

Prof. Dr. Dilek Gogas YAVUZ

Genel görünüm - yüz şekilleri: İnceksiyon ile yüzün genel görünümü, asimetri, istemsiz hareketler, cilt lezyonları, özel yüz şekilleri açısından değerlendirilmelidir. Yüz cildi renk rash, pigmentasyon açısından da değerlendirilir. Patognomik yüz şekilleri tanı açısından yol gösterici olabilir

Aydede yüzü (moon face) yanakların ve supraklaviküler bölgede yağ depolanması ve eşlik eden pletora (ciltte kırmızı-pembe maske) hiperkortizolizm varlığında görülür (Şekil 1).

Akromegalik hastarda çene ve alın kemiklerinde genişleme diş aralıklarında açılma dilde büyüme ile karakterize bir yüz izlenebilir (Şekil 2).

Parkinson yüzü donuk göz kırpmaları azaldığı ifadesiz, mimik çizgilerinin kaybolmuş olmasıdır.

Hipotiroid hastalarda tüm yüzde şişkinlik göz kapaklarında ödem ve dudaklarda kalınlaşma cilt ve saçlarda kabalaşma dilde büyüme apatik görünüm ile karakterize yüz ile karşılaşılabılır tam tersi olarak hipertiroid hastalarda saçlarda incelmeye, terli cilt, canlı bakışlar/ egzoftalmi, endişeli ve aceleli bir yüz şekli karşımıza çıkabilir.



Şekil 1: Cushing hastalığında aydede yüzü (moon face) ve pletora



Şekil 2: Akromegali'de patognomik yüz şekli

Nefrotik sendromda soluk bir cilt aşırı ödemli göz kapakları ve göz altı izlenebilir.

Parotis bezlenin genişlemesi İnceksiyonla kolayca fark edilebilir.

Saçlar: Saçların dağılımı, yapısı değerlendirilir. Erkeklerde saç dökülmesi patolojik kabul edilmez, kadınlarda patolojiktir. Kadınlarda saçların ön tarafındaki erkek tipi, dökülme androjenik alopesi olarak adlandırılır.

Saç derisi lezyonlar, nodüller açısından inspeksiyon ve palpasyon ile değerlendirilmelidir.

Kafa tası deformiteler, kitle varlığı açısından inspeksiyon ve palpasyon ile değerlendirilmelidir.

Erkeklerde sakal varlığı dikkat edilmelidir. Hipogonadizmde sakal olmaması karakteristiktir.

Gözler: göz muayenesi, görme keskinliği, görme alanı göz hareketleri, konjunktiva-sklera, kornea, lens, pupilla, göz dibi incelemelerini kapsar.

Görme keskinliği, görme alanı, göz hareket değerlendirilmesi nörolojik muayene kısmında anlatılmıştır.

Göz kapaklarının rengi, üzerinde lezyon olup olmadığı, ödem varlığı, tam kapanıp kapanmadığı değerlendirilir.

Göz kapağı retraksiyonu (göz kapağı, iris arasında skleranın görünmesi) lid lag olarak adlandırılır. Genellikle tiroid oftalmopatide görülür. Tiroid oftalmopatide göz küresinin göz çukurundan dışarı doğru uzanması (ekzoftalmi), ana bulgulardan birisidir.

Konjunktiva-sklera değerlendirmesi : bir parmakla alt göz kapağı aşağıya doğru hafifçe çekilir (Şekil 3). Böylece açığa çıkan konjunktiva ve sclera renk, vasküler patern, nodül, ödem açısından değerlendirilir. Anemik kişilerde konjunktiva soluk izlenir. Konjunktivit durumunda hiperemik ve şiş görünür. Skleranın sarı renkli olması ikter için patognomoniktir (Şekil 4). Üremik hastalarda sklera kirli sarı renktedir.

Lens: opasite varlığı açısından değerlendirilmelidir. Lensin opaklaşması yandan uygulana ışık ile kolayca anlaşılabilir. Yaşlılarda arcus senilis (lens çevresinde opaklaşma) kolaylıkla tespit edilebilir.

Pupil muayenesi nörolojik muayene kısmında anlatılmıştır. Gözdibi muayenesi için oftalmoskop kullanılması gerekir.

Burun : burun kanatlarının solunuma katılıp katılmadığına dikkat edilir. İzlebildiği kadarı ile burun mukozasının rengi kaydedilmelidir. Dudaklar- ağız içi: dudaklarda renk değişiklikleri araştırılmalıdır. Dudakların mor renkli olması siyanoza işaret eder. Dudak iç kısmındaki mukozada gingiva altındaki pigmentasyonlar Addison hastalığında görülebilir (Şekil 5).



Şekil 3 : sklera -konjunktivanın inspeksiyon ile değerlendirilmesi



Şekil 4: Sklerada ikter



Şekil 5: Addison hastalığında gingivada hiperpigmentasyon



Şekil 6 : Ağız içi değerlendirme yöntemi



Şekil 7: Dilin inspeksiyon ile değerlendirilmesi Dil dışarıda iken yapılmalıdır.

Dudak dış kısımlarındaki dağınık kahverengi pigmentasyon Peutz-Jegertz hastalığının göstergesi olabilir. Vitamin eksikliklerinde dudak kenarlarında ragadlar görülebilir. Dudak üzerinde lökoplaki izlenebilir.

