

# Orijinal Soru: Klinik Bilimler 200

200. Sirozlu hastalarda yapılacak cerrahi girişimlerin riskini belirlemeye kullanılan Child-Turcotte-Pugh sınıflandırmasında aşağıdaki kriterlerden hangisi kullanılmaz?

- A) Özofagus varis varlığı
- B) Bilirubin düzeyi
- C) Albümin düzeyi
- D) INR değeri
- E) Asit varlığı

Doğru Cevap: A

## HIZLI TEKRAR NOTLARIMIZDAN REFERANSLAR

## İLGİLİ NOTLAR



### GENEL CERRAHİ HIZLI TEKRAR

103

#### İsole splenik ven trombozu (sol taraflı PH) özellikleri

- Prehepatik portal hipertansiyon nedenlerindenidir.
- Pankreatit veya pankreas kanserlerine sekonder gelişir. Tromboza yatkınlık durumlarında da görülebilir.
- Splenik arterden gelen kan splenik veneden döner. Kan kısa gastrik damarlardan yoluna devam eder.
- Mide fundus varisi gelişimine neden olur. Ana kollateral sol gastroepiploik vendir. Gastroplenik venöz hipertansiyon görülür.
- Sol gastrik ven basinci normaldir. (özofagus varisi beklenmez)
- Karaciğerde herhangi bir patoloji olmadığı için portal ven basinci normaldir.
- Kanama ve hipersplenizm görülür.
- Karaciğer sağlığı olduğu için asit ve encefalopati beklenmez.
- Kontrol altına alınamayan olgular splenektomi ile tedavi edilir

 Özofagusta varis yok, mide fundusunda varis var = splenik ven trombozu

- Cruveilhier-Baumgarten ugultusu... Portal hipertansiyon, medusa başı ve/veya portal sistemle umbilikal ven kalınlığı arasındaki kollaterallerin epigastriumda oskulte edildiğinde duyulan venöz ses

#### Hepatofugal akım

**Hepatofugal akım:** Portal hipertansiyon varlığında karaciğerden kaval sisteme doğru akımdır. Porto-kaval anastomozlar olarak da bilinir

#### HEPATOFUGAL KOLLATERALLER

- Özofagus çevresi anastomozları
- Hemoroidal anastomozlar
- Karın duvan anastomozları
- Retroperitoneal anastomozlar
- Dalak civarı anastomozlar

- **Portal hipertansiyonda komplikasyonlar...** Kanama, asit, hipersplenizm ve encefalopati
- **Kanama ve hipersplenizm...** Tüm portal hipertansiyon tiplerinde görülür.
- **Asit en fazla...** Postsinüsoidal portal hipertansiyonda görülür
- **Asit ve hepatik yetmezlik presinüsoidal portal hipertansiyonda...** Nadiren görülür
- **Portal hipertansiyonlu hastalarda mortaliteden sorumlu en önemli faktör...** Kanama
- **Varis kanamasının tanısında en güvenilir yöntem...** Özofagoskopı

#### Özofagus varis kanamasının medikal tedavisi

Profilaksi	<ul style="list-style-type: none"><li>• Beta bloker (Propranolol)</li><li>• Özofagoskopik skleroterapi ve band ligasyonu</li></ul>
Tedavi	<ul style="list-style-type: none"><li>• Direkt<ul style="list-style-type: none"><li>- Sengstaken-Blakemore tüpü</li><li>- Özofagoskopik skleroterapi ve band ligasyonu</li></ul></li><li>• İndirekt<ul style="list-style-type: none"><li>- Vazopresin/Terlipressin: İskemik vazokonstriktif etkisi nedeniyle kullanım kısıtlı</li><li>- Beta bloker (Propranolol)</li><li>- Somatostatin(Octreotid): Günümüzde akut kanamada ilk tercih edilen ajan</li><li>- TIPS(Transjuguler intrahepatik portosistemik şant): Karaciğer transplantasyonuna köprü olarak uygulanır.</li></ul></li></ul>

- **Transjuguler intrahepatik portosistemik şant (TİPSS)...** Juguler ven aracılığı ile v. hepatica kateterizasyonu yapıldıktan sonra portal venin bir intrahepatik dalıyla bir hepatik ven arasında metalik bir stent yerleştirilmesi
- **TİPSS'in mutlak kontrendikasyonları...** Sağ kalp yetmezliği ve polikistik karaciğer hastalığı
- **TİPSS endikasyonları...** Endoskopik ve medikal tedaviye dirençli kanama, inatçı asit, Budd-Chiari sendromu, hepatopulmoner sendrom

