAFP (Amerikan Aile Hekimliği Birliği) American Association of Gynecologists and Obstetricians (Amerikan Jinekolojistler Okulu) American College of Obstetricians and Gynecologists (Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Cemaati); USPSTF: (ABD Koruyucu Hizmetler Görev Gücü) United States Preventive Services Task Force

HER2-pozitif kanserler Herceptin içeren bir rejimle tedavi edilmektedir. Premenopozal kadınlarda, hormon reseptör-pozitif kanserler tamoxifen ve over ablasyonu yoluyla tedavi edilmektedir. Premenopozal kadınlarda, hormonal-reseptör pozitif kanserler tamoksifen veya aromataz inhibitörleri yerine antiöstrojen ilaçlarla tedavi edilmektedir. Tedavi kılavuzları erkekler ve gebeler için farklılık gösterir. Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı (NCCN), detaylı tedavi kılavuzlarını her populasyon ve meme kanseri evresi için düzenli olarak günceller. İkinci seçenekler de değerlidir. Ulusal Kanser Enstitüsü (NCI), devam eden klinik denemelerde yer almak isteyen hastalara yardımcı olabilmektedir (**Tablo 27-3**).

► Prognoz

5-yıllık sağkalım oranları evre 0 veya 1 kanserlerde sırasıyla %93 ve %88; evre 2 için %74-81, evre 3 için %41-67, evre 4 için %15'tir. HER2 onkogen ekspresyonu yüksek

ACS	USPSTF	Diğer Yönlendirmeler
KKMM pozitifdir; aydaları ve nırlılıkları onusunda itim verin	Yetersiz kanıt	USPSTF, AAFP, ACS ve ACOG meme ile ilgili farkındalığı ve/veya memedeki değişikliklerin erken bildirilmesini teşvik etmektedirler.
5 yıllık 9: her 3 yılda bir	Yetersiz kanıt	Ortadaki 3 parmağın iç yüzlerinin kullanılması; bir biriyle örtüşecek şekilde demir para büyüklüğünde dairesel hareketlerle, ardışık olarak hafif, orta ve şiddetli basınç uygulanması önerilmektedir
an sonra sağlıklı im yaşlar sürence yıllık öner	<50 bireyselleştir 50-74: 2 yılda bir tarama 75+, kanıt eksik	Meme yoğunluğu tespit etme becerisini etkiler.
al risk taraması in değil	Normal risk taraması için yetersiz kanıt	MRG, küçük kitleleri algılamada çok yüksek hassasiyet sağlayabilir; ancak, yüksek maliyetlidir, IV kontrast riskleri ile ilişkilidir, mamografinin tespit ettiği her göğüs kanserini tespit edemez ve rehberliğinde biyopsi her zaman yapılamayabilir.
yüksek riskli adınlar senelik ammogram + MRG	Erken dönemde genişletilmiş tarama	Yüksek risk, geçerli bir tahmin modelinde BCRA pozitif $\pm \geq 20\%$ risk olarak kabul edilir.

Tablo 28-6. Astım şiddetinin sınıflandırılması.

Basamak	Semptomlar
4. basamak Şiddetli persistan	Süreğen semptomlar Sınırlı fiziksel etkinlik Sık alevlenmeler
3. basamak Orta derece persistan	Günlük semptomlar Günlük kısa etkili b2-agonist inhaler kullanımı Alevlenmeler etkinliği etkiler Alevlenmeler ≥ haftada 2; günlerce sürebilir
2. basamak Hafif persistan	Semptomlar > haftada 2 ancak < günlük Alevlenmeler etkinliği etkileyebilir
1. basamak Hafif intermitant	Semptomlar < haftada 2 Alevlenmeler arasında asemptomatik ve normal PEF Alevlenmeler kısa süreli; değişken yoğunlukta

Persistan semptomları olan hastalar için (2. basamak ve daha üzeri) kronik tedavi gereklidir. Persistan astımın yönetimi aralıklı semptomları ve gece öksürüğünü kontrol etmek için, uzun etkili bronkodilatörleri içermektedir. Ancak aynı zamanda uzun dönem “remodelling”i engellemek üzere kronik antiinflamatuvar tedaviyi de içermelidir. Hem steroid inhalanlar hem de nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar (örn. Kromoglikatlar) antiinflamatuvar etki yapabilirler. Semptomların yineleyici olduğu ya da yüksek dozda antiinflamatuvar ajanların gerekli olduğu durumlarda bir lökotrien inhibitörünün eklenmesi antiinflamatuvar tedaviye katkı sağlayabilir ve steroidler gibi diğer antiinflamatuvar ilaçların dozunun azaltılmasına olanak tanıyabilir.

Astım tedavisinde kullanılacak ilaçlar seçilirken, her ilacın potansiyel yararlarının yanı sıra potansiyel yan etkileri de tartılmalıdır. İnhaler steroidlerin çocuklardaki kronik kullanımı ulaşılabilecek olan toplam boyda küçük bir kısalmayla ilişkili bulunmuştur. Her ne kadar ulaşılabilecek boydaki değişim çok küçük olsa bile çocuklarda kromolin ya da nedokromil gibi antiinflamatuvar ajanların kullanılması yeğlenme nedeni olabilir.

Farmakolojik tedavilerin yanı sıra, astım hastaları bilinen ve olası hava yolu irritanlarından uzak durmalıdır. Bunlar, sigara dumanı (pasif içicilik dahil), çevresel hava kirliliği, kuşkulanılan ya da bilinen alerjenler ve soğuk havadan oluşmaktadır. Sportif etkinliklere katılmakta zorlanan çocuklar, wheezing ya da öksürüğü önlemeye çalışmak üzere, bu etkinliklere katılmadan önce alınacak albuterol gibi kısa etkili bir bagonistten yarar görebilirler.

Persistan hastalığı olan tüm hastalar için pulmoner fonksiyonların monitörize edilmesi, astım yönetiminde önemli bir komponenttir. Çocuklar ve erişkinlere bir pik flowmetre ve bu cihazı uygun olarak nasıl kullanacaklarını tarifi verilmelidir. Pik flowmetre, solunum fonksiyonlarında günlerce semptom oluşturmayaabilecek küçük değişiklikleri saptayabilir. Pik flowmetreyi kullanabilmek için hasta olabildiğince asemptomatik olduğu bir zaman-

	Gece Semptomlar	Akciğer Fonksiyonları
	Sık	FEV ₁ veya zirve akım hızı (PEF) ₁ ≤%60, tahmin edilen PEF değişkenliği ≤%30
- eler	>haftada 1 kez	FEV ₁ veya PEF >%60-<%80 tahmin edilen PEF değişkenliği >%30
de 1	>ayda 2 kez	FEV ₁ veya PEF ≥%80, tahmin edilen PEF değişkenliği %20-30
	≤ayda 2 kez	FEV ₁ veya PEF ≥%80, Tahmin edilen PEF değişkenliği <%20

deki “en iyi kişisel değerinin” ne olduğunu saptamalıdır. Bu zirve akımlarının günlük ya da periyodik ölçümlerinin daha önce saptanmış olan “en iyi kişisel değer” ile karşılaştırılması sonucu pulmoner fonksiyonlar değerlendirilebilir. Ölçülen değer “en iyi kişisel değer”in %80-100’ü olan ölçümler hastanın iyi olduğunun göstergeleridir. En iyi değere göre ölçülen %50 ve %80 arasındaki değerler semptomlar hafif olsa bile kaygı nedenidir. Bu tarz durumlarda nasıl davranmak gerektiği konusunda hastalar önceden eğitilmiş olmalıdırlar. Gerekli önlemler alındıktan sonra gün içerisinde yapılan diğer bir zirve akım ölçümünde düzelme olduğu gözlenemiyorsa hasta tıbbi yardım almak üzere hekimine başvurmalıdır. Zirve akımın %50’nin altına düştüğü şiddetli durumların, acil tedavi gerektiren durumlar olduğu konusunda hasta uyandırılmalıdır.

Alerji semptomları olan hastalar için immünoterapi düşünülmelidir. Her ne kadar immünoterapi genellikle alerjik rinit semptomlarında iyileşmeye neden oluyorsa da, sıklıkla astım semptomlarında bir düzelmeye neden olmaz.

Namazy JA, Schatz JM. Current guidelines for the management of asthma during pregnancy. *Immunol Allergy Clin North Am.* 2006; 26:93. [PMID: 16443415]

Siwik JP, et al. The evaluation and management of acute, severe asthma. *Med Clin North Am.* 2002; 86:1049. [PMID: 12428545]

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI



TANI ESASLARI

- En azından 3 ay ya da ardışık 2 yıldır süren balgamın ön planda olduğu produktif öksürük.
- Kronik dispne.
- Beklenen’in %80 altında FEV₁ değeri.

Tablo 30-4. Sekonder osteoporoz için yönlendirilmiş laboratuvar değerlendirmesi.

Tam kan sayımı (CBC)	↓ Testosteron erkekte ↓ Östrojen kadında ↑ Gonadotropinler (LH ve FSH)
Hipertiroidizm	↓ TSH ↑ T ₄
Hiperparatiroidizm	↑ PTH ↑ Serum kalsiyumu ↑ 1.25(OH)D
Vitamin D eksikliği	↓ 25-Hidroksikalsiferol
Hemokromatozis	Serum demiri Ferritin
Cushing sedromu	24 saatlik idrarda serbest kortizol atılımı Gece deksametazon supresyon testi
Multipl myelom	Serum protein elektroforezi, M sıçraması ve Bence-Jones proteinürisi ↑ ESR Anemi Hiperkalsemi ↑ PTH

ESR, eritrosit sedimentasyon hızı; FSH, follikül stimüle eden hormon; LH, luteinizan hormon; PTH, paratiroid hormon; TSH, tiroid stimüle eden hormon; T₄, tiroksin; 1,25(OH)D, 1,25-hidroksivitamin D; ↑, artmış; ↓, azalmış. Kaynaktan izin alınarak uyarlanmıştır. Harper KD, Weber TJ. Secondary osteoporosis. Diagnostic considerations. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 1998; 27:325.

ruziyeti sunmaktadırlar. Kemik mineral yoğunluğunu değerlendirme açısından en yaygın kullanılan teknikler dual energy x-ray absorbsiyometri (DXA) ve kantitatif kompüterize tomografi (BT) dir. Bu yöntemler %0,5 ile %2 arasında kestirim hatasına sahiptirler. Kantitatif BT en duyarlı olanıdır, ancak DXA'dan daha fazla radyasyon maruziyeti ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle DXA en uygun tanı yöntemi seçeneğidir. Şimdilerde DXA ile tamamlanan görüntüleme sayesinde vertebral kırık değerlendirmesi yapılabilir ve bu, kişinin kemik yoğunluğunun daha doğru değerlendirilmesini sağlar. Şimdilerde periferik iskeleti değerlendiren daha küçük, daha ucuz yöntemler de çıkmıştır. Bunlar arasında distal ön kol ve

Tablo 30-5. Kemik yoğunluğu ölçümü için endikasyonlar.