Ağız içi değerlendirmesi için bir ışık kaynağı ve bir dil basacağı (abeslank) gereklidir (Şekil 6). Ağız içi mukozası candida plakları, ülserasyon, pigmentasyon, kanama, aft açısından değerlendirilmelidir. Üst ve alt dudağın mukozası da dudaklar kaldırılarak değerlendirilmelidir. Dişlerde eksiklik, çürük varlığı kayıt edilmelidir.

Diş ve diş etleri gingivitis, diş absesi ve diş çürükleri açısından değerlendirilip kaydedilmelidir.

Dilin dışarıya çıkarılması istenerek orta hatta olup olmadığına bakılmalıdır. (Şekil 7). Dilde bir tarafa kayma varsa hipoglossal sinirin ters tarafta felç olduğu düşünülür.

Dil üzerinde pü, çatlak aft ülserasyon varsa kaydedilmelidir. Uvula ve farenksi değerlendirmek için dilin dil basacağı ile basılması gözlem işlemini kolaylaştırır. Uvulanın orta hatta olup olmadığı, farenksten akıntı varlığı, rengi, tonsillerin hacmi (hipertrofik, normal, atrofik) tonsiller üzerinde pü varlığı değerlendirilmelidir.

Kulak muayenesi, kulak kepçesinde tofüs varlığı, dış kulak yolunda akıntı olup olmadığı değerlendirilir. Kulak zarının değerlendirilmesi için otoskop gereklidir.

Tiroid Muayenesi

Tiroid boyundda krikoid kırıkdağın altında yer alır (Şekil 8). Normal boyutlarda tiroid bezi normal kilolu kişilerde inspeksiyonla görülmez. Zayıf kişilerde ve tiroid bezi büyüdüğünde dışarıdan izlenebilir. Tiroid bezinin büyümesine guatr denir.

Trakeanın orta hatta olup olmadığı / deviasyonu tiroid ile birlikte değerlendirilmelidir.

Tiroid bezinin ana muayene yöntemi palpasyondur. Muayene ile elde edilen veriler tiroid bezinin fonksiyonu hakkında bilgi vermez. Tiroid bez fonksiyonunu değerlendirmede TSH ve TT4 testleri esastır.

Palpasyonda önerilen yöntem posterior yaklaşımdır. Hasta dik pozisyonda oturur ve arkasına geçer. Sternomastoid kasları gevşetmek için boyun hafifçe öne eğilebilir. Her iki el parmakları sternal knoch tan itibaren krikoid kırıkdağ altına kadar bilateral olarak yerleştirilir (Şekil 9).

Sağ el sabit klip trakeayı hafifçe iterken sol el ile sol loba yüzeyel palpasyon yapılır. Diğer taraf için de işlem tekrarlanır.

Palpasyon sırasında tiroid bezinin büyüklüğü, sınırları, kıvamı, sertliği, hassasiyeti, nodül varlığı değerlendirilir. Nodül tespit edildiğinde boyutu, kıvamı, fikse olup olmadığı, sınırlarının düzenli olup olmadığı kayıt edilmelidir.

Hastaya bir bardak su verilerek yutulanması istenir. Yutkunurken her iki loba sıra ile derin palpasyon yapılır. Normal tiroid bezi yumuşak bğğürlen kıvamında ele gelebilir. Graves hastalığında tiroid bezi büyük ve yumuşak palpe edilir. Akut ve subakutiroiditlerde ağrılı ve hassastır. Kronik tiroidit varlığında sert ve düzensiz ele gelir.

Tiroid bezinin oskültasyonu rutin muayene yöntemi değildir. Ancak tiroid bezinin büyüdüğü durumlarda kullanılabilir. Hiperitroidide artmış kan akımına bağlı olarak bezin üzerine devamlı üfürüm duyulabilir.

Tiroid muayenesini tamamlayıcı olarak Hipertiroid hastalarda oftalmopati değerlendirilmelidir.

Boyunda lenf bezi muayenesi:

Boyun lenf bezlerinin lokalizasyonu şekilde gösterilmiştir (Şekil 10). İlgili bölgelerin hepsi muayene edilmelidir. Yuvarlak ve küçük hareket ile simetrik olarak değerlendirilmelidir. Lenf nodu tespit edilirse boyutu, kıvamı, sertliği, fikse olup olmadığı hassasiyeti değerlendirilmelidir. Boyunda >1 cm lenf nodu patolojik kabul edilir.



Şekil 10 : Boyunda lenf bezlerinin lokalizasyonu

1. Preauriküler kulak önü , posterior auricular
 2. Posterior auriküler mastoid process hizası
 3. Oksipital kemik üzeri
 4. Tonsillar mandibular açısının altı
 5. Submandibular :mandibula açısı ve uç kısmı arasında kalan bölge
 6. Submental: mandibular ucu
 7. Superfisyel servikal:sternokloidomastoid kasının üzeri
 8. Posterior servikal trapezeus kasının ön kenarı
 9. derin servikal zincir : sternokloidomastoid kasının iç tarafına ulaşmak zor olduğu için ,genellikle palpe edilemez.
 10. Supraklaviküler: sternokloidomastoid kası ve klavikula arasında kalan boşluk
- Hassas nodüller inflamasyonu fikse sert nodüller maliniteyi düşündürür.



Şekil 8 : Tiroid bezinin lokalizasyonu



Şekil 9 : Tiroid bezinin palpasyon yöntemi