

# Türkiye Klinikleri

# MEDİTEST Dergisi

## EDİTÖR

Prof.Dr.Zeki KORKUSUZ

Ankara Üniv. Tıp Fakültesi

Ortopedi ve Travmatoloji AD Öğretim Üyesi

## EDİTÖR YARDIMCISI

Prof.Dr.Arif ÖZDEMİR

Hacettepe Üniv. Tıp Fakültesi

Genel Cerrahi AD Öğretim Üyesi

## YAYIN SEKRETERİ

İbrahim ERSOY (A.Ü.T.F.)

## SAYI SORUMLUSU

Mustafa YILDIZ (H.Ü.T.F.)

## YAYIN KURULU

Naim ATA (G.Ü.T.F.)

Celâl KİLİT (A.Ü.T.F.)

Gökhan COŞKUN (A.Ü.T.F.)

Ali Seydi ÖZGÜL (A.Ü.T.F.)

Selahattin GENÇ (A.Ü.T.F.)

Mustafa ÖZMAN (H.Ü.T.F.)

Şamil GEREK (A.Ü.T.F.)

Erdal SAK (A.Ü.T.F.)

Mustafa GÜLGÖNÜL (H.Ü.T.F.)

Şule SONTAY (A.Ü.T.F.)

Fatih GÜZELBULUT (H.Ü.T.F.)

Halit TALAS (A.Ü.T.F.)

S.Yaser KANDAL (H.Ü.T.F.)

Mustafa YILDIZ (H.Ü.T.F.)

Selçuk KARA (H.Ü.T.F.)

Kürşat KARATAŞ (A.Ü.T.F.)

## BU SAYIYA KATKIDA BULUNANLAR

Serkan ACIMAZ

(H.Ü.T.F.)

Abdullah Cem ŞENGÜL

(H.Ü.T.F.)

Süleyman GÜVEN

(H.Ü.T.F.)

Yunus ALADAĞ

(H.Ü.T.F.)

Mert KÜÇÜK

(H.Ü.T.F.)

Orhan GÖRGÜLÜ

(H.Ü.T.F.)

# Türkiye Klinikleri

## MEDİTEST Dergisi

**TÜRKİYE KLİNİKLERİ MEDİTEST DERGİSİ**  
**Hekimler Birliği Vakfı Adına Sahibi**  
Prof.Dr.Hikmet Akgül

### Türkiye Klinikleri Dergileri

#### Editörler Kurulu

Prof.Dr.Adnan Güvener (**Başkan**)

Prof.Dr.Hikmet Akgül, Prof.Dr.Fuat Aziz Göksel,  
Prof.Dr.Haldun Güner, Prof.Dr.Mehmet Ali Gürer,  
Prof.Dr.Orhan Güven, Prof.Dr.Enver Hasanoğlu,  
Prof.Dr.A.Atilla Hıncal, Prof.Dr.Sedat Işık,  
Prof.Dr.Zeki Korkusuz, Prof.Dr.M.Erol Turaçlı,  
Prof.Dr.Nurten Türközkan, Prof.Dr.Abdülmuttalip Ünal

*İsimler Alfabetik Sıralanmıştır.*

**Ortadoğu Reklam Tanıtım ve Yayıncılık A.Ş.\***  
**Genel Müdür**  
Mehmet Akgül

**Genel Yayın Koordinatörü**  
Dr.Sinan Korukluoğlu

**Müessese Müdürü**  
Recep Çelen

**Kitabevi Koordinatörü**  
İbrahim Ersoy

**Reklam Koordinatörü**  
Dr.Deniz Akagündüz

**Muhasebe**  
Murat Çifter

**Dizgi Operatörleri**  
Kader Kayabaş, Mehtap Dayı, Fatma Seyran

**Yazı Takip Sekreteri**  
Gülbin Öztekin Türkmen

**Abone ve Halkla İlişkiler Sekreteri**  
Habibe Atay

**Yönetim Merkezi:** Talatpaşa Bulvarı No:102  
06230 Hamamönü/ANKARA  
Tel : (0312) 309 36 66 pbx.  
Faks: (0312) 312 67 41

**Merkez Kitabevi:** Talatpaşa Bulvarı No:102/2  
06230 Hamamönü/ANKARA  
Tel : (0312) 309 36 66 pbx. Faks: (0312) 312 67 41

**Ankara Kitabevi:** Tuna Cad. 11/10 Kızılay/ANKARA  
Tel: (0312) 435 43 50

**Yayın Periyodu:** TÜRKİYE KLİNİKLERİ MEDİTEST  
DERGİSİ Ocak-Eylül ayları arası 6 sayı (45 günde bir)  
yayınlanır.

**Abone Ücretleri ve Koşulları:** Bir yıllık abone ücreti  
(1998 için) posta ücretleri dahil:

**Şahıs** : 4.000.000 TL  
**Kurum** : 8.000.000 TL

**Abone olmak isteyenlerin;** Ortadoğu Reklam Tanıtım  
ve Yayıncılık A.Ş.'nin 149599 nolu Posta Çeki hesabına  
ya da İş Bankası Ankara Dikimevi Şubesi 693070 nolu  
banka hesabına gerekli ücreti yatırıp, dekontu -ücretin  
Meditest Dergisi aboneliği için ödendiğini belirten- kısa  
bir mektupla birlikte Talatpaşa Bulvarı No:102 06230  
Hamamönü/Ankara adresine göndermeleri yeterlidir.

**Adres Değişiklikleri:** Derginin yayınlandığı tarihten en  
az 15 gün önce abone servisine yazılı olarak bildirilme-  
lidir. Zamanında yapılmayan bildirimlerden dolayı  
derginin aboneye ulaşmamasından yayıncı sorumlu tu-  
tulamaz.

### Reklam konusunda tüm görüşmeler;

Reklam Koordinatörü : Dr.Deniz Akagündüz  
Tel : (0312) 309 36 66 pbx.  
Faks: (0312) 312 67 41

**TÜRKİYE KLİNİKLERİ MEDİTEST DERGİSİ'nde** yayınlanan  
yazılar, resim, şekil, soru ve tablolar yayıncının yazılı izni ol-  
madan kısmen veya tamamen herhangi bir vasıta ile basılamaz,  
çoğaltılamaz. Kaynak göstermek kaydıyla dahi alıntı yapılamaz.

\*Ortadoğu Reklam Tanıtım ve Yayıncılık A.Ş.  
Hekimler Birliği Vakfı Kuruluşudur.

**Baskı:** Şelale Matbaacılık, ANKARA

Türkiye Klinikleri  
**MEDİTEST Dergisi**

---

Cilt 7

Sayı 3

Mart-Nisan 1998

---

*Tıp eğitimi, tıp fakültelerinde bitmez; ancak başlar.*

*W.H.Welch*

## İÇİNDEKİLER

151

Anatomi

167

Genel Cerrahi

ISSN: 1300-0276

C i l t : 7 • S a y ı : 3 • M a r t - N i s a n 1 9 9 8

Cilt : 7 • Sayı : 3 Mart-Nisan 1998 • Sayfa : 151-210

# ANATOMİ

## KEMİK VE EKLEM

1. Os talus'un başını alttan destekleyerek ayak kubbesini korumada pasif olarak çok önemli bir görev yapan ligament aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Lig. cuboideanaviculare plantare
- b) Lig. calcaneocuboideum plantare
- c) Lig. calcaneonaviculare plantare
- d) Lig. talonaviculare
- e) Lig. talocalcaneum mediale

Cevap C (Arıncı, Anatomi, 1.Cilt, s.135)

Os calcaneus ve os naviculare arasında gerilerek talusun başının oturabileceği bir kemer oluşturur ve ayak kubbesini korur.

2. Aşağıdaki kemiklerden hangisi orbitanın yapısına katılmaz?

- a) Os Palatinum
- b) Os Ethmoidale
- c) Os Lacrimale
- d) Os Sphenoidale
- e) Os Temporale

Cevap E (Arıncı, Anatomi, 1.Cilt, s.68)

3. Art. radioulnaris proximale hangi grup bir eklemdir?

- a) Ginglimus
- b) Art. plana
- c) Spheroidea
- d) Trochoidea
- e) Art. elipsoidea

Cevap D (Arıncı, Anatomi, 1.Cilt, s.112,180)

Konveks eklem yüzü bir silindir, konkav eklem yüzü ise osteofibröz bir halka şeklinde ve rotasyon hareketi yapabilen eklemlerdir.

4. Art. radiocarpalis'in transvers eksenini hangi carpal kemikten geçer?

- a) Os capitatum
- b) Os lunatum
- c) Os scaphoideum
- d) Os triquetrum
- e) Os trapezoideum

Cevap B (Arıncı, Anatomi, 1.Cilt, s.113)

5. Aşağıdakilerden hangisi os lunatum ile eklem yapmaz?

- a) Os hamatum
- b) Os capitatum
- c) Os triquetrum

- d) Os scaphoideum
- e) Os pisiforme

Cevap E (Arıncı, Anatomi, 1.Cilt, s.16)

Os pisiforme sadece os triquetrum ile eklem yapar.

6. Aşağıdaki yapılardan hangisi orbitaya açılmaz?

- a) Canalis nasolacrimalis
- b) Canalis nasofrontalis
- c) Canalis ethmoidalis anterior
- d) Fissura orbitalis superior
- e) Canalis ethmoidalis posterior

Cevap B (Arıncı, Anatomi, 1.Cilt, s.68)

Canalis nasofrontalis, cavitas nasi'ye açılır. A,C,D,E orbitayı cavitas nasi'ye bağlar.

7. Aşağıdaki yapılardan hangisi articulatio genusta intracapsular bir bağ değildir?

- a) Lig. patellae
- b) Lig. cruciatum ant.
- c) Lig. cruciatum post.
- d) Lig. meniscofemorale ant.
- e) Lig. meniscofemorale post.

Cevap A (Arıncı, Anatomi, 1.Cilt, s.124)

lig. patellae capsuler bir bağıdır.

8. Pelvisin en dar çapı olup, kadınlarda doğumda göz önünde bulundurulmuş çap aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Diameter transversa
- b) Diameter obliqua
- c) Diameter conjugata
- d) Diameter anatomica
- e) Diameter diagonalis

Cevap C (Arıncı, Anatomi, 1.Cilt, s.26)

Kadınlarda 11.5 cm'dir. 9 cm'de doğum zorlaşır, 6 cm'de imkansızlaşır. Conjugata vera da denir.

9. Kolumuzun, serbest haldeyken, öne-içe fleksiyon, arkaya-dışa ekstansiyon yapmasının sebebi nedir?

- a) Kasların tutunma şekli
- b) Caput humeri ile corpus humeri arasındaki açı
- c) Transvers eksenin arkaya kayması
- d) Transvers eksenin öne kayması
- e) Eklem kapsülünün şekli

Cevap D (Arıncı, Anatomi, 1.Cilt, s.104)

Scapulanın cavitas glenoidalis'inin ön dışı bakmasından dolayı transvers eksen 30° öne kaymıştır.

10. Aşağıdaki eklemlerden hangisinde "discus" bulunmaz?

- a) Art. temporomandibularis
- b) Art. genus
- c) Art. radiocarpea
- d) Art. sternoclaviculare
- e) Art. radioulnaris distale

Cevap B (Arıncı, Anatomi, 1. Cilt, s.124)

Art. genus'ta meniscuslar bulunur.

11. Aşağıdakilerden hangisi articulatio synoviale grubuna dahil değildir?

- a) Art. thoracoidea
- b) Art. plana
- c) Art. elipsoidea
- d) Ginglimus
- e) Syncondrosis

Cevap E (Arıncı, Anatomi, 1. Cilt, s.90,92)

Syncondrosis, art. cartilaginatae grubuna dahildir.

12. İnsanda en erken kemikleşmeye başlayan kemik aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Clavicula
- b) Scapula
- c) Os pisiforme
- d) Ulna
- e) Os coxae

Cevap A (Arıncı, Anatomi, 1. Cilt, s.9)

13. İnsanda en geç kemikleşen kemik aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Clavicula
- b) Scapula
- c) Os pisiforme
- d) Ulna
- e) Os coxae

Cevap A (Arıncı, Anatomi, 1. Cilt, s.9)

İnsanda en erken kemikleşmeye başlayıp en geç kemikleşen kemiktir.

14. Patella ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) En büyük sesamoid kemiktir.
- b) Tabanı yukarıda tepesi aşağıda bir üçgene benzer.
- c) İnsersiyon açısını genişletir.
- d) İç kısmı dış kısmına göre daha büyüktür.
- e) Yalnız femurla eklem yapar.

Cevap D (Arıncı, Anatomi, 1. Cilt, s.30)

Dış parçası, iç parçadan daha büyüktür.

15. Articulatio humeri ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Art. spheroidea grubu bir eklemdir.
- b) Lig. coracoacromiale eklemi destekler.
- c) Eklem kapsülü çok sıklıdır.

- d) Labium glenoidale eklem yüzünü genişletir.
- e) Eklem kapsülü oldukça incedir.

Cevap C (Arıncı, Anatomi, 1. Cilt, s.104)

Hareketin kısıtlanmaması için eklem kapsülü boldur.

16. Aşağıdakilerden hangisi fossa pterygopalatina'ya açılmaz?

- a) For. rotundum
- b) Canalis pterygoideus
- c) For. sphenopalatinum
- d) Canalis palatovaginalis
- e) For. lacerum

Cevap E (Arıncı, Anatomi, 1. Cilt, s.67)

For. lacerum, basis crani internaya açılır.

17. Sinus frontalis hangi kanal aracılığıyla cavitas nasi'ye açılır?

- a) Canalis nasofrontalis
- b) Canalis nasolacrimalis
- c) For. ethmoidale ant.
- d) For. caecum
- e) For. ethmoidale post.

Cevap A (Arıncı, Anatomi, 1. Cilt, s.73)

Ductus nasofrontalis aracılığı ile meatus nasi medius'a açılır.

18. Aşağıdaki costa'lardan hangisinde "crista capitis costae" kesinlikle bulunur?

- a) 1.
- b) 2.
- c) 10.
- d) 11.
- e) 12.

Cevap B (Arıncı, Anatomi, 1. Cilt, s.84)

1, 11, 12. costalarda kesinlikle bulunur. 10. costa'da ise bazen bulunur.

19. Aşağıdakilerden hangisi facies ant. partis petrosae'de bir oluşum değildir?

- a) Eminentia arquata
- b) Porus acusticus internus
- c) Tegmen tympani
- d) Canalis caroticus
- e) Impressio trigeminalis

Cevap B (Arıncı, Anatomi, 1. Cilt, s.49)

Porus acusticus internus arka yüzdeki bir oluşumdur.

## KAS

1. Aşağıda kaslar ve o kasın içinden geçen sinirler eşleştirilmiştir. Hangisi yanlıştır?

- a) M. coracobrachialis → N. musculocutaneus
- b) M. supinator → N. radialis
- c) M. scalenus medius → N. thoracicus longus
- d) M. pronator teres → N. medianus
- e) M. deltoideus → N. axillaris

## ANATOMİ

Cevap E (Arıncı, *Anatomi*, 1.Cilt, s.230-231)

M. deltoideus'un içinden N.axillaris geçmez. Bu kası delerek geçen herhangi bir sinir yoktur. N.axillaris ise spatium axillare laterale'den geçer.

**2. Aşağıda kas ve onu innerve eden sinir verilmiştir. Hangisi yanlıştır?**

- a) M. deltoideus → N. axillaris
- b) M. triceps brachii → N. radialis
- c) M. quadriceps femoris → N. femoralis
- d) M. semitendinosus → N. femoralis
- e) M. buccinator → N. facialis

Cevap D (Arıncı, *Anatomi*, 1.Cilt, s.265)

M. semitendinosus n. tibialis tarafından innerve edilir. Ayrıca Pes Anserinus'un yapısına da katılır.

**3. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) M. gluteus maximus uyluğun en kuvvetli ekstansorudur.
- b) M. iliopsoas uyluğun en kuvvetli fleksorudur.
- c) M. triceps brachii ön kolun en kuvvetli ekstansorudur.
- d) M. quadriceps femoris bacağın en kuvvetli ekstansorudur.
- e) M. gluteus medius uyluğun en kuvvetli adduktörüdür.

Cevap E (Arıncı, *Anatomi*, 1.Cilt, s.262-263)

Uyluğun en kuvvetli adduktörü m. adductor magnus'tur. En kuvvetli abduktörü ise m. gluteus medius'tur.

**4. N. facialis tarafından innerve olmayan kas hangisidir?**

- a) M. resorius
- b) M. stylohyoideus
- c) M. mylohyoideus
- d) M. zygomaticus
- e) M. occipitofrontalis

Cevap C (Arıncı, *Anatomi*, 1.Cilt, s.188-189)

M. mylohyoideus n.mandibularisten ayrılan n. alveolaris inferiorun bir dalı olan n. mylohyoideus tarafından innerve edilir.

**5. Diaphragma thoracoabdominale ile ilgili yanlışı bulunuz.**

- a) Hiatus aorticus; crus dextrum ve crus sinistrum tarafından oluşturulur.
- b) Hiatus oesophageus'tan n. phrenicus geçer.
- c) Foramen venae cavae'den vena cava inferior geçer.
- d) N. phrenicus tarafından innerve edilir.
- e) İspirasyon sırasında düzleşerek karın organlarına basınç yapar.

Cevap B (Arıncı, *Anatomi*, 1.Cilt, s.209)

N. phrenicus foramen venae cavae'dan geçer. Hiatus oesophageustan ise özofagus, sağ ve sol n. vagus ve

arteria ve venae gastrica sinistranın özofageal dalları geçer.

**6. Aşağıdaki kaslardan hangisi scapula'ya tutunmaz?**

- a) M. serratus anterior
- b) M. rhomboideus
- c) M. trapezius
- d) M. latissimus dorsi
- e) M. deltoideus

Cevap D (Arıncı, *Anatomi*, 1.Cilt, s.194-195)

M. latissimus dorsi, m. teres major ile birlikte crista tuberculi minoris'e tutunur. Bu yapı da humerustadır.

**7. Aşağıda birbirinin antagonisti olan kaslar verilmiştir. Hangisi yanlıştır?**

- a) M. gluteus maximus → M. iliopsoas
- b) M. adductor magnus → M. gluteus medius
- c) M. brachialis → M. triceps brachii
- d) M. supinator → M. pronator teres
- e) M. biceps femoris → M. semitendinosus

Cevap E (Arıncı, *Anatomi*, 1.Cilt, s.264-265)

M. biceps femoris ve m. semitendinosus bacağına fleksiyon, ayrıca uyluğa ekstansiyon yaptırırlar. M. gluteus maximus uyluğa ekstansiyon, m.iliopsoas fleksiyon yaptırır. M. adductor magnus uyluğa adduksiyon, m.gluteus medius abduksiyon yaptırır. M. brachialis ön kola fleksiyon, m.triceps brachii ekstansiyon yaptırır. M.brachialis ön kola supinasyon, pronator teres ise pronasyon yaptırır.

**8. N. radialis'i başlangıç noktasından kesilen bir kimse aşağıdaki hareketlerden hangisini yapmaya devam eder?**

- a) Elin extensionu
- b) Ön kolun ekstansiyonu
- c) M. brachioradialis aracılığı ile ön kolun fleksiyonu
- d) Parmakların adduksiyonu
- e) Bu hareketlerin hepsini yapmaya devam eder.

Cevap D (Arıncı, *Anatomi*, 1.Cilt, s.251-252)

N. radialis ön kolun ve kolun bütün ekstansor kaslarını innerve eder. Bu yüzden ekstansiyonla ilgili hareketler bu sinirin zedelenmesinde yapılamaz. Fakat parmakların adduksiyonu mm. interossei tarafından sağlanır ve n. ulnaris tarafından innerve edilir.

**9. Kaslar ve fonksiyonları verilmiştir. Hangisi yanlıştır?**

- a) M. triceps brachii → ön kolun ekstansiyonu
- b) M. quadriceps femoris → uyluğun ekstansiyonu
- c) M. biceps brachii → ön kolun supinasyonu
- d) Mm. intercostales externi → inspirasyon
- e) M. biceps femoris → bacağın fleksiyonu

Cevap B (Arıncı, *Anatomi*, 1.Cilt, s.260)

M. quadriceps femoris bacağına ekstansiyon yaptırır.

## 10. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) M. peroneus (fibularis) longus ve m. tibialis anterior, ayak kubbesini destekleyen kaslardır.
- b) M. rectus abdominis'in yüzeysel fasciası kasın tamamına tutunarak çalışmasını sağlar.
- c) Ayak sırtında en medialdeki kanaldan geçen kas m. tibialis anterior'dur.
- d) Elimizin ince işlerini m. flexor digitorum superficialis yaptırır.
- e) M. serratus anterior ve m. trapezius kolun başın üstüne kaldırılması sırasında cavitatis glenoidalisin yukarı baktırılmasını sağlarlar.

Cevap B (Arıncı, Anatomi, 1.Cilt, s.215)

M. rectus abdominis'in yüzeysel fasciası kasın tamamına tutunmaz. Eğer tutunsaydı kasın hareketlerine mani olurdu. Intersectio tendinea'ya tutunur.

## 11. Bir kişinin yumruğunu tam olarak sıkamaması aşağıdaki kaslardan hangisinde bir aksaklık olduğunu düşündürür?

- a) M. flexor digitorum superficialis
- b) M. flexor digitorum profundus
- c) Mm. interossei palmaris
- d) Mm. lumbales
- e) M. palmaris longus

Cevap B (Arıncı, Anatomi, 1.Cilt, s.238)

M. flexor digitorum profunduslar elde üçüncü falanks tutunurlar, dolayısıyla bu falanksın fleksiyonunu sağlarlar.

## 12. Ductus parotideus hangi kası delerek ağız boşluğuna ulaşır?

- a) M. masseter
- b) M. temporalis
- c) M. buccinator
- d) M. pterygoideus medialis
- e) M. zygomaticus

Cevap C (Arıncı, Anatomi, 1.Cilt, s.178)

Ductus parotideus m. buccinatoru delerek ağız boşluğuna açılır.

## 13. Aşağıdaki kaslardan hangisi uyulğun en kuvvetli ekstansördür?

- a) M. gluteus medius
- b) M. iliopsoas
- c) M. pectineus
- d) M. gluteus maximus
- e) M. biceps femoris

Cevap D (Arıncı, Anatomi, 1.Cilt, s.255)

Uyulğun en kuvvetli ekstansörü m. gluteus maximus'dur.

## 14. Önkolun en kuvvetli ekstansör kası aşağıdakilerden hangisidir?

- a) M. biceps brachii
- b) M. triceps brachii

- c) M. brachioradialis
- d) M. brachialis
- e) M. extensor digitorum

Cevap B (Arıncı, Anatomi, 1.Cilt, s.234)

Önkolun en kuvvetli ekstansörü m. triceps brachii'dir.

## 15. Önkolun en kuvvetli supinatoru aşağıdakilerden hangisidir?

- a) M. supinator
- b) M. triceps brachii
- c) M. brachialis
- d) M. biceps brachii
- e) M. brachioradialis

Cevap D (Arıncı, Anatomi, 1.Cilt, s.233)

M. biceps brachii önkolun en kuvvetli supinatorudur.

## 16. Bacağın en kuvvetli ekstansör kası aşağıdakilerden hangisidir?

- a) M. sartorius
- b) M. gracillis
- c) M. quadriceps femoris
- d) M. biceps femoris
- e) M. triceps surae

Cevap C (Arıncı, Anatomi, 1.Cilt, s.260-261)

M. quadriceps femoris bacağın en kuvvetli ekstansörüdür.

## 17. Aşağıdaki kaslardan hangisi inspirasyona yardımcı olmaz?

- a) M. latissimus dorsi
- b) M. serratus anterior
- c) M. pectoralis minor
- d) Mm. intercostales interni
- e) M. scalenus medius

Cevap D (Arıncı, Anatomi, 1.Cilt, s.206-207)

Mm. intercostales interni ekspirasyona yardım eder. Mm. intercostales externi ise inspirasyona yardım eder.

## 18. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) N. femoralis, lacuna vasorum'dan geçer.
- b) Canalis adductorius'un ön ağzı hiatus adductorius'a açılır.
- c) M. iliopsoas, lacuna musculorum'dan geçer.
- d) Canalis inguinalis'in ön ağzını m. obliquus externus abdominis'in aponevrozu oluşturur.
- e) Trigonum femorale m. sartorius, m. adductor longus ve lig. inguinale tarafından sınırlanmıştır.

Cevap A (Arıncı, Anatomi, 1.Cilt, s.263)

N. femoralis, lacuna musculorum'dan m. iliopsoas ile beraber geçer. Lacuna vasorum'dan ise Arteria ve Venae Femoralis geçer.



19. Ayak kubbesini destekleyen kasların fonksiyonlarını yitirmeleri takdirde ayak kubbesini çökerten kas aşağıdakilerden hangisidir?

- M. tibialis posterior
- M. tibialis anterior
- M. extensor digitorum longus
- M. peroneus (fibularis) brevis
- M. flexor hallucis longus

Cevap D (Arıncı, Anatomi, 1. Cilt, s.269)

Ayak kubbesini destekleyen kaslar fonksiyonlarını yitirirler ise M. peroneus brevis ayak kubbesini çökertir.

20. Aşağıdaki kaslardan hangisi uyluğun en kuvvetli dış rotatördür?

- M. piriformis
- M. gemellus superior
- M. quadratus femoris
- M. obturator internus
- M. gluteus medius

Cevap C (Arıncı, Anatomi, 1. Cilt, s.258)

M. quadratus femoris uyluğun en kuvvetli dış rotatördür.

21. N. radialis'ten innerve olmasına rağmen önkola fleksiyon yaptıran kas aşağıdakilerden hangisidir?

- M. flexor carpi radialis
- M. extensor digitorum
- M. flexor carpi ulnaris
- M. brachioradialis
- M. brachialis

Cevap D (Arıncı, Anatomi, 1. Cilt, s.241)

N. radialis önkolun ve elin tüm ekstansör kaslarının siniridir. Fakat m. brachioradialis n. radialis'ten innerve olmasına rağmen önkola fleksiyon yaptırır.

22. Aşağıdakilerden hangisi canalis inguinaliste bulunmaz?

- Funiculus spermaticus
- Lig. teres uteri
- N. genitofemoralis
- N. ilioinguinalis
- N. iliohypogastricus

Cevap E (Arıncı, Anatomi, 1. Cilt, s.218,347)

N. iliohypogastricus, canalis inguinalis içinde bulunmaz.

23. Vücudun en uzun kası aşağıdakilerden hangisidir?

- M. sartorius
- M. gracillis
- M. stapedius
- M. biceps brachii
- M. semitendinosus

Cevap A (Arıncı, Anatomi, 1. Cilt, s.260)

M. sartorius vücudun en uzun kası, m. stapedius ise en kısa kasıdır.

24. Aşağıdaki kaslardan hangisi hyoid kemiğe tutunmaz?

- M. omohyoideus
- M. mylohyoideus
- M. geniohyoideus
- M. digastricus
- M. scalenus medius

Cevap E (Arıncı, Anatomi, 1. Cilt, s.191)

M. scalenus medius boyun omurlarının transvers çıkıntıları ile 1. costae arasında uzanır.

## DOLAŞIM SİSTEMİ

1. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- A. carotis communis, Vagina carotica içinde yer alır.
- A. subclavia dexter, sağda Arcus aortadan direkt ayrılır.
- A. subclavia sinister, solda Arcus aortadan direkt ayrılır.
- A. carotis communis, cartilago thyroidea hizasında ikiye ayrılır.
- A. carotis externa yalnız platysma ile örtülüdür.

Cevap B (Arıncı, Anatomi, 2. Cilt, s.26)

Arcus aorta sağda ve solda olmak üzere iki dal verir. Sağdaki dal Turuncus brachiocephalicus'u oluşturur. Bu daha sonra sağ Articulosio sternoclavicularis hizasında A. subclavia dexter ve A. carotis communis dallarına ayrılır. Solda ise Turuncus olmaz. Arcus aortadan direkt olarak A. subclavia sinistra ve A. carotis communis olarak ayrılır.

2. A. carotis externa için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Fossa retromandibularis'te parotis bezine soku- lur.
- İlk dalı A. thyroidea superior'dur.
- A. occipitalis arkaya uzanan dalıdır.
- A. temporalis superficialis terminal dalını oluşturur.
- A. carotis internanın lateralinde yer alır.

Cevap E (Arıncı, Anatomi, 2. Cilt, s.29)

A. carotis communis Cartilago thyroidea hizasında ikiye ayrıldıktan sonra A. carotis externa içte A. carotis interna dışta olmak üzere ilerlerler.

3. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- A. maxillaris, A. carotis internanın dalıdır.
- A. meningeo media foramen spinosumdan kafaya girer.
- A. carotis interna kafa içine girene kadar dal vermez.
- A. vertebralis, A. subclavianın dalıdır.
- A. subclavia, M. pectoralis major'dan sonra adı A. axillaris olur.

Cevap E (*Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.49*)

A. subclavia 1. kaburga üzerinde ilerler ve 1. costa ile M. pectoralis major arasında adı A. axillaris'tir. M. pectoralis major'dan sonra adı A. brachialis'tir.

4. **A. subclavia ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**
- Solda arcus aortadan direk olarak çıkar.
  - M. scalenius'lar arasında A. vertebralis dalını verir.
  - A. vertebralis dalı foramen Magnum'dan kafaya girer.
  - A. thoracica superior en kalın dalıdır.
  - Beynin 1/3 alt kısmına dallar verir.

Cevap D (*Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.49*)

- A. thoracica superior A. axillaris'in dalıdır.
- A. subclavia'nın en kalın dalı A. vertebralis'tir.

5. **Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- A. thoracica interna 8. intercosta'dan sonra dal vermez.
- A. sphenopalatina burun boşluğunda dağılır.
- A. cerebri posterior A. carotis internanın dalıdır.
- A. facialis A. carotis externa'nın dalıdır.
- N. vagus, vagina carotica'nın yapısına katılır.

Cevap C (*Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.41-53,438-440*)

A. cerebri posterior A. basillaris'in son dalıdır. A. carotis interna kafa içine girene kadar dal vermez. Kafa içerisinde ise;  
-A. cerebri anterior  
-A. cerebri media  
-A. choroidea dallarını verir.

6. **Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- A. profunda brachii N. radialis ile birlikte seyir gösterir.
- A. radialis elin palmar tarafına geçmez.
- A. ulnaris retinaculum flexorum'dan geçer.
- A. interossea comminis A. ulnaris'in dalıdır.
- A. ulnaris, N. medianus ile bir süre seyredir.

Cevap B (*Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.61*)

A. radialis M. abductor pollicis longus ve M. externa pollicis brevis kışıklarının altından geçerek elin dorsal yüzüne çıkar. M. interosseus dorsalis'i delerek palmar yüze geçer.

7. **Aşağıdakilerden hangisi A. subclavia'nın dalı değildir?**

- A. thoracica lateralis
- Turuncus Thyrocervicalis
- A. vertebralis
- A. thracica interna
- Truncus costocervicalis

Cevap A (*Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.59*)

A. thoracica lateralis M. pectoralis minor'ün alt kenarı boyunca aşağı uzanır. Bu bölge kasları ile koltuk altı

nodüllerini besler. A. thoracica lateralis A. subclavia'nın değil, A. axillaris'in dalıdır.

8. **Aşağıdakilerden hangisi beraber seyir göstermez?**

- A. profunda brachii-N. radialis
- A. radialis-N. ulnaris
- A. ulnaris-N. ulnaris
- A. ulnaris-N. medianus
- A. brachialis-N. medianus

Cevap B (*Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.61*)

A. radialis ile N. ulnaris beraber seyir göstermezler.

9. **A. carotis interna kafaya hangi delikten, hangi bölüme girer?**

- Canalis caroticustan→fossa crani media'ya
- Foramen spinosum'dan→fossa crani posterior'a
- Foremen spinosum'dan→fossa crani media'ya
- Foremen ovale'den→fossa crani anterior'a
- Canalis caroticus'tan→fossa crani posterior'a

Cevap A (*Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.41,438*)

A. carotis interna temporal kemiğin canalis caroticus'undan geçerek fossa crani media'ya gelir.

10. **Aşağıdakilerden hangisi damar sinir paketini (Vagina carotica) oluşturur?**

- A. carotis comminis
  - A. carotis externa
  - V. jugularis interna
  - V. jugularis externa
  - N. phrenicus
  - N. vagus
- I-III-V
  - I-IV-VI
  - IV-V-VI
  - I-II-III
  - I-III-VI

Cevap E (*Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.29*)

A. carotis comminis  
V. jugularis interna Damar sinir paketini oluşturur.  
N. vagus

11. **Aşağıdakilerden hangisi/hangileri A. ulnaris için doğrudur?**

- N. medianus ile seyir eder.
  - Retinaculum flexorumdan geçer ve elin palmar yüzüne gelir.
  - Yüzeyel olan dalı Arcus palmaris superficialis'in büyük bir bölümünü oluşturur.
  - A. interossea comminis, A. ulnaris'in dalıdır.
- I-II
  - II-III
  - Yalnız IV
  - I-IV
  - Hepsi

Cevap E (*Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.64*)

A. ulnaris bir süre N. medianus ile seyir eder. Daha sonra N. medianus M. pronator teres'in iki başı arasında

## ANATOMİ

dan geçerken A. ulnaris bu kasın derininden geçer. Aşağıya uzanır. Retinaculum'un üzerinden geçerek elin palmar yüzüne ulaşır. Burada yüzeysel ve derin dallarına ayrılır. Yüzeysel olan dalı daha kalın olup, Arcus palmaris superficialis'in büyük bir bölümünü oluşturur.

Dalları:

- A. interossea comminis
- A. recurrens ulnaris
- Arcus palmaris superficialis
- Arcus palmaris profundus

**12.A. iliaca aşağıdaki organlardan hangisini beslemez?**

- a) Mesane
- b) Böbrek
- c) Uterus
- d) Rectum
- e) Vagina

Cevap B (*Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.78*)

A. iliaca'nın beslediği organlar; Mesane-Rectum-Uterus-Vagina-Ductus deferens Böbreği ise A. renalis'ler besler.

**13.A. pudenda interna aşağıdaki arterlerden hangisinin dalıdır?**

- a) A. iliaca interna
- b) A. iliaca externa
- c) A. femoralis
- d) A. epigastrica inferior
- e) A. iliolumbalis

Cevap A (*Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.78-82*)

A. pudenda interna, A. iliaca interna'nın dalıdır. Pelvisi foramen infrapiriforme'den terk eder. Foramen ischiadicum minus'tan tekrar girer. Canalis pudendalis'ten (Alcock kanalı) geçer.

**14.Aşağıdakilerden hangisi A. lienalis'in dalıdır?**

- a) A. hepatica propria
- b) A. gastrica sinistra
- c) A. gastro omentalis sinister
- d) A. hepatica comminis
- e) A. gastro omentalis dextra

Cevap C (*Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.71*)

- A. lienalis'in dalları;
- a) R. pancreatici
  - b) A. gastromentalis sinistra
  - c) A. gastrica brevis
  - d) R. splenici
  - e) A. gastrica posterior

**15.Aşağıdakilerden hangisi A. mesenterica superior'un dalı değildir?**

- a) A. jejunalis
- b) A. sigmoidea
- c) A. ilealis
- d) A. colica dextra
- e) A. testicularis

Cevap B (*Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.73*)

A. mesenterica superior, pankreasın baş ve boyun kısmı ile duodenum'un pars horizontalis'inden geçer. Flexura coli sinistra'ya kadar tüm bağırsak bölümlerine dal verir. A. sigmoidea A. mesenterica inferior'un dalıdır.

**16.Duodenum'u aşağıdaki arterlerden hangisi beslemez?**

- a) A. gastromentalis sinistra
- b) A. gastromentalis dextra
- c) A. gastrica dextra
- d) A. pancreaticoduodenalis
- e) A. gastroduodenalis

Cevap A (*Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.311*)

Cevaplardan A. gastromentalis sinistra dışındaki tüm arterler duodenum'u besler.

