

# DRDAHİLİYE KONU KİTABININ 7. BASKISINDA YAPTIĞIM ÖNEMLİ DEĞİŞİKLİKLERE BU NOTTAN ULAŞABİLİRSİNİZ.

## BAŞARILAR DİLERİM DR. ATILLA USLU

### HEMATOLOJİ

SF 13 → Kronik böbrek yetmezliğine bağlı anemi başlığındaki HIF proyly hidrosilaz inhibitörüne ROXADUSTAT eklendi. (zaten kitapta daprodustat yazıyordu)

SF 18 → Sayfanın en altındaki tedavi kısmında geçen Voxelotor artık tedavide kullanılmıyor. Eylül 2024 tarihinde piyasadan toplatıldı (yan etkileri nedeniyle)

SF 24 → Tablonun en alt kısmını aşağıdaki gibi güncelleyiniz (bir iki ekleme yaptım)

<b>Paroksizmal soğuk hemoglobinüri</b>	-Çocuklarda -İntravasküler hemoliz -Eritrofagositoz	-Mikoplazma -CMV -Sifiliz	IgG Donath-Landsteiner antikoru  (bifazik hemolizin)	>30	C3d	P
--	---	---------------------------------	--	-----	-----	---

SF 25 → Soğuk agglutinin tedavi kısmında sutimlimab (anti-C1s) tedavisinin C3b ilişkili ekstravasküler hemolizi engellediğini mekanizma olarak ekledim (videoda zaten anlatıyordum)

SF 28 → PK eksikliği tedavisine “mitapivat: PK aktivatörü” eklendi.

SF 52 → Ciddi hemofili A vakalarında genetik tedavi onay aldı (piyasa ismi Roctavian, farmakolojik ismini merak edenler için Valoctogene roxaparvovec)  
Bunu ezberlemenize gerek yok içinizden saydırmayın :) sadece artık genetik tedavisi olduğunu bilin.

SF 60 → Kök hücre nakil komplikasyonlarına DMSO toksisitesini ekledim.

### • DMSO toksisitesi

- Dimetil sulfoksit kriyokoruyucu olarak kullanılır.
- Toksikitesinde; bulantı, kusma, flushing, öksürük, göğüs kafesinde daralma hissi, dispne, karın ağrısı, hiper ya da hipotansiyon, aritmi ve nörolojik bulgular görülebilir.
- Ağızda sarımsak kokusu olabilir.

SF 80 → Myelom tedavisinde kullanılan ilaçlar tablosuna BiTE'ları ekledim. Evet maalesef klinikte önemli.

Anti-BMCA tedaviler	CAR-T hücre	Bispesifik T-hücre engager (BiTE) tedaviler:
	BiTE tedaviler	Teclistamab, elranatamab

## KARDİYOLOJİ

SF 115 → “Diğer tedaviler ve risk faktörlerinin modifikasyonu” başlığına Obez hastalarda semaglutide tedavisinin kardiyovasküler olay riskini azalttığı eklendi.

SF 127 → Esansiyel HT vakalarında tanısal inceleme tablosunda opsiyonel tanı testlerine 3 madde daha ekledim: koroner arter kalsiyum skoru, fundoskopi ve abdominal usg (anevrizma taraması için)

SF 128 → HT Tedavi kısmında önemli değişiklikler yaptım (ESC 2024 kılavuzu yayınlandı) Zaten bu konuyu yani ESC 2024 hipertansiyon kılavuzunu YOUTUBE DRDAHİLİYE kanalında ayrıntılı olarak anlattım. İzleyip kendini geliştirmek isteyen herkes ücretsiz olarak faydalanabilir.