Perimenopozal kadın tedaviye başlama arzusunda olup endişeleniyorsa, Kemik kaybına yönelik radyolojik kanıt varlığı
Uzun dönemli glukokortikoid tedavisi altında olan hasta (1 ay ve daha uzun süredir günlük 7.5 mg prednizon)
Osteoporozun paratiroidektomi gerektirdiği asemptomatik hiperparatiroidizm
Eğer testin sonucu klinik kararı etkileyecek ise osteoporoz tedavisinde olan kadınlarda terapötik yanıtı izlemek için

dominant olmayan elin orta falanks DXA taraması ve kemikte kantitatif ultrason (QUS) ölçümü yapan birçok çeşit alet sayılabilir. Topukta QUS kullanılarak yapılan prospektif çalışma sonuçları, kalça kırıklarının ve vertebra dışında tüm kırıkların riskini femur boynunun DXA ölçümleri kadar iyi kestirmektedir. Bu yöntemlerin ikisi de, kırık riskini dikkate alarak ve kalça kırığını lomber vertebraadaki DXA'dan daha iyi kestirerek bilgi sağlamaktadır. Farmakolojik ajanlarla yürütülen klinik çalışmalar, QUS'tan ziyade DXA kullanmıştır, bu nedenle bu çalışmaların sonuçlarının yüksek kırık riski QUS ile belirlenmiş kişilere genellenip genellenemeyeceği belirsizdir.

Kemik yoğunluğu ölçüm raporları, bir *T* skoru (cinsiyet ve ırka göre ortalama KMD değerlerinin genç kontroller ile eşleştirilmesi ile aşağı ya da yukarı doğru standart sapma sayısı) ve/veya *Z* skoru (kişiyi cinsiyet ve ırkın yanısıra yaşa göre de uyarlanmış bir popülasyonla karşılaştırır) verirler. KMD sonuçları hastaların üç ayrı kategoride yer almalarına olanak verir: normal, osteopenik ve osteoporotik. Normal kişiler tedaviye yönlendirilmezken, osteopenik kişilere daha fazla kayıp oluşmaması için danışma, sağaltım ve takip hizmetleri verilmekte; osteoporotik hastalar ise kemik yoğunluğunu arttırma ile kırık riskini azaltma hedeflerine yönelik aktif tedavi almaktadırlar. *T* skorunun cinsiyete göre uyarlanmış normal genç erişkinlerin tepe kemik yoğunluğu ortalama değerlerine göre 2.5 standart sapmadan daha fazla aşağıda olması osteoporozu işaret eder. *Z* skorları, klinisyenin günlük pratiğinde kullanma açısından daha az değerlidir.

KMD taraması yapılan kadınların yapılmayanlara göre daha iyi sonuçlarının (KMD değerlerinde iyileşme, düşmelerin azalması vb) olduğu yönünde kontrollü deneysel çalışmalardan elde edilen çok yetersiz kanıta rastlanmaktadır. ABD Önleyici Hizmetler Görev Gücü (USPSTF); düşük kemik yoğunluğu olan menopoz sonrası kadınların kalça, omurga ve el bileği tekrarlayıcı kırıkları açısından artan risk altında oldukları ve menopozdan sonraki müdahalelerin kadınlarda kemik yoğunluğundaki azalmayı yavaşlatacağı şeklinde bir birincil görüş ile tarama önerisinde bulunmaktadır. Çoklu risk etmenlerinin varlığı (yaş ≥ 80 , kötü sağlık durumu, kısıtlı fiziksel aktivite, çok zayıf görme kabiliyeti, menopoz sonrasında daha önce kırık öyküsü, psikotrop ilaç kullanımı vb); düşük kemik yoğunluğu ölçümünden çok daha güçlü bir kalça kırığı göstergesi gibi görünmektedir. Asemptomatik olmayan ama yalnızca bir ya da iki risk etmenine sahip olan hasta, KMD taramasından fayda görebilir. KMD taraması endikasyonları Tablo 30-5'de belirtilmektedir.

Davison KS, et al. Assessing fracture risk and effects of osteoporosis drugs: bone mineral density and beyond. *Am J Med.* 2009; 122:992–997. [PMID: 19854322]

NIH Consensus Statement. March 27–29, 2000; 17(1):1–45. Osteoporosis prevention, diagnosis, and therapy. [No authors listed] [PMID: 11525451]

Lewiecki EM, Watts NB, McClung MR, et al. International Society for Clinical Densitometry. Official positions of the international society for clinical densitometry. *J Clin Endocrinol Metab.* 2004; 89(8):3651–3655.

yönü bulunmaktadır. Artmış rijidite daha acil girişim gerektiren bir akut karın göstergesi olabilir. Sağ üst kadrının derin palpasyonu sırasında hastanın soluk alımının aniden kesilmesi olan Murphy belirtisi, akut kolesistiti düşündürür.

Visseral organlardan köken alan ağrılar aynı sinir tarafından inerve edilen bölgelere ikincil olarak yayılabilir. Pankreatitten kaynaklanan ağrı sıklıkla sırtta doğru yayılır. Karın ağrısının sol omuza yansması ile ortaya çıkan Kehr belirtisi, splenik rüptürün, böbrek taşının veya dış gebeliğin göstergesidir. Ağrı yayılımı çevre dokuların inflamasyonu nedeniyle de olabilir.

İliopsoas kas testi ile psoas kasının inflamasyonunu veya appendiks gibi altta yer alan yapıların inflamasyonunu sınavabiliriz. Test, sırt üstü yatırılan hastanın sağ bacağının kalçayı fleksiyona getirerek kaldırılmasıyla gerçekleştirilir. Bacağa direnç uygulanır. Bu manevrayla ağrı olması apandisit veya retroperitoneal disseksiyonu akla getirir.

Rebound hassasiyet, gastrointestinal (Gİ) kanal perforasyonundan veya rüptüre over kisti ya da PID gibi Gİ dışı durumlardan kaynaklanan peritoneal irritasyonun işareti olabilir. Peritoneal irritasyon olduğu zaman hastada sıklıkla defans ortaya çıkacaktır. İstemli defans hastanın ağrı endişesinden dolayı ortaya çıkabilir. Muayene sırasında gözelerini kapayan hastalarda (kapalı göz bulgusu) ağrıya eşlik eden psikososyal faktörler vardır. İstem dışı defans, iç organları koruma çabasından dolayı, karın duvarı kaslarının fleksiyonu sonucu olur. Bu koruyucu refleks, Carnett testinde gösterildiği gibi visseral ağrının karın duvarı ya da psikojenik ağrıdan ayırımında kullanılır. Kasılı haldeki karın duvarının palpasyonunda ağrının daha az olması visseral kaynaklı olma olasılığını güçlendirirken, ağrının aynı kalması veya artması, ağrının karın duvarından veya organik olmayan nedenlerden köken aldığını gösterir.

Kolayca gıdıklanan hastaları palpe edebilmenin iki yöntemi vardır. Birincisi stetoskopu hafif palpasyon için kullanmak ve sonrasında daha az duyarlı bir temas için parmakları stetoskopun kenarlarında toplamaktır. Diğer yöntemde hasta kendi ellerini karının üzerine yerleştirir ve muayene eden kişi ellerini hastanın ellerinin üzerinden ve parmaklarının kenarından palpe eder.

Karaciğerin ve dalağın alt sınırını palpe etmeden önce hastanın derin nefes alması ve karaciğerin ve dalağın alt kenarını hissetmek için derin palpasyon sırasında hastanın nefesini vermesi muayeneye yardımcı olur.

Midklaviküler hatta, hastanın boy uzunluğu ve cinsiyetine bağlı olmakla beraber, karaciğerin normal uzunluğu 6-12 cm arasındadır. Ek olarak midsternal hattaki karaciğer uzunluğunu değerlendirmek de yardımcı olabilir. Bu uzunluk normalde 4-8 cm'dir. 8 cm'den daha fazla bir uzunluk büyük olarak değerlendirilmelidir.

Dalağın ucu palpe edilemeyebilir. Kolon kanseri, böbrek anomalileri ve gastrointestinal olmayan tümörlerde görülen kitleler muayene edilmelidir. Palpe edilen kitle, lokasyonu, büyüklüğü, şekli, kıvamı, pulsasyonu, mobilitesi, solunumla hareketliliği açısından değerlendirilmelidir.

4. Perküsyon—Perküsyon, organ boyutları ve diğer karın içi patolojiler hakkında başka bilgilerin sağlanmasında yardımcı olabilir. Sesin karakterindeki bir değişiklik solid bir organı işaret edebilir. Muayene eden kişi karaciğerin bütün sınırlarını perküse etmelidir. Üst sınır genelde beşinci ile yedinci intercostal aralıktadır.

Aşağıya doğru yer değişme amfizem veya başka bir pulmoner hastalığı düşündürür. Dalak, sol midaksiller hat- ta değerlendirilir ve genelde altıncı kaburga ile onuncu kaburga arasında yeralır. Sürtme (scratch) testi, perküsyonun başka bir formudur. Stetoskopu karaciğer üzerine koyarak ve cilt yüzeyini karaciğer üst sınırı üzerinden alt sınırına kadar hafifçe kaşıyarak gerçekleştirilir. Sesin kalitesi, muayene eden kişinin dokunuşunun akciğerden karaciğere ve sonra da karın bölgesine geçişiyle değişir. Sesteki bu değişiklikler karaciğerin sınırlarının belirlenmesini sağlar.

