

Orijinal Soru: Klinik Bilimler 206

206.Aşağıdakilerden hangisinin rektovajinal fistüle neden olması en az olasıdır?

- A) Epizyotomi
- B) Ülseratif kolit
- C) Rektosel onarımı
- D) Divertikülit
- E) Kriptoglandüler rektal apse

Doğru Cevap:B

DERS NOTLARIMIZDAN REFERANSLAR

(Bu referanslar; soru kitabı Tüm Tus Soruları, Kamp notlarımız ya da non spesifik slaytlardan DEĞİL, sadece güncel ders notlarımızdan verilmiştir. Bu notları şubelerimizde kolayca edinip, referansları kontrol edebilirsiniz.)

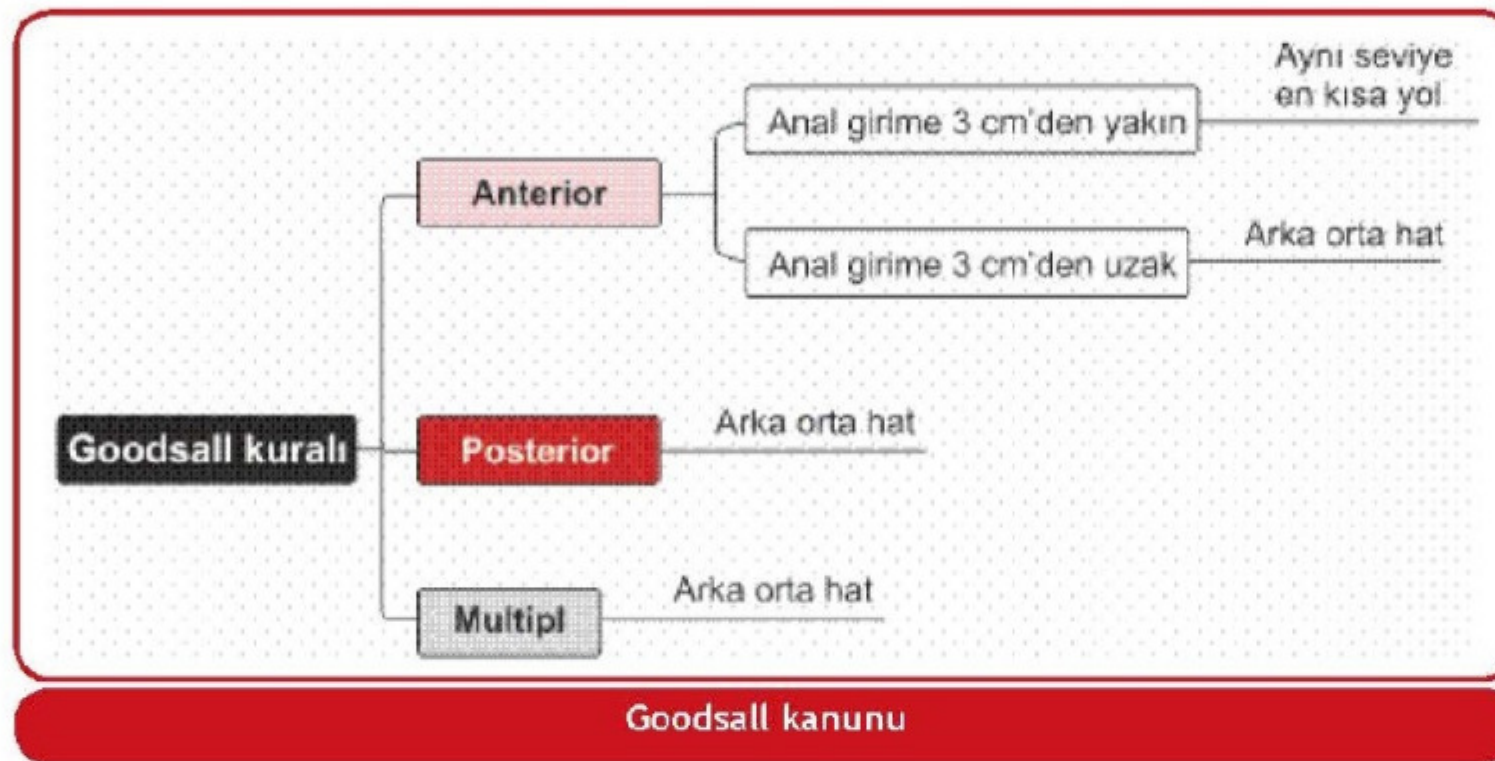
İLGİLİ NOTLAR

Nokta atışı bu olsa gerek

648

TUS HAZIRLIK MERKEZLERİ

TUSDATA
TUS HAZIRLIK MERKEZLERİ



PİLONİDAL HASTALIK

- Pilonidal enfeksiyonlar ve kronik pilonidal sinüsler genellikle genç tüylü erkeklerin sakrokoksigeal bölgesinin orta hattında bulunurlar.
- Hastalığın patogenezinde gluteal yarıkta kıl bulunması merkezi bir rol oynar.
- Diğer risk faktörleri obezite, lokal travma, sedanter yaşam tarzı, derin natal yarık ve aile hikayesini içerir.
- Apseler lokal anestezi kullanılarak drene edilebilir.

Klinik Bilimler 206. soru

Tusdata Genel Cerrahi Ders Notu 2. Fasikül Sayfa 648

yarık kenar onarımı veya Karydakıs flebi gibi flep temelli işlemler yararlı olabilir.

REKTOVAJİNAL FİSTÜL

- Rektovajinal fistül vajen ile rektum veya dentat çizginin proksimalindeki anal kanal arasında bağlantı oluşmasıdır.
