

Türkiye Klinikleri

MEDİTEST Dergisi

EDİTÖR

Prof.Dr.Hikmet AKGÜL (Ankara)

YAYIN SEKRETERİ

Dr.İbrahim ERSOY (Ankara)

SORU HAZIRLAYAN ÖĞRETİM ÜYELERİ

Prof.Dr. Hakan ABACIOĞLU (Dokuz Eylül)	Prof.Dr. Nafiz BOZDEMİR (Çukurova)	Yrd.Doç.Dr. Haydar ERDOĞAN (Cumhuriyet)
Prof.Dr. Ercan ABAY (Trakya)	Prof.Dr. Işık BOKESÖY (Ankara)	Yrd.Doç.Dr. Şeniz ERGİN (Pamukkale)
Prof.Dr. Hadi AKAY (Ankara)	Doç.Dr. Fatih BULUCU (GATA)	Prof.Dr. Sibel ERGÜVEN (Hacettepe)
Prof.Dr. Muhsin AKBABA (Çukurova)	Yrd.Doç.Dr. Nurullah BÜLBÜLLER (Fırat)	Prof.Dr. Necile ERKAM (Ankara)
Yrd.Doç.Dr. F. Zeynep AKÇAM (Süleyman Demirel)	Yrd.Doç.Dr. Mehmet Akif BÜYÜKBEŞE (K.Maraş Sütcü İmam)	Prof.Dr. Dilek ERKAN (Ondokuz Mayıs)
Prof.Dr. Fahri AKÇİÇEK (Ege)	Yrd.Doç.Dr. Gülgün BÜYÜKDİRELİ (Çukurova)	Doç.Dr. Salim ERKAYA (Zübeyde H. D.Evi)
Yrd.Doç.Dr. Erol AKGÜL (Çukurova)	Prof.Dr. Filiz BÜYÜKKEÇECİ (Ege)	Doç.Dr. Hüsnü ERKMEN (Bakırköy Ruh Sağ. Hst.)
Prof.Dr. Mustafa AKIN (Ege)	Yrd.Doç.Dr. Cemalettin CAMCI (Fırat)	Yrd.Doç.Dr. Galip ERKUKLU (Trakya)
Prof.Dr. Emre AKKUŞ (Cerrahpaşa)	Uz.Dr. Demet CAN (Dr.Behçet Uz Hst.)	Prof.Dr. Keşer EROL (Osmangazi)
Yrd.Doç.Dr. İbrahim AKMAZ (GATA Haydarpaşa)	Prof.Dr. Ercan CANBAY (Cumhuriyet)	Prof.Dr. Gökhan ERPEK (Adnan Menderes)
Prof.Dr. Kıymet AKSOY (Çukurova)	Yrd.Doç.Dr. Fevziye CANBAZ TOSUN (Ondokuz Mayıs)	Doç.Dr. Alpaslan ERSOY (Uludağ)
Prof.Dr. Tevfik Aslan AKSU (Akdeniz)	Yrd.Doç.Dr. Vildan CANER (Pamukkale)	Doç.Dr. Betül ERSOY (Celal Bayar)
Prof.Dr. Erol AKSUNGUR (Çukurova)	Uz.Dr. Şükri CANGAR (Dr.Behçet Uz Hst.)	Doç.Dr. Mehmet ERSOY (Kırıkkale)
Doç.Dr. Berrin AKTEKİN (Akdeniz)	Prof.Dr. Fikri CANORUÇ (Dicle)	Prof.Dr. Biltan ERSÖZ (Ege)
Doç.Dr. Melih AKYOL (Cumhuriyet)	Prof.Dr. A.Tevfik CENGİZ (Ankara)	Dr. Sinan ERTEN (SSK Tepecik Hst.)
Doç.Dr. Yakut AKYÖN YILMAZ (Hacettepe)	Yrd.Doç.Dr. A.Serhan CEVİROĞLU (Afyon Kocatepe)	Doç.Dr. Adil ERYILMAZ (Ank.Numune Hst.)