**17.A. hepatica comminis, aşağıdaki arterlerden hangisinin dalıdır?**

- a) Turuncus coeliacus
- b) A. Lienalis
- c) A. hepatica propria
- d) A. gastro-mentalis dextra
- e) A. gastroduodenalis

Cevap A (*Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.69*)

A. hepatica comminis Turuncus coeliacus'un verdiği bir daldır. Bir süre sonra da kendisi A. hepatica propria ve A. gastroduodenalis dallarını verir.

**18.Aşağıdakilerden hangisi A. axillaris'in dalı değildir?**

- a) Thoracica superior
- b) A. vertebralis
- c) A. thoracica-lateralis
- d) A. subscapularis
- e) A. thoracoacromialis

Cevap B (*Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.51-58*)

A. vertebralis, A. carotis interna ile birlikte kafayı besleyen arterdir. Ve A. subclavia'nın dalıdır.

**19.Aşağıdaki venlerden hangisi V. jugularis interna'ya dökülmez?**

- a) V. pharyngea
- b) V. thyroidea superior
- c) V. facialis
- d) V. thyroidea inferior
- e) V. retromandibularis

Cevap D (*Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.105-113*)

V. jugularis interna'ya dökülen venler:

- V. ophthalmica superior
- V. pharyngea
- V. thyroidea superior
- V. facialis
- V. retromandibularis

V. thyroidea inferior ise, kanı başlıca thyroid bezinden toplar, farinx, larinx, trakea ve oesophagus'tan gelen

dalları da vardır. Bu ven V. Brachiocephalica'lara dökülen bir vendir.

**20.V. jugularis interna ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Sadece platysma ile örtülüdür.
- b) 9-10-11 cranial sinirlerle foramen jugulare'den kafatasını birlikte terkeder.
- c) Vagina carotica'nın yapısına katılır.
- d) V. subclavia ile birlikte, V. brachiocephalica'yı oluşturur.
- e) Kafa içinde sinüs sigmoideus olarak devam eder.

Cevap A (Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.112-113)

V. jugularis interna baş bölgesinin venöz kanını toplar. 9-10-11 cranial sinirlerle kafayı foremen jugulare'den terk eder. A. carotis comminis ve N. vagus'la birlikte vagina carotica'yı oluşturur. Sternoclavicular eklem hizasında V. subclavia ile birleşerek V. brachiocephalica'yı oluşturur. Kafa içinde sinus sigmoideus olarak devam eder. M. platysma ile örtülü olan ven V. jugularis externa'dır.

**21.Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) V. jugularis externa, M. sternocleidomastoideus'u çaprazlar.
- b) V. temporalis superficialis ile V. maxillaris birleşip V. retromandibularis'i oluşturur.
- c) V. jugularis anterior, V. cava superior'a dökülerek sonlanır.
- d) V. temporalis superficialis, processus condylaris'in arkasında plexus pterygoideus'u oluşturur.
- e) V. jugularis anteriorlar birleşerek Arcus venosus juguli'yi oluştururlar.

Cevap C (Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.105-113)

-V. jugularis externa, M. sterno cleidomastoideus'un önünden başlar, bu kası çaprazlar. Ve sadece M. platysma ile örtülüdür.

-V. temporalis superficialis ile V. maxillaris birleşerek Vena retromandibularis'i oluşturur. Bu da V. occipitalis ile birleşerek V. jugularis externa'yı oluşturur.

-V. temporalis superficialis processus condylaris arkasında, plexus pterygoideus'u oluşturur.

-V. jugularis anterior, Hyoid kemiğin altından başlar. Aşağıda her iki tarafın V. jugularis anterior'ları birleşerek Arcus venosus juguli'yi oluşturur.

**22.Alt extremitenin yüzeysel venleri ile ilgili aşağıda verilen bilgilerden hangisi yanlıştır?**

- a) V. marginalis lateralis, Vena sephana parva'yı oluşturur.
- b) V. sephana parva, V. poplitea'ya boşalır.
- c) V. sephana parva, N. safhenus ile birlikte seyir gösterir.
- d) V. marginalis medialis, V. sephana magna'yı oluşturur.
- e) V. sephana magna vücudun en uzun venidir.

Cevap C (Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.128)

V. marginalis lateralis V. sephana magna olarak devam eder. Bu ven Achil tendonun lateralinde, yüzeysel facianın yaprakları arasında yukarı doğru ilerler. Yanında N. suralis seyir eder.

**23.Aşağıdakilerden hangisi torax'ın venleri arasında yer almaz?**

- a) V. cava superior
- b) V. azygos
- c) V. Brachiocephalica
- d) V. thyroidea inferior
- e) V. jugularis externa

Cevap E (Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.113)

V. jugularis externa torax'ın venleri arasında bulunmaz.

Thorax venleri;

-V. cava superior

-V. azygos

-V. brachiocephalica

-V. Thoracica interna

-V. thyroidea inferior

-V. collumnae ve vertebralis

-V. interostalis suprena

**24.Aşağıdakilerden hangisi V. mesenterica superior'un dalları arasında yer almaz?**

- a) V. colica dextra
- b) V. ileales
- c) V. colica media
- d) V. colica sinistra
- e) V. ileocolica

Cevap D (Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.106)

V. colica sinistra, V. mesenterica inferior'un dalıdır.

**25.V. testicularis-ovarica sinistra hangi ven'e açılır?**

- a) V. cava inferior
- b) V. azygos
- c) V. renalis
- d) V. portae
- e) V. hepaticae

Cevap C (Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.124)

V. testicularis-ovarica sinistra ile V. testicularis-ovarica dextra'nın sağ ve solda açıldığı venler farklıdır. V. testicularis-ovarica dexter V. cava inferior'a, V. testicularis-ovarica sinister V. renalis'e açılır.

**26.V. cephalica aşağıdaki venlerden hangisine açılır?**

- a) V. subclavia
- b) V. brachialis
- c) V. axillaris
- d) V. bacilica
- e) V. jugularis interna

Cevap A (Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.115-116)

V. cephalica M. deltoideus ile M. pectoralis major'un son parçası arasından geçerek v. subclavia'ya açılır.

## SİNDİRİM SİSTEMİ

### 1. Dil ile ilgili yanlış şıkkı seçiniz.

- A.lingualis, a.tonsillaris, a.facialis ve a.pharyngea ascendens besler ve lenfatikleri nodi lymphatici cervicales profundi'ye açılır.
- Dilin ucundan kaynaklanan lenf damarları nodi lymphatici supmentales'e açılır.
- Dilin iskeletini septum linguae ve aponeurosis lingualis oluşturur.
- Papilla filiformes tatlı ve tuzluya karşı duyarlıdır.
- Dilin ön 2/3'ünden genel duyuyu (temas) n.mandibularis'in ön dalı olan n.lingualis alır.

Cevap D (Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.290)

Tatlı ve tuzluya duyarlı olan tomurcuk Papilla fungiformis'tir. Papilla filiformes dil sırtının 2/3'ünde bulunur. Tat duyusuyla ilgili olmayıp mekanik etkiye sahiptir.

### 2. Hangisi yanlıştır?

- N. facialis Gl. parotidea içinden geçer.
- Ductus parotideus (Stenon kanalı) üst ikinci molar diş hizasında yanak mukozasını delerek küçük bir delikle vestibulum oris'e açılır.
- Gl. submandibularis'i a.lingualis ve a.facialis'in dalları besler.
- Sekretomotor (parasempatik) lifleri n.facialis'in dalı olan chorda tympani'den köken alır.
- Ductus sublingualis vestibulum oris'e açılır.

Cevap E (Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.293)

Gl. buccales, Gl. labialis, Gl. parotidea Vestibulum oris'e; Gl. submandibularis ve Gl. sublingualis Cavitas oris propria'ya açılır.

### 3. Yemek borusu için hangisi yanlıştır?

4. boyun omuru ile 11. göğüs omuru arasında bulunur.
- N. laryngeus recurrens, trachea ile özofagus arasındaki olukta yukarı çıkar.
- Çizgili kasları n. laryngealis recurrens'den (n. vagus'un dalı) innerve olur.
- Özofagus ağrısı sternum'un alt yarısında hissedilir.
- Sindirim kanalının appendix vermiformis'ten sonraki en dar bölümü buradadır.

Cevap A (Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.301)

Boyun cartilago cricoidea veya 6.boyun omurunun alt kenarı hizasında başlar. 10. göğüs omuru hizasında diafragmadan geçer ve midenin kardiası ile birleşir.

### 4. Pankreasla ilgili yanlış seçiniz.

- Dorsal ve ventral olmak üzere ayrı iki taslaktan gelişir.
- Wirsung Kanalı (ductus pancreaticus) papilla duodeni major'a açılır.
- A. gastroduodenalis, pankreas başının yukarı kısmında uç dallarına ayrılır.

- Bez 1/3'ü orta çizginin solunda, 2/3'ü ise sağında bulunur.
- Bez 1/3'ü orta çizginin sağında, 2/3'ü ise solunda bulunur.
- Bez 1/3'ü orta çizginin solunda, 2/3'ü ise sağında bulunur.
- Bez 1/3'ü orta çizginin sağında, 2/3'ü ise solunda bulunur.
- Bez 1/3'ü orta çizginin solunda, 2/3'ü ise sağında bulunur.

Cevap D (Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.331)

Transvers durumda sağdan sola doğru uzanan bezin 1/3'ü orta çizginin sağında, 2/3'ü ise solunda bulunur.

### 5. Karaciğerle ilgili yanlış bulunuz.

- En yüksek noktası sağda, linea medioclavicularis üzerindeki 4. interkostal aralıktır.
- Lobus caudatus sağ lobun visseral yüzünde ve porta hepatis'in ön tarafında bulunur.
- Karaciğeri yerinde tutan en önemli faktör diaphragmanın altındaki negatif hava basıncıdır.
- A.hepatica propria tarafından beslenir.
- Ağrıları 10. interkostal sinirin dağılıma alanı ve karnın yukarı bölümünde hissedilir.

Cevap B (Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.339)

Lobus caudatus sağ lobun visseral yüzünde ve porta hepatis'in arka tarafında 10-11. göğüs omurları hizasında bulunur.

## SİNİR SİSTEMİ

### 1. Medulla spinalis ile ilgili verilen bilgilerden hangisi yanlıştır?

- Erkeklerde L1-L2 arasındaki discus intervertebralis kadar uzanır.
- Sulcus intermedius posterior tüm medulla spinalis boyunca bulunur.
- 31 sinir çıkar.
- Motor sinirler ön boynuzda bulunur.
- Hemen üzerinde bulunan ilk zar pia mater'dir.

Cevap B (Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.284)

Sulcus posterolateralis ile sulcus medianus posterior arasındaki sulcus intermedius posterior sadece servikal bölgede bulunur.

### 2. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Medulla spinalis'de ön kökte somatomotor, sempatik ve parasempatikler bulunur.
- Sensitiflerin 1. hücreleri medulla spinalis dışında foramen intervertebrale içindeki ggl. spinale'de bulunur.
- Medulla spinalis'de sadece ön dallar plexus yapar.
- Cavum subarachnoidea BOS ile doludur.
- Medulla spinalis for. magnum hizasından başlar. Yeni doğanlarda tüm foramen intervertebraleleri doldurur.

Cevap E (Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.287)

Medulla spinalis erkeklerde 1-2. lumbal vertebralar hizasında, kadınlarda 2. lumbal vertebraya, yeni doğanlarda 3. lumbal vertebraya kadar uzanır.

**3. Aşağıdakilerden hangisi yalnız somatomotor ve parasempatik lif içerir?**

- a) N. vagus
- b) N. facialis
- c) N. oculomotorius
- d) N. accessorius
- e) N. glossopharyngeus

Cevap C (Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.409)

N. oculomotorius (III) yalnız somatomotor ve PS lif içerir. N. vagus, N. facialis ve N. glossopharyngeus bunlara ek olarak sensitif lif de içerir. N. accessorius yalnız somatomotor lif içerir.

**4. Hangisi içerdiği lif yönüyle diğerlerinden farklıdır?**

- a) N. trochlearis
- b) N. abducens
- c) N. hypoglossus
- d) N. accessorius
- e) N. oculomotorius

Cevap E (Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.409)

N. oculomotorius hem somatomotor hem parasempatik lif içerir, diğerleri ise sadece somatomotor lif içerir.

**5. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Medulla spinalis'i beyinciğe bağlayan yollar pons'tan geçer.
- b) Lemniscus lateralis işitmeye alakalıdır.
- c) Bulbus ve pons'ta arka tarafta yollar bulunur.
- d) Şuursuz derin duyu medulla spinalis'de nöron değiştirir.
- e) Lemniscus spinalis'i medulla spinalis'de gelip cortex'e giden lifler oluşturur.

Cevap C (Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.335)

Bulbus ve pons'ta ön tarafta yollar ve az miktarda çekirdek, arkada ise çekirdekler bulunur.

**6. Cerebellum ile ilgili olarak hangisi yanlıştır?**

- a) Şuursuz proprioseptif duyu ile ilgilidir.
- b) Korteks, iç kulak, medulla spinalis olmak üzere 3 kaynaktan duyu alır.
- c) Her beyincik lobu kendi tarafıyla ilgilenir.
- d) Korteks ve medulla spinalis ile doğrudan bağlantı kurabilir.
- e) Nuc. dentatus en büyük ve en dıştaki çekirgidir.

Cevap D (Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.347)

Cerebellum elde ettiği impulsları Vestibular çekirdeğe, olivaya ve Nuc. ruber'e yollar. Buradan medulla spinalis ve korteks ile bağlantı kurar. Yani direkt olarak değil bir aracı kullanarak bağlantı kurar.

**7. Eşleştirmelerden hangisi yanlıştır?**

- a) Primer duyu merkezi → 3, 1, 2
- b) Primer motor merkezi → 4
- c) Primer konuşma merkezi → 44-45
- d) Okuma-yazma merkezi → 39
- e) Primer işitme merkezi → 22

Cevap E (Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.352)

Primer işitme merkezi 41-42'dir. 22. saha ise Wernicke sahasıdır. Konuşulanları anlama merkezidir.

**8. Yanlış eşleştirmeyi seçiniz.**

- a) Medulla spinalis'de alınan yüzeysel duyu → Substantia gelatinoza
- b) Baş ve boyundan alınan yüzeysel duyu → Nuc. principalis nevri trigemini
- c) Refleks → Nuc. proprius
- d) Şuurlu derin duyu → Nuc. dorsalis
- e) Şuursuz proprioseptif → Nuc. thoracicus

Cevap D (Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.357)

Şuurlu derin duyu medulla spinalis'de nöron değiştirmez. Arka kordonda bulbus ve ponsa kadar taşınır. Burada bulunan Nuc. cuneatus ve Nuc. gracilis'te nöron değiştirir.

**9. Şuursuz derin duyu hakkında verilen bilgilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Tonus-eklem pozisyon duygusu hakkında bilgi verir.
- b) Koordine hareketlerin yapılmasında rol alır.
- c) Vücut dengesini sağlamada görevlidir.
- d) Bu duyular kortekse aittir.
- e) Nuc. thoracicus şuursuz derin duyu nöronlarının sinaps yaptığı yerdir.

Cevap D (Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.376)

Bu duyular cerebelluma aittir. Bunların hepsi bilinç dışındaki duyulardır. Ama istenirse bu duyuların farkına varılabilir.

**10. Eşleştirmelerden hangisi yanlıştır?**

- a) Nuc. posteromarginalis = Yüksek derece ağır duyularının uğrak yeri
- b) Nuc. proprius = Spinal refleks ile ilişkilidir.
- c) Subst. gelatinoza = Şuurlu derin duyu nöronlarının sinaps yaptığı yer
- d) Nuc. thoracicus = Şuursuz derin duyu nöronlarının sinaps yaptığı yer
- e) Nuc. posteromarginalis = Sensitiflerin ilk uğrak yeri

Cevap C (Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.377)

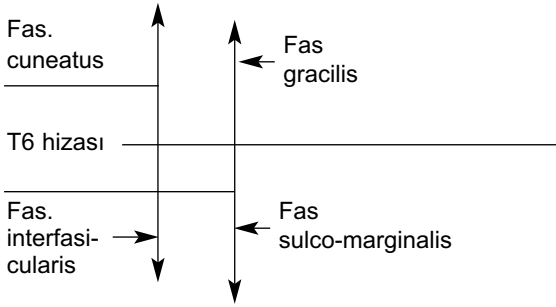
Subst. gelatinoza: medulla spinalis tümü boyunca II. laminada bulunur. Yüzeysel duyular (temas, ağrı, basınç, ısı ...) burada nöron değiştirir. Şuurlu derin duyu ise medulla spinalis'de sinaps yapmaz. Nuc. gracilis ve Nuc. cuneatus'ta sinaps yapar.

**11. Şuurlu derin duyu hakkında verilen bilgilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Fasciculus posterior'dan yukarı çıkarlar.
- b) Medulla spinalis'e sokulduktan sonra nöron değiştirilmeden yukarı çıkarlar.
- c) Torakal 6'nın altından girip yukarı çıkanlar Fas. cuneatus'u oluştururlar.
- d) Şuurlu derin duyu taşıyan lifler medulla spinalis'de çapraz yapmadan yukarı çıkarlar.
- e) Torakal 6 hizasına kadar fasciculus posterior'da sadece Fas. gracilis'i görürüz.

## ANATOMİ

Cevap C (Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.305)



Fasciculus cuneatus: T6 üzerinden gelen şuurlu derin duyu lifleri oluşturur.

Fasciculus gracilis: T6 altından medulla spinalis'e girip yukarı çıkan lifler oluşturur.

12. Decussatio pyramidum nerede lokalizedir?

- a) Pons
- b) Mesencephalon
- c) Medulla spinalis
- d) Talamus
- e) Bulbus

Cevap E (Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.328)

Medulla spinalis'e makroskopik olarak bakacak olursak önde fissura mediana anterior denen yarığı görürüz. Yukarıya doğru devam edecek olursak bu yarık bulbusta orta 1/3 ile distal 1/3'ün birleştiği noktada birleşir. Buraya Decussatio pyramidum denir. Piramidal yollar burada çaprazlanır.

13. Aşağıdakilerden hangisi cerebelluma ait olan çekirdeklerdendir?

- a) Nuc. dentatus
- b) Nuc. pontis
- c) Nuc. emboliformis
- d) Nuc. globosus
- e) Nuc. fastigii

Cevap B (Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.375)

Cerebellumda beyaz cevherin içine gömülü 4 çift çekirdek vardır. Bunların en büyüğü en dışta yer alan ve açıklığı öne ortaya doğru bakan Nuc. dentatus'dur. Nuc. dentatus'un hilum nüclei dentanti denilen açıklığının hemen önünde nuc. emboliformis, onun iç-ön tarafında nuc. globosus ve en önde ise nuc. fastigii bulunur.

14. Formatio reticularis ile ilgili verilen bilgilerden hangisi yanlıştır?

- a) Motor ve visseral fonksiyonlarla ilgilidir.
- b) Uyanıklılık devamı, bilinçlilik ve cortex hakimiyetini sağlar.
- c) Cranial-motor aktivasyonunun regülasyonunu sağlar.
- d) Susama ve termoregülasyon merkezleri burada bulunur.

e) Otonom sinir sisteminin regülasyonunu sağlar.

Cevap D (Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.340)

Susama ve termoregülasyon merkezleri hipotalamusta bulunur. Formatio reticularis sadece bu olayların regülasyonunu sağlar.

15. Corpus pineale için verilen bilgilerden yanlış olanı seçiniz.

- a) Kan-beyin bariyeri yoktur.
- b) Gonadotropinleri baskılar.
- c) İnnervasyonu parasempatik ağırlıklıdır.
- d) Melatonin salgılar.
- e) Aşağı sınıf canlılarda melanosit ayarlamasını sağlar.

Cevap C (Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.374)

Corpus pineale'ye hiç sinir lifi ulaşmaz. Bundan dolayı sinirsel innervasyonu yoktur.

16. Hipotalamus hakkında verilen bilgilerden hangisi yanlıştır?

- a) 3. beyin ventrikülünün lateral bölümlerinde bulunur.
- b) Yüksek otonom merkezidir.
- c) Kan basıncını ayarlar.
- d) Buradan çıkan sinirler organ innervasyonu için periferik gider.
- e) Yeme-içme fonksiyonlarını ayarlarken açlık tokluk hissi verir.

Cevap D (Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.374)

Buradan çıkıp periferik giden bir sinir lifi yoktur. Yani sempatik ve parasempatik lifleri yoktur. Hipotalamustan çıkan nöronların hiçbirisi merkezi sinir sistemini terk edip bir organa gitmez. Bunun için çıkış merkezi değil "Yüksek Otonom Merkez"dir.

17. Aşağıdakilerden hangisi hipotalamus'un fonksiyonlarından değildir?

- a) Sıvı elektrolit dengesini regüle eder.
- b) Yeme-içme fonksiyonlarını ayarlar. Açlık-tokluk hissi verir.
- c) Termoregülasyon merkezidir.
- d) Endokrin fonksiyonlara sahiptir.
- e) Yukarıdaki şıkların hepsi doğrudur.

Cevap E (Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.374)

Yukarıdaki fonksiyonlardan daha önemli olarak hipotalamus otonom sistemin kontrolünü sağlar.

18. Miksiyon ve defekasyon merkezi aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Gyrus paracentralis
- b) Gyrus precentralis
- c) Gyrus frontalis inferior
- d) Gyrus angularis
- e) Uncus

Cevap A (Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.386)

Gyrus paracentralis: Miksiyon-Defekasyon merkezi  
Gyrus precentralis: Primer motor merkez 4.saha

Gyrus frontalis inferior: Brocca merkezi, 44-45. sahalarda  
Primer konuşma merkezi

Gyrus angularis: 39. saha, okuma-yazma merkezi

Uncus: 34. saha, Koku merkezi

**19. Aşağıdakilerden hangisi lobus temporalis'teki sahalardan biri değildir?**

- a) Primer işitme merkezi → 41-42. sahalarda
- b) Seconder işitme merkezi → 22. saha
- c) Tat merkezi → 43. saha
- d) Wernicke sahası (Konuşulanı anlama merkezi) → 40. saha
- e) Primer duyu merkezi → 3,1,2

Cevap E (Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.386)

Primer duyu merkezi lobus parietalindeki sahalardandır. Gyrus postcentralis de denir.

**20. Aşağıdakilerden hangisi commissural yollardandır?**

- a) Comissura anterior
- b) Comissura posterior
- c) Comissura fornicus
- d) Comissura habenularis
- e) Yukarıdakilerin hepsi

Cevap E (Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.386)

Bunlara ek olarak corpus callosum da commissural yollardandır. Bu yollar iki beyin hemisferini transvers olarak birbirine bağlarlar.

**21. Aşağıdaki assosiyasyon yollarından hangisi occipital lob ile temporal lob arasında bulunur?**

- a) Fasciculus long. sup.
- b) Fasciculus long. inf.
- c) Fasciculus uncinatus
- d) Angulum
- e) Hiçbiri

Cevap B (Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.393)

Assosiyasyon yolları aynı beyin hemisferi içindeki gyrusları birbirine bağlar. Diğerleri ise

\*Fasciculus long. sup = Frontal-Occipital-parietal-temporal loblar arasında seyreder.

\*Fasciculus uncinatus = Temporal-frontal loblar arasında seyreder. Sulcus lateralis üzerinde bulunur.

\*Cingulum = Frontal-parietal loblar arasında seyreder. Gyrus cinguli üzerindedir.

**22. Aşağıdakilerden hangisi ya da hangileri limbik sistemin fonksiyonlarından?**

- a) Kaçma, savaşma
- b) Seksüel davranışlar
- c) Analık duygusu
- d) Öğrenme, özellikle de yakın hafıza
- e) Bunların hepsi

Cevap E (Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.404)

3. ventrikülü çevreleyen beyin bölümlerine limbik lob denir. Fonksiyon olarak canlının kendi yaşamını devam ettirmek için gereken dürtüleri oluşturur ve düzenler.

**23. Subkortikal çekirdekler için verilen bilgilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Ekstrapiramidal sistem denilen motor sistemin çekirdeklerindedir.
- b) Aşağı sınıf canlılarda motor fonksiyonları yerine getirirler.
- c) Beynin gri cevherinde bulunurlar.
- d) Kortekse gelen giden yolların üzerindedirler.
- e) Bu çekirdekler talamusun dış tarafına yerleşmişlerdir.

Cevap C (Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.395)

Bunlara bazal gangliyonlar da denir. Beyaz cevherde bulunurlar. Nuc. caudatus. Nuc. lentiformis, claustrum, corpus amigdoloideum bazal gangliyonlardandır. Bu gangliyonların kortekse gelen ve giden yollarla bağlantıları vardır.

**24. Aşağıdaki arterlerden hangisi bütün hemisferlerin iç yüzünün tamamını ve dış yüzün üst 2.5 cm'lik bölümünü besler?**

- a) A. cerebri anterior
- b) A. cerebri media
- c) A. basilaris
- d) A. meningeae media
- e) Hiçbiri

Cevap A (Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.438)

Diğerleri ise

A. Cerebri media: Beynin en büyük bölümünü besleyen arterdir, insula'nın üzerine doğru uzanır. Beynin dış yüzünü ve subkortikal çekirdekleri besler.

A. meningeae media: Dura mater'i besler.

**25. Aşağıdakilerden hangisi A.basilaris'in dallarından biri değildir?**

- a) A. labyrinthus
- b) A. cerebellaris superior
- c) A. cerebri anterior
- d) A. pontis
- e) A. cerebri posterior

Cevap C (Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.438)

**26. Sinus cavernosus hakkında verilen bilgilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Gözden gelen oftalmik venler oluşturur.
- b) A. carotis externa sinus cavernosusun içinde ilerler.
- c) 6. kafa çifti (N.abducens) sinus cavernosusun içinde ilerler.
- d) N. oftalmicus sinus cavernosusun lateral duvarında ilerler.
- e) Hiçbiri

Cevap B (Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.443)

Sinus cavernosus'un içinde ilerleyen A. carotis externa değil A. carotis internadır.

Ayrıca 3. ve 4. kranial sinirler de sinus cavernosusun lateral duvarında ilerler.



27. Ağrı-ısı duyusu hangi yol ile taşınır?

- a) Trac. spinothalamicus anterior
- b) Trac. spinothalamicus posterior
- c) Trac. spinothalamicus lateralis
- d) Trac. spinocerebralis posterior
- e) Trac. spinocerebellaris posterior

Cevap C (Arıncı, *Anatomi*, 2.Cilt, s.309)

28. Basınç-temas duyusu hangi yol ile taşınır?

- a) Trac. spinothalamicus anterior
- b) Trac. spinothalamicus posterior
- c) Trac. spinothalamicus lateralis
- d) Trac. spinocerebellaris anterior
- e) Trac. spinotectalis

Cevap A (Arıncı, *Anatomi*, 2.Cilt, s.309)

29. Refleks ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Vücudun bir savunma mekanizmasıdır.
- b) Nöron değiştirdikten sonra ön kökten dışarı çıkarak ilgili yere gider.
- c) Kortekse çıkmadan 1-2 segmenti aşağıya inerek ön bölüme geçerler.
- d) Nuc. thoracicus'da nöron değiştirirler.
- e) Hiçbiri

Cevap D (Arıncı, *Anatomi*, 2.Cilt, s.337)

Reflex'le ilgili duyular Nuc. propriusta nöron değiştirirler. Bu nöron lamina IV'dedir. Tüm medulla spinalis'de bulunur. Şıkta verilen nuc. thoracicus ise şuursuz derin duyu nöronlarının sinaps yaptığı yerdir.

30. Aşağıdakilerden hangisi funiculus posteriorda taşınmaz?

- a) Şuurlu proprioseptif
- b) Basınç-temas epikritiği
- c) Şuursuz derin duyu
- d) Vibrasyon
- e) Hiçbiri

Cevap C (Arıncı, *Anatomi*, 2.Cilt, s.315)

Şuursuz derin duyu funiculus lateralisde taşınır. Aynı zamanda ağrı ve ısı duyusu da funiculus lateralis'de taşınır.

31. Şuursuz derin duyu için verilen bilgilerden hangisi yanlıştır?

- a) Funiculus lateralis'de taşınırlar.
- b) Trac. spinocerebellaris anterior ile beyinciğe giderler.
- c) Nuc. proprius'u ara nöron olarak kullanırlar.
- d) Bütün şuursuz derin duyuların hepsi sadece beyinciğe gider.
- e) Cotex, vestibuler sistem ve medulla spinalis'den bilgi alır.

Cevap D (Arıncı, *Anatomi*, 2.Cilt, s.352)

Şuursuz derin duyuların asıl entegre yeri cerebellum olmasına rağmen cortexin cerebellumun yaptığı işten haberdar olabilmesi için şuursuz derin duyunun bir

kısmı nuc. Z aracılığıyla cortexe gider. Böylece cerebellumdan gelen bu verilere göre cortex aşağıya yollayacağı impulsları kontrol eder.

32. Aşağıdaki yollardan hangisi üst ekstremiteden gelen şuursuz derin duyunun taşındığı yoldur?

- a) Tr. cuneocerebellaris
- b) Tr. spinocerebellaris anterior
- c) Tr. spinocerebellaris posterior
- d) Tr. spinothalamicus posterior
- e) Hiçbiri

Cevap A (Arıncı, *Anatomi*, 2.Cilt, s.310)

Alt ekstremiteden gelen şuursuz derin duyu ise trac. spinocerebellaris anterior ve posterior ile taşınır.

33. Şuurlu derin duyu hakkında verilen bilgilerden hangisi yanlıştır?

- a) Medulla spinalis'e arka kökten girerler ve burada inen ve çıkan dallarına ayrılırlar.
- b) Medulla spinalis'de nöron değiştirmeden yukarı çıkarlar.
- c) Çapraz yapmaya gerek duymadan yukarı çıkarlar.
- d) Alttan girenler funiculus posteriorun medial tarafında ilerler.
- e) Hiçbiri

Cevap D (Arıncı, *Anatomi*, 2.Cilt, s.325)

Medulla spinalis'e alttan giren şuurlu derin duyu lateralde, üstten giren şuurlu derin duyu medialde ilerler. Çünkü bu duyuları taşıyan lifler çapraz yapmazlar.

34. Aşağıdakilerden hangisi yukarı çıkan yollardan değildir?

- a) Trac. spinotectalis
- b) Trac. spinoolivaris
- c) Trac. corticospinalis
- d) Trac. spinoreticularis
- e) Trac. spinocerebellaris

Cevap C (Arıncı, *Anatomi*, 2.Cilt, s.328)

Bu yol yukarıdan aşağıya inen yollardandır. Cortex'ten Medulla spinalis'e inip buradan gerekli olan yerlere cortex'in emirlerini götürür.

35. Arka kordonu (Funiculus Posterior'u) keserse aşağıdakilerden hangisi olmaz?

- a) Şuurlu derin duyu kaybolur.
- b) Şuursuz derin duyu kaybolur.
- c) Vibrasyon duyusu kaybolur.
- d) Basınç duyusunun epikritiği kaybolur.
- e) Temas duyusunun epikritiği kaybolur.

Cevap B (Arıncı, *Anatomi*, 2.Cilt, s.315)

Arka kordonda ilerleyen lifler medulla spinalis'de kesilmezler. Yani çapraz yapmazlar. Arka kordonu keserse kesi yerinin aşağısında ve aynı taraftaki duyular kaybolur. Şuursuz derin duyuya birşey olmaz çünkü, şuursuz derin duyu lifleri yan kordonda taşınır.

36.Funiculus lateralisde hangi ikili taşınır?

- a) Şuurlu derin duyu - Ağrı-ısı
- b) Şuurlu derin duyu - Basınç-temas
- c) Şuurlu derin duyu - Şuursuz derin duyu
- d) Şuursuz derin duyu - Basınç temas
- e) Şuursuz derin duyu - Ağrı, ısı

Cevap E (Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.311)

37.Baş, boyun ve yüzdeki yüzeyel duyuyu toplayan kafa çifti aşağıdakilerden hangisidir?

- a) N. facialis
- b) N. glossopharyngeus
- c) N. trigeminus
- d) N. vagus
- e) N. accessorius

Cevap C (Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.409)

38.Nuc. ruber ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Subtalamusa kadar uzanır.
- b) Ekstansör kas tonusunu eksite eder.
- c) Ekstrapiramidal sistemle alakalı.
- d) Çekirdekleri mesencephalonda bulunur.
- e) Fleksör kas tonusunu eksite eder.

Cevap B (Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.361)

Nuc. ruber fleksör kas tonusunu arttırıcı ekstansör kas tonusunu azaltıcı yönde etki yapar. Bu özellikleriyle nuc. vestibularis'e zıt etkilidir.

39.Aşağıdakilerden hangisi subkortikal çekirdeklerden biri değildir?

- a) Nuc. dorsalis
- b) Nuc. caudatus
- c) Nuc. lentiformis
- d) Corpus amigdaloidum
- e) Clostrum

Cevap A (Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.395)

Nuc. dorsalis, nuc. thoracicus'un diğer ismidir. Şuursuz derin duyu liflerinin medulla spinalis'de nöron değiştirdiği yerdir.

Subkortikal çekirdekler: Bazal gangliyonlar ekstrapiramidal sistem denilen motor sistemin çekirdekleridir. Beynin beyaz cevherinde bulunurlar.

40.Aşağıdakilerden hangisi medulla spinalis'deki hücre gövdele-rinden biri değildir?

- a) Nuc. posteromarginalis
- b) Nuc. proprius
- c) Nuc. thoracicus
- d) Subst. gelatinoza
- e) Nuc. ruber

Cevap E (Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.287)

Nuc. ruber bazal gangliyonlardandır. Diğer çekirdekler ise medulla spinalis gri cevherinde bulunurlar.

41.Nuc. reticularis ile ilgili olarak hangisi yanlıştır?

- a) Direk olarak korteksle bağlantı kurabilir.

b) Talamus'un çıkaracağı uyarıları düzenlemekle ilgili görevi vardır.

c) Bir impulsun daha önemli ya da önemsiz olduğuna karar verilmesinde görevlidir.

d) Bazal gangliyonlardandır.

e) For. retikularis ile bir alakası yoktur.

Cevap A (Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.340)

Diğer subkortikal çekirdeklerden farklı olarak nuc. reticularis'in cortex ile direkt olarak bağlantısı yoktur.

42.Fornix hakkında verilen bilgilerden hangisi doğrudur?

a) For. reticularise dahildir.

b) Koku duyusu ile ilgilidir.

c) Hipotalamus ile hypocampus arasındaki bağlantıyı sağlar.

d) Tat duyusu ile ilgilidir.

e) Görme duyusu ile ilgilidir.

Cevap C (Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.405)

43.Hangi ikili kafa çifti Nuc. Solitarius ve Nuc. Ambiguus'da ortaktır?

a) N. facialis - N. vagus

b) N. glossopharyngeus - N. accessorius

c) N. facialis - N. abducens

d) N. glossopharyngeus - N. vagus

e) N. vagus - N. trigeminus

Cevap C (Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.409)

\*Nucleus Solitarius: Tatla ilgili çekirdeklerin oluşturduğu nükleus

7-N. Facialis

9-N. Glossopharyngeus

10-N. Vagus

\*Nucleus Ambiguus: Somatomotor çekirdeklerin oluşturduğu nükleus

9-N. Glossopharyngeus

10-N. Vagus

11-N. Accessorius

44.Aşağıdakilerden hangisi işitme yoluyla ilgilidir?

a) Lemniscus spinalis

b) Lemniscus medialis

c) Lemniscus lateralis

d) Lemniscus trigeminalis

e) Hiçbiri

Cevap C (Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.375)

Diğerleri ise

Lemniscus medialis: Şuurlu derin duyu ile alakalı.

Lemniscus spinalis: Bunu 3 yol birleşip yapar. Yüzeyel duyular tarafından oluşturulur (Basınç, ısı, temas, ağrı).

Lemniscus trigeminalis: Yüz ve baştan alınan duyuyu talamus çekirdeklerine götürür. Ayrıca subtalamus'dan da geçer.

