



YDUS SORULARI

2025-2



**İç Hastalıkları - Enfeksiyon Hastalıkları Soru
ve Cevapları (Referanslı)**

Soru 1. Trafik kazası nedeniyle acil servise getirilen bir hastada açık femur kırığı saptanıyor. Yaranın toprakla kontamine olduğu görülüyor.

Bu hastanın bağışıklık durumu bilinmiyorsa veya daha önce 3 dozdan az tetanoz aşısı ile aşılanmış ise hastayı tetanoz gelişiminden korumak için aşağıdaki yaklaşımlardan hangisi en uygundur?

- A) Tetanoz aşısı yapılmalıdır ancak tetanoz immünoglobulinine gerek yoktur.
- B) Tetanoz aşısına gerek yoktur ancak 2.500 IU dozundan insan kaynaklı tetanoz immünoglobulini yapılmalıdır.
- C) Tetanoz aşısı ve tetanoz immünoglobulinin her ikisinin de yapılmasına gerek yoktur.
- D) Tetanoz aşısı ve 2.500 IU dozundan insan kaynaklı tetanoz immünoglobulini yapılmalıdır.
- E) Tetanoz aşısı ve 250 IU dozundan insan kaynaklı tetanoz immünoglobulini yapılmalıdır.

Doğru Cevap: E) Tetanoz aşısı ve 250 IU dozundan insan kaynaklı tetanoz immünoglobulini yapılmalıdır.

Açıklama:

Bu hastada:

- **Açık femur kırığı**
- **Toprakla kontamine yara → yüksek riskli (kirli) yara**
- **Aşı öyküsü bilinmiyor veya <3 doz tetanoz aşısı almış**

Kirli yarası olan ve yeterli bağışıklığı bulunmayan bireylerde tetanozdan korunma için **aktif + pasif immünizasyon birlikte uygulanmalıdır.**

- **Tetanoz aşısı (Td veya Tdap):** Aktif bağışıklık sağlar, ancak koruyucu antikor yanıtı günler–haftalar içinde gelişir.
- **İnsan kaynaklı tetanoz immünoglobulini (TIG):** Hazır antikor içerir ve **hemen koruma sağlar.**

Güncel yaklaşımda önerilen TIG dozu **250 IU intramüskülerdir.**

Diğer Seçenekler Neden Yanlış?

A) Tetanoz aşısı yapılmalıdır ancak tetanoz immünoglobulinine gerek yoktur.

Yanlış. Kirli yarası olan ve yeterli aşılama öyküsü bulunmayan hastalarda **yalnız aşı yeterli değildir**. Pasif immünizasyon mutlaka gereklidir.

B) Tetanoz aşısına gerek yoktur ancak 2.500 IU dozundan insan kaynaklı tetanoz immünoglobulini yapılmalıdır.

Yanlış. Aktif immünizasyon yapılmazsa uzun süreli koruma sağlanamaz. Ayrıca **2.500 IU** güncel kılavuzlarda önerilen doz değildir; gereksiz yüksek dozdur.

C) Tetanoz aşısı ve tetanoz immünoglobulinin her ikisinin de yapılmasına gerek yoktur.

Yanlış. Bu yaklaşım yalnızca **tam aşı (≥3 doz) ve son dozu yakın zamanda yapılmış** bireyler için geçerlidir. Bu hastada bağışıklık yetersizdir.

D) Tetanoz aşısı ve 2.500 IU dozundan insan kaynaklı tetanoz immünoglobulini yapılmalıdır.

Yanlış. Her ne kadar aktif ve pasif immünizasyon birlikte doğru olsa da, **doz hatalıdır**. Standart önerilen TIG dozu **250 IU**'dur.

Referans Ders Notlarım:

Tetanoz Yatkınlığı Olan Yaralanmalar

6 saatten uzun süre geçmesi
Geniş doku hasarı olan (major yanıklar gibi) veya 1 cm.den derin yaralar
Yıldız biçiminde, düzgün olmayan, şekilsiz, bir kısmı kopmuş yaralar
Ateşli silah, ezilme, yanık, donma ile meydana gelen yaralar
Delici yaralanmalar (steril olmayan enjeksiyonlar dahil)
Piyojenik infeksiyon bulgularının varlığı
Nekrotik doku varlığı
Kontaminantların (toprak, pislik, dışkı, ...) varlığı
Sinir denervasyonu ve/veya iskemik doku varlığı
Yabancı cisim içeren yaralar
Parçalı kırıklar

79

Yaralanmada İmmünizasyon

- Daha önce hiç aşılanmamışlarda tetanoz riski fazla kirli yaralanmalar, geç başvurma
 - Tetanoz HIG 250-500IU+ tetanoz toksoidi +1 ay ara ile 2 rapel+antibiyotik profilaksisi+10 yılda bir rapel
- Daha önce aşılanmamış hafif yaralanmalarda
 - Yara yeri temizliği+ tetanoz aşısı+ 1 ay ara ile 2 rapel

80

Soru 2. Bakımevinde yaşayan 82 yaşındaki kadın hasta ateş, baş ağrısı, öksürük ve ishal şikâyetleri ile acil servise getiriliyor. Fizik muayenesinde vücut sıcaklığı 38,7 °C, kan basıncı 90/50 mmHg, nabız 80/dakika ve oksijen satürasyonu oda havasında %82 olarak saptanıyor. Kan tetkiklerinde lökositoz, hiponatremi, kreatinin yüksekliği tespit ediliyor. Akciğer grafisinde bilateral diffüz interstisyel opasite saptanan hastaya yatış verilerek antibiyoterapi başlanıyor.

