

CURRENT

Birinci Basamakta Güncel Klinik Uygulama Kılavuzları

Hastalık tarama, önleme ve
tedavi kılavuzlarının en son
kısa özetleri

JOSEPH S. ESHERICK
EVAN D. SLATER
JACOB A. DAVID

Çeviri Editörü
Çiğdem KADER



GÜNEŞ TIP
KITABEVLERİ



LANGE®

CURRENT

Birinci Basamakta Güncel Klinik Uygulama Kılavuzları

2018

Joseph S. Esherick, MD, FAAFP

Director of Medicine
Ventura County Medical Center
Associate Clinical Professor of Family Medicine
David Geffen School of Medicine
Los Angeles, California

Evan D. Slater, MD

Ventura County Medical Center
Assistant Clinical Professor of Medicine
David Geffen School of Medicine
Los Angeles, California

Jacob A. David, MD, FAAFP

Associate Program Director
Family Medicine Residency Program
Ventura County Medical Center
Clinical Instructor
UCLA School of Medicine
Los Angeles, California

Çeviri Editörü

Doç. Dr. Çiğdem Kader

Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji
Anabilim Dalı, Yozgat

Editör Yardımcıları

Doç. Dr. Demet Menekşe Gerede Uludağ

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kardiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Dr. Öğr. Üyesi Nevin Koç İnce

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji
Anabilim Dalı, Düzce



Current Birinci Basamakta Güncel Klinik Uygulama Kılavuzları

Türkçe Telif Hakları 2019

Türkçe 1. Baskı

ISBN: 978-975-277-762-0

Orijinal Adı: Current Practice Guidelines in Primary Care

Yayınevi: McGraw-Hill

Yazarlar: Joseph S. Esherick, MD, FAAFP, Evan D. Slater, MD, Jacob A. David, MD, FAAFP

Çeviri Editörleri: Doç. Dr. Çiğdem Kader

Orijinal ISBN: 978-1-260-03106-5

Kitabın 5846 ve 2936 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Yasası Hükümleri gereğince (kitabın bir bölümünden alıntı yapılamaz, fotokopi yöntemiyle çoğaltılamaz, resim, şekil, şema, grafik v.b.'ler kopya edilemez) 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 Akçıl

Yayına Hazırlama: Güneş Dizgi-Grafik Tasarım Birimi

Baskı: Ayrıntı Basım ve Yayın Matbaacılık Hiz. San. Tic. Ltd. Şti.

İvedik Organize Sanayi Bölgesi 28. Cad. 770 Sok. No: 105-A Ostim/ANKARA

Telefon: (0312) 394 55 90 - 91 - 92 • Faks: (0312) 394 55 94

Sertifika No: 13987

UYARI

Medikal bilgiler sürekli değişmekte ve yenilenmektedir. Standart güvenlik uygulamaları dikkate alınmalı, yeni araştırmalar ve klinik tecrübeler ışığında tedavilerde ve ilaç uygulamalarındaki değişikliklerin gerekli olabileceği bilinmelidir. Okuyuculara ilaçlar hakkında üretici firma tarafından sağlanan ilaca ait en son ürün bilgilerini, dozaj ve uygulama şekillerini ve kontrendikasyonları kontrol etmeleri tavsiye edilir. Her hasta için en iyi tedavi şeklini ve en doğru ilaçları ve dozlarını belirlemek uygulamayı yapan hekimin sorumluluğundadır. Yayıncı ve editörler bu yayından dolayı meydana gelebilecek hastaya ve ekipmanlara ait herhangi bir zarar veya hasardan sorumlu değildir.

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: (0216) 546 03 47

www.guneskitabevi.com

Bu kitap Ventura County Tıp merkezindeki şimdiki ve
eski tüm intern doktorlara adanmıştır.

İçindekiler

Önsöz xiii

1. HASTALIK TARAMASI

- Abdominal Aort Anevrizması 1
- Gastroözefageal Bileşke Adenokarsinomu 4
- Alkol Kötüye Kullanımı ve Bağımlılık 5
- Anemi 6
- Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu 8
- Otizm Spektrum Bozuklukları 9
- Aseptomatik Bakteriüri 9
- Bakteriyel Vajinozis 10
- Barret Özofagus 10
- Kanser
 - ✓ Mesane 11
 - Meme 13
 - Brca 1 ve 2 Mutasyon Testi 20
 - ✓ Servikal 22
 - Kolorektal 26
 - Endometrium 32
 - Gastrik 34
 - Karaciğer (Hepatosellüler Karsinoma) 34
 - Akciğer 35
 - Oral 37
 - Over 38
 - Pankreas 40
 - Prostat 41
 - Cilt (Melanom) 46
 - Testis 47
 - Tiroid 48
 - Karotis Arter Darlığı (Aseptomatik) 49
 - Çölyak Hastalığı 50
 - Klamidya 51
 - ✓ Kolesterol ve Lipid Bozuklukları 53
 - Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı 60
 - Koroner Arter Hastalığı 60
 - ✓ Demans 64
 - Depresyon 64
 - Gelişimsel Kalça Displasi 66
 - Diabetes Mellitus
 - Gestasyonel 67
 - Tip 2 67
 - Yaşlılarda Düşme 69
 - Aile İçi Şiddet ve İstismar 70

✓ Majör 2018 güncellemeleri gösterir.
+ 2018 için yeni bir konuyu gösterir.

Fetal Anöploidi	71
Glokom	72
Gonore	72
Grup B Streptokok Enfeksiyonu	73
İnfanlarda Büyüme Anomalileri	74
İşitme Kaybı	74
Hemakromatoz (Kalıtsal)	75
Hemoglobinopatiler	77
Hepatit B Virüs Enfeksiyonu	77
Kronik Hepatit C Virüs Enfeksiyonu	79
Herpes Simplex Virüs, Genital	80
İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü	81
Hipertansiyon	
Çocuklar ve Ergenler	82
Yetişkinler	83
Yaşadışı Madde Kullanımı	85
Böbrek hastalığı, Kronik	86
Kurşun Zehirlenmesi	86
Motorlu Araç Güvenliği	88
Yenidoğan Taraması	88
Obezite	89
Osteoporozis	90
√ Pelvik Muayeneler	92
Fenilketonüri	93
Rh (D) Uyuşmazlığı	93
Skolyoz	94
+ Uyku Apnesi	94
Konuşma ve Dil Gecikmesi	94
√ Sifiliz	95
+ Troid Hastalıkları	96
Tütün Kullanımı	98
Latent Tüberküloz	99
Görme Kaybı, Glokom veya Katarakt	100
Vitamin D Eksikliği	101

2. HASTALIĞI ÖNLEME 103

√ Astım	103
Sırt Ağrısı, Düşük	104
Meme Kanseri	104
Servikal Kanseri	107
Kolorektal Kanseri	108
Endometriyal Kanseri	110
Özofagus Kanseri	111
Mide Kanseri	111
Karaciğer Kanseri	112
Akciğer Kanseri	113
Oral Kanseri	113
Over (Yumurtalık) Kanseri	114

√ Majör 2018 güncellemeleri gösterir.

+ 2018 için yeni bir konuyu gösterir.

Prostat Kanseri	115
Deri Kanseri	116
Katater İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonları	116
Sezaryen Doğum	117
Kolit, <i>Clostridium Difficile</i>	118
Konküzyon	119
✓ KOAH Alevlenme	120
Diş Çürüğü	120
✓ Diyabetes Mellitus Tip 2	122
Aile İçi Şiddet	123
Sürüş Riski	123
Endokardit	124
Yaşlılarda Düşme	125
Kırıklar	126
Gonore, Oftalmia Neonatorum	126
Gut	127
Grup B Streptokok Enfeksiyonu	128
Hormon Replasman Tedavisi	128
İnsan İmmün Yetmezlik Virüs, Fırsatçı Enfeksiyonlar	129
Hipertansiyon	139
Bağışıklama	
Erişkinler	141
Bebekler ve Çocuklar	141
+ İnfluenza (grip)	
Kemoprofilaksi	141
Aşılama	142
Böbrek Hasarı, Akut	143
Motorlu Araç Yaralanması	144
Miyokardiyal Enfarktüs	
Aspirin Tedavisi	145
Diyet Tedavisi	146
Statin Tedavisi	147
Özel Popülasyonlar	149
✓ Nöral Tüp Defektleri	153
✓ Obezite	154
Osteoporotik Kalça Kırıkları	155
Otitis Media	156
Postpartum Kanama	156
Preeklampsi	157
Preterm Doğum	157
Bası Ülserleri	158
Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar	159
İnme	160
Atriyal Fibrilasyon	160
Özel Popülasyonlar	164
✓ Ani Bebek Ölüm Sendromu	168
Cerrahi Alan Enfeksiyonları	169
Tütün Kullanımı	169

✓ Majör 2018 güncellemeleri gösterir.

+ 2018 için yeni bir konuyu gösterir.

Venöz Tromboembolizm	
Cerrahi Olmayan Hastalarda	170
Cerrahi Geçirecek Hastalarda	173

3. HASTALIK YÖNETİMİ

Abdominal Aort Anevrizması	177
+ Anormal Karaciğer Biyokimyası	181
+ Lokalize Prostat Kanseri Yönetimi	183
Adrenal İnsidentalomalar	184
+ Acil Serviste Yetişkin Psikiyatrik Hastalar	185
Alkol Kullanım Bozuklukları	185
Anafilaksi	186
Androjen Eksikliği Sendromu	187
Anemi, Eritropoietik Ajanların Kullanımı	188
+ Ankilozan Spondilit ve Spondiloartritler	189
Anksiyete	190
Apne	
Santral Uyku Sendromu	190
Obstrüktif Uyku	191
Siroza Bağlı Asit	192
Astım	193
Aseptomatik Bakteriüri	196
Atopik Dermatit	196
Atrial Fibrilasyon	197
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	212
Otizm	214
Otizm Spektrum Bozuklukları	215
Bel Ağrısı	216
Barret Özefagus	219
Bell Paralizi	220
Bening Prostat Hiperplazisi	221
Meme Kanseri Takibi	222
Akut Bronşit	224
+ Karbonmonoksit Zehirlenmesi	224
Karotis Arter Hastalığı	225
Katarakt	227
✓ Çölyak Hastalığı	228
Sıkışmış Serumen (Buşon)	228
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	
Alevlenmeleri	229
Stabil	230
Kobalamin (B ₁₂) Eksikliği	233
Kolit, <i>Clostridium Difficile</i>	235
Kolorektal Kanseri İzlem	237
Soğuk Algınlığı	238
Konküzyon	238
Konstipasyon, İdiyopatik	239
Kontrasepsiyon	240
Acil Kontrasepsiyon	253

✓ Majör 2018 güncellemeleri gösterir.

+ 2018 için yeni bir konuyu gösterir.

- Koroner Arter Hastalığı 254
- Cushing Sendromu 266
- Deliryum 266
 - Postoperatif 267
- Demans 267
 - Alzheimer Hastalığı 268
 - Beslenme Tüpleri 269
- Depresyon 269
- Yatan Hastada Diyabetik Ayak Problemlerinin Yönetimi 270
- Diabetes Mellitus
 - Gestasyonel Diyabet 270
 - Tip 1 271
 - Tip 2 273
- + İshal, Akut 280
 - Diffüz Büyük β Hücreli Lenfoma Evre I ila IV 282
 - Dispepsi 283
 - Disfaji 285
 - Yeme Bozuklukları 285
 - Ektopik Gebelik 286
 - Epilepsi 287
 - Erektile Disfonksiyon 288
 - Safra Taşı 289
- + Alt Gastrointestinal Kanama 289
 - Üst Gastrointestinal Kanama 291
 - Geriatrı 293
 - Glokom, Kronik Açık Açılı 312
 - Gut, Akut Ataklar 313
 - Baş Ağrısı 315
 - Migren Profilaksisi 315
 - Ani İşitme Kaybı 324
 - Kalp Yetmezliği 324
 - Helicobacter Pylori* Enfeksiyonu 330
- + Hematüri 331
 - Hepatit B Virüs 332
 - Enfeksiyonu 333
 - Tedavisi 334
 - Hepatit C Virüsü 335
 - Hereditör Hemakromatoz 336
 - Kalça Kırıkları 337
 - Ses Kısıklığı 338
 - İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü 339
 - Antiretroviral Tedavi 340
 - Antiretroviral Kullanımı 341
 - Gebelik 342
 - Hiperlipidemi 343
 - Hipertansiyon 358
 - Hipogonadizm, Erkek 371
 - 5 Yaş Altında Çocuklarda Ciddi Hastalık Riskinin Belirlenmesi 372
 - Daimi Üriner Kataterler veya Aralıklı Kateterizasyon 373

√ Majör 2018 güncellemeleri gösterir.

+ 2018 için yeni bir konuyu gösterir.

Erkek İnfertilitesi	374
İnflamatuvar Barsak Hastalığı	
Crohn Hastalığı	374
Ülseratif Kolit	375
Ülseratif Kolit, Cerrahi Tedavi	376
İnfluenza	377
Demir Eksikliği Anemisi	378
İrritabl Barsak Sendromu	383
Böbrek Hastalığı	
Kronik	384
Kronik Böbrek Hastalığı-Mineral ve Kemik Hastalıkları	385
Böbrek Hasarı, Akut	386
Böbrek Taşları	387
Akut Larenjit	389
Malign Spinal Kord Kompresyonu	390
+ Kanser Hastalarında Venöz Trombozun Yönetimi	391
Menenjit, Bakteriyel	393
Menopoz	394
Metabolik Sendrom	395
Metisilin Dirençli <i>Staphylococcus Aureus</i> Enfeksiyonları	397
Multipl Skleroz	399
+ Kas Krampları	399
+ Nörosistiserkozis	400
Febril Nötropeni	400
Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri Takip Bakımı	402
Normal Basıncılı Hidrosefali	403
Obezite	404
Osteoartrit	405
Osteoporoz	407
Glukokortikoid'e Kaynaklı	409
Otitis Eksterna, Akut	411
Otitis Media, Akut	411
Over Kanserinde Takip	413
+ Ağrı, Kronik	414
+ Kanser İlişkili Kronik Ağrı	416
Nöropatik Ağrı	419
Ölmekte Olan Erişkinlerin Palyatif Bakımı	419
Pankreatit, Akut (AP)	421
Pap Smear, Anormal	423
Parasentez	429
Periferik Arter Hastalığı	429
Akut Farenjit	431
Trombosit Transfüzyonu	433
+ Malign Plevral Effüzyon	434
Polikistik Over Sendromu	436
Pnömoni	437
Gebelik	
Postpartum Hemoraji	440
Erken Membran Ruptürü	441
Erken Doğum	441

√ Majör 2018 güncellemeleri gösterir.

+ 2018 için yeni bir konuyu gösterir.

- Erken Doğum, Tokoliz 442
- Rutin Prenatal Bakım 443
- Madde Bağımlılığı 446
- Preoperatif Değerlendirme 446
- Bası Yaraları 446
- Preoperatif Derlendirme 447
- Prostat Kanserinde Takip 448
- Psoriasis (sedef hastalığı)
 - Psöriyatik Artrit 450
 - Plak Tip 451
- Acil Serviste Psikiyatrik Hastalar 453
- Pulmoner Nodüller 453
- Kırmızı Kan Hücresi Transfüzyonu 454
- Renal Hücreli Kanseri Tipi 458
- + Böbrek Kitleleri, Küçük 464
- Solunum Yolu Enfeksiyonları
 - Alt 465
 - Üst 466
- Huzursuz Bacak Sendromu ve Periyodik Bacak Hareketi Bozuklukları 467
- Romatoid Artrit, Biyolojik Hastalık Modifiye Edici Antiromatizmal İlaçlar 468
- Rinit 469
- + Siyatik 470
- Nöbetler 471
 - Febril 472
- Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar 473
- Sinüzit 480
 - Akut Bakteriyel 480
- İnme
 - Akut İskemik 481
 - Tekrarlayıcı 483
- + Senkop 490
- Sifiliz 493
- Trombositopeni, İmmün Aracılı 493
- Trombositopeni, Heparinle İndüklenen 498
- Trombositopeni, Trombotik Purpura 501
- Tiroid Hastalığı
 - Hipertiroidizm 504
 - Gebelik ve Postpartum 506
- Tiroid Nodülleri 508
- Tinnitus (Kulak Çınlaması) 509
- Tütün Bağımlılığı, Sigara Bırakturma 509
- Tonsilektomi 513
- Transfüzyon Tedavisi, Kırmızı Kan Hücre Transfüzyonuna Alternatifler 513
- Transfüzyon Tedavisi
 - Kriyopresipitat 514
 - Taze Donmuş Plazma 514
 - Trombosit Transfüzyonu 515
 - Protrombin Kompleks Konsantresi 516
 - Kırmızı Kan Hücresi Transfüzyonu 516

√ Majör 2018 güncellemeleri gösterir.

+ 2018 için yeni bir konuyu gösterir.

