

PERİANAL BÖLGE VE GENİTAL ORGANLARIN MUAYENESİ

Bu muayene sırasında hasta mahremiyeti olduğu ve özellikle adolesan çocuklarda uygun bir ortam sağlanarak ve kendisine nelerin yapılacağı anlatılarak rızasının alınmasına dikkat edilmelidir. Bu nedenle en son muayene olarak yapılabilir.

Anüs Muayensi

Pozisyon: Hasta diz dirsek pozisyonuna (genu-pektoral) getirilir ve ya sol yanına yatırılıp sağ bacak karnına çekilir. Yenidoğan ve küçük çocuklarda sırt üstü yatırılıp her iki başparmaklar iç tarafta, diğer parmaklar dış tarafta olacak şekilde ano-genital bölge iyice açılır.

Muayeneye başlama: Her iki el baş parmakları ile önce gluteuslar ve sonra anüs açılır. Anüs kapalı hali ile ve etrafındaki deri kıvrımları ile net görülür



Normal Anüs



Anal fissür ve fissürit



İmperfore anüs



Rektal prolapsus

Olası bozukluklar: İmperfore Anüs (Kapalı anüs); özellikle yenidoğanlarda tespit edilen konjenital malformasyondur. Mekonyum yapması geciken bebeklerde dikkat edilmelidir.

Anorektal kanalın stenozu: Özellikle yenidoğanlarda küçük parmak yenidoğan rektumuna rahatlıkla girebilir. Böyle hastalarda rektal tuşe rahat yapılamaz. Bu muayene şüpheli durumlarda tercih edilmelidir. Hemoroidler, fistüller, anorektal abseler, anal fissür ve sıyrıklar diğer görülebilir patolojilerdir. Rektal prolapsus; rektumun muköz membranını anüsten dışarı çıkması olarak tanımlanır.

Rektal Tuşe

Anüs muayenesindeki aynı pozisyonda yapılır (hasta diz dirsek pozisyonuna (genu-pektoral) getirilir ve ya sol yanına yatırılıp sağ bacak karnına çekilir).

Dikkatli yapılmalı, büyük çocuklara muayenenin nedeni açıklanmalıdır. Küçük çocuklarda, küçük parmak, büyük çocuklarda işaret parmağı ile yapılmalıdır. Hekim eldiven giyip, parmağına vazelin sürer, anüsü görünür duruma getirdikten sonra parmak ucunun pulpası anüsün üzerine konarak hafifçe itilir. Sert hareketlerde refleks olarak kasılan anüs muayeneye engel olur. Sfinkter tonüsü bozulmuş olanlarda hiç defans ile karşılaşılmaz.

Rektumun darlığı, ampulla rekti de gaita olup olmadığı ve bulaşan gaitanın özelliği, kanlı olup olmaması gibi durumlara dikkat edilir.

SAKROKOKSİGEAL BÖLGE

İnspeksiyon:

Hastanın sırtı ve gluteal bölgesi tamamen açılarak gözlemlenir. Simetrik olup olmadığı, bölgenin düz bir hatta olup olmadığı incelenir.

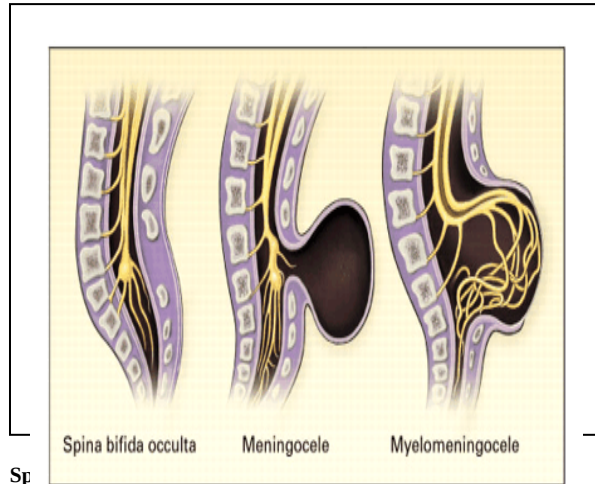
Post-peri anal veya gluteal gamze veya çukurluk var mı?