## • Tedavi

- Hem AHA/ACC (Amerika) hem de ESC (Avrupa) kılavuzlarında tedavi endikasyonu olan hastalarda kan basıncı hedefi  $<130/80$  mmHg'dir.
- Tüm insanlarda kan basıncı kontrolü için farmakolojik tedaviden bağımsız olarak yaşam tarzı değişiklikleri önerilmelidir.
- **Yaşam tarzı değişiklikleri**
  - Diyetle yüksek sebze, meyve, balık ürünleri, az yağlı süt ürünleri ve düşük şeker. Aynı zamanda magnezyum, potasyum ve kalsiyum tüketiminin artırılması faydalı olabilir.
  - Tuz alımının azaltılması ( $< 6$  gram/gün).
  - Haftada 3-4 kez 40 dakikalık aerobik egzersiz.
  - Kilo verilmesi, sigaranın bırakılması.
- **Ne zaman farmakolojik tedavi başlanmalı? (ESC 2024 kılavuzu)**
  - $KB \geq 140/90$  (Yani hipertansiyon tanısı olanlar) → Direkt medikal tedavi önerilir.
  - $KB \geq 120/70$  + 10 yıllık kardiyovasküler risk  $> \%10$  ya da yüksek risk göstergesi bir durum olması (aşağıdakilerden biri) → Bu grupta önce 3 ay yaşam tarzı değişikliği yapılır. Buna rağmen  $KB \geq 130/80$  ise medikal tedavi önerilir.
  - **Yüksek kardiyovasküler riskli gruplar:** Koroner arter hastaları, orta-ciddi KBH, diyabetes mellitus, ailesel hiperkolesterolemi, HT ilişkili organ hasarı.
  - Çoğu durumda tek hap içerisinde **kombinasyon tedavisi** önerilir (RAAS blokajı ile beraber kalsiyum kanal blokeri ya da diüretik).

SF 138 → EF korunmuş kalp yetmezliğinde tedavi algoritması tarifledim.

## • Tedavi algoritması

- **İlk sıra tedavi** → SGLT2i (hasta obez ise semaglutide ekle)
- **İkinci sıra tedavi** → MRA (özellikle non-steroid yapıdaki finerenon etkilidir)

SF 150 → İnfektif endokarditte yenilenmiş DUKE-ISCVID kriterlerini ekledim (soru kitaplarımda zaten bu yeni kriterler mevcuttu)

• **DUKE-ISCVID Kriterleri**

<b>Majör kriterler</b>	<b>Minör kriterler</b>
<p><b>Mikrobiyolojik</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Pozitif kan kültürü<ul style="list-style-type: none"><li>i. Klasik bir etkense <math>\geq 2</math> farklı kan kültürü setinde pozitiflik</li><li>ii. Klasik bir etken değilse <math>\geq 3</math> farklı kan kültürü setinde pozitiflik</li></ul></li><li>• Pozitif laboratuvar testi<ul style="list-style-type: none"><li>i. Coxiella burnetii, Bartonella yada Tropheryma whipplei için PCR pozitifliği</li><li>ii. Coxiella için serolojik pozitiflik ya da tek kültür pozitifliği</li><li>iii. Bartonella türlerine karşı indirekt immunofloresan test pozitifliği</li></ul></li></ul> <p><b>Görüntüleme</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• EKO ya da BT bulgusu (vejetasyon, perforasyon, abse gibi)</li><li>• PET/BT bulgusu (anormal metabolik aktivite)</li></ul> <p><b>Cerrahi</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Cerrahi sırasında direkt inspeksiyonda endokardit bulguları</li></ul>	<p><b>Yatkınlık</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Daha önce İE öyküsü, prostetik kapak, konjenital kalp hastalığı, hipertrofik kardiyomyopati, endovasküler implant/ cihaz</li></ul> <p><b>Ateş (<math>\geq 38.0</math>)</b></p> <p><b>Vasküler fenomen</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Arteriel emboli, septik pulmoner emboli, serebral/splenik abse, mikotik anevrizma, Janeway lezyonları, konjonktival kanama</li></ul> <p><b>İmmünolojik fenomen</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• RF pozitifliği, Osler nodülleri, Roth lekeleri, immünkompleks glomerülonefrit</li></ul> <p><b>Mikrobiyolojik kriter (majörü karşılamayan)</b></p> <p><b>Görüntüleme</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Prostetik materyal implantasyonu sonrası ilk 3 ay içerisinde PET pozitifliği</li></ul> <p><b>Fizik muayene</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• EKO yapılamayan durumlarda oskültasyonda yeni üfürüm duyulması</li></ul>

SF 174 → CHADS-VASC skoru tablosunun en altına aşağıdaki gibi bir güncellemeyi ilave ettim.

CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VAsc skoru		
Konjestif kalp yetmezliği	1 puan	<b>0 puan:</b> Antikoagülasyona gerek yok <b>Erkek = 1 puan ya da Kadın = 2 puan:</b> Antikoagülasyon önerilmeli <b>Erkek ≥ 2 puan ya da Kadın ≥ 3 puan:</b> Antikoagülasyon en güçlü kanıt seviyesinde önerilir (class 1, kanıt düzeyi A)
Hipertansiyon	1 puan	
Yaş ≥ 65	1 puan	
Yaş ≥ 75	2 puan	
Diyabet	1 puan	
İnme/TIA	2 puan	
Vasküler hastalık	1 puan	
Kadın cinsiyet	1 puan	
2024 yılında ESC kılavuzunda bu skor sisteminden cinsiyet kategorisi çıkarılmış ve CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VA skoru olarak isimlendirilmiştir.		
Bu yeni skora göre puanı 1 olanlarda antikoagülan önerilmelidir. Skoru 2 ve üzerinde olan kişilerde en yüksek kanıt düzeyinde antikoagülasyon önerilir.		

## GÖĞÜS HASTALIKLARI

SF 195 → Ultra uzun etkili b2 agonistlere eklemeler yaptım

### ◦ Uzun etkili b2 agonistler (LABA)

- Salmeterol, formoterol (etkisi hızlı başlar)
- Ultra uzun etkili olanlar: indakaterol, olodaterol, vilanterol, bambuterol (oral)
- Mutlaka İKS ile beraber kullanılırlar. Hava yollarında dilatasyon yaparlar. Mast hücre aktivitesini ve mukus sekresyonunu azaltırlar.



SF 196 → GİNA 2024 kılavuzuna göre tabloyu güncelleyiniz (soru kitaplarımda zaten 2024 tablosu vardı)

Astımda basamak tedavisi (GİNA 2024 kılavuzu)		
Basamak	Önerilen tedavi	Rahatlatıcı olarak SABA kullanılacaksa
1	Luzum halinde düşük doz İKS + Formoterol	SABA ihtiyacı olunca düşük doz İKS
2		Her gün düşük doz İKS
3	Düşük doz İKS + Formoterol	Düşük doz İKS + LABA
4	Orta doz İKS + Formoterol	Orta/yüksek doz İKS + LABA
5	Basamak 4 + Tiotropium Yüksek doz İKS + Formoterol Tedaviye anti IgE, IL-5, IL-5R antikorları eklenmesi için uzmana yönlendirilebilir	Basamak 4 + Tiotropium Yüksek doz İKS + LABA Tedaviye anti IgE, IL-5, IL-5R antikorları eklenmesi için uzmana yönlendirilebilir
Rahatlatıcı tedavi	Düşük doz İKS + formoterol	SABA
Alternatif kontrol tedavileri	Basamak 1-2 → LTRA ya da mevcut tedaviye HDM-SLIT eklenmesi Basamak 3 → Orta doz İKS ya da standart Basamak 2 + LTRA/HDM-SLIT Basamak 4 → Yüksek doz İKS ya da standart Basamak 3 + LTRA/LAMA/HDM-SLIT Basamak 5 → Standart basamak 4 + LTRA/Azitromisin/düşük doz oral steroid	

## HDM-SLIT: Ev tozu akarlarına karşı sublingual immünoterapi

SF 217 → Plevral effüzyon kısmında bazı eklemeler yaptım

- Diğer eksuda destekleyen kriterler (serum örneği gerektirmeyen plevral testler)
  - Plevral sıvıda kolesterol >45-55 mg/dL
  - Plevral sıvıda total protein >3 g/dL

# NEFROLOJİ

SF 251 → Bu sayfanın en altına fizyolojik iki mekanizmayı daha ayrıntılı olarak ekledim.