#### Özofagus varis kanamasının cerrahi tedavisi

Direkt yöntemler	<ul style="list-style-type: none"><li>• Transösophageal ligasyon</li><li>• Özofagus transeksiyonu (stapler ile)</li><li>• Devaskülarizasyon (Sugiura ameliyatı)</li><li>• Gastroözophageal rezeksyon: Kolon veya jejunum interpozisyonu</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nonselektif (Encefalopati riski yüksek) <small>Üç van portokaval şant</small></li></ul>

**Klinik Bilimler 200. soru**  
Tusdata Genel Cerrahi Hızlı Tekrar  
Notu 1. Fasikül Sayfa 103

- **Child sınıflaması...** Serum bilirubin, serum albüm, INR, asit, encefalopati

#### Child-Turcotte-Pugh sınıflaması

	1	2	3
Serum Bilirubin	< 2 mg/dL	2-3 mg/dL	> 3 mg/dL
Serum Albüm	> 3.5 g/dL	2.8-3.5 g/dL	< 2.8 g/dL
Asit	Yok	Kontrollü	Kontrolsüz
Encefalopati	Yok	Kontrollü	Kontrolsüz
INR	< 1.7	1.7-2.2	> 2.2

- **Son evre karaciğer yetersizliği skorlama sistemi modeli (MELD)...** INR, bilirubin düzeyi ve kreatinin düzeyi
- **Child ve MELD'in ortak kriterleri...** Bilirubin ve INR
- **Asit varlığında...** Sekonder hiperaldosteronizm görülür, bir kısır döngü yaratılan sodyum ve su retansiyonuna neden olur.
- **Asit tedavisinde...** Sodyum alımının kısıtlanması (2 g/gün) ve diüretik tedavisi olarak spironolaktone, yüksek kalorili, karbohidrat ve protein zengin diet, vitamin desteği
- **Medikal tedaviye dirençli asit tedavisinde tedavi...** Parasentez, TİPSS, peritonovenöz şant veya karaciğer transplantasyonu

#### Encefalopati gelişmesini kolaylaştıran faktörler

Enfeksiyon	<b>İlaçlar:</b> Narkotikler, trankilizanlar ve sedatifler gibi ilaçlar
<ul style="list-style-type: none"><li>• Artmış nitrojen yükü</li><li>• Gastrointestinal kanama</li><li>• Ağrı diürez</li><li>• Azotemi</li><li>• Diyetle aşırı protein alımı</li><li>• Konstipasyon</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Elektrolit ve sıvı bozuklukları</li><li>• Hiponatremi</li><li>• Hipopotasemi</li><li>• Metabolik asidoz veya alkaloz</li><li>• Hipoksia</li><li>• Hipovolemi</li></ul>

17. Elli yedi yaşındaki erkek hasta, 1 yıldır giderek artan hâlsizlik ve yorgunluk şikayetleriyle başvuruyor. Laboratuvar incelemelerinde ALT 175 U/L, AST 160 U/L ve açlık kan şekeri 150 mg/dL saptanıyor. Hastanın, 6 aydır metakarpofalangeal eklemlerinde ağrı ile şişlik olduğu ve impotans yakınması bulunduğu öğreniliyor. Fizik muayenede karaciğer midklaviküler hatta kot altında 4-5 cm kadar palpe ediliyor.

**Bu hastada aşağıdaki incelemelerden öncelikle hangisi istenmelidir?**

- A) Transferrin saturasyonu ve ferritin
- B) Manyetik rezonans kolanjiyopankreatografi
- C) Serum alfa-1 antitripsin düzeyi
- D) Antinükleer antikor düzeyi
- E) 24 saatlik idrarda bakır düzeyi

**Doğru cevap: A**

18. Ülseratif kolit tanısı ile izlenen 55 yaşındaki erkek hasta sarılık ve sağ üst kadran ağrısı ile başvuruyor. Laboratuarda ALP, GGT ve direkt bilirübün yüksekliği saptanıyor.