Hava varlığından dolayı mide gazı üzerinde artmış timpanik ses olmalıdır. Mideye bağlı timpani sol kosta- nın alt sınırında ve sol epigastriumda da bulunur. Buna karşın karnın geri kalanında artmış timpani bağırsak di- latasyonu ya da perforasyonunu akla getirir. Matite solid kitlelerde sabit, hareketli sıvılarda yer değiştirici olabilir. Yer değiştiren matite genellikle belirgin asit varlığında olur.

5. Pelvik Muayene—abdominal ağrısı olan kadın has- talarda pelvik muayene gerekli olabilir.

C. Laboratuvar Bulguları



TANI ESASLARI

- Hastaların çoğunda tam kan sayımı, elektrolitler, BUN, kreatinin ve kan şekeri faydalıdır.
- Doğurgan çağıdaki tüm kadınlara gebelik testi yapılmalıdır.
- 50 yaş üstü bireylerde serum demir testleri düşünülmelidir.

Akut ve hızlı kan kayıplarında normal hemoglobin ve hematokrit değerleri yanıltıcı olabilir, hastaya sıvı veril- diyse tekrar kontrolü yapılmalıdır. Özellikle 50 yaş üstü hastalarda aneminin varlığında vakit kaybetmeden ferri- tini de içerecek şekilde serum demir tetkikleri yapılmalı- dır. Yaşlı hastalar hipotiroidizm varlığında belirsiz karın ağrılarıyla başvurabileceğinden tiroid stimulan hormon seviyesi bakmak yararlı olabilir.

Sağ üst kadranda ağrıları bilirubin, lipaz, amilaz, tripsin ve karaciğer fonksiyon testleri ile birlikte değeren- di- rilmelidir. Hepatit test panelleri de yardımcı olabilir. Amilaz çoğu pankreatit olgusunda yükselebileceği gibi birçok karın içi problemde de artış gösterebilir. Bu yüz- den lipaz ve tripsin seviyesi pankreatit için daha spesi- fiktir.

Dışkı testleri, hastada abdominal ağrı ile birlikte diyare olduğunda endike olabilir. Dışkı testleri, dehid- rasyon, dışkıda kan varlığı veya immünitesi zayıflamış hastalar için yapılabilir. Kronik veya kanlı diyarede dış- kıda lökosit sayımı (WBC), dışkıda gizli kan, parazit ve yumurtası, enterik patojenler için kültür ve Clostridium difficile toksin çalışmaları yapılabilir. Özellikle dışkıda lökosit bulunan durumlarda inflamatuvar bağırsak has- talığından şüpheniildiğinde eritrosit sedimentasyon hızı (ESR) ve C-reaktif protein (CRP) çalışılmalıdır. Çölyak hastalığını düşündüren intermitant semptomlarda anti- endomisial antikor için laboratuvar testleri yapmak ge- rekebilir.

Statinler diğer taraftan bol miktarda kullanılırlar ve sıklıkla hafif karaciğer enzim yüksekliğine neden olabilirler, Fakat ALT veya AST'nin hafif yüksekliğinin (normalin 3 katından daha az) karaciğer toksisitesine yol açtığı görülmemiştir.

Primer Biliyer Siroz

Primer biliyer siroz interlobüler ve septal safra yollarında inflamasyon ve hasar ile seyreden, kronik kolestaz ve biliyer siroza yol açan, etiyolojisi kesin olarak bilinmeyen otoimmün bir hastalıktır. Çoğunlukla orta yaş kadınlarda görülür (kadın:erkek oranı=9:1) ve özellikle kuveyt Avrupada yüksek prevalansa sahiptir. Hastalık rutin testler, yorgunluk, kaşıntı semptomları olan kadınlarda kuşulanılmakta ya da duyarlı kişilerde serum alkalin fosfataz, kolesterol ve immünglobulin M (IgM) seviyelerinde yükseklik ile tanımlanabilir. Antimitokondrial antikorlar (AMA) sıklıkla bulunur. Bazı hastalar karaciğer transplantasyonundan yararlanabilmesine karşın günümüzdeki en uygun tek tedavi ajanı Ursodeoksikolik asittir.

Karaciğer Tümörleri ve Kistleri

Hepatosellüler karsinoma (HCC) karaciğerin en sık görülen malign tümörüdür. Erkeklerde görülen en sık 5. kanser, kadınlarda görülen en sık 8. kanserdir. Hastalığın insidansı yaş ile artar, ancak Çinli ve siyah Afrikalılarda ortalama yaş daha düşüktür. Kötüleşen siroz bulguları klinisyene HCC'yi düşündürebilir. Ancak çoğu olguda başlangıç sinsidir. HCC'nin saptanmasında hiçbir özel karaciğer fonksiyon testi yoktur. Ancak artmış serum tümör belirteçleri ve en önemlisi α -fetoprotein (AFP) tanıda yararlıdır. Ultrasonografi HCC olgularının çoğunu saptayabilir, ancak HCC'yi diğer solid lezyonlardan ayırt edemez. CT ve MRI de tanıda yardımcı olur. HCC için risk etmenleri olarak Hepatit B, Hepatit C, sirozun tüm etiyolojik formları, aflatoksin B₁ içeren gıdaların alınması ve sigara sayılabilir. Erken yaşta başlayan HBV enfeksiyonu, HCV enfeksiyonu HCC için yüksek risk grubunu oluştururlar. Bu hastalarda, her 4-6 ayda bir ultrason (US) ve AFP ölçümleri önerilmektedir. Orta derecede riskli hastalarda (daha geç başlayan HBV) her 6 ayda bir α -fetoprotein bakılması ve yılda bir de US yapılması önerilir.

Benign Tümörler

Benign tümörler oral kontraseptif steroidlerin (OKS) kullanılması ile yaygınlaşan hepatosellüler adenomlar, hamilelikle ve OKS kullanımı ile oluşabilen kavernöz hemanjiomlar karaciğerin en sık görülen benign tümörleridir.

Karaciğer Abseleri

Karaciğer abseleri safra yolu enfeksiyonları sonucu oluşabilir veya divertikülit, inflamatuvar barsak hastalığı

gibi ekstrahepatik kaynaklı olabilirler. Yaklaşık olguların %40'ında enfeksiyon kaynağı bulunamaz. En sık neden olan organizmalar *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Proteus*, *Pseudomonas* ve *Streptococcus* türleridir. Amibik karaciğer absesi amibiazisin en sık görülen ekstraintestinal bulgusudur, dünya nüfusunun %10'undan fazlasında görülür ve ABD'de genç hispanik erişkinlerinde en siktir. Amebik karaciğer abseleri birkaç hafta içinde çıkan semptomları ile akut bir tablo oluşturur. Çok az hasta ishal gibi tipik barsak semptomları sergiler. USG, BT taramaları, ELISA gibi serolojik testler veya indirek floresan antikor testleri tanıda yardımcı olan testlerdir.

Chan HL, et al. How should we manage patients with non-alcoholic fatty liver disease in 2007? *J Gastroenterol Hepatol*. 2007;22: 801–808. [PMID: 17565632]

Lewis JH. Drug-induced liver disease. *Med Clin North Am*. 2000;84:1275. [PMID 11026929]

Manns MP, Czaja AJ, Gorham JD, et al. Diagnosis and management of autoimmune hepatitis. *Hepatology*. 2010;51(6):2103–2213.

Onusko E. Statins and elevated liver tests: what's the fuss? *J Fam Practice*. 2009;67(7):449–452. [PMID: 18625167]

Powell LW, Yapp TR. Hemochromatosis. *Clin Liver Dis*. 2000;4:211. [PMID 11232185]

PANKREAS HASTALIKLARI

Samuel C. Matheny, MD, MPH

AKUT PANKREATİT



TANI ESASLARI

- Epigastrik alandan sık sık sırta doğru yayılan ani şiddetli karın ağrısı.
- Yüksek serum amilaz ve lipaz düzeyleri.
- Yüksek ALT düzeyi (biliyer pankreatit).
- Ultrasonda etyoloji bulgusu (safra kaynaklı) BT ya da MRI (diğer nedenler)..

Genel Bilgiler

Akut pankreatit nedeniyle hastaneye yatışlar oldukça sık görülür ve en sık nedeni hastanın yaş ve cinsiyetine göre değişir. Amerika Birleşik Devletleri'nde en sık etiyoloji safra kesesi taşları ve alkolün kötüye kullanımıdır (%20 -%30), ancak kabakulak virüsü veya paraziter hastalık gibi enfeksiyöz nedenlerin yanı sıra ilaçlar, tümörler, travma ve metabolik koşullarda neden olabilir. Vakaların yaklaşık %20'si idiyopatikdir. Özellikle pankreatitin etyolojisini ve akut safra pankreatitini belirlemek ve uygun tedavi yaklaşımı için erken tanı önemlidir. Safra taşı pankreatiti ilerki bölümde daha ayrıntılı olarak yer almıştır.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Vital signs: awareness and treatment of uncontrolled hypertension among adults—United States, 2003–2010. *MMWR*. 2012;61(35): 703–709. [PMID: 22951452]

Chobanian AV et al. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: The JNC 7 report. *JAMA*. 2003; 289:2560. [PMID: 12748199]

Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, et al. Heart disease and stroke statistics: 2012 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2012;125(1):e2–e220. [PMID: 22179539]

Tran CL, Ehrmann BJ, Messer KL, et al. Recent trends in healthcare utilization among children and adolescents in the United States. *Hypertension*. 2012;60(2):296–302. [PMID: 22710648]

Viera AJ, Hinderliter, AL. Evaluation and management of the patient with difficult-to-control or resistant hypertension. *Am Fam Physician*. 2009;79(10):863–869. [PMID: 19496385]

► Patogenez

A. Primer (Birincil) veya Esansiyel Hipertansiyon

Hipertansiyon vakalarının %90-95’inde hiçbir neden saptanmayabilir. Yüksek kan basıncının gelişiminde genetiğin rolü gösterilmektedir (örneğin hipertansiyon

Tablo 35-1. Erişkinlerde kan basıncı sınıflaması ve yönetimi.^a

KB Sınıflama	SKBa (mm Hg)	DKBa (mm Hg)	Yaşam Tarzı Değişikliği	Z
Normal	<120	ve <80	Teşvik	Antihipertan
Prehipertansiyon	120 -139	ya da 80-90	Evet	
Evre 1 hipertansiyon	140-159	ya da 90-99	Evet	Tavsiye edil yoktur. İ sağlanm inhibitö Thiazid β-Bloke bu ilaçla
Evre 2 hipertansiyon	≥160	ya da ≥100	Evet	Çoğu vakac (genelli kanal bl diüretik düşünü

KB: Kan Basıncı, SKB: Sistolik Kan Basıncı, DKB: Diastolik Kan Basıncı, ACE: Anjiyotensin Dö

^aTedavi, en yüksek kan basıncı kategorisine göre yapılır.

