

YAZARDAN MESAJ (Dr. Atilla Uslu)

Arkadařlar hepinize selamlar

Bu dökümanda 8. Baskı ve 9. Baskı konu kitaplarım arasındaki önemli farklılıkları bulacaksınız. Kitaplarınızda bu değişiklikleri yapabilirsiniz.

Tüm çıkan yan dal textbooklarını takip ediyorum. Bunların içerisinde TUS ya da YDUS'u etkileyeceğini düşündüğüm major güncellemeleri de kitabıma ekliyorum. Zaten bir önceki 8. Baskıyı çıkarmadan önce Harrison da çıkmıştı ve buna göre ufak tefek değişiklikler yapmışım. Zaten yan dal kitaplarıyla beraber her baskıda değişiklik yapınca açıkçası yeni baskı harrison ya da cecil çıkması bizi pek etkilemiyor 😊

8. Baskı kitabı hemen bitmesin bir yıl dayansın diye 5000 adet bastırmışım ama 6-7 ayda tükendi. Bunun için de sizlere çok teşekkür ederim. Bu kaynağa ve bana olan güveninizin farkındayım.

Beraber çalışalım yayınlarına youtube kanalına beklerim ([drdahiliye](#))

HEMATOLOJİ

Sayfa 54 vWD başlığında bazı ekleme çıkartmalar yaptım. Aşağıdaki gibi modifiye edebilirsiniz.

VonWillebrand hastalığı (VWD)

- **En sık görülen kalıtsal kanama bozukluğudur.** VWF iki göreve sahiptir; ilki trombositlerin subendotele tutunmasını sağlar, ikincisi ise plazma F8'i bağlayarak yarı ömrünü belirgin uzatır.
 - vWF megakaryosit ve endotelde sentezlenir. **Weibel-Palade** cisimlerinde depolanır.
 - Östrojen ve desmopressin vWF seviyesini artırır.
- Hem primer hem de daha az olarak sekonder hemostaz defektine bağlı kanamalar görülebilir.
 - **Sınıflama**
 - Tip 1 ve 3 sayısal eksiklik nedeniyle olurken, tip 2 ise fonksiyonel bozukluklar nedeniyle ortaya çıkar. **Aralarında en sık Tip1 görülür.** Tip 3 ve tip 2N genellikle otozomal resesif geçerken diğer tipler genellikle otozomal dominant geçişlidir.

VWD alt tiplerinin tanımı	
Tip	Tanım
1	Kısmi VWF eksikliği
2A	Azalmış VWF bağımlı trombosit adezyonu, yüksek-orta molekül ağırlıklı multimer eksikliği, ADAMTS13 aktivitesinde artış
2B	Trombosit GP1 reseptörüne artmış afinite
2M	Azalmış VWF bağımlı trombosit adezyonu, normal multimer dağılımı
2N	F8'e karşı azalmış afinite
3	Tamamen VWF yokluğu

Sayfa 78 Diffüz büyük b hücreli lenfoma kısmında bir güncelleme yaptım

Eskiden double hit lenfoma kavramında BCL6'da vardı fakat son tanımlamada çıkarıldı.

- **Double hit lenfomalar (Yüksek grade B hücreli lenfoma)**
 - **MYC** ile beraber **BCL2** mutasyonları bulunur.
 - Prognozları daha kötüdür.

Sayfa 87 - Diğer sistemik amiloidozlar tablosunda bazı eklemeler yaptım

Diğer sistemik amiloidozlar		
Hastalık	Biriken protein	Tutulum/Tedavi
Senil amiloidoz (ATTRwt)	Transtretin (TTR)	<ul style="list-style-type: none">• Kalp (teknesyum pirofosfat sintigrafisi ile kardiyak TTR tutulumu gösterilebilir)• Biceps tendon rüptürü• Karpal tünel sendromu• Spinal stenoz• Tedavide tafamidis kullanılabilir
Ailesel amiloidoz	Transtretin (TTR)	<ul style="list-style-type: none">• Kalp ve böbrek tutulumu• Kalp (teknesyum pirofosfat sintigrafisi ile kardiyak TTR tutulumu gösterilebilir)• Periferik nöropati, karpal tünel sendromu• Kanda transtretin (prealbümin) seviyesi düşük olabilir• Tedavide tafamidis, patisiran ya da diflunisal kullanılabilir• Karaciğer nakli yapılabilir
Sekonder amiloidoz	Serum amiloid A	<ul style="list-style-type: none">• İnflamatuvar durumlara sekonder gelişir• Temel olarak böbrek tutulumu görülür

- Transtretin amiloidozlarında kardiyak tutulum oranı neredeyse %100'dür.
- Tafamidis TTR stabilizatörüdür.
- Patisiran siRNA yapısında bir moleküldür. **TTR (transtretin) mRNA molekülünü parçalar ve translasyona engel olur.** Dolayısıyla protein sentezi engellenmiş olur.