**Bu hastada en olası aşağıdakilerden hangisidir?**

- A) Otoimmün hepatit
- B) Wilson hastalığı
- C) Primer bilyer kolanjit
- D) Alkol dışı yağlı hepatit
- E) Primer sklerozan kolanjit

**Doğru cevap: E**

#### KARACİĞER SİROZU ve KOMPLİKASYONLARI

- **Sirozda portal hipertansiyona bağlı gelişen bulgular...**
  - ✓ Kollateral venler (Özofagus varisi, Caput medusa vb)
  - ✓ Splenomegalı, Hipersplenizm (pansitopeni)
  - ✓ Asit (spontan bakteriyel peritonit, hepatorenal sendrom)
- **Sirozda hem portal hipertansiyon hem de hepatosellüler yetmezlige bağlı gelişen bulgu... Hepatik encefalopati**
- Dekompanse siroz bulguları...

#### Klinik Bilimler 200. soru

Tusdata Dahiliye Hızlı Tekrar Notu 1.  
Fasikül Sayfa 090

- **Child-Pugh klasifikasyonundaki parametreler...**
  - ✓ Albümín
  - ✓ Bilirübün
  - ✓ Asit varlığı
  - ✓ Encefalopati
  - ✓ Protrombin zamanı
- **Karaciğer transplantasyon önceliğini belirlemeye kullanılan skorlama sistemi... MELD**
- **MELD skorlamasında kullanılan parametreler...**
  - ✓ INR
  - ✓ Bilirubin
  - ✓ Kreatinin

- **Portal hipertansiyonun (PoHT) en sık nedeni... Siroz (sinüzoidal portal hipertansiyon)**
- **Postsinüzoidal PoHT'un bazı nedenleri...**
  - ✓ Venooklüzif hastalık (intrahepatik)
  - ✓ Budd-Chiari sendromu (ekstrahepatik)
- **Presinüzoidal PoHT'un bazı nedenleri...**
  - ✓ Şistozomiyazis (intrahepatik)
  - ✓ Portal ven trombozu (ekstrahepatik)

#### Budd-Chiari sendromu vaka sorusunda için ipuçları

- Tromboz risk faktörü
  - ✓ Miyeloproliferatif hastalıklar (özellikle PV)
  - ✓ Oral kontraseptif ilaç kullanımı, gebelik
  - ✓ Herediter trombofil
- Akut gelişen sağ üst kadran ağrısı
- Hepatomegalı, asit
- Görüntülemede KC kaudat lopda hypertrofi
- **Venooklüzif hastalık (sinüzoidal obstrüksiyon sendromu) için en önemli risk faktörü... Kemik iliği nakli gibi ağır kemoterapiler**
- **Özofagus varis kanaması primer profilaksi... Propranolol veya endoskopik ligasyon**
- **Özofagus varis kanaması sekonder profilaksi... Propranolol ve endoskopik ligasyon (kombine edilir)**
- **Portal basıncı düşürdüğү için özofagus varis kanamasında endoskopiden önce kullanılan ilaçlar... Somatostatin analogu (oktreatid) ve Terlipressin (Propranolol ise kontraendikedir)**
- **Özofagus varis kanamasında endoskopinin başarısız olduğu durumda yaklaşımlar...**
  - ✓ Sangstaken-Blackmore tüpü (balon tamponad)
  - ✓ Transjuguler intrahepatik portosistemik şant (TIPSS)

- **Serum-asit albümín gradiyenti (SAAG) > 1.1 ise olası tanılar... Portal hipertansiyon (transuda)**
  - ✓ Siroz
  - ✓ Sinüzoidal obstrüksiyon sendromu
  - ✓ Budd-Chiari sendromu
  - ✓ Konjestif kalp yetmezliği
- **SAAG < 1.1 ise olası tanılar... Portal hipertansiyon dışı (genellikle eksuda)**
  - ✓ Peritoneal karsinomatozis
  - ✓ Peritonit (Tüberküloz, bakteriyel)
  - ✓ Pankreatit
- **SAAG < 1.1 olmasına rağmen transuda vasfında asit gelişmesine neden olan hastalık... Nefrotik sendrom**
- **Lenfosit hakimiyeti ve adenozin deaminaz yüksekliği olan bir asitte öncelikli tanı... Tüberküloz peritonit**
- **Asitte tedavi sıralaması...**
  - ✓ Tuzsuz diyet
  - ✓ Spironolakton → Furosemid
  - ✓ Boşaltıcı parasentez
- **Asitte su kısıtlama endikasyonu... Sodyum < 130 meq/L**
- **Refrakter asit tanı... Tuz kısıtlaması + 400 mg spironolakton + 160 mg furosemide yanıt olmaması**