Prof.Dr. Cemalettin AKYÜREK (Meram)	Prof.Dr. H.Can CİMİLLİ (Dokuz Eylül)	Yrd.Doç.Dr. Özgen ESER (Hacettepe)
Yrd.Doç.Dr. Aysin ALAGÖL (Trakya)	Prof.Dr. M.İpek CİNGİ (Osmangazi)	Prof.Dr. Mukaddes EŞREFOĞLU (İnönü)
Prof.Dr. Sadık Emre ALHAN (Çukurova)	Prof.Dr. İbrahim CÜREKLİBAĞIR (Ege)	Prof.Dr. Muammer EŞREFOĞLU SEYHAN (İnönü)
Yrd.Doç.Dr. Alpaslan ALP (Hacettepe)	Prof.Dr. Meral ÇALGÜNERİ (Hacettepe)	Prof.Dr. Cem FİÇİCIOĞLU (Zeynep Kamil Hst.)
Prof.Dr. Hızır Mete ALP (Kocuyolu K.E.A.H.)	Uz.Dr. Şebnem ÇALKAVUR (Dr.Behçet Uz Hst.)	Doç.Dr. Ayşe GELAL (Dokuz Eylül)
Prof.Dr. Kemal ALTAŞ (Cerrahpaşa)	Prof.Dr. Osman Uğur ÇALPUR (Trakya)	Doç.Dr. Orhan GELİŞEN (SSK Ankara Doğumevi)
Doç.Dr. Faik ALTINTAŞ (SSK Güztepe Eğitim Hast.)	Doç.Dr. Çetin ÇELEK (Ondokuz Mayıs)	Uz.Dr. Ferah GENEL (Dr.Behçet Uz Hst.)
Yrd.Doç.Dr. Betül Uğur ALTUN (Trakya)	Prof.Dr. Fahrettin ÇELİK (Ondokuz Mayıs)	Doç.Dr. Nermin GÖĞÜŞ (Ank. Numune Hst.)
Prof.Dr. Aziz ALTURFAN (İstanbul)	Doç.Dr. Faik ÇELİK (SSK Güztepe Hst.)	Prof.Dr. Ayşe Sevim GÖKALP (Kocaeli)
Prof.Dr. Muhlis ALVUR (Ondokuz Mayıs)	Prof.Dr. Cengiz ÇELİKER (İÜ Kardiyoloji Ens.)	Prof.Dr. Merih GÖKBEN (GATA Haydarpaşa)
Prof.Dr. Cemil APAYDIN (Akdeniz)	Prof.Dr. Mehmet Turan ÇETİN (Çukurova)	Prof.Dr. Çiğdem GÖKÇE (Afyon Kocatepe)
Yrd.Doç.Dr. Cavidan ARAR (Trakya)	Doç.Dr. Ziya ÇETINKAYA (Fırat)	Yrd.Doç.Dr. Nadir GÖKSÜĞÜR (İzmit Baysal)
Yrd.Doç.Dr. Nurittin ARDIÇ (GATA Haydarpaşa)	Prof.Dr. Salih ÇETİNKURŞUN (GATA)	Doç.Dr. Zehra GÖLBAŞI (TYİH)
Yrd.Doç.Dr. Ender ARIKAN (Trakya)	Prof.Dr. M.Nedim ÇİÇEK (Meram)	Prof.Dr. Özhan GÖLDELİ (Dokuz Eylül)
Doç.Dr. Sevrap ARIKAN (Hacettepe)	Yrd.Doç.Dr. Engin ÇİFTÇİOĞLU (Ondokuz Mayıs)	Prof.Dr. Kamili GÖNCÜ (Çukurova)
Doç.Dr. Yücel ARISÖY (Dokuz Eylül)	Prof.Dr. Nusret ÇİFTÇİ (Ondokuz Mayıs)	Doç.Dr. Faruk GÖNENÇ (TYİH)
Prof.Dr. Yücel ARITAŞ (Erciyes)	Yrd.Doç.Dr. Y. Kenan ÇOBAN (K.Maraş Sütcü İmam)	Doç.Dr. Engin GÖNÜL (GATA)