ONKOLOJİ

Sayfa 94 - Febril nötropeni tedavi kısmında genel bazı antibiyotik bilgileri ekledim. Bunlar çünkü klinik pratikte bizi zorlayan enfeksiyonlar

- Gram negatif dirençli enfeksiyon şüphesi varsa antibiyotik spektrumu genişletilmelidir. Bu açıdan tedaviye aminoglikazid ya da fluorokinolon grubu bir antibiyotik eklenebilir.
 - Genel bilgi olarak ESBL pozitif enfeksiyonlarda karbapenemler kullanılır
 - Karbapenemaz pozitif enfeksiyonlarda seftazidim-avibaktam, seftolozan-tazobaktam, meropenem-vaborbaktam ya da sefiderokol (siderofor sefalosporin) kullanılabilir.
- **Kliniği bozulmayan hastalarda tek başına ateş yüksekliği nedeniyle antibiyotik değişimi yapılması son kılavuzlarda önerilmez.**
- Santral kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu olanlarda ideal olarak kateter çekilmelidir. Fakat yeni kateter takılması teknik olarak zor olacaksa antibiyotik kilit tedavileri denenebilir.
 - S.aureus, mikobakteri ya da mantar üreyenlerde kateter mutlaka çekilmelidir.
 - S.aureus bakteriyemisi olanlarda infektif endokardit açısından EKO yapılmalıdır.

Vorikonazol'un klinikte karşılaştığımız ve bizim için önemli olan yan etkilerini ekledim. Sonra duramayıp başka güzel bilgiler de ekledim.

- **Antifungal tedavide aspergillus şüphesi yüksek ise vorikonazol, candida şüphesi yüksek ise ekinokandin grubu** (kaspofungin, mikafungin, anidulofungin) ile başlanabilir. Amfoterisin-B genellikle diğer tedavilere başarısızlık durumunda kullanılır.
- Vorikonazol yan etkileri → KC enzim yüksekliği, halüsinasyon, görme problemleri
- **Mukor şüphesi var ise amfoterisin-B (ilk tercih), posakonazol ya da isavukonazol kullanılabilir.** Bu hastalarda cerrahi debridman da yapılmalıdır.
 - Azol grubu antifungaller genel olarak QT mesafesini uzatır fakat **isovukonazol diğerlerinin tam tersine QT kısalmasına neden olabilir**

KARDİYOLOJİ

Sayfa 118 - Kardiyak BT anjiyografide son baskı braunwald kardiyoloji textbook'una göre bazı değişiklikler yaptım (2026)

KORONER BT ANJİYOĞRAFI

- **KAH açısından negatif prediktif değeri %97-99'dur.** (Koroner arter hastalığı yok diyorsa %99 gerçekten yoktur). Pozitif gelirse perkütan koroner anjiyografi yapılır.
- Göğüs ağrısına yaklaşımda düşük-orta riskli hastalarda ilk basamakta kullanılabilir.
- Koroner arter hastalığı tespiti için yapılan non-invaziv testler arasında **en sensitif** olandır.
 - En spesifik olanlar PET ve kardiyak MR

Sayfa 122 - Varyant anjina yönetiminde aşağıdaki ekleme son Braunwald kardiyoloji textbook'una göre yapıldı (statin kısmı)

- Sigara, SSRI, 5-fluorourasil, siklofosfamid ve kokain kullanımı ile vazospazm tetiklenebilir.
- Anjiyografide **asetilkolin, hiperventilasyon** ya da **ergotamin** ile provokasyon yapılabilir.
- **Tedavide dihidropiridin KKB (amlodipin) ya da nitratlar kullanılır.** Sigara bırakılmalıdır.
- **Başka bir endikasyon yoksa aspirin önerilmez.** Yüksek dozda vazospazmı kötüleştirebilir.
- Statinler uzun dönemde kardiyovasküler olay riskini azaltabilir.

Sayfa 126 - NSTE AKS invaziv girişim tablosunda bazı değişiklikler yaptım. Aşağıdaki gibi modifiye ediniz.

NSTE-AKS Hastalarında İnvaziv Girişim Endikasyonları	
Acil (< 2 saat)	<ul style="list-style-type: none"> • Akut kalp yetmezliği semptomları • Hemodinamik instabilite ve kardiyojenik şok • Hayatı tehdit eden aritmiler ya da kardiyak arrest • Mekanik komplikasyon • Medikal tedaviye rağmen tekrarlayan ya da refrakter göğüs ağrısı
Erken (< 24 saat)	<ul style="list-style-type: none"> • Troponin yüksekliği (NSTEMI tanısı) • Dinamik ST-T değişiklikleri • Geçici ST segment elevasyonu • Yüksek GRACE skoru (>140)

Sayfa 129 - Fibrinolitik kesin kontrendikasyonları tablosunun son kısmına bazı eklemeler yaptım. Aşağıdaki gibi düzenleyiniz.