45. Aşağıdaki arterlerden hangisi circulus arteriosus (Willis poligonu) oluşumuna katılmaz?

- a) A. communicans anterior
- b) A. communicans posterior
- c) A. cerebri anterior-posterior
- d) A. carotis interna
- e) A. basilaris

Cevap E (Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.438)

Bu arter (A.basilaris) sulcus basilaris'de seyreden bir arterdir.

Circulus arteriosus beyin sağ tarafına gelen arterlerle sol tarafına gelen arter arasındaki geçişi sağlar. Beynin kan basıncındaki dengesi sağlar.

## ÜROGENİTAL SİSTEM

1. Aşağıdakilerden hangisi funiculus spermaticus'un yapısında yer almaz?

- a) A. testicularis
- b) Plexura pampiniformis
- c) Ductus ejaculatorius
- d) Ductus deferens
- e) Plexus testicularis

Cevap C (Arıncı, Anatomi, 1.Cilt, s.421)

Funiculus spermaticus anulus inguinali profundustan, testise kadar uzanan, damar, sinir ve kanalların oluşturduğu bir kordondur.

Funiculus spermaticus'un yapısında;

- A. testicularis
- Plexus testicularis
- Plexus pampiniformis
- Ductus deferens
- A. ductus deferentis
- Plexus ductus deferens
- A. cremasterica bulunur.

2. Corpus cavernosum penis'le ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Crista phallica'ya yapışır.
- b) Ön kısmında glands penis, arka kısmında bulbus penis vardır.
- c) Tunica albuginea corporum cavernosorum ile sarılmıştır.
- d) Crus penis'lerin üstünü M. ischiocavernosus örter.
- e) İki kavernoöz penis arasında bir septum bulunur.

Cevap B (Arıncı, Anatomi, 1.Cilt, s.406-408)

Corpus cavernosum penis, crista phallica'ya yapışır. Bu bölümüne crus penis denir. Tunica albuginea corporum cavernosorum cavarum ile sarılıdır. Septum cavernoz penisi ikiye ayırmıştır. Crus penis'lerin üstünü M. ischiocavernosus örter.

3. Ereksiyon olayı S<sub>2-4</sub> kontrolü altında kavernalar içine kan dolmasıdır. Bu olay hangi arterler aracılığıyla olur?

- a) A. bulbi penis
- b) A. urethralis penis
- c) A. dorsalis penis

- d) A. helicinea
- e) A. pudenda interna

Cevap D (Arıncı, Anatomi, 1.Cilt, s.410)

Ereksiyon olayı S<sub>2-4</sub> kontrolü altında cavernalar içine kan dolması olayıdır. Bu olay A. helicinea'lar aracılığıyla olur.

4. Miksiyon olayı hangi sinir segmentinin stimülasyonu ile olur?

- a) S<sub>1-2</sub>
- b) S<sub>1-3</sub>
- c) L<sub>3-5</sub>
- d) L<sub>2-4</sub>
- e) S<sub>2-5</sub>

Cevap E (Arıncı, Anatomi, 1.Cilt, s.414)

Miksiyon parasempatik innervasyon ile gerçekleşir. S<sub>2-4</sub> segmentlerde Ereksiyon→S<sub>2-5</sub> parasempatik Ejaculasyon→L<sub>1-2</sub> sempatik

5. Aşağıda kadın ile erkek genital organlarının birbirinin karşılığı yazılmıştır. Hangisi yanlıştır?

- a) Clitoridis→penis
- b) Labium minus→glands penis
- c) Gl. vestibuli major→Gl. bulbourethralis
- d) Labium majus→scrotum
- e) Bulbus vestibuli→spongios penis

Cevap B (Arıncı, Anatomi, 1.Cilt, s.439)

Labium minus'un karşılığı, glands penis değil, penis derisidir.

6. Aşağıdakilerden hangisi kadın genital organlarında yer almaz?

- a) Gl. vestibuli major
- b) Sulcus nymphohymenalis
- c) Clitoridis
- d) Gl. bulbourethralis
- e) Sulcus nympholabialis

Cevap D (Arıncı, Anatomi, 1.Cilt, s.425)

Spatium perinei profundus içinde ve pars membranacea urethra'nın dış arka tarafında, bulbus penis yakınında bulunan Gl. bulbourethralis (Cowper bezi) erkek genital sistemine aittir.

7. Aşağıdakilerden hangisi lig. latum uteri içinde bulunmaz?

- a) lig. pubocervicalis
- b) A. uterine
- c) lig. teres uteri
- d) Ureter
- e) Tuba uterina

Cevap A (Arıncı, Anatomi, 1.Cilt, s.430-432)

lig. latum uteri'nin içinde bulunan yapılar; -Parametrium -A. uterina -Tuba uterina -lig. teres uteri -Ovarium -Ureter -Epoöphoron-pöroöphoron

8. V. dorsalis superficialis penis'in yeri anatomik olarak hangi seçenekte verilmiştir?

- a) Cutis (scrotum)-Tunica dartos arasında
- b) Tunica dartos-Buckfaciası arasında
- c) Buck faciası-Tunica vaginalis testis arasında
- d) Corpus cavernosum penis-Buck faciası arasında
- e) Corpus cavernosum penis'in içinde

Cevap B (Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.127)

V. dorsalis superficialis penis, facia superficialis penis (Tunica Dartos) ile facia pround penis (Buck faciası) arasında yer alır.

9. Penis normal pozisyonda kaç açı gösterir?

- a) Bir
- b) İki
- c) Üç
- d) Dört
- e) Beş

Cevap B (Arıncı, Anatomi, 1.Cilt, s.412)

Penis normal pozisyonda iki açı gösterir.

-Curvatura infrapubica

-Curvatura prepubica

Penis'in ereksiyonu sırasında lig. fundiforme penis ile asılı olan curvatura prepubica düzelirken, curvatura infrapubica düzelmez.

10. Aşağıdakilerden hangisi A. pudenda interna'nın dalı değildir?

- a) A. bulbipenis
- b) A. urethralis
- c) A. profundus penis
- d) A. dorsalis penis
- e) A. cremasterica

Cevap E (Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.82)

A. cremasterica funiculus spermaticus ile birlikte uzanan bir arterdir ve A. iliaca externa'nın dalıdır.

## DUYU ORGANLARI

1. Tunica Fibrosa (externa) bulbi hakkında verilenlerden hangisi yanlıştır?

- a) Sclera göz küresinin arka 5/6'sını oluşturur.
- b) Sclera'nın en zayıf yeri n. opticus'un liflerinin geçtiği lamina cribrosa sclera'dır.
- c) Retinaculum trabeculare (lig. pectinatum) camera anterior'u sinus venozus sclera'dan ayırır.
- d) Cornea'da kan ve lenf damarı bulunmaz.
- e) Axis bulbi internus arkada fovea centralis'in üzerine isabet eder.

Cevap E (Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.446)

Axis bulbi internus arkada fovea centralis ile discus nervi opticus arasındaki bir noktaya isabet eder. Fovea centralis üzerine ise optik eksen isabet eder.

2. Hangisi ışığı kıran yapılar arasında sayılmaz?

- a) Cornea
- b) Humor Aqueus

- c) Corpus Vitreum
- d) Fibrilla Zonularis (Zinn lifleri)
- e) Choroidea

Cevap E (Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.454)

Choroidea damarlardan çok zengin ince bir tabaka olup göz küresinin arka 5/6'sında ve sclera'nın iç yüzünde bulunur. Ayrıca yukarıdaki yapılara ek olarak lens de ışığın kırılmasını etkiler.

3. Orta kulak hakkında verilen bilgilerden hangisi yanlıştır?

- a) Tuba auditiva pharinx'e bağlı olması nedeniyle içi hava ile doludur.
- b) Fenestra vestibuli ve Fenestra cochlea Paries lobynticus'de bulunur.
- c) Stapes'in tabanı Fenestra Cochlea'ya oturur.
- d) Promontorium, iç kulaktaki cochlea'nın 1. kıvrımının tabanının orta kulağa yapmış olduğu çıkıntıdır.
- e) Vücudun en küçük çizgili kası olan M.stapes Eminencia Piamidalis'dedir.

Cevap C (Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.472)

Stapes canlıda Fenestra Vestibuli'ye hareket edebilecek şekilde oturur. Bu iki yapıyı birbirine Lig. anulare bağlar.

4. Labyrinthus osseus hakkında verilen yanlış bilgiyi seçiniz.

- a) Dişlerden sonra vücudun en sert kemik oluşumudur.
- b) Labyrinth membranaceus ile aralarında kalan aralığı Perilympha doldurur.
- c) Perilympha Beyin omurilik sıvısıyla irtibatlıdır.
- d) Canales semicirculares ossei, labyrinthus osseus'un önünde yer alır.
- e) Fenestra vestibuli dış duvarında (timpanik duvar) bulunur.

Cevap D (Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.479)

Labyrinthus osseus vestibulum, canales semicirculares ossei ve cochlea'dan oluşmuştur. Bunlardan vestibulum ortada, canales semicirculares ossei arkada cochlea'da önde yer alır.

5. Labyrinthus membranaceus hakkında verilenlerden hangisi yanlıştır?

- a) İçini dolduran endolympha'nın perilympha ile hiçbir bağlantısı yoktur.
- b) Yapısında bulunan utriculus işitme duyusu ile ilgilidir.
- c) Utriculus rec. ellipticus'a oturur.
- d) Sacculus rec. sphericus'a oturur.
- e) Ductus reuniens sacculus'u ductus cochlearis'e bağlar.

Cevap B (Arıncı, Anatomi, 2.Cilt, s.484)

Labyrinthus membranaceus, vestibulum'da bulunan utriculus ve sacculus ile ductus semicircularis'ler ve ductus cochlearis'den oluşur. Bunlardan ductus cochlearis işitme duyusu ile diğerleri de denge duyusu ile ilgilidir.

# GENEL CERRAHİ

## TRAVMA

### 1. Travmada aşağıdakilerden hangisi görülmez?

- Hepatik glukojenoliz
- Hepatik glukoneogenez
- Lipoliz
- Kaslardan aminoasit açığa çıkması (proteoliz)
- Lipogenez

Cevap E (Değerli, Cerrahi-1 "Genel", s.7)

Travmada;

1. Karbonhidrat metabolizması: Katekolamin, glukagon, kortizol deşarjı sonucu hepatik glukojenoliz, hepatik glukoneogenez hiperglisemiye sebep olur.

2. Yağ metabolizması: Aynı hormonlar yağ dokusunda cAMP artışı ile lipolitik enzim aktivitesinde artışa, sonuçta serbest yağ asidi konsantrasyonunda artışa neden olurlar.

3. Protein metabolizması: Kortizol , Glukagon , İnsulin↓ sonucunda azalan kan anabolizması ile kaslardan net aminoasit çıkması

Protein yıkımı sonucu -Kas erimesi

-Yara iyileşmesinde gecikme

-Enfeksiyona karşı direncin kırılması,

enzim ve plazma protein sentezi azalması ve akciğerde yetersiz mobilizasyon ve akım bozulması sonucu pnömoni ortaya çıkabilir.

### 2. Aşağıdakilerden hangisi veya hangilerinin travmaya nöroendokrin cevapta artması beklenmez?

- Epinefrin, norepinefrin, dopamin
  - Glukagon, renin, anjiyotensin II
  - ACTH, kortizol, aldosteron
  - Prolaktin, somatostatin
  - İnsulin, östrojen, progesteron, testosteron
- I-II
  - I-II-III
  - II-IV
  - Yalnızca IV
  - Yalnızca V

Cevap E (Değerli, Cerrahi-1 "Genel", s.6-7)

Travmaya nöroendokrin cevapta salınımı artanlar:

- |                  |               |
|------------------|---------------|
| -Epinefrin       | -Kortizol     |
| -Norepinefrin    | -Aldosteron   |
| -Dopamin         | -GH           |
| -Glukagon        | -Prolaktin    |
| -Renin           | -Somatostatin |
| -Anjiyotensin II | -IL-1         |
| -ACTH            | -TNF          |

Salınımı azalanlar:

- |              |                                  |      |
|--------------|----------------------------------|------|
| -İnsulin     | -Testosteron                     | -FSH |
| -Östrojen    | -T <sub>3</sub> , T <sub>4</sub> | -LH  |
| -Progesteron | -TSH                             |      |

### 3. Hangisinde peritoneal lavaj kontraendikedir?

- Öykü alınmayan ve güvenilir fizik muayene yapılamayan durumlar
- Açıklanamayan hipotansiyon
- Negatif parasentez
- Hematüri, alt kosta kırığı, pelvik kırıklar
- Daha önce multipl ameliyat geçirenler

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.418)

Peritoneal lavaj endikasyonları:

1. Öykü alınmayan ve güvenilir fizik muayene yapılamayan durumlar: Kafa travması, spinal kord yaralanmaları, entoksikasyon, psikiyatrik bozukluklar

2. Açıklanamayan hipotansiyon

3. Negatif parasentez

4. Karın travmasıyla birlikte bulunan bulgular: Hematüri, alt kosta kırıkları, lomber vertebra kırıkları, pelvik kırıklar.

5. Abdomenin seri fizik incelemesinin yapılamayacağı durumlar: Birlikte olan travmanın tedavisi için genel anestezi gerekmesi gibi.

Kontraendikasyonları:

- Daha önden multipl ameliyat geçirenler
- İntestinal obstrüksiyonu olanlar
- Hamileler

### 4. Peritoneal lavajın pozitif kriterlerinden olmayanı işaretleyiniz.

- Eritrosit > 100.000/mm<sup>3</sup>
- Lökosit > 500/mm<sup>3</sup>
- Amilaz > 30 IU/dl
- Alkalen fosfataz > 3 IU
- Safra, bakteri, bağırsak içeriği ve pıhtılaşmayan kan saptanması

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.418)

Peritoneal lavajda pozitiflik kriterleri:

-Eritrosit > 100.000/mm<sup>3</sup>

-Lökosit > 500/mm<sup>3</sup>

-Amilaz > 200 IU/dl

-ALP (Alkalen fosfataz) > 3 IU

-Safra, bakteri, bağırsak içeriği ve pıhtılaşmayan kan saptanması

### 5. Künt karın travmalarından en sık etkilenen organ hangisidir?

- Diafragma
- Mide
- Dalak
- Duodenum
- Karaciğer

Cevap C (Sayek, *Temel Cerrahi*, 2.Baskı, s.417-418)

Künt karın travmaları:

- Motorlu araç kazaları, yüksekten düşmeler, direkt darbelere bağlı meydana gelirler.
- Sıklıkla dalak ve karaciğer etkilenir. Ama dalak en çok yaralanan solid organdır.
- Mezenterik laserasyonlar ve retroperitoneal yaralanmalar daha az sıklıkla görülürler.
- Birlikte olan kafa, göğüs travması tanıyı güçleştirir.

**6. Karaciğer yaralanmaları ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Karaciğer yaralanmalarında mortalite %10'dur.
- b) Peroperatif dönemde en sık ölüm nedeni şok ve transfüzyon koagülopatisidir.
- c) İntraabdominal abseye bağlı sepsis en sık görülen geç komplikasyondur.
- d) Karaciğer travmalarının çok azı basit yöntemlerle veya bazen ameliyatsız tedavi edilebilir.
- e) Hepatik venlerde veya retrohepatik vena kavada olan yaralanmalar, oldukça letal seyrederek ve tedavisi zordur.

Cevap D (Sayek, *Temel Cerrahi*, 2.Baskı, s.423-24)

Karaciğer yaralanmaları:

- Sivil travmalarda en çok yaralanan organdır.
- Tedavisinde temel prensipler kanama kontrolü, devitalize dokuların çıkarılması ve posthepatik drenajın sağlanmasıdır.
- Yapılan laparatomilerde %50 kanama durmuştur.
- Karaciğer travmalarının %80'i basit yöntemlerle veya bazen ameliyatsız tedavi edilebilir.
- Mortalite %10'dur.
- Peroperatif dönemde en sık ölüm nedeni şok ve transfüzyon koagülopatisidir.
- İntraabdominal abseye bağlı sepsis en sık görülen geç komplikasyondur.
- Hepatik venlerde ve retrohepatik vena kavada olan yaralanmalar oldukça letal seyirlidir.

**7. Retroperitoneal hematoma ile ilgili hangisi yanlıştır?**

- a) Retroperitoneal hematoma en sık nedeni pelvis kırıklarıdır (%60).
- b) Hastaların %80'inde hematüri görülür; bu bazen ilk belirti olabilir.
- c) Radyolojik olarak pelvis kırıkları, psoas gölgesinin silinmesi, parolitik ileus görülebilir.
- d) Bilgisayarlı tomografi, künt karın travmalarında gittikçe artan sıklıkla kullanılmaktadır.
- e) Bilgisayarlı tomografide intraperitoneal organ yaralanması saptanmamışsa ve bilateral femoral arter nabızları palpe edilemiyorsa künt travma geçiren bu hastalarda laparotomi endikasyonu yoktur.

Cevap E (Sayek, *Temel Cerrahi*, 2.Baskı, s.425-26)

Retroperitoneal hematoma:

- En sık nedeni pelvis kırıklarıdır (%60)
- Hastalarda karın ağrısı, sırt ağrısı, lokal veya yaygın duyarlılık, şok olabilir.

-Hb ve Htc'de sürekli azalma vardır ve hastaların %80'inde hematüri görülür.

- Radyolojide pelvis kırıkları, psoas gölgesinin silinmesi, parolitik ileus görülebilir.
- Pelvik kırıklara bağlı hematoma çoğunlukla kısa sürede kendini tampon eder ve stabil kalır.
- Hematoma, bilgisayarlı tomografi ile iyi değerlendirilir.
- Bilgisayarlı tomografide yaralanma bulgusu yoksa ve bilateral femoral arter nabızları normalse laparotomi endikasyonu yoktur.

**8. Künt karın travmalarında intraperitoneal patolojileri belirlemede kesin tanı yöntemi olarak neyi kullanırsınız?**

- a) Kolon grafisi
- b) Enteroklizis
- c) Direkt karın grafisi
- d) Parasentez
- e) Peritoneal lavaj

Cevap E (Sayek, *Temel Cerrahi*, 2.Baskı, s.418)

Cerrahi endikasyonları:

- (+) peritoneal bulgular
- (+) parasentez
- (+) peritoneal lavaj
- Açıklanamayan şok
- Pozitif radyoloji ve bilgisayarlı tomografi bulguları

**9. Trafik kazası geçirmiş bir hastada solunum ve dolaşım durması varsa ilk yapılması gereken şey nedir?**

- a) Havayolunun açılması
- b) Servikal bölge kontrolü
- c) Dolaşım sağlanması
- d) Kırıkların atellenmesi
- e) İlaç kullanımı (Adrenalin, dopamin, atropin vb.)

Cevap A (Sayek, *Temel Cerrahi*, 2.Baskı, s.311)

İlk resusitasyonda öncelikler sıralaması

1. Hava yolunun ve solunumun sağlanması
2. Servikal bölgenin kontrolü ve stabilizasyonu
3. Kanamaların kontrolü, iv sıvı takılması, gerekiyorsa dolaşım sistemi desteklenmesi
4. Gerekirse nörolojik oluşumun aydınlatılması
5. Kırıkların atellenmesi ve ilk tedavisi

**10. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Künt karın travmalarında sıklıkla yaralanan organlar dalak ve karaciğerdir.
- b) Künt travmalarda retroperitoneal yaralanmalar olabilir.
- c) Pankreas ve ince bağırsak yaralanmalarında serum amilazı yükselir.
- d) Sağ subdiafragmatik bölgedeki hematoma sağ omuz ağrısına neden olur, buna Kehr belirtisi denir.
- e) Hipotansiyon, taşikardi, postural hipotansiyon, bağırsak seslerinin alınmaması, karın içi kanamayı düşündürür.

## GENEL CERRAHİ

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.417-418)

Künt karın travmalarında sıklıkla yaralanan organlar dalak ve karaciğerdir. Mezenterik laserasyonlar ve duodenum, pankreas ve böbrekleri içeren retroperitoneal yaralanmalar az sıklıkta görülseler bile akıldan çıkarılmamalıdır. Sol subdiafragmatik bölgedeki bir hematoma veya dalaktaki lezyon sol omuz ağrısına neden olur, buna Kehr belirtisi denir. Karın içi kanamadan dolayı hipotansiyon, bağırsak seslerinin alınmaması tipik bulgulardandır.

## YANIKLAR

1. Yanıkla ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Birinci derece yanık epidermisi ilgilendirir.
- İkinci derece yanığa örnek olarak güneş yanıkları gösterilebilir.
- İkinci derece yanığın görüntüsü, içi plazma ve A vitamininden zengin sıvı ile dolu büllerdir.
- İkinci derece yanıkta iyileşme 15-20 gündür.
- Erişkin yanığında başın yanması %9 yanık olarak tanımlanır.

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.463-464)

Birinci derece yanık epidermisi ilgilendirir ve güneş yanığı bunun en güzel örneğidir. 7-8 günde iyileşir. İkinci derece yanık epidermis ve dermisenin bir kısmını ilgilendiren yanıktır. Bül oluşur ve 15-20 günde iyileşir.

2. Yanıklı hastanın tedavisinde ilk ve en önemli adım aşağıdakilerden hangisidir?

- Tetanus profilaksisi
- Antimikrobiyal tedavi
- Erken eksizyon
- Sıvı tedavisi
- Topikal ilaç tedavisi

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.468)

Yanıklı hastanın tedavisinde ilk ve en önemli adım sıvı tedavisi ve hava yolunun açık tutulmasıdır. Sıvı tedavisinde en sık kullanılan Parkland formülüdür; Total sıvı=4 ml x kg x % yanık

3. Elektrik yanıkları aşağıdakilerden hangisinde daha çok harabiyet yapar?

- Böbrek
- Karaciğer
- Dalak
- İnce bağırsak
- Surrenal bez

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.470-471)

Elektrik yanığı, damardan zengin olan kan dokusunda harabiyete neden olarak myoglobin pigmentinin tubuluslarda birikimi ile renal fonksiyonları bozar. Diürezin 50 ml/saat altına düşürülmemeli ve idrar alkali tutulmalıdır.

4. Yanıklarla ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Kalp fonksiyonlarında bozulma olabilir ve kalp yetmezliği bulguları ile kendini belli eder.

b) Gastrointestinal sistemde taşsız kolesistit, pankreatit oluşabilir.

c) Midede Curling ülserleri gelişebilir, H<sub>2</sub> reseptör blokajı yapılmalıdır.

d) Üçüncü derece yanıklar 30-45 günde tamamen kendiliğinden iyileşir.

e) Yanıklarda hepatik fonksiyon bozukluğu görülmez ya da hafif seyredir.

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.466-469)

Yanıklı hastalarda, vücudun birçok yerinde fonksiyonel bozukluklar ortaya çıkabilir. Kalpte yetmezlikler, pankreatit, taşsız kolesistit, midede ve duodenumda Curling ülserleri oluşabilir. Üçüncü derece yanıklarda, tedavide önemli yöntem olarak eskarotomi yapılır. Eskarotomi, bütün özelliklerini kaybetmiş olan ölü derinin longitudinal olarak kesilmesidir.

5. Yanık hastalarında görülen ülserlere ne ad verilir?

- Cushing ülseri
- Curling ülseri
- Menetrier hastalığı
- Anjiodisplazi
- Ehlers-Danlos sendromu

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.953)

Yanık hastalarında akut ülserlerin görülme oranı, hastaneye yatan yanık olgularında %12 dolayındadır, vücudun 2/3'ünden fazlası yanmışsa bu oran %40'a kadar yükselir; bunlara "Curling ülseri" adı verilir. Akut gastrik mukozal lezyonlara benzemekle birlikte yerleşim yerleri farklıdır. Mide ve duodenum arasında dağılım gösteren, genellikle birden fazla sayıda, bazen de tek olabilen ülserlerdir.

## DEZENFEKSİYON-ENFEKSİYON-TRANSPLANTASYON

1. Aşağıdakilerden hangisi cerrahi enfeksiyonu daha iyi tanımlar?

- Kontaminasyonun diğer ifade şeklidir.
- Ateş, lökositoz gibi sistemik bulguların varolmasıdır.
- Enfekte yüzeyde mikroorganizma kolonizasyonunun bulunmasıdır.
- İnflamasyon ve invazyon bulgularının birlikte olmasıdır.
- Enfekte yüzeyde mikrobiyolojik kültür sonuçlarının patojen bir mikroorganizmayı göstermesidir.

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.226)

Cerrahi enfeksiyon kontaminasyonun ötesinde bir olaydır. Enfeksiyon genellikle etkilenen organda patojen mikroorganizmalara bağlı olarak gelişir. İnflamasyonun kardinal lokal belirtilerinin yanında invazyonun da olması gerekir. Ateş, lökositoz gibi sistemik bulgular da genellikle vardır. Mikrobiyolojik kültür sonuçları değerlendirilirken klinik invazyonun gözlenmesi önemlidir.

2. Doku ve organ transplantasyonlarında immün-supresif tedavi kullanmada, mortaliteye sebep olan en önemli komplikasyon aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Gastrointestinal kanamalar
- b) Maligniteler
- c) Enfeksiyonlar
- d) Tromboembolik komplikasyonlar
- e) Pankreatit

Cevap C (Cerrahi, Ankara Üniv. Tıp Fakültesi, Türkiye Klinikleri, 1996, s.173-175)

İmmünsüpresif tedavi altındaki alıcılarda enfeksiyon sıklığı belirgin oranda artmıştır ve mortalitenin bir numaralı nedenidir. İmmünsüpresif tedavi non-spesifik olduğundan virus, mantar ve bakterilere karşı direnç düşer. Diğer önemli komplikasyonlar maligniteler, Cushing hastalığı, gastrointestinal kanamalar, tromboembolik komplikasyonlar, hipertansiyon, kalsiyum metabolizma bozukluğu, muskuloskeletal komplikasyonlar, pankreatit, büyüme ve gebelik ile ilgili komplikasyonlar olarak sıralanabilir.

3. Aşağıdakilerden hangisi böbrek naklinin mutlak kontrendikasyonlarından?

- a) 65 yaşının üstünde olmak
- b) Tedavisi mümkün olmayan malignite ve enfeksiyon
- c) Alt üriner sistemini kullanamayacaksa
- d) Kronik kalp, karaciğer veya akciğer hastalığı
- e) Yüksek nüks ihtimalli böbrek hastalığı

Cevap B (Cerrahi, Ankara Üniv. Tıp Fakültesi, Türkiye Klinikleri, 1996, s.176)

A,C,D,E seçeneklerindeki ve aorto-iliak hastalık böbrek transplantasyonlarında relatif kontrendikasyonları oluştururken B seçeneğindeki ifade ve hastanın istememesi ve uyumsuz olması mutlak kontrendikasyonları oluşturur.

4. Normal deri florasında görülme insidansı en yüksek olan mikroorganizma hangisidir?

- a) Staphylococcus epidermidis
- b) Staphylococcus aureus
- c) Clostridium perfringens
- d) Propionobacterium acne
- e) Lactobacillus

Cevap A (Cerrahi, Ankara Üniv. Tıp Fakültesi, Türkiye Klinikleri, 1996, s.17)

5. Aşağıdakilerden hangisinin deri dezenfeksiyonunda kullanılması daha uygundur?

- a) Glutaraldehit
- b) Quarterner amonyum bileşikler
- c) Lizol
- d) Hipoklorit
- e) İzopropil alkol

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.236)

İzopropil alkolün %70'lik konsantrasyonu deri dezenfeksiyonu için kullanılmaktadır.

A→Virusidal ve sferosidal bir ajandır. Normalde aletlerin dezenfeksiyonu için 30 dak.'a ihtiyaç vardır. Ancak aside dirençli bakteriler için 60 dak. gerekir.

B→Yüzeyde aktif olup, aletlerin dezenfeksiyonunda etkin temizleyicilerdir.

C→Lizol gibi fenoller yaygın olarak yerlerin dezenfeksiyonunda kullanılır.

D→Birçok pratisyen tarafından halen antiseptik olarak kullanılmaktadır.

6. Aşağıdakilerden hangisi tek kullanımlık, ısıya duyarlı tıbbi aletlerin sterilizasyonunda en uygun metoddur?

- a) Formaldehit çözeltisi
- b) Glutaraldehit
- c) Etilen oksit
- d) Otoklavlama
- e) Kuru ısı

Cevap C (Bilgehan, Temel Mikrobiyoloji ve Bağışıklık Bilimi, 1993, s.188-189)

Sterilizasyon metodları:

A. Sıcak sterilizasyon:

- 1. Otoklavlama
- 2. Kuru ısı (Sıcak hava)
- 3. Düşük ısıda buhar ve formaldehit çözeltisi

B. Soğuk sterilizasyon

- 1. İyonize radyasyon
- 2. Etilen oksit
- 3. Glutaraldehit

7. Aşağıdakilerden hangisi organ vericisi olmak için kontrendikasyonlardan değildir?

- a) Primer beyin tümörü
- b) HIV pozitifliği
- c) HBs antijen pozitifliği
- d) Aktif idrar yolu enfeksiyonu
- e) Hiçbiri

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.643-741)

Primer beyin tümörü diğer malignansilerin aksine organ vericisi olmak için kontrendikasyon değildir. AIDS, HBs antijen pozitifliği, aktif enfeksiyon organ vericisi olmak için kontrendikasyonlardır.

8. Ameliyat sonrası ilk 48 saatte ortaya çıkan ve hızla ilerleyen enfeksiyonlar bize ilk olarak hangi etkeni düşündürmelidir?

- a) Staph. aureus
- b) A grubu hemolitik streptokok
- c) Staph. epidermidis
- d) Clostridium tetani
- e) Candida

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.241)

Ameliyat sonrası ilk 48 saat içinde ortaya çıkan ve hızla ilerleyen enfeksiyonların aksi ispat edilinceye



## GENEL CERRAHİ

kadar A grubu hemolitik streptokoklara ikincil olduğu kabul edilmelidir. Vezikül ve bül oluşması en belirgin özellikleridir. Yara enfeksiyonu varlığında nabız yükselmesi ve hastanın apatik olması "clostridium" enfeksiyonunu düşündürmektedir. Nekrotizan fasiitis hemolitik streptokok ve/veya stafilokok ile anaerobların birlikte olması sonucu ortaya çıkar ve deri altında nekroz belirgindir.

### 9. Aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- Böbrekleri transplantasyon için alınacak bir şahsın organlarını almak için kan dolaşımı durduktan sonra en geç 2 saat içinde böbrekler çıkarılmalı ve soğuk solüsyonlar (+4°C) ile perfüze edilmelidir.**
- Karaciğer naklinde sınıf II (HLA-D, DQ, DR) doku uygunluk antijenlerinin verici ve alıcıda uygun olması gerekir.**
- "Chimerism" bir organizmanın hem kendi immün sistem hücrelerinin hem de donörün hücrelerinin aynı anda birbirine zarar vermeden bulunabilmesidir.**
- Majör doku uygunluk antijenleri 4. kromozom üzerinde bulunurlar.**
- Tolerans, belirli bir antijenik uyarıya karşı immün sistemin tüm hücrelerinin çoğalma ve farklılaşmalarının inhibisyonudur.**

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.690-739)

C şıkkındaki tanım doğrudur.

A→Kan dolaşımı durduktan sonra en geç 30-60 dakika içinde böbrekler çıkarılmalı ve soğuk perfüzyon yapılmalıdır.

B→Karaciğer naklinde doku uygunluk antijenlerinin önemi yoktur.

D→Major doku uygunluk antijenleri 6.kromozom üzerindedir.

E→Tolerans, belirli bir antijenik uyarıya karşı ve o antijenik uyarıcıya spesifik olarak immün sistem hücrelerinin çoğalması ve farklılaşmasının inhibisyonudur. Spesifik olması "immün supresyon"dan en büyük farkıdır.

## YARA VE İYİLEŞMESİ

### 1. Yara iyileşmesinde aşağıdaki hücrelerden hangisi özellikle pH düşmesine duyarlıdır?

- Granülosit**
- Fibroblast**
- Makrofaj**
- Mast hücresi**
- Kapiller endotel**

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.267)

Özellikle granülositler pH düşmesine çok duyarlıdır. Yara bölgesinde vasküler staz ve lenfatiklerin tıkanması, anoksi ve asidoza yol açar. Sonuçta, granülositlerin parçalanması ile açığa çıkan proteazlar doku artıklarını sindirir.

### 2. Fibroblastlar travmadan ne kadar sonra meydana gelir?

- İlk 3 saat**

- İlk 12-24 saat**
- İlk 24-36 saat**
- İlk 36-72 saat**
- İlk 12-36 saat**

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.267)

Travmadan sonra ilk 36-72 saat içinde kan damarlarının adventisiasına yakın mezenseşimal hücrelerin farklanmasından fibroblastlar meydana gelir.

### 3. Aşağıdaki aminoasitlerden hangisi sadece kollajende bulunur?

- Hidroksilizin**
- Fenilalanin**
- Lösin**
- Lizin**
- Valin**

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.268)

Hidroksiprolin ve hidroksilizin yalnızca kollajende bulunan proteinlerdir. Hidroksiprolin ve hidroksilizin kollajen moleküllerinin hücre membranından transportunda önemlidir.

### 4. Yara iyileşmesinde önemli parametrelerden birisi de gerilme kuvvetidir. Postoperatif maksimum gerilme kuvvetine kaçınıcı günde ulaşılır?

- 4-6 gün**
- 7-10 gün**
- 14-16 gün**
- 20-27 gün**
- 28-35 gün**

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.269)

Postoperatif ilk 4.-6. günden sonra gerilme kuvveti gittikçe artarak 14.-16. günde en yüksek değere ulaşır.

### 5. Yara kontraksiyonu hangi günler arasında meydana gelir?

- 1-21 gün**
- 7-27 gün**
- 6-21 gün**
- 6-39 gün**
- 15-48 gün**

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.269)

Yaranın meydana gelmesinden 5.-7. günde başlayan kontraksiyon hareketi, yaranın genişlik ve şekline bağlı olmaksızın sabit bir hızla 39. güne kadar devam eder.

### 6. Aşağıdakilerden hangisi keloid için yanlıştır?

- Kollajenden zengin hipertrofik skar dokusu oluşmasıdır.**
- Otozomal resesif bir bozukluktur.**
- Keloid dokusunda IgG düzeyi normal granülosyon dokusuna oranla yüksektir.**
- Genellikle deri greftlerinin kenarlarında veya sekonder iyileşen ikinci ve üçüncü derece yanıklarda görülür.**
- Ehlers-Danlos sendromunda keloid gelişmesine eğilim vardır.**

Cevap B (Sayek, *Temel Cerrahi*, 2.Baskı, s.275)

Keloid, orijinal yara sınırlarının ötesinde çevre dokuların iyileşme dokusu ile invazyonuna yol açan otozomal dominant bir bozukluktur.

7. Aşağıdakilerden hangisi yara iyileşmesini olumsuz etkilemez?

- a) C vitamini azlığı
- b) Çinko eksikliği
- c) Hipoksi
- d) Hemogloblin düşüklüğü
- e) Enfeksiyon

Cevap D (Sayek, *Temel Cerrahi*, 2.Baskı, s.272)

Hipovolemi ve hipoksinin bulunduğu durumlar dışında, hemogloblin eksikliğinin yara iyileşmesini yavaşlattığı pratikte inandırıcı bir şekilde gösterilememiştir.

8. Yara enfeksiyonu gelişme riski aşağıdaki hangi ameliyattan sonra en yüksektir?

- a) Özofagus
- b) Mide
- c) Meme
- d) İnce bağırsak
- e) Kolorektal

Cevap E (Sayek, *Temel Cerrahi*, 2.Baskı, s.229)

Kolorektal bölgede mikroorganizma sayısı diğer seçeneklerdeki bölgelere göre daha fazladır, bu nedenle yara enfeksiyonu gelişme riski de daha fazladır.

## SIVI-ELEKTROLİT DENGESİ VE TEDAVİSİ

1. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Hücre içinde  $Ca^{++}$  bulunmaz.
- b) Hücre içinde  $Cl^-$  bulunmaz.
- c) Hücre içi esas anyonu bikarbonattır.
- d) Etkin osmotik basınç yarı geçirgen gaz tarafından sağlanır ve hücre içi ve dışında 300 mOsm'dur.
- e) Hücre dışı bölmeden izotonik sıvı kayıplarında bölmeler arası sıvı değişimi olmaz.