^bKronik Böbrek Hastalığı ve Diyabetes Mellitusu olan hastalarda hedeflenen KB<130/80 mmHg.

^cBaşlangıç ilaç kombinasyonunda ortostatik hipotansiyon açısından ihtiyatlı olmak gerekir.

Kaynak: *Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure*. NIH Publication No. 03-5233. US Department of Health and Human Services, 2003; Jamsil et al. for hypertension in high-risk patients: avoiding cardiovascular events in combination therapy. *Ann Intern Med*. 2008;359(23):2417. [PMID: 19052124]

bazı ailelerde ve Afroamerikalı'larda daha yaygındır). Artmış tuz alımı, aşırı alkol tüketimi, obezite, sedanter yaşam tarzı, dislipidemi, depresyon, vitamin D eksikliği, saldırganlık ve zayıf stresle baş edebilme becerisinde zayıflık gibi bazı kişilik özellikleri ek risk faktörleridir.

B. Sekonder (İkincil) Hipertansiyon

Olguların yalnızca %2-10'unda hipertansiyona neden olan spesifik bir durum saptanmasına rağmen yine de hipertansiyon tanısı konmuş hastalarda altta yatan nedenin araştırılması gerekmektedir. Öykü veya fizik muayene altta yatan etiyoloji hakkında bir fikir oluşturabilir. Bazen de bu konuda ilk ipucuna hastanın uygun ilaç tedavisine rağmen tedaviye cevap vermemesi durumunda ulaşılır. Bunlara ek olarak ani başlangıçlı hipertansiyonu olanlarda, daha önce iyi kontrol edilebilirken aniden kontrolsüzleşen kan basıncında ve ailesinde hipertansiyon öyküsü bulunmayan 30 yaşından genç hastalarda, sekonder hipertansiyon akla gelmelidir.

İkincil hipertansiyon nedenleri arasında oral kontraseptifler, sempatomimetikler, dekonjestanlar, nonsteroid anti inflamatuvar ilaçlar (NSAID), iştah baskılayıcılar, antidepressanlar, adrenal steroidler, siklosporinler ve eritropoetin gibi bazı ilaçların kullanımı akla gelmelidir.

Başlangıç İlaç Tedavisi	
Zorunlu Endikasyon Yok	Zorunlu Endikasyon Var (bkz Tablo 34-5)
Zorunlu ilaç endikasyonu yok	Zorunlu endikasyona yönelik ilaç (lar) ^b
En birinci sıra spesifik tedavi. En önemlisi KB kontrolünün temelidir. Çoğu vakada ACE inhibitörü ile başlanır. Aynı zamanda tiazid grubu diüretikler, ARB, β -bloker, Kalsiyum kanal blokeri ya da kombinasyonları	Zorunlu endikasyona yönelik ilaç, gerektiğinde diğer antihipertansif ilaçlar (Diüretikler, ACE inhibitörleri, β -bloker, kalsiyum kanal blokeri)
İkinci sıra ikili ilaç kombinasyonu. ACE inhibitörü ve kalsiyum kanal blokeri veya tiazid grubu bir ilaçla ya da ARB, ya da β -bloker ile başlanabilir	

^a Hüştürücü Enzim, ARB: Anjiyotensin II reseptör blokeri.

^b mm Hg'dir.

and Treatment of High Blood Pressure.

on K. Weber MA. Bakris GL, et al. Benazepril plus amlodipine or hydrochlorothiazide with systolic hypertension (ACCOMPLISH) trial. N Engl J Med.

Tablo 37-1. Hipotiroidizm nedenleri.**Primer Hipotiroidizm (olguların %95'i)**

İdiopatik hipotiroidizm (muhtemelen eski Hashimoto tiroiditi)
 Hashimoto tiroiditi
 Tiroid ışınlaması sonrası
 Cerrahi sonrası
 İnvaziv fibröz tiroiditin geç evresi
 İyot eksikliği
 İlaçlar (lityum, interferon)
 İnfiltratif hastalıklar (sarkoidoz, amiloid, skleroderma, hemokromatozis)

Sekonder Hipotiroidizm (olguların %5'i)

Hipofizer ya da hipotalamik neoplazmalar
 Konjenital hipopitüitarizm
 Hipofizde nekroz (Sheehan sendromu)

(genellikle 5-10 μ IU/mL aralığında) görülür. Bu hastaların %3 ile 20'sinde zamanla aşikar hipotiroidizm gelişir. Tiroid antikorları pozitif hastalarda bu risk artmıştır.

► Tedavi

Primer hipotiroidizmli hastalarda tedavi, tiroid hormon replasmanı ile başlamalıdır. Sekonder hipotiroidizmli hastalarda ise hipofiz uyarıcı testlerle daha ileri araştırmalar yapılarak hipotiroidinin hipotalamik ya da hipofizer hastalıktan kaynaklanıp kaynaklanmadığı belirlenmelidir.

Hipotiroidisi olan bir çok sağlıklı erişkin yaklaşık 1,6 μ cg/kg tiroid replasmanına ihtiyaç duyarken, yaşlılarda bu ihtiyaç 1 μ cg/kg'a düşmektedir. Başlangıç dozu 12,5 μ cg'dan 100-150 μ cg tam doz levotiroksine (0,10-0,15 mg/gün) kadar değişebilir. Dozlar yaşa, kiloya, kardiyak duruma, hipotiroidizmin süresine ve şiddetine bağlı olarak değişkenlik gösterir. Tedavi, levotiroksin dozundaki

Tablo 37-2. Hipotiroidizmde laboratuvar değişiklikleri.

TSH	Serbest T4	Serbest T3	
Yüksek	Düşük	Düşük	Primer
Yüksek (>10 μ IU/mL)	Normal	Normal	AACE roidizm
Yüksek (6-10 μ IU/mL)	Normal	Normal	Subkli
Yüksek	Yüksek	Düşük	T ₄ –T ₃
Yüksek	Yüksek	Yüksek	Perifer
Düşük	Düşük	Düşük	Hipofi

TSH: tiroid stimülan hormon; T₄: tiroksin; T₃: triiyodotronin

herhangi bir değışikliğı takiben en az 6 hafta sonra titre edilmelidir. Serum TSH düzeyi, doz ayarlaması yapmak için en önemli ölçüttür.

Subklinik hipotiroidizmin tedavisi tartışmalıdır. Subklinik hipotiroidizm, tiroid fonksiyonlarının son birkaç haftadır stabil, hipotalamo-hipofizer-tiroid aksının normal ve yakın zamanda geçirilmiş ağır bir hastalık olmadığı durumda, üst sınırın üstünde bir TSH seviyesi ile birlikte normal serbest tiroksin düzeyi (T_4) ile karakterizedir. Subklinik hipotiroidizm prevalansı yaklaşık %5-10 olup ileri yaştaki beyaz kadınlarda daha yaygın görülür. Amerikan Klinik Endokrinologlar Birliğı (AACE) kılavuzları, TSH seviyesi 10 μ IU/mL'den yüksek olan hastaların yanı sıra TSH seviyeleri 5 ila 10 μ IU/mL arası olup guatrı veya antitiroid peroksidaz antikoru pozitif olan ya da her ikisi birlikte bulunan hastaların tedavi edilmesini önermektedir. (American Tiroid Derneğı'nin kanıt düzeyi için önerileri: üçüncü ya da dördüncü düzeyde, literature dayalı klinik fikir birliğidir). Diğerleri herhangi bir tedavi girişiminin kişinin bireysel durumuna göre karar verilmesi gerektiğini söyler (gebelik durumu, kardiyovasküler risk faktörleri vs).

TSH düzeyi normale döndükten sonra, test yapma sıklığı azaltılabilir. Her hastanın tedavi rejimi bireyselleştirilmelidir, ancak TSH stabil hale geldikten 6 ay sonra ilk takip yapıp, bundan sonra anamnez ve fizik muayene ile rutin olarak tekrarlanmalıdır. Malabsorbsiyon, yaş ve eş zamanlı olarak kolestimamin, ferröz sulfat, sukralfat, kalsiyum ve alüminyum hidroksid içeren bazı antasidler gibi ilaçların alımı ile tiroid hormonu absorpsiyonu etkilenebilir. Antikonvülzanlar gibi ilaçlar tiroid hormonu bağlanmasını etkilerken, rifampin ve sertralin hidroklorür gibi diğer ilaçlar, daha yüksek replasman dozu gerektirecek şekilde, levotiroksin metabolizmasını hızlandırabilirler. Tiroid replasman dozunun gebelik sırasında ayarlanması gerekebilir. Hamile kadınlarda T_4 ve triiodotironin (T_3) kombinasyonu ya da doğal tiroid preparatlarının kullanımına biraz ilgi duyulmuştur, ama bugüne kadar bununla ilgili yapılan çalışma sayısı az ve sonuçları çelişkilidir.

Olası Tanı

r hipotiroidizm

kılavuzuna göre henüz kesin bir durumdan söz edilmemiştir. Subklinik hipotiroidizm ileride gelişecek aşkar hipotiroidi için yüksek risk taşır.

linik hipotiroidizm ileride gelişecek aşkar hipotiroidizm için düşük risk taşır.

-konverting enzimin doğumsal yokluğu veya amiodaron etkisi

rik tiroid hormon direnci

zer tiroid eksikliği ya da aşırı replasman yapıldıktan sonra tiroid

zersizlerini, kuadriseps güçlendirmelerini ve düz bacak kaldırma egzersizlerini içerir. Aktif bireylerin çoğunluğu cerrahi konsültasyon için sevkedilmelidir. Çok az bir hasta grubunda cerrahi dışı tedavi seçenekleri uygulanabilir. Bu hasta grubu, genellikle yaşlı ve spor yapmayan gruptur. Bu hastaların bir miktar kronik instabiliteyi ve menisküs ve eklem yüzey yaralanmalarını bir dereceye kadar kabul etmeleri gerekmektedir.