Bu hastanın tedavisinde aşağıdaki antibiyotiklerden hangisinin kullanılması en uygundur?

- A) Ampisilin
- B) Sefotaksim
- C) Vankomisin
- D) Azitromisin
- E) Klindamisin

Doğru Cevap: D) Azitromisin**Açıklama:**

Hastanın semptomları (ateş, öksürük, baş ağrısı, ishal), yaşlılık, hipoksi (%82 O₂ satürasyonu), hipotansiyon, lökositoz, hiponatremi ve bilateral diffüz interstisyel opasiteler, **yaşlı erişkinlerde sık görülen atipik ve/veya viral pnömoni** veya özellikle **Legionella pnömonisi** şüphesini düşündürür.

- **Azitromisin**, makrolid grubu bir antibiyotiktir ve özellikle **atipik pnömoni etkenleri** (Legionella, Mycoplasma, Chlamydia) için ilk tercih edilen tedavidir.
- Ayrıca yaşlı ve komorbid hastalarda yaygın toplumsal kaynaklı pnömonide **makrolid veya kinolon eklenmesi önerilir.**

Diğer Seçenekler Neden Yanlış?

A) Ampisilin: Sadece tipik bakteriyel pnömoni etkenlerine karşı etkilidir, atipik etkenleri kapsamaz.

B) Sefotaksim: Üçüncü kuşak sefalosporin, tipik bakteriyel pnömonide kullanılır ama atipik etkenlere etkisi yoktur.

C) Vankomisin: Gram-pozitif dirençli bakterilere (MRSA gibi) yöneliktir, bu durumda ilk tercih değildir.

E) Klindamisin: Ana olarak anaerob ve bazı gram-pozitif bakterilere etkilidir, atipik pnömoni etkenlerini kapsamaz.

Referans Ders Notlarım:

Atipik Pnömoni-Klinik

- Subakut başlar.
- Prodromal belirtiler; halsizlik, kırgınlık, kas ağrısı
- Kuru öksürük
- Plöritik ağrı yok ya da nadir
- Balgam olabilir/olmayabilir
- Lober olmayan tutulum
- Akciğer dışı semptomlar
- Beta-laktam antibiyotikler ile tedavi edilemezler.

215

Akciğer Dışı Bulgular

- **Viruslar**→
 - Baş ağrısı
 - Halsizlik
 - Kas- eklem ağrısı
 - Rölatif bradikardi
 - Beta-laktam antibiyotik tedavisine yanıtsızlık

217

Referans Ders Notlarım - devam:

Akc. Dışı Bulgular- *L. pneumophila*

- 39-40°C'nin üstünde ateş, konfüzyon, rölatif bradikardi,
- Kuru öksürük
- Şiddetli baş ağrısı, kas ağrısı
- Hepatik - renal yetmezlik
- İshal
- Hiponatremi varlığı,

218

L. pneumophila

- Legionella pnömonisinde hastalığın başlangıç ve ileri dönemlerinde farklılık olur.
 - Hastalık interstisiyel / yama tarzı infiltrasyon ile başlayarak lobar, multilobar tutulum ve buna bağlı konsolidasyon bulguları ile gidebilir.
- Beta-laktam antibiyotik tedavisine yanıtsızlık

219

Soru 3: Akut enfeksiyon sırasında relaps ve kolestatik hepatite neden olabilmesi en olası hepatit virusu aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Hepatit A
- B) Hepatit B
- C) Hepatit C
- D) Hepatit D
- E) Hepatit E

Doğru Cevap: A) Hepatit A**Açıklama:**

Hepatit A virüsü (HAV) akut hepatitin sık görülen etkenidir ve özellikle **relaps yapan hepatit ve kolestatik form** ile ilişkilidir.

- **Relaps hepatit:** HAV enfeksiyonundan sonra semptomlar geçici olarak kaybolup 2–6 hafta içinde tekrar ortaya çıkabilir.
- **Kolestatik hepatit:** Nadiren görülen bu formda sarılık, kaşıntı (pruritus) ve kolestaz ön plandadır. Genellikle yaşlı hastalarda daha sık rastlanır

Diğer Seçenekler Neden Yanlış?

B) Hepatit B: Akut dönemde relaps nadirdir, kolestatik form daha seyrek; daha çok kronikleşme riski vardır.

C) Hepatit C: Akut hepatit nadiren belirgin olur, genellikle kronikleşir; relaps veya kolestatik form sık değildir.

D) Hepatit D: HBV ile birlikte enfeksiyon gerektirir ve genellikle fulminan hepatite yol açar.

E) Hepatit E: Çoğunlukla kendini sınırlayan akut hepatit yapar, relaps ve kolestatik form nadirdir.

Referans Ders Notlarım:

- Viral hepatitler, dershanemizde gastroenteroloji bölümü hocaları tarafından anlatılmaktadır.
- O nedenle bu konuyla ilgili ders notum mevcut değildir.

