

Türkiye Klinikleri

MEDİTEST Dergisi

EDİTÖR

Prof.Dr.Hikmet AKGÜL (Ankara)

YAYIN SEKRETERLERİ

Dr.İbrahim ERSOY (Ankara)

Dr.Figen YAVUZ (Ankara)

SORU HAZIRLAYAN ÖĞRETİM ÜYELERİ

Prof.Dr. Adnan ABASIYANIK (Meram)

Prof.Dr. Hasan ACAR (Meram)

Doç.Dr. Mahmut AÇIKEL (Atatürk)

Doç.Dr. Aysen AKALIN (Eskişehir Osmangazi)

Doç.Dr. Ali Ferruh AKAY (Dicle)

Yrd.Doç.Dr. Füsün Zeynep AKÇAM (Süleyman Demirel)

Prof.Dr. Handan AKER (Maltepe)

Doç.Dr. Hülya AKSOY (Atatürk)

Doç.Dr. Tahsin Murad AKTAN (Meram)

Prof.Dr. Yakut AKYÖN YILMAZ (Hacettepe)

Uzm.Dr. Necati ALKIŞ (Ank. Onkoloji Hst.)

Yrd.Doç.Dr. Alpaslan ALP (Hacettepe)

Prof.Dr. Necip ALP (Atatürk)

Prof.Dr. Enver ALTAŞ (Atatürk)

Prof.Dr. Aziz Kaya ALTURFAN (İstanbul)

Yrd.Doç.Dr. M. Ufuk ALUÇLU (Dicle)

Yrd.Doç.Dr. İsmail APAK (Dicle)

Yrd.Doç.Dr. M.Cavidan ARAR (Trakya)

Prof.Dr. Sevrap ARIKAN (Hacettepe)

Prof.Dr. Mehmet ARSLAN (GATA)

Yrd.Doç.Dr. Mehmet ARTAÇ (Meram)

Doç.Dr. Adnan ASLAN (Akdeniz)

Doç.Dr. Gönül ASLAN (Mersin)

Doç.Dr. Mehmet Emre ATABEK (Meram)

Doç.Dr. Kıymet Esra ATALIK (Meram)

Doç.Dr. Mustafa ATASOY (Atatürk)

Prof.Dr. Yeşim ATEŞ (Ankara)

Prof.Dr. Mustafa Kemal ATİKELER (Fırat)

Prof.Dr. Mustafa Cihat AVUNDUK (Meram)

Yrd.Doç.Dr. Hakan AY (GATA)

Prof.Dr. Sami AYDOĞAN (Erciyes)

Prof.Dr. Ülkü AYPAR (Hacettepe)

Prof.Dr. Nuri BAKAN (Atatürk)

Yrd.Doç.Dr. Osman BALCI (Meram)

Prof.Dr. Şükrü BALEVİ (Meram)

Prof.Dr. Kunter BALKANLI (Trakya)

Doç.Dr. Abdülkerim Kasım BALTACI (Meram)

Doç.Dr. Hülagü BARIŞKANER (Meram)

Prof.Dr. Ruhgün BAŞAR (Hacettepe)

Prof.Dr. Mustafa BAŞBUĞ (Erciyes)

Prof.Dr. Mahmut BAŞOĞLU (Atatürk)

Prof.Dr. Cengiz BAYÇU (Eskişehir Osmangazi)

Prof.Dr. Serpil Uğur BAYSAL (İÜ Çocuk Sağlığı Ens.)

Prof.Dr. Bülent BAYSAL (Meram)

Yrd.Doç.Dr. Fırat BEKTAŞ (Akdeniz)

Yrd.Doç.Dr. Erol BENLİER (Trakya)

Doç.Dr. Ali Uğur BERBEROĞLU (Ank. Onkoloji Hst.)

Yrd.Doç.Dr. N.Ercüment BEYHUN (Atatürk)

Prof.Dr. Mehmet Kamuran BİRCAN (Dicle)

Doç.Dr. Murat BİRTANE (Trakya)

Prof.Dr. Mehmet BİTİRGEN (Meram)

Yrd.Doç.Dr. Murat BORLU (Erciyes)

Prof.Dr. Adem BOYACI (Erciyes)

Prof.Dr. Nuri Bülent BOYACI (Gazi)

Prof.Dr. Nafiz BOZDEMİR (Çukurova)

Doç.Dr. Ülver BOZTEPE DERİCİ (Gazi)

Yrd.Doç.Dr. Melih Cem BÖRÜBAN (Meram)

Prof.Dr. Sadık BÜYÜKBAŞ (Meram)

Uzm.Dr. Selim BÜYÜKKURT (Çukurova)

Prof.Dr. Mustafa BÜYÜKMUMCU (Meram)

Doç.Dr. Abdullah CANATAROĞLU (Adana Numune EAH)

Prof.Dr. E.Biray CANER (Hacettepe)

Yrd.Doç.Dr. Levent CANKORKMAZ (Cumhuriyet)

Doç.Dr. Mustafa CEMRİ (Gazi)

Doç.Dr. Ömer CERAN (Haydarpaşa Numune EAH)

Doç.Dr. Hakan CEYRAN (Erciyes)

Doç.Dr. Ayça CORDAN YAZICI (Mersin)

Uzm.Dr. Nejat Ali COŞKUN (İzmir Atatürk EAH)

Dr. Ayhan CÖMERT (Ankara)

Prof.Dr. Meseret CUMHUR (Hacettepe)

Prof.Dr. Hasan CÜCE (Meram)

Yrd.Doç.Dr. Sedat ÇAĞLI (Erciyes)

Doç.Dr. Mehtap ÇAKIR (Meram)

Doç.Dr. Mustafa ÇALIŞ (Erciyes)

Prof.Dr. Atiye ÇENGEL (Gazi)

Doç.Dr. Yıldırım ÇETE (Akdeniz)

Doç.Dr. Cengiz ÇETİN (Eskişehir Osmangazi)

Uzm.Dr. Pervin ÇINAR (Adana Numune EAH)

Yrd.Doç.Dr. Aynur Emine ÇİÇEKÇİBAŞI (Meram)

Prof.Dr. Selma ÇİVİ (Meram)

Prof.Dr. Mehmet Cengiz ÇOLAKOĞLU (Meram)

Prof.Dr. Hüseyin DEMİR (Erciyes)

Doç.Dr. Tamer DEMİR (Fırat)

Prof.Dr. Ali DEMİR (Meram)

Yrd.Doç.Dr. Şerafettin DEMİRCİ (Meram)

Doç.Dr. Deniz DEMİRYÜREK (Hacettepe)

Doç.Dr. Figen DEVECİ (Fırat)

Doç.Dr. Mustafa DEVECİ (GATA)

Prof.Dr. Hüseyin DİNDAR (Ankara)

Prof.Dr. Hakkı DOĞAN (Erciyes)

Prof.Dr. Necdet DOĞAN (Meram)

Doç.Dr. M.Metin DONMA (Süleymaniye D.K.Ç. Hst. EAH)

Doç.Dr. Nurcan DORUK (Mersin)

Dr. Egemen DÖNER (Eskişehir Osmangazi)

Prof.Dr. Selçuk DUMAN (Meram)

Doç.Dr. A.Hakan DURUKAN (GATA)

Prof.Dr. Munis DÜNDAR (Erciyes)

Yrd.Doç.Dr. Bülent DÜZ (GATA)

Doç.Dr. Erdal EGE (Meram)

Uzm.Dr. Mehmet EKEN (Dr.Lütfi Kırdar Kartal EAH)

Uzm.Dr. Saniye EKİNCİ (Hacettepe)

Prof.Dr. Gürol EMEKDAŞ (Mersin)

Prof.Dr. Hüseyin ENDOĞRU (Meram)

Yrd.Doç.Dr. Burhan ENGİN (Meram)

Doç.Dr. Emre ENTOK (Eskişehir Osmangazi)

Doç.Dr. Oktay ERAY (Akdeniz)

Yrd.Doç.Dr. İbrahim ERAYMAN (Meram)

Prof.Dr. M.Teoman ERDEM (Atatürk)

Yrd.Doç.Dr. Haydar ERDOĞAN (Cumhuriyet)

Prof.Dr. Deniz ERDOĞAN (Gazi)

Yrd.Doç.Dr. F.Cüneyt ERDURMAN (GATA)

Prof.Dr. Neyhan ERGENE (Meram)

Doç.Dr. K.Mine ERGUN (Hacettepe)

Doç.Dr. Eser ERGÜN (Hacettepe)

Prof.Dr. M.Sabri ERGÜNEY (Cerrahpaşa)

Prof.Dr. Sibel ERGÜVEN (Hacettepe)

Prof.Dr. Ömer Lütfi ERHAN (Fırat)

Prof.Dr. Kuddusi ERKİLİÇ (Erciyes)

Doç.Dr. Özgen ESER (Hacettepe)

Prof.Dr. Mukaddes EŞREFOĞLU (İnönü)

Yrd.Doç.Dr. Durmuş ETİZ (Eskişehir Osmangazi)

Doç.Dr. Cem EVEREKLİOĞLU (Erciyes)

Yrd.Doç.Dr. Abdullah GEDİK (Dicle)

Yrd.Doç.Dr. H.Serdar GERGERLİOĞLU (Meram)

Yrd.Doç.Dr. Sadullah GİRGIN (Dicle)

Prof.Dr. Hakkı GÖKBEL (Meram)

Prof.Dr. Ramazan Oktay GÖZÜ (Uludağ)

Yrd.Doç.Dr. Nil GÜLER (On dokuz Mayıs)

Yrd.Doç.Dr. İshak Gürsel GÜNAYDIN (Meram)

Prof.Dr. Işıl GÜNDAY (Trakya)

Prof.Dr. Erchan GÜNEY (Erciyes)

Prof.Dr. Fırat GÜNGÖR (Akdeniz)

Prof.Dr. B.Şafak GÜNGÖR (Ank. Onkoloji Hst.)

Prof.Dr. Salim GÜNGÖR (Meram)

Prof.Dr. Asuman GÜRAKSIN (Atatürk)

Prof.Dr. Mehmet GÜRBİLEK (Meram)

Prof.Dr. Fuat GÜRKAN (Dicle)

Doç.Dr. Hanifi Yekta GÜRLERTOP (Atatürk)

Doç.Dr. Mustafa GÜZEY (Harran)

Prof.Dr. Yahya HAKGÜDENER (Cumhuriyet)

Yrd.Doç.Dr. Hamza Aral HAKGÜDER (Trakya)

Prof.Dr. A.Gülşen HASÇELİK (Hacettepe)

Doç.Dr. Sema HÜCÜMENOĞLU (Ankara Dışkısı EAH)

Prof.Dr. N.Sezgin İLGİ (Hacettepe)

Prof.Dr. Murat İRKEÇ (Hacettepe)

Prof.Dr. İbrahim İYİGÜN (Atatürk)

Doç.Dr. Ceyda KABAROĞLU (Ege)

Prof.Dr. Talip Oktay KADAYIFÇI (Çukurova)

Doç.Dr. Gürhan KADIKÖYLÜ (Adnan Menderes)

Yrd.Doç. Dr. Ahmet KALE (Dicle)

Doç.Dr. Ümit KAMIŞ (Meram)

Uzm.Dr. Bahar KANDEMİR (Meram)

Prof.Dr. Yücel KANPOLAT (Ankara)

Doç.Dr. Mehmet KANTAR (*Ege*)
Doç.Dr. Mehmet KANTER (*Trakya*)
Prof.Dr. M.İ.Safa KAPICIOĞLU (*Meram*)
Dr. Halil Gürhan KARABULUT (*Ankara*)
Doç.Dr. Ahmet Kağan KARABULUT (*Meram*)
Doç.Dr. İlgin KARACA (*Fırat*)
Yrd.Doç.Dr. Serdar KARAHATAY (*GATA*)
Prof.Dr. Şule KARAKELLEOĞLU (*Atatürk*)
Doç.Dr. Ali KARAKUZU (*Atatürk*)
Prof.Dr. M.Sarper KARAKÜÇÜK (*Erciyes*)
Prof.Dr. Ahmet Rifat KARASALİHOĞLU (*Trakya*)
Doç.Dr. İbrahim KARNAK (*Hacettepe*)
Yrd.Doç.Dr. Mutlu KARTAL (*Akdeniz*)
Yrd.Doç.Dr. Gaye KAYA (*Trakya*)
Yrd.Doç.Dr. M.Nur KEBAPÇI (*Eskişehir Osmangazi*)
Yrd.Doç.Dr. Bahar KELEŞ (*Meram*)
Yrd.Doç.Dr. Erol KELEŞ (*Fırat*)
Yrd.Doç.Dr. Hürkan KERİMOĞLU (*Meram*)
Yrd.Doç.Dr. İbrahim KETENCI (*Erciyes*)
Yrd.Doç.Dr. Mehmet KILIÇ (*Meram*)
Prof.Dr. Mehmet KILINÇ (*Meram*)
Prof.Dr. Mehmet KIRNAP (*Erciyes*)
Yrd.Doç.Dr. Gülnur KIZILAY (*Trakya*)
Doç.Dr. Gülelendam KOÇAK (*İnönü*)
Prof.Dr. Emel KOPTAGEL (*Cumhuriyet*)
Doç.Dr. Emin Türkay KORGUN (*Akdeniz*)
Yrd.Doç.Dr. Özgür KORKMAZ (*Dicle*)
Prof.Dr. Ali KOŞAR (*Fatih*)
Doç.Dr. İbrahim KÖKÇAM (*Fırat*)
Doç.Dr. Mahmut KÖMÜRÇÜ (*GATA*)
Doç.Dr. M.Ali KURÇER (*Harran*)
Doç.Dr. Cemal Asım KUTLU (*Şireyapaşa G.H. ve G.C. Hst.*)
Uzm.Dr. Tamer KUZUCUOĞLU (*Dr. L. Kırdar Kartal EAH*)
Prof.Dr. Güven LÜLEÇİ (*Akdeniz*)
Prof.Dr. İdris MEHMETOĞLU (*Meram*)
Doç.Dr. Dilek MEMİŞ (*Trakya*)
Prof.Dr. İnci MEVLİTOĞLU (*Meram*)
Doç.Dr. Selçuk MİSTİK (*Erciyes*)
Doç.Dr. Abdullah MİLCAN (*Mersin*)
Prof.Dr. M.Caner MİMAROĞLU (*Cumhuriyet*)
Prof.Dr. G.Ertuğrul MİRZA (*Erciyes*)
Doç.Dr. Rasim MOĞULKOÇ (*Meram*)
Prof.Dr. Sabahattin MUHTAROĞLU (*Erciyes*)
Yrd.Doç.Dr. Tarkan MUMCUOĞLU (*GATA*)
Prof.Dr. Nazmi NARİN (*Erciyes*)
Prof.Dr. Fahri OĞUZKAYA (*Erciyes*)
Yrd.Doç.Dr. Cem OKTAY (*Akdeniz*)
Doç.Dr. Nilsel OKUDAN (*Meram*)
Yrd.Doç.Dr. Haşim OLGUN (*Atatürk*)
Prof.Dr. Emin Rüşti ONUR (*Hacettepe*)
Doç.Dr. H.Barbaros ORAL (*Uludağ*)
Doç.Dr. İrfan ORHAN (*Fırat*)
Prof.Dr. Ali OTLU (*İnönü*)
Doç.Dr. Fatma Sema OYMAK (*Erciyes*)
Prof.Dr. Kemal ÖDEV (*Meram*)

Prof.Dr. Selda ÖNDEROĞLU (*Hacettepe*)
Prof.Dr. Pernur ÖNER (*İstanbul*)
Prof.Dr. Rahmi ÖRS (*Meram*)
Uzm.Dr. Özlem ÖZDEĞİRMENÇİ (*Ank.Etilik Doğumevi*)
Yrd.Doç.Dr. İclal ÖZDEMİR KOL (*Cumhuriyet*)
Yrd.Doç.Dr. Mehmet ÖZDEMİR (*Meram*)
Yrd.Doç.Dr. Mustafa ÖZDEMİR (*Meram*)
Yrd.Doç.Dr. Suna ÖZDEMİR (*Meram*)
Yrd.Doç.Dr. Öner ÖZDEMİR (*Children's Hospital*)
Yrd.Doç.Dr. Şevki ÖZDEMİR (*Atatürk*)
Prof.Dr. Ahmet ÖZET (*GATA*)
Yrd.Doç.Dr. Merih ÖZGEN (*Pamukkale*)
Doç.Dr. Ayşegül ÖZGÖK (*TYİH*)
Dr. Emine ÖZKUL (*Hacettepe*)
Prof.Dr. Sitki ÖZTAŞ (*Atatürk*)
Doç.Dr. Yasemin ÖZTOP (*Cumhuriyet*)
Doç.Dr. A.Bekir ÖZTÜRK (*GATA*)
Prof.Dr. Yusuf ÖZTÜRK (*Erciyes*)
Yrd.Doç.Dr. Hatice ÖZTÜRKMEN AKAY (*Dicle*)
Yrd.Doç.Dr. Funda Sibel PALA (*Trakya*)
Prof.Dr. Zafer PAMUKÇU (*Trakya*)
Prof.Dr. E.Ferda PERÇİN (*Gazi*)
Doç.Dr. Ahmet PINAR (*Hacettepe*)
Yrd.Doç.Dr. Mustafa Özgür PIRGON (*Meram*)
Prof.Dr. Hakkı POLAT (*Meram*)
Prof.Dr. Ömer POYRAZ (*Cumhuriyet*)
Doç.Dr. İsmail REİSLİ (*Meram*)
Doç.Dr. Hatice İlgin RUHİ (*Ankara*)
Prof.Dr. Ahmet SALBACAK (*Meram*)
Doç.Dr. Banu SANCAN (*Hacettepe*)
Prof.Dr. Mustafa Fevzi SARGON (*Hacettepe*)
Yrd.Doç.Dr. Zeynep SARIBAŞ (*Hacettepe*)
Prof.Dr. Fikriye SARIKAYALAR (*Acıbadem Kadıköy Hst.*)
Prof.Dr. Yusuf SARIOĞLU (*Gazi*)
Uzm.Dr. Gülsevrim SAYDAM (*TYİH*)
Yrd.Doç.Dr. Mustafa SERDENGEÇTİ (*Meram*)
Doç.Dr. Mehmet S. SERİN (*Mersin*)
Yrd.Doç.Dr. Serdar SEVİMLİ (*Atatürk*)
Prof.Dr. M.Behçet SEVİN (*Eskişehir Osmangazi*)
Prof.Dr. Fatma SIRMATEL (*Harran*)
Prof.Dr. Muzaffer SİNDEL (*Akdeniz*)
Yrd.Doç.Dr. Mehmet A. SOMDAŞ (*Erciyes*)
Prof.Dr. Erdoğan M. SÖZÜER (*Erciyes*)
Prof.Dr. Cem SUNGUR (*Mesa Hst.*)
Prof.Dr. Zeynep SÜMER (*Cumhuriyet*)
Doç.Dr. İlhami SÜRER (*GATA*)
Prof.Dr. H.Selçuk SÜRÜCÜ (*Hacettepe*)
Doç.Dr. Ayşe Saide ŞAHİN (*Meram*)
Prof.Dr. Hayrettin ŞAHİN (*Dicle*)
Prof.Dr. Tahir Kemal ŞAHİN (*Meram*)
Prof.Dr. Muzaffer ŞEKER (*Meram*)
Yrd.Doç.Dr. Hakan ŞENARAN (*Meram*)
Prof.Dr. Burçin ŞENER (*Hacettepe*)
Doç.Dr. Zeynep ŞİMŞEK (*Harran*)
Yrd.Doç.Dr. Yusuf TAMAM (*Dicle*)

Prof.Dr. Ayşe Beliz TAŞCIOĞLU (*Hacettepe*)
Doç.Dr. Nebahat TAŞDEMİR (*Dicle*)
Yrd.Doç.Dr. Güngör TAŞTEKİN (*Meram*)
Yrd.Doç.Dr. Nurettin TAŞTEKİN (*Trakya*)
Prof.Dr. Lema TAVLI (*Meram*)
Uzm.Dr. Gültekin TİBET (*İzmir Dr.Suat Seren G.H. ve C. EAH*)
Prof.Dr. Ali Muhtar TİFTİK (*Meram*)
Doç.Dr. Timur TİMURKAYNAK (*Gazi*)
Doç.Dr. Baran TOKAR (*Eskişehir Osmangazi*)
Yrd.Doç.Dr. Hüseyin TOL (*Meram*)
Dr. M. Fuat TORUN (*Meram*)
Yrd.Doç.Dr. Hatice TOY (*Meram*)
Yrd.Doç.Dr. Timur TUNCALI (*Ankara*)
Prof.Dr. Ömer Levent TUNCA Pamukkale
Prof.Dr. H.Mürvet TUNCEL (*Hacettepe*)
Yrd.Doç.Dr. Işık TUNCER (*Meram*)
Doç.Dr. Recep TUNÇ (*Meram*)
Yrd.Doç.Dr. Banu TURGUT ÖZTÜRK (*Meram*)
Yrd.Doç.Dr. Burak TURGUT (*Fırat*)
Prof.Dr. F.Ajlan TÜKÜN (*Ankara*)
Prof.Dr. Emel TÜRK ARIBAŞ (*Meram*)
Prof.Dr. Mehmet Atilla TÜRKMEN (*Dokuz Eylül*)
Dr. Sedat TÜRKÖĞLU (*Gazi*)
Doç.Dr. Gülin UÇMAK VURAL *Ank.Onkoloji Hst.*
Prof.Dr. Hatice UĞURLU (*Meram*)
Doç.Dr. Mustafa Zafer UĞUZ (*İzmir Atatürk EAH*)
Dr. Hasan Basri ULUSOY (*Erciyes*)
Uzm.Dr. Serap URAL (*İzmir Atatürk EAH*)
Doç.Dr. Nafiye URGANCI (*İst. Şişli Etfal EAH*)
Prof.Dr. Ayşe Dürdal US (*Hacettepe*)
Doç.Dr. İsmihan İlkur UYSAL (*Meram*)
Prof.Dr. Hüseyin UYSAL (*Meram*)
Yrd.Doç.Dr. Yusuf UYSAL (*GATA*)
Yrd.Doç.Dr. Yusuf UYSAL (*Trakya*)
Doç.Dr. Hafize UZUN (*Cerrahpaşa*)
Doç.Dr. Yahya ÜNLÜ (*Atatürk*)
Doç.Dr. Ali ÜNLÜ (*Meram*)
Yrd.Doç.Dr. Serhat VANÇELİK (*Atatürk*)
Uzm.Dr. İlkur VARDAR (*İzmir Atatürk EAH*)
Yrd.Doç.Dr. Hakan VURUŞKAN (*Uludağ*)
Prof.Dr. Orhan YALÇIN (*Fırat*)
Yrd.Doç.Dr. Özlem YAĞAŞ (*Meram*)
Yrd.Doç.Dr. Aydın YENİLMEZ (*Eskişehir Osmangazi*)
Prof.Dr. Mehmet YENİTERZİ (*Meram*)
Yrd.Doç.Dr. Alpagan Mustafa YILDIRIM (*Fırat*)
Uzm.Dr. Yusuf YILDIRIM (*İzmir Ege Doğumevi*)
Doç.Dr. Adnan YILMAZ (*Şireyapaşa G.H. ve G.C. Hst.*)
Yrd.Doç.Dr. H.Gülşen YILMAZ (*Dicle*)
Prof.Dr. Osman YILMAZ (*Meram*)
Prof.Dr. Zeki YILMAZ (*Erciyes*)
Prof.Dr. Muhammet Ramazan YİĞİTOĞLU (*Fatih*)
Dr. İmdat YÜCE (*Erciyes*)
Yrd.Doç.Dr. Ayşe Gül ZAMANI (*Meram*)
Prof.Dr. Nazmi ZENGİN (*Meram*)
Prof.Dr. Taner ZİYLAN (*Meram*)

-İsimler Soyadı sırasına göre alfabetik olarak sıralanmıştır.