Nevüs, hipertrikoz (kıllanma); vertebra ve/veya medulla spinalis anomalilerinin habercisi olabilir.

Pilonoidal sinüs ve kistler

Kitle (en sık sakrokoksigeal teratomlar)

Meningosel ve meningo-myelosel (Bkz nörolojik muayene)



Sp
(d)



Pilonoidal sinüs



Meningomyelosel



Meningosel



Sakral kıllanma

DIŞ KIZ GENİTAL ORGANLARI

Kız çocuklarında vajinal tuşe yapılmadığı için özellikle inspeksiyona dikkat edilmelidir. Hasta sırt üstü yatırılarak her iki dizi kıvrılır ve karnına doğru çekilir. Her ilki elin baş parmakları ile labiumlar aralanarak intraoutus vagina, labium minuslar, klitoris, üretra ağzı ve pubik kıllanma değerlendirilir.

Prematür ve yenidoğanlarda labium minörler labia majörler arasından çıkmış kırmızı renktedir. İlk hafta beyaz gri mukuslu yapışkan bir akıntı gelebilir. Daha büyük çocuklarda labia majörler minörleri kapatır. Adolesanda yeniden tersi olur.

Labial sineşi (adhezyon=yapışıklık): Labium minusların birleşerek vajen ağzını kapatmasıdır. Parsiyel ya da tam kapanma şeklinde olabilir.

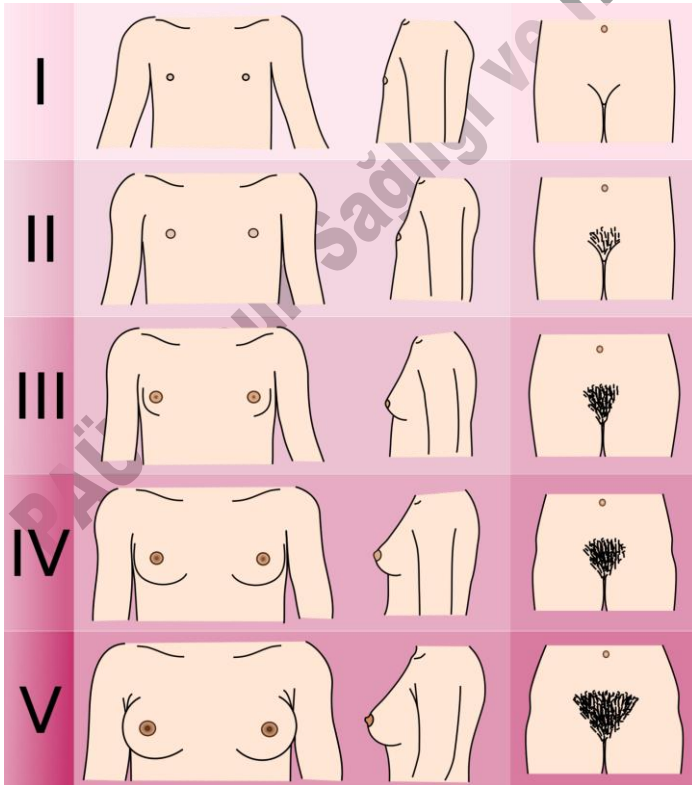
Adölesanlığın belirtileri Tanner Sınıflandırılmasına göre değerlendirilir. Burada pubik kıllanma ve meme dokusunun gelişimi değerlendirilir ve evrenir.



Labial füzyon (parsiyel)



Labial füzyon (tam)



Kızlarda Tanner Gelişim Evrelemesi
ERKEK GENİTAL ORGANLARI

Hasta büyükse muayene ayakta yapılabilir, küçük ise ano-genital muayene pozisyonu verilir. Erkek çocuklarda testis, skrotum ve penis boyut ve görüntü olarak preadolesan döneme kadar aynıdır.

İnspeksiyonda çocuğun yaşı dikkate alınarak organlar incelenir. Sünnetli olup olmadığı incelenir.

Pigmentasyon normal mi? Hiperpigmente skrotum ve büyük penis adrenogenital sendromun ilk belirtisi olabilir. Ambigus genitale cinsiyet belirlenmesinde kararsızlık yaratacak duruma denilir.