Soru 4: Sol bacakta ağrı, kızarıklık ve vücutta döküntü şikâyeti ile acil servise başvuran 52 yaşındaki kadın hastanın başvuru anında kan basıncı 80/50 mmHg, nabızı 90/dakika, solunum hızı 24/dakika, oksijen satürasyonu %84 olarak saptanıyor. Öyküsünden yakın zamanda trafik kazası geçirdiği ve açık yaralarının primer suture edildiği öğreniliyor. Fizik muayenesinde sol bacakta nekroze alanlar, vücutta yer yer deskuame olan yaygın eritematöz döküntüler olduğu görülüyor. Akciğer grafisinde bilateral diffüz infiltrasyon ve plevral effüzyon saptanıyor. Kan tetkiklerinde sola kayma, hipoalbüminemi, kreatinin ve transaminaz yüksekliği ile trombositopeni tespit ediliyor. Hastadan alınan kan kültürlerinde gram pozitif, katalaz ve koagülaz negatif kok üremesi raporlanıyor.

Bu hastanın tedavisi için aşağıdaki antibiyotik rejimlerinden hangisinin tercih edilmesi en uygundur?

- A) Klindamisin + Siprofloksasin
- B) Penisilin + Klindamisin
- C) Siprofloksasin + Azitromisin
- D) Azitromisin + Seftazidim
- E) Seftazidim + Gentamisin

Doğru Cevap: B) Penisilin + Klindamisin

Açıklama:

Hastanın tabloyu özetlersek:

- **Sol bacakta nekroz, yaygın döküntü, hipotansiyon, hipoksi, trombositopeni, kreatinin ve transaminaz yüksekliği → nekrotizan fasciit ve toksik şok sendromu düşünülür.**
- **Kan kültüründe gram pozitif, katalaz ve koagülaz negatif kok → Bu, büyük olasılıkla Streptococcus türleri (Grup A streptokoklar) ile uyumludur.**

Tedavi Yaklaşımı:

- **Penisilin:** Grup A streptokoklara karşı bakterisidal etki sağlar.
- **Klindamisin:** Protein sentezini inhibe ederek toksin üretimini azaltır; streptokok toksik şok sendromunda kritik öneme sahiptir.

Diğer Seçenekler Neden Yanlış?

A) Klindamisin + Siprofloksasin: Siprofloksasin gram negatifler için etkilidir; streptokoklar için yeterli değildir.

C) Siprofloksasin + Azitromisin: Streptokoklara yönelik yeterli bakterisidal etki sağlamaz.

D) Azitromisin + Seftazidim: Seftazidim gram negatiflere etkili, gram pozitif streptokoklara etkisi zayıftır.

E) Seftazidim + Gentamisin: Gram pozitif streptokoklara yönelik yeterli etki yoktur; bu kombinasyon daha çok gram negatif enfeksiyonlar içindir.

Referans Ders Notlarım:

Nekrotizan Enfeksiyonlar

- Monomikrobik olabileceği gibi (Streptokok, nadiren stafilokok) polimikrobik de (aerob ve anaerob karışık) olabilir
- Tek başına antimikrobik tedavi yeterli değil, cerrahi girişim gerektirir

421

Nekrotizan Enfeksiyonlarda Klinik

- Ciddi kalıcı ağrı
- Büller (fasia ve kas dokusunda kan damarlarında tıkanmaya bağlı)
- Deri nekrozu ve ekimoz
- Yumuşak dokuda palpasyonla veya görüntüleme ile tespit edilen gaz
- Eritem boyunca eşlik eden ödem
- Kutanöz anestezi
- Sistemik toksisite belirtileri (ateş, deliryum, renal yetmezlik vb.)
- Antibiyotik almasına karşın hızlı yayılım

422

Referans Ders Notlarım - Devam:

Antibiyotik Tedavisi

- **Başlangıç tedavisi genellikle empirik**
 - Her zaman Gram pozitif kokları (stafilokoklar ve streptokoklar) kapsamalı
 - Endike olduğu zaman Gram negatifleri ve anaeroblari da kapsamalı
 - Ciddi infeksiyon
 - Epidemiyolojik, klinik ve mikrobiyolojik verilerle desteklenmiş ise
- **Kesin tedavi**
 - Derin doku veya aspirasyon kültür sonucu ile karar verilir , ancak
 - Empirik tedaviye yanıt değerlendirilerek

434

Tedavi

- Erken tanı ve tedavi hayat kurtarıcıdır.
- Geniş debridman yapılmalı ve antibiyotik tedavisi hemen başlanmalıdır
- Penisilin ve Klindamisin
- Hiperbarik oksijen tedavisi

428

Soru 5: Aşağıdakilerden hangisi toplumda gelişen pnömonilerde hastalığın ağırlığını ve hastaneye yatırılarak tedavi gereksinimini belirleyen skorlama (CURB-65) sistemi içerisinde yer almaz?

- A) Konfüzyon
- B) Oksijen satürasyonu
- C) Üre düzeyi
- D) Solunum sayısı
- E) Arteriyel kan basıncı

Doğru Cevap: B) Oksijen satürasyonu**Açıklama:**

CURB-65 skoru, toplum kaynaklı pnömonilerde hastalığın ciddiyetini ve hastaneye yatış gereksinimini değerlendirmek için kullanılan bir skorelama sistemidir.