Prof.Dr. Orhan ARSEVEN (İstanbul)	Yrd.Doç.Dr. Cengiz ÇOKLUK (Ondokuz Mayıs)	Prof.Dr. Mustafa GÖNÜLLÜ (Cumhuriyet)
Prof.Dr. Haluk ARVAS (Karadeniz)	Doç.Dr. Dilek ÇOLAK (Akdeniz)	Prof.Dr. M. Taner GÖREN (İstanbul)
Prof.Dr. Macit ARVAS (Cerrahpaşa)	Prof.Dr. Mehmet ÇOLAKOĞLU (Meram)	Prof.Dr. Adnan GÖRGÜLÜ (Trakya)
Prof.Dr. Mevlüt ASAR (Akdeniz)	Yrd.Doç.Dr. Neriman ÇOLAKOĞLU (Fırat)	Prof.Dr. Ali Metin GÖRGÜNER (Atatürk)
Prof.Dr. Diler ASLAN (Pamukkale)	Prof.Dr. Salih Ö. ÇOLAKOĞLU (Çukurova)	Prof.Dr. Şendoğan GÜLEN (Trakya)
Doç.Dr. Füsün ATLIHAN (Dr.Behçet Uz Hst.)	Yrd.Doç.Dr. D.Özlem DABAK (Fırat)	Prof.Dr. Cenap GÜLER (Celal Bayar)
Prof.Dr. İnci AYAN (İ.Ü. Onkoloji Enstitüsü)	Dr. F. Suat DEDE (SSK Ankara Doğumevi)	Prof.Dr. Mustafa GÜLTEPE (GATA Haydarpaşa)
Dr. Hülya AYBEK (Pamukkale)	Dr. Ercan DEMİR (Cumhuriyet)	Uz.Dr. Sefa GÜLTÜRK (Cumhuriyet)
Prof.Dr. Ertuğrul H. AYDEMİR (Cerrahpaşa)	Prof.Dr. Hüseyin DEMİR (Erciyes)	Yrd.Doç.Dr. F. Gül GÜMÜŞER (Celal Bayar)
Yrd.Doç.Dr. Selim AYDEMİR (Zong.Karaelmas)	Prof.Dr. Ramazan DEMİR (Akdeniz)	Prof.Dr. Ayfer GÜNALP (Hacettepe)
Prof.Dr. Ahmet AYDIN (Ege)	Prof.Dr. Ramazan DEMİR (Erciyes)	Prof.Dr. Işıl GÜNDAY (Trakya)
Prof.Dr. Raci AYDIN (Dr.Muhittin Ülker)	Dr. Sevgi DEMİR (Akdeniz)	Doç.Dr. Sadi GÜNDOĞDU (Zong.Karaelmas)
Uz.Dr. Aysel AYDOĞAN (Dr.Behçet Uz Hst.)	Doç.Dr. Süleyman DEMİR (Pamukkale)	Doç.Dr. Kamer GÜNDÜZ (Celal Bayar)
Yrd.Doç.Dr. Dursun AYGÜN (Ondokuz Mayıs)	Dr. Durmuş DEVECİ (Cumhuriyet)	Prof.Dr. Ali Tahsin GÜNEŞ (Dokuz Eylül)
Prof.Dr. İ.Hakkı AYHAN (Ankara)	Yrd.Doç.Dr. Figen DEVECİ (Fırat)	Prof.Dr. Atilla GÜNGÖR (GATA Haydarpaşa)
Prof.Dr. Hüseyin BAĞCI (Pamukkale)	Doç.Dr. Ceyhan DİZDARER (Dr.Behçet Uz Hst.)	Prof.Dr. Adem GÜNGÖR (Ankara)
Yrd.Doç.Dr. Arif BAHAR (GATA Haydarpaşa)	Doç.Dr. Bilal DOĞAN (GATA)	Doç.Dr. Emel GÜNGÖR (Ankara Hst.)