## • Renal kan akımının regüle edilmesi

### ◦ Miyojenik refleks

- Renal perfüzyon basıncının artışıyla beraber afferent arter duvarında gerginlik artar. Düz kasların depolarize olmasıyla beraber afferent vazokonstriksiyon gelişir.

### ◦ Tübüloglomerüler feedback

- Renal perfüzyon basıncının (GFR'nin) artmasıyla beraber makula densaya ulaşan NaCl konsantrasyonu artar → Makula densa'dan vazoaaktif maddeler (ATP, adenosin) salgılanır → Afferent vazokonstriksiyon gelişir

SF 260 → İdrar anyon gap kısmına aşağıdaki ekleme yapıldı (örnekler).

### ◦ İdrarda anyon gap: $(U_{Na} + U_K) - U_{Cl}$

- Pozitif değer → RTA
- Negatif değer → Diyare, GIS-üreter fistülleri, pankreatik ve biliyer sekresyonların kaybı

# ENDOKRİNOLOJİ

SF 310 → Endojen cushing nedenleri tablosunda “makronodüler adrenal hiperplazi” hem ACTH bağımlı hem de bağımsız olabildiği için her iki tarafta da kendine artık yer buluyor.

Endojen Cushing nedenleri	
ACTH bağımlı cushing	ACTH bağımsız cushing
Cushing hastalığı (%75, en sık)	Adrenokortikal adenom (%5-10)
Bronşial karsinoid	Adrenokortikal karsinom (%1)
Pankreatik karsinoid	McCune-Albright sendromu
Küçük hücreli akciğer kanseri	Carney kompleksi
Medüller tiroid kanseri	Primer pigmente nodüler adrenal hiperplazi
Feokromositoma	Makronodüler adrenal hiperplazi
Makronodüler adrenal hiperplazi	

SF 316 → Uygunsuz ADH salınım sendromu tedavisinde bazı değişiklikler yaptım.

### ● Tedavi

- **Ciddi nörolojik semptomu olan hastalar (koma, nöbet, açıklanamayan kusma)**
  - %3 hipertonic sodyum → yarım saat arayla iki kez 100 mL bolus yapılabilir
  - Na düzeltme hızı 24 saat içerisinde en fazla 8-10 mEq/L olması önerilir
- **Orta (bilinç değişikliği, ayakta durmakta/yürümekte zorluk) ve hafif semptomatik hastalar**
  - Sodyum düzeltme hızı daha yavaş olmalı (<10 mEq/L/gün).
  - Su kısıtlaması hafif vakalarda yeterlidir (500-1000 mL/gün)
  - Hastanın kliniğine göre vaptan ya da oral üre tedavileri eklenebilir.
  - Orta semptomatik vakalarda vaptan, oral üre ya da hipertonic salin kullanılabilir.
- **AVP antagonistleri:** Tolvaptan, conivaptan.
  - Hepatotoksisite görülebilir. Eş zamanlı su kısıtlaması yapılırsa Na çok hızlı yükselebilir.
- Refrakter vakalarda demeklosiklin kullanılabilir. cAMP oluşumunu inhibe eder.

SF 341 → Sekonder osteoporoz tablosunda bazı eklemeler yaptım

Sekonder osteoporoz nedenleri				
Endokrin	Nutrisyonel ve GİS	Hematolojik	Bağ dokusu (otoimmün)	İlaçlar
Hiperkortizolemi	D vit eksikliği	Multiple myelom	Romatoid artrit	Glukokortikoidler
Hipertiroidi	Malabsorption	Mastositoz	Marfan sendromu	Anti-epileptikler
Hipogonadizm	Siroz	Hemolitik anemi	Ehlers-Danlos	Heparin
Hiperparatiroidi	Alkol	Lösemi	Goucher's	Aromataz inhibitörü
Diyabet	Pankreas yetmezliği	Lenfoma	SLE	Tiroksin
Akromegali	Kistik fibrozis	Orak hc anemi	Ankilozan spondilit	PPI
Prolaktinoma	İBH			Pioglitazon Lityum, SSRI



SF 373 → Sayfanın son kısmını aşağıdaki gibi güncelledim.