Üretranın dış orifisinin nereye açıldığı dikkatle incelenmelidir. Burada en önemli nokta prepüsyumun tam olarak geri çekilmeden dış orifisin görülüp görülmemesidir. **Hipospadias** üretral orifisin penisin ucu yerine ventral (karın) tarafına açılmasıdır. **Episapadias** üretral orifisin penisin ucu yerine dorsal (sırt) tarafına açılmasıdır.

Fimozis: Sünnet derisinin (prepüsyum) glans penis koronasının gerisine tam olarak çekilememesidir. Bununla birlikte yenidoğan döneminden 2-3 yaşa kadar olan dönemde bu bulgu fizyolojiktir.

Adölesanlığın belirtileri Tanner Sınıflandırılmasına göre değerlendirilir.

I		3 ↕ <2,5
II		4 ↕ 2,5-3,2
III		10 ↕ 3,6
IV		16 ↕ 4,1-4,5
V		25 ↕ >4,5

Erkeklerde Tanner Gelişim Evrelemesi

PALPASYON

Prepisyum dikkatle incelenir. Palpasyonda (başparmak ve elin diğer parmakları arasında) testislerin yerinde (skrotum içinde) olup olmadığı kıvamı, içinde kitle varlığı kontrol edilir. Testisler skrotum içinde değilse (kriptorşidizm) inguinal kanalda olabilir. Hidrosel skrotumda sıvı birikmesidir. Lamba tutulduğunda içi şeffaf gözükür (transluminasyon). Skrotumda şişlik Skrotal ve inguinal herni ile de birlikte olabilir.



Hipospadias



Epispadias



Fimozis



Testis muayenesi



Hidrosel (Transluminasyon)



İnguino-skrotal Herni

KAS VE İSKELET SİSTEMİ MUAYENESİ

Kas ve iskelet sistemi genel fizik muayenede ayrı bir kısım halinde değil de diğer sistem muayeneleri sırasında gözden geçirilir (kas gücü vertebranın nörolojik muayenede, döküntüler cilt muayenesinde, nabızlar kardiyovasküler sistem muayenesinde değerlendirilmesi gibi).

EKSTREMİTE MUAYENESİ

İnspeksiyon- palpasyon- eklem fonksiyonu

Hastanın iç çamaşırları kalacak şekilde soyularak ayak durabiliyor ise ayakta, yürüyebiliyorsa yürüterek ya da annesinin kucağında genel görüntüsü değerlendirilir. Asimetri, anomali olup olmadığına bakılır. Simetrik olarak ekstremiteler birbiriyle uzunluk olarak karşılaştırılır. Büyük anomalilere, deformitelere ve artritlere inspeksiyon ile tanı konulabilir. Daha sonra palpasyon ile lokal ısı artımı, hassasiyet ve krepitasyon olup olmadığına bakılır. Kemiklerde şişlik olup olmadığı incelenir. Bu bulgu ekstremitedeki yumuşak doku ve/veya kemikteki tümöral yapının habercisi olabilir.



Bacaklarda asimetriye neden olan kitle



Omuzda asimetriye neden olan kitle

Tüm eklemlerin hareketliliği değerlendirilir. Bu işlem sırasıyla boyun eklem hareketliliği, çene eklemi, omuzlar, dirsekler, el bilekleri ve parmak eklemleri, kalça eklemleri, diz eklemleri, ayak bilekleri ve ayak parmak eklemleri şeklinde muayene edilir. Eklemde şişme, hassasiyet, lokal ısı artımı, hiperemi ve hareketlerinde kısıtlılık ARTRİT olarak tanımlanır. Her eklem muayenesinde bu bulguların var olup olmadığı aranır. Eklemde bu bulgu var ise çapı mezura ile ölçülerek kayıt edilir. Diğer eklem ile arasındaki fark belirlenir (örn; sağ diz çevresi 22 cm, sol diz çevresi 17 cm gibi...).



Her iki dizde kronik artrit'e bağlı eklem deformitesi



Sol dizde artrit

ÜST EKSTREMİTE ANOMALİLERİ

Amelia (Ektromelia): Ekstremitelerden birinin ya da bir kaçının yokluğu.

Fokomelia: Ekstremitenin proksimal segment yokluğu.

Polidaktili: Parmak sayısının fazlalığı.