CURB-65'in bileşenleri şunlardır:

- **C** → Confusion (Konfüzyon)
- **U** → Urea (Üre >7 mmol/L)
- **R** → Respiratory rate (Solunum sayısı ≥ 30 /dakika)
- **B** → Blood pressure (Sistolik <90 mmHg veya diyastolik ≤ 60 mmHg)
- **65** → Yaş ≥ 65

Oksijen satürasyonu, pnömoni hastalarında klinik değerlendirmede önemli bir parametre olmasına rağmen CURB-65 skorlamasında yer almaz.

Diğer Seçenekler Neden Yanlış?

A) Konfüzyon (C – Confusion) CURB-65 sisteminde konfüzyon varlığı, hastalığın ciddi olduğunu gösteren önemli bir klinik parametredir. Konfüzyon, oksijen yetersizliği, sepsis veya metabolik bozukluklar gibi ciddi komplikasyonların göstergesi olabilir. Bu yüzden skora 1 puan olarak sayılır.

C) Üre düzeyi (U – Urea >7 mmol/L) Yüksek üre düzeyi böbrek fonksiyonlarında bozulmayı veya ciddi sıvı kaybını işaret edebilir. CURB-65'te üre >7 mmol/L ise **1 puan** eklenir. Bu, hastalığın ciddiyetini ve hastaneye yatış gerekliliğini gösteren biyokimyasal bir kriterdir.

D) Solunum sayısı (R – Respiratory rate ≥ 30 /dakika) Solunum sayısının artması, vücudun oksijen ihtiyacının arttığını ve ciddi akciğer etkilenmesini gösterir. CURB-65'te solunum sayısı ≥ 30 /dakika olan hastalar **1 puan** alır. Bu, hastalığın ağır seyrettiğini ve yakından izlem gerektiğini gösterir.

E) Arteriyel kan basıncı (B – Blood pressure: Sistolik <90 mmHg veya diyastolik ≤ 60 mmHg) Düşük kan basıncı, sepsis veya ciddi sistemik etkilenme göstergesidir. CURB-65'te bu kriterin varlığı **1 puan** ekler. Yani hastalığın ciddiyetini değerlendirmede kritik bir parametredir.

Referans Ders Notlarım:

CURB-65 Skoru Bileşenleri

- Confusion (Konfüzyon)
- Urea (Üre) > 42.8 mg/dL, (BUN ölçülüyorsa > 20 mg/dL [7 mmol/l])
- Respiratory rate (Solunum Sayısı) \geq 30/dk.
- Blood pressure (Kan basıncı) (Sistolik < 90 mmHg veya Diastolik \leq 60 mmHg)
- Yaş \geq 65 yıl

* Yukarıdaki ölçütlerden her birinin varlığı 1 puan olarak hesaplanır

Kardiyo 2025-2

Yetmiş altı yaşındaki hipertansiyon tanısı ile takip edilen erkek hasta çarpıntı ve eforla nefes darlığı nedeniyle başvuruyor. Göğüs ağrısı tanımlamayan hastanın EKG'sinde yüksek ventrikül hızlı atrial fibrilasyon, ekokardiyografisinde sol ventrikül sistolik fonksiyonlarında bozulma (LVEF %45) saptanıyor.

Bu hastada aşağıdaki ilaçlardan hangisinin mevcut tedavi hedefleri için kullanılması en az olasıdır?

- A) Varfarin
- B) Tirofiban
- C) Apiksaban
- D) Digoksin
- E) Metoprolol

Doğru Cevap: B) Tirofiban

Açıklama:

Bu hasta, hipertansiyon öyküsü olan 76 yaşında bir erkek, yüksek ventrikül hızlı atrial fibrilasyon ve hafif-orta derecede sol ventrikül disfonksiyonu (LVEF %45) ile başvuruyor. Tedavi hedefleri genellikle şunlardır:

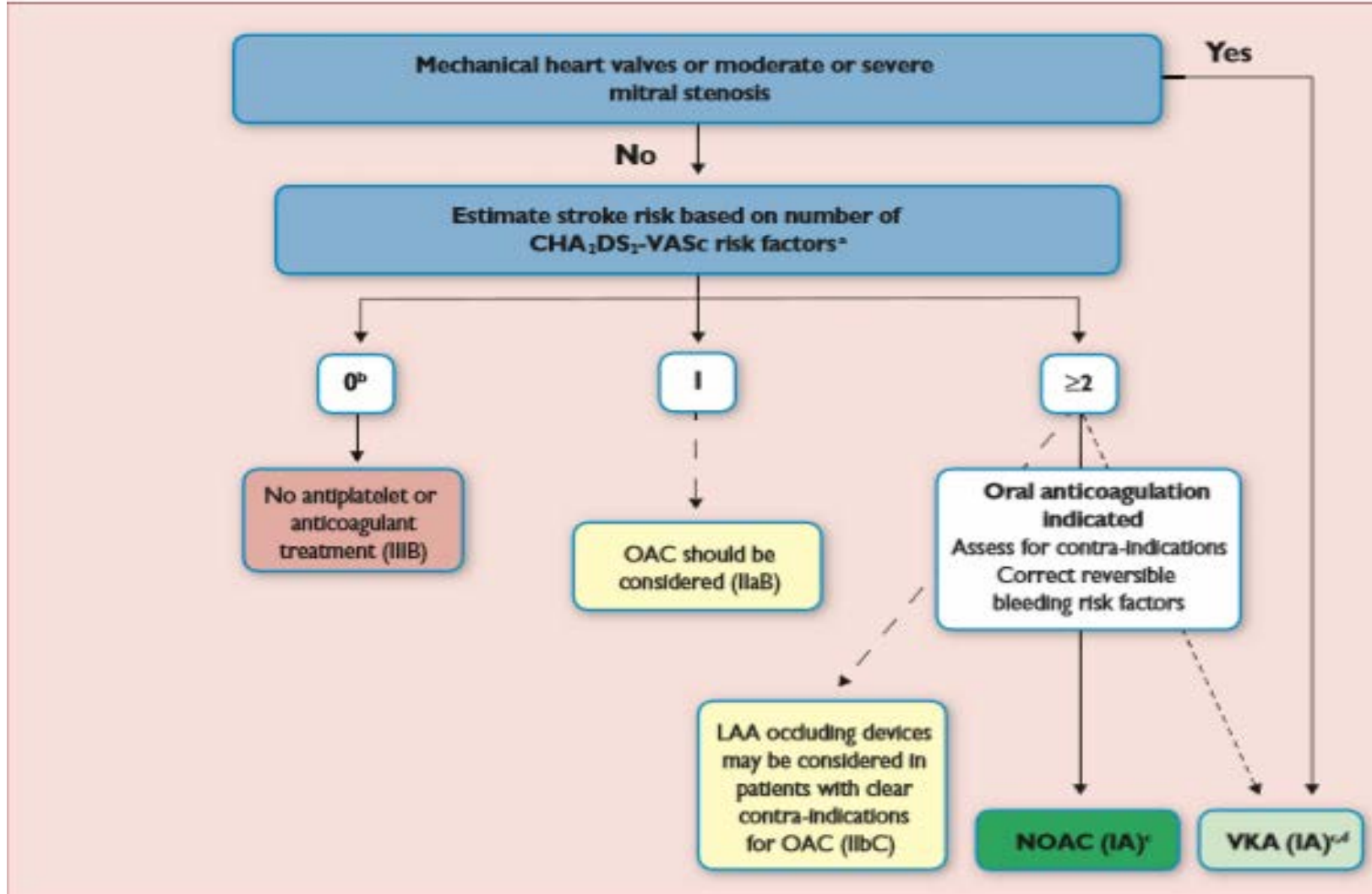
1. **Ventrikül hızını kontrol etmek** → Beta-blokerler (Metoprolol) ve/veya Digoksin kullanılır.
2. **Pıhtı oluşumunu önlemek** → Atriyal fibrilasyon nedeniyle tromboemboli riski vardır; oral antikoagülanlar (Varfarin, Apiksaban gibi) kullanılır.

Tirofiban, GP IIb/IIIa inhibitörü olarak akut koroner sendromlarda (özellikle PCI sırasında) trombosit agregasyonunu engellemek için kullanılır. Bu hastada **göğüs ağrısı, STEMI/NSTEMI veya PCI endikasyonu olmadığı** için tirofibanın kullanımı uygun değildir.

Diğer Seçenekler Neden Yanlış?

- A) **Varfarin:** Atriyal fibrilasyonlu hastalarda stroke riskini azaltmak için kullanılır.
- C) **Apiksaban:** DOAC olarak atriyal fibrilasyonlu hastalarda antikoagülasyon sağlar.
- D) **Digoksin:** Hız kontrolü ve bazı durumlarda kalp yetmezliği semptomlarının kontrolünde kullanılır.
- E) **Metoprolol:** Beta-bloker olarak ventrikül hızını kontrol eder ve kalp yetmezliği tedavisinde faydalıdır.