Arka Çapraz Bağ (Posterior Cruciate Ligament) Yaralanmaları



TANI ESASLARI

- Fleksiyondaki dizde arkaya kuvvet uygulanması mevcuttur.
- Pozitif arka çekme testi ve 'çökme' işareti mevcuttur.

► Genel Bilgiler

PCL, tibianın femur üstünde arkaya kaymasını engellemektedir. PCL yırtıkları, ACL yırtıklarına nazaran daha az sıklıkta oluşur, belirtisiz olabilir ve çoğunlukla tespit edilmezler. Yaralanmanın mekanizması, ayak plantar fleksiyonda iken kıvrılmış diz üzerine düşmek veya bir motor kazasında kıvrılmış dizin panele çarpması gibi, diz fleksiyonda iken proksimal tibiaya arkaya doğru uygulanan kuvvettir. Acilde görüldüğünde %95'inde diğer patolojilerle birlikte.

► Klinik Bulgular

A. Belirti ve Bulgular

Hastalar, ACL yırtılması olanların aksine bir "pop" duymazlar. Başlangıç travması, hafif olabilir ve takip eden belirtiler sıklıkla belirsizdir. Topallama, orta derecede bir diz efüzyonu, fleksiyonun son 10–20 derecesinde zorlanma ve arka diz ağrısı bu yaralanmaya sıklıkla eşlik eder. Değişkenlik olabilir, ancak belirgin instabilite daha çok kombine yaralanmalarda bildirilmiştir. Arka çekmece testi, PCL bütünlüğünü değerlendirmede en uygun testtir.

B. Görüntüleme Çalışmaları

Görüntüleme tercihleri şüpheli ACL yaralanmaları ile aynıdır ve MRG tam PCL yırtığını tespit etmede $\leq$ %100 duyarlılık ve özgüllüğe sahiptir. Tibianın ön bölgesinde tipik kemik zedelenmesi bulgusu bulunur. PCL yırtığıyla beraber muhmemel popliteal arter yaralanmaları göz önüne alınarak dikkatli bir vasküler muayene zorunludur.

C. Özel Testler

Arka çekmece testi hasta supin pozisyonunda diz 90 derece fleksiyonda iken yapılır. Muayene eden kişi hastanın ayağı üzerine oturarak gevşemiş bacağı tespit eder, her iki başparmağı ile tibial platoyu tüberküllerden kavrar ve

geriye doğru güç uygular. Eğer tibianın arkaya hareketi fazlaysa veya bitiş noktası ayrıklığı etkilenmemiş dizden fazlaysa, test pozitifdir.

Tedavi

Cerrahi olmayan tedavi yaklaşımı kronik ve izole, düşük derecedeki akut PCL yırtıkları için uygundur. PCL ACL'den daha yüksek iyileşme potansiyeline sahiptir ve daha kısa sürede iyileşir. Düşük dereceli bir PCL yaralanması için başlangıç tedavisi erken hareket aralığını içermekte ve kuadriseps güçlendirmesi ile arkaya sarkmaya karşı korumayla birlikte kısmi ağırlık çalışması önerilmektedir (koltuk değneği 1-2 hafta kullanılabilir). Komple yırtıkta 2-4 hafta tam ekstansiyonda immobilizasyon sağlanmalıdır. Hızlandırılmış cerrahi seçenekler kombine ligament yaralanmaları (örneğin, posterolateral köşe), belirgin laksite ve avülsiyon kırıklarında düşünülmelidir. Kılavuzlar PCL yaralanmalarında konservatif veya cerrahi tedavi konusunda halen tartışmalıdır.

Medial Kollateral ve Lateral Kollateral Bağ Yaralanmaları



TANI ESASLARI

- MCL yırtığı içe uygulanan kuvvetten kaynaklanır ve iç diz ağrısına ve laksiteye neden olur.
- LCL yırtığı dışa uygulanan kuvvetten kaynaklanır ve dış diz ağrısına ve laksiteye neden olur.
- Effüzyon mevcut ise kombine patolojiyi düşünülmeli.

Genel Bilgiler

Dizin en güçlü stabilizator bağı olan MCL, en sık yaralanan bağıdır. Bir burkulma yaralanması veya dizin lateral tarafına darbe şeklinde oluşan, mediale yönelmiş valgus kuvveti en sık nedendir. İzole LCL yırtılması, nispeten nadirdir ve dize anteromedial darbe ile oluşur.

Klinik Bulgular

A. Belirti ve Bulgular

İzole kollateral bağ yırtılması olan hastalar, genellikle yaralanmanın klasik mekanizmasıyla başvururlar ve travma sırasında bir “pop” hissi bildirirler. Hastalar hasarlı ligament üzerinde lokalize bir ağrı ve hassasiyetten yakınırırlar, ama nadiren belirgin dengesizlik veya kilitlenme ifade ederler. Lokalize şişlikler izole yırtıklarda görülebilir, ancak belirgin efüzyon nadirdir.

B. Görüntüleme Çalışmaları

Radyografiler, eşlik eden bir kemik patolojiyi dışlamak için gereklidir ancak, saf MCL veya LCL yırtıklarının

SAĞLIKLI YAŞLANMA VE GERİATRİK DEĞ

Tablo 40-9. Yaşlılarda beslenme yetersizliği ile ilişkili faktörler.

Depresyon
Demans
İştahsızlık
Kötü diş sağlığı
İlaçlar
Ağrı
Bitkinlik
Duyusal değişiklikler
Fonksiyon bozukluğu
Diyet kısıtlamaları (kadınlarda daha yaygın)
Sosyal izolasyon
Fakirlik, alkolizm
Yutma disfonksiyonu
Diyet yapmak (düşük yağ, düşük kolesterol)

Kaynak: Stechmiller JK: Early nutritional screen of older adults. *J Infusion Nurs* 2003; 26:170; ve Morley JE: Anorexia and weight loss in older persons. *J Gerontol Med Sci.* 2003; 58A:131.

- Alibhai SM, et al. An approach to the management of unintentional weight loss in elderly people. *Can Med Assoc J.* 2005;172:773. [PMID: 15767612]
- American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: nutrition, aging and the continuum of care. *J Am Diet Assoc.* 2000; 100:580. [PMID: 10812387]
- De Castro JM. Age-related changes in the social, psychological, and temporal influences on food intake in free-living, healthy, adult humans. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2002; 57:M368. [PMID: 12023266]
- Kennedy RL, et al. Obesity in the elderly: who should we be treating, and why, and how? *Curr Opin Clin Nutr Metab Care.* 2004; 7:3. [PMID: 1509896]
- Loreck E, et al. Nutritional assessment of the geriatric patient: a comprehensive approach toward evaluating and managing nutrition. *Clin Geriatr.* 2012; 20(4):20-26.
- Lui L, et al. Undernutrition and risk of mortality in elderly patients within 1 year of hospital discharge. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2002; 57:M741. [PMID: 12403803]
- US Department of Health and Human Services. *Healthy People 2020* (available at <https://www.healthypeople2020.gov/topics/objectives2020>; accessed March 20, 2013).
- Vollmer W, et al. Effects of diet and sodium intake on blood pressure: subgroup analysis of the DASH-sodium trial. *Ann Intern Med.* 2001; 135(12):1019-1028. [PMID:11747380]

GERİATRİK DEĞERLENDİRME

Geriatrik değerlendirme, yaşlı bir yetişkinin fiziksel ve zihinsel sağlığını, işlevsel yeteneklerini, bilişsel durumunu ve sosyal koşullarını değerlendirmek için tasarlanmış çok boyutlu bir değerlendirmedir (**Tablo 40-10**). Yaşlıları onları daha fazla bozulma riski altına sokan çeşitli kronik durum ve sendromlardan etkilenebilirler (**Tablo 40-11**). Sağlık hizmeti sağlayıcıları, ciddi işlevsel bozuklukları

Tablo 40-10. Geriatrik değerlendirmenin amaçları.

Yaşlı hastaların fonksiyonel kapasite ve yetersizliklerini saptamak
Zayıf ve güçsüz yaşlıların akut ve kronik hastalıklarını uygun bir şekilde yönetmek
Sağlığı korumak ve geliştirmek
Çeşitli durumlarda bakım için tercihler oluşturmak (ileri bakım planlaması)
Bakım için kullanılabilir finansal kaynakları saptamak
Bakım için aile destek sistemlerini ve sosyal ağları saptamak
Yaşlı bir hastanın mental ve duygusal güçlerini ve zaafalarını değerlendirmek

sadece klinik gözlemle teşhis edebilir, ancak orta derecede bozuklukları tanımlamakta güçlük çekerler. Geriatrik değerlendirme, güçsüzlük riski artan yaşlıları belirlemeye yardımcı olur ve genel sağlık, işlev ve yaşam kalitesini artıracak bir şekilde müdahale etme fırsatı sağlar. Sosyal değerlendirme, etkili bir bakım planının geliştirilmesinde önemlidir.

Tüm yaşlılar kapsamlı bir geriatrik değerlendirmeyi gerektirmez. Daha ziyade, bozuklukların taranması için risk altındaki kronik rahatsızlıkları ve sendromları olan yaşlılarda kapsamlı bir değerlendirme yapılmalıdır. Onaylanmış bir kendi kendine tarama aracı olan Hassas Yaşlılar Surveyi-13 [Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13)], işlevsel ve sağlık durumunu değerlendirir ve daha kapsamlı taramayı uygulamadan önce bir vaka bulma aracı olarak kullanılabilir (VES-13'e <http://www.rand.org/health/projects/acove/survey.html> internet adresinden erişilebilir). Hekim olmayan ofis personeli tarafından ayaktan yaşlı hastaları taramak için kullanılacak bir başka tarama aracı **Tablo 40-12**'de verilmiştir. Yaşlılar için bakım veren aile hekimleri geriatrik değerlendirme aracını klinik uygulamalarına dahil etmeye çalışmalıdır.

Tablo 40-11. Yaşlılarda beslenme yetersizliği ile ilişkili faktörler.