Cevap C (Sayek, *Temel Cerrahi*, 2.Baskı, s.29)

Hücre içi → ana anyon → fosfat ve proteinler

ana katyon →  $K^+$  ve  $Mg^{++}$

Hücre dışı → ana anyon →  $Cl^-$

$HCO_3^-$

ana katyon →  $Na^+$

2. ADH için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Su değişimini etkileyen esas hormon olarak %80-85 paraventriküler, %10-15'de supraoptik nükleuslardan salgılanır.
- b) Hücre dışı osmotik basıncının hipotalamustaki supraoptik osmoreseptörlerinin hücre içi basıncından %3-4 fazla olması ADH seviyesinin

böbreklerin maksimum cevap vereceği seviyeye çıkması için yeterlidir.

- c) Vücutun total osmotik basıncının yüksekliği ADH salınımı için en önemli uyarılardan biridir.
- d) ADH salgısı ayrıca atriumlardaki düşük basınç ve karotid bifurkasyonundaki yüksek basınç baroreseptörleri tarafından kontrol edilir.
- e) Dolaşan etkili hacimde %10'un altındaki değişiklikler ADH salınımını etkilemez.

Cevap C (Sayek, *Temel Cerrahi*, 2.Baskı, s.30)

Total vücut osmotik P'ı yüksekliği ADH için uyarıcı değildir, çünkü hücre içi ve dışı osmotik basınç beraber yükseleceği için uyarım oluşturmaz.

Osmoreseptör hücrelerinin su kaybederek büzülmesi osmotik uyarıya temel teşkil eder.

3. Aşağıdakilerden hangisi ADH salınımını arttırmaz?

- a) Korku, ağrı gibi uyarımlar
- b) Enfeksiyonlar
- c) Hipoglisemi
- d) Morfin
- e) Hiçbiri

Cevap E (Sayek, *Temel Cerrahi*, 2.Baskı, s.30)

ADH salınımını osmotik değişikliklerden başka ağrı, korku, hipoksi, hipoglisemi, enfeksiyonlar, bulantı, morfin, haloperidol, karbamezapin ve glukokortikoidlerde arttırır.

4. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Kalbin pompa gücünün azalması volüm reseptörü olan jukstaglomeruler hücreleri uyarır.
- b) Jukstaglomeruler hücrelerin uyarımı ile  $At_1$ ,  $At_2$  ve  $At_3$  oluşur.
- c)  $At_2$  güçlü bir vasokonstriktördür. Aynı zamanda aldosteron salınımına yol açan esas maddedir.
- d) Aldosteron böbrek distal tübülüslerini etkileyerek su ve Na tutulumunu gerçekleştirir.
- e) Hiçbiri

Cevap C (Sayek, *Temel Cerrahi*, 2.Baskı, s.30)

$At_2$  akciğerlerde oluşan bilinen en potent vasokonstriktör maddelerden biridir, ama aldosteron salınımında  $At_3$ ,  $At_2$ 'den çok daha aktiftir.

5. Günde 180 lt ultrafiltrat böbrek glomerüllerinden plazmanın süzülmesi sonucunda oluşur ve içeriği plazma içeriğine denktir. Aşağıdaki iyonlardan hangisi normal koşullarda ultrafiltrattan %100 olarak geri emilir?

- a) Üre
- b) K
- c) Na
- d)  $HCO_3^-$
- e) Cl

Cevap D (Sayek, *Temel Cerrahi*, 2.Baskı, s.30)

Böbrekte herhangi bir patoloji olmadığı zaman, kişinin metabolik durumu da stabil ise  $HCO_3^-$  ve glukoz %100 olarak emilir ve idrarda hiç itrah edilmez.

6. İdrardaki potasyum esas olarak nefronun hangi bölümünden kaynaklanır?

- Glomerüler filtrasyon sonucu lümeneye verilen potasyum
- Proksimal tübülde absorpsiyon sonrası kalan potasyum
- Dilüsyon segmentinden geri emilmeyen potasyum
- Distal tübül ve toplayıcı kanallarından salgılanan K
- Hepsi

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.31)

Glomerülden süzülen potasyumun hemen hepsi proksimal tübül ve henle kulpundan geri emilir. Distal segmente filtrat ulaştığında 1 mEq/lt'den çok daha az potasyum kalmıştır. Eğer hücre içi K miktarı ise distal tubulus ve toplayıcı kanalların başında aldosteron sayesinde K ile Na yer değiştirerek lümeneye verilir ve bunlar geri emilmeden atılarak idrardaki K'un asıl kaynağını oluştururlar.

7. Nefronun minimum ve maksimum dilüsyon kapasitesi nedir?

- 80-120 mOsm
- 40-800 mOsm
- 400-800 mOsm
- 40-1200 mOsm
- 120-800 mOsm

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.31)

Nefronun minimum ve maksimum dilüsyon kapasitesi ADH varlığına bağlı olarak 40-1200 mOsm değerleri arasında değişir.

8. Cerrahi hastalarından en sık rastlanan sıvı dengesi bozukluğu olan hipovolemiyi bize düşündürecek ilk bulgu nedir?

- İştahsızlık, halsizlik, apati, güçsüzlük
- İdrar konsantrasyonunda artma
- Ortostatik hipotansiyon
- Soğuk ekstremiteler
- Şok, stupor, koma

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.32)

Hipovolemide akut kayıplarda KVS ve MSS belirtileri ilk olarak ortaya çıkar. Doku hipoperfüzyon belirtileri ise 24 saat sürmeden ortaya çıkmaz.

\*≤%10 kayıplarda;

-İştahsızlık, halsizlik, apati, güçsüzlük→bulgu değil subjektif semptomdur.

-İdrar konsantrasyonunda artma→hafif hipovolemi durumlarında böbreklerin yanıtı en önemli göstergedir.

\*%10-20 kayıplarda (giderek artan kayıplarda sırayla);

-Ortostatik hipotansiyon-taşikardi

-Durumdan bağımsız hipotansiyon-artmış taşikardi

-Yatar pozisyonunda devam eden taşikardi

-Senkoplar

\*≥%20 kayıplarda;

-Belirgin anüri

-Periferik perfüzyonun bozulması ile soğuk siyanotik ekstremiteler

-Multi organ yetmezlikleri

-Şok, stupor, koma

9. Stabil durumdaki servis hastasının günlük sıvı ihtiyacı ne kadardır?

- 10 ml/kg
- 20 ml/kg
- 30 ml/kg
- 40 ml/kg
- Günlük sıvı takibi aldığı-çıkarıldığı sıvı miktarı ile yapılır.

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.32)

Normal bir insandaki bazal ihtiyaç 20 ml/kg'dır. Serviste bakımda olan hastada cerrahi operasyon, enfeksiyon gibi durumlardan ötürü günlük sıvı ihtiyacı 30 ml/kg'a çıkar.

KVS, böbrek ve karaciğeri normal olan hastada aldığı-çıkarıldığı takibine gerek yoktur. Eğer bu sistemler normal işlevini yapamıyorsa o zaman bazal düzeyden değil, sıvı ihtiyacı direk aldığı-çıkarıldığı takip edilecek yapılır.

10.Hiponatremi için hangisi yanlıştır?

- Plazma Na miktarı 135 mEq/lt'nin altına düşmüştür.
- Diğer elektrolitlerde değişiklik olmadığında su redistribisyonu ile şoka gidiz hızlanır.
- Total vücut suyu azalmış normal veya artmış olabilir.
- Hiponatremi osmoregülasyonda bozukluk olduğunu ve suya göre Na miktarının azaldığını gösterir.
- Hipoosmolarite her zaman vardır.

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.34)

Hiponatremide hipoosmolarite kural değildir. Hiperglisemi olduğunda glikoz hücre içinden su çeker ve dilüsyonel hiponatremi oluşur, her 100 mg/dl'lik glikoz için Na 1.6 mEq/lt'lik bir azalma gösterir.

11.Hiponatremi için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- Belirtiler Na düzeyine bağlıdır.
- Oligurik böbrek yetmezliği en erken gelişen ve prognoz açısından en önemli patolojik değişikliklerden biridir.
- En iyi tedavi hastayı hiponatremiden korumaktır.
- Hiponatreminin komplikasyonlarının engellenmesi için açığın hızla kapatılması gerekir.
- Hepsi doğrudur.

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.35)

Belirtiler Na düzeyinden çok o seviyeye gelmek için geçen süreye bağlıdır. Yavaş yavaş gelişen hiponatremi çok düşük değerlere kadar tolere edilebilir.

Oligurik böbrek yetmezliği hiponatreminin tehlikeli komplikasyonlarından birisidir, fakat akut dönemde belirtiler temelde beyin ödemeine bağlı olarak gelişen kafa içi basınç artımına bağlıdır. Tablo isteksizlik, bulantı, baş dönmesinden hızlı bir şekilde konvulsiyon ve komaya kadar ilerleyebilir.

Hiponatreminin tedavisinde sıvı replasmanı akut olaylarda (48 saatten önce olduğu düşünülen) akut, kronik olayları da kronik replasyon şeklindedir.

Eğer kronik olayda akut replasman yapılırsa kronik olaya adapte olmuş kafa içi damarları bunu kompanse edemez ve beyinden su çekilir. Olay fatal seyredebilir.

### 12.Hiponatremi tedavisinde hangisi doğrudur?

- Akut olayları da %0.9'luk NaCl ile 500 ml/saat hızla kapatılır.
- Ağır durumlarda ve akut gelişen olaylarda %3-5'lik NaCl kullanılabilir.
- Saatte 0.5-1 mEq/lt'lik düzeltme hızı ile 120 mEq/lt'lik düzeyi yakalamak istenen amaçtır.
- Açık kilo kaybına göre veya hematokrite göre hesaplanabilir.
- Hepsi doğrudur.

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.36)

Hiponatremi tedavisinde hepsi uygulanır.

### 13.Hangisi hipopotasemi yapmaz?

- İnsulin, katekolamin, aldosteron gibi hormonlar
- Organizmada katabolizma
- Metabolik alkaloz
- Osmolarite artışı
- Mineralokortikoidler

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.36)

a. Bu hormonlar hücre dışı K arttığı zaman, Na-K pompası ile potasyumu hücre içine sokar.

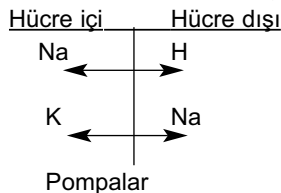
b. Katabolizmada idrarla birlikte nitrogenin 1 gramı başına 2-3 mEq, K kaybı olur.

c. pH'daki 0.1 Ünitelik azalma K seviyesinde 0.3 mEq'lik artışa sebep olur.

e. Glukokortikoidler→H'i hücre içine

K'u hücre dışına yönlendirir.

Mineralokortikoidler→Na'u tutup K ve H'nin atılmasını sağlar.



pH azaldığı zaman hücre dışına hidrojen taşınımı azalır, hücre dışından hücre içine potasyum taşınması azalır, hücre dışında K artar.

### 14.Aşağıdakilerden hangisi hipovolemik alkalozu neden olmaz?

- Alkalozda böbreklerden potasyumun atılımının artmış olması

- Hipokaleminin kendisini metabolik alkaloz yapması
- K kaybında hücrelerce hidrojen girişinin artması
- Hipokaleminin ağır diare, Nasogastrik drenaj, kusma gibi nedenlerle ortaya çıkması
- Hepsi

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.37)

Potasyumun azaldığı durumda potasyumu korumak için tübül Na-K ve Na-H pompası gereği hidrojen atılımı artar.

Alkalozda hidrojeni korumak için mekanizma ters işler ve potasyum atılımı ortaya çıkar.

Potasyum azaldığı zaman hücre zarındaki pompalarda potasyum yerine hidrojen kullanılır ve alkaloz olur.

Potasyum kaybının etyolojik nedenlerine sıklıkla hidrojen kaybı da eşlik eder (Böbrek bozuklukları, aşırı kusma... gibi).

### 15.Hipokalemi EKG değişikliklerinden hangisi ilk olarak ortaya çıkar?

- T düzleşmesi
- ST çökmesi
- T negatifliği
- U dalgası belirginleşmesi
- PR uzaması

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.38)

<3 mEq/L düzeyinde ilk olarak T düzleşmesi ortaya çıkar.

### 16.Potasyum replasmanı için hangisi yanlıştır?

- 4 mEq/lt'den her 1 mEq/lt'lik azalmada 350 mEq potasyum verilebilir. Zayıf kişiler için açık 450 ile çarpılarak, şişman kişiler için açık 100 ile çarpılarak ve pH'a dikkat edilerek verilir.
- Günde 160 mEq'ı geçmeden 10 mEq/L'lik hızda ve çözeltinin litresinde 40 mEq'ı geçmeden replase edilir.
- Replasman yapılabilmesi için idrar miktarı minimum 100 ml/saat olmalıdır.
- Eğer diabetik ketoasidoz, bikarbonat kaybı gibi ek problemler yoksa en iyi sıvı potasyum klorürdür.
- Hepsi doğrudur.

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.39)

İdrar miktarı replasman için minimum 25 ml/saat olmalıdır.

### 17.Aşağıdakilerden hangisi hiperpotasemi yapan önemli nedendir?

- Akut böbrek yetmezliği
- Addison hastalığı
- Metabolik respiratuvar asidoz
- GIS kanamaları
- Banka kanlarının masif transfüzyonu

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.40)

Diğer nedenlerde hiperpotasemi yapmakla beraber asidoz Na-K/Na-H pompaları nedeniyle hiperkalemi yapan en önemli ve yaygın nedendir.

**18.Hiperkalemi tedavisi için hangisi yanlıştır?**

- EKG değişiklikleri K miktarı 6 mEq/lt'yi geçtiğinde ortaya çıkmaya başlar. Fakat 7 mEq/lt'de halen EKG değişiklikleri yoksa hiperkaleminin kompanse edildiği düşünülerek tedavi EKG değişiklikleri çıkıncaya kadar geciktirilebilir.**
- EKG değişiklikleri görüldüğünde kalp ileti sistemini olumsuz etkilerden korumak için %10'luk Ca glukonat 10-30 ml 1 saat süreyle enfüze edilir.**
- Potasyumun hücre içine girmesi için insulinden yararlanılabilir. %10-20'lik 250-500 cc glikoza, 5 gr glikoza 1 Ü insülin olacak şekilde yavaş infüzyon yapılır.**
- Asidozu engelleme ve alkaloz ile potasyumun hücre içine girmesi için %3-5'lik NaCl 200 ml/saat olacak şekilde verilebilir.**
- Potasyumun vücuttan atılımı diüretikler (fursemid), reçineler (hayexelat) ve son çare olarak dializ ile sağlanabilir.**

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.41)

EKG değişiklikleri her ne kadar aciliyeti gösterse de K seviyesini 7 mEq/lt olması tedaviye başlamak için yeterlidir.

**19.Hipokalseminin kliniği için hangisi yanlıştır?**

- MSS belirtileri; letarji, depresyon, psikoz, demans**
- Nöromuskuler irritabiliteye bağlı fatal olabilen tetani**
- KVS'de aritmiler ve QT'de kısalma**
- Kortikal katarakt**
- Hiçbiri**

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.41)

Hipokalsemide yukarıdaki bulguların hepsi görülür.

**20.Tedavi için fatalitede kritik Ca<sup>++</sup> değeri kaçtır?**

- 12
- 14
- 16
- 18
- 22

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.44)

Eğer Ca değeri 18 mEq/lt (16-20 arası) ise acil tedavi edilmeyen hiperkalsemi vakalarında ölüm kaçınılmaz olur.

**21.Maligniteye bağlı hiperkalsemide hangisi en aktif tedaviyi sağlar?**

- Günde 5-10 lt %0.9'luk NaCl**
- Oral 10-30 mg/gün prednisolon**
- 25 mg/kg mitramisin**

**d) Kalsitonin**

**e) Dializ**

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.44)

Maligniteye bağlı hiperkalsemi tedavisinde mitramisin kemik rezorpsiyonunu azaltarak etki gösterir. Kalsitoninde kullanılabilir, fakat etkisi geç ortaya çıktığı için tercih edilmez.

**22.Hipomagnezemi kliniği aşağıdaki durumlardan hangisinin kliniği ile en çok karışır?**

- Hiponatremi**
- Hipernatremi**
- Hipokalsemi**
- Hiperkalsemi**
- Hiperkloremi**

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.45)

Hipomagnezemi sonucu fonksiyonel hipoparatiroidizm oluşur ve bunun sonucunda oluşan hipokalsemi ile hipokalsemi kliniği baskın olarak ortaya çıkar.

**23.Mg verilmesi sırasında oluşabilecek Mg toksitesine karşı hangisi kullanılabilir?**

- Sodyum bikarbonat**
- Potasyum sitrat**
- Kalsiyum glukonat**
- Potasyum klorür**
- Hiçbiri**

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.45)

IV verilen Mg ile toksite ortaya çıkabilir. Kardiyak arrest olabilir. CaCl veya Ca glukonat kullanılabilir.

## HEMOSTAZ-KAN TRANSFÜZYONU

**1. Pıhtılaşmada intrensek yol ile ekstrensek yolların ortak olduğu yol hangisidir?**

- Faktör II, IV, VII**
- Faktör V, VII, XII**
- Faktör VIII, IX, XI**
- Faktör II, V, X**
- Faktör VII, VIII, X**

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.93)

Pıhtılaşmadaki olaylar 2 yol izler: 1) Faktör X (Hageman) ile başlayan intrensek yol, 2) Faktör VII ile başlayan ekstrensek yol. Sonuçta bu iki yol Faktör X, V ve II'yi de içine alan ortak bir yolda birleşir.

**2. Masif banka kanı transfüzyonunda hangi koagülasyon faktörlerinin yetersizliği olur?**

- Yalnızca X**
- II ve X**
- V ve VIII**
- II ve VII**
- X ve XII**

Cevap C (Schwartz, s.130)

Masif banka kanı transfüzyonu yapıldığında, alıcıda faktör V ve VIII yetersizliği olur. Bunların dışında trombosit yetersizliği (trombositopeni) de gelişebilir.

3. PTZ ve APTZ düzeylerine bakılarak aşağıdaki faktörlerden hangisi hakkında fikir edinilemez?

- a) XIII
- b) XII
- c) X
- d) VIII
- e) II

Cevap A (Sayek, *Temel Cerrahi*, 2.Baskı, s.94)

PTZ ve APTZ intrensek yol ve ortak yol hakkında bilgi veren kriterlerdir. FXIII ise oluşan fibrinin sağlamlaşmasında etkilidir.

4. Aşağıdakilerden hangisi trombosit agregasyonunu inhibe eder?

- a) Epinefrin
- b) Prostaglandin (PGI<sub>2</sub>)
- c) ADP
- d) 5-hidroksi triptamin
- e) Trombin

Cevap B (Sayek, *Temel Cerrahi*, 2.Baskı, s.93)

PGI<sub>2</sub> trombosit agregasyonunu inhibe eder ve vazodilatasyon yapar. Tromboksan A<sub>2</sub> ise aksine vazokonstriksiyon ve agregasyonu aktive eder.

5. 25 yaşındaki bir kadın hastada sık sık epistaksis öyküsü mevcut olup, aspirin almakla artan menorejisi olmaktadır. Babası ve babasının halasında da kanama diyatezi vardır. Laboratuvar çalışmalarında protrombin zamanı normal, aktive PTT artmış, kanama zamanı uzamış, trombosit sayısı normal olarak bulunmuştur. Tanınız nedir?

- a) Hemofili A
- b) von Willebrand hastalığı
- c) DIC
- d) Aspirine bağlı kalitatif trombosit fonksiyon bozukluğu
- e) Faktör VII eksikliği

Cevap B (Sayek, *Temel Cerrahi*, 2.Baskı, s.95)

Aktive PTT uzaması hemofili A,B,C ve von Willebrand hastalığını düşündürür. Uzamış kanama zamanı von Willebrand hastalığında vardır. Kanama zamanı Hemofili A'da normaldir. Aspirin sadece kanama zamanını uzatır.

6. Beklemiş banka kanında hangisi olmaz?

- a) Hiperpotasemi
- b) 2-3 difosfoliserat azalması
- c) ATP'nin azalması
- d) Laktik asit azalması
- e) Lökosit azalması

Cevap D (Sayek, *Temel Cerrahi*, 2.Baskı, s.105)

Laktik asit beklemiş banka kanında artar. Lökositler ilk 7 günde sifıra inerken, lenfositlerin çoğu 21. güne kadar canlı kalır.

7. Sağlıklı bir erişkinde, en fazla ne kadar akut kan kaybı, herhangi bir önemli fizyolojik bozukluğa neden olmaz?

- a) 250 ml
- b) 500 ml
- c) 750 ml
- d) 1000 ml
- e) 1500 ml

Cevap B (Sayek, *Temel Cerrahi*, 2.Baskı, s.105)

500 ml'ye kadar olan akut kan kaybı ile kötü etki görülmez. Azalan kan volümünün eksikliği kristaloid ve kolloid infüzyonlarla düzeltilirse, 1000-1500 ml'ye kadar olan kan kayıpları irreversibl hipotansiyona yol açmaz.

9. Massif kan transfüzyonunda aşağıdaki komplikasyonlardan hangisi beklenmez?

- a) Faktör VIII eksikliği
- b) Hiperpotasemi
- c) Hipotermi
- d) Alkaloz
- e) Dilusyonel trombositopeni

Cevap D (Sayek, *Temel Cerrahi*, 2.Baskı, s.107)

Masif transfüzyon; 4 Ünite kanın aralıksız olarak dakikada 100 ml hızında verilmesi veya 2000 ml'den fazla kanın 20 dakikadan kısa bir süre içinde verilmesidir.

Masif banka kanı transfüzyonu komplikasyonları:

- Hemostaz yetersizliği
- Oksijen transportunun bozulması
- Asidoz
- Hiperpotasemi
- Sitrattoksikasyonu
- Hipotermi

10. Antikoagülan tedavi altındaki hastalarda cerrahi girişim yapılması planlanıyorsa bazı önlemler alınmalıdır. Bununla ilişkili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Heparinize bir hastanın, pıhtılaşma zamanı 25 dakikanın altında ise antikoagülan tedavi kesilmese de ameliyat olabilir.
- b) Oral antikoagülan alan bir hastada protrombin zamanı normalin %20'sinden daha uzun değilse emin bir şekilde ameliyat edilebilir.
- c) Coumadin etkisini kaldırmak için Vit K verilmelidir. Vit K etkisini 30 dakikada gösterir.
- d) Acil durumlarda Coumadin etkisi taze donmuş plazma ile kaldırılabilir.
- e) İki saatten daha önce I.V. yoldan verilmiş heparinin antikoagülan etkisi I.V. protrombin sülfat ile nötralize edilebilir.

Cevap C (Sayek, *Temel Cerrahi*, 2.Baskı, s.100)

Coumadin alan hastalarda protrombin konsantrasyonunu %50'sinin üzerindeyse elektif ameliyatlardan kaçınılmalıdır. Coumadin etkisini kaldırmak için K vitamini verilir. Ancak bu etki 6 saatten önce görülmez.

**ŞOK VE ASİT-BAZ DENGE BOZUKLUĞU**

1. Aşağıdakilerden hangisi metabolik alkalozun esas kompensasyon mekanizmasıdır?

- a) Respiratuar asidoz
- b) Respiratuar alkaloz
- c) Metabolik asidoz
- d) Karaciğerde yıkım
- e) Böbrekte atılım

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.54)

pH,  $\text{HCO}_3^- / \text{H}_2\text{CO}_3$ 'ün negatif logaritmasının anlamıdır.

Metabolik alkaloz  $\text{HCO}_3^-$  ile olur. Bu orantının tekrar normal haline gelmesi ya  $\text{HCO}_3^- \downarrow$  ile ya da  $\text{H}_2\text{CO}_3$  ile olur.  $\text{H}_2\text{CO}_3$  artımı respiratuar asidozdur, fakat bunu yapabilmek için hipoksi gerekir bu nedenle çok tehlikelidir. Oranın yerine getirilmesi  $\text{HCO}_3^- \downarrow$  ile olacaktır ve burada böbrekteki karbonik anhidraz aktivitesi  $\downarrow$  ve bikarbonat oluşumu  $\downarrow$ , böbrekte atılımı ile olur.

2. Aşağıdaki hasta grubunun hangisinde asit-baz incelemesi gerekir?

- a) Ağır travma
- b) ATN
- c) Uzun süreli kusma ve ishaller
- d) Elektrolit bazları
- e) Hepsi

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.55)

Asit baz incelemesi endikasyonları:

- Elektrolit bozuklukları
- Bilinç bozukluğu
- Şok
- Solunum bozuklukları
- Kalp-akciğer ameliyat erken post-op
- Açlık, yüksek ateş
- Ağır travma
- Sepsis ve zehirlenme
- Sürekli yapay solunum
- Uzun süreli yoğun kusma ve ishaller
- ATN

3. Aşağıdakilerden hangisi hipokloremik hipopotasemik metabolik alkaloz yapar?

- a) Alkali madde alınması
- b) Kusma, gastrik drenaj
- c) Salisilat zehirlenmesi
- d) Civalı diüretikler
- e) Tham

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.61)

Civalı diüretikler Na ve Cl emilimini önleyerek hipokloremik, K atılımı hipopotasemik metabolik alkaloz yaparlar.

4. Metabolik alkaloz olan bir kişide idrar pH'sı asidik ise ne düşünülür?

- a) THAM zehirlenmesi
- b) Salisilat zehirlenmesi
- c) Hipopotasemi
- d) Uzamış hiperkalsemi

e) Hiçbiri

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.61)

Hipopotasemide hücre içi sıvıda çıkan her 3 K için hücre içine 2Na ve 1 H girer. Bunun sonucunda metabolik alkaloz oluşur. Ayrıca hipopotasemide böbrekten Na emilimi için lümene salgılanacak K olmadığından H salgılanır. Bu da hem H kaybı hem de bikarbonat emilimi ile alkalozu artırır. Kuvvetli bir metabolik alkaloz olduğu halde tübüler lümene salgılanan H nedeniyle idrar pH'sı asidiktir.

5. Aşağıdakilerden hangisi THAM için doğrudur?

- a) Bir aminoalkalodis ve iv verildiğinde H alıcısı olarak görev yapar.
- b) Metabolik asidozun tamponlanmasında Na olan hastalarda Na içeren preparatların yerine kullanılır.
- c) Diğer int. asidoz tamponatlarından farklı olarak hücre içine de geçer ve bu nedenle hücre içi asidozuna da etkilidir.
- d) Hipoglisemi, hipopotasemi ve apneye sebep olabilir.
- e) Hepsi doğrudur.

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.60)

THAM metabolik asidozda sıkça kullanılan sodyum bikarbonatın yerine kullanılabilen güçlü bir tamponattır.

6. En sık görülen asit baz dengesi bozukluğu hangisidir?

- a) Metabolik alkaloz
- b) Metabolik asidoz
- c) Respiratuar alkaloz
- d) Respiratuar asidoz
- e) Hiçbiri

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.59)

Metabolik asidoza sebep olabilecek durumlar:

- ABY
- KBY
- Karaciğer yetmezliği
- Hipoksi
- İshal-kusma
- Diyabet
- Pankreas-safra fistülleri
- Karbonik anhidraz inhibitörleri
- Massif kan transfüzyonlar
- Dolaşıma fazla asit sokulması

7. Aşağıdaki şokla ilgili seçeneklerden hangisi yanlıştır?

- a) Şok genel olarak yetersiz doku perfüzyonudur.
- b) Doku perfüzyonunun temel belirleyicileri sistemik arteryel basıncı, doku vasküler direnci ve doku kapiller yatağının durumudur.
- c) Cerrahide en sık görülen şok tipi olan hipovolemik şokta sorun sistemik arteryel kan P'nin azalmasıdır.
- d) Kardiyojenik şokta olay vazokonstriktör ajanlarla kompanse edilebilir.
- e) Nörojenik ve septik şokta olay genel olarak gelişen vasodilatasyona bağlıdır.





**11. Endotoksin sepsisinde salınan mediatörlerden hangisi diğerlerinin aksine koruyucu etki yapar?**

- a) Lökosit endojen mediator
- b) Endojen pirogen
- c) Lenfosit aktive edici faktör
- d) IL-1
- e) TNF

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.134)

a,b,c şıklarındaki maddelerin sepsiste görülen bozukluklara yol açtıkları, TNF'nin de erken bir mediatör olarak endotoksinin etkinliğini rol oynadığı gösterilmiştir. IL-1 ise koruyucu bir rol oynamaktadır.

**12. Şok tablosuyla gelen bir hastada aşağıdaki fizik muayene bulgularından hangisi bize öncelikle septik şoku düşündürmelidir?**

- a) Bilinç bulanıklığı
- b) Hipotan
- c) Nemli sıcak ekstremiteler
- d) Taşikardi
- e) Takipne

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.133)

Diğer şıklar her türlü şok tablosuna eşlik edebilmekle birlikte sıcak ve nemli ekstremiteler bizi öncelikle septik şoka yaklaştırmaktadır.

## GİS KANAMALARI

**1. Melenanın oluşması için en az kaç ml kan kaybı olmalıdır?**

- a) 50
- b) 100
- c) 250
- d) 500
- e) 1000

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.950)

Melenanın oluşması için gastrointestinal sisteme en az 50 ml kan kaybı gerekirken birlikte, klinikte görülen olgularda genellikle daha fazla ölçüde kanama vardır. Melenanın süresi de kanamanın miktarıyla ilgilidir: 1000 ml kanama sonucu 5 gün devam eden melenaya görülür. Hematemez ve melenayı izleyen dönemde, dışkıda gizli kan 21 gün süreyle pozitif kalır. Gastrointestinal kanamaların pek çoğu, başından itibaren bu özellikte olup, gizli kanama olarak adlandırılır.

**2. Üst gastrointestinal kanamaların en sık nedeni hangisidir?**

- a) Özofagogastrik varisler
- b) Akut gastrik mukozal lezyonlar
- c) Peptik ülser
- d) Cushing ülseri
- e) Menetrier hastalığı

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.951)

Peptik ülser, tüm üst GİS kanamalarının 1/2-2/3'ünün nedenidir. Peptik ülserlerde %10-15 oranında masif kanama görülür. Duodenal ülserlere bağlı kanamalar, gastrik ülserlere göre 4 kat daha fazladır; bu, hem duodenumun gastroduodenal arterle olan yakın komşuluğundan, hem de peptik ülserlerin mideye göre duodenumda daha sık görülmesinden kaynaklanır.

**3. Aşağıdakilerden hangisi üst-alt GİS kanaması ayırımında kullanılır?**

- a) Kan Üre Azotu (BUN)
- b) Başvuru yakınması
- c) Gastrik aspirasyon
- d) Bağırsak sesleri
- e) Hepsi

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.951)

Ayırıcı Özellik	Üst GİS Kanaması	Alt GİS Kanaması
Kan Üre Azotu (BUN)	Artmış	Normal
Başvuru yakınması	Hematemez ve/veya melena	Hematokezya
Gastrik aspirasyon	Kanlı	Temiz
Bağırsak sesleri	Hiperaktif	Normal

**4. Üst gastrointestinal sistem kanamasında ilk ve en önemli tanı yöntemi hangisidir?**

- a) Sintigrafi
- b) Arteriografi
- c) Endoskopi
- d) Kan üre azotu (BUN)
- e) Baryumlu radyografik tarama

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.955)

Endoskopi; ilk ve en önemli tanı yöntemidir. Tanı yanında, tedavi edici rolü de vardır; çünkü skleroterapi, termal koagülasyon veya laser fotokoagülasyonuna imkan sağlar. Röntgende saptanamayan pek çok lezyonu gösterir. Tecrübeli bir endoskopist hem tedavi yapabilir, hem de cerraha erken ve doğru uyarılarda bulunarak tedaviyi kolaylaştırır.

**5. Adölesan çağındaki en sık alt GİS kanama nedeni hangisidir?**

- a) Hemoroid
- b) Polip
- c) Meckel divertikülü
- d) Vasküler ektaziler
- e) İntestinal duplikasyon

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.961)

Gastrointestinal sistemde, Treitz ligamentinin distalindeki herhangi bir odaktan kaynaklanan kanamalar alt GİS kanaması olarak tanımlanır.

Adölesan çağındaki Meckel divertikülü en sık görülen neden olmakla birlikte, inflamatuvar bağırsak hastalıkları ve polipler de kanama nedeni olabilir.

## GASTROİNTESTİNAL SİSTEM HASTALIKLARI

### 1. Akalazyaya hakkında aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- En sık 30-50 yaşları arasında görülür.
- Başlangıçta soğuk ve sulu gıdalara disfaji daha fazladır.
- Özofagus Ca gelişimine pek etkisi yoktur.
- Primer patofizyolojik bozukluk LES'in inhibitör innervasyonundaki bozukluk olabilir.
- Özofagus grafisinde alt uçta tipik olarak kuş gagası görünümünde darlık vardır.

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.992-993)

- Erkek-kadın sıklığı eşittir.
- En sık 30-50 yaşları arasında görülür.
- Disfaji, noktürnal regürjitasyon ve nonkardiyak göğüs ağrısının en yaygın nedenidir.
- Kaide olarak başlangıçta özellikle soğuk ve sulu gıdalara disfaji fazladır.
- Akalazyanın komplikasyonları: Aspirasyon pnömonisi, kandida özofajiti, özofagus Ca'dur. Ca gelişme riski 7 kat artar.
- Nedeni tam bilinmemesine rağmen primer patofizyolojik bozukluk LES (alt özofagus sfinkter)'in inhibitör innervasyonundaki bozukluk olabilir.
- Akciğer grafisinde dilate özofagus ile mediastende genişleme;
- özofagus sineradyografisinde aperistaltizm ve LES'inde relaksasyon eksikliği;
- manometrik çalışmada LES'in basıncının artışı;
- Özofagus grafisinde ise kuş gagası görünümü saptanır.

### 2. Akalazyada kesin tanıyı koyduran tetkik hangisidir?

- Akciğer grafisi
- Endoskopi
- Motilite çalışmaları
- Manometrik çalışmalar
- pH monitorizasyon

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.993)

Akalazyada kesin tanıyı manometrik çalışmalarda → özofagus gövdesinde ve LES'de basıncın normale göre artışı koydurur.

### 3. Özofagus perforasyonlarının en sık nedeni nedir?

- İatrojenik
- Spontan
- Yabancı cisimler
- Travma
- Divertiküller

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.996-997)

-İatrojenik en sık nedendir (%75.5). Endoskopi ve dilatasyona sekonderdir. Krikofaringeus kas bölgesi özofagusun en dar yeridir ve bu tip perforasyonların

çoğu burada olur. Bundan sonra torakoabdominal segment gelir.

-Spontan perforasyon ikinci en sık nedendir (%12.3). Tamamına yakını postemetik (barojenik)'tir. Spontan özofagus perforasyonu Boerhaave Sendromu olarak bilinir. Yırtık mukoza ve submukoza seviyesinde ise Mallory-Weiss sendromu denir. Boerhaave'de tüm duvar yırtılmıştır.

-Yabancı cisimler (%17.3) servikal bölgede, arkus aorta düzeyinde ve distal özofagusta kardianın hemen üzerinde ortaya çıkar.

-Travma (%4.9) çoğu servikal özofagusta olur.

### 4. Gastroözofageal reflü için en spesifik test hangisidir?

- Üst gastrointestinal endoskopi
- Radyolojik incelemeler
- pH monitorizasyon (24 saat)
- Özofageal ve gastrik sintigrafi
- Bernstein testi

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1026)

Gastroözofageal reflüde;

-Semptomlar: noktürnal regürjitasyonu takiben mide yanması, ağrılı yutma, şikayetlerin asitli yiyeceklerle artması.