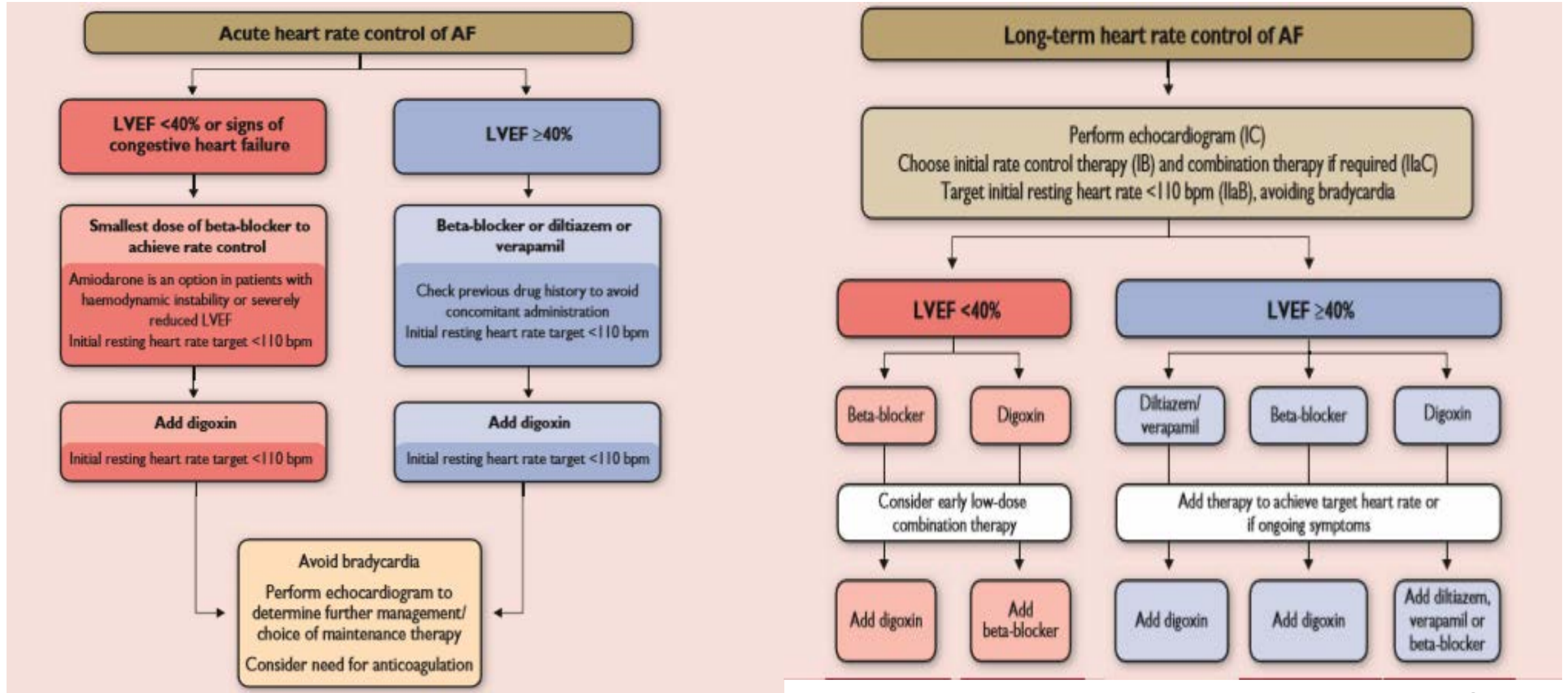
AF-ANTİKOAGÜLASYON



*****TEK KADIN OLMAK SIFIR PUAN, EĞER BAŞKA RİSK YOKSA**

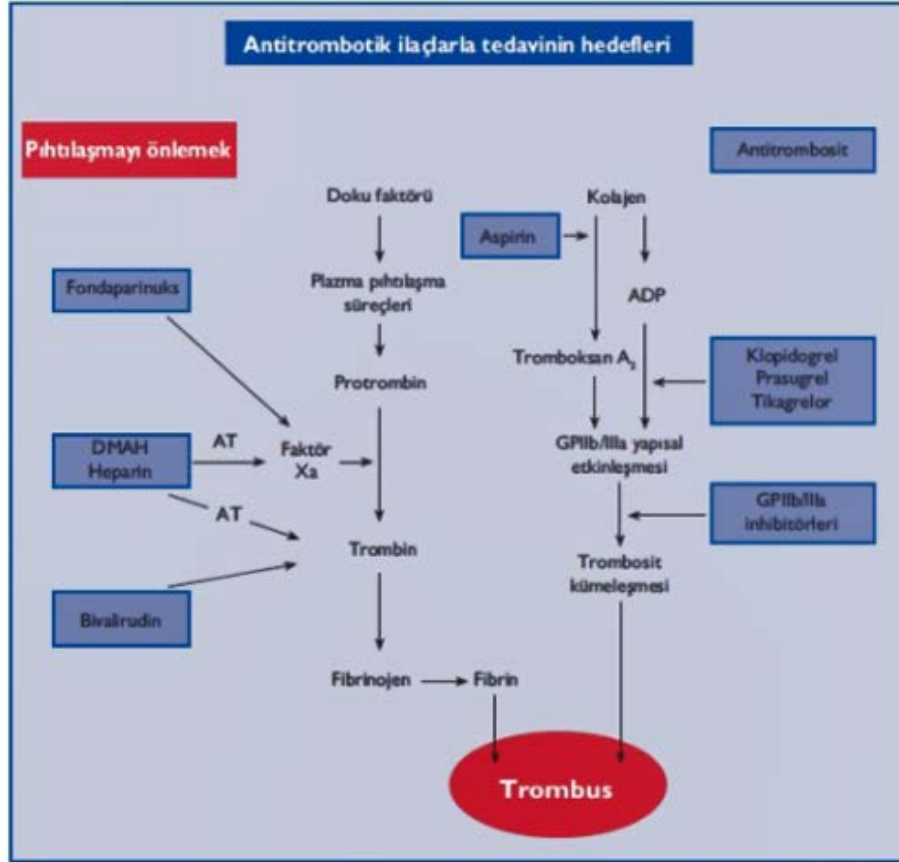
AF HIZ KONTROLÜ (akut/kronik)

(Hedef istirahat KH 110 altına getirmek)



NSTEMI-FARMAKOLOJİK TEDAVİ

Antitrombotik tedavi



Antiagreganlar

- Aspirin
- P2Y12 reseptör antagonistleri
 - ✓ Clopidogrel
 - ✓ Prasugrel
 - ✓ Ticagrelor
- GPIIb/IIIa inhibitörleri
 - ✓ Eptifibatide
 - ✓ Tirofiban
 - ✓ Abciximab

Antikoagülanlar

- Heparin
- DMAH
- Bivaluridin
- Fondaparinux

Gp2b-3a İnhibitörleri

- Provizyonel kullanımda, erken rutin kullanıma göre kanama daha az, iskemik olay sıklığı benzer.
- Göz önüne alınması gerekli faktörler
 - Anjiyografik görüntü
 - Troponin pozitifliği
 - Daha önce P2Y12 inhibitörü alıp almaması
 - Hastanın yaşı
 - Kanama riskini arttıran diğer faktörler

ESC
2023

GP IIb/IIIa receptor antagonists should be considered if there is evidence of no-reflow or a thrombotic complication during PCI.