Fibrinolitik kesin kontrendikasyonları
<ul style="list-style-type: none"> • Aktif kanama ya da kanama yatkınlığı (mens hariç) • Hemorajik inme öyküsü • 3 ay içerisinde iskemik inme öyküsü (akut iskemik inme sonrası ilk 4.5 saat hariç) • 2 ay içerisinde intrakranial ya da intraspinal cerrahi öyküsü • İntrakranial ya da spinal tümör/AV malformasyon • Aort diseksiyonu şüphesi ya da tanısı • 3 ay içinde kapalı kafa/yüz travması öyküsü • Acil tedaviye yanıtızsız ciddi kontrolsüz hipertansiyon • Streptokinaz için → Son 6 ay içerisinde streptokinaz almış olmak

Sayfa 131 - Minoca nedenleri kısmında son tanımlamalar doğrultusunda güncelleme yaptım.

● **Önemli MINOCA nedenleri**

- Koroner arter spazmı, plak erozyonu/rüptürü, spontan koroner arter diseksiyonu, koroner arter embolisi, koroner mikrovasküler disfonksiyon
- **MINOCA'yı taklit eden nedenler:** Akut miyokardit, Takotsubo kardiyomiyopatisi.

MINOCA tanısında klinik algoritma

Sayfa 132 - Sekonder hipertansiyonun en sık nedenleri kısmında 2026 yılında çıkan BRAUNWALD KARDİYOLOJİ ve BRENNER NEFROLOJİ textbooklarına göre güncelleme yaptım. Buradan çıkartılması gereken mesaj bu soruyu sormayacakları, sorsalar bile aşağıdaki 3 seçenekten sadece birinin şıklarda olacağı.

● **Etyoloji**

- **En sık primer (esansiyel) hipertansiyon görülür.**
 - Harrison 22. edisyonda en sık sekonder HT → Obstruktif uyku apne sendromu
 - Braunwald kardiyoloji 13. edisyonda en sık sekonder HT → Primer aldosteronizm
 - Brenner nefroloji 12. edisyonda en sık sekonder HT → Kronik böbrek hastalığı

Sayfa 135 - Dirençli hipertansiyon tedavisinde 2026 baskı braunwald kardiyoloji ve brenner nefrolojiyle uyumlu olacak şekilde eklemeler yaptım.

● **Dirençli Hipertansiyonda Tedavi**

- Mutlaka hiperaldosteronizm başta olmak üzere sekonder HT nedenleri araştırılmalıdır.
- **Bu grup hastalarda en etkili 4. ilaç MRA grubudur (spiranolakton/eplerenon)**
- Dirençli hipertansiyonda diğer seçenekler:
 - Aprositentan → Endotelin A/B reseptör antagonisti
 - Baxdrostat → Aldosteron sentaz inhibitörü
 - Renal denervasyon (kateter yöntemi ile ablasyon)

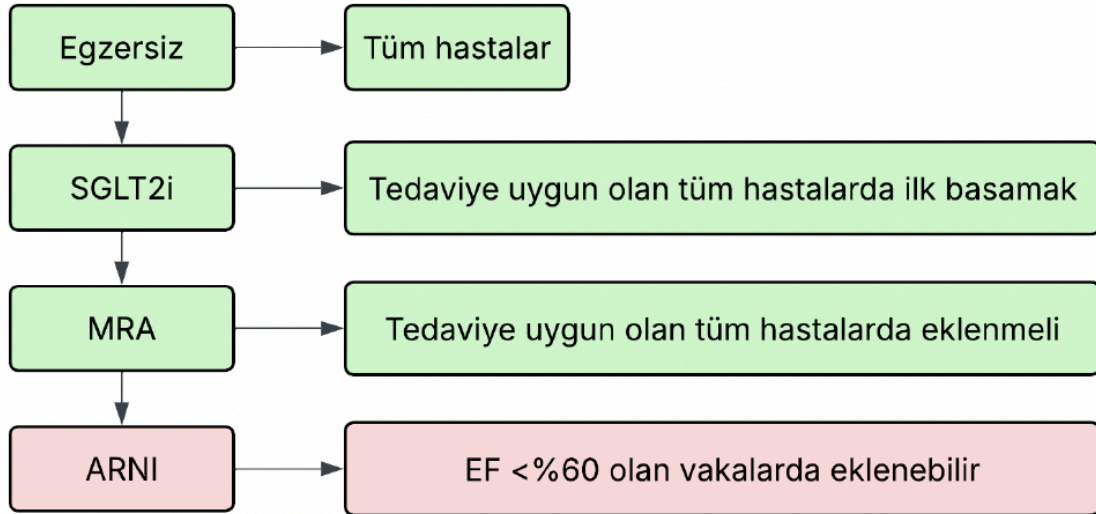
Sayfa 136 - Kalp yetmezliği konusunun başına Braunwald kardiyolojide geçen tanımını ekledim.