- Rektovajinal fistüller yerleşim yerine göre alçak, orta ve yüksek yerleşimli olmak üzere 3'e ayrılır.
- Alçak rektovajinal fistül rektal açıklığı dentat çizgiye yakın ve vajinal açıklığı vajen girişine yakındır. Orta rektovajinal fistüllerde vajen açıklığı vajen girişi ile serviks arasındadır. Yüksek rektovajinal fistüllerde vajen açıklığı serviks yakındır.
- Alçak rektovajinal fistüllerin en sık nedeni obstetrik yaralanmalar veya yabancı cisim ile olan travmalardır. Üç ile 6 ay beklendiğinde %50 iyileşme gözlenir.
- Orta rektovajinal fistüller ciddi obstetrik yaralanmalar sonucu olur. Ayrıca orta rektum kanser ameliyatları sonrasında, radyoterapi sonrasında veya drene edilmemiş apse sonucunda da görülebilmektedir.
- Yüksek rektovajinal fistüller ameliyat sonrasında veya radyasyon hasarına bağlı olarak gelişir.
- Komplike divertikülit hastalarında ise kolovajinal fistüller görülebilmektedir. Crohn hastalığında rektovajinal fistüller her seviyede görülebilir. Ayrıca Crohn hastalığında kolovajinal veya enterovajinal fistüller görülebilir.
- Endorektal ilerletme flebi, sfinkteroplasti ve transperineal prosedürlerin hepsi gerçek alçak yerleşimli fistüller (anovajinal fistül) için uygulanabilir.
- Yüksek rektovajinal fistüllerde, sıklıkla bir transabdominal yaklaşım gerekir.

Bu soru hakkında daha fazla referansımızı görmek için www.tusdata.com'u ziyaret ediniz.