-Soru Hazırlayan Öğretim Üyeleri, 25. Ulusal Tıp Bilimleri Yarışması'na soru gönderen ve katkıda bulunan Öğretim Üyeleri tarafından oluşturulmuştur.

BİLİMSEL YAZIŞMA

Bilimsel tüm yazışmalarınız için;
Prof.Dr.Hikmet Akgül
Editör
Türkiye Klinikleri Meditest Dergisi
Talatpaşa Bulvarı No:102/1 06230 Hamamönü
Ankara/Türkiye
Tel : +90 312 309 36 66
Faks : +90 312 312 67 41
e-posta : yaziisleri@turkiyeklinikleri.com

YAYIN PERİYODU VE TÜRÜ

Türkiye Klinikleri Meditest Dergisi; Ocak, Mart, Mayıs, Temmuz olmak üzere yılda 4 sayı yayınlanır. Yerel süreli yayın.

ABONE İŞLEMLERİ

Derginin 1 yıllık abone fiyatı (2007 için)
KDV dahil 20,00 YTL'dir.

Abone olmak isteyenlerin; Ortadoğu Reklam Tanıtım Yayıncılık Turizm Eğitim İnşaat Sanayi ve Ticaret A.Ş.'nin İş Bankası Ankara Dikimevi Şubesi 801000 (havale ücreti alınmaz) numaralı banka hesabına ya da 149599 numaralı posta çeki hesabına gerekli ücreti yatırıp, dekontu (ücretin Meditest dergisi aboneliği için ödendiğini belirten) kısa bir mektupla birlikte Talatpaşa Bulvarı No:102/1 06230 Hamamönü/ANKARA adresine göndermeleri veya 0312 312 67 41'e fakslamaları yeterlidir.

ON-LINE ABONELİK

Türkiye Klinikleri dergilerine www.turkiyeklinikleri.com adresinden, ilgilendiğiniz dergileri seçerek abone olabilirsiniz. İnternet üzerinden yapılan tüm ödemeler **Garanti Bankası Ortak Ödeme Sayfası** ile yapılmaktadır.

Türkiye Klinikleri dergileri halka açık yerlerde satılmaz. Sağlıkla ilgili kişi ve kurumlara abonelik usulü gönderilir.

Abonelik işlemleri ile ilgili tüm sorularınız için:

Habibe Atay
Abone ve Halkla İlişkiler Servisi
Türkiye Klinikleri Meditest Dergisi
Talatpaşa Bulvarı No:102/1 06230 Hamamönü
Ankara/Türkiye
Tel : +90 312 309 36 66/120
Faks : +90 312 312 67 41
e-posta : abone@turkiyeklinikleri.com

ADRES DEĞİŞİKLİKLERİ

Derginin yayınlanacağı ayın başından en az 15 gün önce abone servisine yazılı olarak bildirilmelidir. Zamanında yapılmayan bildirimlerden dolayı derginin aboneye ulaşmamasından yayıncı sorumlu tutulamaz.

REKLAM İŞLEMLERİ

Dergiye reklam vermek isteyen tüm kişi ve kurumlar için:

Dr.Deniz Akagündüz, Sultan Çuhadar
Reklam Servisi

Türkiye Klinikleri Meditest Dergisi
Talatpaşa Bulvarı No:102/1 06230 Hamamönü
Ankara/Türkiye
Tel : +90 312 309 36 66/144
Faks : +90 312 312 67 41
e-posta : denizaa@turkiyeklinikleri.com
sultanc@turkiyeklinikleri.com

YAYIN HAKKI

Türkiye Klinikleri Meditest Dergisi'nde yayınlanan yazılar, resim, şekil, tablo ve sorular yayıncının yazılı izni olmadan kısmen veya tamamen herhangi bir vasıta ile basılamaz, çoğaltılamaz. Kaynak gösterilmek kaydıyla dahi alıntı yapılamaz. Dergide yayınlanan ilan ve reklamlardan firmaları sorumludur.

BASILDIĞI YER-BASIMCI-YAYIMCI

Ortadoğu Reklam Tanıtım Yayıncılık
Turizm Eğitim İnşaat Sanayi ve Ticaret A.Ş.
Talatpaşa Bulvarı No:102/1 06230 Hamamönü
Ankara/Türkiye
Tel : +90 312 309 36 66
Faks : +90 312 312 67 41
e-posta : info@turkiyeklinikleri.com

**Ortadoğu Reklam Tanıtım Yayıncılık
Turizm Eğitim İnşaat ve Ticaret A.Ş. adına
İmtiyaz Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü**
Dr.Mehmet Battin Akgül

Yönetim Yeri:

Talatpaşa Bulvarı No:102/1 06230 Hamamönü Ankara/Türkiye
Tel : +90 312 309 36 66
Faks : +90 312 312 67 41



Türkiye Klinikleri

MEDİTEST Dergisi

Cilt 16

Sayı 3

2007

İÇİNDEKİLER

MAKALELER

121

Onikomikoza Güncel Yaklaşım

Current Approach to Onychomycosis

Seciye Eda Yüksel, Derya Aytimur, İlgen Ertam

148

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon

152

Radyasyon Onkolojisi

130

Sürekli Alerjik Rinit ve

Etkilenen Yaşam Kalitesi

Quality of Life in Allergic Rhinitis

Rauf Tahamiler, Deniz Tuna Edizer, Salih Çanakçıoğlu

154

Acil Tıp

156

Anesteziyoloji ve Reanimasyon

135

Erişkinlerde Pnömoniden Korunma

Ata Nevzat Yalçın

158

Çocuk Cerrahisi

162

Göğüs Cerrahisi

138

Grip

Ata Nevzat Yalçın

165

Göz Hastalıkları

SORULAR

142

Dermatoloji

169

K.B.B.

171

Ortopedi ve Travmatoloji

174

Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi

178

Üroloji

ISSN: 1300-0276

C i l t : 1 6 • S a y ı : 3 • 2 0 0 7

Cilt : 16 • Sayı : 3 • 2007 • Sayfa: 121-180

DERMATOLOJİ

1. Scabies için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- Etken pediculus humanustur
- Erişkinlerde eliçi, ayak tabanı yerleşimi gösterir
- Aile öyküsü genellikle bulunmaz
- Lezyonlar dermatomal yerleşim gösterir
- Dermatitis herpetiformis ile karışabilir

AÇIKLAMA: Scabiesin etkeni **sarcoptes scabiei var. hominis**'tir. Aile bireylerinde ve cinsel eşte özellikle geceleri artan bir kaşıntı hissinin varlığı uyuzu düşündürür. **Lezyonların özellikle yerleşim gösterdiği yerler;** el parmak araları, ellerin dış yanı, el bilekleri, dirsekler, koltuk altları, meme başları, göbük, genital bölge, bel glutealar ve uylukların üst kısımlarıdır. Veziküllü ve büllü lezyonların varlığında dermatitis herpetiformis ve büllöz pemfigoid ile karışabilir.

Cevap E (Tüzün, *Pediatric Dermatoloji*, 2005, s.664)

2. Pemfigus sifilitikus için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- Erken konjenital sifilizde görülür
- S. aureus'un salgıladığı epidermolitik toksinin subgranüler epidermolize yol açması sonucu oluşan büllerle seyreden bir çocukluk çağı hastalığıdır
- Pemfigusun çocuklarda görülen bir formudur
- Otoimmün bir deri hastalığıdır
- Tedavisinde immünosüpresif ilaçlar kullanılır

AÇIKLAMA: Erken konjenital sifilizde bebeklerin bir kısmında avuç ve ayak tabanlarında görülen büllere **pemfigus sifilitikus** denir. S. aureus'un neden olduğu stafilokoksik impetigo eskiden P. Neonatorum olarak isimlendiriliyordu. Bugün P. sifilitikus'un otoimmün bir hastalık olan pemfiguslardan farklı olduğu bilinmekte, tedavisinde de penisilin kullanılmaktadır.

Cevap A (Tüzün, *Dermatoloji*, s.181)

3. Aşağıdakilerden hangisi lepramatöz için doğrudur?

- Genellikle ekstremitelerin ekstansör yüzünde hipopigmente bir makül şeklinde görülür
- Net sınırlı terlemeyen, kuru ve duyu kusuru gösteren birkaç adet plak vardır
- Lepranın en malin formu olup, lezyonlarda bol basil vardır
- Lezyonlarda az sayıda basil vardır
- Lepromin testi kuvvetli pozitifdir

AÇIKLAMA: Lepra mycobacterium laprae'nin neden olduğu kronik bir enfeksiyon hastalığıdır. En benign tipi indermin lepra olup genellikle ekstremitelerin ekstansör yüzünde hipopigmente bir makül şeklinde görülür. Tüberküloid tip leprada, duyu kusuru gösteren, kuru ve terlemeyen birkaç adet plak vardır. Lepramatöz leprada bol basil vardır ve basilin kontrolsüz çoğalması söz konusudur ve lepromin testi negatiftir. Deri dışında diğer dokularda da yıkım yapar ve malign lepra olarak bilinir.

Cevap C (Tüzün, *Pediatric Dermatoloji*, 2005, s.596)

4. Aşağıdakilerden hangisi virütik bir deri hastalık değildir?

- Herpes genitalis
- Herpes labialis
- El-ayak hastalığı
- Herpes gestasyones
- Verrüka genitalis

AÇIKLAMA: Herpes gestasyones gebelikte görülen, şiddetli kaşıntılı, polimorf, büllü rekürren bir tablodur. Bugün için immünolojik bir tablo olarak kabul edilmektedir. Şıklarda belirtilen diğer hastalıklar ise virütik hastalıklardır.

Cevap D (Tüzün, *Dermatoloji*, 472)

5. SLE tanısında özgüllüğü ve duyarlılığı %96 olan A.R.A. kriterlerine aşağıdakilerden hangisi dahil değildir?

- Artirit
- Oral ülserler
- Alopesi
- Proteinüri
- Diskoid lupus eritematozus

AÇIKLAMA: Alopesi, A.R.A. kriterlerine dahil değildir.

Cevap C (Tüzün, *Dermatoloji*, s.418)

6. Aşağıdakilerden hangisi ürtiker için yanlıştır?

- Halk dilinde "Kurdeşen" olarak isimlendirilir
- Bir aydan daha uzun süre devam eden ürtiker için kronik ürtiker olarak isimlendirilir.
- Ürtiker immünolojik ve non immünolojik mekanizmalarla oluşur
- Eozinofili ile birlikte belirgin IgE düzeyi yüksek ise bir parazit infestasyonundan şüphelenilmelidir
- Ürtikerde ödem daha çok subkutan dokularda ise, Quincke ödemi olarak isimlendirilir

DERMATOLOJİ

AÇIKLAMA: Ürtiker 6 haftanın üzerinde bir süre devam ederse kronik ürtiker adını alır.

Cevap B (Tüzün, Dermatoloji, s.280)

7. Aşağıdakilerden hangisi ürtiker için yanlıştır?

- Aspirin ürtikere hem neden olur, hem de artırır
- Hereditör anjiyo-ödemde C1 esteraz inhibitör eksikliği ve C1 düzeyi düşüklüğü söz konusudur
- Gıda maddelerinde bulunan protein ve katkı maddeleri ürtiker oluşumunda önemlidir
- Deriye uygulanan travma sonucu ürtiker papüllerinin gelişmesi Koebner fenomeni denir
- Kolinerjik ürtikerde ürtiker papülleri genellikle küçük olup, eritemli bir halka çevrilidir

AÇIKLAMA: Deriye uygulanan travma sonucu ürtiker papüllerinin gelişmesine dermografizm (yapay ürtiker) denir.

Cevap D (Tüzün, Dermatoloji, s.284)

8. Aşağıdaki bulgulardan hangisi Sturge-Weber sendromu için yanlıştır?

- Ensefalotrigeminal anjiyomatozis olarak da isimlendirilir
- Trigeminal sinirin oftalmik dalının innerve ettiği alanda port-wine lekesi bulunur
- Hastalarda epilepsi, mental retardasyon ve hemiparezi görülebilir
- Aynı taraf gözde glokom gelişebilir
- Ekstremitelerde hipertrofi görülür

AÇIKLAMA: Sturge-Weber sendromu, ensefalotrigeminal anjiyomatozis olarak da isimlendirilir. Trigeminal sinirin oftalmik dalının innerve ettiği alanda port-wine lekesi bulunur. Hastalarda epilepsi, mental retardasyon ve hemiparezi görülebilir. Aynı taraf gözde glokom gelişebilir. Ekstremitelerde hipertrofi Klippel-Trenauna sendromunda görülür.

Cevap E (Tüzün, Pediatrik Dermatoloji, 2005, s.490)

9. Alopesi areata için yanlış olanı işaretleyiniz?

- Tüm vücut kılları dökülmüşse alopesia üniversalis denir
- Oksipital ve temporal bölgede bant şeklinde saç kaybına ofiazis denir
- Hastalığın geç yaşta başlaması prognozun kötü olacağını gösterir
- Trikotillomaniden klinik olarak ayırt edilebilir
- Tüm saçlı derini tutulmuşsa alopesia totalis olarak adlandırılır

AÇIKLAMA: Tüm saçlı derini tutulmuşsa alopesia totalis olarak adlandırılır. Tüm vücut kılları dökülmüşse, alopesia üniversalis olarak adlandırılır. Trikotillomanide saçlar deri seviyesinden 1-2 mm yukardan kopmuştur. Oksipital ve temporal bölgede

bant şeklinde saç kaybına ofiazis denir. Hastalığın erken yaşta başlaması prognozun kötü olacağını gösterir.

Cevap C (Tüzün, Pediatrik Dermatoloji, 2005, s. 501)

10. Aşağıdakilerden hangisi tuberosklerozun bulgusu değildir?

- Anjiyofibromlar
- Dışbudak ağacı şeklinde hipopigmente maküller
- Epilepsi
- Serebellar ataksi
- Koenen tümörleri

AÇIKLAMA: Tuberoskleroz, nörokutanöz bir sendrom olup, ilk deri bulgusu dışbudak yaprağı şeklinde hipopigmente maküledir. 2-6 yaşlarında yüzde anjiyofibromlar gelişir. Koenen tümörleri subungual veya periungula yerleşimli fibromlar olup tübero skleroz için patognomoniktir. Serebellar ataksi, ataksi telanjiektazia'nın bulgusudur.

Cevap D (Tüzün, Pediatrik Dermatoloji, 2005, s.345)

11. Aşağıdakilerden hangisi CREST sendromunun bir bulgusu değildir?

- Kalsinozis
- Raynaud fenomeni
- EKG değişiklikleri
- Sklerodaktili
- Telanjiktazi

AÇIKLAMA: CREST sendromu sklerodermanın özel bir formu olup; kalsinozis, Raynaud olayı, özofagus tutulması, sklerodaktili ve telanjiktaziden oluşur. EKG değişiklikleri görülmez.

Cevap C (Tüzün, Pediatrik Dermatoloji, 2005, s.345)

12. Kıl follikülleri hangi dönemde aktiftir?

- Anagen
- Katagen
- Telogen
- Mitogen
- Sitogen

AÇIKLAMA: Kıl anagen evrede aktiftir. Telogen evre istirahat evresidir. Katagen evre, anagenden telogene geçiş evresidir.

Cevap A (Tüzün, Dermatoloji, s.520)

13. Çinko eksikliğinde hangisi görülmez?

- Periorifisiyal dermatit
- Bitot lekeleri

- c) Gelişme geriliği
- d) Anguler stomatit
- e) Alopesi

AÇIKLAMA: Bitot lekeleri A vitamini eksikliğinde görülen karakteristik bir bulgudur.

Cevap B (*Tüzün, Pediatrik Dermatoloji, 2005, s.146*)

14.Atopik dermatitte aşağıdaki belirtilerden hangisi bünyesel stigmatlardan değildir?

- a) Kaşların içten dökülmesi
- b) Avuçiçi ve ayak tabanı çizgilerinde artış
- c) İnfraorbital katlantı
- d) Beyaz dermografizm
- e) Orbital koyulaşma

AÇIKLAMA: Atopik dermatitte kaşların dıştan dökülmesi söz konusudur.

Cevap A (*Tüzün, Pediatrik Dermatoloji, 2005, s.154*)

15.Psöriaziste tırnaklarda en fazla görülen değişiklik hangisidir?

- a) Onikolizis
- b) Yüksük tırnak
- c) Subungual hiperkeratoz
- d) Yağ damlası görünümü
- e) Koilonikya

AÇIKLAMA: Psöriaziste olguların %25-50'sinde tırnak tutulumu görülür. En sık görülen değişiklik yüksük tırnaktır.

Cevap B (*Tüzün, Pediatrik Dermatoloji, 2005, s.164*)

16.Aşağıdakilerden hangisi derinin epidermal eklerinden değildir?

- a) Yağ bezleri
- b) Ter bezleri
- c) Mukozalar
- d) Tırnaklar
- e) Kıllar

AÇIKLAMA: Yağ bezleri, ter bezleri, kıllar ve tırnaklar derinin epidermal ekleridir.

Cevap C (*Tüzün, Dermatoloji, s.23*)

17.Aşağıdakilerden hangisi Behçet Hastalığı Uluslararası Çalışma Grubu'nca belirlenen tanı kriterlerinden değildir?

- a) Tekrarlayan ağız ülserleri
- b) Tekrarlayan genital ülserler
- c) Göz lezyonları
- d) Deri lezyonları
- e) Eklem belirtileri

AÇIKLAMA: Behçet Hastalığı'nda eklem belirtileri

Behçet Hastalığı Uluslararası Çalışma Grubu kriterlerinden değildir.

Cevap E (*Tüzün, Dermatoloji, s.398*)

18.Behçet Hastalığının Uluslararası Tanı Kriterleri içinde yer almayan işaretleyiniz.

- a) Oral aft
- b) Genital ülser
- c) Eklem bulguları
- d) Göz bulguları
- e) Pozitif paterji testi

AÇIKLAMA: Behçet Hastalığında eklem bulguları gözlenmesine rağmen Uluslararası Tanı Kriterleri içinde eklem tutulumu yer almaz.

Cevap C (*Freedberg, Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 5. baskı, s. 2164.*)

19.Akne patogenezi ile ilgili ifadelerden hangisi yanlıştır?

- I. Folliküler keratinizasyon bozulmuştur.
 - II. Sebum üretimi azalmıştır.
 - III. Sebum üretimi artmıştır.
 - IV. Probionibacterium acnes popülasyonu azalmıştır.
 - V. Probionibacterium acnes popülasyonu artmıştır.
- a) I
 - b) II-IV
 - c) III-V
 - d) III
 - e) I-V

AÇIKLAMA: Akne vulgariste folliküler keratinizasyon bozulmuştur. Sebum üretimi ve Probionibacterium acnes popülasyonu artmıştır.

Cevap B (*Freedberg, Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 5. Baskı, s. 769*)

20.Dermatitis herpetiformis ile ilgili ifadelerden yanlış olanı hangisidir?

- a) Lezyonlar kaşıntı ile seyreder
- b) Lezyonlar simetrik dağılım gösterip, grup oluşturur
- c) Mikroskopik incelemede dermal papillada granüler IgG depositlerine rastlanır
- d) Tedavide glutensiz diyet önerilir
- e) Tedavide dapson kullanılır

DERMATOLOJİ

AÇIKLAMA: Dermatit herpetiformiste direkt immün-floresan mikroskopik incelemede dermal papillada granüler IgA depositlerine rastlanır. Bu önemli bir teşhis kriteridir.

Cevap C (*Freedberg, Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 5. Baskı, s. 711*)

21. Allerjik kontakt dermatit patogenezinde antijen sunucu rolü olan hücre hangisidir?

- a) Keratinosit
- b) Korneosit
- c) Merkel hücresi
- d) Langerhans hücresi
- e) Melanosit

AÇIKLAMA: Antijenin işlenmesi ve T lenfositlere sunumu Langerhans hücreleri tarafından gerçekleştirilir.

Cevap D (*Freedberg Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 5. Baskı, s. 1448*)

22. Fiks ilaç erüpsiyonu ile ilgili ifadelerden yanlış olanı hangisidir?

- a) Genellikle ilaç alımından 30 dakika ile 8 saat arasında gelişir
- b) Deri lezyonuna müköz membran tutulumu eşlik eder
- c) Trimetoprim-sulfametoksazol nadir fiks ilaç erüpsiyonu oluşturur
- d) Non-pigmente lezyonlar da görülür
- e) Birden fazla lezyon görülebilir

AÇIKLAMA: Trimetoprim-sulfametoksazol en sık fiks ilaç erüpsiyonu oluşturan ajandır.