KALP YETMEZLİĞİ

- **Tanım** → Yapısal/fonksiyonel kardiyak anormalliğe bağlı semptom ve bulgular görülmeli ve aşağıdakilerden en az biri bu duruma eşlik etmeli
 - Natriüretik peptid yüksekliği ya da kalp kökenli pulmoner/sistemik konjesyon

Sayfa 143 - EF korunmuş kalp yetmezliği tedavisinde öğrenmeyi kolaylaştıracak ve görsel hafızaya hitap edecek bir flowchart ekledim.

• Tedavi algoritması



Sayfa 147 - Hipertrofik KMP tedavi/yönetim kısmında son Braunwald kardioloji ile uyumlu olacak şekilde güncellemeler yaptım.

● Tedavi

- **Sol ventrikül çıkışı normal olanlar (obstrüksiyon yok)**
 - **B-bloker ya da nondihidropirin KKB (verapamil, diltiazem) ilk seçenektir.** Yüklenme bulguları olan hastalarda diüretikler dikkatli bir şekilde verilebilir. Abartılı diüretik kullanımı obstrüksiyonu olanlarda gradiyenti artırabilir.
- **Sol ventrikül çıkışı dar olanlar (obstrüksiyon var)**
 - **B-bloker ya da nondihidropirin KKB (verapamil, diltiazem) ilk seçenektir.**
 - Dirençli hastalarda disopiramid, mavacamten ya da invaziv septal redüksiyon (miyotomi ya da septal ablasyon) tedaviye eklenebilir.
 - **Mavacamten, aficamten** → kardiyak miyozin inhibitörleri
 - **Sol ventrikül çıkışında basınç gradientini artıracak ilaçlar verilmemelidir:** Digoksin, nitratlar, fosfodiesteraz-5 inhibitörleri, ACEi, ARB, dihidropridin KKB.
 - **Ani ölüm açısından riskli olanlarda ICD yerleştirilmelidir.**

ICD endikasyonları tablosu zaten kitabınızda var.

Sayfa 153 - Braunwald kardiyolojide genel olarak protez kapak endokarditlerinin en sık sebebi olarak S aureus yazılmış. Bunu kitapta ilgili etyoloji tablosuna ekledim.

Sayfa 166 - Biküspit aort kısmına bazı eklemeler yaptım.

- **Biküspit aort kapağı (BAV) ailesel geçişli olabilir ve erkeklerde sıktır:**
 - Çıkan aort genişlemesi → diseksiyon riski artmıştır
 - Aort koarktasyonu, Turner sendromu ve torasik aort anevrizması eşlik edebilir.

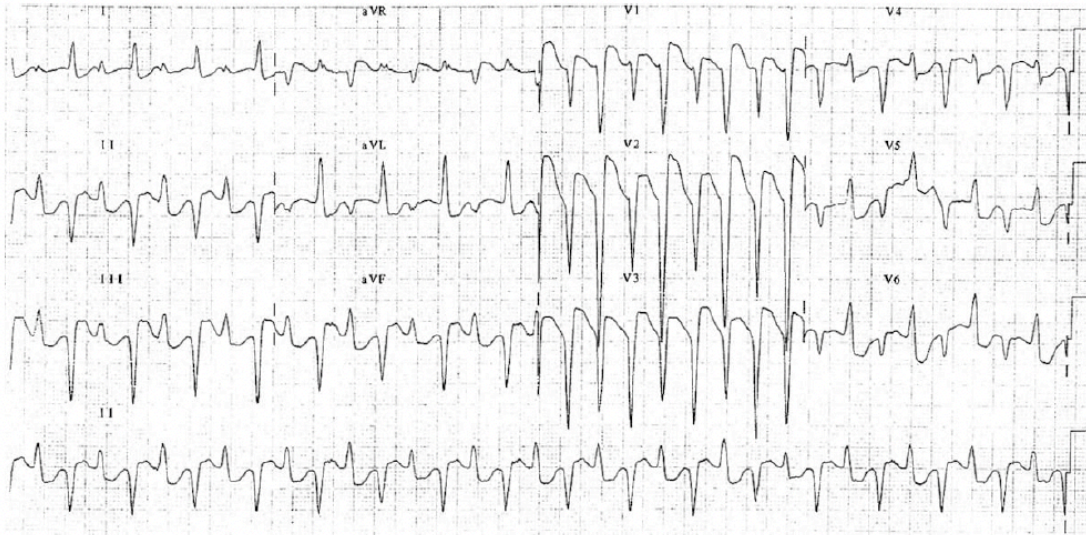
Sayfa 175 - AVNRT tedavisine intranazal etripamil eklendi.