Travmatik Beyin Hasarı	516
Tremor, Temel	517
Tüberküloz	
Tanı	517
Akciğer Dışı Tüberküloz Tanı	518
Akciğer Dışı Tüberküloz Tedavi	518
Tüberküloz Tedavi	519
Latent Tüberküloz Yönetimi	521
Çok İlaça Bağlı Tüberküloz	522
Timpanostomi Tüpleri	522
Stres Ülseri	523
Üriner İnkontinans	
Aşırı Aktif Mesane	523
Stres	524
İdrar Yolu Enfeksiyonları	528
Alt Üriner Sistem Semptomları	530
+ Kapak Hastalıkları	531
Venöz Tromboembolizm	
Derin Venöz Tromboz	534
Pulmoner Emboli	539
Vertigo, Benign Paroksizmal Pozisyonel	540
Vitamin Eksiklikleri	541

4. EKLER

Tarama araçları	
Alkol Kötüye Kullanımı	544
Depresyon	547
Geriatrik Depresyon Ölçeği	552
Çocuklarda Otizm için Düzeltilmiş Kontrol Listesi, Takip ile Gözden Geçirilmiş	553
Yaşlılarda Fonksiyonel Değerlendirme Taraması	555
Savunmasız Yaşlılar: İlaç Yan etkilerinin Önlenmesi	558
Kronik Hastalıklarda Yaşlı Erişkinlerde İlaç Seçiminde Sakınılması Gereken Durumlar	561
Yaşlı Erişkinlerde Dikkatli Kullanılması Gereken İlaçlar	564
Tarama ve Önleme 2012 Kılavuzları Perspektifinde	565
95. Persantil Kan Basıncı Değerleri	
Erkekler için	568
Kızlar için	569
Vücut Kitle İndeksi (VKİ) Dönüşüm Tablosu	570
10 Yıllık Kardiyak Risk Tahmini	
Erkekler için	571
Kadınlar için	573
10 Yıllık İnme Risk Tahmini	
Erkekler için	575
Kadınlar için	577
Bağışıklama Programı	579
Mesleki Dernekler ve Devlet Kurumları	591

Dizin 595

√ Majör 2018 güncellemeleri gösterir.

+ 2018 için yeni bir konuyu gösterir.

Önsöz

Current Birinci Basamakta Güncel Klinik Uygulamalar Kılavuzu 2018, hem ayaktan hem de hastane ortamında takip edilen hastalarda birincil bakım konuları için güncellenmiş, kanıta dayalı kılavuzlarla ilgilenen tüm klinisyenler için tasarlanmıştır. Bu cep boyutundaki kaynak, ulusal olarak kabul görmüş tıbbi derneklerden ve devlet kurumlarından gelen bilgileri, hemen hemen tüm ayaktan bakım konularında özenli tavsiyeler ve kılavuzlarla birleştirir.

Bu kitap en sık görülen birinci basamak sağlık sorunlarının değerlendirilmesinde ve tedavisinde hızla başvurulması için hastalıkların taranması, hastalıkların önlenmesi ve tedavi yönetimi ile ilgili konular şeklinde düzenlenmiştir. *Current birinci basamakta güncel klinik uygulamalar kılavuzunun* 2018 yılı baskısı, birinci basamakta bakım konularında seksenin üzerinde güncellemeler veya yeni bölümler içeriyor. Kitap, internler, tıp öğrencileri ve aile hekimliği, iç hastalıkları, pediatri, obettri ve jinekoloji alanlarında çalışan doktorlar için mükemmel bir kaynaktır.

Tüm hatalar ve eksiklikleri bulmak için özenle gayret gösterilmesine rağmen, bazı hatalar devam edebilir. Bir hata bulursanız veya bir öneri yapmak isterseniz, lütfen EditorialServices@mheducation.com adresine e-posta atınız.

Joseph S. Esherrick, MD, FAAFP
Evan D. Slater, MD
Jacob A. David, MD, FAAFP

Çeviri Editörü Önsözü

Elinizde bulunan eser; *CURRENT Practice Guidelines in Primary Care* isimli İngilizce orijinalinin, beşinci baskısının Türkçe çevirisidir. Bu kitabın yeni baskısının çevirisini sizlere sunmaktan mutluluk duyuyoruz. Bilimsel bilgileri en pratik şekilde ve uygulanabilir halde sunan bu kitap; birinci basamak sağlık hizmetleriyle ilgilenen meslektaşlarımız başta olmak üzere, toplum sağlığıyla ilgilenen tüm hekim gruplarına yönelik olarak hazırlanmış bütüncül bir başvuru kaynağı niteliğindedir. Bu kitabı çevirirken anlaşılır Türkçe ifadeler kullanarak sizlere sunmak istedik. Tıp dilindeki terimler çeviri esnasında aynen korunmaya çalışılmıştır. Türkçe karşılığı olan kavramlar, dilimize yerleşmiş karşılıkları ile kullanılmıştır. Uzun süren ve yoğun emek gerektiren çeviri süreci ve düzeltmeler yine de gözden kaçan hatalara yol açabilir. Okuyucularımızın bu konuda anlayışlı olacağından eminiz. Tüm hatalar ve eksiklikleri bulmak için özenle gayret gösterilmesine rağmen, bazı hatalar devam edebilir. Bir hata bulursanız veya bir öneri yapmak isterseniz, lütfen dizgi@guneskitabevi.com adresine e-posta atınız

Çeviri editörü olarak eserin hazırlanmasında emeği geçen birlikte yoğun ve uzun mesai harcadığım başta çeviri editör yardımcılarım Demet Menekşe Gerede ile Nevin Koç İnce'ye ve çeviriye katkı sağlayan tüm meslektaşlarımıza teşekkür ederim. Kitabın çevirisi sırasındaki teknik zorlukları aşmamızda her türlü desteği sağlayan, dizgi ve mizanpaj çalışmalarını yapan başta İhsan Ağın ve Bülent Güler olmak üzere Güneş Tıp Kitabevleri çalışanlarına ayrıca teşekkür ederim.

Doç. Dr. Çiğdem KADER

Çeviriye Katkıda Bulunanlar

Uzm. Dr. Aynur Acıbuca

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Adana
Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma
Merkezi Kardiyoloji Kliniği, Adana

Opr. Dr. Burak Açıkgöz

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi
Konuk Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi,
Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul

Doç. Dr. Hakan Ak

Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin
ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, Yozgat

Doç. Dr. Nazan Kılıç Akça

Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim Dalı, Yozgat

Dr. Öğr. Üyesi Şebnem Şenol Akar

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyolo-
ji Ana bilim Dalı, Manisa

Uzm. Dr. Yasemin Şefika Akdeniz

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi
Konuk Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi,
Endokrinoloji ve Metabolizma Kliniği, İstanbul

Dr. Öğr. Üyesi Tülin Aktürk

Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöro-
loji Anabilim Dalı, Yozgat

Dr. Öğr. Üyesi Levent Albayrak

Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil
Tıp Anabilim Dalı, Yozgat

Uzm. Dr. Eyüp Arslan

Bismil Devlet Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları
ve Klinik Mikrobiyoloji Bölümü, Diyarbakır

Doç. Dr. Vedat Bakuy

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi
Konuk Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi,
Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul

Dr. Öğr. Üyesi Emre Başer

Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın
Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Yozgat

Doç. Dr. Ayşe Batırel

İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Sağlık Uygula-
ma ve Araştırma Merkezi, Enfeksiyon Hastalık-
ları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Doç. Dr. Hasan Ali Bayhan

Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz
Hastalıkları Anabilim Dalı, Yozgat

Doç. Dr. Seray Bayhan

Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz
Hastalıkları Anabilim Dalı, Yozgat

Dr. Öğr. Üyesi Elif Börekçi

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi,
İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Manisa

Dr. Öğr. Üyesi Melike Demir Çaltekin

Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın
Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Yozgat

Dr. Öğr. Üyesi İbrahim Çaltekin

Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil
Tıp Anabilim Dalı, Yozgat

Uzm. Dr. Yasin Ertuğ Çekdemir

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyo-
loji Anabilim Dalı, İzmir

Uzm. Dr. Demet Çekdemir

Hematoloji ve İç Hastalıkları Uzmanı, Anadolu
Sağlık Merkezi Hastanesi, Kemik İliği Nakil
Merkezi, Kocaeli

Arş. Gör. Dr. Nuriye Yalçın Çolak

Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Yozgat

Doç. Dr. Emine Çölgeçen

Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Yozgat

Uzm. Dr. Münire Işlak Demir

Yozgat Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Yozgat

Uzm. Dr. Emine Kübra Dindar Demiray

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana bilim Dalı, Manisa

Arş. Gör. Dr. Ayşe İrem Demirtola

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Doç. Dr. Fazilet Duygu**Uzm. Dr. Harun Erdal**

İç Hastalıkları ve Gastroenteroloji Uzmanı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği, Ankara

Dr. Öğr. Üyesi Şenay Bengin Ertem

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Çanakkale

Dr. Ayşe Esen

İç Hastalıkları Uzmanı, Endokrinoloji ve Metabolizma Yan Dal Asistanı; Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Endokrinoloji ve Metabolizma Kliniği, İstanbul

Uzm. Dr. Aysun Genç

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

Doç. Dr. D. Menekşe Gerede Uludağ

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Uzm. Dr. Ezgi Gülten

Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Balıkesir

Uzm. Dr. Seçilay Güneş

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

Dr. Öğr. Üyesi Abdullah Gürel

Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Yozgat

Dr. Öğr. Üyesi Yunus Hacimusalar

Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Yozgat

Dr. Öğr. Üyesi Nevin Koç İnce

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Düzce

Doç. Dr. Yavuz Selim İntepe

Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Yozgat

Uzm. Dr. Gülşen İskender

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, Ankara

Doç. Dr. Çiğdem Kader

Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Yozgat

Arş. Gör. Dr. Osman Kocabıyık

Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Yozgat

Uzm. Dr. Müge Akbulut Koyuncu

Ankara 29 Mayıs Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Ankara

Doç. Dr. Süheyla Kömür

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Adana

Doç. Dr. Alparslan Kurtul

Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi
Kardiyoloji Kliniği, Ankara

Uzm. Dr. Özlem Özkan Kuşçu

Adana Seyhan Devlet Hastanesi
Yoğun Bakım Kliniği, Adana

Doç. Dr. Ferit Kuşçu

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik
Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Adana

Doç. Dr. Aysun Aybal Kutlugün

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara
Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Nefroloji Kliniği, Ankara

Opr. Dr. Bekir Küçük

Kayseri Şehir Hastanesi Göz Hastalıkları
Kliniği, Kayseri

Doç. Dr. Meral Mert

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi
Konuk Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi,
Endokrinoloji ve Metabolizma Kliniği, İstanbul

Dr. Öğr. Üyesi Taylan Onat

Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın
Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Yozgat

Dr. Öğr. Üyesi Zeynep Tuba Ozan

Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi,
İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Yozgat

Dr. Öğr. Üyesi Ünal Öztekin

Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi
Üroloji Anabilim Dalı, Yozgat

Uzm. Dr. Hamide Pişkinpaşa

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi
Konuk Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi,
Endokrinoloji ve Metabolizma Kliniği, İstanbul

Dr. Öğr. Üyesi Hikmet Saçmacı

Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Nöroloji Anabilim Dalı, Yozgat

Dr. Öğr. Üyesi Sercan Sarı

Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi
Üroloji AD, Yozgat

Dr. Öğr. Üyesi Volkan Selmi

Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi
Üroloji Anabilim Dalı, Yozgat

Doç. Dr. Murat Songu

Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz
Kliniği, İzmir

Doç. Dr. Nermin Tanık

Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Nöroloji Anabilim Dalı, Yozgat

Doç. Dr. Türkan Öztürk Topcu

Medeniyet Üniversitesi Hastanesi,
Medikal Onkoloji Bilim Dalı, İstanbul

Uzm. Dr. Didem Tunah

Koç Üniversitesi Hastanesi, Medikal
Onkoloji Bilim Dalı, İstanbul

Uzm. Dr. Cansu Topal Yalçın

Koç Üniversitesi Hastanesi, İç Hastalıkları
Anabilim Dalı, İstanbul

Uzm. Dr. Adem Yaşar

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Çocuk Hastalıkları ve Sağlığı Anabilim Dalı,
Solunum ve Allerji Hastalıkları Bilim Dalı,
Manisa

Uzm. Dr. Halis Yerlikaya

İç Hastalıkları ve Tıbbi Onkoloji Uzmanı,
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Diyarbakır Gazi
Yaşargil Sağlık Uygulama ve Araştırma
Merkezi Tıbbi Onkoloji Bölümü, Diyarbakır

Dr. Öğr. Üyesi Tekin Yıldırım

Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi,
İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Yozgat

Doç. Dr. Gülden Yılmaz

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim
ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları
ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

– **Yüksek risk faktörleri**

- Bu Popülasyonda özellikle multiple risk faktörleri varsa tarama önemle dikkate alınmalıdır (zayıf öneri)
- Bir yıl sonra displazi olmadan barrett mevcut ise, endoskopik takip her 3-5 yılda ((*JAMA*. 2013;310(6):627-636) (*Gastroenterology*. 2016;151:822)
- Endoskopide düşük dereceli displazi varsa eradikasyon tedavisi endikedir
- Yüksek dereceli displazi özofajektomiden ziyade endoskopik eradikasyon ile tedavi edilmelidir (*N Engl J Med*. 2014;371:836)

Kaynak

- *Gastroenterology*. 2011;140:1084-1091.

Yorum

- Klinik seyir
- GÖRH olan genel Popülasyonu BÖ için taramanın yararlı olduğuna dair yeterli kanıt olmamasına rağmen endoskopik tarama sık ve yaygındır.
- BÖ ve özofagus kanserli hastaların %40'ında kronik GÖRH semptomları yoktur
- BÖ da displazi tanısı özellikle özofagus patolojisinde uzman en az bir patolog tarafından daha konfirme edilmelidir (*Gastroenterology*. 2011;140:1084) (*N Engl J Med*. 2014;371:836)
- BÖ'lu tüm hastalar semptomları olmasa bile proton pompa inhibitörü ile tedavi edilmelidir (*Gut*. 2014;63:1229).

MESANE KANSERİ

Çeviri: Dr. Cansu Topal Yalçın

Popülasyon

- Asemptomatik kişiler.

Öneriler

► AAFP 2011, USPSTF 2016

- Erişkinlerde mesane kanserine karşı rutin tarama önerilmez. Asemptomatik erişkinlerde mesane kanserinin faydaları ve zararları arasındaki dengeyi değerlendirmek için kanıt yetersiz (Hiçbir büyük organizasyon erişkinlerde mesane kanseri taraması önermiyor).

Kaynaklar

- <http://www.aafp.org/online/en/home/clinical/exam.html>
- <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspstfblad.htm>
- <http://www.cancer.gov>

- HPV- 16 ve HPV-18'e karşı aşı geçici veya kalıcı enfeksiyon oluşma riskini önemli derecede azaltır. (*N Engl J Med.* 2002;347:1645) (*Obstet Gynecol.* 2006;107(1):4). HPV aşılması için yeni dozlama şeması: 9-14 yaş arasında aşılanmaya başlanan kız ve erkekler için 2 doz. 15-26 yaşları arasında ve immunsuprese hastalarda 3 doz önerilir. (*CA Cancer J Clin.* 2017; 67:100).
- Faydalar: Somut kanıtlara dayanarak, uygun kadınların PAP test ile rutin taranması servikal kanserden mortaliteyi azaltır. Tarama 21 yaşında başladığında etkilidir.
- Zararlar: Kanıtlara göre, Pap test ile rutin tarama, fertilité ve hamilelik üzerine uzun dönem etkileri bilinmeden, ek tanısı prosedürlere ve low-grade squamöz intraepitelyal lezyonların(LSIL) tedavisine yol açmaktadır. Zararlar en fazla LSIL için yüksek prevalansa sahip olan genç kadınlara olmaktadır. LSIL'ler genellikle tedavisiz gerilerler. Postmenopozal kadınlardaki mukozal atrofiler yanlış pozitifliklere neden olur (NCI, 2008).
- 29-61 yaş arasında 43,000 kadında yapılan bir çalışmada hem HPV DNA hem servikal sitolojinin birlikte 5 yılda bir bakılmasının bazalde her 2 side negatif olan kadınlarda kümülatif insidansı 9 yılda %0.01 ve 14 yılda %0.07 bulunmuştur.
- Temel olarak ortalama riski olan kadınlarda servikal kanser taraması için ACOG, ACS, USPSTF klavuzlarında önemli farklılık yoktur.
- Tarama yapılmayan kadınlarda invaziv servikal kanser gelişme riski 3-10 kat daha fazladır. (*CA Cancer J Clin.* 2017; 67:106).

Popülasyon

–Cinsel öyküden bağımsız olarak 21 yaşında başlar.

Öneriler

► ACOG 2009

–21-29 yaş arasında 2 yılda bir

Kaynak

– ACOG Practice bulletin: Obstet Gynecol. 2009;114:1409-1420

Yorum

–ACOG Özet

- 30 yaş ve üzeri kadınlarda servikal intraepitelyal neoplazi 2 veya 3, HIV, DES maruziyeti yoksa ve immunkompromize değilse ve 3 ardışık tarama negatif saptanmışsa, tarama aralığı 2-3 yıla genişletilebilir.
- Servikal sitoloji ve HPV testi kombine yapılmışsa 3 yıldan daha sık yapılmamalıdır.

Popülasyon

- Yetişkinler

Öneriler

- İngiliz Gastroenteroloji Cemiyeti^a 2003
 - Yüksek riskli gruplar için alfa fetoprotein (AFP) ve abdominal USG ile her 6 ayda bir takip göz önünde bulundurulmalıdır.^b
 - Bu tarama için zayıf bir öneridir. Erken evre HCC’i tanımlar ama sağkalımı artırıp artırmadığı bilinmemektedir (*Ann Intern Med.* 2014;161:261).

Kaynaklar

- Gut. 2003;52 (suppl III):iii
- <http://www.bsg.org.uk/>

Yorum

1. HCC, dünyada 5. Sıradaki kanserdir. USA’de 39,230 yeni hepatosellüler kanser tanısı ve bu hastalığa bağlı 27,170 ölüm olacaktır (NCI. Şubat güncelleme, 2017).
2. Eğer USG yapmak mümkün değilse AFP tek başına takip için kullanılmamalıdır.(düşük duyarlılığı vardır %60 pozitiflik)
3. *Faydaları:* Açık kanıtlar doğrultusunda, tarama HCC ilişkili mortaliteyi azaltacaktır. *Zararları:* Açık kanıtlar doğrultusunda, tarama nadir fakat ciddi yan etkilere yol açabilecektir. Bu yan etkiler iğne biyopsisi ile ilişkilidir: İğne traktında ekim, kanama, safrayolu peritoniti ve pnömotoraks. (NCI, 2008. *Ann Intern Med.* 2012;156:387) (*Ann Int Med.* 2014; 161:261).