Cevap C (*Champion, Textbook of Dermatology, 6. Baskı, s. 3379*)

23. Melanosit yıkımı sonucu gelişen ve depigmentasyonla seyreden hastalığı işaretleyiniz.

- a) Piebaldizm
- b) Vitiligo
- c) Pityriasis alba
- d) Depigmente nevüs
- e) Okülo-kutanöz albinizm

AÇIKLAMA: Piebaldizm'de (lokalize albinizm) melanosit göçünde defekt mevcuttur. **Pityriasis alba** postinflamatuar bir hipopigmentasyon olarak kabul edilmekte ve melanositler normal bulunmaktadır. **Depigmente nevüste** melanositler mevcuttur, ancak dendritleri kütüttür. **Okülo-kutanöz albinizmde** ise otozomal resesif olarak trozinaz enzim yetmezliği mevcuttur. Oysa melanositlerde herhangi bir patoloji veya yıkım bulunmamaktadır. Sadece vitiligoda akkiz melanosit yıkımı söz konusudur.

Cevap B (*Tüzün, Dermatoloji, 2. baskı, p.557-558*)

24. Tuberosklerozun ilk bulgusunu işaretleyiniz.

- a) Anjiyofibrom
- b) Koenen's tümörü
- c) Shagreen patch
- d) Nörofibrom
- e) Hipomelanotik makül

AÇIKLAMA: Tuberosklerezun bulgularından hipomelanotik makül dışındakiler (anjiyofibromlar, Koenen tümörü ve Shagreen patch) hasta doğduktan sonraki dönemde gelişirken, **hipomelanotik makül (Ash-leaf spot) doğum sırasında da mevcuttur.** Nörofibrom ise tuberos sklerozun değil Nörofibromatozis bulgusudur.

Cevap E (*Champion RH, Textbook of Dermatology, 5th ed. s.1607*)

25. Aşağıdakilerden hangisi psoriasis vulgaris tedavisinde kullanılmaz?

- a) Ultraviyole A
- b) Ultraviyole B
- c) Ultraviyole C
- d) PUVA
- e) Gockerman tedavisi

AÇIKLAMA: Ultraviyole C germisid olup ameliyathanelerin dezenfeksiyonunda kullanılmaktadır. Ultraviyole C dışındaki seçeneklerin hepsi de psoriasis tedavisinde kullanılan tek başına ultraviyole veya ultraviyole-ilaç kombinasyonlarıdır.

Cevap C (*Champion RH, Textbook of Dermatology. 5th ed, s.1422-3*)

26. T-hücreli lenfomaya dönüşme olasılığı en yüksek olanı işaretleyiniz.

- a) Pitiriazis likenoides kronika
- b) PLEVA
- c) Küçük plak parapsoriazis
- d) Büyük plak parapsoriazis
- e) Pitiriazis alba

Cevap D (*Freedberg, Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 5. Baskı, s. 552*)

27. Atopik dermatitin özelliği olmayanı işaretleyiniz.

- a) Beyaz dermografizm
- b) Pozitif geç tip deri resti
- c) Hertoghe belirtisi
- d) Antistafilokokal İg E
- e) Katarakt

Cevap B (*Freedberg, Fitzpatrick's dermatology in general medicine, 5. Baskı, s. 1966*)

28.İmpetigo herpetiformis hangi hastalığın bir formudur? İşaretleyiniz.

- a) İmpetigo
- b) Dermatitis herpetiformis
- c) Herpes gestasyones
- d) Büllöz pemfigoid
- e) Püstüler psoriazis

Cevap E (Freedberg, Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 5. Baskı, 1999, s. 1465)

29.Stafilokokal haşlanmış deri sendromunda ayrılmanın olduğu yeri işaretleyiniz.

- a) Stratum korneum
- b) Stratum granulozum
- c) Stratum bazale
- d) Bazal membran zon
- e) Dermis

Cevap B (Freedberg, Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 5. Baskı, s. 2210)

30.Ürtiker ve anjiyoödem patogenezinde aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Erken tip immünolojik (IgE'ye bağlı hipersensitivite) reaksiyon ile gelişebilir
- b) Direk mast hücre degranülasyonundan sonra gelişebilir
- c) Hücrel tip immünite ile gelişebilir
- d) Kompleman sisteminin bozukluğu sonucu gelişebilir
- e) Araşidonik asit metabolik yolunun bozukluğu ile gelişebilir

AÇIKLAMA: Ürtiker ve anjiyoödem oluşumunda Tip IV gecikmiş tip (hücrel) immünite rol oynamamaktadır. Diğer 4 şıktaki mekanizmalarla ürtiker ve anjiyoödem klinik tipleri meydana gelmektedir.

Cevap C (Fitzpatrick, Dermatology in General Medicine, 4.Baskı, s.1483-1488)

31.İlaça bağlı deri reaksiyonlarından en sık görülen morfolojik reaksiyon hangisidir?

- a) Morbiliform reaksiyonlar
- b) Ürtiker
- c) Sabit ilaç erüpsiyonu
- d) Eritema multiforme
- e) Likenoid ilaç reaksiyonları

AÇIKLAMA: İlaça bağlı deri reaksiyonları arasında en sık morbiliform (ekzantematik) erüpsiyonlar görülmektedir. Ürtiker ikinci sırayı almaktadır. Diğer şıklardaki tipler ise daha az sıklıkla ortaya çıkmaktadır.

Cevap A (Tüzün, Dermatoloji, 2.Baskı, s.296-297.)

32.Allerjik kontakt dermatit ile ilgili olarak hangisi yanlıştır?

- a) Patogenezinde gecikmiş tip hipersensitivite (Tip IV) reaksiyonu rol oynar
- b) Allerjenle ilk karşılaşmada oluşabilir
- c) Langerhans hücreleri primer rol oynar
- d) Tanıda yama (patch) testi yararlıdır
- e) Tedavide kortikosteroidli pomad ve kremler kullanılır

AÇIKLAMA: Allerjik kontakt dermatit, önceden herhangi bir allerjen maddenin teması ile duyarlanmış kişide aynı maddenin tekrar teması ile ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle ilk temasta oluşmamaktadır. Diğer şıklarda belirtilenler ise doğru bilgilerdir.

Cevap B (Fitzpatrick, Dermatology in General Medicine, 4.Baskı, s.1531-1540)

33.Aşağıdakilerden hangisi klasik tip (sedasyon yapan) H1 antihistamindir?

- a) Astemizol
- b) Akriavastin
- c) Loratadin
- d) Terfenadin
- e) Hidroksizin

AÇIKLAMA: Hidroksizin H1 antihistaminlerden sedasyon yapan gruptadır. Diğer şıklardaki H1 antistaminikler ise 1980'lerden sonra geliştirilen modern tip, (ikinci kuşak, sedasyon yapmayan) gruptadırlar.

Cevap E (Tüzün, Dermatoloji, 2. Baskı, s.780-782)

34.Hangisi sıçanların taşıdığı pirelerle insana bulaşır?

- a) Epidemik Tifüs
- b) Endemik Tifüs
- c) Kayalık dağlar humması
- d) Listeriyozis
- e) Tularemi

AÇIKLAMA: "Endemik Tifüs" etkeni rickettsiadır. İnsana sıçanların taşıdığı pirelerle bulaşır. Epidemik Tifüs ise insan vücut bitleri ile bulaşır. Kayalık dağlar humması; kene ısırığı ile bulaşır. Listeriyozis ve Tularemi bakteriyel enfeksiyondur.

Cevap B (Fitzpatrick, Dermatology in General Medicine 4th ed, 2505)

35.Dermatitis herpetiformis (Duhring) hastalığı ile yakın ilişkilidir.

- a) Whipple hastalığı
- b) Coeliac disease
- c) Linear IgA dermatosisi

DERMATOLOJİ

- d) Crohn hastalığı
- e) Ülseratif kolit

AÇIKLAMA: "Coeliac Disease" ince bağırsak düz kaslarının komponentlerine karşı gelişmiş IgA tipindeki antikorlar dermatitis herpetiformis olgularının çoğunda görülür. Whipple Hastalığı, Crohn hastalığı, ülseratif kolit gastrointestinal sistemi tutan hastalıklardandır. Linear IgA Dermatozis ise Immunflorasın yöntemleri ile ayırıcı tanısı yapılmaktadır.

Cevap B (*Fitzpatrick, Dermatology in General Medicine 4th ed. s. 639*)

36. Shagreen patch aşağıdaki hastalıklarda hangisi için patognomiktir?

- a) Psodoksantom elasticum
- b) Adenoma Sebace
- c) Tuberoz sklerozis
- d) Rothmund- Thomsan Sendromu
- e) Nörofibromatozis

AÇIKLAMA: Tuberoz Sklerozis'de lekeler lumbosakral bölgede yerleşir, deriden hafif kabarıklık portakal kabuğu görünümünde yumuşak lezyonlardır. Adenoma Sebaseler yüzde sarımsı-kırmızı papüllerdir. Psodoksantom elasticum, Rothmund Thomsen ve Nörofibromatozis farklı hastalık grubundandır.

Cevap C (*Fitzpatrick, Dermatology in General Medicine 4th ed. s.2257*)

37. Hangisi onikomikoz ayırıcı tanısında yer almaz?

- a) Psoriasis
- b) Lichen planus

- c) Ektodermal displazi
- d) Onikolizis
- e) Pitted keratolizis

AÇIKLAMA: Pitted Keratolysis ayak tabanında hiperhidrozis ile beraber görülen bir deri enfeksiyonudur.

Cevap E (*Weston, Color Textbook et Pediatric Dermatology, s. 60; Freedberg, Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 5. Baskı, s.2203-4*)

38. Aşağıdakilerden hangisi kesin viral orijinli değildir?

- a) Verru plana juvenilis
- b) Pityriasis rosea
- c) Rubeola
- d) Rubella
- e) İnfeksiyöz mononükleoz

AÇIKLAMA: Pityriasis Rosea'nın viral orijinli olduğu tam olarak kanıtlanamamıştır. Ancak diğerleri viraldir.

Cevap B (*Weston, Color Textbook of Pediatric Dermatology, s.103-4*)

39. Vezikülo-büllöz hastalıkların ayırıcı tanısında hangisi yer almaz?

- a) Kimyasal yanık
- b) Akut kontakt dermatit
- c) Herpes simpleks
- d) Erizipel
- e) Büllöz impetigo

AÇIKLAMA: Erizipel, vezikül ve bülden daha çok eritem ve ödemle karakterizedir.

Cevap D (*Weston, Color Textbook of Pediatric Dermatology, s.135*)

FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON

1. Aşağıdakilerden hangisi akut gut artriti tedavisinde uygulanmaz?

- a) İndometazin
- b) İntraartiküler kortikosteroidler
- c) Kolşisin
- d) Ürikozürük ajanlar
- e) Diklofenak

AÇIKLAMA: Akut gut artriti hastaya tedavi yaklaşımında indometazin ve diklofenak başta olmak üzere yüksek doz nonsteroidal antiinflamatuvarlar veya kolşisin kullanılmakta, zaman zaman akut artrit atağını baskılamak için intraartiküler kortikosteroidler de kullanılabilir. Bu nedenle akut gut artriti hastada ürikozürük ajanlar kontrendikedir. Bu ajanlar kronik dönemde kullanılabilirler.

Cevap D (Emmerson BT. *The Management of Gut In: Hochberg MC. eds. Rheumatology, 2003. p.1929-1936*)

2. Aşağıdakilerden hangisi osteoporoz için bir risk faktörü değildir?

- a) İleri yaş
- b) Annede fraktür öyküsü
- c) Siyah ırk
- d) Antikonvülsan ilaç kullanımı
- e) Ankilozan Spondilit

AÇIKLAMA: Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda düşük kemik mineral dansitesi ve osteoporoz için belirlenen birçok risk faktörü arasında erken menapoz, kadın cinsiyeti, ileri yaş, annede fraktür öyküsü, fiziksel inaktivite, glukokortikoid ve antikonvülsan gibi bazı ilaçların kullanımının, Ankilozan Spondilit ve Romatoid Artrit gibi inflamatuvar hastalıkların, sigara ve aşırı alkol tüketimi gibi risk faktörlerinin rolü olduğu saptanmıştır. Bu arada beyaz ırkta ve düşük vücut kütle indeksine sahip olan (ince yapılı) bireylerde de osteoporoz riski daha yüksektir. Siyah ırkta riski düşük olarak saptanmıştır.

Cevap C (Russell G. *Pathogenesis of Osteoporosis. In: Hochberg MC. eds. Rheumatology, 2003. p.2075-2080*)

3. Phallen testi aşağıdaki hastalıkların hangisinde tipik olarak pozitifdir?

- a) Torasik Outlet (çıkış) sendromu
- b) Dupuytren kontraktürü
- c) Tetik parmak
- d) Ulnar nöropati
- e) Karpal Tünel Sendromu

AÇIKLAMA: Median sinirin el bileğinde sıkışması sonucu oluşan Karpal tünel sendromunda Phallen testi klinik muayenede tanıyı desteklemek amacıyla provakatif test olarak kullanılmaktadır. Phallen testi her iki el bileğini 90° fleksiyona getirip el sırtlarını birbirine dayayarak 30 saniye kadar tutma sonucu median sinirin duyu alanında uyuşma, karıncalanma ve elektriklenme hissinin oluşması şeklindedir. Klasik olarak vakaların %80 kadarında bu test pozitifdir.

Cevap E (Nadler S., Nadler JW. *Cumulative Trauma Disorders. In: Delisa JA., Gans BM, eds. Rehabilitation Medicine Principles and Practice, p.1661-1676*)

4. Aşağıdakilerden hangisi nonsteroidal antiinflamatuvar bir ilaç değildir?

- a) Asetaminofen
- b) Diklofenak
- c) İndometazin
- d) Naproksen
- e) Piroksikam

AÇIKLAMA: Asetaminofen güçlü analjezik etkinliği olan bir ajan olup antiinflamatuvar özelliği bulunmamaktadır. Diğer ajanlar ise sık kullanılan nonsteroidal inflamatuvar ajanlar arasındadır.

Cevap A (Stitik TP. et al. *Pharmacotherapy of Disability. In: DeLisa JA, Gans BM, et al. Rehabilitation Medicine Principles and Practice, 789-828*)

5. Aşağıdakilerden hangisinde spastisite kesinlikle görülmez?

- a) Spinal kord yaralanması
- b) Periferik polinöropati
- c) Stroke (inme)
- d) Multiple skleroz
- e) Serebral palsy

AÇIKLAMA: Periferik polinöropati değişik etyolojik sebeplere bağlı olarak oluşan ve 2. motor nöron hastalığı grubunda yer alan bir bozukluktur. Diğer şıklarda belirtilen hastalıklar çoğu zaman kas tonusunda artma (spastisite) ile birlikte dir.

Cevap B (Little JW, Massagli TL. *spasticity and associated abnormalities of muscle tone. In: De Lisa JA. Gans BM. et al, eds. Rehabilitation Medicine Principles and Practice, p.997-1014*)

6. Eklemlerde Jukstaartiküler osteoporoz ve marjinal erozyonlar aşağıdaki hastalıklardan hangisinin tipik radyografik bulgusudur?

- a) Ankilozan spondilit
- b) Osteoartrit
- c) Osteonekroz
- d) Sistemik lupus eritematozus
- e) Romatoid Artrit

AÇIKLAMA: Özellikle el eklemlerinde yumuşak doku şişliği, jukstaartiküler osteoporoz ve marjinal erozyonlar Romatoid artritli hastalarda görülen tipik radyografik bulgulardır.

Cevap E (*Hicks JE, Gerber LH. Rehabilitation of Patient with Arthritis and Connective Tissue Disease. In: De Lisa JA, Gans BM, eds. Rehabilitation Medicine Principles and Practice, p. 1477-1516*)

7. Aşağıdakilerden hangisi ankilozan spondilit için yanlıştır?

- a) Miyozit
- b) İnflamatuvar bel ağrısı
- c) Genetik yatkınlık
- d) Anterior üveit
- e) Aort yetersizliği

AÇIKLAMA: Seronegatif spondiloartropatiler grubunda yer alan ve inflamatuvar bel ağrısına yol açan Ankilozan spondilit 2. ve 3. dekada erkek hastalarda sık görülen bir hastalık HLA B27 alleli ile ilişkili olup, genetik yatkınlık mevcuttur. Hastaların yaklaşık %20'sinde akut anterior üveit(irit) görülür. Az da olsa bazı hastalarda aort yetersizliği saptanır. Ancak miyozit bu hastalarda saptanan bir patoloji değildir.

Cevap A (*Taurog JD, Lipsky PE. Ankylosing spondylitis, Reactive Arthritis, and Undifferentiated Spondyloarthropathy. In: Fauci AS, eds. Harrison's Principles of Internal Medicine. 14th ed. p. 1904-1909*)

8. Tendon veya ligamentlerin kemiğe yapışma yerinde olan inflamasyona ne ad verilir?

- a) Epikondilit
- b) Entezit
- c) Tendinit
- d) Apofizit
- e) Pannikülit

AÇIKLAMA: Tendon veya ligamentlerin kemiğe yapıştığı yerlere entezis bölgeleri ve buraların inflamasyonuna da entezit (enthesitis) denir.

Cevap B (*Cush JJ, Lipsky PE. Approach to articular and musculoskeletal disorders. In: Fauci AS, eds. Harrison's Principles of Internal Medicine 14th ed. p. 1928-1935*)

9. Periosteal yeni kemik oluşumu, sinovit ve parmaklarda çomaklaşma (clubbing) ile karakterize hastalık aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Nöropatik eklem hastalığı (Charcot Eklemi)
- b) Reaktif Artrit
- c) Reiter Sendromu
- d) Kalsiyum pirofosfatdihidrat depo hastalığı (Kondrakalsinoz)
- e) Hipertrofik Osteoartropati

AÇIKLAMA: Parmaklarda çomaklaşma (clubbing), sinovyal inflamasyon ve periostit hipertrofik osteoartropatinin tipik bulgularıdır. Bu hastalık primer veya sekonder olabilir. Sekonder hipertrofik osteoartropati sıklıkla intratorasik malignansiler, süpüratif akciğer hastalığı, konjenital kalp hastalıkları ve inflamatuvar bağırsak hastalığı gibi patolojilere sekonder olarak gelişir. Çomak parmaklar, hipertrofik osteoartropatinin erken bulgusu olup alta yatan patolojilerin araştırılmasını gerektirir.

Cevap E (*Gilliland BC. Relapsing Polychondritis an Other Arthritides. In: Fauci AS et al, eds. Harrison's Principles of Internal Medicine. 14th ed, p.1951-1963*)

10.Phalen testi aşağıdaki hastalıkların hangisinin tanısında kullanılır?

- a) De-Quervain tenosinoviti
- b) CTS
- c) TOS
- d) Lateral epikondilit
- e) Medial epikondilit

AÇIKLAMA: De-Quervain tenosinovitinde finkelstein, CTS'de phalen, TOS'da adson, lateral epikondilit'de tenisçi dirseği, medial epikondilit'de golfçü dirseği testi kullanılır.

Cevap B (*Klippel JH, Dieppe, eds Rheumatology, s.4.16.7*)

11.Torasik outlet'de aşağıdaki dermatomlardan hangisinde en fazla parestezi görülür?

- a) C5-C6
- b) C7-C8
- c) C8-T1
- d) C6-C7
- e) C4-C5

AÇIKLAMA: Torasik outlet'de en fazla ulnar sinir trasesinde (C8-T1) parastezi görülür.

Cevap C (*Klippel JH, Dieppe, eds. Rheumatology, s.4.18.3*)

12. Tip I ve Tip II osteoporoz için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır

- a) Tip I osteoporoz 51-75 yaş arasında gözlenir
- b) Tip II osteoporoz 75-85 yaş arasında gözlenir
- c) Tip I osteoporozda en fazla kortikal kemik tutulumu olurken Tip II osteoporozda trabeküler kemik tutulumu olur
- d) Tip I de kemik kayıp hızı tip II'ye göre daha hızlıdır
- e) Kalsiyum emilimleri her ikisinde de azalmıştır

AÇIKLAMA: Tip I yani postmenapozal osteoporozda en fazla trabeküler kemik tutulumu olurken tip II yani senil osteoporozda kortikal + trabeküler kemik tutulumu olur.

Cevap C (*Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. Editörler: Prof. Dr. Mehmet Beyazova, Yeşim Gökçe Kutsal, 2000. s.1875*)

13. Optimal Ca gereksinimi (günlük mg olarak) aşağıdakilerden hangisinde yanlış olarak verilmiştir?

- a) 6-10 yaş için 800-1200
- b) Erkekler için (25-65 yaş) 1000
- c) Kadınlar (25-50) yaş 800
- d) 65 yaş üzeri kadınlar için 1500
- e) Gebelik ve laktasyon dönemi için 1000

AÇIKLAMA: Kadınlar için (25-50 yaş) optimal Ca gereksinimi 1000 mg'dir.

Cevap C (*Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. Editörler: Prof. Dr. Mehmet Beyazova, Yeşim Gökçe Kutsal 2000. s. 1886*)

14. Aşağıdakilerden hangisi uzamış inaktivite ve yatak istirahatının vücutta meydana getirdiği olumsuz sonuçlardan biri değildir?

- a) Osteopeni
- b) Konstipasyon
- c) Kan ve plazma volümünde artma
- d) Tromboembolizm
- e) İdrar yolu enfeksiyonları

AÇIKLAMA: İnaktivitenin ilk günlerinden itibaren kan volümünde 6. günde maksimuma ulaşan bir azalma görülür. Kan volümündeki bu azalma, azalmış hidrostatik basınca ve azalmış ADH sekresyonuna bağlıdır.

Cevap C (*Rehabilitation Medicine Principles and Practice, Delisa JA, Gans BM, eds. 2nd ed, s: 682*)

15. Isı tedavisi için kullanılan fizik tedavi ajanlarından hangisi konversiyon (dönüşüm) yoluyla ısınma sağlamaktadır?

- a) Parafin banyosu

- b) Sıcak paketler
- c) Sıcak su banyosu
- d) Ultrason
- e) Fluidoterapi

AÇIKLAMA: Parafin banyosu, sıcak su banyosu ve sıcak paketler kondüksiyon (iletim); fluidoterapi konveksiyon (dolanım) yoluyla etki gösterirken ultrason ses dalgalarının derin dokularda ısı enerjisine dönüşmesi ile ısınma sağlar.

Cevap D (*Oğuz H, Tıbbi Rehabilitasyon, s. 182*)

16. Hemipleji rehabilitasyonu ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Genellikle motor fonksiyonunun geri dönüşü proksimalden distale doğrudur
- b) Alt ekstremitelerde fleksör kaslardaki spastisiteye bağlı kalça ve dizlerde fleksiyon kontraktürleri gelişebilir
- c) Flask dönem ne kadar uzunsa prognoz o kadar kötüdür
- d) Alt ekstremitelerde fonksiyonel prognoz üst ekstremitelere göre daha iyidir
- e) Flask plejik ekstremitelere pasif hareket açıklığı egzersizleri uygular

AÇIKLAMA: Alt ekstremitelerde sinerji egemendir. Kalça ve diz ekstansiyondadır.