Demans
Depresyon
Diyabet
Düşmeler ve hareket bozuklukları
İşitme bozukluğu
Kalp yetmezliği
Hipertansiyon
İskemik kalp hastalığı
Malnütrisyon
Osteoartrit
Osteoporoz
Pnömoni ve influenza
Bası ülserleri
İnme ve atrial fibrilasyon
Üriner inkontinans
Görme bozukluğu

Kaynak: Wegner NS et al. Quality indicators for assessing care of vulnerable elders. *Ann Intern Med.* 2001; 135 [Suppl (8; Pt 2)]:653 (available at: <http://www.acponline.org>).

Tablo 42-1. Normal idrar yapmayı etkileyen fizyolojik faktörler.

Mesenenin dolması	Sempatik sinir sistemi	β -adr
		α -adr
Mesenenin boşalması	Parasempatik sinir sistemi	Koline
İstemli kontrol	Somatik sinir sistemi	Çizgil
	Merkezi sinir sistemi	Pontin

EÜS, eksternal üretral sfinkter, İÜS, internal üretral sfinkter.

► Klinik Bulgular

A. Semptom ve Belirtiler

1. İdrar Yolu Dışı Kaynaklı İnkontinans—İnkontinans sıklıkla spesifik ürogenital patoloji veya idrar yolu dışı faktörlere bağlı olma durumuna göre sınıflandırılır. Bu ayrımları vurgulamak için *geçiciye karşılık kalıcı*, *akuta karşılık persistan*, *primere karşılık sekonder* şeklinde terimler kullanılmaktadır. İnkontinansın idrar yolu dışı nedenlerinin hatırlanmasına yardımcı olmak amacı ile **Tablo 42-2**'de görülen DIAPPERS olarak kısaltılmış hatırlatıcı kullanılmaktadır. Yaşlılarda bu “idrar yolu dışı” nedenler çok yaygındır ve daha girişimsel primer ürogenital etyoloji araştırmalarına geçmeden önce bunları tanımlamak veya dışlamak önemlidir.

Deliryum, depresyon ve aşırı idrar çıkışına neden olan bozukluklar genellikle mesane ile ilgili stratejilerden çok primer nedenin medikal veya davranışsal tedavisini gerektirir. Primer neden düzeltildiği zaman genellikle inkontinans da ortadan kaldırılmış olur. Teşhis edildiğinde kolaylıkla tedavi edilebilmesine karşın, idrar yolu enfeksiyonları diğer klasik semptomların (dizüri, aciliyet, sık-

Tablo 42-2. Ürogenital patoloji ile birlikte olmayan üriner inkontinansı nedenleria.

D	Deliryum/konfüzyon durumu (Delirium)
I	Enfeksiyon (semptomatik) (Infection)
A	Atrofik üretrit/vajinit
P	İlaçlar (pharmaceuticals)
P	Psikiyatrik nedenler (özellikle depresyon)
E	Aşırı idrar çıkarma (hiperglisemi, hiperkalsemi, konjestif kalp yetmezliği) (Excessive urinary output)
R	Hareket kısıtlılığı (Restricted mobility)
S	Fekal tıkanıklık (Stool impaction)

^aGeçici, akut veya sekonder inkontinans olarak da bilinir.

enerjik	Detrüsör gevşemesi
enerjik	İÜS kasılması
erjik	Detrüsör kasılması
i kaslar	EÜS kasılması
n miksiyon merkezi	Üriner refleksin santral inhibisyonu

lık v.b.) yokluğunda daha az sıklıkla inkontinansa neden olur. Sağlıklı yaşlılarda bile sık görülen asemptomatik bakteriüri inkontinansa neden olmaz.

İlaçlar inkontinansın oldukça önemli ve çok sık görülen bir nedenidir. İdrar yapmada yer alan birçok nöral reseptör nedeniyle (**bakınız Tablo 42-1**), yaygın görülen diğer sorunları tedavi etmede kullanılan pek çok ilacın neden kolayca idrar kontrolünü etkileyebildiğini anlamak çok basittir. İnkontinansla ilişkili olan ilaçlar **Tablo 42-3**'te listelenmiştir. Bu ilaçların birçoğu reçetesiz alınabilir ve kombinasyon olarak mevcuttur (**Tablo 42-4**). Buna ek olarak kafein ve alkol gibi sıkça kullanılan maddeler diüretik etkilerine bağlı olarak veya mental durum üzerindeki etkileriyle inkontinansa katkıda bulunabilir. Bu nedenle ilaç kullanım öyküsünde hekim tarafından özellikle sorgulanmazsa hastanın inkontinansı ile ilişkili bazı ilaç ve maddeler önemli görülmeyebilir veya gözden kaçabilir.

Hareket kısıtlılığı veya inkontinansı engellemek için zamanında tuvalete yetişme konusundaki fiziksel yetersizlik de “fonksiyonel” inkontinans olarak değerlendirilir. İnkontinans sahip olunan fiziksel veya bilişsel yetersizliğin özelliklerine göre geçici veya kronik olabilir. Hastalara, yatak yanında bulundurulacak lazımlık, ördek gibi araçlar kadar fizik tedavi veya güç ve esneklik artırıcı eğitimler de yardımcı olabilir.

Kabızlık yaşlılarda çok sıktır ve hem lokal kitle etkisi ile ve hem de barsaklardaki opioid reseptörleri uyararak inkontinansa neden olabilir. Değerlendirilmek üzere inkontinans kliniklerine gönderilen hastaların $\leq 10\%$ 'unda, kabızlığın etyolojik bir faktör olduğu bildirilmiştir. Kon-

2. İnkontinansın ürolojik nedenleri—Sekonder veya geçici nedenler araştırılmış ve dışlanmışsa, daha ileri araştırmalar inkontinansa neden olabilecek spesifik ürolojik patolojilerin değerlendirilmesine odaklanmalıdır.

İdrar yollarının iki temel işlevi vardır: idrarın boşaltılması ve iki idrar yapma arasındaki sürede idrarın depolanması. Bu temel fonksiyonların herhangi birindeki bozulma inkontinansa neden olabilir ve öncelikle primer

org), ve Michael J. Fox Parkinson Araştırma Vakfı (The Michael J. Fox Foundation for Parkinson Research <http://www.michaeljfox.com>) da dahil olmak üzere çeşitli destek gruplarına yönlendirilebilirler. Hareket Bozuklukları için Dünya Çapında Eğitim ve Farkındalık (Worldwide Education and Awareness for Movement Disorder <http://www.wemove.org/>) ve Hareket Bozukluğu Birliği (the Movement Disorder Society <http://www.movementdisorders.org/>) PH hakkında bilgi veren diğer web siteleridir.

► Önleme

Hormonların (ör, östrojen, testosteron veya büyüme hormonu) sinir koruyucu özellikleri klinik önlemi tam anlaşılamamış olsa da araştırılmaktadır. Haaxma ve ark (2007) PH kadınlarda gecikmiş ve hafif belirtilerinin ve yavaş seyrinin östrojene bağlı olabileceğini belirtmiştir. Kafein ve sigaranın olası koruyucu etkileri bazı çalışmalarda gösterilmiştir. Sigara tabii ki bilinen nedenlerden ötürü iyi bir seçenek değildir. Nonsteroid anti inflamatuvar ilaçlar (NSAİİ) dopaminerjik nöronların nöroinflamatuvar yıkımını önlemede ve PH gelişme riskini azaltmada rol sahibi olabilir.

► Hastalığın Seyri ve Hastalık Sürecinin İzlenmesi

PH kronik ve ilerleyici bir hastalıktır ve ortalama on yıldan uzun sürebilir. Hastalığın ileri yaşlarda başlaması ve ilk bulgular arasında rijidite ya da hipokinezi görülmesi inme, işitsel kayıplar, görme bozuklukları, yürüme güçlükleri ve erkek cinsiyet gibi diğer eşlik eden morbiditelere oranla daha hızlı bir motor ilerleme hızının habercisidirler.

Parkinson hastalarının bakımı, hastalığın gelişimi hakkında uzun süreli bir değerlendirme ve gerektiği takdirde tedavi programında değişiklikler yapmak için tedavinin sonuçlarının ve olumsuz etkilerinin değerlendirilmesini gerektirir. Hastaların fonksiyonunu, tatminini ve motor ve motor olmayan bulguların şiddetini değerlendirmek için klinik değerlendirme ölçekleri kullanılabilir. Birleştirilmiş Parkinson Hastalığı Derecelendirme Ölçeği (The Unified Parkinson Disease Rating Scale “UPDRS”) yaygın bir şekilde kullanılmaktadır ve duygu-durum ve bilişsel yetileri; “on” ve “off” dönemlerinde günlük yaşam faaliyetlerini; motor becerileri, tedavinin komplikasyonlarını; hastalığın şiddeti ile yetersizlik düzeyi, duygu-durum ve PH’nın hem hastalığa hem de tedaviye ilişkin klinik tablosu da dahil olmak üzere genel işlevi değerlendiren altı bölümden oluşur. Diğer izleme ve değerlendirme araçlarından birkaç tanesi Parkinson Psikoz Derecelendirme Ölçeği (Parkinson Psychosis Rating Scale “PPRS”), Mini-Mental Durum Muayenesi (Mini-Mental State Examination “MMSE”) ve Parkinson Hastalığında Yaşam Kalitesi Testi (The Parkinson Disease Quality of Life Questionnaire “PDQL”)’dir.