AKCİĞER KANSERİ

Çeviri: Dr. Didem Tunalı

Popülasyon

- 30 paket yıldan fazla sigara öyküsü olan asemptomatik kişiler.

Öneriler

- ACCP ve ASCO 2013
 - **BT taramasının sağkalım yararı**
 - Rutin akciğer grafisi (x-ray) ve balgam sitolojisi önerilmemektedir.
 - Düşük doz akciğer tomografi, National Lung Screening (NLST) çalışmasına göre 50-74 yaş arası 30 paket yıl sigara içen kişiler

^aYüksek riskli popülasyonda sadece iki organizasyon HCC için taramayı önermektedir (düşük kanıt düzeyi).

^bHBsAg⁺ kişiler (taşıyıcılar): ≥40 yaş üstü asyalı erkekler ve kadınlar; tüm sirozlular; HCC aile öyküsü olanlar; >20 yaş üstü afrikalılar. Hepatit B taşıyıcısı olmayanlar: hepatiti C; alkolik siroz; genetik hemokromatozis; primer biliyer siroz, alfa-1-antitripsin defekti olan siroz, hepatitis C sirozu; hemokromatozis sirozu, Sirozlu NASH (yağlanma). (*Hepatology.* 2014;60:1767) (*Clin Gastroenterol Hepatology.* 2011;9:428)

Kaynak

– Akıllıca seçim: Society of Thoracic Surgeons. 2013.

Yorumlar

- %70 ve üzerinde internal karotis arter stenozunun/darlığının (KAD) prevalansı karotis dupleks ultrason kullanılarak yapılan, popülasyon bazlı kohortta %0.5-8 değerleri arasındadır. 65 yaşın üzerindeki nüfusta ise tahmini prevalans %1’dir. Hiçbir risk skorlama sistemi KAD’ın önemini gösterememektedir. Asemptomatik KAD için yapılacak taramanın ölümcül veya ölümcül olmayan inmeyi azalttığını gösteren hiçbir kanıt yoktur.
- KAD $\geq$ %60’ı tespit etmek için yapılan karotis dupleks ultrasonografide; duyarlılık, %94; özgüllük, %92 (*Ann Intern Med.* 2007;147(12):860).
- Eğer KAD’ın gerçek prevalansı %1 ise, beş yılın üzerindeki sürede bir inmeyi önlemek için yapılması gereken inceleme sayısı 4368; beş yılın üzerindeki sürede sekel bırakan bir felci önlemek için yapılması gereken inceleme sayısı 8696’dır (*Ann Intern Med.* 2007;147(12):860).

ÇÖLYAK HASTALIĞI

Çeviri: Dr. Harun Erdal

Popülasyon

- Çocuklar ve erişkinler

Öneriler

- USPSTF 2017, AAFP 2017
 - Asemptomatik kişilerin taranması ile ilgili yeterli kanıt yok.

Kaynak

- AAFP Clinical Recommendation: Screening for Celiac Disease. 2017.
- *JAMA.* 2017;317(12):1252.

Öneriler

- NICE 2015
 - Aşağıdaki semptom, bulgu veya durumlar varsa: devamlı açıklanamayan karın ağrısı ve gastrointestinal semptomlar, büyüme geriliği, uzun süreli halsizlik, beklenmeyen kilo kaybı, şiddetli veya sürekli ağız ülserleri, açıklanamayan demir, vitamin B12 veya folat eksikliği, tip 1 diyabet, otoimmün tiroid hastalığı, irritabl barsak sendromu (erişkinlerde) serolojik testlerle çölyak hastalığı ekarte edilmelidir.
 - Çölyak hastalarının birinci derece akrabaları taraması
 - Genel popülasyonun taranması önerilmemektedir

Kaynak

- NICE. Coeliac disease: recognition, assessment and management. 2015.

Kaynaklar

- AAFP Klinik Öneri: Koroner Kalp Hastalığı. 2012.
- Akıllıca Seçim: Amerikan Hekimler Derneği, 2012. <http://www.choosingwisely.org/societies/american-college-of-physicians/>
- Akıllıca Seçim: Amerikan Aile Hekimleri Akademisi. 2013. <http://www.choosingwisely.org/societies/american-academy-of-familyphysicians/>
- Akıllıca Seçim. Amerikan Ekokardiyografi Derneği. 2012. <http://www.choosingwisely.org/societies/american-society-ofechocardiography/>
- Akıllıca Seçim: Amerikan Kardiyoloji Derneği. 2014. <http://www.choosingwisely.org/societies/american-college-of-cardiology/>
- *Ann Intern Med.* 2012;157:512-518

Yorum

- USPSTF, yüksek yalancı pozitif sonuçlar, asemptomatik hastalık ile düşük mortalite ve iatrojenik tanı ve tedavi riskleri nedeniyle asemptomatik kişilerin taranmasına karşı görüş belirtmektedir.

Popülasyonlar

- 20 yaş ve üstü tüm asemptomatik yetişkinler.
- Risk Skor Değerlendirmesi

Öneriler**► ACC/AHA 2013, ESC 2012**

- Amerika Birleşik Devletleri'nde 40-79 yaş arası hastalar için ASKVH Risk Puanı Framingham Risk Skoru (FRS)'nun yerini aldı.
- Her 4-6 yılda bir 10-yıllık ASKVH risk skorunu değerlendiriniz.
- 20 yaş ve üzeri asemptomatik erişkinlerde, kan basıncı (KB) ve kolesterol düzeyini içeren (FRS) elde edilmelidir.
- SCORE Risk Skoru, Avrupa'da tarama seçeneği olarak halen mevcuttur.
- KKH riskine bakılmaksızın genetik testler, gelişmiş lipid testi, natriüretik peptid testi, yüksek-sensitiviteli C-reaktif protein (CRP), ayak bileği-brakial indeks, karotis intima-media kalınlığı, elektron-beam BT de koroner arter skoru, homosistein düzeyi, lipoprotein (a) düzeyi, BT anjiyogram, MRG, veya stres ekokardiyografinin faydası yoktur.

Kaynaklar

- *Circulation.* 2007;115:402-426
- *J Am Coll Cardiol.* 2010;56(25): 2182-2199

Kaynaklar

- Hepatology. 2015;62(3):932
- USPSTF.Hepatitis C: Screening. 2013.
- CDC: Recommendations for the Identification of Chronic Hepatitis C Virus Infection Among Persons Born During 1945–1965. MMWR. 2012;61(4)
- Guidelines for the screening, care and treatment of persons with hepatitis C infection. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2014.

Yorumlar

1. HCV RNA testi yapılmalıdır:
 - a. HCV antikor testi pozitif olan bir hastada.
 - b. Antiviral tedavi düşünüldüğünde.
 - c. HCV antikor testi negatif, immünyetmezliği olan bir hastada açıklanamayan karaciğer hastalığında.
 - d. Akut HCV enfeksiyonu şüphesinde.
2. HCV genotipi, interferon tedavisinden önce tüm HCV ile enfekte kişilerde belirlenmelidir.
3. Serokonversiyon 3 aya kadar sürebilir
4. Akut hepatit C'li kişilerin %15-25'i enfeksiyonlarını atlattır; kalan %10-%20 arasında enfeksiyon sonrası 20-30 yıl içinde siroz gelişir ve %1-%5 arasında hepatoselüler karsinom gelişir.
5. HCV antikoru pozitif olan hastalar için aktif enfeksiyonu doğrulamak için bir nükleik asit testi yapılmalıdır. Kantitatif bir HCV RNA testi ve genotip testi, antiviral tedaviyi başlatmadan önce yararlı tanısal bilgiyi sağlayabilir (*JAMA*. 2007;297:724).

HERPES SİMPLEX VİRÜS (HSV), GENİTAL

Çeviri: Dr. Gülden Yılmaz

Popülasyon

- Adölesanlar, erişkinler ve hamile kadınlar

Öneriler

- CDC 2015, USPSTF 2016.
 - Rutin serolojik tarama önerilmemekte

Kaynaklar

- *JAMA*. 2016; 316(23): 2525-2530.
- CDC. Sexually Transmitted Diseases Guidelines, 2015.

Yorum

1. Genital herpes öyküsü olan kadınlarda aktif lezyon yoksa rutin seri kültür alınması önerilmemektedir.
2. Gebelik esnasında primer HSV enfeksiyonu gelişen kadınlar bebeğe HSV geçişi açısından en yüksek riske sahiptir.

Yorumlar

1. Kanıtlar, müdahalelerin konuşma ve dil becerilerinin kısa süreli değerlendirme sonuçlarını düzeltebileceğini göstermektedir; ancak uzun süreli değerlendirme sonuçları için çalışma bulunmamaktadır.
2. Hollanda'da 1-2 yaş grubu 9000 çocuk üzerinde yapılan bir çalışmada, dil gecikmeleri için 2 kez tarama yapılmasının 8 yaşında özel eğitim gerektiren çocuk sayısını (%3,7'den %2,7'ye) ve yetersiz dil gelişiminin (%9.7'den %8.8'e) azalttığı gösterilmiştir (*Pediatrics*. 2007;120:1317).
3. Çalışmalar, tarama yapmanın ya da konuşma ve dil gecikmelerine yönelik müdahaleler uygulandığında damgalama, ebeveyn kaygıları, gereksiz değerlendirme ve müdahalenin neden olabileceği zararları tam olarak değerlendirmemiştir.
4. Özel bir testi önermek için kanıtlar yetersizdir, ancak ebeveyne yapılan araçlar en uygunudur (örneğin: Communicative Development Inventory, Infant-Toddler Checklist, Language Development Survey, Ages and Stages Questionnaire).

SİFİLİZ

Çeviri: Dr. Gülden Yılmaz

Popülasyon

- Hamile kadınlar

Öneriler

- CDC 2015, AAFP 2009, USPSTF 2009
 - Tüm hamile bayanlara ilk prenatal vizitte rutin tarama önerilmektedir

Kaynak

- CDC. Sexually Transmitted Diseases Guidelines, 2015.
- USPSTF. Syphilis Infection in Pregnancy: Screening. 2009.

Popülasyon

- Yüksek riskli kişiler^a

Öneriler

- USPSTF 2016, AAFP 2016, CDC 2015
 - Yüksek riskli kişileri tara

Kaynak

- JAMA. 2016; 315(21): 2321-7.
- AAFP Clinical Recommendations. Syphilis. 2016.
- CDC. Sexually Transmitted Diseases Guidelines, 2015.

^aYüksek riskli hastalar; seks işçileri, para ya da ilaç karşılığı seks yapanlar, diğer cinsel yolla bulaşan hastalığı bulunanlar (HIV dahil), cinsel aktif homoseksüel erkekler, sifilizli kişilerle cinsel teması olanlar, gonore, klamidya veya HIV enfeksiyonu olanlar

– **Raloxifen (Postmenopozal Kadınlarda)**

- İnvaziv meme kanserlerinin önlenmesinde Tamoxifen ile benzer etkisi mevcuttur fakat non-invaziv tümörlerin insidansını düşürdüğü gösterilmemiştir. (Çalışma yalnızca postmenopozal kadınlarda yürütülmüştür)
- VTE için tamoxifene benzer oranda risk artırıcı olduğu fakat Endometrium Ca veya Katarakt riskini artırmadığı gösterilmiştir. (*Lancet*. 2013;381:1827)

– **Aromataz İnhibitörleri**

- Anastrozole Tamoksifene kıyasla yeni meme kanseri vakalarının insidansını %50 daha fazla düşürür. Letrozol ve exemestane kullanımı da benzer sonuçları vermektedir. (*Lancet*. 2014;383:1041). Meme kanserinden korunma yolu olarak aromataz inhibitörü kullanımı, meme kanseri gelişme riskini %3-5 oranında düşürür.
- Postmenopozal dönemde 5 yıl süreyle Exemestane kullanımı meme kanseri gelişme riskini %65 oranında düşürmektedir. (Kemoprofilaksi) (*N Engl J Med*. 2011;364:2381)
- Kemik mineral dansitesinde azalma, artmış kırık riski, sıcak basmaları, düşmelerin artması, bilişsel fonksiyonlarda gerileme, fibromiyalji ve karpal tünel sendromu aromataz inhibitörlerinin zararlı etkileri arasındadır. Hayatı tehdit edici yan etkileri mevcut değildir.
- Anastrozol kullanan kadınlarda düşme riski %5,9 iken Tamoxifen kullananlarda %3,7'dir. Kalsiyum, D vitamini, Bisfosfonat ve Denosamab kullanımı Aromataz inhibitörü kullanımı nedeniyle oluşan kırık riskinin düşürülmesinde etkilidir. (*J Clin Onc*. 2012;30:3665)

– **Profilaktik Bilateral Mastektomi (Yüksek Riskli Kadınlarda)**

- Meme kanseri riskini %90'a kadar düşürür.
- Profilaktik bilateral mastektomi yaptıran yüksek riskli kadınların ortalama %6'sı sonraki 10 yıl içinde kararlarından hoşnutsuz olmaktadır. Mastektomi kararından pişmanlık duyma, cerrahi sonrası rekonstrüksiyon yaptırmamayı tercih edenler arasında daha nadir görülmektedir.

– **BRCA pozitif kadınlarda Profilaktik Salpingo-ooforektomi**

- Meme kanseri insidansı %50 oranında azalmaktadır.
- Kadınların tamamına yakını operasyon sonrasında uyku problemleri, duygudurum değişiklikleri, sıcak basmaları ve kemik demineralizasyonu problemlerini yaşamaktadır. Fakat semptomların şiddeti kişiler arasında büyük oranda farklılık göstermektedir.
- Salpingo-ooforektomi BRCA 1 hastalarında 35 yaşında, BRCA 2 hastalarında ise 40 yaşından sonra yapılmalıdır.
- Uterusun da cerrahiye dahil edildiği ameliyatların sonrasında östrojen kullanımı güvenlidir. (*Eur J Cancer*. 2016;52:138)

– **Egzersiz**

- Haftada 120 dakikanın üzerinde egzersiz yapmak meme kanseri geliştirme riskini ortalama %30-40 oranında azaltmaktadır. Aynı zamanda öncesinde

Öneri

► USPSTF 2014, AAP 2014, AAFP 2014

1. İlk dişlerin çıkmasından itibaren tüm bebek ve çocukların birincil dişlerine, florür verniği uygulanmasını önerir
2. Su kaynağında florür eksikliği olan (<0.7 mg / L) çocuklar için 6 aydan başlayarak oral florid takviyesi önerir.

Kaynak

- AAFP Clinical Recommendation 2014
- *Pediatrics*. 2014;133(5):s1-s10.

Yorumlar

- 16 yaşın altındaki çocuklar tarafından düzenli olarak kullanılan florid gargara, diş çürüğü riskini >25 oranında azaltır. (*Cochrane Database Syst Rev*. 2016; 7: CD002284)
- CDC'nin My Water Fluoride kaynağı, su sistemindeki florür içeriği hakkında yerleşim yeri düzeyinde bilgi sağlar.

PROFESYONEL KULLANIM İÇİN VEYA REÇETE İLE ÇÜRÜK GELİŞİMİ İÇİN YÜKSEK RİSKLİ OLAN HASTALARDA ÇÜRÜĞÜ ÖNLEMEDE TOPİKAL FLORİD AJANLARIN EVDE KULLANIMI İÇİN KLİNİK TAVSİYELER

Yaş Grubu veya Etkilenenler	Profesyonel Uygulamalı Topikal Florür Ajan	Reçeteli, Evde Kullanılan Topikal Florür Ajan
6 Yaşından Küçük	En az her 3 ila 6 ayda %2.26 florür vernik (önerilen)	
6–18 yaş	En az her 3 ila 6 ayda %2.26 florür vernik (önerilen) veya En az her 3 ila 6 ay arasında 4 dakika %1.23 florür (asitleştirilmiş fosfat florid [APF])jel (önerilen)	En az haftalık %0.09 florid ile gargara (önerilen) veya Günde iki kez %0.5 florür jel veya macun (uzman görüşü)
18 Yaşından Büyük	En az her 3 ila 6 ayda %2.26 florür vernik (uzman görüşü) veya En az her 3 ila 6 ay arasında 4 dakika %1.23 florür (asitleştirilmiş fosfat florid [APF])jel (uzman görüşü)	En az haftalık %0.09 florid ile gargara (uzman görüşü) veya Günde iki kez %0.5 florür jel veya macun (uzman görüşü)
Yetişkin Kök Çürükleri	En az her 3 ila 6 ayda %2.26 florür vernik (uzman görüşü) veya En az her 3 ila 6 ay arasında 4 dakika %1.23 florür (asitleştirilmiş fosfat florid [APF])jel (uzman görüşü)	En az haftalık %0.09 florid ile gargara (uzman görüşü) veya Günde iki kez %0.5 florür jel veya macun (uzman görüşü)

HIV İLE ENFEKTE İNFANT VE ÇOCUKLARDA FIRSATÇI ENFEKSİYONLARIN İLK ATAĞININ ÖNLENMESİ İÇİN PROFİLAKSİ, AMERİKA ^{a,b} (Devamı)			
Önleyici Rejim			
Patojen	Endikasyon	İlk seçenek	Alternatif
STANDART TEDAVİDE GÜÇLÜ ÖNERİLER			
		- Atovakuan/proguanil (Makarn) günde 1 kez 11-20 kg=1 pediatrik tablet (62.5 mg/25 mg) 21-30 kg=2 pediatrik tablet (125 mg/50 mg) 31-40 kg=3 pediatrik tablet (187.5 mg/75 mg) >40 kg=1 erişkin tablet (250 mg/100 mg)	
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	Tüberkülin deri testi (TDT) reaksiyonu >5 mm veya o anki TDT sonucundan bağımsız tedavisiz pozitif TDT sonucu	Izoniazid 10-15 mg/kg (maksimum 300 mg) oral 9 ay (AII) veya 20-30 mg/kg (Mak 900 mg) oral haftada 2 kez 9 ay (BII)	Rifampin 10-20 mg/kg (max 600 mg) oral 4-6 ay (BIII)
Izoniazid duyarlı	TDT sonucu, önceki tedavi, bulaştırıcı TB olan kişi ile temas. Tedavi öncesi TB hastalığı ekarte edilmelidir.		
Izoniazid dirençli	Önceki patojenle aynı; isoniazid dirençli TB ile karşılaşma riski yüksek	Rifampin 10-20 mg/kg/gün (max 600 mg) oral 4-6 ay (BIII)	Belirsiz

Kaynaklar

- *N Engl J Med.* 2008;358:2545-2559
- *N Engl J Med.* 2008;358:2560-2572
- *Diabetes Care.* 2014;37(s1): S14-S80.