Cevap B (*Hasan Oğuz: Tıbbi Rehabilitasyon, s. 391-392*)

17. Osteoporoz ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Postmenopozal osteoporozda trabeküler kemikte kayıp belirgindir
- b) Kemik mineralizasyonunda defekt vardır
- c) Kalça fraktürleri en önemli mortalite nedenidir
- d) Egzersizin kemik kütleini koruyucu ve artırıcı etkisi vardır
- e) Vertebralarda zamanla gelişen kompresyon fraktürleri ile kifoz ve boya kısalma görülür.

AÇIKLAMA: Osteoporozda mineralizasyon normal olup birim hacmine düşen kemik kütlesi azalmıştır.

Cevap B (*Hasan Oğuz: Romatizmal Ağrılar, s. 451-455*)

18. Osteoartrit için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Obezlerde özellikle yük binen eklemlerde osteoartritin sıklığı ve ağırlığı fazladır
- b) Sabahları ve inaktiviteyi takiben genellikle 15 dakikayı geçmeyen eklem tutukluğu görülür
- c) Ağrının kaynağı eklem kıkırdağındaki patolojik olaylardır
- d) Radyolojik değişiklikler ile klinik semptomlar arasında kuvvetli korelasyon yoktur

- e) Dirsek ve el bilek eklemlerinde primer osteoartrit görülmez

AÇIKLAMA: Kıkırdak yapılar ağrı kaynağı değildir, kıkırdak kaybı eklem aralığında daralmadan sorumludur. Sinovya ve periartiküler yapılar kaynağıdır.

Cevap C (Oğuz H, Romatizmal Ağrılar, s:349-367)

19.Terapötik ultrason en çok hangi yapıda ısınma sağlanmaktadır?

- a) Kas dokusu
b) Deri altı yağ dokusu
c) Sinirler
d) Bağlar
e) Kemik

AÇIKLAMA: Kemik, ses dalgalarının ısıya en çok dönüştüğü yapıdır.

Cevap E (Oğuz H, Tıbbi Rehabilitasyon, s. 192)

20.Tıbbi masajın vücuttaki etkileriyle ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Kas yapılarındaki fibröz doku gelişimini ve yapışıklıkları önler veya azaltır
b) Venöz ve lenfatik akımı hızlandırır
c) Denerve kaslarda atrofiyi önler
d) Hipertonus olan kasta tonusu azaltabilir
e) Sedatif etkisi vardır

AÇIKLAMA: Tıbbi masajın tek başına denerve kaslarda atrofiyi önlediğine dair yeterli kanıt ve gözlem yoktur.

Cevap C (Oğuz H, Tıbbi Rehabilitasyon, s. 204-208)

21.Aşağıdakilerden hangisi servikal spondiloz kliniğine dahil değildir?

- a) Miyopati
b) Servikal spondilolitik miyelopati
c) Kas spazmı
d) Vertebral arter basıncı
e) Radikulopati

AÇIKLAMA: Servikal spondilozda miyopati görülmesi söz konusu değildir. Diğer seçenekler görülebilir.

Cevap A (Braddom RL: Physical Medicine and Rehabilitation, s. 750)

22.Phalen testi aşağıdaki hastalıkların hangisinin tanısında kullanılır?

- a) De-Quervain tenosinoviti

- b) CTS
c) TOS
d) Lateral epikondilit
e) Medial epikondilit

AÇIKLAMA: De-Quervain tenosinovitinde finkelstein, CTS'de phalen, TOS'da adson, lateral epikondilit'de tenisçi dirseği, medial epikondilit'de golfçü dirseği testi kullanılır.

Cevap B (Klippel, Rheumatology, s.4.16.7)

23.Torasik outlet'de aşağıdaki dermatomlardan hangisinde en fazla parestezi görülür?

- a) C5-C6
b) C7-C8
c) C8-T1
d) C6-C7
e) C4-C5

AÇIKLAMA: Torasik outlet'de en fazla ulnar sinir trasesinde (C8-T1) parestezi görülür.

Cevap C (Klippel, Rheumatology, s.4.18.3)

24.Motor yaralanma seviyelerine göre fonksiyonel beklentiler için yanlış olanı bulunuz?

- a) Motor yaralanma seviyesi C6 ise alt gövdeyi giydirmeye mümkün olabilir
b) Motor yaralanma seviyesi T1 ise kısa bacak yürüme cihazları ile ambulasyon potansiyeli mevcuttur
c) Motor yaralanma seviyesi L2 ise ön kol destekli koltuk değnekleri kullanımı
d) Motor yaralanma seviyesi L3 ise kısa bacak yürüme cihazları ile ambulasyon potansiyeli mevcuttur
e) Motor yaralanma seviyesi L1-S1 ise kendine bakımda bağımsız cihazsız ambulasyon potansiyeli vardır

AÇIKLAMA: T1 seviyesinde ise hasta beslenme, giyinme, yıkanmada bağımsızdır ayrıca mesane ve bağırsak bakımında bağımsızdır, yerden tekerlekli sandalyeye transfer yapılabilir.

Cevap B (Braddom RL. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon el kitabı. 2005. s.821)

RADYASYON ONKOLOJİSİ

1. İyonize radyasyonun sitogenetik etkisi hangi yolla meydana gelir?

- a) Hücre glukoz metabolizmasında değişim
- b) Hücresel enzim hasarı
- c) DNA'da çift sarmal kırıklar
- d) Hücre bölünmesi
- e) Hipooksijenizasyon

AÇIKLAMA: Radyasyona maruz kalan hücrelerde hücre bölünmesi devam etse bile tamir edilemeyen çift sarmal kırıkları nedeni ile sitogenetik değişimler görülebilir.

Cevap C (*Gunderson Clinical Radiation Oncology, 1. baskı, 2000, s.9*)

2. Aşağıdakilerden hangisi palyatif amaçlı radyoterapi uygulamasıdır?

- a) Konservatif cerrahi sonrası meme ışınlaması
- b) Spinal kord kompresyonunda vertebral ışınlama
- c) T3 rektum kanserinde postoperatif pelvik ışınlama
- d) Evre IIA Hodgkin Hastalığında subtotal nodal ışınlama
- e) Evre IIB inopere serviks kanserinde eksternal + intrakaviter ışınlama

AÇIKLAMA: Spinal kord kompresyonlarının %95'i vertebral kemik metastazlarına bağlıdır. Dolayısı ile uzak metastaz olan hastalarda tedavi amacı palyatiftir.

Cevap B (*Gunderson, Clinical Radiation Oncology, 1. baskı, 2000, s.310*)

3. Aşağıdakilerden hangisi hematogen metastaz yapmaz?

- a) Oligodendrogliom
- b) Fibrosarkom
- c) İnvaziv duktal adenokarsinom
- d) Osteosarkom
- e) Nöroblastom

AÇIKLAMA: Malign gliomlar uzak metastaz yapmaktan çok beyin dokusu içerisinde lokal olarak invazyon yapmak eğilimindedirler.

Cevap A (*Gunderson, Clinical Radiation Oncology, 1. baskı, 2000, s.357*)

4. Nazofarenks kanserinin primer tedavisi aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Cerrahi
- b) Kemoterapi
- c) Radyoterapi
- d) Cerrahi + kemoterapi
- e) Cerrahi + radyoterapi

AÇIKLAMA: Nazofarenks tümörlerinin yeterli cerrahi sınırlarla rezeksiyonu mümkün olmadığından primer tedavisi radyoterapidir.

Cevap C (*Gunderson, Clinical Radiation Oncology, 1. baskı, 2000, s.477*)

5. Kolorektal kanserler en çok hangi bölgede lokalizasyon gösterirler?

- a) Çıkan kolon
- b) Transvers kolon
- c) İnen kolon
- d) Sigmoid kolon
- e) Rektum

AÇIKLAMA: Kolorektal kanserlerin %50'si rektosigmoid bölgede, %30'u ise rektumda görülmektedir.

Cevap E (*Gunderson, Clinical Radiation Oncology, 1. baskı, 2000, s.728*)

6. Aşağıdakilerden hangisi lokalize prostat kanseri için prognostik faktör değildir?

- a) Performans status
- b) Tedavisiz izlem
- c) Seminal vezikül invazyonu
- d) Tümöral grade
- e) Serum PSA düzeyi

AÇIKLAMA: Özellikle yaşlı hastalarda, tedavisiz izlem, prostata lokalize kanserin müdahale yöntemlerinden birisidir. ABD'de metastatik olmayan hastaların yaklaşık üçte biri tedavisiz izlenmektedir. Bu yaklaşım prognozu etkilemez.

Cevap B (*Gunderson, Clinical Radiation Oncology, 1. baskı, 2000, s.780*)

7. Aşağıdakilerden hangisi postoperatif pelvik radyoterapi komplikasyonu değildir?

- a) Rektit
- b) Sistit
- c) İleus
- d) Diyare
- e) Gecikmiş yara iyileşmesi

RADYASYON ONKOLOJİSİ

AÇIKLAMA: Operasyon bölgesinde görülen yara iyileşmesindeki gecikme postoperatif değil preoperatif radyoterapinin komplikasyonudur.

Cevap E (*Gunderson, Clinical Radiation Oncology, 1. baskı, 2000, s.736*)

8. Hangisi kadınlarda meme kanserine yakalanma riskini arttırmaz?

- a) Birince derece akrabada meme kanseri hikayesi
- b) Sigara
- c) İleri yaş
- d) Göğüs bölgesine uygulanan radyasyon hikayesi
- e) Kuzey Avrupa ırkından olmak

AÇIKLAMA: Kuzey Avrupa ırkı, ileri yaş, genetik hikaye ve radyasyon hikayesi meme kanseri için risk ifade eder. Sigara bir risk faktörü değildir.

Cevap B (*Gunderson, Clinical Radiation Oncology, 1. baskı, 2000, s.960*)

9. Yetişkinlerde evre IA lenfositten zengin Hodgkin Hastalığının tedavisi hangisidir?

- a) Radyoterapi
- b) Kemoterapi
- c) Eşzamanlı kemoradyoterapi
- d) Ardışık Kemoradyoterapi
- e) Cerrahi

AÇIKLAMA: Evre I lenfositten zengin ve B semptomu olmayan düşük risk grubu hastalarda tek başına radyoterapi ile yüksek başarı oranları mevcuttur.

Cevap A (*Gunderson, Clinical Radiation Oncology, 1. baskı, 2000, s.1132*)

ACİL TIP

1. Aşağıdakilerden hangisi spontan pnömotoraksın risk faktörü değildir?

- a) Hipertansiyon
- b) Sigara
- c) KOAH
- d) Aspirasyon
- e) Hyalin membran hastalığı

AÇIKLAMA: Spontan pnömotoraks risk faktörleri; erkek cinsiyet, sigara içimi, yüksek boy/kilo oranı, aspirasyon, hyalin membran hastalığı, KOAH olmasıdır. Hipertansiyon bir risk oluşturmaz.

Cevap A (*Tintinalli, Emergency Medicine, 2004, s.462*)

2. Laringeal Mask Airway (LMA) kullanımı için hangisi yanlıştır?

- a) Hava yolunu sağlamada endotrakeal entübasyon başarısız olduğunda efektif bir alternatiftir
- b) Kısmi veya tam havayolu obstrüksiyonuna neden olabilir
- c) Servikal patoloji varlığında kullanımı kontrendikedir
- d) Ciddi KOAH'lı hastalarda yetersizdir
- e) Gastrik içeriğin aspirasyonu endotrakeal tüp kadar önlemez

AÇIKLAMA: LMA körlemesine kullanılabilen bir hava yolu malzemesidir. Endotrakeal entübasyon girişimi başarısız olduğunda alternatif bir yol olarak kullanılabilir. Uygulama sırasında hava yolunda kısmi ya da tam tıkanıklık yaratabilir. Gastrik içeriğin aspirasyonu konusunda endotrakeal tüp kadar yeterli değildir. KOAH'lı hastalarda pozitif basınç gereksiniminden dolayı yetersiz kalabilir. Servikal patolojisi olan ve hava yolu açılması gereken hastalarda, boynu çok hareket ettirmeden kullanılabilmesi nedeniyle iyi bir alternatiftir.

Cevap C (*Tintinalli, Emergency Medicine, 2004, s.104*)

3. Pediatrik hastalarda aşağıdakilerden hangisi intratrakeal yoldan uygulanabilecek ilaçlardan değildir?

- a) Lidocaine
- b) Epinephrine
- c) Atropin
- d) Naloxan
- e) Magnezyum

AÇIKLAMA: Resüsitasyon sırasında vasküler yol elde edilemediğine Lidokain, Epinefrin, Atropin ve

Naloksan endotrakeal yoldan intratrakeal olarak verilebilirken, Magnezyum'un endotrakeal yoldan verilebileceğine ilişkin veri yoktur.

Cevap E (*Tintinalli, Emergency Medicine, 2004, s.81*)

4. Çocuklarda görülen primer kalp durmasının en sık nedeni nedir?

- a) Kalpteki ritm bozukluğu
- b) Hipotermi
- c) Solunum durması ve şok sendromları
- d) Yanıklar
- e) Konjenital kalp hastalıkları

AÇIKLAMA: Pediatrik hasta grubunda kardiyak arrest, en sık solunum durmasına ikincil gelişir.

Cevap C (*Tintinalli, Emergency Medicine, 2004, s.78*)

5. Trisiklik antidepresan aşırı alımında Sodyum Bikarbonat (NaHCO₃) endikasyonu olmayan hangisidir?

- a) QRS> 100 msn
- b) Sıvı tedavisine dirençli hipotansiyon
- c) AVR'de 3 mm üzerinde R dalgası
- d) 1. derece AV blok
- e) Stabil VT

AÇIKLAMA: Trisiklik antidepresan aşırı alımlarında bikarbonat önemli bir tedavi opsiyonudur. Ancak bütün hastalara önerilmez. Endikasyonları QRS'in 100 milisaniyeyi aşacak kadar genişlemesi, yeterli sıvı tedavisine rağmen hipotansiyonun olması, EKG'de AVR derivasyonunda 3 mm'den büyük R dalgasının olması ve ventriküler disritmilerin olmasıdır. 1. derece AV blok trisiklik aşırı alımında görülebilir, ancak bikarbonat verilmesini gerektirmez.

Cevap D (*Tintinalli, Emergency Medicine, 2004, s.1032*)

6. Araç içi trafik kazası nedeniyle acil servise getirilen hastanın, ön koltukta oturduğu ve emniyet kemerinin takılı olduğu öğreniliyor. Glaskow Koma Skalası (GKS) skoru: 15, Vital bulguları stabil. Üst ekstremiteler plejik, alt ekstremitelerde ise 2/5 parezisi mevcut. Bu hasta ile ilgili aşağıdaki seçeneklerden hangisi doğrudur?

- a) Santral kord sendromu
- b) Posterior kord sendromu
- c) Anterior kord sendromu
- d) Brown-Sequard sendromu

ACIL TIP

e) Kauda Equina sendromu

AÇIKLAMA: Santral kord sendromu özellikle yaşlı spondilozu olan ve hiperekstensiyon travması geçirenlerde görülür. Santral yerleşimli kortikospinal ve spinotalamik lifler etkilenir. Klinik olarak üst ekstremitelerde daha fazla olmak üzere kuvvet kaybı, ağrı ve ısı duyusunda azalma vardır. İyileşme olmakla beraber çoğu hastada motor kayıp şeklinde sekel kalır.

Cevap A (*Tintinalli, Emergency Medicine, 2004, s.1577*)

7. Aşağıdaki yaralanmalardan hangisinden acil el cerrahisi konsültasyonu gerekli değildir?

- a) Aşırı kontamine yaralar
- b) Ciddi ezilme (crush) yaralanmaları
- c) Kompartman sendromu
- d) Ekstensör tendon yaralanmaları
- e) El amputasyonu

AÇIKLAMA: İzole ekstensör tendon yaralanmalarında,

keside diğer komplike edici faktörler (Aşırı kontaminasyon, ezilme, kompartman sendromu) yoksa acil serviste onarım ve tespit yapıldıktan sonra ayaktan takip yapılmak üzere, konsültasyon yapılmadan taburcu edilebilir.

Cevap D (*Tintinalli, Emergency Medicine, 2004, s.1671*)

8. Radius distalinde olan ve volare açılan kırığa ne ad verilir?

- a) Colles fx
- b) Barton fx
- c) Galeazzi fx
- d) Smith fx
- e) Monteggia fx

AÇIKLAMA: Distal radius kırığı dorsale açılıyorsa 'COLLES', volare açılıyorsa 'SMITH' kırığı adını alır.

Cevap D (*Tintinalli, Emergency Medicine, 2004, s.1683*)

ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON

1. Gebelikte görülen fizyolojik değişikliklerden olmayan hangisidir?

- a) Oksijen tüketimi (%20-50) artmıştır
- b) Total kan volümü yaklaşık %35 artmıştır
- c) Pıhtılaşma faktörlerinde %50-250 oranında artış vardır
- d) Fonksiyonel rezidüel kapasite (FRK) %15 oranında artmıştır
- e) Trombosit sayısında yaklaşık %20 düşme vardır

AÇIKLAMA: Gebelikte fonksiyonel rezidüel kapasite (FRK) artışı yoktur. FRK %15 oranında azalmıştır.

Cevap D (Morgan, Klinik Anesteziyoloji, 3. baskı, 2004, s.805)

2. Transüretal prostat rezeksiyon sendromu (TURP) belirtilerinden olmayan hangisidir?

- a) Hiponatremi
- b) Hemoliz
- c) Hipotansiyon
- d) Hiperosmolalite
- e) Sorbitol kullanımına bağlı hiperglisemi

AÇIKLAMA: Transüretal prostat rezeksiyon (TURP) sendromunda hipoosmolalite vardır.

Cevap D (Morgan, Klinik Anesteziyoloji, 3. baskı, 2004, s.695)

3. Sistemik inflamatuvar yanıt sendromu (SIRS) bulgularından olmayan hangisidir?

- a) Vücut sıcaklığının $<36^{\circ}\text{C}$ veya $>38^{\circ}\text{C}$ olması
- b) Kalp atım hızının $>90/\text{dk}$ olması
- c) Periferik yaymada immatur hücre sayısının $< \%10$ olması
- d) Lökosit sayısının $<4000/\text{mm}^3$ veya $10000/\text{mm}^3$ olması
- e) Solunum sayısının $>20/\text{dk}$ ve $\text{PaCO}_2 <32 \text{ mmHg}$ olması

AÇIKLAMA: Diğer bulgular sistemik inflamatuvar yanıt sendromu (SIRS) kriterleri olarak tanımlanmıştır. SIRS'ta immatür hücre miktarı $>\%10$ üzerindedir.

Cevap C (Gülsen, Anesteziye Temel Konular, 1. baskı, 2003, s.189)

4. İleri yaşam desteğinde hangisi yanlıştır?

- a) Epinefrin primer olarak β -adrenerjik etkisi nedeniyle kullanılmaktadır
- b) Bretilyum, lidokaine göre daha az yan etkisi olması nedeniyle tercih edilir.

- c) Atropin, vagal tonusu azaltmak için kullanılan birinci basamak ilaçtır
- d) İzoproterenol bradikardi tedavisinde kullanılır
- e) Sodyum bikarbonata hemen başlanmalıdır.

AÇIKLAMA: Atropin, vagal tonusu azaltmak için kullanılan birinci basamak ilaçtır. Epinefrin, α -adrenerjik etkisi nedeniyle kullanılmaktadır. Lidokain daha az yan etkisi olması nedeniyle bretilyuma tercih edilmektedir. İzoproterenol, bradikardi tedavisinde birinci basamak ilaç değildir.

Cevap C (Barash, Clinical Anesthesia, 3rd ed, s.1396; Longnecker, Principles and Practice of Anesthesiology, 2nd ed, s.647)

5. İleri yaşam desteğinde ilaçlar ne şekilde verilmelidir?

- a) İntramüsküler olarak verilebilir
- b) Tercihen periferik yolla verilmelidir.
- c) Eğer mümkünse femoral yoldan verilmelidir
- d) Eğer mümkünse santral yoldan verilmelidir
- e) Sadece epinefrin ve bikarbonat için endotrakeal yoldan bu ilaçlar verilebilir

AÇIKLAMA: Eğer mümkünse santral yoldan verilmelidir. Eğer santral yol yok ise, periferik yol kullanılabilir. Femoral yol, diafragma altındaki dolaşım iyi olmadığı için önerilmemektedir. Eğer hiçbir yol yok ise, epinefrin, atropin ve lidokain endotrakeal tüpten verilebilir. Sodyum bikarbonat, endotrakeal tüpten verilemez.

Cevap D (Barash, Clinical Anesthesia, 3rd ed, s.1397; Miller, Anesthesia, 4th ed, s.2550)

6. Prekordiyal yumruk hangi durumlarda endikedir?

- a) Kardiyak arrest olan bütün hastalarda
- b) Sadece pediatrik yaş grubunda
- c) Hiçbir etkisi olmayabileceği gibi zararı da yoktur
- d) Monitorize olmayan hastalarda uygulanabilir
- e) Sternumun orta kısmına uygulanır

AÇIKLAMA: Prekordiyal yumruk sternumun ortasına uygulanır. Monitorize hastalarda uygulanması önerilir. Çocuklarda yapılması uygun değildir. Rastgele yapılması aritmilere sebep olabilir.

ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON

Cevap E (*Barash, Clinical Anesthesia, 3rd ed, s.1396; Longnecker, Principles and Practice of Anesthesiology, 2nd ed, s.657*)

7. Aşağıdakilerden hangisi intravenöz bir anestezi indüksiyon ajanı değildir?

- a) Etomidat (hipnomidat)
- b) Alkil fenol-propofol (diprivan)
- c) Desfluran (suprane)
- d) Benzodiyazepin-midazolam (dormicum)
- e) Barbiturat-tiyopental (pentotal)

AÇIKLAMA: Desfluran inhalasyon yoluyla verilen bir anestezi ajandır ve idamede kullanılır.

Cevap C (*Duke, Anesthesia Secrets, s.57*)

8. Sodyum tiyopental ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) pH'sı 10.5'tir.
- b) Anestezi indüksiyonunda intravenöz olarak verildiğinde 15 saniyede bilinç kaybolur
- c) Anestezi indüksiyonunda kullanılan dozları kan basıncı ve kalp hızı üzerinde etki yapmaz
- d) Eliminasyon yarı ömrü uzundur (6-12 saat)
- e) Genellikle %2.5'luk hazırlanır

AÇIKLAMA: Anestezi indüksiyonunda kullanılan sodyum tiyopental kan basıncını düşürür, kalp hızını arttırır.