Klinik Bilimler 206. soru
Tusdata Dahiliye Ders Notu 3. Fasikül Sayfa 768

Ülseratif kolit ve Crohn hastalığının genel özellikleri ve farkları		
Özellikler	Ülseratif Kolit	Crohn hastalığı
Anatomik özellikler	Sadece kolon (bazı vakalarda backwash ileitis) ve daima rektum tutulur, tutulum diffüzdür.	Tüm GİS tutulabilir, en sık terminal ileum tutulur, tutulum segmenterdir
Patolojik özellikler	Mukoza ve submukozada inflamasyon, yüzeysel ülserler, kript morfolojisinde bozulma ve abseleşme, psödopolip (inflamatuvar polip)	Transmural ve lenfosit ağırlıklı inflamasyon, nonkazeifiye granülom, en erken lezyon aftöz ülserasyon daha sonra derin ülserasyon, bağırsak duvarında kalınlaşma
Ağrılıklı semptomlar	Sık ve az miktarda kanlı diyare, anemi, tenezm, nadiren kanın	Kansız diyare, karın ağrısı, malabsorbsiyon bulguları, sigara semptomları ve nüksü

Klinik Bilimler 206. soru
Tusdata Dahiliye Ders Notu 3. Fasikül Sayfa 768

Endoskopi	Diffüz vaskülarite kaybı, mukozal ödem, frajilite, hiperemi, hemoraji, yüzeysel erozyon ve ülserler. Kronik dönemde mukozal atrofi ve psödopolipler	Aftöz ülserler, lineer derin ülserler, ülserlerin etrafında normal görünümülü mukozal 'skip area', yama tarzı inflamasyon, kabalaşmış kaldırın taşı görünümülü mukozal, lümen daralma
Baryumlu radyoloji	Küçük ülserasyon, psödopolipler, kronik dönemde haustra kaybı, kurşun boru görünümü, kolonda kılma	Segmenter değişiklikler, ülser, fistülleşme, daralma 'ip belirtisi', kaldırın taşı görünümü

Klinik Bilimler 206. soru
Tusdata Dahiliye Ders Notu 3. Fasikül Sayfa 768

Komplikasyonlar	Toksik megakolon ve uzun dönemde kolon kanseri	Obstrüksiyon ve fistülizasyon bir planda, striktür, abse, perianal hastalık, nütrisyonel bozukluk
------------------------	--	---

* p-ANCA : Perinükleer anti-nötrofilik sitoplazmik antikor
** ASCA : Anti-saccharomyces cerevisiae antikor

Mikroskopik (Atipik) Kolit

- Kronik sulu diyare ile seyreden, makroskopik olarak kolon mukozasının normal olduğu, mikroskopik olarak lenfosit ağırlıklı inflamasyon saptanan ve **lenfositik kolit** veya **kollajenöz kolit** olarak 2 ayrı antiteden oluşan bir hastalıktır.
- Kollajenöz kolitte, lenfositik inflamasyona ilaveten **subepiteliyal kollajen tabakasında kalınlaşma** vardır.
- Genelde **orta-ileri yaş kadınlarda** görülür.
- Bazı hastalarda PPI, H2RA ve NSAİİ kullanımı ile ilişkili olabilir.
- Tanı özellikle proksimal kolondan alınan biyopsi ile konulur.
- Tedavide topikal budesonid ve 5-ASA kullanılır.

Amibik Kolit

- **Entamoeba histolytica** tarafından kolonda oluşturulan inflamatuvar bir hastalıktır.
- Hastalık; asemptomatik, noninvazif kolit, invazif kolit veya fulminant kolit şeklinde seyredebilir.
- Hastalığın seyri ajanın patojenitesine ve kişinin immünitesine bağlıdır.
- Kanlı diyare, karın ağrısı, bulantı- kusma, iştahsızlık, ateş ve kilo kaybı görülebilir.

Patogenezi gereği tam kat tutulum; ülseratif kolitte değil, crohn hastalığında görülür. Fistül demek, komşu iki lümenli organın birbirine açılması demektir. Bu nedenle fistül; tam kat tutulum yapmayan ülseratif kolitte değil, tam kat tutulum yapan Crohn hastalığında görülür