Popülasyon

- Sigara içen grup

Öneri

- ▶ AHA 2006, ADA 2014
 - Tüm hastalara sigaranın bırakılması önerilmektedir.

Kaynaklar

- *Diabetes Care.* 2014;37(1)
- *Circulation.* 2006;114:82-96

Yorumlar

1. Hipoglisemik atak öyküsü, ilerlemiş mikrovasküler veya makrovasküler komplikasyonlar, uzun süreli DM veya eşlik eden çoklu komorbid durumlar olması halinde yoğun glukoz düşürücü tedaviden kaçınılmalıdır.
2. Yaşam tarzı değişikliğine rağmen KB takipleri persistan 130-139/80-89 mm Hg değerlerinde olan diyabetik hastalarda anjiyotensin converting enzim (ACE) inhibitörü veya anjiyotensin reseptör blokörü (ARB) tedavisine başlanmalıdır. Sıklıkla, çoklu ilaç kullanımı gerekmektedir, bu durumda ilaçlardan en az birinin yatmadan önce verilmesi önerilir.
3. ACE inhibitör ve ARB kombinasyonunun HTN tedavisinde ek yararı gösterilmemiştir. (ONTARGET Trial). (*N Engl J Med.* 2008;358:1547-1559)

Öneri

- ▶ ESC 2012
 - Pasif sigara içiciliğinden kaçınım

Kaynak

- *Eur Heart J.* 2012;33:1635-1701

Yorum

- Pasif sigara içiciliğinin sağlık üzerine etkileriyle ilgili yeni kanıtlar, pasif içiciliğe yönelik önerilerini de güçlendirmektedir. Kanunlarla halka açık alanlarda uygulanan sigara yasağı ile miyokard infarktüsü insidansında belirgin azalma sağlanmıştır.

S _A M _E -T _T 2R ₂ PUAN	
Cinsiyet (kadın)	1
Yaş > 60	1
Medikal öykü (>2 komorbidite: HT, DM, KAH/DM, PAH, KKY, inme öyküsü, akciğer hastalığı, karaciğer veya böbrek hastalığı)	1
Tedavi (ritm kontrol stratejisi) (etkileşen ilaçlar, örneğin, beta bloker, verapamil, amiodarone)	1
Tütün kullanımı (2 yıl içinde)	2
İrk (beyaz ırk dışındakiler)	2
Maksimum puan	8
Yorumlama	Puan > 2 = DOAK Puan 0-2 = UTA ile VKA > % 65-70

Kaynak: UTA :Uygun terapötik aralık Kaynak: VKA: vitamin K antagonisti DOAK: direkt oral antikoagülan Fauchier L, Angoulvant D, Lip GY. The S_AM_E-T_T2R₂ score and quality of anticoagulation atrial fibrillation: a simple aid to decision-making on who is suitable (or not) for vitamin K antagonists. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/europace/euv088>.

ANİ BEBEK ÖLÜM SENDROMU

Çeviri: Dr. Çiğdem Kader

Popülasyon

– Yenidoğanlar ve bebekler.

Öneri

► AAP 2016

- Bebekler sırtüstü uyumak üzere yatırılın
- Yumuşak nesneler ve gevşek yataklar olmayan sağlam bir uyku düzeyi kullanın.
- Emzirilsin
- İlk 6-12 ay bebekler ebeveynlerin odasında uysun (fakat ebeveynlerin yatağında değil).
- Sigara, alkol, yasadışı uyuşturucu kullanımı, aşırı ısınmadan kaçının.

Kaynak

Pediatrics. 2016;138(5):e20162938

Yorumlar

- Karın ve yan uyuma ani bebek ölümü sendromu için major risk faktörleri olarak tanımlanmıştır.
- Emzikler koruyucu olabilir.

- VTE için düşük riskli beyin ve omurga cerrahisi hastalarında mekanik profilaksi önerilir. Yüksek riskli hastalarda hemostaz sağlandığında ve kanama riski düştüğünde mekanik profilaksiye farmakolojik profilaksi eklenmelidir.
 - Majör cerrahi yapılan yüksek kanama riski altındaki hastalara mekanik profilaksi (APK, BKÇ) uygulanmalıdır. Riskin azalması durumunda antikoagülan profilaksi başlatılmalıdır.
 - Endikasyonu bulunan profilaksi, cerrahi hasta grubunun %60'ına uygulanmakta iken medikal takipli hasta grubunda bu oran %40'dır.
- <http://www.fda.gov/Drugs/ResourcesForYou/Consumers/ucm390574.htm>

TABLO IV

CAPRINI RİSK BELİRLEME ÖLÇEĞİ			
1 Puan	2 Puan	3 Puan	5 Puan
• Yaş 41-60 • Minör Cerrahi • VKİ > 25 kg/m² • Bacaklarda ödem • Variköz venler • Gebelik veya postpartum dönem • Tekrarlayan spontan düşük öyküsü • Sepsis (<1 ay) • Akciğer hastalığı • Akut MI hikayesi • Konjestif Kalp Yetmezliği (KKY) (<1 ay) • İnflamatuvar barsak hastalığı öyküsü • Yatak istirahatindeki medikal tedavi hastası	• Yaş 61-74 • Artroskopik cerrahi • Majör açık cerrahi >45 dk • Laparoskopik cerrahi • Malignite • Yatağa bağımlı hasta • Hareket kısıtlılığı • Santral venöz kateter	• Yaş >75 • VTE öyküsü • VTE aile öyküsü • Faktör V Leiden • Protrombin gen mutasyonu • Lupus antikoagülanı • Yüksek homosistein • Diğer konjenital veya edinilmiş trombofili	• İnme (<1 ay) • Elektif atroplasti; kalça, pelvis veya ekstremitede kırık • Akut spinal kord hasarı (<1 ay)
		Caprini Skoru <3: düşük risk Caprini Skoru 3-4: orta risk Caprini Skoru >5: yüksek risk	

MAJÖR KANAMA KOMPLİKASYONLARININ ARTMIŞ RİSKİNDE SEÇİLMİŞ FAKTÖRLER

Genel Risk Faktörleri

Aktif kanama, majör kanama öyküsü, bilinen tedavi edilmemiş kanama bozukluğu, böbrek veya karaciğer yetmezliği, trombositopeni, akut inme, kontrolsüz yüksek kan basıncı, eş zamanlı antikoagülan kullanımı veya antiplatelet tedavi

Prosedür-Spesifik Risk Faktörleri

Majör abdominal cerrahi-kapsamlı kanser ameliyatı, pankreatik duodenektomi, hepatik rezeksiyon, kalp cerrahisi, göğüs cerrahisi (pnömonektomi veya genişletilmiş rezeksiyon). Kanama komplikasyonlarının özellikle ağır sonuçlara yol açtığı prosedürler: kraniyotomi, omurilik cerrahisi, spinal travma.

► ACP 2013

- Aşırı kilolu OUA tanılı tüm yetişkinler kilo vermelidir.
- Gece CPAP (devamlı pozitif havayolu basınç) tedavisi OUA'nın birinci sıra tedavisi olarak tavsiye etmektedir.
- Çene ilerletme aletlerinin kullanımı CPAP'a uyumsuz olan hastalar için seçenek olabilir.

Kaynak

- <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=47136>

SİROZA BAĞLI ASİT

Çeviri: Dr. Harun Erdal

Popülasyon

- Sirozlu erişkinler.

Öneriler

► AASLD 2013

- Yeni başlayan asitli tüm hastalara tanısal parasentez önerilmektedir.
- Parasentez öncesi rutin trombosit veya taze donmuş plazma kullanımı önerilmemektedir
- Asit sıvı analizi:
 - Diferansiyel hücre sayısı
 - Albumin
 - Protein
 - Aerop ve anaerop kültür şişelerine yatakbaşı ekimi
- Sirotik asit yönetimi
 - Alkolün kesilmesi
 - <2 gr Na/gün
 - Oral furosemid ve sprionolakton 2:5 oranında
 - Serum sodyum <125 mmol/L olmadığı sürece sıvı kısıtlaması gerekmez
 - Sirozlu ve asit tüm hastalar karaciğer nakli için düşünülmelidir
 - NSAİ ilaçlardan kaçının
 - ACEI veya ARB dikkatli kullanımı
- Refrakter sirotik asitin yönetimi
 - Propranololdan kaçının
 - ACEI veya ARB den sakının
 - Oral midodrine kullanımı düşünün
 - Tedavi seçeneği seri terapötik parasentez

ORTA-YÜKSEK TROMBOEMBOLİK RİSKE SAHİP (ORAL ANTIKOAGÜLASYON TEDAVİSİ GEREKEN) HASTALARDA KORONER ARTER STENTLEMESİ SONRASI ANTİTROMBOTİK TEDAVİ STRATEJİLERİ

Hemorajik Risk	Klinik Durum	Stent Türü	Antikoagülasyon Rejimi
Düşük-orta (HAS-BLED skoru 0-2 arası)	Elektif	Çıplak metal stent	1 ay: Üçlü tedavi= VKA (INR 2.0-2.5) + aspirin ≤ 100 mg/gün + klopidogrel 75 mg/gün 12. aya kadar VKA (INR 2.0-2.5) + klopidogrel 75 mg/gün (veya aspirin ≤ 100 mg/gün) kombinasyonu Ömür boyu tek başına VKA (INR 2.0-3.0)
	Elektif	İlaç salınımlı stent	3 (-olimus ^a grubu)- 6 (paklitaksel) ay: Üçlü tedavi= VKA (INR 2.0-2.5) + aspirin ≤ 100 mg/gün + klopidogrel 75 mg/gün 12. aya kadar VKA (INR 2.0-2.5) + klopidogrel 75 mg/gün (veya aspirin ≤ 100 mg/gün) kombinasyonu Ömür boyu tek başına VKA (INR 2.0-3.0)
	AKS	Çıplak metal stent/ilaç salınımlı stent	6 ay: Üçlü tedavi= VKA (INR 2.0-2.5) + aspirin ≤ 100 mg/gün + klopidogrel 75 mg/gün 12. aya kadar VKA (INR 2.0-2.5) + klopidogrel 75 mg/gün (veya aspirin ≤ 100 mg/gün) kombinasyonu Ömür boyu tek başına VKA (INR 2.0-3.0)
Yüksek (HAS-BLED skoru ≥ 3)	Elektif	Çıplak metal stent ^b	2-4 hafta Üçlü tedavi= VKA (INR 2.0-2.5) + aspirin ≤ 100 mg/gün + klopidogrel 75 mg/gün Ömür boyu tek başına VKA (INR 2.0-3.0)
	AKS	Çıplak metal stent ^b	4 hafta: Üçlü tedavi= VKA (INR 2.0-2.5) + aspirin ≤ 100 mg/gün + klopidogrel 75 mg/gün 12. aya kadar VKA (INR 2.0-2.5) + klopidogrel 75 mg/gün* (veya aspirin ≤ 100 mg/gün) kombinasyonu Ömür boyu tek başına VKA (INR 2.0-3.0)

ACS, AKS, akut koroner sendrom; AF, atriyal fibrilasyon; INR, international normalized ratio; VKA, vitamin K antagonist. Proton pompa inhibitörü (PPI) ile gastrik koruma zorunlu durumlarda düşünülmeli.

^aSirolimus, everolimus ve takrolimus

^bİlaç salınımlı stent kullanımından mümkün olduğunca kaçınılmalıdır, ama eğer kullanılırsa uzamış üçlü antitrombotik tedavi (3-6 ay) zorunludur.

^cVKA (INR 2.0-3.0) + aspirin ≤ 100 mg/gün (endike ise PPI eşliğinde) kombinasyonu alternatif olarak düşünülebilir.

Kaynak: Adapted from Lip GY, Huber K, Andreotti F, et al. European Society of Cardiology Working Group on Thrombosis. Management of antithrombotic therapy in atrial fibrillation patients presenting with acute coronary syndrome and/or undergoing percutaneous coronary intervention/stent. Thromb Haemost. 2010;103:13-28

Kaynaklar

– <http://www.guidelines.gov/content.aspx?id=25635&search=aua+2010+bph>

Yorumlar

1. Önemli prostat büyümelerinde, alfa blokör ve 5-alfa redüktaz inhibitörünün birlikte kombinasyon tedavisi orta-şiddetli LUTS'da etkilidir.
2. Katarak cerrahisi planlanan erkeklerde, alfa-blokör tedavisi başlamadan önce katarak cerrahisi yapılmalıdır.
3. 5-alfa redüktaz inhibitörleri, LUTS ile birlikte olan BPH lı erkeklerde, prostat büyümesi olmadan kullanılmamalıdır.
4. Antikolinergik ajanlar, primer irritatif semptomları olan ve işeme sonrası yüksek rezidü kalmayan(>250 mL) hastalarda, LUTS için uygundur.
5. Cerrahi metod seçimi, hastanın durumuna, anatomiye, cerrahin tecrübesine ve hastanın tercihine bağlı olmalıdır.

MEME KANSERİ TAKİBİ

Çeviri: Dr. Halis Yerlikaya

Popülasyon

– Erken evre tedavi edilebilir meme kanseri olan kadınlar .

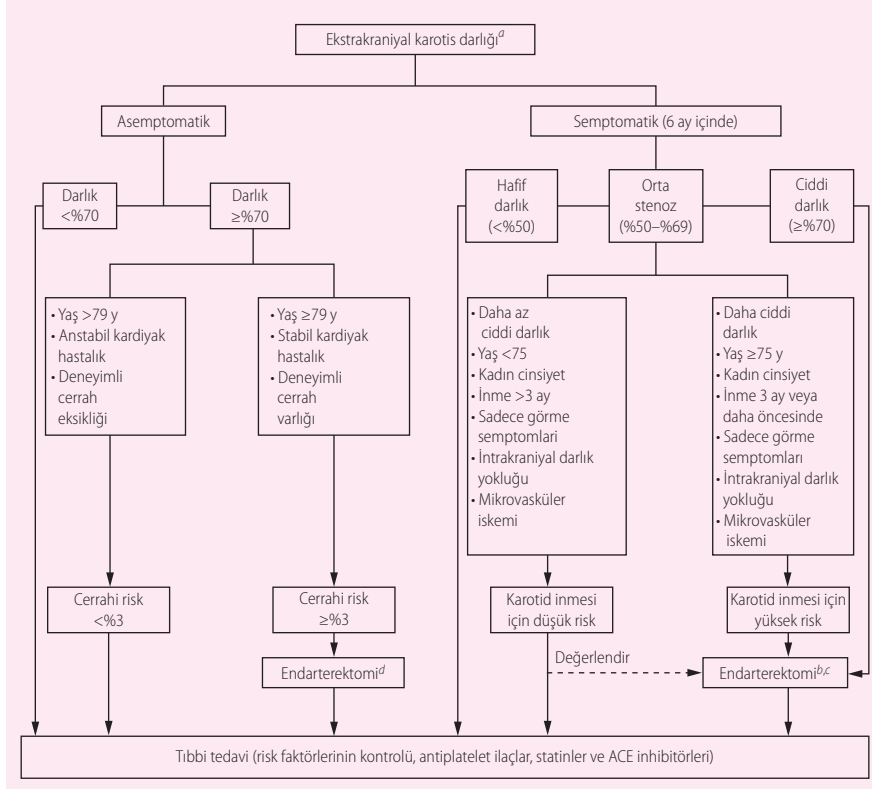
Öneriler► **Amerikan Klinik Onkoloji Derneği (ASCO) 2013**– **Sürveyans**

- Primer tedaviden sonraki (adjuvan tedavi alıp almamasına bakmaksızın) ilk 3 yıl boyunca her 3-6 ayda bir dikkatli bir öykü ve fizik muayene, izleyen 2 yıl boyunca 6-12 ayda bir, devamında yıllık olarak tekrarlanmalı.
- Hastaya rekürrens semptomları olabilecek yeni kitle, kemik ağrısı, göğüs ağrısı, nefes darlığı, karın ağrısı veya persistan baş ağrısı hakkında danışmanlık yapılmalı.
- Ailesel meme kanseri sendromu için yüksek risk taşıyan hastalar genetik danışmanlığa yönlendirilmeli.— yüksek risk kriterleri, Aşkenazi Yahudiliği, hastada veya birinci derece yakınında yaş farkı olmaksızın over kanseri öyküsünün olması, birinci derece akrabalarında 50 yaş öncesi meme kanseri tanısı, 2 veya daha fazla birinci veya ikinci derece yakınlarında yaş farkı olmaksızın meme kanseri tanısı, hastada veya yakınında bilateral meme kanseri öyküsü veya erkek yakınında meme Ca öyküsünü içermektedir.
- Tüm kadınlara aylık kendi kendine meme muayenesi yapması konusunda danışmanlık verilmeli.
- Mamografi— Meme koruyucu tedavi almış olan kadınlarda tedavi sonrası ilk mamografi radyasyondan sonraki 6 aydan önce uygulanmamalı. Takip için 6-12 ayda bir tekrarlayan mamografiler uygulanmalı. (Düzenli yapılabiliyorsa yıllık olarak yapılması tercih edilir)

KAROTİS ARTER HASTALIĞI

Çeviri: Dr. Burak Açıkgoz, Dr. Vedat Bakuy

KAROTİS ARTER STENOZU (DARLIĞI)



^aKritik darlık noninvasif görüntüleme ile >%70 veya kateter anjiyografi ile >50 olarak tanımlanmaktadır.