Cevap C (*Morgan, Clinical Anesthesiology, 3rd ed, 2002, s.152*)

ÇOCUK CERRAHİSİ

1. Çocukluk çağı invajinasyonları ile ilgili aşağıda verilen bilgilerden hangisi yanlıştır?

- İnvajinasyon sıklıkla distal ince bağırsaktan başlar
- Hastaların %2-8'inde invajinasyonu kolaylaştıran bir kılavuz nokta (leading point) bulunur
- Hastaların çoğu 1 yaşından küçüktür
- Tanıda ince bağırsak pasaj grafisi kullanılır
- Hastaların çoğu ameliyatsız tedavi edilebilir

AÇIKLAMA: İnvajinasyon sıklıkla distal ince bağırsakta ve ileoçekal valve yakın bir noktadan başlar ve iç içe geçen bağırsak segmentleri kolon içine doğru ilerler. Hastaların çoğunda invajinasyonu açıklayacak bir neden saptanamaz. Özellikle 2 yaşından büyük çocuklarda Meckel divertikülü, polip, heterotopik pankreas dupli-kasyon kisti, lenfoma, hipertrofik lenfoid doku gibi kılavuz nokta bulunabilir. Hastaların üçte ikisi 1 yaş altında, sıklıkla 5 ay ile 10 ay arası yaşadılar. Ultrasonografi invajine segmentin gösterilmesinde oldukça değerlidir. Baryum lavmanı hem tanı hem de tedavi amaçlı kullanılabilir. Benzer biçimde hava ile redüksiyon da kullanılabilir. Hastaların çoğunda (%70-95) baryum lavmanı veya hava ile redüksiyon sağlanabilmekte ve cerrahi girişime ihtiyaç duyulmaktadır. Tanıda ince bağırsak pasaj grafisi kullanılmamaktadır.

Cevap D (O'Neill, Pediatric Surgery, 5. baskı, s.1185-1198)

2. Çocukluk çağı kolorektal tümörleri ile ilgili aşağıda verilen bilgilerden hangisi yanlıştır?

- Hastaların çoğunda sporadik olarak ortaya çıkar
- Belirtilerin ortaya çıkması ile tanı konulması arasında uzunca bir zaman aralığı vardır
- Tanı anında tümör Duke's evrelemesine göre sıklıkla C veya D evresindedir
- Hastaların çoğunda müsinöz adenokarsinom histolojisi görülür
- Karsinoembriyonik antijen (CEA) düzeyi tanı ve takipte son derece yararlıdır

AÇIKLAMA: Çocukluk çağı kolorektal tümörlerinde hastaların yalnızca %25'inde yakın akrabalarda kolon kanseri bulunması, polipozis sendromları, inflamatuvar bağırsak hastalığı, üreterosigmoidostomi, radyoterapi uygulaması ve herediter polipozis dışı herediter sendromlar gibi hazırlayıcı bir neden saptanabilmektedir. Çocuklarda kolorektal tümörlerin

oldukça ender görülmesi nedeniyle, karın ağrısı, bulantı, kusma ve rektal anama gibi belirtiler sıklıkla başka hastalıklara yorulmakta ve bu nedenle tanı gecikme olabilmektedir. Bu nedenle tanı anında tümör evresi yaygın hastalığa işaret eden ileri evreler olmaktadır. Hastaların yarısından fazlasında müsinöz tip histopatoloji saptanmaktadır ki, bu agresif seyir ve kısa sürede metastaz gelişeceğinin habercisidir. Çocuklarda karsinoembriyonik antijenin tanı ve takipte yeri net değildir. İlerleyici hastalığı bulunan çocuklarda, hastaların neredeyse yarıya yakınında normal düzeyde saptanması nedeniyle genel kanı olarak CEA'nin tanı ve takipte değerli bir belirteç olmadığı kabul edilmektedir.

Cevap E (O'Neill, Pediatric Surgery, 5. baskı, s.1461-1464)

3. Sindirim kanalı duplikasyonları ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Dil kökünden anüse kadar sindirim kanalının herhangi bir yerinde yerleşmiş olabilirler
- Midede sıklıkla büyük kurvatüre yerleşirler
- Karın içinde en sık ileoçekal bölgede görülürler
- İçlerini döşeyen mukoza, birlikte buldukları bağırsak segmentininkine uymayabilir
- Rektum duplikasyonları genellikle ön duvara yerleşirler

AÇIKLAMA: Rektal duplikasyonlar genellikle sakrumla rektum arasında kistik kitleler oluştururlar.

Cevap E (Feins, Abdominal surgery of Infancy and Childhood, 2001, s.39/1-39/17)

4. Omfaloselle ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Kesenin iç yüzü periton dış yüzü amniyon zarı ile kaplıdır
- Omfaloselle birlikte en sık görülen sindirim sistemi anomalisi malrotasyon veya non rotasyondur
- Doğum ağırlığı fazla olan omfaloselli bebeklerde EMG sendromundan şüphelenilmelidir
- Prenatal öyküde polihidramnios bulunabilir
- Omfalosel, çapı 4 cm'den küçük karın ön duvarı defektidir

ÇOCUK CERRAHİSİ

AÇIKLAMA: Omfalosel, çapı 4 cm'den büyük karın ön duvarı defektidir.

Cevap E (*William, Abdominal Surgery of Infancy and Childhood, 2001, s.27/1-27/15*)

5. infantil hipertrofik pilor stenozunda aşağıdakilerden hangisi görülmez?

- a) Sodyum kaybı
- b) Klor kaybı
- c) Potasyum kaybı
- d) Metabolik alkaloz
- e) Kalsiyum kaybı

AÇIKLAMA: İnfantil hipertrofik pilor stenozunda sodyum, potasyum ve klor kaybı ile birlikte metabolik alkaloz görülür.

Cevap E (*William, Abdominal Surgery of Infancy and Childhood, 2001, s.13/1-13/13*)

6. Duodenal Atrezi ile ilişkili olmayan aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Anhidroamnios
- b) Safrasız kusma
- c) Double-Bouble işareti
- d) Safralı kusma
- e) Down sendromu

AÇIKLAMA: Duodenal atrezili hastalarda amnion sıvısının doğal sirkülasyonun olmaması nedeniyle polihidroamnios görülür. Ayrıca duodenal obstrüksiyonun ampulla vaterinin distal ve proksimal olmasına göre safralı ve safrasız kusma olabilir.

Cevap A (*Ziegler, Operative Pediatric surgery, 1. baskı, 2003, s.589-590*)

7. Aşağıdakilerden hangisi duktus omfalomezenterikus artığı değildir?

- a) Urakus kisti
- b) Meckel divertikülü
- c) Vitelin bandı
- d) Umbilikal granülom
- e) Vitelin kisti

AÇIKLAMA: Duktus omfalomezenterikus artığı şunlardır. Meckel divertikülü, vitelin bandı, umbilikal granülom, vitelin kisti, urakus kisti ise urakus artığıdır.

Cevap A (*Ziegler, Operative Pediatric surgery, 1. baskı, 2003, s.539-542*)

8. İdiopatik hipertrofik pilor stenozu (İHPS) için doğru değildir?

- a) Fizik muayenede ve sonografik görüntülemeye de olive (zeytin) tespit edilmesi tanıda önemlidir
- b) Klasik kliniği 3-6 haftada başlar
- c) Cerrahi tedavisi piloromiyotomidir
- d) Fıskırır tarzda safrasız kusma en önemli şikayettir
- e) Kusmaya bağlı hipokloremik metabolik asidoz olur

AÇIKLAMA: Hipokloremik hipokloremik metabolik alkaloz görülür. Hipertrofiye olmuş pilor, fizik muayene ile zeytin gibi palpe edilir.

Cevap E (*Ziegler, Operative Pediatric surgery, 1. baskı, 2003, s.583-588*)

9. Kongenital aganglionik megakolon hastalığında klasik biyopsi nereden alınmalıdır?

- a) Özofagustan 2 cm proksimalinden
- b) Mide çıkışından
- c) Apendiks vermiformisten
- d) Transvers kolondan
- e) Anal bölgeden dentat çizginin 2 cm üzerinden

AÇIKLAMA: Biyopsi, anal kanaldan dentat çizginin 2 cm üzerinden alınır.

Cevap E (*Ziegler, Operative Pediatric surgery, 1. baskı, 2003, s.617-645*)

10. Aşağıdakilerden hangisi çocukluk çağı kasık fıtıkları için yanlıştır?

- a) Çocuklarda kasık fıtıkları çoğunlukla direkt fıtıktır
- b) Çocuklarda kasık fıtığı doğuştan olup, proses vajinalisin açık kalması sonucu oluşur
- c) Prematür bebeklerde kasık fıtığı daha sık görülür
- d) Sağ kasık fıtığı sola göre daha sıktır
- e) Çocuklarda bir yaş altında inkarasyon riski yüksektir

AÇIKLAMA: Çocukluk çağında direkt kasık fıtığı son derece nadirdir. Fıtık prosesus vajinalisin açık kalmasına bağlı olarak doğuştandır. Prosesus vajinalis doğumdan sonra kapanır. Patent prosesus potansiyel fıtıktır. Ancak karın içi organları içerdiğinde fıtık haline gelir. Fıtık çocuklarda %0.8-4.4 oranında görülürken, prematür bebeklerde %16-25 oranında yüksek sıklıktadır. Yine inkarasyon riski de 1 yaş altında özellikle infantil dönemde sıktır. Fıtık %60 sağda, %30 solda, %10 ise bilateraldir.

Cevap A (Ziegler, *Operative Pediatric surgery*, 1. baskı, 2003, s.543)

11.Yirmi üç günlük erkek bebek üç gündür her beslenme sonrası fişkirir tarzda kusma şikayetiyle acil servise getiriliyor. Günlük olarak gaytasını yapan bebeğin fizik muayenesinde doğum ağırlığıyla eşit ağırlıkta olduğu, oral mukozanın kuru ve ön fontanelin çökük olduğu, düşkün görünümde olduğu fark ediliyor. Aşağıdakilerden hangisi ön tanıları arasında değildir?

- a) Konjenital pilor stenozu
- b) Nekrotizan enterokolit
- c) Pilonik atrezi
- d) Kafa içi basınç artışı
- e) Antral web

AÇIKLAMA: Hipertrofik pilor stenozu genellikle yaşamın ilk bir ayı içinde bulgu veren, fişkirir safrsız kusma ile karakterize, tedavi edilmezse malnutrisyon, dehidratasyon ve asid-baz dengesizliğine yol açan bir hastalıktır. Ayırıcı tanıda pilonik atrezi, pilonik dublikasyon, antral web gibi mide çıkışı tıkanıklığına yol açacak hastalıklar dışında, metabolik ve santral sinir sistemi sorunları da düşünülmelidir. Nekrotizan enterokolit genellikle prematür, hastanede yatan, risk faktörlerine sahip mama ile beslenen bebeklerde görülür.

Cevap B (Başaklar, *Bebek ve çocukların cerrahi ve rolojik hastalıkları*, 2006, s.427)

12.Aşağıdakilerden hangisi en sık görülen özofagus atrezisi tipidir?

- a) Proksimal özofagus atrezisi, distal trakeoözofageal fistül
- b) Trakeoözofageal fistül
- c) Fistülsüz özofagus atrezisi
- d) Proksimal ve distal fistüllü özofagus atrezisi
- e) Proksimal trakeoözofageal fistül distal özofagus atrezisi

AÇIKLAMA: Proksimal özofagus atrezisi, distal trakeoözofageal fistül olguların %86'ını oluşturur. Diğer sık görülen formları fistülsüz özofagus atrezisi %8, sadece trakeoözofageal fistül %4 oranındadır.

Cevap A (Ziegler, *Operative Pediatric surgery*, 1. baskı, 2003, s.349)

13.Künt karın travması sonrası çocuklarda en sık hasarlanan organ aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Pankreas
- b) Mide
- c) Dalak
- d) İnce bağırsaklar
- e) Duodenum

AÇIKLAMA: Künt karın travması sonrası en sık görülen organ yaralanmaları dalak ve karaciğer yaralanmasıdır. Genellikle nonoperatif olarak tedavi edilirler.

Cevap C (Ziegler, *Operative Pediatric surgery*, 1. baskı, 2003, s.1125)

14.Aşağıdaki bilgilerden hangisi yanlıştır?

- a) Komplet üreter duplikasyonlarının görülme sıklığı 1/500'dür
- b) Her iki üreterin ayrı orifisi vardır
- c) Üreter dublikasyonu olan çocuklarda geçirilen idrar yolu enfeksiyonlarının 2/3'ü vezikoüreteral reflüye ikincildir
- d) Alt kutup üreteri mesaneye daha yukardan ve lateralden girer
- e) Üst kutup üreterine genellikle vezikoüreteral reflü eşlik eder

AÇIKLAMA: Komplet üreter duplikasyonun görülme sıklığı 1/500'dür. Üreterler mesaneye ayrı ayrı girerler. Alt kutup üreteri, üreter ektopisinde olduğu gibi üst kutup üreterinin orifisine göre mesaneye daha yukarıdan ve lateralden giriş yapar. Buna Weigert-Meyer Kanunu denilir. Reflü, alt kutbu drene eden üreterin anatomik yapısı ve yerleşimi nedeniyle daha çok böbreğin alt kutbuna olur.

Cevap E (Başaklar, *Bebek ve Çocukların Cerrahi ve Ürolojik Hastalıkları*, 2006, s.1199)

15.Aşağıdaki radyolojik bulgu-tanı eşleştirmelerinden hangisi doğrudur?

- a) Double-bubble - Mekonyum ileus
- b) Buzlu cam manzarası - Duodenal atrezi
- c) Kullanılmamış kolon - jejunal atrezi
- d) Aganglionik kolon geçiş seviyesi - Malrotasyon
- e) Batın içi kalsifikasyon - Hirschsprung hastalığı

AÇIKLAMA: İntestinal atrezilerde, lavman opak grafi ile tespit edilmiş olan kullanılmamış kolon görünümü, tanı kriterlerinden biridir.

Cevap C (Ziegler, *Operative Pediatric surgery*, 1. baskı, 2003, s.589)

16.Hirschsprung hastalığında bağırsak dilatasyonu nerededir?

- a) Sadece mide

ÇOCUK CERRAHİSİ

- b) Sadece ince bağırsaklar
- c) Aganglionik segmentin distali
- d) Aganglionik segmentin proksimali
- e) Anüse kadar tüm kolon

AÇIKLAMA: Hirschsprung hastalığında distal bağırsak segmentinde aganglionosis ve bu segmentin proksimalinde dilatasyon mevcuttur.

Cevap D (Ziegler, *Operative Pediatric surgery*, 1. baskı, 2003, s.617)

17.Kusma ve batın distansiyonu nedeni ile gelen 2 yaşındaki kız hastada anal atrezi düşünmeniz için hangi bulgu önemlidir?

- a) Double - bubble
- b) Anüs yok, rektovestibüler fistül var
- c) Yaygın batın distansiyonu ve ödem
- d) Anüs yok, defekasyon doğumdan bu yana yok
- e) Rektal tuşede anal tonus yok

AÇIKLAMA: Anal atrezi fistül olmadığı zaman bu kadar

uzun süre yaşayamaz. Ancak fistül olan ve gayta çıkışı olan hastalar yeterli defekasyon olabiliyorsa bu yaşa gelebilirler. Kız çocuklarındaki rektovestibüler fistül de buna örnektir.

Cevap B (Ziegler, *Operative Pediatric surgery*, 1. baskı, 2003, s.739)

18.Ayakta direkt batın grafisinde pnömotosis intestinalis neyin görünümüdür?

- a) Subserozal gazın radyolojik görüntüsü
- b) Bağırsak hava-sıvı seviyesi
- c) Bağırsak lümen içi normal gazın dağılımı
- d) Mezenter içi gaz
- e) Bağırsak lümen içi patolojik gaz dağılımı

AÇIKLAMA: Nekrotizan enterokolitte radyolojik olarak saptanan subserozal gazın görünümü pnömotosis intestinalis olarak tanımlanır.

Cevap A (Ziegler, *Operative Pediatric surgery*, 1. baskı, 2003, s.661)

GÖĞÜS CERRAHİSİ

1. Aşağıdakilerden hangisi en sık görülen konjenital toraks deformitesidir?

- a) Poland sendromu
- b) Sternal yarıklar
- c) Pektus ekskavatum
- d) Jarko Levin sendromu
- e) Pektus karinatum

AÇIKLAMA: Konjenital göğüs deformiteleri arasında en sık pektus ekskavatum deformitesi gözlenir. Ravitch'e göre bu oran 1/300-400 arasında bildirilmiştir.

Cevap C (Yüksel, Göğüs Cerrahisi, 2001, s.559; Ökten, Göğüs Cerrahisi, 2003, s.701-721)

2. Akciğer kanseri TNM evrelemede aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Primer tümör belirtisi yok T0
- b) Aynı taraf mediastinal ve/veya subkarinal lenf bezi tutulumu N2
- c) Visseral plevra invazyonu T2
- d) Mediastinal plevra tutulumu T3
- e) Aynı lobda satelit tümör varlığı T3

AÇIKLAMA: Eski TNM sınıflamasında aynı lobta bulunan satelit tümör varlığı T değerini bir basamak artırmaktaydı, ancak 1997 yılında yapılan yeni sınıflamaya göre aynı lobta satelit tümör varlığı T4, ayrı lobta bulunması durumu M1 olarak kabul edilmiştir.

Cevap E (Yüksel, Göğüs Cerrahisi, 2001, s.163-134; Ökten, Göğüs Cerrahisi, 2003, s.1061-1075)

3. Aşağıdakilerden hangisi Poland sendromu komponentlerinden değildir?

- a) Sindaktili
- b) Pektoralis major kası agenezisi
- c) Atelia
- d) Mikrognatı
- e) Cilt altı yağ dokusu agenezisi

AÇIKLAMA: Poland sendromu konjenital göğüs deformiteleri içinde 1/30000-32000 arasında rastlanan deformitedir. Genellikle pektoralis majör kasının agenezisi veya aplazisi, meme dokusunun olmaması veya meme başının olmaması (atelia), kot anomalileri, sindaktili, polidaktili gibi parmak anomalileri ve cilt altı tabakalarının agenezisi şeklinde görülen deformitedir.

Cevap D (Thomas, General Thoracic Surgery, 5th ed,

s.549; Ökten, Göğüs Cerrahisi, 2003, s.701-721)

4. Tansiyon pnömotoraks hakkında aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) İntraplevral basınç giderek yükselir
- b) Patlayan kısım tek taraflı valf etkisi oluşturur
- c) Lezyon tarafındaki akciğer ve kalp olaydan etkilenmez
- d) Kalbe venöz dönüş bozulmuştur
- e) Mediasten karşı tarafa itilir

AÇIKLAMA: Tansiyon pnömotoraks tanımı, intraplevral alana giren havanın dışarı çıkamaması ve intraplevral alanda giderek artan bir basınç oluşturması sonucu akciğer, kalp ve mediastinal yapıların basınca maruz kalmasıyla oluşan klinik durumdur. Genellikle hava kaçağına neden olan lezyon tek taraflı valf etkisi oluşturur ve bu klinik durum meydana gelir.

Cevap C (Thomas, General Thoracic Surgery, 5th ed, s.822; Yüksel, Göğüs Cerrahisi, 2001, s.411-445)

5. Aşağıdaki yapılardan hangisi sağ üst lobektomi yapılırken bağlanmaz?

- a) Posterior rekürren arter
- b) Apikal arter
- c) Linguler arter
- d) Turunkus anterior
- e) Sağ üst lob veni

AÇIKLAMA: Sağ üst lobun pulmoner arter dalları, pulmoner arterin sağda verdiği ilk dal olan trunkus anterior, apikal arter, posterior rekürren dallardır. Süperior pulmoner ven, üst lob veni ve orta lob veni olarak ayrılır. Sağ üst lobektomide yukarıda sayılan arter ve ven dalları bağlanır.

Cevap C (Yüksel, Göğüs Cerrahisi, 2001, s.483-500)

6. Aşağıdakilerden hangisi rijit bronkoskopinin fiberoptik bronkoskopi (FOB)'ye göre avantajı değildir?

- a) Yabancı cisim çıkarılması
- b) Masif kanama kontrolü
- c) Bebeklerde bronkoskopi
- d) Segmental görüntüleme
- e) Striktür dilatasyonu

AÇIKLAMA: Rijit bronkoskopi ile bronşların segmental kısımlarına girilmez.

GÖĞÜS CERRAHİSİ

Cevap D (Ökten, Göğüs Cerrahisi, 1. baskı, 2003, s.201)

7. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Kosta fraktürü %35-40'la en sık görülen toraks travmasıdır
- b) Sternum fraktürleri en fazla corpusunda görülür
- c) Akciğer kontüzyonunda ilk yapılması gereken acil tüp torakostomidir
- d) Ardışık en az 3 kosta'nın en az 2 yerden kırılmasına yelken göğüs denir
- e) Tansiyon pnömotoraksta ilk yapılması gereken kalın bir iğne ile açık pnömotoraks haline getirmektir

AÇIKLAMA: Akciğer kontüzyonunun tedavisinde; akciğer fizyoterapisi, sekresyonların temizlenmesi, mekanik ventilatör tedavisi ve sıvı kısıtlaması ilk yapılması gerekenlerdir.

Cevap C (Yüksel, Göğüs Cerrahisi, 1. baskı, 2001, s.449-453)

8. Aşağıdakilerden hangisi periferik venöz tromboz belirtilerinden değildir?

- a) Homan
- b) Rieland
- c) Lowenberg
- d) Allen
- e) Moses

AÇIKLAMA: Homan's sign plantar fleksiyonda baldırda ağrı duyulması, Rieland's sign adductor kanal boyunca ve kasıkta hassasiyet, Lowenberg's sign tansiyon aleti mansonu şişirildiğinde ağrı duyulması, Moses sign baldır kompresyonunda ağrı duyulmasıdır. Bütün bunlarda ağrı ve hassasiyeti ortaya çıkaran mekanizma venöz obstrüksiyondur. Allen testinde ise geçici radyal ve ulnar oklüzyonla elde arteriyel dolaşım değerlendirilir.