IIa

C

- I. Sol ventrikül konsantrik hipertrofisi
- II. Sol ventrikül duvar stresi artışı
- III. Afterload artışı
- IV. Sol ventrikül dilatasyonu

Aort darlığı olan bir hastada patofizyoloji düşünüldüğünde yukarıdaki basamakların hangi sırayla gelişmesi en olasıdır?

- A) I-II-III-IV
- B) III-II-I-IV
- C) I-III-II-IV
- D) III-II-IV-I
- E) II-III-IV-I

Doğru Cevap: B) III-II-I-IV

Açıklama:

Aort darlığı (AS) progresif bir **sol ventrikül (LV) yüklenme durumu** yaratır. Patofizyolojik süreç şu şekilde gelişir:

- 1. Afterload artışı (III):** Aort darlığı nedeniyle LV, kanı daralmış aort kapağından pompalamak için daha fazla basınç üretmek zorunda kalır.
- 2. Sol ventrikül duvar stresi artışı (II):** Artan afterload, LV duvarlarında daha fazla gerilme/stres oluşturur.
- 3. Sol ventrikül konsantrik hipertrofisi (I):** Duvar stresi karşısında ventrikül, duvar kalınlığını artırarak (konsantrik hipertrofi) stresin etkisini azaltır.
- 4. Sol ventrikül dilatasyonu (IV):** Uzun süreli ve ileri aşamalarda ventrikül kompanzasyon kapasitesini kaybeder, dilate olur ve sistolik disfonksiyon gelişebilir.

Bu nedenle patofizyolojik sıralama **Afterload artışı → Duvar stresi artışı → Konsantrik hipertrofi → Dilatasyon** şeklindedir.

Diğer Seçenekler Neden Yanlış?

A, C, D, E seçeneklerinde LV remodelingi veya duvar stresi sıralaması yanlış verilmiştir; AS'de hipertrofi dilatasyondan önce gelişir.

AORT DARLIĞI (AD) - en fazla girişim yapılan kapak hastalığı

Kapak Hastalıkları
Slayt 21

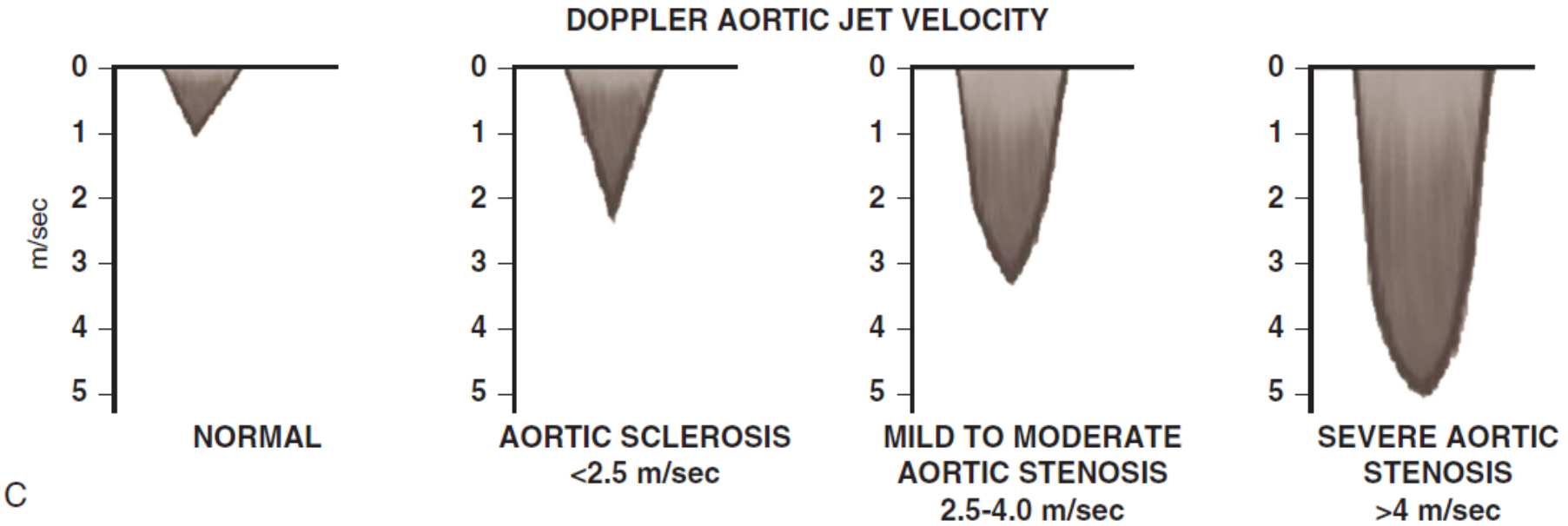
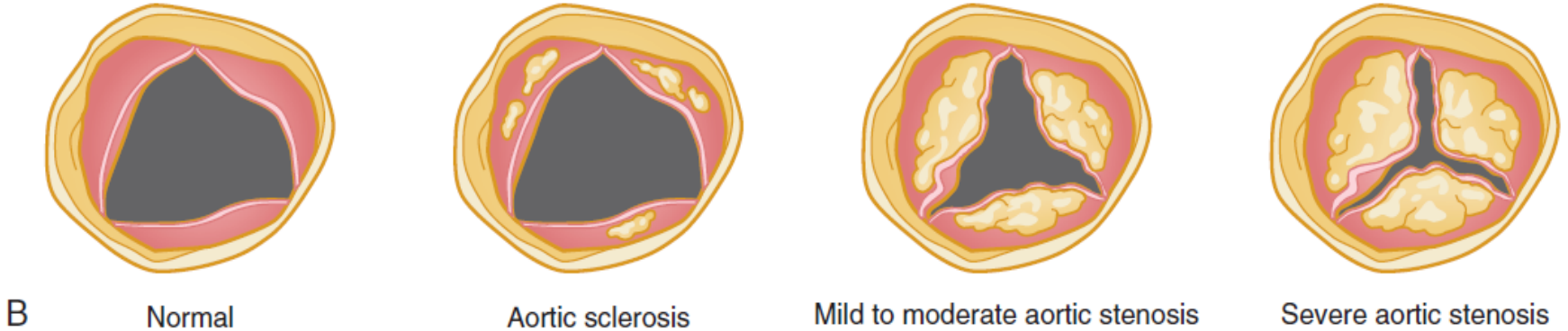
Etyoloji: Dünyada en sık kalsifik Aort darlığı