^bOrta veya düşük cerrahi riskli semptomatik hastalarda karotis endarterektomi (KEA) >5 yıl yaşam beklentisi ve perioperatif inme/ölüm oranı <%6 olan hastalarda düşünülmelidir. KEA endike ise iskemik santral sinir sistemi (SSS) olayından sonraki 2 hafta içerisinde gerçekleştirilmelidir.

^cEmboli koruma cihazı ile karotis arter stentlemesi (KAS) >%70 darlık mevcutken ve periprocedürel inme ve mortalite oranı <%6 iken orta veya düşük riskli semptomatik hastalarda KEA'ya alternatiftir. KAS, KEA'ya göre boyun anatomisinin cerrahi olarak uygun olmadığı veya komorbid durumların KEA'yı çok yüksek riskli hale getirdiği durumlarda tercih edilebilir.

^dKarotis arter darlığı için optimal medikal tedavi ile tedavi edilen asemptomatik hastalarda yıllık inme oranı <%1'e inmiştir. Bu sebeple, asemptomatik hastalarda KEA veya KAS yaran tartışmalıdır. (Stroke. 2010;41:975-979) Kaynak: AHA/ASA 2005 Guidelines. Circulation. 2006;113:e872. Stroke. 2006;37:577. ASA/ACCF/AHA/AANN/AANS/ACR/ASNR/CNS/SAIP/SCAI/SIR/SNIS/SVM/SVS 2011 Guidelines. J Am Coll Cardiol. 2011;57:e16-e94. ACCF/SCAI/SVMB/SIR/ASITN 2007 Consensus. J Am Coll Cardiol. 2007;49(1):126-168.

2. Orta- ağır KOAH'lı semptomatik hastalarda pulmoner rehabilitasyon tavsiye edilir ($FEV_1 < \%50$ beklenenin).
3. Oda havasında hipoksemisi ($PaO_2 \leq 55$ mm Hg or $SpO_2 \leq \%88$) olan KOAH hastalarında devamlı oksijen tedavisi reçete edilmelidir.
4. Tüm hastalar yıllık grip aşıları ve bir doz pnömokok aşısı yaptırmalıdır.
5. KOAH hastalarının osteoporoz ve depresyon için değerlendirilmeleri tavsiye edilir.
6. Düzenli mukolitik tedavi verilmemesi tavsiye edilir.
7. Malnutrisyonu olan ağır KOAH hastalarında besin desteği endikedir.
8. Ağır KOAH'da ölüm riskini hesaplamak için BODE indeksinin (VKİ, havaakımı obstrüksiyonu, dispne, ve egzersiz kapasitesi 6 dakika yürüme testiyle) hesaplanması tavsiye edilir^b.

KOAH TEDAVİSİNDE SIK KULLANILAN İLAÇLAR

İlaç	İnhaler (µg/doz)	Nebul (mg/ml)	İLAÇ	İnhaler (µg/doz)	Nebul (mg/ml)
Kısa etkili β ₂ -agonist			β ₂ -agonist-antikolinerjikler kombinasyonu		
Albuterol	100–200 ^{M/D}	5	Albuterol- ipratropiyum	100/20 ^{SMI}	1 vial
Levalbuterol	45-90 M	0.21,0.42	Metilksantinler		
Uzun etkili β ₂ -agonist			Aminofilin	200-600 mg tablet günde	
Arformoterol		0.0075	Teofilin SR	100-600 mg tablet günde	
Formoterol	4.5–12 ^{M/D}	0.01	Inhale kortikosteroidler		
Indakaterol	75–300 ^D		Beklametazon	50–400 ^{M/D}	0.2–0.4
Salmeterol	25–50 ^{M/D}		Budezonid	100,200,400 ^D	0.2,0.25,0.5
Kısa etkili antikolinerjikler			Flutikazon	50–500 ^{M/D}	
İpratropiyum bromid	20, 40 ^M	0.25–0.5	β ₂ -agonist-kortikosteroidler kombinasyonu		
Uzun etkili antikolinerjikler			Formoterol- budezonid	4.5/160 ^M ; 9/320 ^D	
Aklidiniyum bromide	322 ^D		Formoterol- mometazon	10/200 ^M veya 10/400 ^M	
Tiyotropiyum	18 ^D , 5 ^{SMI}		Salmeterol- flutikazon	50/100, 50/250, 50/500 ^D 25/50, 25/125, 25/250 ^M	
Fosfodiesteraz-4 inhibitörleri			Vilanterol-flutikazon	25/100 ^D	
Roflumilast	500 µg oral günlük				

M = Ölçülü doz inhaleler

D = kuru toz inhaleler

SMI = yumuşak buğulu inhaleler

^bBakınız <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa021322#t=article>.

Kaynak: Data from GOLD Guide to COPD Diagnosis, Management and Prevention. (<http://goldcopd.org>)

Fertilite farkındalığına dayanan yöntemler	24		47
Standart gün yöntemi ^f		5	
İki gün yöntemi ^f		4	
Ovulasyon yöntemi ^f		3	
Bazal ısı ölçümü ^f		0.4	
Spermisidler ^e	28	18	42
Hiçbiri ^d	85	85	

Acil kontraseptifler: Korumasız cinsel ilişki sonrası 120 saat içinde başlatılan KOK (kombine oral kontraseptif)lerle tedavi, gebelik riskini en az %60-75 azaltır. Gebelik oranı ilk 12 saatte başlanırsa daha düşük olur. Progestin-sadece EC (emergency contraceptive=acil kontraseptif) gebelik riskini %89 oranında azaltır.

Laktasyon Amenore Methodu: LAM oldukça etkili, geçici bir kontrasepsiyon yöntemidir, fakat geçici bir yöntemdir!

^aBir yöntemi kullanmaya başlayan çiftler arasında (ilk kez olmayabilir), başka bir sebepten yöntemi kullanmayı bırakmadıkları halde bir yıl boyunca kazara hamilelik yaşayanların yüzdesini gösterir. Spermisidler, geriçekme, doğurganlık bilincine dayalı yöntemler, diyafram, erkek kondomu, oral kontraseptifler, Depo-Provera için ilk kullanım yılında olan gebelik olasılıkları kürtajın eksik bildirilmesi nedeniyle 1995 Aile Büyüme Anketi'nden alınmıştır. Diğer yöntemler için tahminlerin türetilmesi için metne bakın.

^bBir yöntemi kullanmaya başlayan (ilk kez olması gerekmez) ve bunu mükemmel biçimde (sürekli ve doğru olarak) kullanan çiftler arasında, başka bir sebepten dolayı yöntemi kullanmayı bırakmadıkları halde, ilk yıl boyunca kaza sonucu olan gebelik yaşayanların yüzdesi. diğer yöntemler için tahminlerin türetilmesi için metne bakın.

^cGebelik istemeyen çiftler arasında 1 yıl boyunca yöntemle devam edenlerin yüzdesi.

^d(2) ve (3) numaralı sütunlarda gebelik yüzdeleri kontrasepsiyon kullanılmayan nüfustan ve gebe kalabilmek için kontrasepsiyon kullanmayı bırakan kadınlardan elde edilen verilere dayanmaktadır. Bu popülasyonun yaklaşık %89'u 1 yıl içerisinde hamile kaldı. Bu değer kontrasepsiyonun tamamen terk edilmesi durumunda 1 yıl içinde gebe kalma oranını temsil etmek üzere hafifçe düşürülmüştür (%85'e düşürülmüştür).

^eKöpükler, kremler, jeller, vajinal fitiller ve vajinal film.

^fOvulasyon ve İki Gün yöntemleri, servikal mukusun değerlendirilmesine dayanır. Standart-Gün metodu, siklusun 8 ila 19. günler arasında cinsel ilişkiden kaçınılmasıdır. Semptotermal metod, servikal mukusun değerlendirilmesine dayanan doğurganlık açısından ilk verimli günün ve servikal mukusun ve sıcaklık değerine birlikte bakılarak son doğurgan günün belirlenmesine dayanan bir çift kontrol metodudur.

^gSpermisidler olmadan.

^hSpermisidal krem ve jel ile.

ⁱGıda ve İlaç İdaresi, acil kontrasepsiyon için güvenli ve etkili olması için aşağıdaki 19 marka oral kontraseptif açıkladı:

Ogestrel (1 doz 2 beyaz hap), Jolesa, Portia, Seasonale, Nordette (1 doz 4 ışık turuncu hap), Cryselle, Levora, Low-Ogestrel, Lo / Ovral veya Quasence (1 doz 4 beyaz hap) veya Trivora (1 doz 4 pembe hap), Seasonique (1 doz 4 açık mavi-yeşil hap), Enpresse (bir doz 4 turuncu hap), Lessina (1 doz 5 pembe hap), Aviane veya LoSeasonique (bir doz 5 turuncu hap), Luteru veya Sronyx (bir doz beş beyaz hap) ve Lybrel (bir doz 6 sarı hap) içerir.

^jBununla birlikte, gebeliğe karşı etkili korumayı sürdürmek için menstruasyon başlayınca, emzirme sıklığı veya süresi azalınca, ek gıda başlayınca veya bebek 6 aylık olunca başka bir kontrasepsiyon yöntemi kullanılmalıdır.

Kaynak: Hatcher RA, Ziemann M, Allen AZ, Lathrop E, Haddad L, Managing Contraception 2017-2018. Tiger, Georgia: Bridging the Gap Foundation, 2017.

KONTRASEPTİF KULLANIMI İÇİN DSÖ TIBBİ UYGUNLUK ÖLÇÜTLERİNDEN SINIFLANDIRILMASINDA DEĞİŞİKLİKLERİN ÖZETİ, 4. BÖLÜM ^{a,b} (Devamı)						
Durum	KOK/P/R	POP	DMPA	İmplantlar	LNG-IUD	Cu-RIA
Kalp kapak hastalığı a. Komplike (pulmoner hipertansiyon, atrial fibrilasyon için risk faktörü olması, subakut bakterial endokardit öyküsü)						1 {2}
Over kanseri^c						1 {Başlangıç = 3, Devam = 2}
Uterin myomlar						2 {uterin distorsiyon yoksa 1, uterin distorsiyon varsa 4}

KOK; kombine oral kontraseptif; Cu-RIA, bakır intrauterin cihaz; DMPA, depo medroksiprogesteron asetat; DVT, derin ven trombozu; LNG-RIA, levonorgestrel salınlımlı intrauterin cihaz; P, kombine hormonal kontraseptif yama; PE, pulmoner emboli; POP, progesterin-solunlu pili; R, kombine hormonal vajinal halka; VTE, venöz tromboembolizm; DSÖ, Dünya Sağlık Örgütü.

^aSınıflandırmanın ≥ 1 yöntem için değiştiği koşullar için veya durum açıklamasında önemli bir değişiklik yapılmışsa DSÖ koşulları ve önerileri kıvrımlı parantez içinde gösterilir.

^bBu sınıflandırma için açıklama sütununa bakınız.

^cİstenmeyen gebelik sonucu bir kadını riske maruz bırakan durum.

Yorumlar

1. 2014 EMA derlemesi SIGNIFY çalışmasına dayanarak ivabradinin kalp krizini veya kardiyovasküler ölümü azaltmada fayda sağlamadığını göstermiştir, bu yüzden bu ilaç sadece angina semptomunu hafifletmek için kullanılmalıdır. Üç ay sonrasında angina semptomunda bir rahatlama yoksa ya da kısıtlı bir fayda sağlanmışsa doktor tedaviyi kesmeyi düşünmelidir.
2. Verapamil veya diltizem ile kombine kullanılmamalıdır.
3. İvabradin ile tedavi edilen hastalarda AF riski artmaktadır ve doktorlar hastaları AF açısından da izlemelidir.
4. Tedavi süresince istirahat KH < 50 atım/dk ve hasta semptomatikse doz 2.5 mg bid olarak azaltılmalıdır.

ACCF/AHA/ACP/AATS/PCNA/SCAI/STS/ STABİL KORONER ARTER HASTALIĞI KILAVUZU 2012, 2014

- Angina pectoris semptomu olan hastalar stabil veya unstabil olarak sınıflandırılmalıdır.
- Akut koroner sendrom (AKS) tanımı; yüksek riskli unstabil angina, non-ST segment yükselmeli miyokard enfarktüsü (NSTEMI) ve ST-segment yükselmeli miyokard enfarktüsü (STEMI) nü içine almaktadır.
- İstirahat EKG'sinin her göğüs ağrısı (tipik veya atipik) durumunda çekilmesi önerilir.
- Eğer bazal EKG normal, hasta egzersiz yapabiliyor, ve KAH test öncesi olasılığı orta ise (%10-%90) egzersiz treadmill testi başlangıç tetkiki olarak tercih edilmelidir.
- Test öncesi olasılık >%10 ve egzersiz treadmill testi yapılamıyorsa nükleer miyokard perfüzyon sintigrafisi (MPS) veya egzersiz ekokardiyogram tercih edilmelidir.
- Efor ve görüntüleme çalışmalarını klinik durumda bir değişiklik olursa veya egzersiz programı için ihtiyaç duyulursa tekrar yapılmalıdır.
- Koroner bilgisayarlı tomografik anjiyogram (BTA), KAH test öncesi olasılığı orta olan önceki normal test sonuçlarına rağmen semptomları devam eden, stres testi şüpheli olan, yada başka bir şekilde ileri tetkik edilemeyen hastalar için mantıklı bir alternatiftir. Bilinen orta-ciddi koroner kalsifikasyonu olan veya bilinen stenti olan hastalarda BTA endike değildir.
- Şüpheli KAH, patolojik Q dalgaları, kalp yetmezliği veya ventriküler aritmileri olan hastalarda istirahat SV fonksiyonlarının ve kapak hastalıklarının ekokardiyografi ile değerlendirilmesi önerilir.
- Stabil koroner arter hastalığı olan hastalara yaklaşım:
 - Yaşam tarzı rehberliği (diyet, kilo kaybı, sigaranın bırakılması ve egzersiz eğitimi): KB eşliği <140/90 mmHg JNC 8'in yeni hedef değeridir.
 - İlişkili risk faktörlerinin değerlendirilmesi: Kronik böbrek hastalığı ve depresyon, anksiyete, zayıf sosyal destek gibi psikososyal faktörler klasik risk faktörlerine eklenmiştir.
 - Uygun ilaçların reçetelendirilmesi: (ASA 75-162 mg/gün, orta doz statin, KB kontrolü ve diyabet kontrolü, β -blokör tedavi ve sublingual NTG).

Foundation Task Force on Expert Consensus Documents. *J Am Coll Cardiol.* 2010;56:2051-2066. Holmes DR Jr, Kereiakes DJ, Kleiman NS, Moliterno DJ, Patti G, Grines CL. Combining antiplatelet and anticoagulation therapies. *J Am Coll Cardiol.* 2009; 54: 95-109.

KADINLARDA KAH

- KVH kadınlarda mortalitenin önde gelen nedenlerindendir.
- AHA kadınlarda 20 yaş itibarıyla KVH risk değerlendirmesi yapılmasını ve yüksek riskli olanların belirlenmesini önermektedir.
- Risk faktörlerinde ırksal/etnik farklılıklar görülmektedir, zenci İspanyol kadınlarda hipertansiyon ve diyabet prevalansı daha yüksektir. En yüksek KVH morbidite ve mortalitesine zenci kadınlarda rastlanmaktadır.
- Otoimmün hastalıklar (sistemik lupus eritematozus, romatoid artrit) ve preeklampsi kadınlarda KVH açısından önemli risk faktörleridir.
- Psikolojik stres (anksiyete, depresyon) ve sosyoekonomik dezavantajlar kadınlarda yüksek KVH riskiyle ilişkilidir.
- Endotelial disfonksiyonla seyreden mikrovasküler hastalık, 'female pattern' hastalığı olarak da bilinir, kadınlarda erkeklerden daha sık oranda iskemi etiyolojisinde yer almaktadır.
- Kadınlarda, ani veya aşırı yorgunluk, dispne, uyku bozuklukları, anksiyete, bulantı, kusma, hazımsızlık gibi atipik kardiyovasküler semptomlar görülmesi daha olasıdır.
- ACC/AHA kılavuzu iyi bir egzersiz kapasitesine sahip ve bazal EKG'si normal olan semptomatik kadınlarda başlangıç tetkiği olarak rutin egzersiz testi yapılmasını önermektedir. Egzersiz stres perfüzyon testi (miyokard perfüzyon sintigrafisi [MPS]) veya egzersiz ekokardiyografi KAH açısından test öncesi olasılığı yüksek olan veya rutin testleri şüpheli çıkan semptomatik kadınlar için saklanmalıdır.
- Kadınlar erkelere göre daha az medikal tedavi ve daha az yaşam tarzı danışmanlığı almaktadır.
- PKG işlemi sonrası kadınlarda erkeklerden daha yüksek oranda komplikasyon ve mortalite izlenmektedir.
- Stabil KAH yönetimi erkeklerde yapıldığı gibi ASA, beta blokör, statin, ACE inhibitörü (ejeksiyon fraksiyonu [EF] < %40), nitrat, kalsiyum kanal blokörü (KKB) ile angina kontrolü sağlanarak yapılmalıdır.
- Mikrovasküler hastalıkta, beta blokörlerin angina tedavisinde KKB'ye üstün olduğu gösterilmiştir. Female pattern hastalığında statin, ACE inhibitörleri, ranolazin ve egzersiz; angina skorunu ve endotelial disfonksiyonu iyileştirebilir.