Dorsey ER, et al. Projected number of people with Parkinson disease in the most populous nations, 2005 through 2030. *Neurology*. 2007;68:384–386. [PMID: 17082464]

Haaxma CA, et al. Gender differences in Parkinson’s disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatr*. 2007;78:819–824. [PMID:17098842]

- Hughes AJ, Daniel SE, Kilford L, Lees AJ. Accuracy of clinical diagnosis of idiopathic Parkinson's disease. A clinicopathological study of 100 cases. *J Neurol Neurosurg Psychiatr.* 1992;55:181–184.
- Jankovic J, et al. Therapies in Parkinson's disease. *Curr Opin Neurol.* 2012; 25:433–447.
- Jellinger KA. Neuropathology of sporadic Parkinson's disease. *Movement Dis.* 2012; 27(1).
- Malaty IA, et al. Neuroendocrinologic considerations in Parkinson disease and other movement disorders. *Neuroendocrinology* 2009; 15(2; Continuum issue):125–147.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. *Diagnosis and Pharmacological Management of Parkinson's Disease* (a national clinical guideline; available at www.sign.ac.uk; published Jan.2010).
- Shtilbans A, et al. Biomarkers in Parkinson's disease: an update. *Curr Opin Neurol.* 2012; 25:460–465.
- We Move Website (available at <http://www.wemove.org/>; accessed June 30, 2009).
- Whitton PS. Inflammation as a causative factor in the aetiology of Parkinson's disease. *Br J Pharmacol.* 2007;150:963–976. [PMID: 17339843]

TREMOR

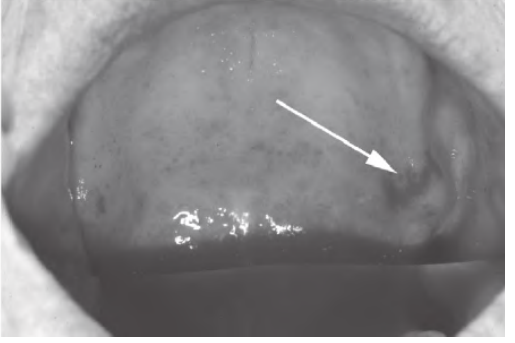
Tremor, sinir sisteminde karşıt uyarılan antagonistik kasların düzenli kasılmaları ile vücudun bir bölümünün ritmik salınımıdır. Tremor en sık rastlanılan hareket bozukluğudur. Tremor hareketsizken, vücut uzuvları sabit bir pozisyonda (postural) iken ya da belirli bazı hareketler sırasında (istemli) oluşur. **Tablo 44-6**, farklı psikolojik ya da patolojik etiyoloji nedeniyle oluşan farklı tipleri listelemektedir.

ESANSİYEL TREMOR



TANI ESASLARI

- ▶ Asıl kriterler:
 - ▶ Ellerde ve önkollarda veya en azından bir kolda postural veya kinetik tremor.
 - ▶ Distoni bulgusu olmaksızın baş tremoru.
 - ▶ Diğer etiyolojik faktörlerin ve nörolojik bulguların yokluğu: ilaçlar, alkol, parkinsonizm, distoni, hipertiroidi.
- ▶ Ek tanı kriterleri (her zaman aranmaz):
 - ▶ Çift taraflı.
 - ▶ Süre (>1 yıl-uzun süre).
 - ▶ Derecesi (el yazısı, vokalizasyon, günlük etkinlikleri bozması).
 - ▶ Aile öyküsü.
 - ▶ Alkolün olumlu etkisi.



▲ Şekil 46-12. Lökoplaki.

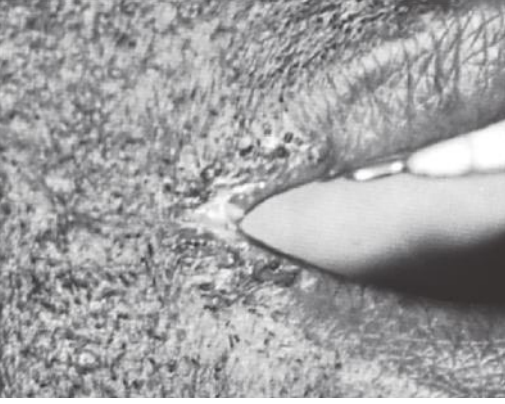
Orofarengeal karsinomlar sıklıkla yumuşak damağın lateral bölümlerinden ve dil kökünden gelişmektedir. Geliş semptomları arasında disfaji, ağrılı yutma (odinofaji), kulağa yansıyan ağrı (otalji) bulunabilir. Bu tümörler tanı sırasında genellikle ilerlemiştir. Ağız kanseri bölgesel olarak karşı taraftaki veya çift taraflı servikal ve submental lenf düğümlerine metastaz yapar. Uzak metastazlar genellikle akciğerlerde bulunur, fakat ağız kanseri başka herhangi bir organa metastaz yapabilir.

B. Tanı

Davranışları kendilerinde ağız kanseri riski yaratan tüm hastalar ağzın görsel ve dokunsal muayenesini; dilin gazlı bez yardımı ile tamamen dışarı çekilmesini; ve dilin, ağız tabanının ve boyundaki lenf düğümlerinin palpasyonunu içeren ayrıntılı bir ağız muayenesinden geçmelidir. Ağız kanseri ve prekanseröz lezyonlar semptomsuz olduğu için, birinci basamak sağlık bakımı sağlayanlar oral veya orofarengeal kanser açısından risk altında olan hastaları dikkatle muayene etmelidirler. Birinci basamak hekimi, 2 haftadan daha uzun süren ve iyileşmeyen her beyaz veya kırmızı lezyondan bir bistüri veya küçük biyopsi forsepsleri kullanarak biyopsi almalıdır. Diğer bir



▲ Şekil 46-13. Lökoplaki.



▲ **Şekil 46-14.** Aktinik keiloz.

seçenek olarak hasta biyopsiyi yapabilecek bir diş hekimine, ağız cerrahına veya baş boyun uzmanına sevk edilebilir. Büyük lezyonları veya ilerlemiş hastalığı olan hastalar tam bir baş boyun muayenesinden geçmelidir, çünkü bu hastaların %15'inde tanı sırasında ikinci bir birincil kanser olacaktır. Hiçbir birincil tümör saptanmayan boyun nodülleri ince iğne biyopsisi ile incelenebilir.

C. Görüntüleme Çalışmaları

Baş ve boyunun kontrastlı bilgisayarlı tomografisi ve manyetik rezonans görüntülemesi gibi görüntüleme çalışmaları evreleme amacıyla hastalığın yayılma derecesini ve servikal lenf düğümlerinin tutulumunu tespit etmek için kullanılır.

► Ayırıcı Tanı

Prekanseröz beyaz lezyonlar yanağın kronik ısırılmasından kaynaklanan lezyonlar olan sürtünmeye bağlı keratoz ve sigara içmenin bir sonucu olarak sert damakta hiperkeratozlu epitel değişikliklerinin olduğu bir durum olan nikotin stomatiti ile karıştırılabilir.

Prekanseröz lezyonların ayırıcı tanısına dahil edilmesi gereken diğer beyaz lezyonlar arasında kıllı lökoplaki, coğrafi dil ve kandidiyaz sayılabilir.

► Tedavi

Ağız ve dudak kanserlerinin tedavisinde hastalığın yaygınlık derecesine göre kemoterapi, cerrahi, radyasyon veya bu tedavi biçimlerinin bazı kombinasyonları yer alır. Bu tedaviler, ciddi stomatite (ağız iltihabı), kserostomiye (ağız kuruluğu), şekil bozukluğuna, konuşma ve çiğneme değişikliği, iştah kaybına ve oral enfeksiyonlara karşı artmış yatkınlığa neden olur. Bu komplikasyonların yönetimi, klinisyen, ağız cerrahı, onkolog ve konuşma terapisti tarafından multidisipliner bir ekip yaklaşımı gerektirir. Erken tanı daha iyi tedavi, estetik görüntü ve işlevsel sonuç sağlayıp sağkalım olasılığını artırmaktadır.

Tablo 49-1. İlaç ve doz seçimi için yardımcı olmak.

İlaç ve doz seçimi için yardımcı olmak
İlaç toksisitesinin tahmin edilmesi
Olumsuz ilaç reaksiyonlarının nedeninin değerlendirilmesi
Tedavi başarısızlığının nedeninin araştırılması
Bir aile üyesinde farmakogenomik varyant olduğu biliniyor ise diğer üyelere de test yapılması

► Klinik Uygulamalar

Farmakogenomik, bir dizi klinik indikasyon için yararlı olabilir (**Tablo 49-1**). Farmakogenomik, hastaya özgü farmakolojik profilin geliştirilmesi hedefini gerçekleştirmekten çok uzak olmakla birlikte, genetik testlerin klinik olarak uygulandığı bazı alanlar bulunmaktadır. **Tablo 49-2**'de onaylanmış ilaçlar için, paket içeriklerinde değinilmiş farmakogenomik bağlantılar sunulmaktadır.

► Klopidoğrel & CYP2C19

Klopidoğrel (Plavix) miyokardiyal infarktüs, inme ve periferik vasküler olay riskini azaltmak için yaygın olarak kullanılan bir antiplatelet ilaçtır. Klopidoğrel CYP2C19 enzimi ile aktif bir tiyol metabolitine dönüşmektedir.

Tablo 49-2. Paket içeriğinde farmakogenomik ile ilgili ve ilaçlar

Biyomarker	Etkilenen İlaç Kategorileri
CYP2C9	Analjezikler
CYP2C9, VKORC1	Antikoagülanlar
CYP2C19	Kardiyovasküler Nörolojik ve psikiyatrik Gastrointestinal
CYP2D6	Analjezikler Kardiyovasküler Nörolojik ve psikiyatrik
HLA-B*1502	Nörolojik
HLA-B*5701	Antiviraller
TPMT	Onkolojik/romatolojik
UGT1A1	Onkolojik

CYP2C19 metabolizması iyi olmayan hastalarda (sıklıkla *2 ve *3 alelleri) “Plavix direnci” gösterebilir ve bu kişiler, klopidoğrel kullanırken başarısız tedavi ve olumsuz kardiyovasküler olaylar açısından risk altındadır. TRITON-TIMI 38 çalışmasında, CYP2C19 genotipi normal olan hastalar ile karşılaştırıldığında, mutasyonlara bağlı olarak CYP2C19 fonksiyon kaybı olan hastalarda, kardiyovasküler olaylara (miyokardiyal infarktüs ve ölüm) bağlı ölüm riskinde %53 ve stent trombozu riskinde üç kat bir artış olduğu bulunmuştur. FDA, Mart 2010’da CYP2C19 metabolizması bozuk olanlar için bir uyarı olmasına karar vermiştir.