- Hafif atakta ilk basamakta **vagal manevralar** (valsalva, karotid sinüs masajı, yüze soğuk su uygulamak, şırıngaya ekspiryum) denenebilir. Hastane dışında hastalar kendine **intranazal etripamil** (L-tipi Ca kanal antagonisti) uygulayabilir. **Medikal tedavide adenozin ilk tercihtir.** Bunun dışında yine BB ve nondihidropiridin KKB grubu ilaçlar kullanılabilir.
- **Uzun dönemde temel tedavi kateter ablasyondur.**

Sayfa 181 - Kitaba KATEKOLAMİNERJİK VT başlığını ekledim.

● Katekolaminerjik VT

- Ryanodin reseptörü (RYR2) ya da kalsekstrin-2 mutasyonu vardır.
- Polimorfik ya da bidirectional (çift yönlü) VT görülür.
- **Bidirectional VT görülebilen diğer hastalıklar** (aşağıdaki EKG):
 - Digoksin toksisitesi
 - Miyokardit
 - Andersen-Tawil sendromu
- **Egzersiz ve emosyonel stress ile tetiklenebilir** (Spor sonrası ani ölüm).
 - Çarpıntı, senkop, kardiyak arrest
- **Temel tedavi nonselektif beta blokerler** ve ICD yerleştirilmesidir.



NEFROLOJİ

Sayfa 24 - Sayfanın en alt kısmında aşağıdaki düzenleme yapıldı.

- Serebral tuz kaybı intrakranial patolojilerde (özellikle subaraknoid kanamada) görülebilir. Mekanizma olarak ANP yüksekliğine bağlı natriürez suçlanır. Hipovolemi belirgindir. BUN ve hematokrit artabilir. Tedavide sıvı ve sodyum verilir.

Sayfa 43-44

Hem MDH hem de FSGS patogenezinde anti-nefrin antikorlar eklendi. Zaten konu anlatım videolarında konuşuyorduk ama kitapta yoktu. Böylece eklendi. Brenner nefroloji 2026 baskısında da eklemiş.

ENDOKRİNOLOJİ

Sayfa 120 - DM vakalarında tedavi hedefleri tablosunda bazı güncellemeler yaptım

Diyabetes mellitus tedavi hedefleri	
Parametre	Hedef
Glisemik kontrol <ul style="list-style-type: none"> HbA1C Açlık glukozu Tokluk glukozu 	<%7.0 (tolere edenlerde ≤ 6.5 hedeflenebilir) 80-130 mg/dL <180 mg/dL
Kan basıncı	<130/80 mmHg (AHA)
Lipid ve trigliserit <ul style="list-style-type: none"> LDL HDL Trigliserit 	<ul style="list-style-type: none"> Ek risk faktörü yok, KAH (koroner arter hastalığı) yok ise <100 mg/dL KAH risk faktörü varsa < 70 mg/dL KAH tanısı varsa < 55 mg/dL >40 mg/dL (erkek), >50 mg/dL (kadın) <150 mg/dL

- 40-75 yaş arasında KAH ve KAH için risk faktörü olmayan vakalarda orta yoğunluklu statin tedavisi önerilirken KAH için ek risk faktörleri olan ya da KAH tanısı olan vakalarda yüksek yoğunluklu statin tedavisi önerilir.