- **Evinacumab**

- Anjiopietin-benzeri protein-3'ü (ANGPTL3) inhibe eder.
- Sonuç olarak LPL ve endotelyal lipaz aktivitesi artar.
- LDL ve trigliserit miktarı belirgin azalır.
- Homozigot ailesel hiperkolesterolemi tedavisinde onay almıştır.

- **Lomitapide**

- MTP (mikrozomal trigliserit transfer protein) inhibitörüdür.
- Homozigot ailesel hiperkolesterolemi tedavisinde ek ilaç olarak kullanılabilir.
- Ciddi karaciğer toksisitesi nedeniyle çok sınırlı kullanılır.

SF 374 → Biliyorsunuz genetik obezitenin en önemli nedeni MC4R mutasyonlarıdır. Buna bağlı gelişen obezite tedavisinde kullanılan MC4R agonisti **SETMELANOTİDE** ilacını ekledim.

# GASTROENTEROLOJİ

SF 413 → CROHN tedavi tablosunda ufak değişiklikler yaptım. Zaten text kısmında yazan IL23 inhibitörü risankizumab'ı da tabloya ekledim. Risankizumab çıkar :)

Crohn tedavi algoritması		
Hastalık şekli	Hafif-Orta	Orta-Ciddi
İleit	Uzun salınımlı Budesonid	Sistemik steroid ± immünomodölatör
İleokolit/kolit		Anti-TNF
Üst GİS tutulumu	Anti-TNF İmmünomodölatör Ustekinumab/Vedolizumab	Vedolizumab Ustekinumab Risankizumab Destek tedavi: Oral stop, Total parenteral nutrisyon (TPN)
Perianal hastalık	Anti-TNF	Geçici diversiyon
Fistülizan hastalık	İmmünomodölatör Antibiyotikler	Cerrahi Oral stop/TPN

# ROMATOLOJİ

SF 461 → SLE otoantikolar tablosunun en altına aşağıdaki eklemeyi yaptım.

Anti-RNA Helikaz A	5-15	Erken dönem lupus hastalarında pozitif olabilir İleri dönemde genellikle negatifleşir
--------------------	------	--

SF 464 → Antifosfolipid antikor sendromu için yeni kriterler eklendi.

Klinik Kriter	Lab Kriterleri
Venöz tromboz	Kardiyolipin antikorları (IgG ya da IgM)
Arteryal tromboz	$\beta_2$ glikoprotein1 antikorları (IgG ya da IgM)
Mikrovasküler tutulum*	Lupus antikoagülanı
Gebelik morbiditesi	
Kardiyak kapak tutulumu	*En az 12 hafta arayla aynı antikorun persistan pozitifliği gösterilmeli.
Trombositopeni	
Mikrovasküler tutulum → Livedoid vaskülopati, nefropati, pulmoner hemoraji, miyokardiyal tutulum, adrenal hemoraji	

SF 474 → Sistemik skleroz TANI başlığına aşağıdaki cümle eklendi. VEDOSS kriterleri önemli olabilir.

- Very early diagnosis of SSc (VEDOSS, çok erken tanı) → Raynaud + puffy (şiş, kabarık) parmaklar + ANA pozitifliği tespit edilen hastalarda SSc spesifik bir antikor pozitifliği ya da kapillaroskopi bulguları varsa çok erken dönemde tanı konulmuş olur.

SF 476-477 → Sjögren tedavi kısmında 477. Sayfanın en üstünde yer alan göz tutulumu tedavisine aşağıdaki ilaç eklendi. LİFİTEGRAST

- **Göz tutulumu:** Suni gözyaşı damlaları, siklosporin göz damlası, kısa süreli steroid göz damlası, lifitegrast (integrin [LFA1 ve ICAM] antagonisti) göz damlası