Doç.Dr. Mustafa BAK (Dr.Behçet Uz Hst.)	Doç.Dr. Gürsoy DOĞAN (İnönü)	Prof.Dr. Fırat GÜNGÖR (Akdeniz)
Prof.Dr. Nuri BAKAN (Atatürk)	Prof.Dr. Eker DOĞANVAŞARGİL (Ege)	Prof.Dr. Asuman GÜRAKSIN (Atatürk)
Prof.Dr. Mehmet BAKIR (Cumhuriyet)	Doç.Dr. Deniz DOĞRU (Hacettepe)	Prof.Dr. Mehmet GÜRBILEK (Selçuk)
Yrd.Doç.Dr. Akin Eraslan BALCI (Fırat)	Prof.Dr. Nesrin DOĞRUEL (Osmangazi)	Doç.Dr. Ali GÜRBÜZ (İzmir Atatürk Hst.)
Prof.Dr. Şükri BALEVİ (Meram)	Yrd.Doç.Dr. Babür DORA (Akdeniz)	Doç.Dr. Hakan GÜRBÜZ (Trakya)
Doç.Dr. Ali BALOĞLU (İzmir Atatürk Hst.)	Doç.Dr. Dikmen DÖKMECİ (Trakya)	Doç.Dr. Fuat GÜRKAN (Dicle)
Prof.Dr. Meral BARLAS (Ankara)	Yrd.Doç.Dr. İsmet DÖKMECİ (Trakya)	Doç.Dr. Gül GÜRŞÖY (Ankara Hst.)
Doç.Dr. Esin BAŞER (Celal Bayar)	Doç.Dr. Murat DÖŞOĞLU (Düzce)	Doç.Dr. Ali HABERAL (SSK Ankara D.Evi)
Prof.Dr. İskender BAŞER (GATA)	Prof.Dr. Hatice DURAK (Dokuz Eylül)	Prof.Dr. Sebattin HACIYAKUPOĞLU (Çukurova)
Doç.Dr. Hikmet BAŞMAK (Osmangazi)	Prof.Dr. Enver DURAN (Trakya)	Prof.Dr. Alev HASANOĞLU (Gazi)
Prof.Dr. Çağlar BATMAN (Marmara)	Prof.Dr. H. Ergin DÜLGER (Gaziantep)	Prof.Dr. Gülşen HAŞÇELİK (Hacettepe)
Prof.Dr. Ömer BAYEZİD (Akdeniz)	Yrd.Doç.Dr. Füsün DÜZCAN (Pamukkale)	Prof.Dr. Tuncer HAZNEDAROĞLU (GATA Haydarpaşa)
Prof.Dr. Süleyman BAYKAL (Karadeniz)	Doç.Dr. Öznur DÜZOVALLI (Merzin)	Uz.Dr. Murat HIZARICIOĞLU (Dr.Behçet Uz Hst.)
Yrd.Doç.Dr. Tamer BAYRAKTAROĞLU (Zong. Karaelmas)	Prof.Dr. Reyhan EĞİLMEZ (Cumhuriyet)	Doç.Dr. Ali Fuat İŞİK (Dokuz Eylül)
Prof.Dr. A.İhsan BAYSAL (Gazi)	Doç.Dr. Alev EKEN (Ankara Hst.)	Op.Dr. Nejat İŞİK (SSK Güztepe Eğitim Hast.)