-Radyolojik incelemeler: Ba'lu inceleme hikâye ve fizik muayene sonrası yapılacak ilk tetkiktir. En iyi tetkik Ba ile tecrübeli bir fluoroskopist tarafından, monitorize edilerek yapılır.

-Üst GIS endoskopisi basit yanma dışında özofageal semptomu olan tüm hastalar ve basit tedaviye 1 ayda cevap vermeyen, yanması olan hastalara yapılır.

-24 saat pH monitorizasyon reflü ölçümü için kantitatif bir yöntemdir. Özofagus pH'sı 4'ten az ise reflü tanımlanır. Reflü için "altın standart"dır.

-Özofageal ve gastrik sintigrafi bebek ve küçük çocuklar için yararlıdır.

-Bernstein testi hasta sandalyede otururken yapılır.

### 5. Özofagus divertikülleri için hangisi yanlıştır?

- Zenker divertikülü, 50 yaş üzeri erkeklerde sıktır. Sıklıkla sağdadır ve submukozayı içine alır.
- Midözofageal divertiküller mediastinal lenf nodunda oluşan adezyonlara bağlı olabilirler (Tbc, antrakozis sonucu).
- Midözofageal divertiküller genelde semptom vermezler ve komplikasyon gelişmedikçe tedavi gerekmez.
- Epifrenik olanlar son 10 cm'de olur. Genelde sağdadırlar.
- Zenker divertikülü, üst özofagusta motilite bozukluğu sonucu gelişir.

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1000-1001-1003)

Özofagus divertikülleri üç bölgede görülür:

## GENEL CERRAHİ

1. Farengözofageal divertikül (Zenker divertikülü)  
-50yaş üzeri erkeklerde, pulsiyon divertikülü özelliğindedir ve sadece mukoz tabakasını içerir. Üst özofagusta motilite bozukluğu sonucu gelişir. Semptomları arasında en sık görüleni yiyeceklerin üst özofagusta takılma hissidir. Tedavisi cerrahidir. Genellikle sola doğru uzanır.
2. Midözofageal (parabronşial) divertiküller; mediastinal lenf nodülündeki tbc veya antrakozis gibi patolojilerin neden olduğu düşünülür. Semptom vermezler (genelde). Komplikasyon gelişmediği müddetçe herhangi bir tedavi gerekmez.
3. Epifrenik divertiküller genellikle orta yaşlarda, özofagusun son 10 cm'sinde, LES'in hemen üzerinde bulunurlar. En sık semptomları disfaji ve regürjitasyondur. Pulsiyon divertikülleri tipindedir ve genelde sağdadır.

### 6. Özofagus Ca için yanlış olanı işaretleyiniz.

- a) %90 epidermoid Ca'dır.
- b) Soğuk besinler, sıcak besinlere oranla daha iyi tolere edilir.
- c) Korozif striktürler zamanla Ca'ya dönüşebilirler.
- d) GIS Ca'larının %7'sini oluştururlar.
- e) Alkol ve sigara etiyojide rol oynar.

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1004-1006)

#### Özofagus Ca:

- Bütün özofagus tümörleri içinde en sık Ca'ya rastlanılmaktadır. %90 skuamöz hücreli (epidermoid Ca) veya adeno Ca olabilirler.
- Primer adeno Ca'lar yukarıdan aşağıya doğru artar.
- Üst bölge tümörleri daha fazladır.
- Tüm kanserler arasında %1.5, GIS kanserleri arasında %7 oranında görülür. Yaşlılarda görülme oranı yüksektir.
- Korozif striktürler zamanla malignleşebilirler.
- Ilık besinler, soğuk ve sıcak yemeklere oranla daha iyi tolere edilir.

### 7. Özofagus Ca hastalarında en önde gelen belirti hangisidir?

- a) Disfaji
- b) Kilo kaybı
- c) Pirozis
- d) Retrosternal ağrı
- e) Regürjitasyon

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1008)

Özofagus Ca tanısı almış hastalarda semptomların dağılımı:

-Disfaji	→	%98
-Kilo kaybı	→	%94
-Pirozis	→	%58
-Retrosternal ağrı	→	%44
-Regürjitasyon	→	%41

### 8. Özofagus Ca'da en önemli tanı aracı hangisidir?

- a) USG
- b) CT
- c) Özofagoskopi
- d) ÖMD grafisi
- e) Sitoloji

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1016)

Genel fizik muayene ve laboratuvar çalışmaları hastalığa ait belirgin bulgu vermezler. Ancak radyoloji ve endoskopik çalışmalar bir ölçüde gösterebilir. Radyolojik olarak tümörler kenarları belirgin, muntazam görüntü verirler. Özofagoskopi, özofagus tümörü düşünüldüğünde yapılması gereken en önemli tanı aracıdır. Ülsere olmayan lezyonlarda mukozanın devamlılığının bozulmaması için biyopsi yapılmamalıdır.

### 9. Hiatal herniler için hangisi yanlıştır?

- a) Sliding herni en sık olandır ve gastroözofageal bileşke diafragma üzerindedir.
- b) Rolling (Paraözofageal) hernide kanama, dispne, disfaji daha sıktır.
- c) Sliding herni, paraözofageal herninin aksine anatomik bir defekte bağlıdır.
- d) Sliding hernide medikal tedaviye yanıt yoksa, reflü komplikasyonu gelişmişse cerrahi tedavi endikedir.
- e) Sliding hernide, en etkin antireflü girişimi Nissen onarımıdır.

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1020-21)

- Sliding herni en sık olandır ve kardiasiyonun zayıflaması veya kaybolmasına karşın midenin karın içindeki diğer bağlantılarının rölatif olarak sağlam kalması sonucu gelişir.
- Rolling hernide kanama, dispne, disfaji daha sıktır ve bu tip herniler anatomik bir defekte bağlıdır.
- Sliding hernide medikal tedaviye yanıt yoksa, reflü gelişmişse cerrahi endikedir. En etkin antireflü girişim Nissen fundoplikasyonudur.
- Rolling herni (Paraözofageal) cerrahi onarım için endikasyondur.

### 10. Aşağıdakilerden hangisi özofagus Ca etiolojisinde rol oynamaz?

- a) Coğrafi dağılım
- b) Alkol, sigara
- c) Irk
- d) Cinsiyet, yaş
- e) Çinkodan zengin yiyecekler

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1005-1006)

Özofagus Ca etiolojisinde rol oynayan faktörler:

- Alkol ve sigara
- Benzpiren ve değişik nitrozaminler
- A, C, E vitaminleri, riboflavin ve çinkodan fakir yiyecekler

- Sıcak yiyecekler
- Coğrafî dağılım
- İrk (zenci ve Porto Rico'lularda 4 kat daha fazla)
- Cinsiyet (E>K), yaş (>50)

**11. Peptik ülser ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Peptik ülser en sık 20-60 yaş arasında görülür.
- b) Peptik ülser erkeklerde 2-3 misli daha sık görülür.
- c) Peptik ülser oluşumunda genetik bir yatkınlığın çevresel faktörlerle etkileşimi söz konusudur.
- d) Mide ülserleri duodenal ülserlere göre 5-6 misli daha siktir.
- e) Duodenal ülser patofizyolojisinde hiperasidite; gastrik ülser patofizyolojisinde mukozal savunma faktörlerinin bozulması daha ön plandadır.

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1031)

Duodenal ülserler, mide ülserlerine göre 5-6 misli daha siktir.

**12. Aşağıdakilerden hangisi ülser oluşumuna neden olmaz?**

- a) Bozulmuş mukozal savunma
- b) Artmış prostaglandin sentezi
- c) Artmış mide boşalma hızı
- d) Helikobakter pilori enfeksiyonu
- e) Alkol, sigara kullanımı

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1033)

Prostaglandinler adenilat siklazı inhibe ederek paryetal hücrelerden asit salınımını azaltır, yüzey epitel hücrelerinden bikarbonat salgılanmasını uyararak, mukus sentezi ve mukozal kan akımını artırarak ülser oluşumunu azaltırlar.

**13. Duodenal ülserle ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Ülser nişi en çok duodenal bulbusta yerleşir.
- b) Endoskopi, radyolojik yöntemlere göre daha duyarlıdır.
- c) Duodenal ülserin en çok görülen komplikasyonu kanamadır.
- d) Perforasyon çoğunlukla duodenum ön yüzünde yerleşen ülserlerde görülür.
- e) Kanama genellikle ülserin A. pankreatikoduodenalis superior'a penetrasyonu sonucu olur.

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1034-1035)

Duodenal ülserde kanama genellikle duodenumun arka yüzünde yerleşen ülserlerin A. gastrroduodenalis'e veya dallarına penetrasyonu sonucu gelişir.

**14. Aşağıdakilerden hangisi gastrik ülserin benign olduğunu göstermez?**

- a) Radyolojik yöntemle ülser tabanının mide konturları dışında olması
- b) Mukozal kıvrımların ülser nişine kadar gelmesi

- c) Ülserin çapının 1 cm'den küçük olması
- d) Aklorhidri varlığı
- e) Beraberinde duodenal ülser bulunması.

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1044)

Aklorhidri malign ülser varlığını düşündürmelidir.

**15. Aşağıdakilerden hangisi H<sub>2</sub> reseptör antagonistlerinden biri değildir?**

- a) Simetidin
- b) Roksatidin
- c) Nifedipin
- d) Famotidin
- e) Nizatidin

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1036)

Nifedipin H<sub>2</sub> reseptör antagonisti değil, kalsiyum kanal blokörüdür.

**16. Hiperplastik mide polipleri için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Hiperplastik polipler %60-90'lık kısım oluşturur.
- b) Columnar epitel ile döşelidirler.
- c) Karsinomatöz dejenerasyon siktir.
- d) Mide içinde eşit dağılım gösterirler.
- e) Gastrik epitelin proliferasyonu sonucu gelişirler.

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1047)

Hiperplastik mide poliplerinde karsinomatöz dejenerasyon pek söz konusu değildir.

**17. Aşağıdakilerden hangisi mide karsinomu için predispoze bir faktör değildir?**

- a) Zeminden büyük adenomatöz polipler
- b) Familial polipozis coli
- c) Pernisiyöz anemi
- d) Aklorhidri
- e) Kronik gastrik ülser

Cevap E (Cerrahi, Türkiye Klinikleri, s.359)

Gastrik ülser ile karsinom ilişkisi bir zamanlar tartışılmasına rağmen bugün benign kronik gastrik ülserin malign potansiyeli olmadığı artık kabul edilmektedir.

**18. Mide karsinomlarının tedavisi hakkında aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Uzak metastazın olmadığı durumlarda radikal gastrektomi uygulanır.
- b) Distal ve proksimal 1/3 yerleşimli mide karsinomlarında subtotal gastrektomi uygulanır.
- c) Orta ve üst 1/3 lezyonları için splenektomi eklenmelidir.
- d) Kemoterapi mide karsinomlarında pek etkin değildir.
- e) Gastrektomi ile beraber lenfadenektomi yapılmasına göre R<sub>1</sub>, R<sub>2</sub>, R<sub>3</sub> rezeksiyonları uygulanır..

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1053)

Orta ve üst 1/3 yerleşimli mide karsinomları için total

gastrektomi en uygundur.

**19.Midede görülen en sık sarkom hangisidir?**

- a) Fibrosarkom
- b) Anjiosarkom
- c) Leiomyosarkom
- d) Liposarkom
- e) Nörojenik sarkomlar

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1054)

En sık görülen leiomyosarkomdur.

**20.Duodenum primer divertikülleri için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?**

- a) Traksiyon divertiküldürler.
- b) Yalancı divertiküldürler.
- c) Duodenum duvarının tüm katlarını içerirler.
- d) %90 kadarı çifttir.
- e) En sık ampulla vater'i yakınında bulunurlar.

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1055)

Primer divertiküller pulsiyon divertikülü olup, sadece mukoza ve serozadan oluşurlar, yani gerçek divertiküldürler. %90 kadarı tektir ve %80'i duodenum 2. kısmında medial kenarda ve en sık ampulla vateri yakınında bulunurlar.

**21.Akkiz duodenal divertikülde suçlanan etiyolojik faktör aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Motilite bozukluğu
- b) Duodenal lümen rekanalizasyonunda kalan fetal kalıntı
- c) Malignansi
- d) Diyet
- e) Endokrin faktörler

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1055)

Akkiz olan ekstraluminal divertikülün kesin nedeni bilinmemektedir. Ancak diğer intestinal bölgelerdeki divertikül oluşumuna benzer olarak motilite bozuklukları sonucu olduğu düşünülmektedir.

**22.Duodenal divertikül tedavisi için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Akkiz divertikülde ameliyat genelde komplikasyon varlığında düşünülmelidir.
- b) Cerrahide insidental karşılaşılan asemptomatik bir divertiküle yönelik bir girişim düşünülmemelidir.
- c) Perfore divertikülde tedavi, eksizyon, primer kapama ve drenajdır.
- d) İntraluminal duodenal divertikülde komplikasyon olmamışsa konservatif yaklaşılmalıdır.
- e) Cerrahi girişim gerektiren duodenal divertikül oranı %5'den azdır.

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1057)

Konservatif yaklaşım geçici olarak başarılıdır ve semptomların rekürrens oranı yüksektir. Çok riskli

olmayan hastalarda, komplikasyon olmamışsa bile duodenostomi ile eksizyona başvurulmalıdır.

**23.Duodenum benign tümörleri içinde aşağıdakilerden hangisi malign transformasyon gösterebilir?**

- a) Brunner bezi adenomu
- b) Hemanjioperistom
- c) Karsinoid tümör
- d) Villöz adenom
- e) Leiomyom

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1058)

Brunner bezi adenomlarında malign transformasyon olduğuna dair yayın olmasına rağmen, bu özelliklerinin olmadığı ileri sürülmektedir. Villöz adenomların malign değişimleri söz konusudur.

**24.Aşağıdakilerden hangisi en sık duodenal malign tümördür?**

- a) Lenfosarkom
- b) Leiomyosarkom
- c) Adeno Ca
- d) Malign karsinoid tümör
- e) Retikulum hücreli sarkom

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1060)

Primer malign tümörlerin büyük kısmını (%75) Adeno Ca oluşturur.

**25.Duodenal malign tümörlerde en sık semptom aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Ağrı
- b) Bulantı-kusma
- c) Gastrointestinal kanama
- d) Kilo kaybı
- e) Tıkanma sarılığı

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1060)

En sık görülen semptom ağrıdır.

**26.Proksimal gastrik vagotomide aşağıdaki yapılardan hangisi denerve edilir?**

- a) Parietal hücre kitlesi
- b) Biliyer sistem
- c) Pankreas
- d) İnce bağırsak
- e) Proksimal kolon

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1063)

Proksimal gastrik vagotomi sadece parietal hücre kitlesini denerve eder.

**27.Aşağıdakilerden hangisi vagotomiye ait postoperatif komplikasyonlardandır?**

- a) Hepatik infarkt
- b) Diare
- c) Kolelitiazis
- d) Reflü özofajit
- e) Gastrik staz

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1063-tablo 1)

Vagotomiye ait komplikasyonlar  
I) İntraoperatif komplikasyonlar

- Hepatik ven, inferior frenik ven, inferior vena cava yaralanması
- Hepatik infarkt
- Dalak yaralanması
- Özofagus yaralanması
- Diafragma krusları yaralanması
- Komşu organ yaralanmaları

## II) Erken postoperatif komplikasyonlar

- Gastrik staz
- Disfaji

## III) Geç postoperatif komplikasyonlar

- Diare
- Kolelitiazis
- Reflü özefajit

## 28. Peptik ülser cerrahisinde en sık görülen intraoperatif vagotomi komplikasyonu aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Hepatik ven yaralanması
- b) Hepatik infarkt
- c) Dalak yaralanması
- d) Özofagus yaralanması
- e) Diyafragma krusları yaralanması

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1064)

Vagotomiye ait intraoperatif komplikasyonların en sık görüleni dalak travmasıdır. Görülme sıklığı %3'dür.

## 29. Aşağıdaki mekanizmalardan hangisi peptik ülser cerrahisinde vagotomi sonrası görülen diare etiopatogenezinden sorumlu değildir?

- a) Bakteri çoğalması
- b) Motilite değişikliği
- c) Yetersiz antrum rezeksiyonu
- d) Splanknik kan akımında azalma
- e) Safra tuzu malabsorbsiyonu, fekal safra tuzu atılımında azalma

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1064-1065)

İleri sürülen mekanizmalar şunlardır: 1) Bakteri çoğalması, 2) Motilite değişikliği, 3) İntestinal villuslarda azalma ve epitelyal hücrelerin enzim içeriği ve aktivitesinde azalma, 4) Splanknik kan akımında azalma, 5) Safra tuzu malabsorbsiyonu ve fekal safra tuzu atılımında artma.

## 30. Aşağıdakilerden hangisi gastrektomi sonrası meydana gelebilen geç komplikasyonlardan biri değildir?

- a) Alkalen gastritis
- b) Marjinal ülser
- c) Dumping sendromu
- d) Pankreatit
- e) Afferent loop sendromu

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1065-tablo 2)

Gastrektomi komplikasyonları  
1. Erken Komplikasyonlar  
-Kanama  
-Pankreatit

- Duodenal güdük sızdırması
- Stromal obstrüksiyon
- Gastrik remnant nekrozu
- 2. Geç Komplikasyonlar
- Dumping sendromu
- Afferent Loop sendromu
- Alkalen gastritis
- Marjinal ülser
- Malnütrisyon-malabsorbsiyon
- Karsinom

## 31. Gastrektomi sonrası erken dönemde gözlenen stromal obstrüksiyonun en sık nedeni nedir?

- a) İnflamatuvar yapışıklıklar
- b) Mezokolik herniasyon
- c) Aşırı yağ nekrozu
- d) İnflame omentum
- e) Ödem

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1067)

## 32. Aşağıdaki ameliyatlardan hangisinde Dumping sendromu daha seyrek görülür?

- a) Billroth I
- b) Billroth II
- c) Vagotomi+drenaj
- d) Total gastrektomi
- e) A+C

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1065)

Dumping insidansı direkt olarak çıkarılan mide miktarı ile ilgili olarak görünmektedir ve Billroth I rekonstrüksiyondan sonra ve vagotomi+drenaj ameliyatlarından sonra daha az görülür.

## 33. Aşağıdakilerden hangisi marjinal ülser oluşumuna neden olan predispoze faktörlerden biri değildir?

- a) Gastrik staz
- b) Fonksiyonel paratiroid adenomu
- c) Zollinger Ellison sendromu
- d) Tam olmayan vagotomi
- e) Kısa afferent loop

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1071)

Predispoze faktörler: 1) Gastrik staz, 2) Tam olmayan vagotomi, 3) Yetersiz antrum rezeksiyonu, 4) Fonksiyonel paratiroid adenom, 5) Zollinger-Ellison sendromu, 6) Uzun afferent loop.

## 34. Postgastrektomi veya trunkal vagotomi+drenaj ameliyatından sonra gelişen karsinomada en önemli etiyolojik faktör hangisidir?

- a) Hipoklorhidri
- b) Atrofik gastrit
- c) Pernisiyöz anemi
- d) İntestinal metaplazi
- e) Gastrik denervasyon

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1073)

## GENEL CERRAHİ

Etiyolojik faktörler hipoklorhidri ve enterogastrik reflüdür.

**35.Total veya Polya tipi gastrektomi sonrası aşağıdaki kemik hastalıklarından hangisi görülebilir?**

- Paget hastalığı
- Perthes hastalığı
- Osteomalazi
- Osteosarkom
- Osteokondritis Dissekans

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1074)

Total ve Polya tipi gastrektomi sonrası osteoporoz ve osteomalazi rapor edilmiştir.

**36.Mide ameliyatları komplikasyonlarından hangisi vagotomiye aittir?**

- Kolelitiazis
- Kanama
- Pankreatit
- Duodenal güdük sızdırması
- Marjinal ülser

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1063-1065)

Kolelitiazis, mide ameliyatlarında vagotomiye ait bir komplikasyondur. Kanama, pankreatit, duodenal güdük sızdırması, marginal ülser ise gastrektomiye ait komplikasyonlardır. Vagotomiye ait diğer komplikasyonlar; hepatik infarkt, dalak, özofagus yaralanması, disfaji, gastrik staz, diare, reflü özofajitidir.

**37.Aşağıdakilerden hangisi "Erken Mide Karsinomu"nu doğru tanımlar?**

- Histolojik olarak mukozayı geçmemiş tümör
- Histolojik olarak mukoza ve submukozayı invaze etmiş ancak metastaz yapmamış tümör
- Histolojik olarak mukoza ve submukozayı invaze etmiş metastaz yapmış/yapmamış tümör
- Klinik olarak belirti vermemiş tümör
- Histolojik olarak submukozayı aşmış olmasına rağmen metastaz yapmamış tümör

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1050)

Histolojik olarak erken mide karsinomu; mukoza ve submukozayı invaze etmiş tümör olarak tanımlanmıştır. Her evresinde metastaz gelişebilir. En sık corpusa görülür.

**38.Hangisi midenin benign tümörleri için yanlıştır?**

- Polipler midenin en sık görülen benign tümörleridir.
- En sık adenomatöz polipler gözlenir.
- Leiomyomlar midenin distal kısmında daha çok gözlenir.
- Histolojik olarak leiomyomların, sarkomlardan ayrımı çok güçtür.
- Hiperplastik ve adenomatöz polipler dışında, inflamatuvar polipler de gözlenebilir.

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1047)

Adenomatöz polipler hiperplastik poliplere göre daha az görülürler ve mide poliplerinin %10-20'sini oluşturlar.

**39.Dumping Sendromu ile ilgili yanlış ifade hangisidir?**

- Erken Dumping Sendromunda hiperglisemi, Geç Dumping Sendromunda hipoglisemi gözlenir.
- Tedavi her ikisinde de aynıdır.
- Erken Dumping Sendromundan sorumlu olay, mideden jejenuma geçişin hızlı olmasıdır. İçeriğin karbonhidrat olması şart değildir.
- Geç Dumping Sendromu oluşabilmesi için alınan gıdanın karbonhidrattan zengin olması şarttır.
- Geç Dumping Sendromunda semptomlar glukoz alımından sonra geriler.

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1068-1070))

Erken Dumping Sendromu;

-Daha sık görülür.

-Semptomlar yemek sırasında veya hemen sonra başlar.

-Vazomotor ve gastrointestinal semptomlarla kendini gösterir.

-Patogeneizde pasajın hızlı olması yetmez, yüksek karbonhidrat içeren yiyecekler olması şarttır.

-Tanı karakteristik postprandial semptomlarla klinik olarak konur.

Geç Dumping Sendromu;

-Daha seyrek görülür.

-Semptomlar yemekten 1-3 saat sonra başlar.

-Aşırı insülin salınımı ve hipoglisemi vardır.

-Gastrointestinal semptomlar yoktur.

Tedavileri aynıdır.

**40.Hangisi Alkalen Gastrit ile ilgili yanlış ifadedir?**

- Mide içeriğinin özefagusa reflüsü sonucu oluşur.
- Epigastrik ağrı, kusma ve kilo kaybı gözlenir.
- Ağrı yemeklerle artar, kusma ile geçmez.
- Kusma safralıdır ve yemek artıkları içerir.
- Tedavide cerrahi olarak en sık Roux-en-Y-ameyliyatı yapılır.

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1070)

Alkalen gastrit, pilorun kesilmesi, çıkarılması veya bypass edilmesi durumunda gözlenir. Duodenal içeriğin, mideye kontrolsüz reflüsü gastrite neden olmaktadır.

**41.Gastrointestinal sistemin absorpsiyon fonksiyonu için yanlış ifade hangisidir?**

- Demir, emilimi, duodenum ve proksimal jejenumu tutan hastalıklarda bozular.
- Folik asit emilimi, aktif transportla midede olur.
- Karbonhidratların emilmesi için monosakkarit olmaları gerekir.

**d) Kalsiyum, duodenumdan Vit D<sub>3</sub> yardımıyla emilir.**

**e) Vitamin B<sub>12</sub>, distal ileumdan emilir.**

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.916, tablo-7)

Folik asit emilimi, aktif transportla proksimal jejunumdan olur.

Yer	Gıdalar
Proksimal ince bağırsak	Yağlar, karbohidratlar, demir, kalsiyum, folik asit, vitaminler
Orta ince bağırsak	Protein, karbohidratlar, folik asit
Distal ince bağırsak	Vit B <sub>12</sub> , safra tuzları
İnce bağırsak+kolon	Su ve elektrolitler

**42.Crohn hastalığında aşağıdakilerden hangisi olmaz?**

- Derin ülserler
- Fistüller ve abseler
- Kaldırım taşı görünümü (Radyografide)
- Difüz tutulum
- Bağırsak duvarında kalınlaşma

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1076-1077)

İnce bağırsakta Crohn hastalığında tipik değişiklikler şunlardır;

- Nodülasyon
- Derin ülserler
- Fistüller
- Abseler
- Kaldırım taşı görünümü
- Bağırsak duvarında kalınlaşma
- Bağırsak luplarının itilmesi
- Lümenin daralması ve ip işareti
- Hastaliksız (skip) alanlar

**43.Meckel divertikülünün erişkin ve çocuktaki en sık komplikasyonları nedir?**

Erişkin	Çocuk
a) Perforasyon	Obstrüksiyon
b) Kanama	İnflamasyon
c) Neoplazm gelişmesi	Kanama
d) Malabsorbsiyon	İnflamasyon
e) Obstrüksiyon	Kanama

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1083)

Meckel divertikülünün komplikasyonları kanama, intestinal obstrüksiyon, inflamasyon (divertikülit), perforasyon, neoplazm, kör lup etkisiyle malabsorbsiyondur. Çocukta en sık sorun rektal kanama, erişkinde ise intestinal obstrüksiyon ve inflamasyondur.

**44.Geniş ince bağırsak çıkarılmasını gerektiren en önemli neden aşağıdakilerden hangisidir?**

- Strangüle fitiklar
- İnce bağırsak volvulusu
- Radyasyon enteriti
- Mezenterik damar tıkanmaları
- Tümörler

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1095)

Geniş ince bağırsak çıkarılmasını gerektiren en önemli neden mezenterik damar tıkanmasıdır. Kısa bağırsak sendromuna yol açan geniş ince bağırsak rezeksiyonu nedenleri ise şunlardır; Crohn hastalığı, radyasyon enteriti, strangüle fitiklar, mezenterik damar yaralanmaları, ince bağırsak volvulusu ve ince bağırsak tümörleridir.

**45.Amebik kolit ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- Etkeni *Entamoeba histolytica*'dir.
- Kanlı mukuslu diyare, yüksek ateş ve yaygın abdominal ağrı ile kendini gösterir.
- Amebiasis tanısını kanıtlayan en kesin yöntem, *E.histolytica* trofozoitlerin gösterilmesidir.
- Amebik kolitte ilk düşünülmesi gereken cerrahi girişimdir.
- Amebik kolitin komplikasyonlarından biri de toksik megakolona benzer biçimde ileri derecede dilatasyondur.

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1134-1137)

Amebik kolitin etkeni *E.histolytica*'dir. Abdominal ağrı, intermittan diyare, iştahsızlık, yüksek ateş, halsizlik başlıca semptomlardır. Amebiasis tanısında kullanılan metoddan biri gaitada *E.histolytica* trofozoitlerinin gösterilmesidir, diğeri de serolojik olarak indirek hemaglutinasyon testidir. Amebik kolit tanısı konulduğunda hemen tıbbi tedaviye başlanır. İlaç olarak metranidazol kullanılır. Cerrahi girişim riskini ortadan kaldırır.

**46.Entero-Behçet hastalığı aşağıdaki bölümlerden hangisini daha çok tutar?**

- Özofagus
- Mide
- Duodenum
- Jejunum
- Terminal ileum

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1138-1139)

Entero-Behçet hastalığı; gastrointestinal sistemde farenksten distal kolona kadar tanımlanmıştır. En sık terminal ileum, çekum ve çıkan kolonu tutar. Farenkste aft, özofagusda özofajit, ülser, mide-duodenum ülser, ince bağırsak ülser, kolon-rektumda ülser, fissür, perianal abse meydana getirir.

**47.İnce bağırsak tümörleri ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- Malign tümörler en sık ileum, daha sonra jejunumda, en az da duodenumda görülür.
- Gizli intestinal kanama, anemi, ağrı, bulantı, kusma, kilo kaybına yol açabilirler.
- Benign tümör olarak en sık adenomalar vardır.
- Adenomalar en sık duodenumun birinci ve ikinci kısımlarının birleşim yerindedir.
- Malign tümörlerde en sık adenokarsinomlar görülür.



Cevap C (Sayek, *Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1087-1088*)

İnce bağırsak benign tümörlerinde sıklık sırasına göre Leiomyoma, Fibroleiomyom, Adenoma; malign tümörlerde adeno Ca, karsinoid tümör, Leiomyosarkoma, Lenfoma görülür. Malign tümörler en sık ileumda (%62), jejunumda (%20) daha azı duodenumdadır. İnce bağırsak tümörleri makroskopik veya gizli gastrointestinal kanama, anemi, ağrı, bulantı, kusma, kilo kaybı, kabızlık, intussusepsiyon ve obstrüksiyona yol açabilirler.

**48.Karsinoid tümörler hakkında aşağıdakilerden hangisi doğrudur?**

- Apendiks ve rektal kaynaklı karsinoidler malign davranış gösterirler.**
- Farenksten anal kanala kadar her yerde görülebilir.**
- Karsinoidlerin %60'ı arka bağırsakta (en sık rektum) köken alır.**
- En sık kemik, cilt, sinir sistemine metastaz yapabilir.**
- Karsinoid tümörler için immunohistokimyasal tümör belirleyiciler sitokeratin, S-100 proteini ve prealbumindir.**

Cevap E (Sayek, *Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1091-1093*)

Karsinoid tümörler özofagus dışında tüm gastrointestinal sistemde bulunurlar. Apendiks ve rektal kaynaklı karsinoidler benign; ileal, gastrik kaynaklılar malign, en sık mezenter lenf nodlarına metastaz yaparlar. Karsinoidlerin %60'ı orta bağırsakta (ileum, apendiks), %20'si arka bağırsakta (rektum) kaynaklanır. S-100 proteini, prealbumin kullanılan belirleyicilerdir.

**49. Üst gövdede tipik deri döküntüsü, splenomegali, lökopeni, ishal, kabızlık atakları ile giden, sadece ince bağırsak perforasyonu olursa cerrahi tedavi uygulanan patolojik durum aşağıdakilerden hangisidir?**

- Tifo enteriti**
- Tuberküloz enteriti**
- Crohn hastalığı**
- Ülseratif kolit**
- Karsinoid sendrom**

Cevap A (Sayek, *Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1081-1082*)

Tifo, Salmonella typhi'nin ve diğer salmonella tiplerinin neden olabileceği akut ateşli hastalıktır. Fekal-anal bulaşma ile, kontamine olmuşa ve diğer besinler ile bulaşır. Tipik belirtileri; ateş, başağrısı, deri döküntüsü, splenomegali, lökopeni, ishal/kabızlık, kusma, karın ağrısıdır. Hastaların %1-2'sinde perforasyon olur. Distansiyon, duyarlılık ve defans perforasyonun habercisidirler. Hastalığın tedavisi; esas olarak destekleyici bakım ve elektrolit tedavisidir. Antibiyotik olarak kloramfenikol bu tedaviye eklenir. Ancak perforasyon olursa ameliyat edilmelidir.

**50.Paroksizmal flushing, astım benzeri wheezing atakları, sağ kalp yetmezliği, sulu diare, karın ağrısı, ödem, ciltte ve anal mukozada pellegra benzeri**

**lezyonlarla karakterize olan patolojik durum aşağıdakilerden hangisidir?**

- Karsinoid sendrom**
- Kısa bağırsak sendromu**
- Nörofibromatozis**
- Granulomatöz kolit**
- Peutz-Jeghers sendromu**

Cevap A (Sayek, *Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1093*)

Karsinoid sendrom, karsinoid tümörün, karaciğer metastazı sonucunda; karaciğerin portal sirkulasyona salınan biyolojik olarak aktif ürünleri inaktive etmesiyle açıklanmaktadır.

Bu hastalarda histamin, kallikrein, bradikinin, serotonin, 5-OH-triptofan salınımında artma gösterilmiştir. Tanıda en güvenilir yöntem idrarda 5-hidroksiindolasetikasit tayinidir.

**51.Divertikülozis koli hakkında hangisi yanlıştır?**

- Sol kolonda daha sıktır.**
- Arteriyel bir kanama olur.**
- Bir defa kanama olur.**
- Aralıklı sol alt kadranda ağrısı vardır.**
- Kanayanların çoğu sağdadır.**

Cevap C (Sayek, *Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1146*)

Divertikülitis ve masif rektal kanama divertikülozisin en önemli komplikasyonlarıdır. Karakteristik olarak, başlangıç ani, ağrısız ve sıklıkla şiddetlidir. Kanama aralıklı olabilir veya günlerce devam edebilir ve hastaların %80'inde spontan olarak kesilebilir. Zaman içerisinde ikinci kanama şansı %20-25'dir. Fakat, kanama bir kere tekrarlarsa, yeniden kanama riski %50 veya daha fazladır.

**52.Alopesi, dermal hiperpigmentasyon, tırnak atrofileri ile beraber seyreden polipozis sendromu nedir?**

- Cowden hastalığı**
- Cronkhite-Canada sendromu**
- Gardner sendromu**
- Turcot sendromu**
- Peutz-Jeghers sendromu**

Cevap B (Sayek, *Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1165*)

Sendromun elemanları mide ve bağırsak polipleri, alopesi, deride hiperpigmentasyon alanları ve tırnaklarda atrofidir. 60 yaşlarında başlar, erkek ve kadınlarda eşit oranda görülür, kalıtımla geçmez. Anemi ve hipoproteinemi hastalığın belirgin bulgusudur. Hastalar sulu ishal, karın ağrısı, ciddi su ve elektrolit dengesi bozukluğu ile kaybedilebilir.

**53.Familyal polipozis hakkında hangisi yanlıştır?**

- Çoğunda 25 yaşından önce tanı konulur.**
- 35 yaşından sonra risk azalır.**
- Profilaktik proktokolektomi yapılabilir.**
- Tedavi edilemezse %5 kanserleşir.**
- Hastanın yakınları mutlaka taranmalıdır.**

Cevap D (Sayek, *Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1965*)

Büyük çoğunluğunda ortalama 1000 kadar polip bulunur. Sıklıkla küçük, sesil ya da kısa saplı olanların sayısı artar, sapları uzar. Çoğunluğu tübüler, bazıları da villöz adenomdur. Tedavi edilmeyen her adenomatöz polipoziside günün birinde kesinlikle kanser ortaya çıkar.

**54.Kolorektal kanser hakkında hangisi yanlıştır?**

- a) GİS'in en sık rastlanan tümörüdür.
- b) Gardner sendromunda kolorektal Ca görülebilir.
- c) 10 yıldır ülseratif kolit hastalığı olanlarda yüksek risk vardır.
- d) Sağ kolon tümörleri genelde polipoid tarzdadır.
- e) %10-15'i müsin salgılar. Bunların prognozu daha iyidir.

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1171)

Mikroskopik olarak kolorektal karsinomalar iyi, orta veya az derecede diferansiye olabilirler. Bu karsinomaların %10-15 kadarı müsin salgılar. Müsin salgılayan karsinomaların prognozları daha kötüdür.

**55.Kolorektal kanseri olan kişide lokal organ invazyonu varsa Dukes sınıflamasına göre evre kaçtır?**

- a) B<sub>2</sub>
- b) C<sub>1</sub>
- c) C<sub>2</sub>
- d) D<sub>1</sub>
- e) D<sub>2</sub>

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1171)

A<sub>1</sub>-Mukoza, A<sub>2</sub>-Submukoza, A<sub>3</sub>-Muskularis propria, B<sub>1</sub>-Tüm bağırsak duvarı, B<sub>2</sub>-Seroza, C<sub>1</sub>-Lokal lenf nodu, C<sub>2</sub>-Apikal lenf nodu, D<sub>1</sub>-Lokal organ invazyonu, D<sub>2</sub>-Uzak metastazdır.