Kaynaklar: Moasca L, Benjamin EJ, Berra K, et al. Effectiveness-based guidelines for the prevention of cardiovascular disease in women—2011 update: a guideline from the American Heart Association. *Circulation.* 2011;123:1243-1262. Gulati M, Shaw LJ, Bairey Merz CN. Myocardial ischemia in women: lessons from the NHLBI WISE study. *Clin Cardiol.* 2012;35:141-148.

DEMANS, BESLENME TÜPLERİ

Çeviri: Dr. Tülin Aktürk

Popülasyon

- İleri evre demanslı hastalar.

Öneriler

- ▶ Amerikan Geriatri Topluluğu 2013
 - Amerikan Geriatri Topluluğu 2013
 - İleri evre demansı olan yaşlılarda perkütan beslenme tüpü önerilmez.
 - Elden besleme tercih edilmeli..

Kaynak

- http://www.americangeriatrics.org/health_care_professionals/clinical_practice/clinical_guidelines_recommendations/

Yorumlar

- Beslenme tüpleri ve elden besleme; hastanın fonksiyonel durumunu ve konforunu etkiler, aspirasyon pnömonisi ve ölümle sonuçlanabilir. Ayrıca tüp ile besleme ajitasyona neden olabilir, fiziksel kısıtlılığa yol açar, baskı yaralarını kötüleştirir.

DEPRESYON

Çeviri: Dr. Yunus Hacımusalar

Popülasyon

- Çocuklar ve ergenler.

Öneriler

- ▶ USPSTF 2009
 - Yeterli kanıtlar, SSRI'ların, psikoterapinin ve kombine tedavinin, 12-18 yaşlarındaki ergenlerde majör depresif bozukluk belirtilerini azaltacağını göstermektedir.
 - 7-11 yaşındaki çocuklarda depresyonu tarama ve tedavi için kanıtlar yetersizdir.

Kaynak

- <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspshdepr.htm>

Yorumlar

1. Kanıtlar, SSRI'ların ergenlerde intihar riskini %1-2 artırabileceğini göstermektedir. Bu nedenle, SSRI'lar ancak yakın takip mümkünse kullanılmalıdır.
2. Fluoksetin ve sitalopramın yanıt oranları diğer SSRI'lara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.

- SICU/MICU'daki insülin tedavisi kullanılan hastalarda hedeflenen glukoz düzeyi 140-200 mg/dl tutulmalıdır.

Kaynak

- <http://www.annals.org/content/154/4/260.full.pdf+html>

Yorumlar

- SICU/MICU'daki hastalarda yoğun insülin tedavisiyle (hedeflenen glukoz düzeyi 80-110 mg/dl) hipoglisemi riski 5 kat artmakla beraber, mortalite riskini çok arttırmamaktadır.

Popülasyon

- Yeni T2DM tanısı koyulmuş çocuk ve adölesanlar.

Öneriler

► AAP 2013

- Çocuklara insülin tedavisi aşağıdaki durumlarda başlanmalıdır;
 - Diyabetik Ketoasidoz
 - HbA1c >9%
 - Random glukoz ölçümü >250 mg/dl
- Diğer durumlara diyet, egzersiz ve metformin başlangıç tedavisi olarak tercih edilmelidir.
- Orta – şiddetli 60 dk egzersiz günlük önerilmektedir.
- Limit nonacademic screen time $t < 2h/d$
- HbA1c ölçümü 3 ayda bir yapılmalıdır.
- HbA1c < 7% tutulmalıdır.

Kaynak

- pediatrics.aappublications.org/content/131/2/364.full.pdf

- β semptomları ateş, gece terlemesi, kilo kaybını içerir.
- Bulky hastalık (10 cm üzerinde) rekürrens riskini artırır.
- Artan radyasyon maruziyeti ile ilgili endişelerden dolayı BT ile izlem sıklığında azalma mevcut (*JAMA*. 2012;307:2400).
- Geç olayların moniterizasyonu- sekonder kanser, kardiovasküler hastalık, hipotroidi ve fertilité sorunları.
- Kemik iliği hasarı myelodisplazi ve akut myeloid lösemiye dönüşebilir.
- Rekürren hastalıkta her zaman biyopsi alınır- %10-15'i indolen biyolojide foliküler lenfomadır.
- Agresif DBBHL da SSS profilaksisi (testis, sinus, kemik iliği)- intratekal veya yüksek doz metotreksat.

DİSPEPSİ

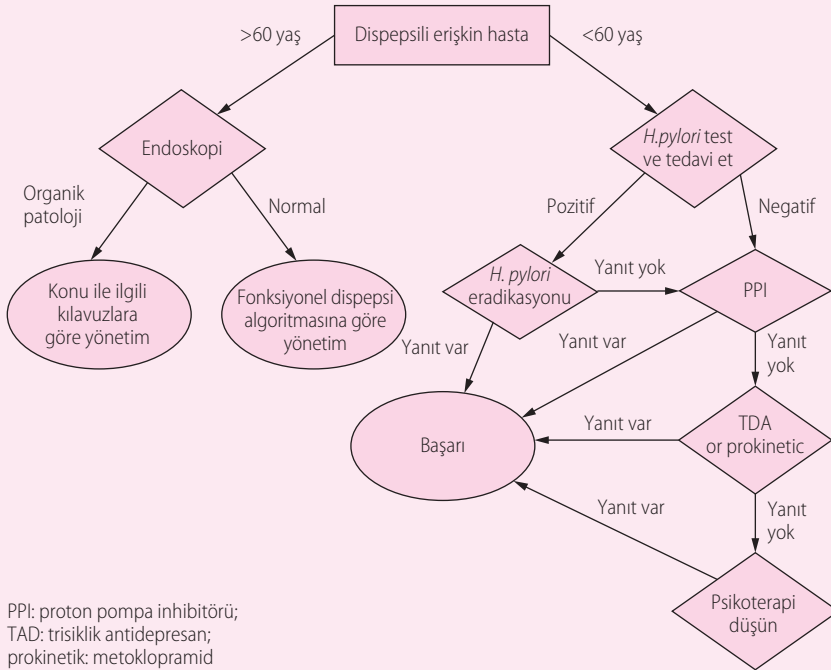
Çeviri: Dr. Harun Erdal

► Amerikan Gastroenteroloji Koleji/Kanada
Gastroenteroloji Derneği 2017

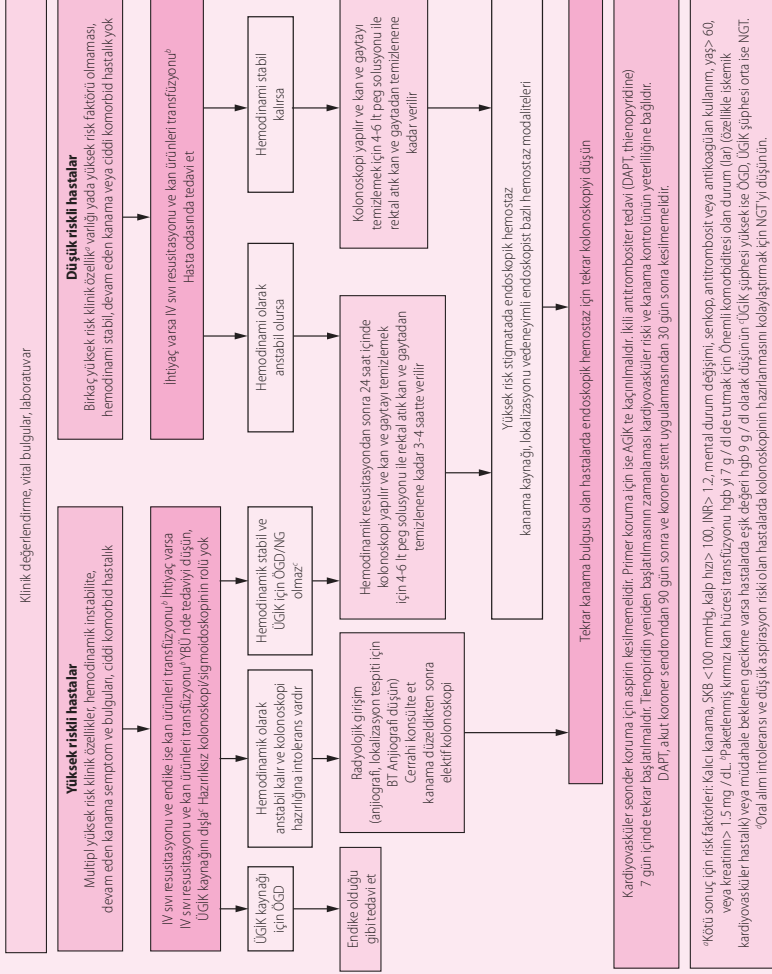
Popülasyon

– Dispepsisi olan erişkinler.

TANI KONMAMIŞ DİSPEPSİYE YAKLAŞIM



KANAMANIN ŞİDDETİNE GÖRE SINIFLANAN AGİK İLE BAŞVURAN HASTALARIN TEDAVİ ALGORİTMASI



BTA, bilgisayarlı tomografi anjiyografi; DAPT, dual antitrombotik tedavi; ÖGD, özofagogastroduodenoskopi; AGİK, alt gastrointestinal kanama; NGT, nasogastrik tüp; PEG, polyethylene glycol; ÜGİK, üst gastrointestinal kanama, SKB: sistolik kan basıncı.

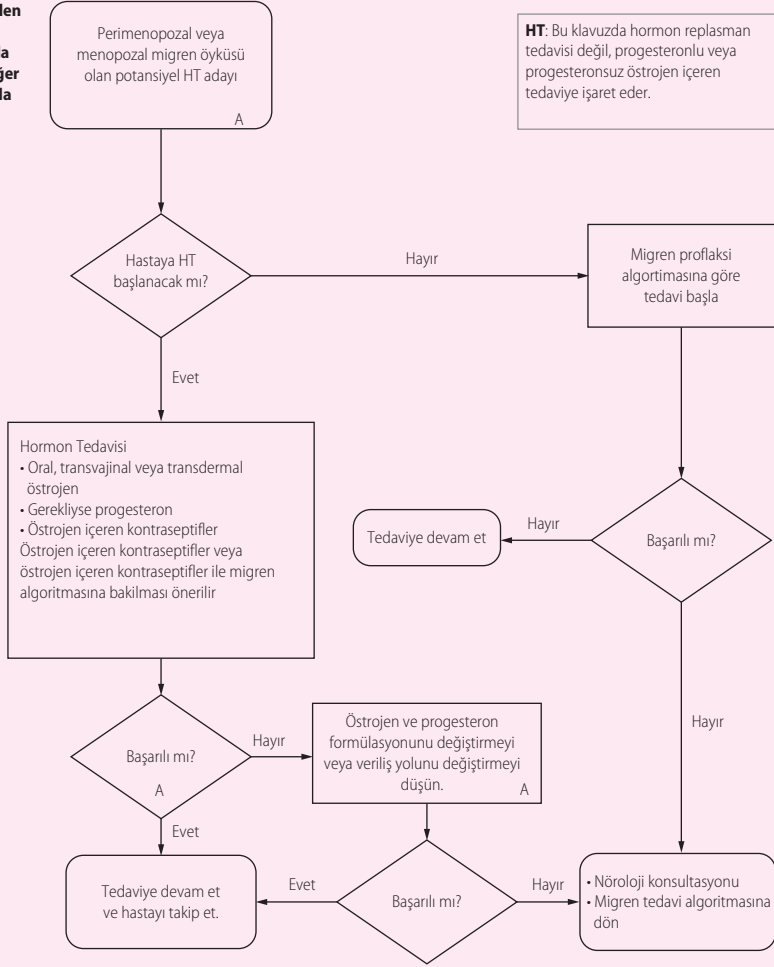
Kaynak: Strate LL, Gralnek IM. ACG Clinical Guideline: Management of Patients With Acute Lower Gastrointestinal Bleeding. Am J Gastroenterol. 2016; 111:459-474, Fig 1.

<i>Santral Sinir Sistemi</i>					
Tersiyer TCA'ler, tek başına veya kombinasyon halinde:	Yüksek antikolinerjik, sakinleştirici ve ortostatik hipotansiyona neden olur; düşük doz doksepin (≤ 6 mg /gün) güvenlik profili plaseboyla karşılaştırılabilir düzeydedir.	Kaçın	Yüksek	Kuvvetli	
• Amitriptilin • Klordiazepoksid-amitriptilin • Klomipramin • Doksepin >6 mg/gün • Imipramin • Perfenazin-amitriptilin • Trimipramin					
Antipsikotikler, birinci - (konvansiyonel) ve ikinci - (atipik) jenerasyon	Demanslı hastalarda artmış serebrovasküler olay (inme) ve mortalite riski.	Demansın davranışsal sorunları için farmakolojik olmayan seçenekler başarısız olmadıkça ve hasta kendisine veya başkalarına tehdit oluşturmuyorsa kullanılmaktan kaçın.	Orta	Kuvvetli	
Tiyoridazin Mesoridazin	Yüksek antikolinerjik ve QT aralığı uzatma riski.	Kaçın	Orta	Kuvvetli	
Barbituratlar • Amobarbital^a • Butabarbital^a • Butalbital • Mefobarbital^a • Pentobarbital^a • Fenobarbital • Sekobarbital^a	Yüksek fiziksel bağımlılık oranı; uyku yardımlarına tolerans; Düşük dozlarda aşırı doz riski.	Kaçın	Yüksek	Kuvvetli	

YAŞLILARDA POTANSİYEL OLARAK UYGUN OLMAYAN İLAÇ KULLANIMIN NEDEN OLDUĞU HASTALIK VEYA SENDROMLARI KÖTÜLEŞTİREBİLEN İLAÇ-HASTALIK VEYA İLAÇ-SENDROM ETKİLEŞİMLERİ İÇİN 2012 AGS BEERS KRİTERLER (Devamı)					
Organ Sistemi/ Terapatik Kategori / İlaç(lar)	İlaç(lar)	Neden	Öneri	Kanıt Düzeyi	Önerinin Gücü
	Antikolinerjikler/antispasmodikler (bkz. "Güçlü Antikolinerjik Özelliklere Sahip İlaçlar" tablosu, tam liste için) • Antipsikotikler • Belladonna alkaloidler • Klidinium-Klordiazepoksid • Disiklomin • Hiyosiyamin • Propanterlin • Scopolamin • Tersiyer TCA'lar (amitriptilin, klomipramin, doksepin, imipramine ve trimipramin)				
Gastrik veya duodenal ülserler öyküsü	Aspirin (>325 mg/d) COX-2 selektif olmayan NSAİ'lar	Mevcut ülserleri kötüleştirebilir veya yeni / ek ülserlere neden olabilir.	Diğer alternatifler etkili olmadıkça ve hasta gastroprotektif ajan (proton pompa inhibitörü veya misoprostol) almazsa kaçın.	Orta	Kuvvetli

PERİMENOPOZAL VEYA MENOPOZAL MİGREN ALGORİTMASI-ICSI 2011

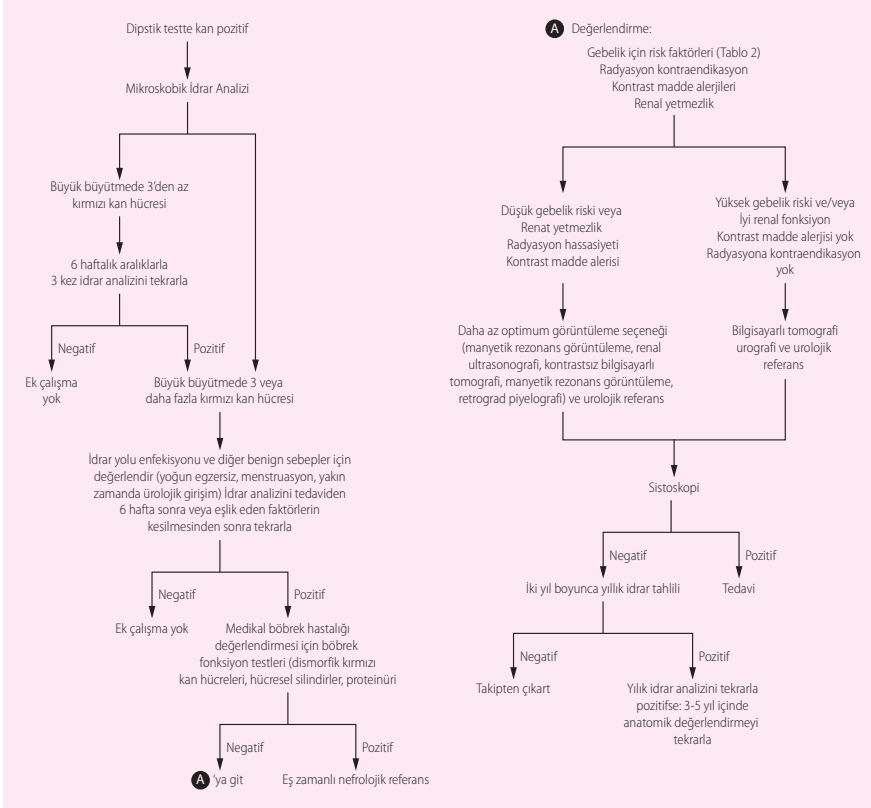
A ile belirtilen kutucuklar algorithmada yer alan diğer kutucuklarla bağlantılı.