Doç.Dr. Ahmet BEKTAŞ (Ondokuz Mayıs)	Doç.Dr. H.Meral EKŞİOĞLU (Ankara Hst.)	Prof.Dr. Nihal İÇTEN (Ondokuz Mayıs)
Yrd.Doç.Dr. Uğur BERBEROĞLU (Trakya)	Yrd.Doç.Dr. Ömür ELÇİOĞLU (Osmangazi)	Doç.Dr. Güliz İKİZOĞLU (Merzin)
Doç.Dr. Yaşar BİLGE (Ankara)	Prof.Dr. Murat ELEVLİ (Haseki Hst.)	Doç.Dr. Atilla İLHAN (İnönü)
Doç.Dr. Ayşe BİNGÖL (Ankara)	Doç.Dr. Murat EMİROĞLU (Ankara)	Doç.Dr. Y.Selim İLHAN (Fırat)
Yrd.Doç.Dr. Murat BİRTANE (Trakya)	Dr. Yaşar ENLİ (Pamukkale)	Prof.Dr. Süleyman Sami İLKER (Celal Bayar)
Yrd.Doç.Dr. Ali BORAZAN (Zong.Karaelmas)	Prof.Dr. Özgün ENVER (Cerrahpaşa)	Prof.Dr. İbrahim İMAMOĞLU (Karadeniz)
Prof.Dr. Adem BOYACI (Erciyes)	Yrd.Doç.Dr. Hakan ERBAŞ (Trakya)	Yrd.Doç.Dr. Işıl İNANIR (Celal Bayar)
Doç.Dr. Hakan BOZÇUK (Akdeniz)	Prof.Dr. Sena ERDAL (Cumhuriyet)	Prof.Dr. Servet İNCİ (Hacettepe)
Prof.Dr. Hacer BOZDEMİR (Çukurova)	Prof.Dr. İ.Doğan ERDEN (GATA Haydarpaşa)	Prof.Dr. Mehmet İSBİR (Akdeniz)

Prof.Dr. Güzin İSKELELİ (Cerrahpaşa)
Yrd.Doç.Dr. Serdar H. İSKİT (Çukurova)
Prof.Dr. Yasemin KABASAKAL (Ege)
Yrd.Doç.Dr. Aysin KALE (Ondokuz Mayıs)
Prof.Dr. Tunç Alp KALYON (GATA)
Prof.Dr. Mansur KAMACI (Yüzüncü Yılı)
Doç.Dr. Fahretin KANADIKIRIK (SSK Göztepe Hst.)
Prof.Dr. Ömer KANDEMİR (SSK Ankara D.Evi)
Prof.Dr. Yücel KANPOLAT (Ankara)
Prof.Dr. Haluk KAPLAN (GATA Haydarpaşa)
Yrd.Doç.Dr. Birsan KAPLAN (Başkent)
Yrd.Doç.Dr. Mustafa KAPLAN (Trakya)
Prof.Dr. Bünyamin KAPTANOĞLU (Pamukkale)
Doç.Dr. Melih KAPTANOĞLU (Cumhuriyet)
Yrd.Doç.Dr. Ertan KARA (Çukurova)
Dr. Halil KARABULUT (Ankara)
Doç.Dr. Hakan KARADAG (Trakya)
Prof.Dr. Sezin KARADEDE (Harran)
Yrd.Doç.Dr. A.Kenan KARADEMİR (Gata Haydarpaşa)
Doç.Dr. Ferhan KARADEMİR (GATA Haydarpaşa)
Doç.Dr. Selmin KARADEMİR (Dr.Sami Ulus Hst.)
Prof.Dr. Ahmet KARAGÜZEL (Karadeniz)
Prof.Dr. Şule KARAKELLEOĞLU (Atatürk)
Yrd.Doç.Dr. H. Günhan KARAKURUM (Gaziantep)
Prof.Dr. Beyhan KARAMANLIOĞLU (Trakya)
Doç.Dr. Şafak S. KARAMEHMETOĞLU (Cerrahpaşa)
Prof.Dr. Ümit KARAYALÇIN (Akdeniz)
Doç.Dr. Zafer KARTALOĞLU (GATA Haydarpaşa)
Doç.Dr. Erhun KASIRGA (Celal Bayar)
Prof.Dr. Zehra N. KAVAK (Marmara)
Yrd.Doç.Dr. Ahmet KAVAKLI (Firat)
Uz.Dr. Tülay KAVAKLI (Dr.Behçet Uz Hst.)
Doç.Dr. Mukaddes KAVALA (SSK Göztepe Eğitim Hast.)