Brakiodaktili: Parmakların normalden kısa olması.

Makrodaktili: Bir veya daha fazla parmağın büyük olması.

Hemihipertrofi: Vücudun yarısının diğer yarısından, aynı tarafta iki ekstremitenin diğerlerine göre büyük olmasıdır.

Kampodaktili: El parmaklarının konjenital olarak kontraktürlü olması.

Klinodaktili: Elin küçük (5.) parmağının mediale veya laterale deviye olması.

Araknodaktili: El parmaklarının ele oranla uzun olması.



Amelia



Fokomelia



Polidaktili



Brakiodaktili



Makrodaktili



Hemihipertrofi



Kampodaktili



Klinodaktili



Araknodaktili

ALT EKSTREMİTE ANOMALİLERİ

Ayak anomalileri konjenital anomaliler arasında en sık görülenlerdir. Ayak anomalilerin tanımlanması için bu konuda kullanılan terimlerin iyi bilinmesi propedötik eğitiminin esaslarındandır.

Pronasyon: Ayak tabanının dışa dönük olması, yani ayağın yere iç kenarı ile basması.

Supinasyon: Ayak tabanının içe dönük olması, yani ayağın yere dış kenarı ile basması.

İnversiyon: Ayağın içe doğru dönük olması.

Eversiyon: Ayağın dışa doğru dönük olması.

Talus: Ayak topuğunun yere basıp, parmakların yukarıda olması.

Ekinus: Ayak parmaklarının yere basıp, topuğun yukarıda kalması.

Varus: Bir eklem distal bölümünün vücut orta çizgisinden uzaklaşması.

Valgus: Bir eklem distal bölümünün vücut orta çizgisine yaklaşması.

En sık görülen ayak deformitesi pes ekinovarus'tur.

Pes planus: Düz tabanlık. Yukarıda bahsedilen anomaliler ile beraber ya da izole olarak oluşabilir. İlk 3 yaşa kadar ayağın arkusunda çukurlaşma olmadığından pes planus fizyolojik olarak değerlendirilir.

Halluks Valgus: Ayak başparmağının ayak orta çizgisine yaklaşması.

Halluks Varus: Ayak başparmağının ayak orta çizgisinden uzaklaşması.

Genu Varum: Diz eklemi açık iken ayağın orta çizgiye yaklaşması (O Bain deformitesi).

Genu Valgum: Diz eklemi açık iken ayağın orta çizgiden uzaklaşması (X Bain deformitesi).



Normal ayak ve taban arkusu

Küçük çocukta fizyolojik pes planus

3 yaştan büyük çocukta pes planus



Hallux Valgus

Hallux Varus

Genu Varum (O Bain)

Genu Valgum (X Bain)

DOĞUŞTAN KALÇA ÇIKIĞI

Pozisyon: Yenidoğan tümüyle soyularak sırt üstü yatırılır.

Fleksiyon postürü: Yeni doğan bebeğin kalça ve dizleri fleksiyondadır. Yeni doğan bir bebeğin kalça ve dizlerini rahatça ekstansiyona getirmesi akla kalça çıkığının getirmelidir.

Abduksiyon kısıtlılığı: Addüktör adelelerdeki kontraksiyon nedeniyle kalça abduksiyonu kısıtlıdır. Bilateral vakalarda abduksiyon kısıtlılığına daha dikkat etmek gerekir.

Pli asimetrisi: Çıkık olan tarafta cilt pilisi daha derin ve daha proksimale yer değiştirmiştir (Resim 3).



Yenidoğanın normal fleksiyon postürü

Pli Asimetrisi

Solda abduksiyon kısıtlılığı

OMURGA

Omurga muayenesi iyi bir inspeksiyonla yapılabilir. Omurga eğrilikleri, asimetrisi tanımlanabilir.

Kifoz: Sırtta torakal vertebralarda bulunan normal konveksliğin artması, sırtın yuvarlaklaşması.

Gibbus: Kamburluk, lokalize ve aşırı kifoz.

Skolyoz: Omurganın lateral kavislenmesi.

Lordoz: Omurganın lumbal bölgedeki kıvrımının aşırı belirginleşmesi.



Gibbus



Lordoz



Skolyoz



Kifoz