Cevap D (Lanzer P. Vascular Diagnostics. 1994. s.14)

9. Patent duktus arteriozusun normal anatomik lokalizasyonu aşağıdakilerden hangisidir?

- a) İnen-aorta-pulmoner arter
- b) Çıkan aorta-pulmoner arter
- c) Arkus aorta-pulmoner arter
- d) Çıkan aorta-pulmoner ven
- e) Arkus aorta-sağ pulmoner ven

AÇIKLAMA: Patent duktus arteriozusun sık görülen asiyanotik konjenital kalp hastalıklarından biridir. Anatomik lokalizasyonu girişimsel ve cerrahi tedavi açısından son derece önemlidir.

Cevap A (Kirklin, Barratt-Boyes Cardiac Surgery, 3rd ed, 2003, s.929)

10. Konjenital arteriyo-venöz malformasyonların en sık görüldüğü yer neresidir?

- a) Baş
- b) Boyun
- c) Sırt
- d) Karın
- e) Alt ekstremiteler

AÇIKLAMA: Konjenital arteriyo-venöz malformasyonlar, genellikle doğumdan itibaren vardır. Vücudun her yerinde görülebilmelerine rağmen en sık görüldükleri yer alt ekstremitelerdir (%62 oranında)

Cevap E (Haimovici, Vascular surgery, 4th ed, s.879)

11. Aşağıdakilerden hangisi paradoks emboli oluşumunda rol oynamaz?

- a) Atriyal septal defekt
- b) Ventriküler septal defekt
- c) Aort koarktasyonu
- d) Ebstein anomalisi
- e) Patent duktus arteriozusun

AÇIKLAMA: Paradoks emboli; venöz sistemde oluşan bir embolinin sağ sistemden bazı defektlerle sol sisteme, yani sistemik dolaşıma geçmesi ile ortaya çıkan tablodur. Bu şekilde serebral emboli, renal emboli ve ekstremitte embolileri gibi patolojiler meydana gelebilir.

Cevap C (Sateesh, E-Medicine, Paradoxical Embolism, 2006)

12. Aşağıdakilerden hangisi derin ven trombozunun risk faktörü değildir?

- a) Cerrahi prosedürler
- b) Gebelik
- c) Uzamış immobilite
- d) Östrogen, tamoksifen tedavisi
- e) Hemofili B

AÇIKLAMA: Derin ven trombozu, hastane ölümlerinin %15'inin sebebi olabilen önemli bir durumdur. Etyolojide staz, hiperkoagülabilité, intimal irregülarite mevcuttur. Çok sayıda risk faktörü bulunur. Bunlar; cerrahi prosedürler, şiddetli travma, uzamış immobilite, hiperkoagülabilité durumları, Mİ, KKY, obezite, gebelik, medikasyon (doğum kontrolü, östrogen, tamoksifen)'dur.

Cevap E (Brady, Pocket Radiologist Kardiyak En Sık 100 Tanı, 2004; Dahnert, Radiology Review Manual, 4th ed, s.521-3)

13. Aşağıdakilerden hangisi ekstremitte akut arteriyel oklüzyon bulgusu değildir?

- a) Nabız kaybı
- b) Soğukluk ve solukluk
- c) Ağrı
- d) Parestezi
- e) Ödem

AÇIKLAMA: Akut arteriyel tıkanıklıklarının erken döneminde hasta şiddetli ağrı duyar, ekstremitelerde soluk ve soğuktur. Muayenesinde nabız kaybı ile ilgili bölgede parestezi saptanır.

Cevap E (*Robert, Vascular surgery, 6. baskı, 2005, s.10044*)

14.Aşağıdaki ameliyatlardan hangisi için açık kalp cerrahisi tekniğine gerek yoktur?

- a) Aort kapak replasmanı
- b) Mitral kapak replasmanı
- c) İntrakardiyak fontan ameliyatı
- d) Persistant duktus arteriosus tamiri
- e) Ventriküler septal defekt tamiri

AÇIKLAMA: Persistant duktus arteriosus sol torakotomi ile kardiyopulmoner bypass'a girilmeden kapatılır. Diğer şıklardaki ameliyatlardan için mutlaka ekstrakorporeal dolaşıma ihtiyaç vardır.

Cevap D (*Stark, Surgery for congenital heart defects, 2. baskı, s.275*)

15.Aortokoronar bypass cerrahisinde en çok tercih edilen greft aşağıdakilerden hangisidir?

- a) İnternal mammarian arter
- b) Sağ radyal arter
- c) Sol radyal arter
- d) Gastroepiploik arter
- e) Safen ven greft

AÇIKLAMA: Aortokoronar bypass cerrahisinde erken ve uzun dönem açıklık oranlarındaki yükseklik nedeni ile, internal mammarian arter en sık tercih nedenidir.

Cevap A (*Tector, Ann Thorac Surg 42:22-27*)

16.Kalp nakli aşağıdaki hangi önemli gelişmeden sonra bugünkü seviyesine ulaşmıştır?

- a) Siklosporinin keşfi
- b) Endomyokardiyal biyopsi
- c) Geniş spektrumlu antibiyotiklerin kullanılması
- d) Kan ve kan ürünlerinin kullanılabilirliğinde kolaylık
- e) Hızlı transport araçlarının varlığı

AÇIKLAMA: Siklosporinin 1983 yılında klinik kullanıma girmesi ile birlikte kalp nakli tekrar popüler hale gelmiş ve bugünkü yerini almıştır.

Cevap A (*Oyer, Cyclosporin A in cardiac allografting: a preliminary experience. Transplant Proc 15:1247*)

17.Aşağıdakilerden hangisi arter yaralanması komplikasyonu değildir?

- a) Yalancı anevrizma
- b) Arterivenöz fistül
- c) Hiperemi
- d) Hematom
- e) Tromboz

AÇIKLAMA: Damar yaralanması sonrası ilgili vasküler yapıda kanamaya bağlı hematom ve tromboz gelişebilir. Geç dönemde ise yalancı anevrizma ve arterio-venöz fistül oluşabilir.

Cevap C (*Robert, Vascular Surgery, 6. baskı, 2005, s.1001*)

GÖZ HASTALIKLARI

1. Kaposi sarkomunda aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Vasküler, yavaş büyüyen tümördür
- b) Daha çok alt fornikte lokalizedir
- c) AIDS'li hastalarda sıktır
- d) Radyoterapiye dirençlidir
- e) Parlak kırmızı olarak görülür

AÇIKLAMA: Konjonktivanın, nispeten düşük habaset gösteren bir tümördür. Kronik subkonjonktival hemorajiyile karışabilir. Küçük lezyonlarda tedavi gerekmez. Fokal radyoterapi, regresyonda çok etkilidir.

Cevap D (*Kanski, Clinical Ophthalmology, A Systematic Approach, Oxford butterwoth-Heinemann, 1999. s: 93*)

2. Aşağıdakilerden hangisi yaşa bağlı katarakt çeşitlerinden biridir?

- a) Nükleer katarakt
- b) Diabetik katarakt
- c) Galaktozemi kataraktı
- d) Steroidle indüklenen katarakt
- e) Üveitik katarakt

AÇIKLAMA: Diğer nedenler yaşla değil, hastalık veya verilen ilaçlar nedeni ile gelişen özel bir grup katarakt nedenleri arasında yer alır.

Cevap A (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 4. baskı, 2000*)

3. Aşağıdakilerden hangisi orbitanın medial duvarını oluşturan kemiklerden değildir?

- a) Maksiller
- b) Lakrimal
- c) Sfenoid
- d) Frontal
- e) Etmoid

AÇIKLAMA: Orbitanın medial duvarını oluşturan 4 kemik vardır. Bunlar: Maksiller, lakrimal, sfenoid ve etmoid kemiktir.

Cevap D (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 2. baskı, s.22*)

4. Aşağıdakilerden hangisi kornea hastalıklarının semptomlarından değildir?

- a) Ağrı
- b) Görme azlığı
- c) Pürülan akıntı
- d) Fotofobi

e) Lakrimasyon

AÇIKLAMA: Kornea hastalıkları semptomları, ağrı, görme azalması Halo ve Lakrimasyondur. Pürülan akıntı ise konjunktiva hastalıklarının semptomudur.

Cevap C (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 2. baskı, s.88-89*)

5. Aşağıdakilerden hangisi Horner Sendromunun klinik özelliklerinden değildir?

- a) Midriasis
- b) Enoftalmus
- c) Ptozis
- d) Akomodasyon amplitüdünde artış
- e) Alt kapakta yükselme

AÇIKLAMA: Horner sendromunda pupilde midriasis değil myozis görülür.

Cevap A (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 2. baskı, s.474-75*)

6. Aşağıdakilerden hangisi anterior üveit bulgusu değildir?

- a) Keratit presipitat
- b) Konjonktivada yüzeysel hiporemi
- c) Aköz hümörde bulanıklık (flore)
- d) Ön kamarada hücre
- e) Posterior sineşi

AÇIKLAMA: Anterior üveitlerde konjonktivada silier injeksiyon görülür.

Cevap B (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 2. baskı, s.137-139*)

7. Aşağıdakilerden hangisi korneanın katlarından değildir?

- a) Epitel
- b) Bowman tabakası
- c) Stroma
- d) Descemet membranı
- e) Vasküler tabaka

AÇIKLAMA: Kornea dıştan içe; epitel, bowman, stroma, descemet membranı ve endotelden oluşur.

Cevap E (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 3. baskı, s.26*)

8. Aşağıdakilerden hangisi konjenital glokomun muayene bulgularından değildir?

- a) Mikroftalmi
- b) Descemet membranda yırtık
- c) Göz içi basıncı yüksektir

GÖZ HASTALIKLARI

- d) Glokomatöz Cupping
- e) Ön kamara derindir

AÇIKLAMA: Konjenital glokomun bulgusu buftalmustur.

Cevap A (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 3. baskı, s.26*)

9. Dalen-Fuchs nodülü hangi hastalıkta görülür?

- a) Primer açık açılı glokom
- b) Katarakt
- c) Sempatik üveit
- d) Dakriosistit
- e) Konjonktivit

AÇIKLAMA: Dalen-Fuchs nodülü; nadir görülen spesifik üveit sendromlarından olan sempatik üveitin bir bulgusudur.

Cevap C (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 3. baskı, s.19*)

10. Aşağıdakilerden hangisi konjonktiva hastalıklarında görülen foliküler reaksiyon yapan nedenlerden değildir?

- a) Viral enfeksiyonlar
- b) Klamidyal enfeksiyonlar
- c) Parineudun oküloglandüler sendromu
- d) Vernal hastalık
- e) Topikal ilaçlara karşı sensitivite reaksiyonu

AÇIKLAMA: Vernal hastalıkta reaksiyon görülür.

Cevap D (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 3. baskı, s.72-43*)

11. Aşağıda verilen yenidoğan konjonktiviti nedenlerinden hangisinin enkübasyon periyodu en kısadır?

- a) Viral konjonktivit
- b) Klamidyal konjonktivit
- c) Kimyasal konjonktivit
- d) Gonokokal konjonktivit
- e) Bakteriyel konjonktivit

AÇIKLAMA: Yenidoğanda Klamidyal konjonktivit tipik olarak 5 ve 14. günlerde, gonokokal enfeksiyon genellikle doğumdan sonraki 1 ve 3. günlerde, kimyasal konjonktivit ilk 24 saatte, viral konjonktivit 5 ve 7. günlerde ortaya çıkar.

Cevap C (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 3. baskı, s.83*)

12. Aşağıdaki ekstraoküler kaslardan hangisi Zinn halkasından köken almaz?

- a) Üst rektus
- b) Alt rektus

- c) Alt oblik
- d) Dış rektus
- e) İç rektus

AÇIKLAMA: Alt oblik kası orbita tabanının alt ve iç kısmından başlar. Zinn halkasıyla ilgisi yoktur.

Cevap C (*Özçetin, Klinik göz hastalıkları, 2003, s.353-354*)

13. Aşağıdakilerden hangisi steroide bağlı oküler yan etkilerden biri değildir?

- a) Miyozis
- b) Oküler yara iyileşmesinde gecikme, korneal incelleme
- c) Glokom
- d) Katarakt
- e) Herpetik enfeksiyonlarda alevlenme

AÇIKLAMA: Topikal uygulamada daha sık gözlenmekle birlikte hem sistemik hem de topikal/perioküler steroidler gözde katarakt, glokom, pitozis, korneal-skleral incelleme, oküler yara iyileşmesinde gecikme, kapak derisinde atrofi, viral enfeksiyonlarda alevlenme ve midriyazis gibi yan etkilere neden olur. Ancak miyozis yapması beklenmez.

Cevap A (*Myron, Ophthalmology, s.10.3.5*)

14. Görme pigmentleri retinanın hangi tabakasında bulunur?

- a) Retina pigment epitel tabakası
- b) Fotoreseptör tabakası
- c) Sinir lifleri tabakası
- d) Gangliyon hücre tabakası
- e) Dış nükleer tabaka

AÇIKLAMA: Görme pigmentleri olan rodopsin ve iodopsini içeren kon ve basiller retinada fotoreseptör tabakasında yerleşmişlerdir.

Cevap B (*Özçetin, Klinik Göz Hastalıkları, 2003, s.233*)

15. Kiraz kırmızısı makula görünümü aşağıdaki hastalıkların hangisinde görülmez?

- a) Santral retinal arter tıkanıklığı
- b) Tay-Sachs hastalığı
- c) Niemann-Pick Hastalığı
- d) Santral retinal ven tıkanıklığı
- e) Gm 2 Gangliyosidozis Tip 2

AÇIKLAMA: Cherry-red spot yani kiraz kırmızısı makula, santral retinal arter tıkanıklığı dışında bazı gangliyosidozlar, Nieman-Pick hastalığı, Tay-Sachs hastalığı, mukolipidozlar gibi metabolik hastalıklarda görülmesine rağmen santral retinal ven tıkanıklığında

görülmez.

Cevap D (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 3rd ed, s.424-425*)

16.Orbital manyetik rezonans görüntüleme aşağıdaki durumların hangisinde kontrendikedir?

- a) Orbital tümörler
- b) Optik sinir travması
- c) Orbital enflamasyon
- d) Optik sinir lezyonu
- e) Metalik intraorbital yabancı cisim

AÇIKLAMA: Orbital MRG, intraorbital metalik yabancı cisim durumu ve şühhesinde, metalik orbital implant varlığında kontrendikedir. Manyetik etkiyle intraoküler metalik yabancı cismin hareketine ve göziçi yapılar zarar vermesine neden olabilir.

Cevap E (*Yanoff, Ophthalmology, s.11.1.5*)

17.Akut Açık Kapanması Glokomu ile gelen bir hastada aşağıdaki bulgu/semptomlardan hangisi genellikle gözlenmez?

- a) Bulanık görme
- b) Siliyer enjeksiyon
- c) Işıklar etrafında halolar görme
- d) Bulantı-kusma
- e) Miyozis

AÇIKLAMA: Akut açık kapanması glokomunda klinik olarak miyozis görünmez, ışık refleksi azalmış ya da hiç yoktur. Çoğunlukla pupil middilatedir.

Cevap E (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 3rd ed, s.255*)

18.Orbitanın Blow-out kırığında aşağıdaki bulgulardan hangisi görülmez?

- a) Ekzoftalmus
- b) Enoftalmus
- c) Diplopi
- d) İnfraorbital hipoestezi
- e) Perioküler ödem

AÇIKLAMA: Orbital blow-out kırığında perioküler ödem-ekimoz, infraorbital hipoestezi, diplopi, şaşılık, enoftalmus görülür.

Cevap A (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 3rd ed, s.52-53*)

19.Aşağıdakilerden hangisi Horner sendromunun bulgularından biri değildir?

- a) Aynı tarafta pitozis

- b) Aynı tarafta midriyazis
- c) Aynı tarafta anhidrozis
- d) Anizokori
- e) Aynı tarafta miyozis

AÇIKLAMA: Horner sendromunun tipik bulguları, ipsilateral miyozis ve buna bağlı anizokori, pitozis, anhidrozis, heterokromidir, midriyazis görülmez.

Cevap B (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 3rd ed, s.466-467*)

20.Herpes Simplekse bağlı dentritik kreatinin tedavisinde aşağıdaki tedavilerden hangisi kullanılmaz?

- a) Topikal trifluridin
- b) Topikal asiklovir
- c) Epiteyal Debritman
- d) Topikal steroid
- e) Topikal vidarabin

AÇIKLAMA: Herpes simplekse bağlı dentritik keratit tedavisinde trifluridin, asiklovir, vidarabin kullanılır. Dirençli vakalarda epitel dibritmanı kullanılabilir. Steroidler ise virüs replikasyonunu artırarak mevcut viral enfeksiyonun alevlenmesine neden olabilir.

Cevap D (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 3rd ed, s.5.9.4*)

21.Aşağıdakilerden hangisi membranöz konjonktivit nedenlerinden değildir?

- a) Corynebacterium diphtheria
- b) Lignöz konjonktivit
- c) Gonokoksik konjonktivit
- d) Kimyasal yanık
- e) Adenoviral konjonktivit

AÇIKLAMA: Streptokok, pnömokok, kimyasal yanık, lignöz konjonktivit, corynebacterium diphtheria, adenovirüs, herpes simpleks virüs membranlı konjonktivite neden olur, ancak gonokoksik konjonktivitlerde psödomembranöz konjonktivit görülür.

Cevap C (*Rhee, The Wills Eye Manual, 3. baskı, s.8-9*)

22.Pupilla genişletici damlalar hangi hastalarda kontrendikedir?

- a) Primer açık açılı glokom
- b) Retinal ven oklüzyonu
- c) Dar açılı gözler
- d) Diabetik retinopati
- e) Üveit

GÖZ HASTALIKLARI

AÇIKLAMA: Pupilla genişletici damlalar açığı kapanması glokomu ve ileri derecede dar açılı gözlerde kontrendikedir.

Cevap C (*Rhee, The Wills Eye Manual, 3. baskı, s.507*)

23.Aşağıdakilerden hangisi lökokori ayırıcı tanısında yer almaz?

- a) Retinal astrositom
- b) Retinoblastom
- c) Persistan hiperplastik primer vitreus
- d) Premature retinopatisi
- e) Epiretinal membran

AÇIKLAMA: Lökokori, pupil alanında beyaz refle alınmasıdır ve nedenleri arasında retinoblastom, tokoskaryazis, Coats hastalığı, persistan hiperplastik primer vitreus, konjenital katarakt, retinal astrositom, prematüre retinopatisi yer almaktadır. Epiretinal membran görmeye azalma, görüntüde eğilmeye neden olan makula bölgesindeki membranlardır.

Cevap E (*Rhee, The Wills Eye Manual, 3. baskı, s.199-200, 362*)

24.Ön kamara açığı yapıları aşağıdaki muayene yöntemlerinden hangisi ile değerlendirilir?

- a) Gonioskopi
- b) Biyometri
- c) Tonometri
- d) Retinoskopi
- e) Görme alanı

AÇIKLAMA: Gonioskopi ön kamara açığı yapılarının değerlendirildiği bir tetkiktir.

Cevap A (*Rhee, The Wills Eye Manual, 3. baskı, s.536*)

25.Aşağıdakilerden hangisi yaşa bağlı makula dejenerasyonu bulgularından değildir?

- a) Santral skotom
- b) Eğri görme
- c) Drusen
- d) Diskte neovaskülarizasyon
- e) Koroidal neovasküler membran

AÇIKLAMA: Yaşa bağlı makula dejenerasyonu belirtileri santral skotom, düz çizgilerin eğri görülmesi, görmeye azalmadır. Muayenede yaş tıpte koroidal neovasküler membran, kuru tıpte drusen görülür.

Cevap D (*Rhee, The Wills Eye Manual, 3. baskı, s.348-50*)

26.Aniridi ile ilgili aşağıdaki bilgilerden hangisi doğrudur?

- a) Otozomal resesif kalıtılır
- b) Sporadik vakalarda Wilms tümörü görülür
- c) Görme iyidir
- d) Kornea çapı artmıştır
- e) Nistagmus hiç görülmez

AÇIKLAMA: Aniridide; görme bozukluğu, nistagmus, korneal pannusla birlikte glokom ve foveal hipoplazi görülür. Hastaların 2/3'ünde otozomal dominanttır. 1/3'ünde ise sporadiktir. Sporadik aniridisi olan çocukların %25'inde Wilms tümörü görülür.

Cevap B (*Rhee, The Wills Eye Manual, 3. baskı, s.223*)

27.Erişkinlerde en sık görülen orbital kitle hangisidir?

- a) Kavernöz hemanjiom
- b) Optik sinir menenjiomu
- c) Nörofibrom
- d) Mukosel
- e) Metastaz

AÇIKLAMA: Kavernöz hemanjiom yetişkinlerde en sık görülen orbital kitledir.

Cevap A (*Rhee, The Wills Eye Manual, 3. baskı, s.182*)

28.Sık tekrarlayan şalazyonu olan bir olguda altta yatan neden aşağıdakilerden hangisi olabilir?

- a) Skuamoz hücreli karsinom
- b) Bazal hücreli karsinom
- c) Sebace bez karsinomu
- d) Lenfoma
- e) Pyojenik granülom

AÇIKLAMA: Meibom bezinin kronik tıkanıklığı olan şalazyon sık tekrarladığında ya da inatçı blefaritlerde sebace bez karsinomu akla gelmelidir.

Cevap C (*Rhee, The Wills Eye Manual, 3. baskı, s.163*)

29.Aşağıdakilerden hangisi santral retinal arter tıkanıklığı etiyolojisinde yer almaz?

- a) Hipertansiyon
- b) Polisitemi
- c) SLE
- d) Oral kontraseptifler
- e) Klorokin

AÇIKLAMA: Santral retinal arter tıkanması etiyolojisinde emboli, trombus, dev hücreli arterit, vb. kollajen doku hastalıkları, koagülasyon artışı (oral kontraseptifler, polisitemi, antifosfolipid sendromu) vb nedenler yer almaktadır.

Cevap E (*Rhee, The Wills Eye Manual, 3. baskı, s.331*)

K.B.B.

1. Yirmili yaşlarda kadın bir hastada; tekrarlayan orofasiyal ödem, rekürren fasiyal paralizi ve lingua plicata (yarıkl dil) bulguları vardır. Tanınız aşağıdaki hangi sendroma uymaktadır?

- a) Conradi-Hunermann sendromu
- b) Cogan sendromu
- c) Reichart sendromu
- d) Melkerson-Rosenthal sendromu
- e) Reader sendromu

AÇIKLAMA: Melkerson-Rosenthal Sendromu, rekürren fasiyal paralizinin en yaygın sebeplerindendir.