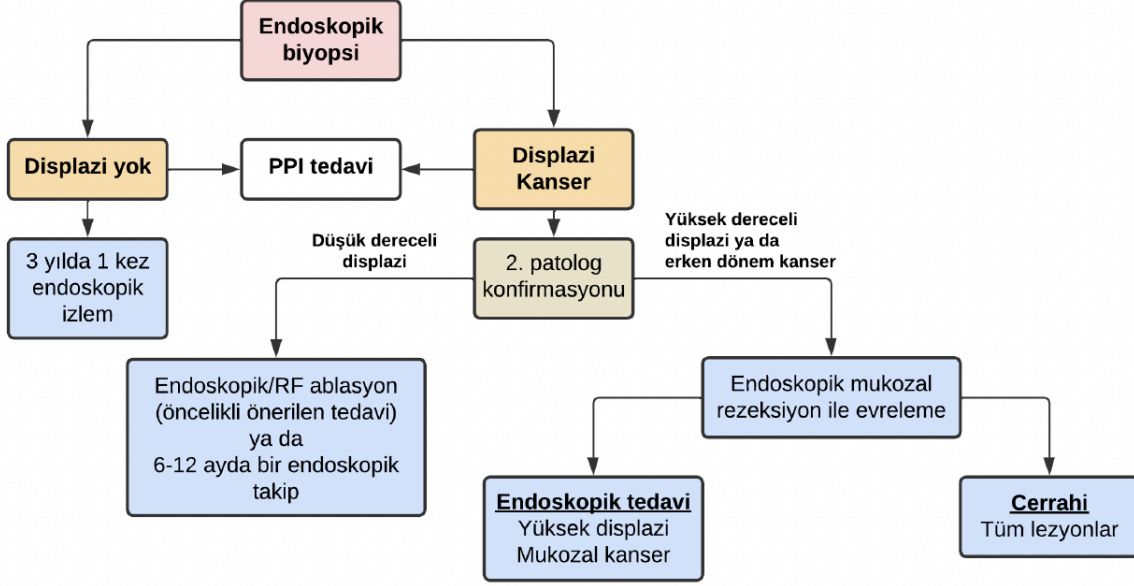
Sayfa 130 - hipertrigliseridemi tedavisinde onay alan iki yeni ilaç eklendi. Biliyorsunuz kardiyovasküler farmakolojide antisense oligonükleotidler şaha kalktı.

- **Olezarsen/Volanesorsen**

- ApoC-3'ü hedef alan antisense oligonükleotid → ApoC-3 seviyesini azaltırlar
- Trigliserit seviyesini >%50 düşürürler ve ailesel hipertrigliseridemide onay almıştır.

GASTROENTEROLOJİ

Sayfa 138 - Barrett displazisi tedavisinde endoskopik ablasyon tedavisine çok vurgu yapıyorum videolarda. Kitapta da algoritmanın altına bunu ekledim video almayanlar için.



Barrett Özofagus Takip ve Tedavi

- **Yüksek dereceli displazi ve mukozal kanser vakalarında endoskopik ablasyon tedavisi ilk sırada önerilir.** Cerrahi kadar efektiftir ve yan etkisi çok daha azdır.

Sayfa 150 - İBS ayırıcı tanısında İBH ile arada kalınan ya da şüphe edilen vakalarda kullanılması gereken yöntem eklendi (en aşağıda)

• Klinik ve Tanı

ROME IV Tanı Kriterleri	
Son 3 ayda haftada ≥ 1 gün ve toplamda > 6 aydan beri olan tekrarlayan karın ağrısı atakları	
Aşağıdakilerden en az 2 tanesi olmalı	Alarm semptomu olmamalı
<ul style="list-style-type: none">Defekasyon ile ağrının hafiflemesiGaita frekansında değişme (sık-az)Gaita karakterinde değişme (sulu, sert ...)	<ul style="list-style-type: none">≥ 50 yaşİstemsiz kilo kaybıHematokezya/melenaGece karın ağrısıAnemiGaitada gizli kan pozitifliğiAilede kolorektal kanser öyküsüAilede inflamatuvar barsak hastalığı öyküsü

- Diyare ağırlıklı formda mutlaka çölyak, laktaz eksikliği, İBH (inflamatuvar bağırsak hastalığı), mikroskopik kolit, enfeksiyöz nedenler, hipertiroidi ve malabsorpsiyon ekarte edilmelidir.
- İBH ekartasyonu için CRP ya da fekal kalprotektin istenebilir (İBH'da bunlar yüksektir).

Sayfa 152 - Dispepsi alarm semptomları tablosu

Bazı kitaplarda yaş kriteri 45 olarak geçtiği için ben de bu baskıda yaş kriterini 55'ten 45'e çektim (Sleisenger gastroenteroloji textbook'u)

Ayrıca bazı eklemeler yaptım

Dispepsi vakalarında alarm semptomları
<ul style="list-style-type: none">İstemsiz kilo kaybı$\geq 45-60$ yaş yeni başlayan dispepsi (yaş sınırı kitaplarda değişkenlik gösteriyor)Disfajiİnatçı kusmaSarılıkGİS kanama bulgusuAilede mide/özofagus kanseri öyküsüDemir eksikliği anemisiPalpabl abdominal kitle, sol supraklavikular kenfadenopati

Sayfa 152 - Mide kanserinden koruyucu faktörleri toplu olarak risk faktörleri tablosunun altına ekledim.

- **Koruyucu faktörler** → Aspirin, NSAID, vitamin C, statin, taze meyve/sebze tüketimi

Sayfa 162 - Sayfanın en üstündeki tablonun diffüz tutulum kısmına iki hastalık daha ekledim.