Klopidoğrel tedavisine aday olan hastalar için CYP2C19 genotiplendirmesi genelde yapılmamaktadır. CYP2C19 fonksiyonu ile önemli bir nokta olmakla birlikte klopidoğrel yanıtı ilaç-ilaç etkileşimlerinden de etkilenmektedir. 2011’de, üç topluluktan oluşan bir çalışma grubu, CYP2C19 genotiplendirme ya da platelet fonksiyon testleri ile rutin bir klopidoğrel direnci taraması yapılmasına gerek olmadığını bildirmiştir. Bununla birlikte CYP2C19 genotiplendirmesi yüksek riskli hastalar, özellikle de koroner stenti olanlar için yararlı olabilir. Büyük ölçekli, randomize ve prospektif çalışmalar planlanmaktadır. Klopidoğrelle klinik yanıt düşük olan hastalarda kullanılan alternatif antiplatelet ilaç prasugrel’dir.

erileri bulunan seçilmiş bazı farmakogenomik biyomarkerler

	Spesifik İlaçlar
	Selekoksisib
	Varfarin
	Klopidoğrel Karisoprodol, sitalopram, klobazam, diazepam Proton pompa inhibitörleri: dekslansoprazol, esomeprazol, lansoprazol, omeprazol, pantoprazol, rabeprazol
	Kodein Karvedilol, metoprolol, propranolol <i>Antidepresanlar</i> (SSRI’lar/SNRI’lar): sitalopram, fluoksetin, fluvoksamin, nefazodon, paroksetin, venlafaksin <i>Antidepresanlar</i> (trisiklikler): amitirptilin, klomipramin, desipramin, doksepin, imipramin, nortriptilin, protriptilin <i>Antipsikotikler</i> : aripiprazol, klozapin, iloperidon, perfenazin, risperidon <i>Diğer</i> : atomoksetin, klordiazopoksit, modafanil
	Karbamazepin, fenitoin
	Abakavir
	Azatiyoprin, 6-merkaptopurin
	İrinotekan

► Klinik Bulgular

Turist diyaresi seyahat sırasında veya döndükten hemen sonra ani olarak başlayan, genellikle günde dört-beş kez olan sulu dışkılama ile karakterizedir. Çoğu epizod döndükten 4-14 gün sonra başlar. Ancak alınan bakteri konsantrasyonu çok fazlaysa daha erken de başlayabilir. Sık görülen belirti ve bulgular gevşek veya sulu dışkılama, karında kramp, şişkinlik, acil tuvalete çıkma ihtiyacı, kırıklık ve bulantıdır. Etkilenenlerin %15'inden azında kusma olur. Tedavi edilmezse semptomlar 3-4 gün içinde düzelir. Fakat daha uzun da sürebilir. Nedene bağlı olarak, ateş veya kanlı ishal görülebilir fakat sık değildir. Fizik muayenede karın yumuşaktır ve diffüz hassasiyet vardır fakat rijidite yoktur ve barsak sesleri artmıştır. Hastalar diyarenin ciddiyetine bağlı olarak dehidrate görünebilir. Turist diyaresi nadiren yaşamı tehdit edici olmakla birlikte, önemli morbiditeye neden olabilir. Beş turistten biri bir gün boyunca yatağa düşer ve >%33,3 hasta aktivitelerini değiştirmek zorunda kalır. Gayta muayenesi ve kültür ile etken ortaya koyulabilmekle birlikte vakaların %40-70'inde hiçbir patojen gösterilemez. Enterotoksik ve non-patojen *E. coli* ayırımını yapmak çok zordur. *C. parvum*, *C. microsporidium* veya daha az görülen mikroorganizmalar için araştırma yapmaya sadece diyare 10-14 günden fazla sürdüğünde başlanmalıdır.

► Tedavi

Turist diyaresinin tedavisinde sıvı replasmanı yapılır ve genellikle florokinolon antibiyotikler (çocuklarda azitromisin) verilir (**Tablo 52-4**). Yaygın direnç nedeniyle artık trimetoprim-sulfometoksazol ve doksisisiklin önerilmemektedir. *E.coli*'ye bağlı turist diyaresinde rifaksimin

Tablo 52-4. Turist diyaresinin tedavisinde kullanılan antibiyotikler

Antibiyotik	Doz	Yorum
Siprofloksasin (Cipro)	1-3 gün boyunca günde 2 kez 500 mg	Diğer kinolonlar (Örn. ofloksasin, norfloksasin ve levofloksasinin de etkili olduğu sanılmaktadır.
Rifaximin (xifaxan)	3 gün boyunca günde 3 kez 200 mg	Dizanterili kişilerde etkili değildir
Azitromisin (Zitromax)	Yetişkinlerde: 3 gün boyunca günde 500 mg veya tek doz 1000 mg. Çocuklarda: 3 gün boyunca 10 mg/kg	Çocuklarda ve gebe kadınlarda ve kinolona dirençli <i>Campylobacter</i> 'de seçilen antibiyotik

de kullanılabilir. Meksika ve Latin Amerika'da çok faydalıdır. Ancak etken patojenin *Campylobacter* olduğu durumda daha az faydalıdır. Bazı ülkelerde, özellikle de Tayland'da ve Nepal'de *Campylobacter* infeksiyonları florokinolonlara sıklıkla dirençlidir. Bu nedenle sıklıkla azitro- misin veya diğer antibiyotikleri kullanmak gereklidir. Genellikle antibiyotiklerin 3-5 gün kullanılması önerilmekle birlikte, 1-2 günlük tedavinin yeterli olduğuna dair kanıtlar vardır.

Bizmut subsalisilat 30 dakikada bir iki tablet çiğnemek (veya 1 ons sıvı almak) şeklinde sekiz doza kadar kullanılabilir. Aspirin alan hastalarda, gebelerde veya çocuklarda olası salisilat toksisitesi akılda tutulmalıdır. Loperamid veya difenoksilat yetişkinlerde kullanılabilir. Ancak yüksek ateş veya kanlı diyare varsa asla kullanılmamalıdır. Genellikle en iyisi özellikle de diyare orta derecede veya ağırsa bu ilaçları antibiyotiklerle kombine etmektir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün oral replasman sıvısı (ORS) tuzları ile sıvı replasmanı çoğu ülkede bulunmaktadır. Birleşik Devletler'de bu tuzlar Cera Ürünlerinden sağlanabilir (www.ceraproductsinc.com). Basit bir rehidratasyon sıvısı evde de hazırlanabilir: ½ tatlı kaşığı sofra tuzu, ½ tatlı kaşığı karbonat ve 4 yemek kaşığı şeker 1 L suya koyulur, varsa potasyum sağlamak için portakal suyu eklenebilir. Yetişkinler her sulu dışkılamadan sonra 8 ons (Çvn. Yaklaşık 240 cc) içmelidir. 2 yaşından küçük çocuklara 2-4 ons (Çvn. Yaklaşık 60-120cc), 2-10 yaş arasındakilere 4-7 ons (Çvn. Yaklaşık 120-200cc) verilmelidir. Avrupa'da bulunan fakat ABD'de bulunmayan Acetorphan (Racecadotril) oral rehidratasyon solusyonlarına eklenebilen etkili bir tamamlayıcı olabilir. Diyareli bebeği emziren anneler de emzirmeye devam etmelidir. Ayrıca hastalara sıklıkla diyarenin daha hızlı düzelmesi- ni sağlayan haşlanmış pirinç yemeleri söylenebilir.

► Korunma

Daha önce belirtildiği gibi diyetle ilgili önlemlerin turist diyaresini önlemedeki etkinliği kanıtlanmamış olmakla birlikte turistlerin hijyene ve sanitasyona dikkat etmeleri ve gıdaların hazırlanmasına çok özen göstermeleri ve yüksek riskli ve maceracı gıdalardan kaçınmaları önemlidir.

CDC çoğu turist için antibiyotik profilaksisi önermemektedir fakat aktif inflamatuvar barsak hastalığı, tip 1 diabetes mellitus, AIDS ve diğer immünsüpresif hastalıkları, anstabil kalp hastalığı olanlarda ve proton pompası inhibitörü kullananlarda indike olabilir. Hastalıkla geçecek tek bir günün dahi seyahatin amacını etkileyebilecek olan oldukça kısa süreli seyahat planlayan turistler de profilaktik ilaç kullanmayı isteyebilirler.

Florokinolonların yaklaşık olarak %90 kadar korunma sağladığı bulunmuştur. Günde 500 mg siprofloksasin veya 500 mg levofloksasin; günde 400 mg norfloksasin, günde 300 mg ofloksasin gibi tedaviler hep kullanılmış-

Bu kanıta dayalı kılavuz ile yaşamları boyunca hastaların sürekli ve kapsamlı bakımını sağlar

LANGE®

Birinci basamakta görülen tüm klinik durumların TANI, TEDAVİ VE YÖNETİMİ İLE İLGİLİ KULLANIMI KOLAY BİR KILAVUZ

Doğum öncesi bakım, kene kaynaklı enfeksiyonlar, tüberkülozun tanı ve yönetimi, HIV tanısı ve yönetimi ve TSSB/TBH (Travma sonrası stres bozukluğu/Travmatik beyin hasarı) hakkında YENİ BÖLÜMLER

USMLE Step 3 gözden geçirme, board sertifikası ve sürdürme veya yeniden sertifikasyon için muhteşem

Birinci basamakta stajyerler, uygulamadaki hekimler, yüksek uygulama hemşireleri ve doktor yardımcıları için mutlaka gerekli

- Çocukluk ve ergenlikten başlayarak, yetişkinlik ve yaşlılık dönemine ilerleyen yaşam sürecinin gelişimine göre düzenlenmiştir.
- Kanıta dayalı öneriler
- Konservatif ve farmakolojik tedaviler
- Uygun durumlarda tamamlayıcı ve alternatif tedaviler
- Diğer sağlık hizmeti sağlayanlar ile işbirliği önerileri
- Hem tek başına hem de komorbid durumlarda hastanın zihinsel ve davranışsal sağlıklarına dikkat etme
- Hastalığın aileye etkisini tanıma
- Hasta eğitimi bilgileri
- Yaşamın sonu konuları

ARADIĞINIZ TÜM TIP KİTAPLARI BU ADRESTE



www.guneskitabevi.com

GENEL DAĞITIM

GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

ANKARA

M. Rauf İnan Sokak No: 3
06410 Sıhhiye / Ankara
Tel: (0312) 431 14 85 • 435 11 91-92
Faks: (0312) 435 84 23

İSTANBUL

Gazeteciler Sitesi Sağlam Fikir Sokak
No: 7 / 2 Esentepe / İstanbul
Tel: (0212) 356 87 43
Faks: (0212) 356 87 44

KADIKÖY

Rasimpaşa Mah. İskele Sokak
No: 4 / A Kadıköy / İstanbul
Tel&Faks: (0216) 546 03 47



Türkiye'nin her yerinden...
0505 734 13 13



ISBN 978-975-277-730-9

9 789752 777309