Cevap D (Lee, *Essential Otolaryngology*, 8th ed, s.210-188)

2. Tiroidektomi ameliyatı sonrasında hasta tiz sesleri çıkartamamaktan ve ses yorgunluğundan şikayetçidir. Larengoskopik muayenede ses telleri hareketli olup yer kaplayıcı bir lezyon da izlenmemiştir. Aşağıdaki patolojilerden hangisi ilk önce düşünülmelidir?

- a) Süperior larengeal sinir internal dalının hasarı
- b) Süperior larengeal sinir eksternal dalının hasarı
- c) Rekürren larengeal sinir hasarı
- d) Entübasyon granülomu
- e) Sternohyoid kas hasarı

AÇIKLAMA: Cricothyroideus'u inerve eder ve ses tellerinin gerginliğinde rol oynar. Felcinde ses teli gerginliği azalır ve yukarıdaki şikayetler izlenir. Tiroidektomi sonrasında sıklığı %0.3-4 arasında değişmektedir.

Cevap B (Lee, *Essential Otolaryngology*, 8th ed, s.644)

3. Akut epiglottit teşhis edilen çocuk hastada en öncelikli yapılması gereken tedavi yaklaşımı aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Antibiyoterapi
- b) Kültür-antibiyoqram araştırması
- c) Hava yolunun güvenceye alınması
- d) Antiviral tedavi
- e) Endoskopik girişim

AÇIKLAMA: Genellikle H. influenza tip B tarafından oluşturulan A. epiglottitte en büyük risk üst hava yolu obstrüksiyonudur. Gerekirse ileri tetkik ve tedavilere, entübasyon yapılabileceği bir ortamda devam edilmelidir.

Cevap C (Lee, *Essential Otolaryngology*, 8th ed, s.833)

4. Akut otitis medianın hangi safhasında kulak zarı perfor olur?

- a) Koalesan safha
- b) Hiperemi safhası
- c) Komplikasyon safhası
- d) Eksudasyon safhası
- e) Süpürasyon safhası

AÇIKLAMA: Akut otitis medianın ilk safhası hiperemi safhasıdır. Eksudasyon safhasında orta kulakta mayı birikimi olur. Üçüncü safha olan süpürasyon safhasında ise kulak zarı delinir. Perforasyon bir komplikasyon değil, otitin normal seyri sırasında meydana gelen bir olaydır.

Cevap E (Çakır, *Otolaringoloji*, 2. baskı, s.63-65)

5. Düşey hareketi algılayan yapı aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Superior yarım daire kanalı
- b) Lateral yarım daire kanalı
- c) Posterior yarım daire kanalı
- d) Utrikulus
- e) Sakkül

AÇIKLAMA: Yarım daire kanalları anatomik pozisyonlarına uygun hareketleri algırlar. Bu bağlamda superior ve posterior kanallar arkaya yatma dairesel hareketini algırlar. Lateral kanal başı sağa sola çevirme hareketini algırlar. Utrikulus yatay pozisyonda duran kupulasının duruşuna bağlı olarak doğrusal hareketin ivmelenmesini algırlar. Sakkulus ise düşey pozisyonda duran kupulasının duruşuna bağlı olarak düşey hareketi algırlar.

Cevap E (Akyıldız, *Kulak Hastalıkları ve Mikrocerrahisi*, s.62, 114)

6. Aşağıdakilerden hangisi otitis medianın intratemporal komplikasyonlarından biri değildir?

- a) Fasiyal paralizi
- b) Petrözit
- c) Labirentit
- d) Temporo-zigomatik mastoidit
- e) Mastoidit

K.B.B.

AÇIKLAMA: Orta kulak iltihaplarının, orta kulak mukozasının ve temporal kemiğin havalı boşluklarının dışına taşmasına otojen komplikasyonlar adı verilir ve aşağıdaki şekilde sınıflandırılabilirler:

1. İntratemporal komplikasyonlar
 - a- Fasiyal paralizi
 - b- Petrözit
 - c- Labirentit
 - d- Mastoidit
2. Ekstratemporal-ekstrakraniyal komplikasyonlar
 - a- Temporo-zigomatik mastoiditler
 - b- Kulak arkası apseleri
 - c- Fistülize mastoiditler
 - d- Bezold tipi mastoidit
 - e- Yalancı bezold tipi mastoidit
 - f- Jugulodigastrik tip mastoidit
3. İntrakraniyal komplikasyonlar
 - a- Otojen menenjit
 - b- Sigmoid sinüs tromboflebiti
 - c- Ekstradural apse
 - d- Subdural ampiyem
 - e- Otitik hidrocefali
 - f- Beyin apsesi

Cevap D (*Akyıldız, Kulak Hastalıkları ve Mikrocerrahisi, s.419-452*)

7. Larinks tümörleri ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Larinkste en sık görülen benign tümör papillomdur
- b) Larinkste en sık görülen malign tümör yassı epitel hücreli karsinomdur
- c) En sık glottik bölge yerleşimlidir
- d) Subglottik bölge larinks kanserlerinde yutma güçlüğü ön plandadır
- e) Supraglottik bölge larinks kanserlerinde odinofaji ve otalji olabilir

AÇIKLAMA: Larinkste en sık görülen benign tümör papillom, en sık görülen malign tümör yassı epitel hücreli karsinomdur. Karsinomlar en sık glottik, en az subglottik bölgede görülürler. Supraglottik bölgede larinks kanserlerinde yutma zorluğu, odinofaji ve otalji olabilir. Glottik bölgede ses kısıklığı, subglottik bölgede nefes darlığı ön plandadır.

Cevap D (*Çakır, Otolaringoloji, 2. baskı, s.368, 371*)

ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ

1. Aşağıdakilerden hangisi Karpal Tünel Sendromu'nun (median sinirin karpal tünel içinde sıkışması) fizyolojik sebeplerinden biri değildir?

- a) Endüstriyel çözücülere maruziyet
- b) Alkolizm
- c) Gebelik
- d) Osteoartrit
- e) Uzun süreli hemodializ

AÇIKLAMA: Karpal tünel sendromu 1854 yılında ilk kez Sir James Paget tarafından tanımlanmış, çeşitli sebeplerle median sinirin karpal tünel içinde sıkışmasından kaynaklanan bir hastalıktır. Bu olaya sebep olduğu düşünülen pek çok hastalık tanımlanmış olsa da temel olarak ilişkili durumlar ikiye ayrılır. Anatomik ve fizyolojik sebepler. Fizyolojik sebepler de; nörolojik, enflamatuar, sıvı dengesinin bozulduğu durumlar ve dış güçler olarak sıralanabilir.

Nörolojik sebepler: Diabetes mellitus, alkolizm, endüstriyel çözücülere maruziyet

Enflamatuar sebepler: Romatoid artrit, gut, nonspesifik tenosinovit, enfeksiyon

Sıvı dengesinin bozulduğu durumlar: Gebelik, menopoz, eklampsi, tiroid hastalıkları (özellikle hipotiroidi), böbrek yetmezliği, uzun süreli hemodializ, Raynaud hastalığı, şişmanlık, lupus eritematosus, skleroderma, amiloidoz, Paget hastalığı

Dış etkenler: Direkt baskı veya vibrasyona sürekli maruz kalma

Osteoartritte el bilek eklemi sıklıkla etkilenmez ve karpal tünel hastalığının bir parçası değil, diğer sebeplere bağlıdır.

Cevap D (*Canale, Campbell's Operative Orthopaedics, 10. baskı, 2003, s.3762*)

2. Aşağıdakilerden hangisi Refleks sempatik distrofi (Sudeck atrofisi) sebeplerinden biri değildir?

- a) Miyokard infarktüsü
- b) Spinal kord travması
- c) Tüberküloz artrit
- d) İsoniazid kullanımı
- e) Neoplazmlar

AÇIKLAMA: Refleks sempatik distrofi (Sudeck atrofisi) pek çok farklı isimle bilinse de ilk 1864'de Weir Mitchell tarafından kozalji adıyla tanımlanmış, lokal

osteoporozlar arasında önemli klinik sorunlar yaratan bir hastalıktır.

Sebeplenebilecek durumlar: Travma, nörolojik hastalıklar (hemiparezi, spinal kord lezyonları, periferik sinir lezyonları), aterosklerotik kardiyovasküler hastalıklar (miyokard infarktüsü, angina pektoris koroner bypass cerrahisi sonrası), omuz osteoartriti, pulmoner tüberküloz, neoplazmlar ve bazı ilaçlar (isoniazid, barbitüratlar).

Cevap C (*Kutsal, Osteoporoz, 2. baskı, 2005, s.88*)

3. Aşağıdakilerden hangisi sekonder osteoartrit sebebi değildir?

- a) Diabet
- b) Gut
- c) Tabes dorsalis
- d) Hipermobilité sendromu
- e) Osteoporoz

AÇIKLAMA: Tüm artritler arasında en sık görülen osteoartrit, primer (idiopatik) ve sekonder olmak üzere temelde iki grupta incelenebilir.

Sekonder olanların sebepleri: Travma, osteonekroz, postenfeksiyöz durumlar, romatoid artrit, hipermobilité sendromu, diabet, akromegali, sistemik metabolik hastalıklar (Wilson hastalığı, okronozis gibi), kristal depolanan hastalıklar (gut gibi), nörolojik hastalıklar (tabes dorsalis gibi Charcot eklemi yapan durumlar).

Cevap E (*Vaccaro, Orthopaedic Knowledge Update, 2005, s.231*)

4. Aşağıdakilerden hangisi konjenital talipes ekino-varusda görülen kemik ve yumuşak doku deformitelerindendir?

- I- Ayak bileğinin ekinusu
 - II- Topuğun valgusu
 - III- Ön ayağın abduksiyonu
 - IV- Pes planus
 - V- Tibianın iç rotasyonu
 - VI- Talonaviküler subluksasyon
- a) I-II-III
 - b) I-II-V
 - c) I-V-VI
 - d) I-III-VI
 - e) I-III-IV

AÇIKLAMA: Talipes ekinovarus (club foot: çarpık ayak) Hipokrat döneminden bilinen ve ayağın konjenital deformiteleri arasında sık görülen ve aynı zamanda son yıllardaki çalışmalarla kompleks kemik ve yumuşak doku deformiteleri daha iyi açıklanmaya başlanan bir hastalıktır. Ayağın ekinusu, topuğun varusu, ön ayağın adduksiyonu temel komponentleri olmakla birlikte görülen ve yukarıdaki soruya konu olan diğer deformiteler ise; pes kavus, tibianın iç rotasyonu ve talokalkaneonaviküler eklem kompleksinde değişimle seyreden talokalkaneal subluksasyon.

Cevap C (*Herring, Tachdjian's Pediatric Orthopaedics, 3. baskı, 2002, s.923-926*)

5. Erişkinlerde görülme sıklığı sırasına göre aşağıdaki kırık lokalizasyonlarını en siktan en aza göre sıralayınız?

- I- Distal radius
- II- Metakarplar
- III- Proksimal femur
- IV- Falankslar
- V- Ayak bileği
- a) I-II-III-IV-V
- b) I-III-V-IV-V
- c) III-I-V-IV-II
- d) V-I-III-II-IV
- e) I-V-III-II-IV

AÇIKLAMA: Tüm yaş oluş mekanizması ve diğer değişkenler çıkarıldığında 100.000 kişilik bir popülasyonda yapılan çalışmalarda kırık lokalizasyonuna göre sıklık aşağıdaki gibidir:

- | | |
|--------------------|-------|
| 1. Distal radius | %17.5 |
| 2. Metakarplar | %11.7 |
| 3. Proksimal femur | %11.6 |
| 4. Falankslar | %9.6 |
| 5. Ayak bileği | %9 |

Cevap A (*Bucholz, Rockwood and Green's Fractures in Adults, 6. baskı, 2006, s.100*)

6. Aşağıdaki durumlardan hangisinde ortopedik acil operasyon endikasyonu yoktur?

- a) 3 cm simfizis pubis ayrışması olan hastada kan hemoglobininde progresif düşüş
- b) 27 yaşında femur boyun nondeplase kırığı
- c) Radyal sinir hasarı ilerleme eğiliminde olan humerus diafizinin nondeplase kırığı
- d) 8 cm açık yarası olan damar sinir yaralanması olmadan tibia diafiz açık kırığı
- e) Metastatik L2 (lomber 2. vertebra) kompresyon kırığı

AÇIKLAMA: Simfizis pubisin 2 cm üzerinde ayrılışı

olması "açık kitap" deformitesine sebep olmasının yanında hemoglobindeki progresif düşüş pelvik kanama lehinedir. 3 cm ve üzeri ayrılmalarda pelvis içerisinin kapasitesi 14 lt'ye kadar çıktığı için acil olarak eksternal fiksator veya simfizis pubise plak ile müdahale edilmelidir.

Genç femur boyun kırıklarında nondeplase veya impakte bile olsa %8-20 oranında sonradan deplasman ve %10 kadar osteonekroz görüldüğünden, özellikle gençlerde 3 adet kansellöz vida ile insitu stabilizasyon önerilmektedir.

Radyal sinir hasarı düşündüren ve ilerleyen kırıklarda nondeplase veya yeterli redüksiyon olsa bile acil operasyonla sinir eksplorasyonu ve/veya gerekliyse fiksasyon önerilir.

Açık kırıklarda damar sinir yaralanması olmasa da debridman ve/veya kırık şekline göre başta eksternal olmak üzere açık kırık grade'ine göre fiksasyon seçilmelidir.

Metastatik olsun olmasın torakolomber kompresyon kırıklarında instabilite belirtilmediği sürece acil operasyon endikasyonu yoktur.

Cevap E (*Koval, Hareket Sistemi Kırıkları ve Çıktıkları El Kitabı, 2. baskı, 2004, s.11,12,55,88,180,202*)

7. Aşağıdakilerden hangisi Legg-Calve-Perthes (femur başının avasküler nekrozu) hastalığının etiolojisinde rol almamaktadır?

- a) Protein C eksikliği
- b) Human parvovirus
- c) Predispozan çocukta travma
- d) Femur başı ve boynunda venöz drenaj bozukluğu
- e) Hiperaktif ve dikkat eksikliği olan çocuk

AÇIKLAMA: Birbirinden bağımsız 3 çalışmacı tarafından tanımlanan ve 1910'lu yıllardan beri özellikle etioloji üzerine sayısız hipotezler önerilmiş olan hastalığın son yıllarda kabul gören etiyolojik faktörleri şöyledir:

Koagülasyon anomalileri (özellikle Protein C ve S'de anormallikler)

Femur baş ve boynundaki anormal venöz dönüş (birçok sebebe bağlı olduğu düşünülen venöz geri dönüşte obstrüksiyonlar)

Predispozan çocukta anormal büyüme ve gelişme Travma (özellikle predispozan çocukta etkili olduğu düşünülmekte)

Hiperaktif ve dikkat eksikliği olan çocuk

Kayımsal etkenler

Çevresel etkenler

Sinovit

Ve en son olarak da son yılların en popüler yaklaşımı olan "Birleştirilmiş Hipotez" (tromboliz ve venöz

sorunu olan çocukta femur başındaki basıncı artırmakta ve avasküler nekroz sürecine sebep olmaktadır. Bu olayda travma da tetikleyici olabilmektedir).

Viral artritlerin etkeni olarak mumps, rubella, human parvovirus ve Hepatit B'nin olduğu bilinmesine rağmen Legg-Calve-Perthes ile ilişkisi tespit edilmemiştir.

Cevap B (*Herring, Tachdjian's Pediatric Orthopaedics, 3. baskı, 2002, s.656-665*)

8. Aşağıdakilerden hangisi gelişimsel kalça displazisi (eski ismi ile Doğmalık Kalça Çıkığı) için risk faktörü değildir?

a) Ayak gelişi

b) Kız çocuk

c) Pozitif aile hikayesi

d) Polihidramniyoz

e) İlk gebelik

AÇIKLAMA: Eskiden doğmalık kalça çıkığı olarak adlandırılan ama olayın bir gelişimsel displazi olduğu kanıtlanmasından sonra gelişimsel kalça displazisi olarak tanımlanmış olan hastalığın bazı risk faktörleri gösterilmiştir:

Kız çocuk, aile hikayesi, makat ve ayak gelişler, ilk gebelik ve oligohidramniyoz.

Cevap D (*Miller, Review of Orthopaedics, 4. baskı, 2004. s.182*)

PLASTİK VE REKONSTRÜKTİF CERRAHİ

1. Vücutta fasya tabakasının üzerinde konumlanan çizgili kas aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Yüz mimik kasları
- b) M. platysma
- c) M. rectus femoris
- d) M. rectus abdominis
- e) El intrinsik kasları

AÇIKLAMA: Platysma, boyunun yüzeysel fasya tabakasının üzerinde yer alan mimik kasıdır. Yüzde ve elde kasların altında gerçek bir fasya tabakası bulunmamaktadır. Rectus femoris ve abdominis kasları ise fasya tabakasının altında yer almaktadır.

Cevap B (*Moore and Dalley, Clinically Oriented Anatomy*)

2. Rekonstrüktif cerrahide doku defektleri basitten komplekse doğru aşağıdakilerden hangi sırayla kapatılmalıdır?

- a) Deri grefti-lokal flep-uzak flep-primer kapama
- b) Deri grefti-uzak flep-lokal flep-primer kapama
- c) Lokal flep-deri grefti-primer kapama-uzak flep
- d) Primer kapama-deri grefti-lokal flep-uzak flep
- e) Primer kapama-lokal flep-uzak flep-deri grefti

AÇIKLAMA: Rekonstrüktif cerrahide doku defektleri "Rekonstrüktif Merdiven"e göre basitten karmaşığa doğru kapatılır. Buna göre en uygun sıra; primer kapama-deri grefti-lokal flep-uzak flep şeklindedir.

Cevap D (*Mathes and Nahai, Reconstructive Surgery*)

3. Bası yaraları için kabul edilen "kritik basınç zaman oranı" aşağıdakilerden hangisidir ?

- a) 70 mm/Hg 2 saat
- b) 70 mm/Hg 1 saat
- c) 20 mm Hg 2 saat
- d) 20 mm Hg 1 saat
- e) 32 mm Hg 1 saat

AÇIKLAMA: Bası yaraları etiopatogenezinde en çok kabul edilen etken aşırı basınç olup bunun süresi, şiddeti, maruz kalma şekli (aralıklı, aralıksız) önemlidir. Bir vücut bölgesi 2 saat kesintisiz 70 mmHg basınca maruz kalırsa derinin mikrodolaşımında tromboz ortaya çıkar ve basınç kalksa dahi geri dönüşsüz hipoksik iskemik doku hasarı gelişir. c ve d şıklarında verilen 20 mmHg kapiller yatak seviyesindeki; e şıkında verilen 32 mmHg ise arteriyol seviyesindeki basınç olup, bu miktarlar geri dönüşsüz değişikliklerin ortaya çıkması için yeterli değildir.

Cevap A (*McCarthy Plastic Surgery*)

4. Aşağıdaki kanser tiplerinden hangisinde TNM evrelendirmesinde tümör kalınlığı esas alınır?

- a) Bazal hücreli kanser
- b) Yassı hücreli kanser
- c) Malign melanoma
- d) Dermatofibrosarkoma
- e) Liposarkoma

AÇIKLAMA: Diğer kanser tiplerinde tümör çapı esas alınırken, malign melanomda tümörün yatay invazyonunun, yani çapının prognoza herhangi bir etkisi yoktur. Esas olan dikey invazyon olup, bu da iki sınıflama ile ölçülmektedir. Clark sınıflamasında invazyonun en derin noktasının derinin katları ile olan ilişkisi esas alınırken, Breslow sınıflaması ile invazyonun en derin noktası ile epiderminin str. granülozum tabakası arasındaki mesafenin mm olarak ölçülmesine dayanır. Her iki sınıflama da TNM evrelendirmesindeki "T"de esas alınmaktadır.

Cevap C (*McCarthy Plastic Surgery*)

5. Dudak damak yarıkları ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Etiyolojisi multifaktöriyel olup genetik ve çevresel etkenler birlikte rol alırlar
- b) Dudak ve damak embriyolojik olarak 2. brankial arkta gelişirler
- c) Dudak yarıkları erkeklerde, damak yarıkları ise kızlarda daha fazla görülür
- d) Sendromik yarıklarda Pierre-Robin Sendromu en sık görülen sendromdur
- e) Kesin tedavisi cerrahidir

AÇIKLAMA: Dudak ve damak yüzün bir parçası olup embriyolojik olarak 1. brankial arkta (mandibular ark) gelişmektedir. 2. brankial arkta (hyoid ark) ise boyun yapıları gelişir.

Cevap B (*McCarthy Plastic Surgery*)

6. Vasküler mikroanastomoz uygulamalarında irri-gasyon solüsyonunda kullanılan, trombin aktive ederek etki gösteren, trombosit adezyonunu azaltan ajan hangisidir?

- a) Dekstran
- b) Heparin
- c) Asetil salisilik asit
- d) Dipiridamol
- e) Streptokinaz

AÇIKLAMA: Heparin, antikoagülan olarak kullanılır. Trombini inaktive ederek antitrombin 3 seviyesini artırır. Trombosit adezyonunu ve fibrinojenin fibrine dönüşümünü azaltır. Dekstran, antitrombosit ve antifibrin etkisi olduğu bilinen bir volüm genişletici ajandır. Asetil salisilik asit, endotelial siklooksijenaz ve tromboksan A2 oluşumunu önler. Dipiridamol, vazodilatör bir ajandır. Streptokinaz, fibrinolitik amaçlı kullanılır.

Cevap B (Cooley, A Laboratory Manual for Microvascular and Microtubal Surgery, 2. baskı, s.93)

7. Maksillofasial travmalı hastada erken tedavi yaklaşımı ile ilgili olarak hangisi yanlıştır?

- a) Erken çok aşamalı tedavi
- b) Bütün kemik fragmanlarının repozisyonu
- c) Gerekirse kemik grefti
- d) Anatomik rigid fiksasyon
- e) Yumuşak doku onarımı

AÇIKLAMA: Maksillofasial travmalı hastalarda erken yaklaşımla tek seansta redüksiyon ve anatomik rigid fiksasyon, 5 milimetrenin üzerindeki kemik defektlerinde kemik grefti yerleştirilmesi ve yumuşak doku onarımı uygulanır. Bu prensipler dahilinde istenmeyen geç estetik ve fonksiyonel sonuçlar ortadan kaldırılmış, hastanın travma öncesi görünüşüne dönmesi sağlanmış olur.