Biyopside spesifik bulgusu olan hastalıklar	
Lezyon	Patoloji
Diffüz tutulum	
Whipple hastalığı	PAS pozitif makrofaj infiltrasyonu
Agammaglobulinemi	Plazma hücresi yok, villuslar normal/atrofik
Abetalipoproteinemi	Yağ ile dolmuş epitel hücreleri
Micobacterium avium	Asit-fast basil, köpük hücreleri
Kollajenöz sprue	Atrofik epitel altında kollajen bantlar
Yama tarzında tutulum	

Sayfa 163 - Refrakter Çölyak hastalığının patolojik alt tiplerini kitaba ekledim. Videolarda zaten konuşuyorduk.

● **Tedavi yanıtı ve prognoz**

- Hastaların çoğunda glutensiz diyet ile semptomlarda gerileme olur. Glutensiz diyetle rağmen semptomları devam eden kişilerde serolojik testler tekrarlanmalıdır. Eğer hastanın gluten alımı devam ediyorsa antikor titreleri yüksek gelir. **Serolojik titresi (tTG-IgA) normal gelen hastalarda ayırıcı tanıda tekrar biyopsi yapılmalıdır.**
 - Eşlik eden mikroskopik kolit, laktaz eksikliği, İBS ve bakteri aşırı çoğalması olabilir
 - İntraepitelyal lenfosit infiltrasyonu devam ediyorsa refrakter çölyak → steroid başlanır
 - * Tip1 refrakter çölyak → Normal intraepitelyal lenfosit (İEL) fenotipi
 - * Tip2 refrakter çölyak → Anormal klonal İEL fenotipi → enteropati ilişkili T lenfoma ↑

Sayfa 171 - Sayfanın en altında yer alan cümleyi modifiye ettim.

- Altta yatan aktif inflamasyonu olan vakalar anti-TNF tedaviden fayda görebilir. Eğer bununla düzelmiyorsa endoskopik balon dilatasyonu ve/veya cerrahi tercih edilir.

Sayfa 172 - Toksik megakolon

Sleisenger gastroenteroloji yeni baskısında bu hastalarda mecbur kalınırsa çok dikkatli olarak tanısal açıdan kolonoskopi ve biyopsi yapılabileceği yazıyor. Bu nedenle bu kısmı aşağıdaki gibi güncelledim.

- **Hastanın altta yatan tanısı belliyse (ülseratif kolit gibi) ve özel olarak başka bir biyopsi endikasyonu yoksa kolonoskopik girişim bu dönemde uygulanmaz.** Perforasyon riski yüksektir. Tedaviye 48-72 saat içinde yanıt alınmaz ise cerrahi kolektomi endikasyonu doğar.

Sayfa 177 - İnce bağırsak tümörleri kısmı güncellendi.

İnce Bağırsak Tümörleri

- En sık görülen primer malign tümör → **nöroendokrin (karsinoid) tümörlerdir.**
- Nöroendokrin tümörler en sık **distal ileumda** görülür.
- **Adenokanserler en sık duodenumda görülür.**
 - En sık **ampulla vateri tümörü** olarak görülür ve hastalarda dönemsel sarılık ve kanamalar olur. FAP hastalarında ampulla vateri tümör riski 200 kat artmıştır.
- İnce bağırsağa en sık metastaz yapan tümör → **malign melanom**

Sayfa 185 - Kronik HBV tedavisindeki AASLD kılavuzu güncellendi. Ben de bu açıdan bazı değişiklikler yaptım. Kitabınızda da aşağıdaki gibi güncelleyiniz.

Kronik HBV vakalarında tedavi endikasyonları (2025 AASLD önerileri)			
HBeAg statüsü	HBV-DNA (IU/mL)	ALT	Tedavi önerisi
+	>20.000	1-2 kat arası yüksek	Yaş>40 ya da biyopside/görüntülemelerde ≥F2 fibrozis varsa tedavi önerilebilir
+	>20.000	>2 kat	Tedavi önerilir
-	>2.000	1-2 kat arası yüksek	HCC riski olanlarda tedavi önerilebilir (Yaş>40, erkek cinsiyet, trombosit < 180.000/mm ³)
-	>2.000	>2 kat	Tedavi önerilir

- Eğer hastanın değerlendirmesi siroz ile uyumluysa (**abdominal görüntülemelerde siroz bulguları, elastografi, FİB-4 skoru, biyopsi**) tüm kronik hepatit B vakalarında (HBsAg+, DNA+) tedavi önerilir.
- İmmüntoleran fazda olan (DNA>10 milyon IU/mL, HBeAg+, ALT normal) hastalar eğer >40 yaşında ya da karaciğerde belirgin inflamasyon/fibrozis (≥F2) varsa tedavi önerilir.