Prof.Dr. Salih KAVUÇU (Dokuz Eylül)
Dr. Onur KAYA (Süleyman Demirel)
Yrd.Doç.Dr. Serpil KAYA (Cumhuriyet)
Prof.Dr. Tamer KAYA (Osmangazi)
Uz.Dr. Ertan KAYSERİLİ (Dr.Behçet Uz Hst.)
Doç.Dr. Saim KAZAN (Akdeniz)
Prof.Dr. M. Cem KEÇİCİ (Osmangazi)
Prof.Dr. Celalettin KELEŞ (Dicle)
Doç.Dr. Gökhan KESER (Ege)
Prof.Dr. Zübeyir KILIÇ (Osmangazi)
Doç.Dr. S.Şebnem KILIÇ (Uludağ)
Yrd.Doç.Dr. Tülay KILIÇ OKMAN (Trakya)
Prof.Dr. Ahmet KIRAL (GATA Haydarpaşa)
Yrd.Doç.Dr. Gürkan KIRAN (K.Maras Sütçü İmam)
Prof.Dr. Ziya KIRKALI (Dokuz Eylül)
Doç.Dr. Halil KISACIK (TYİH)
Prof.Dr. Eşref KIZILKAYA (GATA Haydarpaşa)
Prof.Dr. Mustafa KİBAR (Çukurova)
Prof.Dr. Kenan KOÇABAY (Düzce)
Prof.Dr. Hikmet KOÇAK (Atatürk)
Prof.Dr. Siranuş KOKİNO (Trakya)
Doç.Dr. Lale KOLDAŞ (Cerrahpaşa)
Doç.Dr. İsmail Soner KOLTAŞ (Çukurova)
Prof.Dr. Emel KOPTAĞ (Cumhuriyet)
Prof.Dr. Cem KOPUZ (Ondokuz Mayıs)
Doç.Dr. Adnan KORKMAZ (Ondokuz Mayıs)
Doç.Dr. Şule KORKMAZ (TYİH)
Dr. Ramazan KOZAN (Ondokuz Mayıs)
Yrd.Doç.Dr. M. Erkan KOZANOĞLU (Çukurova)
Prof.Dr. Atilla KÖKSAL (Em.Atatürk Hst.)
Prof.Dr. İftihar KÖKSAL (Karadeniz)
Doç.Dr. Şeref KÖMÜRÇÜ (GATA)
Prof.Dr. Süheyla KÖSE (Ege)
Doç.Dr. Gülşen KÖSE (SSK Ank. Çocuk Hst.)
Doç.Dr. Şükran KÖSE (SSK Tepecik Hst.)
Doç.Dr. Erdoğan KUNTER (GATA Haydarpaşa)
Yrd.Doç.Dr. M. Ali KURÇER (Harran)
Dr. Zehra KURÇER (Harran)
Doç.Dr. Emin KURT (Celal Bayar)
Prof.Dr. Mehmet KURTOĞLU (İstanbul)
Doç.Dr. Ali KURTSOY (Erciyes)
Prof.Dr. Zafer KURUMLU (GATA)
Doç.Dr. Mesih KUŞKUCU (Gata Haydarpaşa)
Prof.Dr. A.Şahap KÜKNER (İzmit Baysal)
Prof.Dr. Aysel KÜKNER (İzmit Baysal)
Doç.Dr. Nurdan LENK (Ank. Numune Hast.)
Yrd.Doç.Dr. Mahir MAHIROĞLU (GATA Haydarpaşa)
Prof.Dr. Cafer MARANGOZ (Ondokuz Mayıs)
Doç.Dr. Dilek MEMİŞ (Trakya)
Doç.Dr. Faruk MERİÇ (Dicle)
Uz.Dr. Timur MEŞE (Dr.Behçet Uz Hst.)