**56.Kolonda en sık görülen polip tipi hangisidir?**

- a) Hiperplastik polip
- b) Tübüler adenom
- c) Villöz adenom
- d) Hamartomatöz polip
- e) Tübülovillöz adenom

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1158)

Hiperplastik polip en çok görülen kolorektal polip tipidir. Alışılacağı konumu rektumdur. Kolon kesimlerinde de rastlanabilir. Otopsilerde 40 yaşın altında %40, üstünde %75 dolaylarında görülür. Malignite potansiyeli yoktur.

**57.Sağ kolon tümörlerinde aşağıdakilerden hangisi gözlenmez?**

- a) Karın ağrısı
- b) Dispepsi
- c) Palpabl kitle
- d) Tenesmus
- e) Okült kanama

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1173)

Rektal lezyonlarda rektal bölgede ağrı ve tenesmus hissi olur. Tenesmus sağ kolon tümörlerinde görülmez. Karın ağrısı en sık klinik belirtidir. Taze kanama daha çok sol kolon ve rektum karsinomlarında görülür. Kolorektal karsinomaların ilk klinik belirtisi dışkılama adetlerindeki değişimdir.

**58.Aşağıdakilerden hangisi Crohn hastalığının radyolojik bulgusu değildir?**

- a) Ülserler
- b) Testere dişi manzarası
- c) Kaldırım taşı görüntüsü
- d) Toksik megakolon
- e) İnternal fistül

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1119-1127)

Ülseratif kolitte erken dönemde baryum lavmanlı kolon grafileri ile yüzeysel ülserler nedeniyle kolon mukozasının düzenini kaybettiği ve kenarda testere dişi manzarası ortaya çıktığı görülür. Hastalık ilerledikçe haustalar silinir.

Crohn hastalığında pasaj güçlüğü, yer yer darlıklar, ülserasyonlar ve submukozadaki inflamasyona bağlı girintili çıkıntılı, gayri muntazam kaldırım taşı görüntüsü saptanabilir. Ülserler, normal mukoza ile çevrili yüzeysel ve kesin sınırlı lekeler şeklinde görülür. İlerlemiş olgularda internal fistüller, divertiküller ve toksik megakolon radyografilerde görülebilir.

**59.Amebik kolitte en etkili ilaç hangisidir?**

- a) Metranidazol
- b) Neomisin
- c) Ampisilin
- d) Kloramfenikol
- e) Streptomisin

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1136)

Amebik kolit tanısı konulduğunda hemen tıbbi tedaviye başlamak, cerrahi girişim riskini ortadan kaldıracaktır. Antiamibik ilaç olarak metranidazol diğerlerine göre hem yüksek oranda etkili, hem de daha az toksiktir.

**60.Mezenlerde lenfadenopati aşağıdakilerden hangisinde görülür?**

- a) Granülatöz kolit
- b) Ülseratif kolit
- c) Amebik kolit
- d) Entero-Behçet hastalığı
- e) Hiçbiri

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1119)

Crohn hastalığının kolonu tutan şekline granülatöz kolit adı verilir. Granülatöz kolitte mezenlerde lenfadenopati bulunması ayırıcı tanıda önemli bir bulgudur, ülseratif kolit ve diğer kolon hastalıklarında

görülmez.

**61. Entero-Behçet hastalığı ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Enterobehçet gastrointestinal sistemde en sık rektumu tutar.
- b) HLA B5 antijeni pozitif olanlarda gastrointestinal belirtiler daha sıktır.
- c) İntestinal ülserasyonlar tipik olarak serozaya kadar ilerleyen derin lezyonlardır.
- d) Gastrointestinal sistemi tutan Behçet hastalığı nüks ve remisyonlarla seyreder.
- e) Histopatolojik olarak vaskülit ve fibrinoid nekrozun varlığı Entero-Behçet için tanı koydurucudur.

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1139)

Behçet hastalığında %40 oranında gastrointestinal şikayetlerin olabileceği bildirilmiştir. Gastrointestinal sistemin tutulumu farenksten distal kolona kadar tanımlanmıştır. En sık terminal ileum, çekum ve çıkan kolonu tutar.

**62. Omentumun en sık tümörü hangisidir?**

- a) Metastatik karsinoma
- b) Fibroma
- c) Lipoma
- d) Leiomyosarkom
- e) Nörofibrom

Cevap A (Schwartz, s.1497)

Omentumun en sık solid tümörü metastatik karsinomadır. Metastazın kaynakları kolon, mide, pankreas ve overlerdir. Assit omentumun metastatik tümörlerinde bulunabilir, kanlı olabilir. Omentumun primer tümörü oldukça nadirdir, 2/3'ü benigndir; lipoma, leiomyom, fibrom ve nörofibrom. Primer malign omentum tümörleri leiomyosarkom, fibrosarkom, liposarkom ve hemanjioperistomadır.

**63. Aşağı gastrointestinal traktustaki en sık kanama nedeni nedir?**

- a) Karsinoma
- b) Divertikülozis
- c) Divertikülitis
- d) Polip
- e) Ülseratif kolitis

Cevap B (Schwartz, s.1090)

Aşağı gastrointestinal traktustaki en sık kanama nedeni divertikülozistir. Bunların kanama mekanizması; divertiküllerin boynundaki venlerin erozyona uğramasıdır. Divertikülitis, ülseratif kolitis ve polipler ile de kanama olur, fakat divertikülozise göre daha hafiftir. Kolonik karsinoma da aşağı gastrointestinal kanamaya neden olur.

**64. Aşağıdaki patolojilerin hangisinin malignite potansiyeli yoktur?**

- a) Metaplastik polip

- b) Tubuler adenom
- c) Villöz adenom
- d) Tubulovillöz adenom
- e) Ailevi kolon polipozisi

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1158)

Hiperplastik polip, metaplastik polip diye de anılır. Mukoza hücrelerinin doğal yenilenişi sırasında ortaya çıkan fokal bozuklukların neden olduğu aşırı hücre artışı sonucu gelişir. Malignite potansiyeli yoktur.

**65. Aşağıdakilerden hangisi divertikülitisin komplikasyonudur?**

- a) İntraabdominal abse
- b) Fistül
- c) İntestinal obstrüksiyon
- d) Yaygın peritonit
- e) Hepsi

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1148)

Divertiküler perforasyonun inflamatuvar sonuçları sınırlanamaz veya lokal olarak gerilemezse sekonder komplikasyonlar gelişir. Bu komplikasyonlar karın içi absesler, fistüller, bağırsak obstrüksiyonu ve yaygın peritonittir.

**66. Kolorektal kanser en sık nerede yerleşir?**

- a) Rektosigmoid bölge
- b) İnen kolon
- c) Transvers kolon
- d) Çıkan kolon
- e) Çekum

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1171)

Tümörlerin önemli bir kısmı rektosigmoid bölgede (%55-60), inen kolonda (%10-15), transvers kolonda (%5-10), çıkan kolon ve çekumda (%15-20) yerleşir.

**67. Kolorektal kanser etiolojisinde aşağıdakilerden hangisinin rolü yoktur?**

- a) Familial polipozis
- b) Ülseratif kolit
- c) Gardner sendromu
- d) Crohn hastalığı
- e) Villöz adenoma

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1158)

Etiyolojik faktörler: Familial polipozis, kronik ülseratif kolit, Gardner sendromu, villöz adenoma, adenomatöz polipler, genetik faktörler, beslenme faktörleridir. Crohn hastalığının kanser ile ilişkisi gösterilememiştir.

**68. Polipozis olmadan gelişen herediter kolorektal karsinoma ile birlikte endometrium ve over kanseri, aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Cowden hastalığı
- b) Gardner sendromu
- c) Turcot sendromu
- d) Lynch sendromu I
- e) Lynch sendromu II

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1170)

Polipozis olmadan da herediter kolorektal karsinomu (Lynch sendromu) geliştiği bilinmektedir. Bu herediter non-polipozis kolorektal karsinomların multipl olması genel popülasyonda görülen diğer kolorektal karsinoma göre daha yüksektir. Sadece kolonik (Lynch sendromu I) olabildikleri gibi, endometrium ve over kanserleri (Lynch sendromu II) ile birlikte de olabilirler.

**69. Aşağıdakilerden hangisi rektal prolapsusa yol açan risk faktörü değildir?**

- a) Kronik kabızlık
- b) Uzun rektosigmoid kolon
- c) Gevşek rektal sfinkterler
- d) Çok doğum yapma
- e) Geçirilmiş anorektal ameliyat

Cevap D (Sayek, *Temel Cerrahi*, 2.Baskı, s.1153)

Rektal prolapsusta birlikte görülen ya da rektal prolapsusa yol açan risk faktörleri:

- Doğum yapmamış kadın olma
- Kronik kabızlık
- Uzun rektosigmoid kolon
- Derin rektouterin ya da rektovezikal fossa
- Gevşek rektal sfinkterler
- Pelvik taban gevşekliği ve levator ani diastazisi
- Rektumun sakruma fiksasyonunda eksiklik
- Nörolojik hastalık
- Geçirilmiş anorektal ameliyat
- Künt karın travması

**70. Rektal prolapsus için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) 60 yaşından büyük erişkinlerin hastalığıdır.
- b) Kadınlarda yaklaşık 7 kat daha fazla görülür.
- c) Total rektal prolapsusun tedavisi cerrahidir.
- d) Thiersch ameliyatı, özellikle yaşlı ve riskli cerrahi hastalarında tercih edilir.
- e) Ripstein ameliyatı teflon askı onarımı olarak da bilinir, en sık yapılan rektal prolapsus ameliyatlardan biridir.

Cevap A (Sayek, *Temel Cerrahi*, 2.Baskı, s.1153)

Bu hastalık oldukça seyrek, tüm yaşlarda olabilir ama en sık olarak 2 yaşından küçük çocuklarda ve 60 yaşından büyük erişkinlerde görülür. Çocuklarda her iki cinsteki sıklığı eşit orandadır. Bu yaş grubunda neden olarak kabızlık ya da seyrek olarak myelomeningosel, spina bifida gibi pelvik tabanın nöromüsküler bozuklukları veya kistik fibrozis genellikle vardır.

Erişkinde ise kadınlarda 7 kat daha fazla görülür. Tipik hasta doğum yapmamış, yaşlı bir kadındır.

**71. Perianal fistüllerden hangisi daha sık görülür?**

- a) İntersfinkterik fistül
- b) Transsfinkterik fistül
- c) Suprasfinkterik fistül
- d) Ekstrasfinkterik fistül
- e) Hepsisi eşit oranlarda görülür.

Cevap A (Sayek, *Temel Cerrahi*, 2.Baskı, s.1184)

- İntersfinkterik fistül → %70
- Transsfinkterik fistül → %20
- Suprasfinkterik fistül → %3-4
- Ekstrasfinkterik fistül → %1

**72. Anal fissürler daha çok hangi lokalizasyondadır?**

- a) Anterior
- b) Lateral
- c) Posterior
- d) Medial
- e) Hiçbiri

Cevap C (Sayek, *Temel Cerrahi*, 2.Baskı, s.1181)

Fissür genelde posterior lokalizasyonda olur. Erkeklerde posterior olmayan fissürler %1 oranındadır. Kadınlarda lateral ve anterior fissürler daha fazla bulunur (%10). Fissürler katı gaitanın mukozayı yırtmasıyla meydana gelirler.

Fissürlerin posterior bölgede oluşmasının sebebi arka bölgede anorektal kanalın eksternal sfinkter tarafından tam olarak çevrelenmemesi olabilir.

**73. Anorektal abse kültürlerinde genellikle hangi bakteri üretilir?**

- a) Pseudomonas aeruginosa
- b) E.Coli
- c) Staphylococcus aureus
- d) Enterobacter
- e) Bacteroides

Cevap B (Sayek, *Temel Cerrahi*, 2.Baskı, s.1183)

Abselerin etiolojisinde büyük ölçüde rol oynayan "kript"lerde görülen enfeksiyonlar olmakla birlikte, yabancı cisimler, travmalar, malign hastalıklar, radyasyon, Crohn hastalığı, spesifik enfeksiyonlar gibi durumlar da gözönüne alınmalıdır. Bakteri kültürlerinde genellikle E.Coli üretilir. Bununla birlikte Pseudomonas aeruginosa, Staphylococcus aureus, Streptococcus fecalis, hemolitik streptokoklar, enterobacter ve bacteroides gibi mikroorganizmalarla birlikte bulunabilir.

**74. Türkiye'de en sık akut pankreatit nedeni nedir?**

- a) Safra taşları
- b) Travma
- c) Kronik alkolizm
- d) Hiperparatiroidi
- e) İdiyopatik

Cevap A (Sayek, *Temel Cerrahi*, 2.Baskı, s.1334)

Akut pankreatit gelişiminde en sık belirlenen nedenler safra taşları, alkolizm ve travmadır. Bunların yanında duktal obstrüksiyon, bez enfeksiyonları, ilaçlar, hiperlipoproteinemi veya hipertrigliseridemi ve hiperparatiroidi de nedenler arasında sayılabilir. Bu neden-

## GENEL CERRAHİ

ler arasında safra taşları ve kronik alkolizm tüm pankreatit vakalarının %60-80'ini kapsar. Ülkemizde safra taşları en sık nedendir.

### 75.Akut pankreatitin en sık rastlanan bulgusu hangisidir?

- Sarılık
- Bulantısız kusma
- Epigastrik ağrı
- Cullen belirtisi
- Gray-Turner belirtisi

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1336)

Akut pankreatit tanısı, klinik bulgularla konulur. Kesin tanıya götürecek tek bir biyokimyasal ölçüm yoktur.

Klinikte en sık rastlanan bulgu epigastrik ağrıdır. Akut pankreatitteki bu ağrı genellikle ağır bir yemekten veya alkol alımından sonra ortaya çıkar ve karakteristik olarak kemer tarzında sırta doğru yayılır. Kusma sık olarak görülür. Hastaların %20-25'inde sarılık ortaya çıkar. Bu sarılık pankreas başındaki ödeme ve kısmen hemolize ikincildir.

Peripankreatik bölgeye olan kanamanın ekstravaze olması sırtta (Gray-Turner belirtisi) veya göbek çevresinde (Cullen belirtisi) ekimotik renk değişikliği şeklinde görülebilir.

### 76.Akut pankreatit tanısında aşağıdaki biyokimyasal testlerden hangisi en anlamlıdır?

- Serum amilazı
- Serum lipazı
- Serum tripsinojeni
- İdrar amilazı
- Serum kalsiyum düzeyi

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1337)

İdrar amilazı seruma göre daha uzun süre yüksek kalır. 2 saatlik idrarda amilaz ölçümünde saatte 300 ünitenin üzerinde olması anlamlıdır.

### 77.Akut pankreatit tanısında şiddeti belirlemede kullanılan değerlerden hangisi Ranson kriteri değildir?

- LDH
- Beyaz küre
- Glukoz
- Arteriyel PO<sub>2</sub>
- Albumin

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1337)

Ranson kriterleri:

- Yaşın 55 üzerinde olması
- Lökosit sayımının 16000/mm<sup>3</sup> üzerinde olması
- Kan şekerinin %200 mg üzerinde olması
- LDH düzeyi normalin iki katı üzerinde olması
- SGOT düzeyinin normalin 6 katı üzerinde olması
- İlk 48 saat içerisinde:

\*Hematokrit değerinde %10'dan fazla düşme

- \*Serum kalsiyum düzeyinin %8 mg altında olması
- \*BUN değerinin %5 mg'dan daha fazla yükselmesi
- \*Arteriyel PO<sub>2</sub> değerinin 60 mmHg altında olması
- \*Baz açığının 4 mEq/L'den fazla olması
- \*Tahmini sıvı sekestrasyonunun 6000 cc'den fazla olması

Albumin <3.2 g/l'ten az olması İmrie kriterlerindedir.

### 78.Akut pankreatit tedavisinde ne amaçlanır?

- Ağrının kontrolü
- Sıvı-elektrolit desteği
- Sepsisle mücadele
- Gerekirse cerrahi tedavi
- Hepsi

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1339)

Tedavinin ilk ve en önemli unsuru vital bulguların yakından monitorizasyonudur. Sıvı-elektrolit tedavisi, kayıpların replasmanı kanama açısından hematokrit takibi gözardı edilmemelidir. Ağrının kontrol edilmesinde morfin ve benzeri opioidlerin kullanılması gerekir. Hipokalsemi durumunda kalsiyum glukonat verilmelidir. Septik enfeksiyon varlığında antibiyotik kullanılmalıdır.

### 79.Akut pankreatitin en sık komplikasyonu nedir?

- Psödokist
- Pankreatik abse
- Pankreas nekrozu
- Hemorajik pankreatit
- Hiçbiri

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1339)

Akut pankreatitin en sık komplikasyonu psödokist oluşumudur. Alkolik pankreatitlerde daha sık rastlanan psödokistlerde fibröz duvarla çevrelenmiş pankreatik salgı ve nekrotik doku vardır. Pankreatik salgı ve nekrotik doku mide, omentum, transvers kolon ve mezokolon tarafından sınırlandırılır. Psödokist genellikle akut atağın 2. haftasında ortaya çıkar. İdrar amilazının yükselmesi de bu komplikasyonu akla getirmektedir.

### 80.Akut pankreatit gelişen bir hastada pankreatik abse genellikle ataktan ne kadar süre sonra gelişir?

- 3 gün
- 7 gün
- 10 gün
- 21 gün
- 42 gün

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1340)

Pankreatik apse genellikle geç bir komplikasyondur. En sık akut atağın 3.-5. haftaları arasında ortaya çıkar. Pankreatik apse pankreatik veya peripankreatik nekrozun likefaksiyonu veya psödokistin enfekte

olması sonucu gelişir. Etken en sık koliform bakteriler ve klostridiadır. Bu abseler perkütan veya cerrahi olarak drene edilebilir.

**81.Kronik pankreatit için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Sıklıkla kronik alkolizme ikincil olarak gelişir.
- b) Klinik olarak tekrarlayan karın ağrısı atakları ile karakterize bir durumdur.
- c) En sık 70-80 yaşlarında görülür.
- d) Sıklıkla kilo kaybı ve dehidratasyon vardır, sarılık saptanabilir.
- e) Dışkıdaki yağ ve azot itrahi, pankreatitin şiddetiyle paralellik gösterir.

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1341)

Sıklıkla 30-40 yaşlarında görülen kronik pankreatitin en sık belirtisi akut pankreatitteki gibi epigastrik ağrıdır. Aralıklı olan bu ağrı yemeklerle artar. Bu nedenle hastalarda kilo kaybı ortaya çıkar. Bulantı, kusma, dışkı sayısında artış ve steatore ortaya çıkar.

**82.En sık görülen adacık tümörü hangisidir?**

- a) Glukagonoma
- b) İnsulinoma
- c) Gastrinoma
- d) ACTH-salgılayan tümör
- e) Non-fonksiyonel adacık tümörü

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1346)

Adacık tümörlerinin	%50'si	Insulinoma
	%24'ü	Gastrinoma
	%18'i	Non-fonksiyone
	%2'si	ACTH-salgılayan
	%5'i	diğerleri şeklindedir.

**83.Periampuller bölge tümörleri en çok nereyi tutar?**

- a) Pankreas başı
- b) Ampulla
- c) Pankreas gövdesi
- d) Distal koledok
- e) Hiçbiri

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1356)

<u>Kanser</u>	<u>Sıklık</u>
Pankreas	%80
Ampulla vateri	%10
Duodenum	%5
Distal koledokus	%5
<u>Pankreas kanseri</u>	<u>Sıklık</u>
Pankreas başı	%60-70
Pankreas gövdesi	%15-20
Pankreas kuyruğu	%5

Olguların %30'unda pankreas kanseri multifokaldir.

**84.Pankreas kanserinin en sık görülen semptomu hangisidir?**

- a) Ağrı

- b) Kilo kaybı
- c) Sarılık
- d) Mental değişiklikler
- e) Dispepsi

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1358)

En sık görülen semptom kilo kaybıdır. Genellikle anoreksi ile birlikte olur. Kilo kaybı hızlı ve şiddetli olabilir. Kilo kaybı ideal vücut ağırlığının %10'unu geçer. Kilo kaybından sorumlu baş etken anoreksidir. Diabet ile pankreasın ekzokrin yetmezliğine bağlı sindirim bozukluğu da etkili olur.

**85.Aşağıdakilerden hangisi kronik pankreatitte cerrahi tedavi endikasyonudur?**

- a) Tıbbi tedavi ile dindirilemeyen ağrı
- b) Abse, psödokist gibi komplikasyonların varlığı
- c) Sarılık ve safra yolları hastalıklarının varlığı
- d) Segmental portal hipertansiyon
- e) Hepsi

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1342)

Sık ve şiddetli ağrı atakları, yiyecek intoleransı ve kilo kaybı olanlarda cerrahi tedavi endikedir. Bu hastalarda narkotik alışkanlığı sıktır. Safra yollarında darlıklar, piloroduodenal kompresyon, segmental portal hipertansiyon ve psödokist oluşumu cerrahi tedavi için diğer endikasyonlardır.

**86.Pankreas kanseri hakkında aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Pankreas hücre tümörlerinin %90'ı duktus kökenlidir.
- b) En sık adenokarsinomdur.
- c) Gastrektomi pankreas kanseri riskini arttırır.
- d) Safra taşı olanlarda pankreas kanseri insidansı artar.
- e) Alkol, çay, kahve ile pankreas kanseri arasında ispatlanmış ilişki yoktur.

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1355)

Gastrektomi ameliyatlarından sonraki yirmi yılda pankreas kanseri riski 3 ila 7 kat artmış bulunmuştur. Uzun süreli kalsifikasyonlu pankreatitlerde karsinoma insidansı yüksektir. Koledok kanseri olanların aksine, safra taşları olanlarda pankreas kanseri riskinde artış yoktur.

Pankreas kanseri ile birlikte diabetik olan hastaların %80'den çoğunda diabet tanısı, karsinom tanısından 2-3 ay önce konur.

**87.Steatoenin görülmesi için ekzokrin pankreas fonksiyonunun en az % kaç tahriri gerekir?**

- a) %30
- b) %60
- c) %70
- d) %90
- e) %100

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1324)

Pankreasın rezerv kapasitesi oldukça fazla olup, steatoenin çıkması için bezin %90 üzerinde tahriri

## GENEL CERRAHİ

gerekmektedir. Enzim salgısı normalin %1'inin altına inse bile diyetdeki yağların ve proteinlerin %30-40 kadarının emilimi mümkün olmaktadır. Ancak steatore, kilo ve kas kitlesinin kaybı nedeni ile hasta sağlığını geniş ölçüde kaybeder.

**88. Aşağıdaki testlerden hangisi kimotripsin aktivitesi ile ilişkili olarak pankreas fonksiyonu hakkında bilgi verir?**

- a) Sekretin testi
- b) Sekretin-Bombesin testi
- c) Lundh testi
- d) Bentiramide testi
- e) Pankreolouryl testi

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1326)

N-benzoyl-L-tyrosyl-paraminobezoik asid (NBT-PABA) sentetik bir tripeptid olup kimotripsin tarafından parçalanır. Salınan paraaminobezoik asid (PABA) ince bağırsakta emilir ve karaciğerde kısmen konjuge olarak idrarla atılır. İdrarda toplanan PABA miktarı ince bağırsak lümenindeki kimotripsin ile orantılıdır. Halen en sık kullanılan pankreas fonksiyon testi olup, testin sensitivitesi pankreas hastalığının şiddetine bağlı olarak %60-90 arasında bildirilmektedir.

**89. Pankreas başı kanseri kliniği için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Sarılık
- b) Kaşıntı
- c) Courvoisier-Terrier belirtisi
- d) Ele gelmeyen safra kesesi
- e) Trousseau belirtisi

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1359)

Pankreas başı ve ampulla vateri kanserlerinde distansiyon sonucu %50 oranında safra kesesi ele gelir. Distal koledok kanserlerinde ise safra kesesi, olguların %30'unda ele gelir. Safra kesesinin palpasyonda ele gelmemesi hiç bir zaman hastada karsinom olmadığını ekarte ettirmez.

**90. Trousseau belirtisi aşağıdakilerden hangisinde görülmez?**

- a) Pankreas kanseri
- b) Mide kanseri
- c) Over kanseri
- d) Kemik kanseri
- e) Akciğer kanseri

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1358)

Tromboflebit ve flebotromboz (Trousseau belirtisi)=Migratuar tromboflebit, pankreas kanseri için patognomonik değildir. Varlığında dikkatle üzerinde durulmalıdır. Pankreas kanserlilerin otopsislerinde %50 oranında flebotromboz bulunur. Migratuar tromboflebitis mide, kolon, over ve akciğer kanserlerinde de görülür. Bunun kriyofibrinojenemiye ikincil olduğu ileri sürülmektedir.

**91. Kliniğinde ısrarcı diare, hipokalemi ve aklorhidri olan pankreas adacık tümörü hangisidir?**

- a) VIPoma
- b) İnsulinoma
- c) Gastrinoma
- d) ACTH salgılayan tümör
- e) Parathormon benzeri madde salgılayan tümör

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1347)

Verner-Marrison sendromu da denir. Bu hastaların en az %12'sinin Tip I multipl endokrin neoplazisi olduğu saptanır. Bu tümörlerin en az %50'si malign ve %10'u pankreas dışında olabilir. Glukagonomalar gibi, VIPomaların çoğu pankreasın gövde ve kuyruğunda yerleşirler.

**92. Multiple endokrin neoplazi-I (MEN-I)'de en çok hangi pankreas adacık tümörü görülür?**

- a) Insulinoma
- b) Gastrinoma
- c) Glukoganoma
- d) Somatostatinoma
- e) VIPoma

Cevap B (Sabiston, s.590)

Gastrinoma MEN-I'de görülen en sık pankreas adacık hücre neoplazmidir. Hastalarda gastrik hipersekresyonu takiben ciddi peptik ülser diatezi gelişir. Gastrinomalar, genellikle multisentrik ve malign karakterlidirler, lokal ve uzak metastaz yaparlar.

**93. Gastrointestinal fistül oluşmasında aşağıdakilerden hangisi risk faktörü değildir?**

- a) Preoperatif radyoterapi
- b) Distal bağırsak segmentindeki fistül
- c) Bağırsak tıkanması
- d) İnflamatuar bağırsak hastalıkları
- e) Mezenter arter hastalıkları

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.968-969)

Preoperatif radyoterapi, bağırsak tıkanması, inflamatuar bağırsak hastalıkları, mezenter arter hastalıkları, kolon ameliyatları, yabancı cisim, uygun olmayan sütür materyali ve cerrahi tekniğin kullanılması önemli risk faktörleridir.

**94. Gastrointestinal sistem fistülleri ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Günlük debisi 500 ml'ye kadar olan fistüller düşük debilidir.
- b) Yüksek debili ve proksimal fistüllerde spontan iyileşme sıklığı daha azdır.
- c) Fistüloğrafi fistülün seviyesi, fistül traktusunun uzunluğu hakkında bilgi verir.
- d) Yüksek debili ileal fistüllerde enteral beslenme yolu kullanılır.
- e) 4-6 hafta sonunda fistül debisi azalmazsa cerrahi tedavi seçilir.

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.968-971)

Enteral  
Kolokutanöz fistüller  
Düşük debili ileal fistüller

Gastrointestinal  
fistüllerde  
beslenme

Parenteral

Enteral yolla ulaşılabilen  
yüksek jejunal veya mide  
özofagus fistülleri

Enteral beslenmeye  
intolerans  
Jejunal fistüller  
Yüksek debili ileal fistüller

### 95. GIS fistüllerinde hangi hormon kullanılabilir?

- VIP
- Somatostatin
- Katekolaminler
- İnsulin
- Glukagon

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.969-972)

Somatostatin pankreas ve bağırsak salgısını inhibe eden bir tetradekapeptiddir. Pankreas ve tüm gastrointestinal sıvılarının miktarını ve enzim kapsamını azaltır. Bu etki bağırsak ve pankreas fistüllerinin daha hızlı kapanmasını sağlamakta, ameliyat gereksinimini azaltmaktadır.

## KARACİĞER VE SAFRA SİSTEMİ HASTALIKLARI

### 1. Portal hipertansiyona ait bilgilerden hangisi yanlıştır?

- Hemoroidal anastomozlar, vena mesenterica inferior dallarının, kaval sistemle bağlantısını sağlar.
- Splenik ven trombozu presinüzoidal ekstrahepatik tıkanmanın özel şeklidir.
- Portal hipertansiyonda portal venöz sistemin tümünde ya da belli kesiminde basınç sürekli olarak 7 cmH<sub>2</sub>O'nun üzerindedir.
- Sinüzoidal tıkanmalarda portal ven basıncı ve kapalı hepatik ven basıncı birbirine eşittir.
- Ensefalopati portal hipertansiyonun önemli komplikasyonlarından biridir.

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1220)

Normal koşullarda 14 cm H<sub>2</sub>O olan portal basınç, portal kan akımı ile portal sistem içindeki direncin çarpımının türevidir.  $P=V \times R$  olarak ifade edilebilir. Direnç ise iki bileşkeden oluşur; karaciğer sinüzoidleri içindeki direnç ve portal ven dalları içindeki direnç. Akım ve direnç değişkendir. İstirahatte dakikada 800 ml olan portal kan akımı sindirim esnasında 1600 ml'ye çıkar. Bu esnada, kollabe sinüzoidler açılır, portal akımın önündeki direnç azaltılır, basıncın aşırı artışı engellenir.

### 2. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Vazopressin, splanknik arteriollerde vazokonstriksiyon yaparak, portal basıncı düşürür.
- Endoskopik skleroterapi ile varis kanaması yüksek oranla durdurulabilir.
- Mezokaval şant özellikle çocuklarda dalak ve

ninin ve portal venin tromboz nedeniyle tıkalı olduğu durumlarda önerilir.

- Kalp ve böbrek yetmezliği peritoneovenöz şant uygulanması için kontrendikasyondur.
- Nitrogliserin tek başına portal basınçta yüksek bir düşüş sağlar.

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1224)

Nitrogliserin vazopressin ile birlikte verilir ve dozunu azaltmaya yarar. O nedenle de vazopressinin yan etkilerini azaltır. 0.66 U vazopressin dil altından her yarım saatte 0.6 mg nitrogliserin ile birlikte kullanılır. İlaç tek başına, portal basınçta çok hafif bir düşüşe yol açar.

### 3. Aşağıdaki bilgilerden yanlış olanı işaretleyiniz.

- Karaciğer non-paraziter kistleri çoğu kez asemptomatiktir.
  - Karaciğer non-paraziter kistlerinin tanısında biyokimyasal testler önemlidir.
  - Karaciğer non-paraziter kistlerinde sarılık ender görülür.
- Yalnız I
  - Yalnız II
  - Yalnız III
  - II-III
  - Hepsi

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1236)

Karaciğer non-paraziter kistlerinin tanısında biyokimyasal testler yardımcı değildir. Karaciğer fonksiyonlarında bir bozukluk olmaz. Eğer beraberinde polikistik böbrek hastalığı varsa renal fonksiyonlarda bozulma olabilir. Sarılık ender olmakla birlikte ekstrahepatik safra yollarına bası sonucu ortaya çıkabilir.

### 4. Karaciğerin non-paraziter kistlerin tedavisinde aşağıdaki eşlemelerden yanlış olanı işaretleyiniz.

- Kist 5 cm'den küçük → izlem veya aspirasyon
  - 10 cm'den büyük (berrak sıvı) → aspirasyon → eksizyon
  - 5-10 cm → aspirasyon → eksizyon
  - 10 cm'den büyük (kan veya pü var) → histopatolojik inceleme → eksizyon
- I-II
  - I-III
  - Yalnız III
  - Yalnız IV
  - II-III

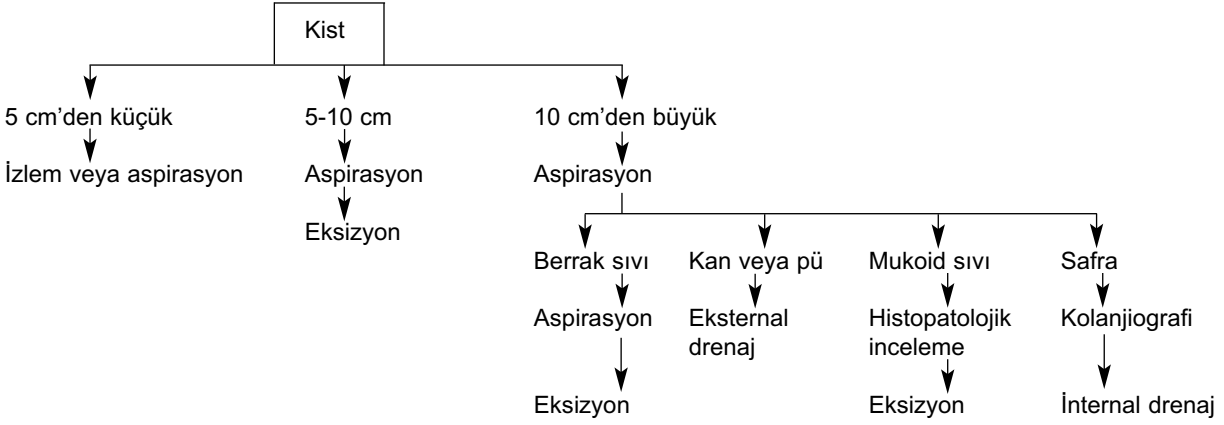
Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1237)

Bkz. sayfa 195'deki Tablo.

### 5. Yanlış seçeneği işaretleyiniz.

- Hidatik kistler, ateş, halsizlik ve kilo kaybı gibi sistemik belirtilere yol açarlar.
- Kistin parçalanmasıyla akut anafilaktik reaksiyon gelişebilir.
- Hidatik kistin parçalanmasıyla aralıklı, tıkanma sarılığı oluşabilir.
- Laminer membranın parçalanmasına ikincil, bakteriyel enfeksiyon gelişebilir.





**e) Ameliyat edilen hidatik kistlerin yaklaşık yarısı multiveziküler tiptedir.**

Cevap A (Sayek, *Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1241*)

Karaciğer kist hidatiklerinin konakçıda hiçbir sistemik etkileri yoktur. Bunun en önemli nedeni laminar membranın skoleksleri konakçı dokudan uzak tutmasına bağlıdır. Karaciğer hidatik kistleri karaciğer yüzeyine doğru büyürler ve sonuçta perikist tabakası inceleyerek periton boşluğuna ve bazen karaciğer kubbesinden diafragmaı tutarak plevral boşluğa ve akciğerlere açılabilirler.

**6. Aşağıdakilerden hangisi doğrudur?**

- Karaciğer kist hidatiğinde karaciğer sintigrafisi yüksek oranda tanı koydurucudur.
- Ultrasonografi tanı koymada bilgisayarlı tomografiden çok üstündür.
- Casoni testi düşük oranda yalancı pozitif sonuç verir.
- Arteriyografinin, kist hidatiğin tanısında doğruluk oranı düşüktür.
- Gerek ultrasonografi gerek bilgisayarlı tomografinin ameliyat sonrası izlemede yeri yoktur.

Cevap A (Sayek, *Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1242*)

Görüntüleme yöntemlerinde karaciğer sintigrafisi %85-90 oranında tanı koydurucudur. Bilgisayarlı tomografi ile de doğru tanı oranı ultrasonografiye eşdeğerdir. Arteriyografi %100'e varan doğruluk oranı olmasına karşın invazif bir yöntem olması nedeniyle karaciğer kist hidatiği tanısında sık kullanılan bir görüntüleme yöntemi değildir. Casoni testi bir deri testi olup, kist hidatik varlığında %50-80 oranında pozitif olmasına rağmen en önemli dezavantajı yüksek oranda yalancı pozitif sonuç vermesi ve başarılı tedavi sonrası pozitif kalmasıdır.

**7. Alveoler kist hidatiğe ait bilgilerden doğru olanı işaretleyiniz.**

- Etken *Taenia echinococcus* isimli sestoddur.
- Hepatomegali ve ateşli sarılık en sık rastlanan semptomdur.