Sayfa 189 - MASH (metabolik disfonksiyon ilişkili steatohepatit) tedavisinde onay alan semaglutide eklendi.

› MASH tedavisinde onay alan ilaçlar:

- **Resmetrom:** Tiroid hormon reseptör-β agonisti
- **Semaglutide:** GLP1 analogu

Sayfa 190 - Herediter hemokromatozis tedavi kısmında bazı eklemeler yaptım.

- **Temel tedavi flebotomidir.** Ferritin <100 mcg/L olacak şekilde düzenlenir. PPI kullanımının intestinal demir emilimini ve flebotomi ihtiyacını azalttığı bu grup hastalarda gösterilmiştir. **Tedavi ile diabetes mellitus, artropati ve hipogonadizm düzelmez** ama diğer bulgularda iyileşme görülebilir. Alkol kullanımı mutlaka kısıtlanmalıdır.
- **Flebotomiye tolere edemeyen vakalarda demir şelatörleri kullanılabilir.** Oral tedavide deferasiroks ya da defepiron kullanılırken parenteral tedavide deferoksamin kullanılabilir.

Sayfa 198-199 Hepatorenal sendrom kısmında güncellemeler yaptım.

- **HRS-AKİ (eski tip1, AKİ: akut böbrek hasarı):** Böbrek hasarı bir hafta içinde gelişir.
- **HRS-nonAKİ (eski tip2):** Subakut ya da kronik hasar vardır. Kendi içinde 2 gruba ayrılır.
 - * **HRS-AKD (akut böbrek hastalığı):** <3 ay boyunca GFR<60mL/dk (AKİ ve KBH arasında geçiş formu)
 - * **HRS-CKD (kronik böbrek hastalığı):** ≥3 ay boyunca GFR<60mL/dk

Sayfa 201 - karaciğer adenomlarında en sık görülen genetik anormallik eklendi

hiperplazi	Tanıda MR en sensitif	
Adenom	Kadınlarda sık. OKS ve anabolik steroid kullanımı ile yakın ilişkili Rüptür riski vardır ve masif kanamaya neden olabilir >5 cm ise rezeksiyon yapılmalıdır Tanıda MR kullanılır	En sık HNF1a inaktive edici mutasyonlar vardır (MODY3 eşlik edebilir) CTNNB1 (catenin beta-1) mutasyonu olanlarda HCC gelişimi daha sık Erkeklerde HCC gelişimi daha sık

Sayfa 208 - Primer biliyer kolanjit tanısında AMA negatif hastalarda istenmesi gereken otoantikörler eklendi.

● **Tanı**

- Serum ALP ve GGT yüksekliği olur. Hastalığın ileri dönemlerinde bilirubin yüksekliği olur.
- **Serolojik olarak %90-95 vakada anti-mitokondrial antikor (AMA) pozitifdir.**
 - AMA negatif vakalarda **PBK spesifik ANA paneli (gp210, sp100)** istenmelidir.
- **IgM yükselebilir.**
- Ekstrahepatik safra yollarını tutmadığını göstermek için USG yapılabilir.

ROMATOLOJİ

Sayfa 243 - SpA tedavisi kısmında bazı düzenlemeler yaptım. Aşağıdaki gibi düzenleyiniz. Diğer kalan kısımda değişiklik yok.

- **Medikal tedaviler**

- **NSAİD (ilk basamakta önerilir)**

- Hastalık modifiye edici ilaçlardır. Radyolojik progresyonu yavaşlatırlar. Enteropatik artriti olan hastalarda dikkatli kullanılmalıdır. Alta yatan barsak hastalığı alevlenebilir.
- Hafif PsA vakalarında semptomatik rahatlama sağlayabilir.

- **Biyolojik tedaviler**

- **Anti-TNF:** Radyolojik progresyonu yavaşlattıkları gösterilmiştir. NSAİD dirençli hastalarda tercih edilirler.

- Aksiyel tutulumu olan PsA hastalarında ilk basamakta önerilirler (\pm metotreksat).
 - * Anti-TNF başlanmadan önce mutlaka latent TB ve HBV açısından hasta değerlendirilir
 - * Latent TB açısından PPD ya da quantiferon (IFN gama salınım) testi yapılabilir

Sayfa 254 - Dev hücreli arterit tanısında renkli duplex sonografi eklendi.

- **Tanı**

- Temporal arter biyopsisi sonucunda transmural tutulum ve **internal elastik lamina destrüksiyonu** görülür.
- Renkli duplex sonografi → **hipoekoik halo bulgusu**