- <30 yaş; konjenital (biküspit aort kapağı)-**NOTCH 1 gen defekti ailesel**
- 30-70 yaş; RKH giderek azalıyor
- >70 yaş; dejeneratif kalsifik kapak hastalığı

Klinik:

- *****Efor dispnesi (%75):** ****En sık semptom** (sağ kalım 3 yıl)
- **Anjina** (%35-50) (sağ kalım 5 yıl)
- **Senkop:** Egzersiz, vazodilatasyon ve yeterli debinin karşılanamaması (sağ kalım 2 yıl)
- KKY bulguları
- Ani ölüm-kapak hastalıklarında en riskli olan

AD-EKO



On yıl önce meme kanseri nedeniyle radyoterapi alan 36 yaşındaki kadın hasta karında şişlik şikâyetiyle başvuruyor. Muayenesinde hipotansiyon, boyun venlerinde dolgunluk ve pretibial ödem saptanan hastanın ön ve yan akciğer grafisinde kalp etrafında yumurta kabuğu görünümü tespit ediliyor. Kalp içi kateter incelemesinde sol ve sağ ventrikül dolum basınçlarının arttığı ve eşitlendiği görülüyor.

Bu hasta için aşağıdaki tedavi yaklaşımlarından hangisinin tercih edilmesi en uygundur?

- A) Acil perikardiyosentez yapılması
- B) Sol ventrikül destek cihazı takılması
- C) Kalp içi defibrilatör implantasyonu
- D) Perikardiyektomi için cerrahiye sevk edilmesi
- E) Derhâl siklosporin tedavisi başlanması

Doğru Cevap: D) Perikardiyektomi için cerrahiye sevk edilmesi

Açıklama:

Bu hastada:

- **Öykü:** 10 yıl önce meme kanseri ve radyoterapi
- **Şikâyetler:** Karında şişlik, pretibial ödem, boyun venlerinde dolgunluk, hipotansiyon
- **Görüntüleme:** Akciğer grafisinde “yumurta kabuğu” görünümü
- **Kateter bulgusu:** Sol ve sağ ventrikül dolum basınçlarının eşitlenmiş ve artmış olması

Tüm bulgular **konstriktif perikardit** ile uyumludur. Radyoterapiye bağlı kronik konstriktif perikardit, nadir fakat bilinen bir komplikasyondur.

Tedavi: Konstriktif perikardit **ilaçla çözülmez**; tedavi seçeneği **perikardiyektomidir**. Cerrahi ile kalp etrafındaki kalın ve sert perikard dokusu çıkarılır, dolayısıyla hemodinamik iyileşme sağlanır.

Diğer Seçenekler Neden Yanlış?

- A) **Acil perikardiyosentez:** Kardiyak tamponad acilinde yapılır, konstriktif perikarditte genellikle fayda sağlamaz çünkü perikard kalın ve fibrotiktir.
- B) **Sol ventrikül destek cihazı:** Bu hastalıkta LV sistolik disfonksiyonu yoktur; destek cihazı gereksizdir.
- C) **Kalp içi defibrilatör:** Ventricular aritmiler veya EF düşüklüğü yoksa endikasyon yoktur.
- E) **Siklosporin:** İmmünsupresif tedavi bazı inflamatuvar perikarditlerde kullanılabilir, ancak radyoterapiye bağlı kronik konstriktif perikarditte etkili değildir.

KP-TEDAVİ

- ✓ KP'nin tedavisi günümüzde hala cerrahi perikardektomidir.
- ✓ Farmakoterapide dayanak noktası diürezdir ve hafif semptomları kontrol altına alabilir.
- ✓ Devam eden inflamasyonun olduğu vakalarda ise NSAII, kolşisin, kortikosteroid veya bunların kombinasyonu denenebilir.
- ✓ Yükselmiş serum inflamasyon belirteçleri (sedimantasyon, CRP) ve kardiyak MR devam eden inflamasyonu olup medikal tedaviye cevap verebilecek hastaları gösterebilir.
- ✓ Bu tür hastalarda perikardektomiye karar vermeden önce 8-12 haftalık anti-inflamatuvar tedavi planlanabilir.