Cevap A (Georgiade, Georgiade Plastic, 3. baskı, s.355)

8. Aşağıdakilerden hangisi kutanöz sinir greft donör alanları arasında sayılamaz?

- a) Fibular sinir
- b) Sural sinir
- c) Süperfisiyal radyal sinir
- d) Lateral femoral kutanöz sinir
- e) Safen sinir

AÇIKLAMA: Fibular sinir, nervus peronealis communis olarak da adlandırılan, fonksiyonel açıdan major nöral yapılardan biridir. Sinir grefti olarak kullanılabilen diğer donör alanlar ise; lateral antebrakial kutanöz sinir, medial antebrakial kutanöz sinir, interkostal, medial brakial kutanöz, dorsal antebrakial kutanöz, süperfisiyal radyal ve servikal pleksusun kutanöz sinir dallarıdır.

Cevap A (Georgiade, Georgiade Plastic, 3. baskı, s.70)

9. Aşağıdakilerden hangisi, hipospadias cerrahisinin erken dönem komplikasyonlarından?

- a) Seksüel disfonksiyon

- b) Üretral stenoz
- c) Enfeksiyon
- d) Meatal stenoz
- e) Mesane spazmı

AÇIKLAMA: Mesane spazmı haricindeki seçenekler hipospadias cerrahisinin geç dönem komplikasyonları arasındadır. Diğer erken dönem komplikasyonlar arasında hemoraji, flep nekrozu, hematoma, ödem ve sütür dehiscansı sayılabilir.

Cevap E (Georgiade, Georgiade Plastic, 3. baskı, s.850)

10. Deri greftleri hakkında aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

- a) Deri greftlerinin primer kontraksiyonundan myofibroblastik aktivite sorumludur
- b) Kısmi kalınlıklı deri greftlerinin sekonder kontraksiyonu tam kalınlıklı deri greftlerinden daha fazladır
- c) Tam kalınlıklı deri greftlerinin duysal reinnervasyonu, kısmi kalınlıklı deri greftlerinden daha iyidir
- d) Ototreftlerin revaskülarizasyonu 48. saatten sonra başlar
- e) Allogreftler ilk 10 gün içinde revaskülarize olurlar

AÇIKLAMA: Elastin, deri greftlerinin primer kontraksiyonundan sorumludur. Sekonder kontraksiyon, greft uygulamasından sonra myofibroblastik aktivite ile oluşur. Kısmi kalınlıklı deri greftlerinin sekonder kontraksiyonu tam kalınlıklı deri greftlerinden daha fazladır. Tam kalınlıklı deri greftlerinin duysal reinnervasyonu kısmi kalınlıklı deri greftlerinden daha iyidir. Greft uygulamasından sonra ilk 48 saat içinde greft, diffüzyon ile beslenir, 48. saatten sonra revaskülarizasyon gelişmeye başlar. Allogreftler revaskülarize olurlar, ancak 10 gün içinde doku reddi oluşur.

Cevap A (Sherrell, Grabb and Smith's Plastic Surgery, 5. baskı, s.18-19)

11. Treacher Collins Sendromunda aşağıdaki patolojilerden hangisine rastlanmaz?

- a) Makrostomi
- b) Aurikula defektleri
- c) İskelet defektleri
- d) Kraniosinostozis
- e) Mikrognati

AÇIKLAMA: Makrostomi, aurikula defektleri, iskelet anomalileri, Tessier No 6,7,8 fasial yarığı, Treacher Collins Sendromunda rastlanan patolojilerdendir. Treacher Collins Sendromunda kranial patoloji olarak parieto-okspital kemiklerin düzleşmesi görülür,

kraniosinostozis yoktur.

Cevap D (*Joseph, Plastic Surgery, s.3105*)

12.Malign melanom için en değerli prognostik faktör aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Lezyonun gelişme süresi
- b) Lezyonun çapı
- c) Lezyonun lokalizasyonu
- d) Lezyonun derinliği
- e) Lezyondaki ülserasyon ve kanama

AÇIKLAMA: Tümör, mikroskopik olarak derinliğinin belirlenmesi ile Clark ya da Breslow sistemine göre sınıflandırılır. Bu sınıflama, tümörün prognozu konusunda fikir verir.

Cevap D (*Joseph, Plastic Surgery, s.3642-3644*)

13.Vücutta elektrik akımına karşı direncin en yüksek olduğu doku hangisidir?

- a) Cilt dokusu
- b) Kas dokusu
- c) Kemik dokusu
- d) Sinir dokusu
- e) Yağ dokusu

AÇIKLAMA: Vücutta elektrik akımına karşı direnci en yüksek olan doku kemik dokusudur. Yüksek gerilimli elektrik yanıklarında kemik dokudan geçen elektrik akımı sıcaklık artışına neden olur ve periossöz yumuşak dokularda termal hasara yol açar. Diğer dokuların elektrik akımına karşı direnci daha düşüktür.

Cevap C (*Aston, Grabb and Smith's Plastic Surgery, 5. baskı, s.185*)

14.Superior orbital fissür sendromunda aşağıdaki sinirlerden hangisi etkilenmez?

- a) II. kranial sinir
- b) III. kranial sinir
- c) IV. kranial sinir
- d) V. kranial sinirin oftalmik dalı
- e) VI. kranial sinir

AÇIKLAMA: Superior orbital fissür sendromunda III, IV ve VI. kranial sinirin paralizisi, V. kranial sinirin oftalmik dalının dağılım bölgesinde anestezi oluşur. Superior orbital fissür sendromunda vizyon kaybı yoktur. Superior orbital fissür sendromuna vizyon kaybı da eşlik ettiğinde, bu durum orbital apeks sendromu olarak adlandırılır.

Cevap A (*Aston, Grabb and Smith's Plastic Surgery, 5. baskı, s.402*)

15.Aşağıdakilerden hangisi tam kalınlıklı deri grefti almak için uygun bir yer değildir?

- a) Postaurikuler bölge
- b) Supraklavikular bölge
- c) Uyluk ön yüz
- d) Üst göz kapağı
- e) İnguinal bölge

AÇIKLAMA: Tam kalınlıklı doku greftleri özellikle yüz bölgesindeki doku defektleri için kullanılır. Tam kalınlıklı doku greftinin alındığı en sık alanlar; postaurikuler bölge, anterior aurikuler bölge, nasolabial oluk, supraklavikuler bölge ve göz kapaklarıdır. Özellikle çocuklarda geniş bir tam kalınlıklı deri grefti ihtiyacında yüz bölgesinden çok inguinal bölge tercih edilir. Uyluk ön yüz, kısmi kalınlıklı deri grefti için tercih edilen bir bölgedir.

Cevap C (*Mathes, Plastic Surgery, 2. baskı, 2006, s.302-303*)

16.Maksillofasiyal travmalı bir hastaya acil yaklaşımda aşağıdakilerden hangisinin yeri yoktur?

- a) Havayolu açıklığının sağlanması
- b) Eşlik eden yaralanmaların tespit edilmesi
- c) Kanama kontrolü
- d) Dolaşımın desteklenmesi ve şokla mücadele
- e) Kırıkların acil redüksiyon ve fiksasyonu

AÇIKLAMA: Maksillofasiyal travmalı bir hasta acil servise getirildiğinde tüm diğer travma hastaları gibi öncelikle hava yolu açıklığı değerlendirilmeli ve güvenli hale getirilmelidir. Daha sonra massif kanama varsa bunların durdurulmasına yönelik girişimler yapılmalı ve dolaşım desteği gerekirse kan transfüzyonu için hazırlık yapılmalıdır. Genelde fasiyal travmalar izole olmayıp multisistemik yaralanmalara eşlik ederler. Fasiyal yaralanma ne kadar dramatik görünürse görünsün, diğer sistemlerdeki hayatı tehdit edici yaralanmalar gözden kaçırılmamalı ve sistemik bir muayene atlanmamalıdır. Hastanın acil serviste genel durumu stabilize edildikten sonra iyi kozmetik sonuçlar için yumuşak doku onarımının erken dönemde yapılması önerilir. Açık kırıkların dış ortam ile teması önlenmeye çalışılır. Kırıkların redüksiyon ve fiksasyonu acil olmayıp, hastanın genel durumu stabilize oluncaya dek beklenebilir. Fasiyal kemik kırıkları hemen hiçbir zaman acil bir durum olarak kabul edilmezler. En iyi sonuç için mümkün olan en basit redüksiyona başlamadan önce şartların ideale en yakın olması sağlanmalıdır.

Cevap E (*Mathes SJ, Plastic surgery, 2. baskı, 2006, s.77-85*)

17.Bir doku defektini kapatmak için düşünülmesi gereken ilk yöntem aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Deri grefti
- b) Lokal doku transferi
- c) Uzak doku transferi

- d) Direkt doku transferi
e) Serbest doku transferi

AÇIKLAMA: Bir doku defektini kapatmada en basit olan yöntemden, en kompleks olana doğru düşünülmelidir. Bu sıralamada; direkt doku kapatımı, deri grefti ile onarım, lokal doku transferi, uzak doku transferi ve en son düşünülmesi gerekende mikrovasküler yöntemle serbest doku transferidir.

Cevap D (*Grabb Smith's Plastic Surgery, 5. baskı, s.13*)

18.Aşağıda açılırları verilmiş Z-plastilerden hangisi en fazla kazanç sağlar?

- a) 30-30
b) 45-45
c) 60-60
d) 70-70
e) 90-90

AÇIKLAMA: Z-Plastiler plastik cerrahide kontraktürlerin açılmasında ve skar revisyonunda sıkça kullanılmaktadır. En fazla doku kazancını 90 dereceli Z-plastiler sağlamasına rağmen, en sık kullanılan açılar 60 ve daha küçük olanlardır. Açı büyüdükçe flaplerin yer değiştirmesi zorlaşmakta ve oluşan defekti kapatmak güçleşmektedir.

Cevap E (*Grabb Smith's Plastic Surgery, 5. baskı, s.29*)

19.Vasküler bir anomali olan hemanjiomların tedavisinde aşağıdaki yöntemlerden hangisi yoktur?

- a) Kortikosteroidler
b) İnterferon alfa-2a
c) Lazer tedavisi
d) Siklosporin
e) Cerrahi eksizyon

AÇIKLAMA: Kortikosteroidler lokal veya sistemik olarak kullanılmaktadırlar interferon alfa-2a yeni bir ajan olup kortikosteroidlere cevap vermeyen ya da kortikosteroidlerin kontrendike olduğu durumlarda kullanılmaktadır. Lazer tedavisi deri hemanjiomlarının tedavisinde popüler bir yöntemdir. Kanayan veya

ülserize olan hemanjiomlarda cerrahi tedavi düşünülmelidir.

Cevap D (*Grabb Smith's Plastic Surgery, 5. baskı, s.194*)

20.Alındaki transfer kırışıklıkların oluşmasında etkili olan kas hangisidir?

- a) m. frontalis
b) m. orbicularis oculi
c) m. depressor superfcillii
d) m. procerus
e) m. corrugator

AÇIKLAMA: Yüzdeki çizgiler alttaki kasların kasılmasıyla oluşmaktadır. Alındaki transvers çizgiler m. frontalis kasının kasılması sonucu oluşur. Glabella bölgesinde oluşan dikey çizgiler m. corrugator ve m. procerus kaslarının kasılmaları sonucunda oluşmaktadır.

Cevap A (*Grabb Smith's Plastic Surgery, 5. baskı, s.616*)

21.Aşağıdakilerden hangisi sindaktili için doğru değildir?

- a) En sık görülen konjenital el anomalisidir
b) En sık 4. web'de görülür
c) Erkeklerde kadınlardan daha sık görülür
d) Genelde bilateraldir
e) Apert's sendromunda en sık görülen el anomalisidir

AÇIKLAMA: Sindaktili 7/10.000 prevalansı ile en sık görülen konjenital el anomalisidir. En sık 3. web'de görülür, erkeklerde yaklaşık olarak 2 kat daha fazla görülür. Genelde bilateraldir ve basit-kompleks olmak üzere iki tipi vardır. Apert's sendromu ile birlikte olan en sık el anomalisidir. Erkenden cerrahi ile tedavi edilmelidir.

Cevap B (*Grabb Smith's Plastic Surgery, 5. baskı, s.965*)

ÜROLOJİ

1. Üreteropelvik bölgedeki fonksiyonel tıkanıklığın teşhisinde aşağıdakilerden hangisi en uygun tanı yöntemidir?

- Retrograd pyelografi
- Diüretikli ürografi
- Diüretikli renografi
- Ultrasonografi
- Bilgisayarlı tomografi

AÇIKLAMA: Bilinen bir obstrüksiyonun anatomik bölgesini ya da fonksiyonel önemi belirlemek için radyografik çalışmalar yapılmalıdır. Ekskratuar radyografi radyolojik çalışmaların köşe taşı oluşturmaktadır. Klasik olarak etkilenen tarafta dilate pelvikaliksiyel sistemle birlikte fonksiyonda gecikme söz konusudur. Bu hastalarda diüretikli ürogramla provakatif test doğru tanıya götürür.

Cevap B (Patrick CW, Campbell's Urology, 8. baskı, 2005, s.465)

2. Ksantogranulomatöz pyelonefritin en sık etkeni aşağıdakilerden hangisidir?

- E. coli
- Klebsiella
- Pseudomonas
- P. mirabilis
- Stafilokok

AÇIKLAMA: Literatürlere göre proteuslar, ksantogranulomatöz pyelonefritte en sık etken olarak gösterilir. E. coli'de sık görülen diğer bir mikroorganizmadır.

Cevap D (Patrick CW, Campbell's Urology, 8. baskı, 2005, s.564)

3. Renal hücreli karsinoma bağlı venöz tümör trombüsünü değerlendirmede en detaylı ve faydalı yöntem aşağıdakilerden hangisidir?

- BT
- Doppler USG
- MRI
- Vena cavografi
- Transözefageal EKO

AÇIKLAMA: MRI'nin vena cava inferior tümör trombüsünün değerlendirilmesinde ve evrelendirmesinde öncelikli çalışma olduğu gösterilmiştir. Trombüsün yukarı ve aşağı uzanımını göstermede güvenilir bilgi sağlar ve tümör dokusunu yumuşak dokudan ayırabilir. Ek olarak non-invaziftir ve kontrast nefropati

riski yoktur.

Cevap C (Patrick CW, Campbell's Urology, 8. baskı, 2005, s.2701)

4. Üst üriner sistem üreteryal kanseri en sık nerede yerleşir?

- Renal pelvis ve kaliksler
- Üreteropelvik bileşke
- Üst üreter
- Orta üreter
- Alt üreter

AÇIKLAMA: Renal pelvis ve kalikslerin üreteryal kanserleri, üreteral kanserlere göre yaklaşık 4 kat fazla görülürler. Üreteral kanserlerin en sık yerleşim yeri alt üçte birlik kısımdır. Üst üçte birlik kısım üreteral kanserlerin en az görüldüğü kısımdır.

Cevap A (Patrick CW, Campbell's Urology, 8. baskı, 2005, s.2765, 2768)

5. Terminal hematüri aşağıdakilerden hangisine bağlıdır?

- Mesane boynu ve prostat inflamasyonu
- Mesane kanseri
- Böbrek taşı
- Mesane taşı
- Üretral darlık

AÇIKLAMA: Terminal hematüri işemenin sonunda gözlemlenir ve genellikle mesane boynu veya prostatik üretranın inflamasyonunu gösterir.

Cevap A (Patrick CW, Campbell's Urology, 8. baskı, 2005, s.86)

6. Nörojenik mesaneli hastanın rutin değerlendirmesinde aşağıdakilerden hangisi yer almaz?

- Üst üriner sistem görüntüleme yöntemleri
- Reflekslerin değerlendirilmesi
- Sistoskopi
- İdrar tetkiki
- Serum kreatin ölçümü

AÇIKLAMA: Nörojenik mesaneli hastaların rutin değerlendirilmesinde; refleks muayenesi, idrar tetkiki, serum kreatinin ölçümü, üst üriner sistemin değerlendirilmesini kapsar. Nörojenik mesaneli hastaların rutin değerlendirilmesinde alt üriner sistemin endoskopik muayenesi gerekli değildir.

ÜROLOJİ

Cevap C (Patrick CW, Campbell's Urology, 8. baskı, 2005, s.904-905)

7. Von-Hippel Lindau Sendromu olan hastalarda en sık ölüm sebebi aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Renal yetmezlik
- b) Renal tümör
- c) Feokromositoma
- d) Serebellar hemanjioblastom
- e) Adrenokortikal karsinom

AÇIKLAMA: Von-Hippel Lindau Sendromlu hastaların yaklaşık olarak %50'sinde renal hücreli karsinom gelişir ve 1., 3., 5. dekadlar gibi erken başlangıç göstermesi, bilateral olması ve multifokal olması ayırıcı özellikleridir. SSS belirtilerinin tedavisinin gelişmesiyle renal hücreli karsinom, Von-Hippel Lindau sendromlu hastalarda mortalitenin en sık sebebi olmuştur.

Cevap B (Patrick CW, Campbell's Urology, 8. baskı, 2005, s.2687)

8. Aşağıdakilerden hangisi BPH'da izlenen tipik alt üriner sistem semptomlarından değildir?

- a) Urgency
- b) Pollaküri
- c) Noktüri
- d) Dizüri
- e) Zayıf idrar akımı

AÇIKLAMA: Urgency, pollaküri, noktüri, dizüri, zayıf idrar akımı tipik alt üriner sistem semptomları iken, dizüri genellikle enflamasyona sekonder gelişen ağrılı idrar yapmaya verilen addır.

Cevap D (Patrick CW, Campbell's Urology, 8. baskı, 2005, s.86-87)

9. Semendeki fruktoz aşağıdaki organlardan hangisi tarafından üretilir?

- a) Prostat bezi
- b) Seminal veziküller
- c) Epididimis
- d) Testis
- e) Littre bezleri

AÇIKLAMA: İnsan seminal plazmasında fruktoz kaynağı seminal veziküllerdir. Konjenital olarak seminal vezikülleri olmayan hastaların ejakulatlarında fruktoz da yoktur.

Cevap B (Patrick CW, Campbell's Urology, 8. baskı, 2005, s.1227)

10. Aşağıdakilerden hangisi BPH tedavisinde

kullanılan 5- α redüktaz enzim inhibitörüdür?

- a) Tamsulosin
- b) Cetrorelix
- c) Alfuzosin
- d) Finasterid
- e) Desmopressin

AÇIKLAMA: Finasterid, 5- α redüktaz enziminin kompetitif bir inhibitörüdür. Testosteron 5- α redüktaz tarafından dihidrotestosterona dönüştürülür.

Cevap D (Campbell's urology, s.1359-1360)

11. Enfekte olmayan idrarda en sık görülen mesane taşı içeriği nedir?

- a) Kalsiyum okzalat
- b) Kalsiyum fosfat
- c) Struvit
- d) Ürik asit
- e) Sistin

AÇIKLAMA: Renal taşların zıttı olarak mesane taşları enfekte olmayan idrarda genellikle ürik asit taşıdır. Enfekte idrarda ise struvit kompozisyonundadır.

Cevap D (Campbell's Urology, s.3286)

12. BCG ile tedavi edilen mesanenin yüzeysel transizyonel hücreli karsinomu olan bir hastanın üst üriner sistem takibi en iyi hangi yolla yapılır?

- a) İdrar sitolojisi ile seri olarak takip edilmesi
- b) Yılda bir veya iki kez intravenöz ürogram çekilmesi
- c) Tanısal sistoskopi
- d) Hematüri olursa üst üriner sistemin araştırılması
- e) 3 yıl sonra takibin bırakılması

AÇIKLAMA: BCG ile tedavi edilen mesanenin yüzeysel transizyonel hücreli karsinomu olan hastalarda yılda bir veya iki kez intravenöz ürogram çekilmesi, elimizdeki çalışmalar ışığında hastaların hayat boyu takibi için gereklidir.

Cevap B (Campbell's Urology, s.2797)

13. Renal medüller hücreli kanserler için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Beyaz, yaşlı, asya kökenlilerde görülür
- b) Hayatın 6. dekadında tanı konur
- c) Yüksek doz kemoterapiye cevap verir
- d) Genetik olarak papiller renal hücreli karsinoma benzer
- e) Teşhis esnasında sıklıkla metastaz vardır

AÇIKLAMA: Renal medüller karsinom renal hücreli karsinomun histolojik alt tipidir, genç Afrika kökenli

Amerikalılarda daha sık görülür. Tanı konulduğunda vakaların çoğu lokal olarak yayılmış veya metastatiklerdir. Tedaviye yanıt vermezler.

Cevap E (*Campbell's Urology, s.1078*)

14.Aşağıdakilerden hangisinde aşırı aktif mesane ve detrüstore bağlı inkontinansta erken medikal tedavi kontrendikedir?

- a) Davranış tekniklerine katılmayanlar
- b) Düşük maksimum işeme volümünün az olması
- c) Nörolojik hastalığı olanlar
- d) Davranış teknikleri ile ilgilenmeyenler
- e) Çok büyük mesane kapasitesi olanlar

AÇIKLAMA: Erken medikasyon kullanımı, günlüklerinde düşük maksimum işeme volümü az olanlarda, nörolojik hastalığı olanlarda ve davranış teknikleri ile ilgilenmeyenler veya davranış tekniklerine katılmayanlarda önerilir.

Cevap E (*Campbell's Urology, s.1078*)

15.Böbrek ve retroperitoneal travmalarda en iyi görüntüleme yöntemi aşağıdakilerden hangisidir?

- a) İVP
- b) MR
- c) Ultrasonografi
- d) Kontrastsız BT
- e) Kontrastlı BT

AÇIKLAMA: Kontrastlı abdominal BT, böbrek ve retroperitoneal travmaların saptanma ve evrelemede en iyi görüntüleme yöntemidir.

Cevap E (*Smith Genel Üroloji, s.291*)

16.Varikosel ile ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi doğrudur?

- a) Supin pozisyonda muayene edilir
- b) Testis arterlerinin genişlemesi sonucu oluşur
- c) Sperm motilitesi ve sayısına etki edebilir
- d) Testis tosiyonuna neden olur
- e) Mutlaka tedavi edilmelidir

AÇIKLAMA: Sperm motilitesi ve sayısına etki edebilir. Varikoselli erkeklerin semen analizleri hastaların %90'ında motilitenin azaldığını, %65'inde 20 milyondan az sperm olduğunu göstermiştir.

Cevap C (*Campbell's Urology, s.1507*)