A = Annotation

HT: Bu klavuzda hormon replasman tedavisi değil, progesteronlu veya progesteronsuz östrojen içeren tedaviye işaret eder.

INSIDENTAL TESPİT EDİLEN MİKROSKOBİK HEMATÜRİ TEDAVİ VE TANI ALGORİTMİ



HEPATİT B VİRÜS (HBV)

Çeviri: Dr. Ezgi Gülten, Dr. Çiğdem Kader

Popülasyon

- Çocuklar ve genç erişkinler.

Öneriler

► NIH 2009, AASLD 2009

- HbsAg pozitif kadınların doğan tüm bebeklerine HBV immüno globulin ve HBV aşısı önerin.
- Alanin transferaz (ALT) >2 X normal; biopside orta derecede hepatiti , kompanse siroz veya ileri fibrozisi olan ve HBV DNA >20,000 IU/mL; veya kemoterapi veya immunsupresyon sonrasında reaktif olan kronik HBV olan yetişkin hastalarda antiviral tedavi öner.

Kaynak

– <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=38253>

Yorumlar

1. Proteaz inhibitörü veya efavirenz alan kadınlarda postpartum hemoraji için meterjinden kaçınılmalıdır.
2. Kadın antepartum/intrapartum ART profilaksisi almadıysa, infant 6 hafta zidovudin almalıdır.
3. HIV ile enfekte kadından doğan infantlarda 14.gün, 1-2. Ay ve 4-6. aylarda HIV RNA bakılmalıdır.

HİPERLİPİDEMİ

Çeviri: Dr. Müge Akbulut Koyuncu, Dr. Demet Menekşe Gerede Uludağ

YETİŞKİNLERDE ATEROSKLEROTİK KARDİYOVASKÜLER RİSKİ AZALTMAK İÇİN KOLESTEROL TEDAVİSİNE DAİR 2013 ACC/AHA KILAVUZLARI, KONTRA-ENDİKE OLMADIĞI MÜDDETÇE KULLANMASI GEREKEN, STATİNDEN MAJÖR FAYDA GÖRECEK GRUPLAR

1. Klinik ASKVH
Rx: Kontra-endike olmadığı veya hasta yaşı > 70 olmadığı sürece yüksek yoğunluklu statin
2. LDL-K ≥ 190 mg/dl
Rx: Kontra-endike olmadığı müddetçe yüksek yoğunluklu statin, sonrasında orta yoğunlukta Rx.
3. LDL-K 70-189 mg/dl arasında olan, klinik ASKVH olmayan, 40-75 yaş aralığındaki diyabetik (tip 1 veya 2) hastalar
Rx: Orta yoğunlukta statin; 10 yıllık ASKVH riski ≥ 7.5 ise yüksek yoğunluklu statin
4. Klinik ASKVH veya diyabeti olmayan, LDL-K 70-189 mg/dl arasında olan, tahmini 10 yıllık ASKVH riski ≥ 7.5 a olanlar
Rx: Orta veya yüksek yoğunluklu statin.

^aHavuzlanmış kohort eşitliği.

Kaynaklar:

– <http://tools.cardiosource.org/ASCVD-Risk-Estimator/>

– Also available as "ASCVD Risk" app from iTunes and Google Play.

– <https://itunes.apple.com/us/app/ascvd-risk-estimator/id808875968?mt=8>

– <https://play.google.com/store/apps/details?id=org.acc.cvrisk&hl=en>

STATİN YOĞUNLUK İLAÇ SEVİYELERİ

Yüksek yoğunluklu Rx (LDL-K > %50 azaltır)	Atorvastatin 80 mg Rosuvastatin 40 mg
Orta yoğunluklu Rx (LDL-K %30-50 azaltır)	Atorvastatin 10-20 mg Rosuvastatin 5-10 mg Simvastatin 20-40 mg Pravastatin 40-80 mg Lovastatin 40 mg Fluvastatin XL 80 mg Fluvastatin 40 mg (günde 2 kere) Pitavastatin 2-4 mg ^a Simvastatin 80 mg, yüksek ilaç etkileşim riski nedeniyle tercih edilmemelidir.

ARTMIŞ TG VEYA NON-HDL-K: ÇOCUK 2—TG

2-21 yaş	Ailesel medikal beslenme tedavisi için diyetisyene yönlendir. ^a	Evre B Kuvvetle önerilir
	• Kalorinin %25-30'u yağdan, yaklaşık %10'u tekli doymamış yağdan; <200 mg/gün kolesterol; mümkün olduğunca trans yağlardan kaçın	Evre A Önerilir
	• Şeker tüketimini azalt: - Basit karbonhidratlar yerine kompleksleri tercih et. - Şekerle tatlandırılmış içecekleri tüketme.	Evre B Kuvvetle önerilir
	• Omega-3 yağ asit miktarını arttırmak için diyetle balık tüketimini artırır.b	Evre D Önerilir

^aÇocuk obezse, beslenme tedavisinde kalori kısıtlaması ve artmış aktivite de yer almalıdır (tüm çocuklar için önerilenin ötesinde).

^bThe Food and Drug Administration (FDA) ve the Environmental Protection Agency, hamile kalma ihtimali olan çocuk doğurma yaşındaki kadınlara, gebe kadınlara, emziren annelere ve genç çocuklara bazı çeşit balıklardan ve kabuklu deniz mahsullerinden uzak durmasını ve cıvadan fakir balık ve kabuklu deniz ürünlerini tüketmelerini önermektedir. Daha fazla bilgi için, FDA yiyecek bilgi hattını ücretsiz olarak 1-888-SAFEFOOD ara veya <http://www.fda.gov/downloads/Food/FoodborneIllnessContaminants/UCM312787.pdf-page=21> sayfasını ziyaret et.

Kaynak: Expert Panel on Integrated Guidelines for Cardiovascular Health and Risk Reduction in Children and Adolescents: summary report. *Pediatrics*. 2011;128(5):S213-S258.

DİSLİPİDEMİ FARMAKOLOJİK TEDAVİSİNE DAİR KANITA-AYALI ÖNERİLER

Evreler kanıt özeti bulgularını yansıtır.

Öneri seviyeleri, uzman panelin konsensus fikrini yansıtır.

İlaç tedavisi, mutlaka hasta ve aile ile konsültasyon sonucunda ve hastanın tam kardiyovasküler risk profiline dayanarak önerilmelidir.

NOT: Verilen değerler mg/dl cinsindedir. SI birimine çevirmek için, TK, LDL-K, HDL-K ve non-HDL-K sonuçlarını 38.6'ya böl; TG için 88.6'ya böl.

Doğum-10 yaş	Farmakolojik tedavi, şiddetli primer hiperlipidemisi (homozigot ailesel hiper kolesterolemi, TG≥500 mg/dl olan primer hiper trigliseridemi) çocuklarla veya yüksek riskli durum varlığıyla veya kanıtlı kardiyovasküler hastalık varlığıyla sınırlıdır; lipid uzmanının gözetimi altında yapılmalıdır.	Evre C Önerilir
≥10-21 yaş	İlaç tedavisine başlamadan önce detaylı aile öyküsü ve risk faktörü değerlendirmesi gereklidir. ^a Yüksek-orta seviyede risk faktörleri ve riskli durumlar.	Evre C Kuvvetle önerilir

- ACEI/ARB kontra-endike ise veya tolere edilemiyorsa, hidralazin ve isosorbid dinitrat kombinasyonu önerilir.
- KB kontrol altına alınamayan HTN hastalarında, ACEI ve diğer antihipertansif ilaç tedavisine ARB eklenebilir. (evre A) (Hipotansiyon, hiperkalemi, ve kötüleşen renal fonksiyonu izle.)

• HTN ve inme/TİA

Akut inme (72 saat)

- Trombolitik tedavi için elverişli olan, çok yüksek KB>185/110 mmHg olan hastalarda, akut iskemik inme için trombolitik tedavi verilirken, bir yandan da intrakranial kanama riskini azaltmak için HTN tedavi edilmelidir.
- Trombolitik tedavi için elverişli olmayan hastalarda, aşırı SKB yüksekliği>220 veya DKB>120 mmHg tedavi edilebilir. İlk 24 saat içerisinde KB %15 azaltılmalıdır, %25'ten fazla azaltılmamalıdır.

Akut inme sonrası

- İnme veya TİA akut döneminden sonra mutlaka antihipertansif tedavi başlanmalıdır.

• HTN with LVH

- Başlangıç tedavisinde ACEI/ARB, uzun etkili KKB, veya tiazid/tiazid-benzeri diüretikler. Hidralazin ve minoksidil kullanılmamalı.

• HTN ve diyabetik olmayan KBH

- Hedef KB<140/90 mmHg
- Proteinürik KBH varlığında ACEI veya ARB başla
- Nonproteinürik KBH varlığında ACEI ile ARB kombinasyonu önerilmemektedir.

• HTN ve sol ventrikül hipertrofisi

- Hedef KB 13/80 mmHg
- ACEI, dihidropiridin KKB, tiazid/tiazid-benzeri diüretik veya ARB ile başla.
- İlave KVH, KBH, mikroalbuminüri veya KV risk faktörü varlığında, ACEI veya ARB ile başla.
- Tercih edilen kombinasyon: ACEI ile HCTZ'den ziyade ACEI ile dihidropiridin.

Kaynak: <http://www.hypertension.ca/en/chep>.

REFRAKTER HİPERTANSİYON

Tanım:

3 farklı antihipertansif ilaç sınıfı kullanılmasına rağmen hedef KB değerine (<140/90 mmHg, veya diyabet, kalp hastalığı, veya kronik böbrek hastalığı varlığında 130/80 mmHg) ulaşamaması.

İnsidans: HTN hastalarının %20-30'u.

Sık Görülen Nedenleri:

1. İlaç/diyet uyumsuzluğu
2. Suboptimal tedavi/KB ölçümü (sıvı birikimi, yetersiz doz)
3. Diyet/ilaç etkileşimleri (kafein, kokain, alkol, nikotin, NSAİİ, steroidler, OKS, eritropoetin, doğal meyankökü, bitkiler)
4. Sık sekonder nedenler:
 - Obstruktif uyku apnesi
 - Diyabet
 - Kronik böbrek hastalığı.

YETİŞKİN VE ÇOCUKLARDA METİSİLİN DİRENÇLİ *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* ENFEKSİYONLARININ TEDAVİSİ (Devamı)

Enfeksiyon	Birincil tedavi	Alternatif tedavi	Öneriler
MRSA doğal kapak endokardit	Vankomisin 6 hafta	Daptomisin 6 hafta	1. Doğal kapak endokarditinde sinerjistik gentamisin veya rifampin önerilmez 2. Çocuklarda vankomisin ilk seçenektir
MRSA protez kapak endokardit	1. Vankomisin + rifampin 6 hafta 2. Gentamisin 1 mg/kg 2 hafta		Kapak replasmanı açısından erken değerlendirme önerilir
MRSA pnömoni	1. Vankomisin 2. Linezolid	Klindamisin	1. Tedavi süresi 7-21 gün 2. Çocuklarda vankomisin önerilir
MRSA osteomyelit	1. Cerrahi debridman 2. Vankomisin 3. Daptomisin 4. Tedavi süresi en az 8 haftadır	1. Linezolid 2. TMP-SMX +rifampin 3. Klindamisin	
MRSA septik artrit	1. Eklem mesafesinin drenaj veya debridmanı 2. Vankomisin	Daptomisin	Tedavi süresi 3-4 haftadır
MRSA menenjit	Vankomisin	1. Linezolid 2. TMP-SMX	Rifampin eklemeyi düşün

^aEndokardit ve protez mevcut değil, 72 saat içinde ateş düşmüş, 72 saat içinde kan kültürleri negatifleşmiş ve metastatik enfeksiyon odağı yok ise.

Kaynak: IDSA 2011 Clinical Practice Guideline.Clin Infect Dis 2011, 52: 1-38

NÖROPATİK AĞRI

Çeviri: Dr. Özlem Özkan Kuşçu

Popülasyon

- Nöropatik ağrısı olan erişkinler.

Öneriler**► NICE 2013**

- Nöropatik ağrı için başlangıç tedavisinde; amitriptilin, duloxetine, gabapentin veya pregabalin seçimi yapın (trigeminal nevralji hariç).
- Tramadol’ü sadece akut kurtarma tedavisi durumunda düşünün.
- Lokalize nöropatik ağrı için kapsaisin krem düşünün.
- Aşağıdaki ajanları tavsiye edin:
 - Cannabis sativa (kenevir otu) ekstresi
 - Kapsaisin patch (yama)
 - Lakozamid
 - Lamotrijin
 - Levetirasetam
 - Morfin
 - Okskarbazepin
 - Topiramat
 - Tromadol (uzun süreli kullanım için)
 - Venlafaksin.
- Trigeminal nevralji için başlangıç tedavisi olarak karbamazepin önerin.

Kaynak

- <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=47701>

ÖLMЕКTE OLAN ERİŞKİNLERİN PALYATİF BAKIMI

Çeviri: Dr. Özlem Özkan Kuşçu

Popülasyon

- Ölmekte olan erişkinler.

Öneriler**► NICE 2015**

- Ölmekte olan hastaların tedavisi hastanın isteği ve kültürel değerleri ile uyumlu olmalı.
- Semptom yönetimi fiziksel, duygusal, sosyal ve ruhsal ihtiyaçlarını karşılamalı.
- Hasta kendi kararlarını veremeyecek durumda ise hastanın yerine karar verecek kişiyi belirle.
- Hastanın istediği bakım ortamını kur.

trombosit şeklinde olmasına rağmen < 100.000 platelet sayısı ile nöro-şirürjiye girecek olan hastalarda trombosit transfüzyonu için güçlü kanıtlar bulunmamıştır.

- Kılavuzlar, karar vermede klinik kanaatin ve spesifik olmayan bir trombosit sayısının çok büyük öneme sahip olacağını vurgulamaktadır.
- Trombosit transfüzyonu ile bakteriyel enfeksiyon riskinin 1:3000 olduğunu bilin (eritrosit transfüzyonlarında olduğundan 5 kat daha fazla) (*Transfusion*. 2013; 55:1603).

MALİGN PLEVRAL EFFUZYON

Çeviri: Dr. Yavuz Selim İntepe

Popülasyon

Semptomatik Hastalar

1. Semptomatik hastalarda başlangıçta terapötik torasentezle semptomların rahatlatılması sağlanmalıdır.. Her bir oturumda boşaltılması tavsiye edilen sıvı miktarı 1000-1500 ml dir. Plevral sıvının tekrar toplanma hızı, ve hastanın klinik ve semptomatik yanıtı ve prognozu sonraki tedavi seçeneğini bulmaya yardım edecektir.
2. Tek başına ayaktan terapötik torasentez, 1 aydan daha kısa sağkalım beklentisi olan hastalarda ve/veya zayıf performans durumu (PD) olanlarda ve/veya yavaş tekrar toplanan plevral sıvılarda (1 aydan fazla) gerekmektedir.
3. Hastalar birinci veya ikinci torasentez sonrası daha kesin çözümler için değerlendirilmelidir.
4. Tedavi seçenekleri:
 - A. Plevral kateter (tünel) yerleştirmek (torasentez sonrası bir miktar rahatlatan tuzak akciğeri olan hastalarda değerlendirin) veya hastanede yatmak istemeyen hastalarda veya plöredezisden rahatsız olan hastalarda. (Chest. 2012; 142:394).
 - B. Torakoskopi ile talk plöredezis (talk pudraj), uzun sağkalım beklenen hastalarda ve kateter yerleştirilmesini istemeyen hastalarda değerlendirilir. Bu yöntem tuzaklanmış akciğeri olan hastalarda kontraendikedir.
 - C. Göğüs tüpü ile talk plöredezis (bulamaç), beklenenden uzun sağkalımı olan hastalarda veya torakoskopiye kontraendike hastalarda endikedir. Tuzaklanmış akciğeri olan hastalarda kontraendikedir.
 - D. Kemoterapi ilave tedavi seçeneği olarak düşünülebilir. Özellikle, yüksek yanıt oranı (küçük hücreli akciğer kanseri ve lenfoma) olan tümörler için kullanılan birinci sıra sistemik tedaviyi alan hastalarda daha önce tartışılan kesin tedavilerden kaçınılabilir.

Popülasyon

- Malign plevral effuzyonlu akciğer metastazlı malignite ve akciğer kanseri olan yetişkin erkekler ve kadınlar.

GEBELİK, RUTİN PRENATAL BAKIM

Çeviri: Dr. Emre Başer

RUTİN PRENATAL BAKIM

Gebelik Öncesi Vizit

1. Boy, kilo, kan basıncı, total ve HDL kolesterol ölçülür.
2. Rubella, rubeola ve varisellanın immünite durumu belirlenir.
3. Tüm hastalar; madde bağımlılığı, aile içi şiddet, cinsel istismar, psikiyatrik bozukluklar, preterm doğum açısından risk faktörleri, kimyasallara veya enfeksiyöz ajanlara maruz kalma, kalıtsal bozukluklar, gestasyonel diyabet veya kronik tıbbi problemler açısından değerlendirilmelidir.
4. Hastalar uygun beslenme hakkında eğitilmeli; obez hastalar için kilo verme stratejileri sunulmalıdır.
5. Hastaların eğer bu hastalıklara karşı bağımsızlığı yoksa hastalar aşılanmalıdır: Tdap (kombine tetanoz, difteri ve boğmaca aşısı), MMR (kızamık, kabakulak, kızamıkçık), varisella veya hepatit B aşısı.
6. Folik asit 400-800 µg / gün başlanır; eğer hastada nöral tüp defektine sahip bir gebelik öyküsü varsa bu ilaç 4 mg / gün dozdan başlanır.