**III. İmmünelektroforez spesifik olup en güvenilen serolojik testtir.**

- Yalnız I
- I-II
- Yalnız III
- Hepsi
- I-III

Cevap E (Sayek, *Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1247*)

Hepatomegali ve genellikle ateşsiz sarılık en sık rastlanan semptomlardır. Karın ağrısı, assit, anemi ve bazen ateş de görülebilir. Endemik bölgelerde fizik inceleme ve laboratuvar bulguları kombine edilerek tanıya varılır.

**8. Amebik apselerle ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi doğrudur?**

- Amebik abseler daha çok sol lobun kubbesinde yerleşir.
  - Amebik hastalarda plöretik göğüs ağrısı ve hepatomegali sıktır.
  - Amebik hastaların önemli bir kısmında normokromik anemi gelişir.
  - Amebik hastalarda alkalin fosfataz ve serum albumini yüksektir.
- I-II
  - II-IV
  - II-III
  - I-IV
  - Yalnız IV

Cevap C (Sayek, *Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1252*)

Amebik apseler daha çok sağ lobun kubbesinde yerleşir. Hastaların önemli bir kısmında normokromik, normositer veya mikrositer anemi gelişir. Lökositoz ve yüksek bir sedimentasyon hızı vardır. Karaciğer fonksiyon testlerinden alkalin fosfataz yüksek ve serum albumini düşük bulunur.

**9. Aşağıdaki hastalık-tanı eşleşmelerinden doğru olanı bulunuz.**

- Amebik abse-serolojik test
- Pyojenik abse-Bilgisayarlı tomografi
- Alveolar kist hidatik-Laparotomi

#### IV. Non paraziter karaciğer kistleri-Biyokimyasal testler

- I-II
- I-II-III
- Hepsi
- Yalnız II
- Yalnız IV

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1236)

Karaciğer non-paraziter kistlerinin tanısı için biyokimyasal testler yardımcı değildir. Karaciğer fonksiyonlarında bir bozukluk olmaz. Ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi kistik bir kitlenin varlığını göstermede çok yararlıdır. Ultrasonografide internal ekoların varlığı malignite olasılığını akla getirmelidir. Anjiyografi kitlede neovaskülarizasyonun olup olmadığını gösterir. Perkütan transhepatik kolanjiyografi ve endoskopik retrograd kolanjiyopankreatikografi gibi tetkikler kistin safra yolları ile ilişkisini göstermek için kullanılır.

#### 10.Karaciğerin tümöral oluşumlarına ait bilgilerden hangisi yanlıştır?

- Karaciğerin en sık görülen tümörleri metastatik malign tümörleridir.
- Primer ve metastatik tümörlerin klinik belirtileri, tanı yöntemleri benzerdir.
- Primer malign tümörlerin büyük çoğunluğu hepatoblastomalardır.
- Karaciğerde sarkomalar ender görülür.
- Fibrolameller karsinoma genellikle genç erişkinlerde ve ergenlik çağında ortaya çıkar.

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1254)

Karaciğerin primer malign tümörlerinin %80-90'ı hepatik hücreli (hepatosellüler) karsinomadır. Primer ve metastatik tümörlerin etiyolojileri farklı olmasına rağmen, klinik belirtileri, tanı yöntemleri ve tedavileri benzerlik gösterir ve çoğu zaman birlikte değerlendirilir. Karaciğerin benign solid tümörleri çok ender olarak görülürler. Son yıllarda oral kontraseptiflerle ilişkili olabileceklerinin öne sürülmesiyle sayıları ve cerrahi yönden önemleri artmıştır.

#### 11.Karaciğer tümörlerine ait tedavide yanlış seçeneği işaretleyiniz.

- Karaciğer primer karsinomunda kemoterapi küratif değildir.
- Karsinoma ile birlikte ciddi siroz varsa karaciğer rezeksiyonu yapılmaz.
- Hepatik rezeksiyon metastaz durumunda düşünülmelidir.
- Hepatik arter bağlanması primer karaciğer tümörlerinde yeri yoktur.
- Karaciğer karsinomunun tedavisinde radyoterapinin fazla yeri yoktur.

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1258)

Karaciğerin primer ve sekonder tümörlerinde hepatik arter bağlanması da uygulanan bir tedavi yöntemidir. Tek başına kemoterapiden fazla üstün bir yanı olmadığı, dearteriyalizasyonun kemoterapi ile birlikte

kullanılmasının daha iyi sonuç verdiği anlaşılmıştır. Bazı araştırmacılar periferik hepatik arter embolizasyonunun cerrahi dearteriyelizasyondan daha başarılı sonuçlar verdiğini ileri sürmüşlerdir.

#### 12.Aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- Karaciğer anjiyosarkomunda en önemli laboratuvar bulgusu trombositopenidir.
- Karaciğer sintigrafisi primer karaciğer tümörlerini düşük oranda gösterir.
- Karaciğer metastazı olan hastaların büyük çoğunluğunda AFP (alfa-feto-protein) pozitifdir.
- Karaciğerde görülen hemanjiomlar düşük oranda kavernoöz tiptedir.
- Karaciğer fokal nodüler hiperplazileri sıklıkla erkeklerde gözlenir.

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1257-1259)

Karaciğer anjiyosarkomunda en önemli laboratuvar bulgusu trombositopeni olup, hastaların 1/2-1/3'ünde görülür. Sintigrafi kısmen non-spesifik bir test olup, metastatik tümörler için %30 yalancı pozitif, %15 yalancı negatif sonuç verebilmektedir. Fakat karaciğerin primer lezyonlarını %92 gibi yüksek bir oranda göstermektedir.

Karaciğer metastazı olan hastaların büyük çoğunluğunda alkalen fosfataz yükselmiştir. Bu hastaların yaklaşık 2/3'sinde SGOT değerleri de artmıştır, fakat AFP negatiftir. Karaciğerin en sık görülen benign tümörü hemanjiomların hemen daima kavernoöz tipte olduğu gözlenir. Karaciğer fokal nodüler hiperplazileri sıklıkla kadınlarda gözlenir.

#### 13.USG'de kız veziküllerinin varlığını düşündüren multiseptalı kist hidatik hangi tiptir?

- Tip I
- Tip II
- Tip III
- Tip IV
- Tip V

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1242)

Ultrasonografik bulgulara göre kist hidatik sınıflandırması:

- Tip I →Hidatik lezyon olmaksızın kistik lezyon  
 Tip II →Laminar membranın perikistten ayrılması  
 Tip III→Kız veziküllerinin varlığını düşündüren multi septalı kist  
 Tip IV →Kaba eko veren heterojen kitle  
 Tip V →Kalsifiye lezyon

#### 14.Hepatoma tanısında aşağıdakilerden hangisinin yüksek olması en anlamlıdır?

- Alfa feto protein
- Karsinoembriyjenik antijen
- Alfa-2 makroglobulin
- C-peptid
- Kalsitonin

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1215)

Alfa-feto protein karaciğerde sentez edilen bir pro-

teindir. Daha çok fetal yaşamda ve doğumdan sonra 10-12 hafta içinde kanda yüksek bulunan bir proteindir. Embriyogenik tümörlerde (over, testis, embriyogenik hepatoblastomlarda) çok yüksek değerlere ulaşmaktadır. Hepatoma, siroz, kronik hepatit ve karaciğerin metastatik tümörlerinde de yüksek değerlerde bulunmaktadır.

**15. Karaciğerin malign tümörleri ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Anjiyosarkomların etiolojisinde thorotrast, vinil klorür ve arsenik gibi bazı karsinojenler sorumlu tutulmuştur.
- b) Fibrolameller karsinom %75 solda yerleşir.
- c) Hepatosellüler karsinom bazen hiperkalsemi, hipoglisemi veya polisitemi gibi paraneoplastik sendromlarla kendini gösterir.
- d) İnce bağırsak tümörleri arasında en fazla karaciğer metastazı yapan tümör karsinoid tümördür.
- e) Fibrolameller karsinomun prognozu klasik hepatosellüler karsinomdan daha kötü ve daha agresif seyredir.

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1255)

Fibrolameller karsinoma, hepatosellüler karsinomun bir türüdür. Genellikle genç erişkinlerde ve ergenlik çağında ortaya çıkar. Her iki cinste de aynı oranda bulunur.

Fibrolameller karsinoma, büyük, soliter bir tümör veya multinodüler şekilde bulunur. Anatomik yerleşimi ilginç olup, %75 sol lobda görülür.

Yapılan çalışmalarda; fibrolameller karsinomada prognozun önemli derecede daha iyi olduğu gösterilmiştir.

**16. Klinikte karaciğerin en sık görülen tümörü aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Hemanjiyom
- b) Adenom
- c) Hepatom
- d) Hepatosellüler karsinom
- e) Metastatik tümörler

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1259)

Metastatik tümörler, karaciğerin en sık görülen malign tümörleridir. Primer/sekonder tümör oranı yaklaşık olarak 1/20'dir. Karsinomadan ölen tüm hastaların da %25-50'sinde karaciğer metastazı bulunur. Gastrointestinal sistem tümörlerinden ölen hastaların otopsilerinde karaciğer metastazı bulunma oranı ise %50'dir.

Metastatik tümörler karaciğerlere dört ayrı yoldan ulaşabilirler:

- a) Portal venöz sistem
- b) Lenfatik kanallar
- c) Hepatik arteriyel sistem
- d) Çevre organlardan doğrudan yayılım

Karaciğer metastazları en sık venöz sistem yoluyla ortaya çıkar.

**17. Karaciğer fizyolojisi ile ilgili aşağıdaki cümleler-**

**den hangisi doğrudur?**

- a) Karaciğerin dakikadaki total kan akımı istirahat halindeki kan debisinin %10'unu oluşturur.
- b) Karaciğerin fonksiyonel en küçük birimi segmenttir.
- c) Karaciğere kanın %25'i portal venden, %75'i hepatic arterden gelir.
- d) Hepatik vasküler direncin arttığı en sık neden karaciğer sirozudur.
- e) Portal ven ve karaciğer hücreleri arasında kalan alana "Disse mesafesi" denir.

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1205)

Karaciğer istirahatte, kardiyak debinin %25-30'unu alır. Karaciğerin fonksiyonel en küçük birimi karaciğer lobülüdür. Karaciğer hücreleri ve sünisoidler arasındaki potansiyel boşluklara "Disse mesafesi" denir. Karaciğere kanın %25'i hepatic arterden, %75'i portal venden gelir. Hepatik konjesyonun en sık nedeni kalp yetmezliğidir.

**18. Aşağıdakilerden hangisi bir porto-kaval anastomoz değildir?**

- a) Özofagus çevresindeki anastomozlar
- b) Dalak civarı anastomozlar
- c) Dalak veninin posterior gastrik ve sol gastrik ven yolu ile vena portaya bağlantısı
- d) Karın duvarı anastomozları
- e) Hemoroidal anastomozlar

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1219)

Porto-kaval anastomozlar:

1. Özofagus çevresindeki anastomozlar
2. Dalak civarı anastomozlar
3. Hemoroidal anastomozlar
4. Karın duvarı anastomozları

Porto-portal anastomozlar

1. Dalak veninin arka gastrik ve sol gastrik ven yoluyla vena porta ile bağlantısı
2. Gastroeploik ven yoluyla olan splenik süperior mezenterik anastomoz (Barlow arkı)
3. Pankreas venleri yoluyla olan splenik inferior mezenterik anastomoz

**19. Karaciğerin en sık görülen benign tümörü aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Hepatoma
- b) Lipoma
- c) Hemanjioma
- d) Leiomyoma
- e) Fokal nodüler hiperplazi

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1261)

Karaciğerin benign tümörleri içerisinde en sık görüleni hemanjiomlardır. Bu lezyonun en fazla görüldüğü organ da karaciğerdir. Yetişkinlerde bazen çok büyük boyutlara ulaşır, klinik semptomlar verirler veya bazen de spontan kanamaya neden olabilirler.

Hemanjiomların %10'u multipldir. Yetişkinlerde genellikle 30-40 yaşları arasında görülür ve kadınlarda

erkeklerden 5 kat daha sık bulunurlar.

Karaciğerde görülen hemanjiomlar hemen daima kavernoöz tiptedir. Hemanjiomalar genellikle karaciğer Glisson kapsülünün altında, yüzeyi hafif çökük veya kabarık olarak ortaya çıkarlar.

Tanı koyduracak spesifik bir laboratuvar testi yoktur. Kuşkusuz en önemli tanı yöntemi anjiyografidir. Tümörün vasküler yapısı, besleyici ve genişlemiş damarlar ile erken venöz drenaj tanı için çok tipiktir.

**20. Aşağıdakilerden hangisi karaciğerin piyojenik absesinin daha fazla nedenidir?**

- a) Divertikülit
- b) Koledokolitiazis
- c) Pankreatik abse
- d) Osteomyelit
- e) Subfrenik apse

Cevap B (Sayek, *Temel Cerrahi*, 2.Baskı, s.1249)

Otopsilerin %0.2-1.5'unda saptanan piyojenik karaciğer abselerinin kaynağı en sıklıkla safra kesesi ve safra yolları hastalıklarıdır. Koledokolitiazis, safra yolları darlıkları, sklerozan kolanjit ve safra yolları, pankreas ve ampulla vateri karsinomları ile akut kolesistit en başta gelen nedenlerdir. Karaciğer abseleri asendan kolanjit ile gelişir, portal bakteriyemi de saptanmıştır. Hematojen yayılım portal ven veya hepatik arter yoluyla olur. Divertikülit, apandisit, amfolit, pankreatik abse gibi intraabdominal enfeksiyonlar pileflebite yol açarak karaciğerde piyojenik abse gelişimine neden olurlar. Bakteriyemiye neden olan endokardit, pnömoni, otitis media ve osteomyelit gibi enfeksiyonlar hepatik arter yoluyla karaciğere ulaşarak piyojenik abse gelişimine neden olurlar. Bu yolların dışında karaciğere komşu bölgelerdeki enfeksiyonlar, subfrenik abse gibi, doğrudan karaciğere yayılarak abseye neden olabilirler. Ayrıca abselerin bir kısmı kriptojenik özelliktedir.

**21.30 yaşlarında oral kontraseptif kullanan bir bayan hastada hangi karaciğer tümörünü düşünürüz?**

- a) Hepatosellüler adenoma
- b) Fokal nodüler hiperplazi
- c) Biliyer kistadenoma
- d) Lipoma
- e) Hemangioma

Cevap A (Sayek, *Temel Cerrahi*, 2.Baskı, s.1262)

Hepatosellüler adenoma ile oral kontraseptifler arasındaki ilişki, fokal nodüler hiperplazi ile oral kontraseptifler arasındakinden daha kuvvetlidir.

Hepatosellüler adenomada %90 oral kontraseptif kullanma öyküsü varken, fokal nodüler hiperplazide bu oran %60'dır.

Bu konuda yapılan araştırmalar, oral kontraseptif kullanma süresi ve dozu ile ilişkili olarak gelişme olasılığının arttığını, oral kontraseptif kullananlarda görülen adenomun daha fazla nekroz ve rüptüre neden olabileceğini ve oral kontraseptifin kesilmesiyle

adenomun gerilediğini ortaya koymuştur.

**22. Düz karın grafisinde pnömobilia saptanması aşağıdakilerden hangisini düşündürmez?**

- a) Koledokoduodenal fistül
- b) Süpüratif kolanjit
- c) Akalküloz kolesistit
- d) Safra taşı ileusu
- e) Koledokojejunostomi

Cevap C (Sayek, *Temel Cerrahi*, 2.Baskı, s.1269)

Düz karın grafisinde safra yollarında hava olması (pnömobilia) amfizematöz kolesistit, safra kesesi veya koledok ile gastrointestinal sistem arasında oluşan fistül varlığında, süpüratif kolanjitte veya bilier enterik anastomozlarda görülür. Ayrıca safra taşı ileuslarının 2/3'ünde safra yollarında hava vardır.

**23. Hangisi komplikasyonsuz akut kolesistitin ultrasonografik bulgularından biri değildir?**

- a) Kesenin anteroposterior boyutunun 4 cm üzerinde olması
- b) Kese duvarı kalınlığında artma
- c) Sonografik Murphy bulgusu
- d) Kese içinde belirgin internal ekoların varlığı
- e) Safra kesesi içinde yuvarlak opasite

Cevap D (Sayek, *Temel Cerrahi*, 2.Baskı, s.1272)

Komplikasyonsuz akut kolesistit olgularında ultrasonografide:

- Kese içinde taşa bağlı yuvarlak opasite
- Kese duvarı kalınlığında artma (inflamasyon, ödeme bağlı)
- Lokal duyarlılık (sonografik Murphy bulgusu)
- Ödem ve perforasyona bağlı safra kesesi komşuluğunda sıvı birikimi (komplike olguda)
- Ampiyem gibi bir komplikasyon gelişirse kese içinde belirgin internal ekoların bulunması
- Kesenin anteroposterior boyutunun 4 cm üzerinde olması.

**24. Perkütan transhepatik kolanjiyografi için hangisi ya da hangileri kontrendikasyon oluşturur?**

- I. Kist hidatik
- II. Pürülan kolanjit
- III. Abse
- IV. Karaciğerde hipervasküler kitle
- a) Yalnız I
- b) I-IV
- c) II-III
- d) II-III-IV
- e) I-II-III-IV

Cevap B (Sayek, *Temel Cerrahi*, 2.Baskı, s.1273-1274)

PTK kontrendikasyonları:

- kist hidatik
- karaciğerde hipervasküler kitledir.

## GENEL CERRAHİ

Pürülan kolanjit, abse varlığı kontrendikasyon oluşturmaz. Kanama parametrelerinin bozuk olduğu durumlarda geçici tedavi ile işlem uygulanabilir.

Kist hidatikte kistin yayılımına neden olabilir. Karaciğerde hipervasküler kitle varlığında da aşırı kanamalara neden olunabilir.

**25.Safra kesesi fizyolojisi ile ilgili olarak hangisi doğru değildir?**

- Günlük safra volümü ortalama 500-1100 ml'dir.
- Splanknik uyarım ile safra salınımı artar.
- Sağlıklı kişilerde günlük yapılan safra miktarı sabittir.
- Proteinli yiyecekler, yağlı yiyecekler safra kesesi kontraksiyonlarını artırır.
- Enterohepatik siklusta safra asitlerinin emilimi pasif diffüzyonla olmaktadır.

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1281-1283)

Safra kesesi kontraksiyonlarını

- Parasempatik uyarı
- Kolesistokinin, daha az olarak sekretin
- Yağlı yiyecekler
- Kısmen proteinli yiyecekler artırır.

Buna karşın splanknik uyarım (sempatik uyarı) safra kesesi kontraksiyon ve safra salınımını azaltır.

**26.Safra taşı insidansı hangisi veya hangilerinde artar?**

- Hereditör sferositoz
  - Açık kalp cerrahisi sonrası
  - İleal rezeksiyon sonrası
  - İnflamatuvar bağırsak hastalıkları
- Yalnız I
  - I-III
  - II-IV
  - I-III-IV
  - I-II-III-IV

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1284)

Sirotik hastalarda, hemolitik anemilerde, terminal ileumun inflamatuvar hastalıklarında ve bazı major ameliyatlardan sonra (açık kalp cerrahisi, gastrektomi, morbid obezite için yapılan ameliyatlarda, ileal rezeksiyon gibi) kolelitiazis insidansının arttığı bilinmektedir.

**27.Hereditör sferositozda en çok hangi tür safra taşları görülür?**

- Kolesterol taşları
- Siyah pigment taşları
- Kalsiyum bilirubin taşları
- Mikst taşlar
- Sarı pigment taşları

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1283-1284)

Siyah pigment taşları Hereditör Sferositozda %43-85 oranında görülür. Genellikle birden çok sayıda olurlar, karaciğer sirozu olanlarda görülen taşlar da genellikle bu tiptedir. Sarı pigment taşları şeklinde bir tabir yoktur.

**28.Sarılık hangi durum veya durumlarda saptanabilen bir bulgudur?**

- Mirizzi sendromu
  - Oddi sfinkteri spazmı
  - Kolanjit
  - Akut kolesistit
- Yalnız II
  - Yalnız I
  - I-III
  - I-III-IV
  - I-II-III-IV

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1285)

- Mirizzi sendromu (ihtihaplı Hortmann poşunun kolesistodu daraltmasına bağlı)
- Oddi sfinkteri spazmı
- Koledokolitiazis'e bağlı akut kolesistit
- Kolanjit durumlarında sarılık olabilir.

**29.Hangi safra kesesi hastalığında safra kesesi duvarında Aschoff-Rokitanski sinusları oluşumu saptanır?**

- Akut kolesistit
- Akut amfizematöz kolesistit
- Kronik kolesistit
- Safra kesesi karsinomu
- Safra kesesi torsiyonu

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1287)

Kronik kolesistit hastalarında bir sene sonunda granülomatöz değişiklikler, fibroblast proliferasyonu ve kollajen teşekkülü olur. Granulomlar genellikle kolesterol içerirler ve safra kesesi duvarında Aschoff-Rokitanski sinusları meydana gelir. Mukoza incilir ve kas lifleri arasında fibrozis görülür.

**30.Kronik kolesistitin ayırıcı tanısında hangisi ya da hangileri düşünülmelidir?**

- Pankreatit
  - Pyelonefrit
  - Hiatal herni
  - Duodenal ülser perforasyonu
- Yalnız I
  - Yalnız III
  - I-III-IV
  - I-II-III
  - I-III

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1287)

- Kronik pankreatit ayırıcı tanısında
- pankreatit
- gastrik ve duodenal ülser
- hiatal herni
- pyelonefrit
- dorsal ve lomber vertebranın artritik değişiklikleri düşünülür. Duodenal ülser kolelitiazis ile birlikte ise kolesistektomiden sonra semptomlar devam edebilir.

**31.Aşağıdakilerden hangisi postkolesistektomi send-**

romlarından biri değildir?

- a) Hepatik duktus karsinomu
- b) Koledok striktürü
- c) Akut pankreatit
- d) Oddi fibrozisi
- e) Ampulla Vater karsinomu

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1289)

Post kolesistektomi sendromları:

- Hepatik duktus karsinomu
- Duktus sistikus stump dilatasyonu
- Safra taşı ve kolanjit
- Ampulla karsinomu
- Pankreas başı karsinomu
- Oddi fibrozisi, disfonksiyonu ve spazmı olabilir.

32.Safra yolları ile ilgili hangisi doğru değildir?

- a) Ekstrahepatik safra yolu basıncı 100-150 mm H<sub>2</sub>O civarındadır.
- b) Safra kanallarındaki basıncın yükselmesi safra-nın karışımını etkiler.
- c) Safra akımında koledok kanalının herhangi bir motor rolü yoktur.
- d) Safra kesesinin safra ile dolması ampulla sfink-terinin tamamen kapanması ile olur.
- e) Ekstrahepatik safra yolları hepatoduodenal liga-ment üzerinde uzanırlar.

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1295)

Safra kesesinin dolması için 12-16 cm H<sub>2</sub>O basınç yeterlidir, bu da sfinkterin tamamen kapanması ile değil; duodenuma olan safra akımının yavaşlaması ile sağlanır. Safra akımında, koledok kanalının her-hangibir motor rolü olmadığı bu gün bilinmektedir. Hakiki kontraksiyonlar koledokun sadece alt ucundaki sfinkterde mevcuttur.

33.Aşağıdakilerden hangisi Reynauld Pentadı içinde yer almaz?

- a) Tekrarlayan ateş
- b) Şok
- c) Sarılık
- d) Merkezi sinir sistemi bulguları
- e) Karında hafif bir rahatsızlık hissi

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1300)

Charcot triadı=Tekrarlayan ateş+sarılık+karın ağrısı  
Reynauld pentadı=Charcot triadı+şok+merkezi sinir sistemi bulguları (konfüzyon, koma vs...)

Tüm bunlar akut kolanjitin klinik bulgularındandır. Kolanjitte karında hafif bir rahatsızlık hissi de olabilir. Ama bu semptom Reynauld Pentadı içinde sayılmaz.

34.Safra yolları benign striktürlerinin en sık nedeni hangisidir?

- a) Operatif safra yolu travmaları
- b) Koledokolitiazis
- c) Papilla Vater stenozu

- d) Yapışan bilioenterik anastomozlar
- e) Karın travmaları

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1302)

Safra yolları striktürlerinin %90'dan fazlasının nedeni operatif safra yolları travmalarıdır. Sıklık sırasına göre en fazla kolesistektomi, safra yolları ve mide cerrahisi-ni takiben meydana gelirler. En sık sistik kanalın ana hepatic kanala açıldığı kısım ile sağ ve sol hepatic kanalların birleştiği kısım arasında ara hepatic kanalda yerleşirler.

35.Safra yollarının en sık rastlanan benign tümörü hangisidir?

- a) Hiperplazi
- b) Papillom
- c) Multipl papillom ve papillomatozis
- d) Kistik papillom
- e) Adenoma

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1305)

Safra yollarının en sık rastlanan benign tümörü papillomdur. Ampulla Vater'de yerleşir. Polipoid yapıda olup, histolojik olarak kolumnar hücreler ve goblet hücreleri ile örtülüdür. Benign tümörlerin inflamatuvar bir sürece cevap olarak meydana geldiği düşünülür.

36.Safra yolları karsinomunun en sık klinik belirtisi hangisidir?

- a) Kilo kaybı
- b) Karın ağrısı
- c) Kaşıntı
- d) Sarılık
- e) Yağlı yemeye intolerans

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1306)

Safra yolları karsinomunda; hastaların hemen hepsi sarılık şikayeti ile gelir. Kilo kaybı ve ağrı hastaların en çok yarısında vardır. Kaşıntı şikayeti de sık görülür ve sarılığa öncülük eder. Kolanjit sık görülen komplikasyondur, ateş, titreme yanısıra karın ağrısı ve sarılık vardır.

37.Kolanjiyohepatit ile ilgili hangisi/hangileri doğrudur?

- I. Tekrarlayan sarılık, kolanjit atakları ile karakterizedir.
- II. İntrahepatik safra yolları taşları ile ilişkilidir.
- III. C.sinensis ve Askaris ile ilişkilidir.
- a) Yalnız I
- b) Yalnız II
- c) Yalnız III
- d) I-II-III
- e) I-III

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1307)

Kolanjiyohepatit=rekürren pyojenik kolanjit Çin'de insidansı çok yüksek olan intrahepatik safra yolları taşları,

tekrarlayan sarılık ve kolanjit atakları ile seyreden bir hastalıktır. Çin'de akut apandisit ve perfore peptik ülserden sonra en sık görülen akut karın nedenidir. C.sinensis ve askaris, kendileri ve yumurtaları taş oluşumuna çekirdek teşkil ederek safra yollarında tıkanmaya neden olurlar ve bu hastalıkla yakın ilişkileri vardır.

**38. Koledok taşlarının saptanmasında en hassas yöntem hangisidir?**

- a) İntravenöz pyelografi
- b) Kolesintografi
- c) Operatif ultrasonografi
- d) Operatif kolanjiyografi
- e) Operatif kolanjiyometri

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1297)

Bu zamana kadar koledok taşlarının saptanmasında operatif kolanjiografinin en hassas olduğu kabul ediliyordu. Bu gün için operatif ultrasonografinin daha hassas olduğu konusunda yayınlar mevcuttur. Etkinlikleri sıra ile %97.5, %94.4 olarak bildirilmektedir. Ayrıca morbiditesi operatif kolanjiografiden daha düşüktür.

**39. Aşağıdakilerden hangisi operatif kolanjiografinin endikasyonlarından biri değildir?**

- a) Artmış serum bilirubin düzeyi
- b) Artmış serum LDH düzeyi
- c) Artmış serum alkalen fosfataz düzeyi
- d) Artmış serum transaminaz düzeyi
- e) Artmış serum amilaz düzeyi

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1296)

Operatif kolanjiyografi endikasyonları:

-laboratuvar bulgusu olarak;

\*serum bilirubin

\*serum LDH

\*serum alkalen fosfataz

\*serum transaminaz seviyelerinde yükselme sayılabilir. Amilaz düzeyinin artması bir endikasyon değildir.

**40. Safra kesesi ve yolları ameliyatları sonrası en sık görülen komplikasyon aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Kanama
- b) Subhepatik abse
- c) Safra fistülü
- d) Kalıntı safra taşları
- e) Safra peritoniti

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1311-1317)

Safra yolları ve safra kesesi ameliyatlarından sonra erken dönemde en önemli komplikasyonlarından birisi intraabdominal kanamadır. Oysa subhepatik kolleksiyon görülmesi safra yolları cerrahisinden sonra en sık görülen komplikasyondur. Safra yolları ameliyatlarından sonra görülen sarılığın en sık nedeni safra yollarında bir taşın geride bırakılmasıdır.

## FITİK

**1. Aşağıdaki belirtilerden hangisi sliding hiatal hernide görülmez?**

- a) Reflü özofajit
- b) Retrosternal dolgunluk hissi
- c) Göğüs alt kısmında bir kitle hissi
- d) Obstrüksiyon semptomları
- e) Sindirilmemiş yiyecek regürjitasyon

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1020)

Sliding hiatal herni reflü özofajite neden olmaz. Reflü özofajit aşağı özofageal sfinkterin motor fonksiyonunun ve özofagusun kas yapısının bozulması ile oluşur, sonucunda da retrosternal yanma ve regürjitasyon semptomları görülür.

Paraözofageal veya sliding hiatal hernilerde semptomlar gaz ve gastrik içeriğin göğüse fıtıklaşan mide içinde sıkışması ile oluşur. Hasta retrosternal dolgunluk veya göğüs alt kısmında bir kitle hissinden şikayet eder. Mide bağlarının gevşek olması nedeni ile ara sıra gastrik volvulus gelişebilir, obstrüksiyon semptomları ve sindirilmemiş yiyecek regürjitasyonuna neden olur. Rotasyonel volvulus gelişir ise, fıtıklaşan midenin lenfatik ve venöz drenajı etkilenebilir. Bu, mukozal konjesyon, kan sızması ve bazen de ülserasyon ile daha ciddi kanamalara neden olabilir.

**2. Aşağıda hiatal herniler hakkında verilen eşleştirmelerden hangisi yanlıştır?**

- A) Sliding herni
- B) Paraözofageal herni
- C) Miks tip hiatal herni
- I. Kardianın yukarıya doğru, posterior mediastinuma yer değiştirmesi ile karakterizedir.
- II. Normal pozisyondaki kardianın etrafından gastrik fundusun yukarı doğru yer değiştirmesi ile karakterizedir.
- III. Hem gastrik kardianın hem de fundusun yukarı doğru yer değiştirmesi ile karakterizedir.
- IV. Hemen her olguda baryumlu grafi tanıyı sağlar.
- a) A-I
- b) B-II
- c) C-III
- d) A-IV
- e) B-IV

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1021)

Üst gastrointestinal sistem baryumlu grafilerinde paraözofageal hiatal herni tanısı doğruluk olasılığı sliding hernilere göre daha yüksektir. Çünkü, sliding herniler spontan olarak redükte olur. Paraözofageal hernilerde mide genellikle göğüs boşluğundadır, böylece hemen her olguda baryumlu grafi tanıyı sağlar.

**3. Karın duvarı fıtıkları hakkında verilen bilgilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Fıtık daha çok kadınlarda görülür.
- b) Fıtık prevalansı yaşla artmaktadır.

- c) İnguinal fıtıklar en sık görülen fıtık türüdür.  
 d) Femoral fıtık, tüm fıtıkların çok az bir kısmını oluşturur.  
 e) Femoral fıtıklar kadınlarda daha sık görülür.

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1442)

Fıtık, her iki cinste, tüm ırklarda ve her yaşta görülebilen sık bir antitedir. Fıtıkların %75'i erkeklerde görülmektedir, ayrıca görülme sıklığı her yaş grubunda erkeklerde daha fazladır. Fıtık prevalansı yaşla artmaktadır, en düşük prevalans 15-24 yaş grubundadır. İnguinal fıtıklar tüm fıtıkların %80'ini oluştururlar ve erkeklerde kadınlara oranla 9 kat daha sık görülürler. Femoral fıtık, kadınlarda erkeklere göre üç kat sık görülür.

**4. Aşağıdakilerden hangi fıtıkta daha fazla strangülasyon görülür?**

- a) Femoral  
 b) İnguinal  
 c) İnsizyonel  
 d) Umbilikal  
 e) Littre fıtığı

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1443)

Strangülasyon, fıtık kesesi içindeki organın kan akımının bozulması veya tamamen engellenmesi ile oluşur ki, bu genellikle fıtık boynundaki darlık veya intrensek bir bant nedeni ile gelişir.

Yayınlanan strangülasyon serilerinde çoğunluk inguinal fıtıklardadır, ikinci sıklıkta femoral fıtıklar, sonra umbilikal ve insizyonel fıtıklar gelir.

**5. Processus vajinalisin kapanmaması ile oluşan fıtık hangisidir?**

- a) İndirekt fıtık  
 b) Direkt fıtık  
 c) Femoral fıtık  
 d) Umbilikal fıtık  
 e) Hiçbiri

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1446)

Yenidoğan ve çocukluk döneminde fıtık oluşumunda konjenital faktörler en önemli etiyolojik nedendir. İndirekt fıtıklar "processus vajinalis" in kapanmaması sonucu oluşur. Çocukluk çağından sonra çıkan indirekt inguinal fıtıklarda da konjenital komponent (açık processus vajinalis) bulunabilir, fakat bütün fıtıklar için bu söylenemez. İndirekt fıtıkların çoğu artan intraabdominal basınç sonucu zaten zayıf olan karın duvarında rüptür sonucu oluşur.

**6. Fıtık kesesi içinde sadece Meckel Divertikülü içeren fıtık hangisidir?**

- a) Richter fıtığı  
 b) Littre fıtığı  
 c) Spigelian fıtığı  
 d) Obturator fıtık  
 e) İnternal fıtık

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1447)

Littre fıtığı, fıtık kesesinin tek içeriğinin Meckel divertikülü olduğu fıtıklardır. Her yaşta görülebilir. Littre fıtığına özgü bir durum ise fıtıklaşan divertikülün inkarserasyonu veya strangülasyonuna rağmen mekanik bağırsak obstrüksiyonunun hemen hemen olmamasıdır.

**7. Sliding fıtıklar karın duvarı fıtıklarından biridir. Aşağıdaki verilen bilgilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Bir organ veya mezenter fıtık kesesinin bir duvarını oluşturur.  
 b) Sol tarafta 4-5 kat daha fazla görülür.  
 c) Şişman erkekler kadınlardan daha yatkındır.  
 d) Sliding fıtıklarda strangülasyon sıktır.  
 e) Tanı genellikle ameliyat sırasında konur.

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1447)

Sliding fıtık tanısı güçtür ve genellikle tanı ameliyat anında konur. Eğer hasta şişman ise, uzun süredir olan, redükte edilmesi güç ve skrotal büyük fıtığı var ise şüphelenmek gerekir. Sliding fıtık sadece kısmen redükte edilebilir. Sliding fıtıklarda strangülasyon nadirdir, iç halka geniştir ve kan damarlarını sıkıştırılmaz.

**8. Richter fıtığında aşağıdakilerden hangisi daha sık bulunur?**

- a) Jejunum  
 b) Terminal ileum  
 c) Distal ileum  
 d) Çıkan kolon  
 e) Meckel Divertikülü

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1447)

Eğer bağırsak lümeninin tam çevresinden daha az bir kısmı fıtık kesesi içinde ise buna Richter fıtığı denir. Richter fıtıklarında kalın veya ince bağırsak bulunabilir, en sık distal ileum bulunur. Bu fıtık karın duvarındaki herhangi bir fıtıkta oluşabilir, fakat en çok femoral kanalda oluşur. Richter fıtığında bağırsağın sadece antimezenterik tarafı fıtık kesesi içindedir. Tipik olarak 60-70 yaşlarında ve femoral fıtığı olan kadınlarda görülür.