İlk Prenatal vizit

1. Tıbbi, cerrahi, sosyal, ailesel ve obstetrik açıdan tam bir muayene yapılmalıdır.
2. Pap smear, gonore ve klamidyaya için idrarda NAAT bakılmalıdır ve genital herpes öyküsü açısından değerlendirilmelidir.
3. Hasta, varisella enfeksiyonundan emin değilse bir varicella antikor testi düşünülmelidir.
4. Proteinüri ve glukozüri için idrar tetkiki ve asemptomatik bakteriyüri için idrar kültürü alınmalıdır.
5. Doğum öncesi laboratuvarında tam kan sayımı, kan grubu, antikor taraması, rubella titresi, VDRL, hepatit B yüzey antijeni ve HIV testleri yapılmalıdır.
6. Aşağıdakilerden herhangi biri varsa günleme için bir obstetrik ultrason yapılmalıdır: 16.gebelik haftasından sonra, son adet tarihinin bilinmemesi, muayene sırasında boyut / günleme uyumsuzluğu, veya fetal kalp seslerinin 12. gebelik haftasına kadar duyulmamış olması.
7. Anne yaşı ne olursa olsun hastaya fetal anöploidi taraması ve danışmanlığı hakkında bilgi verilmelidir.
8. Orak hücre anemi (Afrikalılarda), talasemi (Afrika, Akdeniz, Ortadoğu, Güneydoğu Asyalılar), Canavan Hastalığı ve Tay-Sachs (Yahudi hastalarda), kistik fibrozis (beyazlar ve Aşkenazi Yahudilerinde) ve frasil X sendromu (belirlenemeyen mental retardasyonun aile öyküsü olanlarda) gibi durumlarda prenatal test önerilir.
9. Tüm orta ve yüksek riskli hastalar için tüberküloz deri testi yapılmalıdır.^a
10. Bazı yüksek riskli gruplar için 1 saat 50 g glukoz tolerans testi düşünülmelidir.^b
11. Daha önce sezaryen yapılmış olan tüm kadınlarda ameliyat notu incelenmelidir.
12. Duygu-durum bozuklukları, madde bağımlılığı veya aile içi şiddet için psikososyal risk değerlendirilmelidir.

Komplikasyonsuz Gebeliklerde Vizit Sıklığı

1. 28. gebelik haftasına kadar 4 haftada bir; 28 hafta ile 36 hafta arasında 2 haftada bir; > 36 hafta sonrası haftalık kontrol.

Prenatal Vizit Takiplerinde Rutin Kontroller

1. Kilo, kan basıncı ölçülür ve idrar glukoz ve protein açısından değerlendirilir.
2. Muayene: her takipte ödem, fundal yükseklik ve fetal kalp sesleri değerlendirilir; 36. haftada fetal prezentasyon muayenesi başlar.
3. Düzenli uterin kontraksiyonların, sıvı sızıntısının, vajinal kanama ya da fetal hareketlerin durumu sorgulanmalıdır.
4. Doğum eylemi belirtilerini hastayla tartışın.

- Pulmoner nodüllerin yönetiminde tavsiye edilenler;
 - Seri BT taraması kanser riski $< \%10$
 - Kanser riski $\%10-70$ arasında ise Bt eşliğinde biyopsi
 - Kanser riski $\%70$ I geçtiğinde video-yardımlı torakoskopik cerrahi
 - BT taramasında bronkus işareti varsa Bronkoskopi düşünülmeli

Kaynak

– <https://guidelines.gov/summaries/summary/49569>

KIRMIZI KAN HÜCRESİ (RBC) TRANSFÜZYONU

Çeviri: Dr. Demet Çekdemir

Popülasyon

- Genel popülasyon, erkekler ve kadınlar.

Öneri

- Amerikan Kan Bankaları Derneği (AABB)
 - **Hemodinamik açıdan stabil olan hospitalize hastalar—tercih edilen kısıtlayıcı transfüzyon stratejisi (Bkz. Tablo II)**
 - Cerrahi olmayan hastalar için transfüzyon, hemoglobin düzeyinin 7 g/dL'nin altında olması durumunda düşünülür.
 - Post-operatif cerrahi hastalarda hemoglobin düzeyi 8 g/dL ve altında ise transfüzyon düşünülür.
 - Kalp hastalığı bulunan hastalar kısıtlayıcı bir transfüzyon stratejisi ile tedavi edilmelidir (tetikleyici hemoglobin düzeyi 7-8 g/dL). Artan trombotik risk sebebiyle eritrosit uyarıcı ajanlar kullanılmamalıdır.
 - Semptomatik hastalarda (göğüs ağrısı, taşikardi, hipotansiyon veya kalp yetmezliği) veya devam eden hemorajisi olan hastalarda klinik kanaat kullanılmalıdır.
 - Transfüzyon kriterlerini karşılayan hastalarda hemoglobin düzeyini sadece önerilen düzeylere çıkarmaya yetecek kadar transfüzyon uygulayın (1 ünite kırmızı kan hücresi hemoglobin düzeyini 1 g/dL yükseltir).
 - Febril, hemolitik olmayan transfüzyon reaksiyonları azaltmak amacıyla lökosit azaltılması (kanın alınma anında veya transfüzyon anında filtrasyonla) sitomegalovirüs (CMV) transmisyon riskini ve HLA-allo immünizasyon riskini düşürür ama transfüzyon ile ilişkili graft vs. host hastalığını (TA-GVHD) önlemez.

- Bir inme sırasında hipertansiyon tedavisi için KB 220/120 mm Hg seviyelerinde tutulmalıdır. Eğer KB bu seviyeyi aşarsa, ilk 24 saatte % 15 oranında azaltılmalıdır. Kan basıncı hedef düzeyleri rtPA alan hastalarda daha düşük seviyelerde tutulmalıdır.
- Hiperglisemi tedavisi kan şekeri 140-180 mg/dL aralığında olacak şekilde yapılmalıdır.
- İntravenöz rtPA tedavisi, intraarteriyel tedavi düşünülüyorsa bile uygun hastalara uygulanmalıdır. İntraarteriyel fibrinoliz ise orta serebral arteri içeren <6 saat içinde başvuran büyük inme geçiren hastalarda uygulanabilir. Bu prosedür sadece inme merkezlerinde yapılmalıdır.
- Tekrarlayan inmeyi önlemek veya semptomları düzeltmek için acil antikoagülasyon önerilmemektedir.
- İnme sonrası 24-48 saat sonrasında aspirin önerilir. Fibrinoliz sonrasındaki ilk 24 saat içinde ASA tedavisi önerilmez.
- Kapsamlı inme bakımı veren İnme Üniteleri tavsiye edilir.

Kaynak: Jauch EC, Saver JL, Adams HP, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke. Guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2013;44:870-947.

INTRAKRANİYAL İNME AHA / ASA REHBERİ 2014

- Majör intrakranial arterin şiddetli stenozu (% 70-% 99) ile ilişkili yakın zamanlı (<30 d) inme veya TİA'lı hastalar için, ASA'ya ek olarak 90 mg klopidoğrel ilavesi 90 günlük zaman diliminde uygun olabilir.
- Minör iskemik inme veya TİA'da, aspirin ve klopidoğrel kombinasyonu, 24 saat içinde verilmelidir ve 90 gün boyunca devam edilmelidir.
- Bir ana intrakranial arterin % 50-99 stenozuna atfedilen inme veya TİA'lı hastalar için, SKB <140 mm Hg ve yüksek yoğunluklu statin tedavisi önerilmektedir.
- Majör bir intrakraniyal arterde, orta düzeyli stenoz (% 50-% 69), atfedilebilen bir inme veya TİA'lı hastalar için anjiyoplasti veya stentleme inme riskini azaltmada önerilmemektedir.
- Majör bir intrakraniyal arterde, şiddetli stenoz (% 70-% 99) bağlı inme veya TİA geçiren hastalar için Wingspan stent sistemi ile stentleme ilk tedavi olarak antitrombotik tedavi alıyor olsa dahi tavsiye edilmez.
- Majör intrakraniyal arterde, şiddetli stenoz (% 70-% 99) bağlı inme veya TİA'lı hastalar için, tek başına anjiyoplastinin veya Wingspan stenti harici diğer stentlerin yerleştirilmesinin yararı bilinmemektedir ve araştırmalar devam etmektedir.
- Majör bir intrakraniyal arterde ciddi stenoz (% 70-% 99) olan ve tekrarlayan TİA ile inme geçiren hastalarda aspirin ve klopidoğrel tedavisi, sistolik KB <140 mm Hg ve yüksek yoğunluklu statin tedavisinden sonra, tek başına anjiyoplastinin yararı, Wingspan stenti veya diğer stentlerin yerleştirilmesinin yararı bilinmemektedir ve araştırmalar devam etmektedir.

Kaynak: Bushnell C, McCullough LD, Awad IA, et al. Guidelines for the prevention of stroke in women: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2014;45. doi:10.1161/01.str.0000442009.06663.48.

TTÜTÜN BIRAKTIRMA TEDAVİ SEÇENEKLERİ ^{ie} (Devamı)					
İlaç Tedavisi	Önlem/ Kontraendikasyonlar	Yan Etkiler	Doz	Süre	Mevcut Olma
Vareniklin	Böbrek bozuklukları	Bulantı Anormal Rüyalar	0.5 mg qd 3 gün, sonra 0.5 mg bid 4 gün, sonra 1 mg PO bid	12 hafta veya 24 hafta	Chantix (reçete sadece)
İkinci sıra farmokoterapiler (Tütün bıraktırma için FDA tarafından onaylanmamış)					
Klonidin	Rebound Hipertansiyon	Ağız kuruluğu Uyuşukluk Baş dönmesi sedasyon	0.15-0.75 mg /gün	3-10 hafta	Oral klonidin-jenerik, Catapres (Reçete sadece) transdermal Catapres(Reçete sadece)
Nortriptilin	Aritmi riski	Sedasyon Ağız kuruluğu	75-100 mg /gün	12 hafta	Nortriptilin HCL jenerik(reçete sadece)

bid, günde iki defa ; FDA, Food and Drug Administration; OTC, reçetesiz; PO, ağız yoluyla;

qd, her gün.

^{ie}Bu tabloda yer alan bilgiler geniş kapsamlı değildir. Ek bilgi için lütfen paket içinde ki prospektüslere bakınız.

Kaynak: U.S. Public Health Service

KRONİK HASTALIKLARDA YAŞLI ERIŞKİNLERDE İLAÇ SEÇİMİNDE SAKINILMASI GEREKEN DURUMLAR			
Bu ilaçlar, bazı kronik hastalıkları şiddetlendirebilir veya provoke etme riski taşımaktadır.			
Durum	Sakinilmesi gereken ilaçlar	Potansiyel risk	
Kalp yetmezliği	–NSAI ilaçlar, COX-2 inhibitörleri –Non-dihidropiridin grubu kalsiyum kanal blokerleri –Tiazolidinedionlar –Silostazol –Dronedaron	Sıvı retansiyonuna bağlı kalp yetmezliği	
Senkop	–Asetilkolinesteraz inhibitörleri –Alfa-1 blokerler, periferik etkili (örn; <i>terazosin, prazosin, doksazosin</i>) –Trisiklik antidepresanlar –Olanzapin	Bradikardi, ortostatik hipotansiyon	
Epilepsi	–Klorpromazin –Klozapin –Olanzapin –Tramadol	Düşük nöbet eşiği	
Deliryum	–Antikolinerjikler –Antipsikotikler –Benzodiazepinler –Klorpromazin –Kortikosteroidler –H2-reseptör antagonistleri (örn; ranitidine, famotidin, simetidin) –Meperidin –Sedatif hipnotikler	Delirium	

BÜTÜNSSEL OLARAK TARAMA VE KORUNMA KILAVUZLARI: PGPC 2012 (Devamı)

Prostat CA Taraması, 50 yaş üstü Erkekler	USPSTF/AAFP UK-NHS ACS	PSA'ya dayalı tarama yöntemi kullanılmamalı- kanıtlara göre zararı yararından çok. Bilgilendir, kararı hastaya bırak PSA taraması ve dijital rektal muayeneyi hastay ile değerlendirir. Riskleri, yararları, tedavi opsiyonlarını ve yan etkilerini hastayla değerlendirir. Hasta talep etmediği sürece PSA bakma.
Testiküler CA Taraması	USPSTF/AAFP ACS	Tarama yapmamayı önerir. Rutin CA taraması kapsamında testis muayenesi yap.
Depresyon, Çocuklar ve Adolesanlar	USPSTF/AAFP/CTF/NICE Bright Futures	Tarama yapılıp yapılmaması yönünde yeterli kanıt yok. Depresyon veya intihar riskini çağrıştıran davranışlar/emosyonlar için yıllık tarama yapılmalı.
Aile içi Şiddet ve İstismar, Çocuklar ve Adolesanlar	USPSTF/AAFP Family Violence Prevention Fund	Tarama yapılıp yapılmaması yönünde yeterli kanıt yok. En az yılda bir sefer olmak üzere bakım verenleri/ebeveynleri ve adolesan hastaları değerlendirir.
İşitme kaybı, Yenidoğanlar	USPSTF/AAFP Joint Committee on Infant Hearing	Postpartum hospitalizasyon sırasında tarama yapılıp yapılmamasına yönelik yeterli kanıt yok. Tüm bebekler neonatal veya konjenital işitme kaybı yönünden taranmalı
Tiroid Taraması, Erişkinler	USPSTF/AAFP ATA	Tarama yapılıp yapılmaması yönünde yeterli kanıt yok. 35 yaş üstü her kadını 5 yıllık aralarla tara
Glokom, Erişkinler	USPSTF/AAFP AOA	Tarama yapılıp yapılmaması yönünde yeterli kanıt yok. 18-60 yaş arası her 2 yılda bir kapsamlı göz muayenesi, 60 yaşından sonra yılda bir yeterli.
Diyabetes Mellitus, Gestasyonel	USPSTF/AAFP ADA	Asemptomatik gebelerde tarama yapılıp yapılmaması yönünde yeterli kanıt yok. İlk prenatal vizitte tüm gebelerde risk değerlendirir.

ERKEKLER İÇİN 10 YILLIK KARDİYAK RİSK TAHMİNİ ^a						
Yaş (y)	Puanlar					
20-34	-9					
35-39	-4					
40-44	0					
45-49	3					
50-54	6					
55-59	8					
60-64	10					
65-69	11					
70-74	12					
75-79	13					
Total	Puanlar					
Kolesterol	Yaş 20-39	Yaş 40-49	Yaş 50-59	Yaş 60-69	Yaş 70-79	
<160	0	0	0	0	0	0
160-199	4	3	2	1	0	0
200-239	7	5	3	1	0	0
240-279	9	6	4	2	1	1
≥280	11	8	5	3	1	1
Puanlar						
	Yaş 20-39	Yaş 40-49	Yaş 50-59	Yaş 60-69	Yaş 70-79	
Sigara içmeyen	0	0	0	0	0	0
Sigara içen	8	5	3	1	1	1

KADINLAR İÇİN 10 YILLIK İNME RİSKİ TAHMİNİ (Devamı)				
Sigara içimi	Puanlar	Kardiyovasküler hastalık		Puanlar
Hayır	0	Hayır		0
Evet	3	Evet		2
Elektrokardiyogramda Sol Ventrikül Hipertrofisi				
Atrial Fibrilasyon	Puanlar	Elektrokardiyogramda Sol Ventrikül Hipertrofisi		Puanlar
Hayır	0	Hayır		0
Evet	6	Evet		4
Total puan	10-y Risk %	Total puan	10-y Risk %	
1	1	16	19	
2	1	17	23	
3	2	18	27	
4	2	19	32	
5	2	20	37	
6	3	21	43	
7	4	22	50	
8	4	23	57	
9	5	24	64	
10	6	25	71	
11	8	26	78	
12	9	27	84	
13	11	28		
14	13	29		
15	16	30		

10-y Risk _____ %

Kaynak: Modifiye Framingham İnme Risk Profili. Sirkülasyon. 2006; 113: e873-e923.

TAMAMEN GÖZDEN GEÇİRİLMİŞ VE GÜNCELLENMİŞTİR

Ayaktan tedavi koşulları için en yaygın kılavuzlar ve öneriler—Güvenebileceğiniz kaynaklardan!

- Parmaklarınızın ucunda en güncel hastalık tarama, önleme ve yönetim önerileri
- Ulusal olarak tanınan devlet kurumlarından, tıbbi ve bilimsel organizasyonlardan ve uzman panellerinden gelen bilgileri birleştirir, özlü ve kolay uygulanabilen kılavuzlara dönüştürür
- Hem ambulator hem de hastane ortamlarında birinci basamak bakım konularını kapsar
- Günlük pratiğe dikkat ederek özenle seçilmiştir
- Özlük ve klinik gereklilik arasındaki mükemmel denge –yoğun bir klinisyenin ihtiyacı olan bilginin tam miktarı– ne fazla ne az
- Genel tıbbın tüm alanlarını kapsar
- ABD devlet kurumları ve profesyonel dernekler için internet sitesi adresleri
- Güncellenmiş kanıta dayalı içerikler

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: 978-975-277-762-0

9 789752 777620