**9. Kasık fıtıklarından hangisinde inkarserasyon riski en fazladır?**

- a) Sliding fıtığı  
 b) Direkt inguinal fıtık  
 c) İndirekt inguinal fıtık  
 d) Femoral fıtık  
 e) Pantolon herni

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1448)

İnkarserasyon indirekt inguinal veya femoral fıtıklarda rölatif olarak sık görülür. İnsidansı indirekt inguinal fıtıklarda %10 ve femoral fıtıklarda %20 civarındadır. İnkarserasyon, fıtık kitesinin karın içine geri itilmemesi, redükte edilememesi halidir.

**MEME HASTALIKLARI**



1. 25 yaşında genç bir kızda memede solid bir lezyon saptanıyor. İlk aklınıza gelecek tanı nedir?

- a) Fibroadenom
- b) Yağ nekrozu
- c) Fibrokistik hastalık
- d) Meme karsinomu
- e) Fizyolojik nodularite

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.863)

Kistik hastalıkla fibroadenoma meme patolojisinin yarısından çok fazlasını oluşturur.

Yalnız palpabl kitleleri gözönüne alacak olursak kistik hastalıkla adenofibroma memedeki bütün palpabl kitlelerin %80'ini oluşturur denilebilir.

Fibroadenom çoğunlukla genç kızlarda ve genç kadınlarda bulunur.

2. Cystosarcoma Phylloides ile ilgili aşağıdakilerden hangisi doğru değildir?

- a) Malign transformasyon görülmez.
- b) Dev bir adenomdan patolojik ayırımı zordur.
- c) Total eksizyonu gerekir.
- d) Gerçek bir sarkom değildir.
- e) Kesit yüzeyi lahanayı andırır.

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.864)

Cystosarcoma Phylloides adenofibromanın bir türü olarak kabul edilir. Klinikte sert, mobil, lobüllü bir kitle olarak ele gelir.

Çok nadir olarak malign Cystosarcoma Phylloides'lere rastlanmıştır.

3. Meme patolojilerinin tanısında sıkça kullanılan mamografi ile meme kanseri arasında ilişki konusunda aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Meme dokusu 30 yaşın altında radyasyona aşırı duyarlıdır.
- b) Mammografinin kanser tanısında duyarlılığı %65-97'dir.
- c) Meme kanseri palpe edilebilir duruma gelmeden ortalama 2 yıl önce mamografide saptanabilir.
- d) Mamografide normal meme için kabul edilebilecek uniform bir görüntü mevcuttur.
- e) Malignansi için karakteristik olan kalsifikasyon ve dansite artımıdır.

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.856)

Mamografide normal meme için kabul edilebilecek uniform bir görüntü yoktur. Seks steroid hormonlarının etkisi ile bireyin yaşam boyunca memelerin yapısında ve mamografik görünümünde değişiklikler olur.

4. Memede proliferasyon gösteren fibröz doku içinde sıkışmış duktus hücrelerinden oluşmuş sınırları belirgin kitle aşağıdaki patolojilerden hangisini tanımlar?

- a) Medüller karsinom
- b) İntraduktal papillom
- c) Fibroadenom
- d) Memenin paget hastalığı

e) Yağ nekrozu

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.864)

Mikroskopik olarak adenofibromalar iki komponentten meydana gelir. Biri konnektif dokudan oluşan stroma, diğeri ise asini ve duktusların proliferasyonudur. Tedavisi eksizyondan ibarettir. Eğer birden fazla ise her biri ayrı ayrı çıkarılır.

5. Aşağıdaki patolojilerden hangisi en sık meme başı akıntısına neden olur?

- a) Kistik hastalık
- b) Fibroadenom
- c) İntraduktal papillom
- d) Cystosarcoma phylloides
- e) Papillomatozis

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.858)

Meme başı akıntısının en sık nedeni olguların %50'sinde intraduktal papillom, ikinci sık nedeni de %29 meme karsinomudur. Meme başı akıntısının diğer nedenleri ise fibrokistik hastalık, duktal ektazi ve inflamasyondur.

6. 44 yaşındaki kadın hasta sol meme üst dış kadranda ağırlı kitle ile doktora başvuruyor. Hasta daha önce aynı memesinde ekimoz olduğunu belirtiyor. Fizik incelemede sol memede kitle ve kitle üzerinde retraksiyon görülüyor. Bu hastada en muhtemel tanı hangisidir?

- a) Yağ nekrozu
- b) Tromboflebitis
- c) Hematom
- d) İntraduktal papillom
- e) Skleroz karsinom

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.866)

Yağ nekrozunun fibrozis döneminde deride oldukça belirli bir deri retraksiyonu meydana gelebilir. Bu sırada yağ nekrozunun kitlesi de kanser kitlesine benzediğinden bu her iki fizik belirti (retraksiyon ve kitle) ile yağ nekrozu ve karsinoma tanısını koymada güçlük oluşturur. Hikayedeki ekimoz ile yağ nekrozu tanısı konabilir.

7. 67 yaşında bir kadın hasta sağ memede kitle ile başvuruyor. Kitle son 6 ayda belirgin bir şekilde büyüyor ve boyutları 4x2 cm olarak ölçülüyor. Sağ aksillasında 1x1 cm'lik 2 adet mobil lenf nodu palpe ediliyor. Hastaya yapılacak ilk laboratuvar incelemesi ne olmalıdır?

- a) Mamogram (sadece sağ memede)
- b) Akciğer filmi
- c) Serum östrojen ölçümü
- d) Dalak-karaciğer sintigrafisi
- e) CEA düzeyi

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.847)

Meme hastalığı olan bir kadında karsinoma olasılığı varsa, en çok metastaz yapabileceği yer olarak akciğer ve iskelet sisteminin bilinmesi gerekir. İskelet sistemi dendiği zaman vücuttaki tüm kemiklerin filmlerinin çekilmesine gerek yoktur. İki yönlü akciğer filmi, iki yönlü kafatası filmi, iki yönlü pelvis filmi ile meme kanserinin iskelet sisteminde ve akciğerde metastaz yapabileceği yerler taranmış olur.

**8. Meme hastalarında en sık rastlanan şikayet hangisidir?**

- a) Kitle
- b) Meme başı akıntısı
- c) Retraksiyon
- d) Ödem
- e) Ağrı

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.848)

En sık rastlanan şikayet konusu ağrıdır. Ağrıdan sonra sıklık sırasıyla şikayet konusu kitle, spontan meme başı akıntısı, meme derisinde ya da meme başında retraksiyon, meme derisinde ödem, ülserasyon, eritem ve kol ödemidir.

**9. Gebelik ve laktasyonda en sık görülen kanser hangisidir?**

- a) Meme
- b) Akciğer
- c) Endometrium
- d) Over
- e) Serviks

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.871)

Gebelik ve laktasyonda görülen meme kanseri, kanser olgularının %1-2'sini oluşturur. Genellikle yaş ortalaması 30-35'dir. Gebelik ve laktasyonda en sık görülen kanser meme kanseridir. Meme kanserinin gebelik ve laktasyonda sonuçlarının kötü olması bu hastalarda kanser tanısının konulmasında geç kalınmasındandır.

**10. Aşağıdaki bilgilerden hangisi Mastodini için yanlıştır?**

- a) Memelerin hiç bir hastalığına bağlı olmayan fizyolojik ağrısıdır.
- b) Genellikle hastanın menstrual siklusu ile ilgilidir.
- c) Progesteron döneminde gerginlik ve ağrılar belirlir.
- d) Ağrı çoğunlukla memenin dış yukarı kadransında bulunur.
- e) Hormon tedavisi ile ağrı geçirilmeye çalışılır.

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.849)

Endokrin bozukluklarına bağlı olduğu düşünüşü ile hastaya hormon tedavisi yapmanın bir yararı olmadığı gibi, bazen epitelial proliferasyonu malign yönde geliştirerek çok zararı da dokunabilir.

Eğer ağrı sürekli oluyor ve hastayı rahatsız ediyorsa yalnız analjeziklerin verilmesi yeterlidir.

**11.10 yaşındaki kız çocuğunun sağ memesinde areola altında 1 cm'ye yakın çapta düğme gibi bir sertlik, annesi tarafından yıkanırken tesadüfen bulunmuş. En muhtemel tanı nedir?**

- a) Lobuler meme kanseri
- b) İnfiltratif duktal meme kanseri
- c) Adenofibrom
- d) Juvenil hipertrofi
- e) Kistik hastalık

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.850)

Prekoks puberal hipertrofi de denir. Puberte yaşına gelmemiş kız çocuklarında, en çok 9-10 yaşlarında görülür. Hiç bir hastalık anlamı taşımaz. Fakat bu konuda tecrübesi olmayan bir kimse malignite endişesi ile biyopsi yapacak olursa ilerde bütün memeyi meydana getirecek olan bu oluşumu ortadan kaldırmış olur ve çocuğun memesi oluşmaz.

**12. Memede en sık rastlanan benign hastalık hangisidir?**

- a) Kistik hastalık
- b) Adenofibrom
- c) Adenozis
- d) Yağ nekrozu
- e) İntraduktal papillom

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.865)

Kistik hastalık memede en sık rastlanan hastalıktır. Geniş otopsi serilerinde kadınların %60'ından çoğunda kistik hastalık bulunmuştur.

**13. Memenin malign oluşumlarının patolojisi ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Tümör konnektif dokudan zenginse skiro karsinomadan söz edilir.
- b) Malign meme tümörlerinin %90'dan fazlası lobüller hücrelerden köken alır.
- c) Meme başının kronik egzomatoid görünümle birlikte santral duktal karsinomunun bir arada olmasına Paget hastalığı denir.
- d) Permeasyon yoluyla lenfatik yayılma kanserin geç evrelerinde görüldüğü için satelit deri nodülleri hastalığın çok ilerlemiş olduğunu gösteren bulgulardır.
- e) Meme kanserleri hematojen yayılım yaparsa kemikler ve yumuşak dokulara metastaz yapar.

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.867)

Malign meme tümörlerinin %90'ından fazlası ya geniş ya da küçük çaplı duktal sistem epitelinden gelişir.

**14. Meme kanseri için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Memenin paget hastalığının klinik insidansı %2.5'dur.
- b) Tümör, olguların %90'ında memenin üst dış kadransındadır.
- c) Aksillada tutulan lenf nodülü sayısı arttıkça prognoz kötüleşir.

- d) Lobuler neoplazi olgularının çoğunda tümör her iki memede birden bulunur.  
e) Meme kanserinin primer tedavisi cerrahidir.

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.875)

Meme kanseri genellikle puberteden sonraki on yıl içinde gelişmeye başlar. Tümör olguların %40-50'sinde memenin üst dış kadranda, %20-25 oranında da memenin santral bölgesinde areola altında lokalize olur.

15. Operabl meme kanserinin tedavisinde tartışmasız en seçkin ve yararlı yöntem aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Lokal eksizyon+radyoterapi  
b) Basit mastektomi  
c) Basit mastektomi+radyoterapi  
d) Mastektomi+Aksilla diseksiyonu (Patey ameliyatı)  
e) Radikal mastektomi

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.875)

Operabl meme kanserinin tedavisinde tartışmasız en seçkin ve yararlı yöntem Halsted usulü radikal mastektomidir. Radikal ameliyat organın kendisiyle birlikte lenfatik anotomisinin ameliyatıdır.

Memeyi örten derinin tümörü çıkarmadıkça geride meme dokusu bırakmamak teknik olarak mümkün değildir. Memeyi örten deriyi tümüyle çıkarınca da göğüs duvarında açıkta kalan bölgeyi deri grefti ile örtmek gerekir.

16. Radikal mastektomi yapılan hastalarda en sık görülen uzak metastaz hangisidir?

- a) Akciğer  
b) Kemik  
c) Beyin  
d) Karaciğer  
e) Metastaz olmaz.

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.876)

Radikal mastektomi yapılan hastalarda en sık görülen uzak metastaz kemik metastazıdır. Bu metastazların %74'ü ilk beş yılda %10'u ise on yıldan sonra açığa çıkar. Akciğer metastazlarının %65'i ilk 5 yılda %11'i ise 10 yıldan sonra açığa çıkar.

17. Aşağıdakilerden hangisi meme kanseri etyolojisi için yanlıştır?

- a) Anne, kız ve kız kardeşler arasında meme kanseri görülmesi oranı normal popülasyona göre iki kat daha fazladır.  
b) Etiyolojisinde plasenta estrojeni olan meme kanseri prognozu en iyi olanlarıdır.  
c) Meme kanserli hastaların %10'unda geçirilmiş tiroid hastalığı vardır.  
d) Hastaların yaklaşık 1/3'ünde meme kanseri östrojene bağlıdır.  
e) Protein ve yağdan zengin besinlerle beslenen-

- lerde meme kanseri riski artar.

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.865)

Memeye etkili üç değişik kaynaklı (sürrenal, over, plasenta) östrojen vardır. Etiyolojisinde sürrenal estrojen olan meme kanserleri prognozu en iyi olanlarıdır. Buna karşın plasenta estrojeni ile gelişen meme kanserinin en graw seyreden ve prognozu en ağır olan tipi olduğu, bu nedenle gebelikte gelişen meme kanserinin neden grav bir gidiş gösterdiği açıklanmış olur.

18. Aşağıdakilerden hangisi meme derisinde ödem nedeni değildir?

- a) Meme biyopsisi  
b) Meme kanseri  
c) Mastit  
d) Jigantomasti  
e) İntraduktal papillom

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.852)

Biyopsi insizyonu çevresinde deri ödeme neden olur. Jigantomasti memelerin gebelik sırasında bilateral olarak normalin 15-20 katına varacak derecede hipertrofisi ile kendini gösteren bir sendromdur. Memeler o kadar büyümüşür ki bu gerginlik ve sarkıklık nedeniyle memenin lenf drenajı olmaz ve bu nedenle memede ileri derecede ödem meydana gelir. İntraduktal papilloma klinikte genellikle meme başı akıntısı ile kendini gösterir, ödem kliniğinde görülmez.

19. Aşağıdakilerden hangisi meme kanseri için en fazla risk faktörüdür?

- a) Yaş  
b) Hormonal durum  
c) Cinsiyet  
d) Aile hikayesi  
e) Çevresel faktörler

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.865)

Kadın olmak meme kanseri için erkeklere göre 100 kat daha fazla risklidir. 55 yaştan sonra risk artar, postmenopozal dönemde siktir. Birinci derece akrabalarda varsa risk 2-3 kat artar. Nullipar, erken menarş, geç menopoz, geç ilk gebelik, over ve uterus kanseri, önceki meme kanseri varsa risk artar. Gelişmiş ülkelerde siktir. Yağlı diet riski artırır.

20. Aşağıdakilerden hangisinde memede retraksiyon olmaz?

- a) Yağ nekrozu  
b) Duktus ektazisi  
c) Mondor hastalığı  
d) Kistik hastalık  
e) Meme kanseri

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.851)

Retraksiyon, meme içinde fibrozis yapan bir süreç nedeniyle deri ya da meme başının çöküntüsü ve meme başının bir yana çekilmesidir. Yağ nekrozu, duktus ektazisi, Mondor hastalığı ve karsinomada deri retraksiyonu vardır. Retraksiyon

testleri ile bu ortaya çıkarılabilir.

Kistik hastalık adından anlaşılacağı gibi tek bir kistin ya da bir çok küçük kistlerin meydana getirdiği palpabl bir kitledir.

**21. Meme kanseri için aşağıdakilerden hangisi inoperabilite kriteri değildir?**

- a) Meme derisinin 1/3'ünden çoğunu tutan ödem
- b) Meme başında kanlı akıntı olması
- c) Satelit deri nodülleri
- d) İnflamatuvar tipte meme kanseri
- e) Tutulan meme tarafında kol ödemi bulunması

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.875)

Meme başı akıntısı inoperabilite kriteri değildir, sadece bir bulgudur. Meme başı akıntısında birlikte memede kitle varsa, kanlı akıntıda %37 oranında kanser görülür. Kitle olmadan sadece meme başı akıntısında kanser görülme oranı %2-3'dür. Seröz meme başı akıntılarında birlikte memede kitle de varsa kanser görülme oranı %29'dur.

**22. Evre D meme kanserinde tedavi nedir?**

- a) Palyatif tedavi
- b) Mastektomi+Radyoterapi
- c) Mastektomi+Kemoterapi+Radyoterapi
- d) Mastektomi+Kemoterapi
- e) Radikal mastektomi

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.883)

Evre A ve B'de cerrahi, evre C'de hastaya göre değişir, KT verilir, cevap varsa mastektomi ve radyoterapi yapılır, cevap yoksa Radyoterapi yapılır. Evre D'deki meme kanseri inoperabl'dır, palyatif tedavi yapılır.

## ENDOKRİNOLOJİ

**1. Aşağıdakilerden hangisinde invaziv fibrozis vardır?**

- a) Hashimoto Tiroiditi
- b) Subakut Tiroiditi
- c) Akut Tiroidit
- d) Riedel Tiroiditi
- e) Plummer Hastalığı

Cevap D (NMS Genel Cerrahi, s.275)

Kronik Tiroiditin iki azotipi vardır: Hashimoto Tiroiditi ve Riedel Tiroiditi. Hashimoto Tiroiditi kadınlarda sık görülen, otoimmün bir hastalıktır ve serumda yüksek titrede anti-tiroid antikorları bulunur. Riedel Tiroiditi kronik tiroiditin nadir görülen bir şekli olup, tiroid parankimasının tamamına yakını sert fibröz dokuyla kaplanmıştır. Bez taş gibi serttir. Akut tiroidit bakteriyel ve fungal nedenlerle tiroidin iltihaplanmasıdır. Subakut tiroidit viral ÜSYE sonrası oluşan tiroidin iltihaplanmasıdır. Plummer Hastalığı normal tiroid bezinde otonom fonksiyon gösteren bir nodül veya multinodüler guatarda fonksiyon gören nodüllerden kaynaklanır.

**2. Tiroid kanserinde hangi lenf düğümündeki tutulum**

**çok önemlidir?**

- a) Aynı tarafın ön boyun üçgenindeki lenf düğümleri
- b) Aynı tarafın arka boyun üçgenindeki lenf düğümleri
- c) Paratrakeal lenf düğümleri
- d) Ön mediastendeki lenf düğümleri
- e) Trakeaözofagial duktustaki lenf düğümleri

Cevap E (NMS Genel Cerrahi, s.269)

Tiroid bezi daima aynı tarafın ön ve arka boyun hücrelerindeki lenf düğümlerine, internal juguler ven boyunca hareketle trakeaözofagial duktustaki veya mediastendeki ön veya paratrakeal lenf düğümlerine dökülür. Trakeaözofagial duktustaki lenf düğümleri tiroid kanserlerinde çok önemlidir, çünkü bunların tutulumu tümörün renklenmesine, trakea ve özefagus yayılımına sebep olur.

**3. Tiroidin benign konjenital anomalileri içinde en sık rastlanan hangisidir?**

- a) Ektopik tiroid
- b) Lingual tiroid
- c) Tiroglossal kist
- d) Kistik nodüller
- e) Soliter nodüller

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1539)

Tiroidin en sık rastlanan benign konjenital anomalisi tiroglossal kisttir. Tiroglossal kanalın açık kalmasına bağlıdır. Orta hatta çene ucu ile sternal çentik arasındadır. Dil dışarı çıkarılınca yukarı hareket ederler. 2-4 cm kadar olabilirler. İltihap yoksa ağrı yoktur. Cerrahi olarak hyoid kemik ile beraber çıkarılırlar. Diğer benign anomaliler ektopik tiroid ve lingual tiroiddir. Lingual tiroid çok nadir görülür.

**4. Paratiroid bezi için hangisi yanlıştır?**

- a) Bez ektodermal kökenlidir.
- b) Sayısı ve yerleşimi kişiden kişiye önemli değişiklikler gösterir.
- c) Üst bezler daha küçüktür.
- d) Alt paratiroid bezleri daima inferior tiroidal arterden kan alır.
- e) Superior bezler 4. brachial keseden, inferior bezler 3. brachial keseden gelişir.

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1584)

Paratiroid bezi endodermal kökenlidir. Bez sayısının değişik sayıda olabildiğinin bilinmesi cerrahi girişimde önemlidir.

**5. Primer hiperparatiroidizmde hangisi postoperatif komplikasyon değildir?**

- a) Kanama, hematom
- b) N. laryngeus inferior zedelenmesi
- c) Hipoparatiroidizm
- d) Hiperkalsemi
- e) Yara enfeksiyonu

Cevap D (NMS Genel Cerrahi, s.292)

## GENEL CERRAHİ

Paratiroid bezi plazma kalsiyumunu arttırır. Dolayısıyla postoperatif dönemde hiperkalsemi görülmez.

### 6. Feokromasitoma için hangisi yanlıştır?

- a) Cerrahiye hazırlıkta hem  $\alpha$  hem de  $\beta$  blokaj yapılır.
- b)  $\alpha$  blokaj daha önce yapılır.
- c) Propranolol ile  $\beta$  blokaj yapılır.
- d) Tedavide subtotal adrenalectomi tercih edilir.
- e) Feokromasitoma multipl endokrin adenomatosisin bir parçası ise, bilateral total adrenalectomi yapılır.

Cevap D (NMS Genel Cerrahi, s.289)

Feokromasitoma tedavisinde total adrenalectomi seçilir. Ameliyat öncesi hipertansiyonu kontrol altında tutmak, cerrahi sırasında basınçtaki dramatik değişime riskini azaltmak, vazodilatasyondayken normal kan miktarını sağlamak için cerrahi öncesi hem  $\alpha$  hem de  $\beta$  blokaj yapılır.

Fenoksibenzamin  $\alpha$  blokaj için, propranolol  $\beta$  blokaj için kullanılır.  $\alpha$  blokaj daha önce yapılır.

### 7. Hangisi sık görülen Cushing sendromu bulgusu değildir?

- a) Periferik kas erimesi
- b) Strialar
- c) Osteomalazi
- d) Emosyonel dengesizlik
- e) Bufalo hörgücü

Cevap C (NMS Genel Cerrahi, s.285)

Cushing sendromu, kortizol seviyelerindeki kronik yükselmeye bağlı etkilerle olur.

Sık görülen Cushing sendromu bulguları:

- |                     |                        |
|---------------------|------------------------|
| -Hipertansiyon      | -Kas güçsüzlüğü        |
| -Diabet             | -Periferik kas erimesi |
| -Hipokalemi alkaloz | -Stria                 |
| -Osteoporoz         | -Çabuk kanama          |
| -Bufalo hörgücü     | -Hirsutizm             |
| -Trunkal obezite    | -Akne                  |
| -Adet düzensizliği  | -Emosyonel dengesizlik |
- Osteomalazi Cushing'de görülmez.

### 8. Cushing hastalığı nedeniyle bilateral total adrenalectomi yapılan hastalarda hangi sendrom görülür?

- a) Conn Sendromu
- b) Nelson Sendromu
- c) Noonan Sendromu
- d) Foster-Kenedy Sendromu
- e) Harison Sendromu

Cevap B (NMS Genel Cerrahi, s.287)

Cushing hastalığında cerrahi olarak bilateral total adrenalectomi yapılanların %15'inde Nelson sendromu gelişir. Onun için tüm hastaların, bilateral adrenalectomiden sonra yılda bir görme alanı ve sella tomografisi ile izlenmesi gerekir.

### 9. Papiller tiroid karsinomu hakkında yanlış olan hangisidir?

- a) Tiroid kanserlerinin en sık görülenidir.
- b) Boyna radyasyon alan kişilerde görülme riski daha fazladır.
- c) Gelişme hızları yavaş olan tiroid kanseridir.
- d) Psammon cisimcikleri vardır.
- e) En sık 50 yaşından sonra görülür.

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1550)

Tüm tiroid kanserlerinin 2/3'ünü oluştururlar. Gelişme hızı en yavaş tiroid kanseridir. Yaşla birlikte agresivitesi artar. En sık 30-40 yaşları arasında görülür. Boyna radyasyon alanlarda en sık görülen tiroid kanseridir. En sık yayılım lenfoidir. Multisentrik olma oranı %80'dir.

### 10.Primer hiperparatiroidizmin en sık nedeni hangisidir?

- a) Paratiroid adenomu
- b) Paratiroid hiperplazisi
- c) Paratiroid kanseri
- d) Nonparatiroid kanseri (Küçük hücreli akciğer kanseri)
- e) Hiçbiri

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1592)

Primer hiperparatiroidizmde nedenler:

- Paratiroid adenomu %80-85
- Paratiroid hiperplazisi %15-20
- Paratiroid kanseri %1
- Non-paratiroid kanseri %1

### 11.55 yaşındaki bir erkek hastada fizik muayene ve laboratuvar inceleme sonuçlarına göre multinodüler hipertiroidik bir guatr saptanıyor. Bu hastada en muhtemel tanı nedir?

- a) Hashimoto tiroiditi
- b) Graves hastalığı
- c) Papiller karsinoma
- d) Plummer hastalığı
- e) Folliküler adenoma

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1545)

Toksik multinodüller guatr (Plummer hastalığı) genellikle yaşlıların hastalığıdır. Hastada uzun zamandır bilinen multinodüler guatr vardır. Taşikardi, sinirlilik, titreme, terleme, aritmi, bazen kalp yetmezliği, kilo kaybı gibi belirti ve bulgular görülür.

Cerrahi girişim bu tip hipertiroidide en iyi sonuç verir.

### 12.Tiroidektomi sonrası hasta sıvı gıdaları aspire etmektedir. Bu hastada bu komplikasyona neden olan olay aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Trakea yaralanması
- b) İnferior laringeal sinir yaralanması

- c) Superior laringeal sinir yaralanması
- d) Vagus sinirinin total yaralanması
- e) Özofagus yaralanması

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1572)

Rekurrens sinirin (n.laryngeus inferior) zedelenmesi sonucu ortaya çıkan ses kısıklığıdır. Bilateral zedelenmiş ise, dispne görülür.

N.laryngeus superior zedelenmesinde ise, epiglot tam kapanamadığından su trakeaya kaçır. Bu sinir ses tonunu da ayarladığından zedelenmesinde tiz sesler çıkartılmaz.

## ARTER-VEN HASTALIKLARI

1. 12 saat önce başlayan yaygın ve şiddetli karın ağrısı, bulantı, kusma, kanlı ishal şikayetleri ile acil servise başvuran 70 yaşındaki erkek hastanın EKG'sinde atrial fibrilasyon mevcuttur. Hastanın ayakta çekilen direkt karın grafisinde hava-sıvı seviyeleri görülmektedir. Bu hastada olası tanınız nedir?

- a) Divertikülit
- b) Kolon karsinomu
- c) Mezenterik vasküler olay
- d) Gastroenterit
- e) Peptik ülser perforasyonu

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1437-1438)

Mezenterik vasküler olay erkeklerde kadınlara oranla 2/3 oranında daha fazla görülür. Genellikle bu hastalarda kardiovasküler bir hastalık vardır. En sık 50-60 yaşlarında görülür. Bu kişilerde başlıca şikayet karın ağrısıdır. Daha sonra kusma, ishal, melena, gaz ve gaita çıkaramama görülür. Genellikle 12.000-20.000/mm<sup>3</sup> arasında bir lökositoz vardır. Radyolojik muayenede ince bağırsaklarda hava-sıvı düzeyleri görülebilir.

2. Bir önceki hastanın tanısını destekleyecek en yararlı tetkik hangisidir?

- a) Diafram altı görülecek şekilde P-A akciğer grafisi
- b) Mezenterik anjiyografi
- c) Kolon grafisi
- d) Gaita yayması
- e) Hiçbiri

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1438-1440)

Tanıyı destekleyecek en yararlı tetkik anjiyografidir.

3. Konjenital arter hastalıklarından olan arterio-venöz fistüller periferde en çok hangi arter ve ven arasında bulunur?

- a) Ulnar arter, Ulnar ven
- b) Radial arter, Radial ven
- c) Brakial arter, Brakial ven
- d) Ulnar arter, Radial ven
- e) Ulnar arter, Radial ven

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.2096)

Arteriovenöz fistüller daha çok konjenital olarak akciğerde, beyinde, ekstremitelerde, yüz ve boyun arter ve venleri arasında bir bağlantı olarak genellikle tek, bazen de birden fazla olmak üzere bulunurlar. Periferde en çok a.ulnaris ile v.ulnaris arasında bulunurlar. Nadir de olsa a. ve v. digitalisler arasında görülerek gangrenlere yol açabilirler.

4. Arteriosklerozis obliterans en sık nerede gözlenir?

- a) Aorta ve iliak arterlerde
- b) A.femoralis superfisiyaliste
- c) A.poplitea ve distalinde
- d) A.vertebraliste
- e) A.karotiste

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.2098)

Arteriosklerozis obliterans aorta ve ana dallarının en çok bifürkasyon yerlerinde yerleşir. %33 oranında aorta ve iliak arterlerde, %45 oranında a.femoralis superfisiyaliste, %19 oranında a.poplitea ve distalinde lokalize olur. Üst ekstremitelerden a.karotis, a.vertebralis, a.subklavia, a.mezenterika superior ve a.renalis'te yerleşme oranları daha azdır.

5. Arteria renalisin darlık ve tıkanmalarıyla ilgili hangisi yanlıştır?

- a) Hipertansiyonu olan her 5 hastadan birinin a.renalisinde bir stenoz söz konusudur.
- b) A.renalisinde oluşan herhangi bir stenozun başlıca nedeni arteriosklerozisdir.
- c) Renovasküler lezyonlarda en çok a.renalisin aortadan çıkış yerinden itibaren tıkanma veya daralma görülür.
- d) Bu tip lezyonlar %62 oranında 45-80 yaşları arasında erkeklerde görülür.
- e) İntravenöz pyelogram tanı için yeterlidir.

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.2106)

İntravenöz pyelogramın tanıdaki yeri sınırlıdır. Hatta renavasküler hipertansiyon tespit edilen olguların %30'unda pyelogram normaldir. Pyelogramda eğer süzmede bir gecikme varsa ve böbrek küçülmüş ise, bu belirtiler dikkati çekmelidir.

6. Akut arter tıkanmalarında en sık neden tromboembolilerdir. Tromboemboliler en sık hangisinin sonucu oluşur?

- a) Romatizmal kapak hastalıkları
- b) Koroner kalp hastalıkları
- c) Abdominal aort anevrizmaları
- d) Torakal aort anevrizmaları
- e) Ateromatöz duvar değişiklikleri

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.2108)

Tromboemboli %95 oranında bir kalp hastalığına ikincildir. Tromboembolilerin %70-75'i romatizmal kapak hastalıkları, %10-20'si koroner kalp hastalıkları, %1-2'si de abdominal ve torakal aort anevrizmaları, ateromatöz duvar değişiklikleri sonucu olur.

7. Hangisi Pratt'ın arter tıkanmalarında klasik 6P bulgusu arasında yer almaz?

- a) Ağrı
- b) Solukluk
- c) Atım yokluğu
- d) Paralizi
- e) Hepsisi yer alır.

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.2109)

Pratt'ın arter tıkanmalarında klasik 6P bulgusu:

- Ağrı (pain)
- Solukluk (pateness)
- His bozukluğu (Parasthesia)
- Atım yokluğu (Pulselessness)
- Paralizi (Paralysis)
- Şok-bitkinlik (Prastration)

8. Tromboanjitis obliteransla ilgili hangisi doğrudur?

- a) Hastalık daha çok kadınlarda 20-35 yaşları arasında görülür.
- b) Sadece endojen kaynaklı bir hastalıktır.
- c) En fazla üst ekstremitelerde görülür.
- d) Olguların %50'sinde prodromal sendrom olarak batıcı çıkıcı flebitler görülmektedir.
- e) Mikroskobik olarak dev hücrelere sık rastlanır.

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.2113-2114)

Tromboanjitis obliterans; daha ziyade erkeklerde 20-35 yaşları arasında görülür (%98). Kadınlarda nadir olup (%1-2) bu oranın son zamanlarda arttığı görülmektedir. Tromboanjitis obliterans daha ziyade gençlerde endojen ve eksojen (nikotin) nedenlere bağlı, başlangıçta küçük ve orta, ileri evrelerde daha büyük çaplı müsküler arterleri tutan sistemik, iltihabi bir arter hastalığıdır. %50 olguda venlerde de tutulum vardır. En fazla alt ekstremitelerde görülür. Mikroskobik olarak dev hücrelere ender rastlanır. Olguların %50'sinde prodromal sendrom olarak batıcı çıkıcı flebitler görülür.

9. Hangi tip anevrizmalar hemen daima yalancı anevrizmalardır?

- a) Arterioskleroz
- b) Sifiliz
- c) Mikotik
- d) Travma
- e) Medial kistik nekroz

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.2122-2123)

Travmatik anevrizmalar hemen daima yalancı anevrizmalardır. Genellikle torasik aortada, daha az sıklıkla da abdominal aorta ve periferik arterlerde görülür.

10. Hangi tip anevrizma genellikle 40 yaşın altında görülür ve Marfan sendromunda ve gebelerde sık görülür?

- a) Medial kistik nekroz
- b) Mikotik

- c) Sifiliz
- d) Travma
- e) Arterioskleroz

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.2122-2123)

Medial kistik nekroz; en çok arkus ve assendan aortada görülür, medianın orta ve dış kısmında mukoid akümüasyonu ile karakterizedir. Nedeni bilinmemektedir. Arteriosklerozun aksine genellikle 40 yaşın altında gözlenir. Marfan sendromunda sık görülmesi genetik predispozisyonun (Mezodermal doku defekti), gebelerde sık rastlanması, endokrin faktörün, hipertansiyonun ve bazı beslenme bozukluklarının rolü olduğunu gösterir.

11. Raynaud fenomeni hakkında hangisi yanlıştır?

- a) Fenomen soğuk ve emosyonel stres ile ortaya çıkar.
- b) Simetrik, gangrene neden olmaz.
- c) Altta yatan hastalığa bağlıysa sekonder Raynaud fenomeni olarak bilinir.
- d) İlaç tedavisinde vasodilatör ajanlar ve kan viskozitesine etkili ajanlar kullanılır.
- e) Hiçbiri

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.2118-2120)

Soruda verilen bütün şıklar doğrudur. Fenomen soğuk ve emosyonel stress ile ortaya çıkan, simetrik, gangrene neden olmayan ve tedavisi konservatif ve cerrahi olarak iki şekilde yapılan bir tip hastalıktır.

12. Medüller Tiroid Karsinomu ile ilgili yanlışı seçiniz.

- a) Stromada amiloid içerirler.
- b) Genellikle unilateraldir ve tek merkezden yayılır.
- c) İndiferansiye görünümde olsalar da, anaplastik karsinomlara oranla prognozları daha iyidir.
- d) Endokrin olarak aktiftirler ve birçok çeşitli peptid salgırlar.
- e) MEN II'nin bir parçası olabilirler.

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1561)

%85-90 tümör multisentrik ve bilateraldir. Bu yüzden cerrahi tedavide mutlaka total tiroidektomi ve santral bölge lenf nodu diseksiyonu yapılmalıdır. Tiroidin nöral krest kökenli C hücrelerinden (parafoliküler hücrelerden) köken alır. Tümör belirleyicisi olarak en sık Kalsitonin kullanılır.

13. Aşağıdakilerden hangisi, gebelerde hipertiroidi tedavisi için yanlıştır?

- a) Radyoaktif iyot tedavisi sadece 2.trimesterde kullanılır.
- b) 1. ve 3. trimesterlerde cerrahi tedavi uygulanmamalıdır.
- c) İlaç tedavisi en uygun tedavi yoludur.
- d) Propiltiyourasil düşük dozda kullanılmalıdır.
- e) Gebelerde hipertiroidi tedavisi özellik gösterir.

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1545)

Gebelerde radyasyon kullanılmayacağı için radyoaktif iyot verilemez.

**14.Aşağıdakilerden hangisi MEN II'de bulunmaz?**

- a) Feokromasitoma
- b) Multisentrik Medüller Tiroid Karsinomu
- c) Hipofiz adenomu
- d) Paratiroid Hiperplazisi
- e) Hiçbiri

Cevap C (*Sayek, Temel Cerrahi, 2.Baskı, s.1560*)

Hipofiz Adenomu MEN I'de yer alır.