Prof.Dr. İnci MEVLİTOĞLU (Meram)
Yrd.Doç.Dr. Selçuk MİSTİK (Erciyes)
Yrd.Doç.Dr. Abdullah MİLCAN (Mersin)
Yrd.Doç.Dr. Hasan MİRZAI (Celal Bayar)
Op.Dr. Leyla MOLLAMAHMUTOĞLU (Dr.Z.T.Burak Hst.)
Prof.Dr. Gönül MUTLU (Akdeniz)
Prof.Dr. Haşim MUTLU (Cerrahpaşa)
Prof.Dr. M.Hamdi MUZ (Firat)
Prof.Dr. Bülent MÜNGEN (Firat)
Yrd.Doç.Dr. Meltem NALÇA ANDRIEU (Ankara)
Dr. Elif OĞUZ (Harran)
Prof.Dr. Nurettin OĞUZ (Akdeniz)

Doç.Dr. Ercan OK (Ege)
Yrd.Doç.Dr. Cem OKTAY (Akdeniz)
Prof.Dr. Bülent OKTAY (Uludağ)
Prof.Dr. M. Derya ONUK (Atatürk)
Doç.Dr. Özyay ORAL (Zeynep Kamil Hst.)
Yrd.Doç.Dr. Mehmet A. OSMANAĞAOĞLU (Karadeniz)
Prof.Dr. Necla OSMANOĞLU (Ege)
Prof.Dr. Enver OZAN (Firat)
Prof.Dr. İ. Fahri ÖÇER (Cerrahpaşa)
Yrd.Doç.Dr. Murat ÖGETÜRK (Firat)
Yrd.Doç.Dr. Dilara ÖGÜNÇ (Akdeniz)
Prof.Dr. Çağlar ÖĞÜTMAN (Akdeniz)
Prof.Dr. S. Ateş ÖNAL (Firat)
Doç.Dr. Arif ÖNDER (Ondokuz Mayıs)
Prof.Dr. Armağan ÖNER (Cerrahpaşa)
Prof.Dr. Pernur ÖNER (İstanbul)
Yrd.Doç.Dr. Naci ÖNER (Trakya)
Yrd.Doç.Dr. Gözde ÖNGÜR (Akdeniz)
Doç.Dr. Rahmi ÖRS (Atatürk)
Dr. Gül ÖZ (Hacettepe)
Yrd.Doç.Dr. Serdar ÖZBAŞ (Adnan Menderes)
Yrd.Doç.Dr. Elvan ÖZBEK (Atatürk)
Yrd.Doç.Dr. Altan A. ÖZCAN (Çukurova)
Prof.Dr. Mesut ÖZCAN (Uludağ)
Yrd.Doç.Dr. Alis ÖZÇAKIR (Uludağ)
Prof.Dr. Sedat ÖZÇELİK (Cumhuriyet)
Prof.Dr. Semra ÖZÇELİK (Cumhuriyet)
Prof.Dr. Uğur ÖZÇELİK (Hacettepe)
Prof.Dr. Hikmet ÖZÇETİN (Uludağ)
Doç.Dr. Sadi ÖZDEM (Akdeniz)
Doç.Dr. Cafer ÖZDEM (Ank. Numune Hst.)
Doç.Dr. Selçuk ÖZDEN (Zeynep Kamil Hst.)
Yrd.Doç.Dr. Senay ÖZDOLAP (Zong. Karaelmas)
Prof.Dr. Ahmet ÖZET (GATA)
Yrd.Doç.Dr. Gökhan ÖZGEN (Ege)
Yrd.Doç.Dr. Hedef ÖZGÜN (Adnan Menderes)
Yrd.Doç.Dr. Mehmet ÖZKAHYA (Ege)
Prof.Dr. Olcay ÖZKAN (Akdeniz)
Prof.Dr. Hasan ÖZKAN (Dokuz Eylül)
Doç.Dr. Seyhan Sonar ÖZKAN (SSK Ankara Göz. Hst.)
Op.Dr. Yavuz ÖZKAN (SSK Göztepe Eğitim Hast.)
Prof.Dr. Cumhur ÖZKUYUMCU (Hacettepe)
Prof.Dr. Metin ÖZPOYRAZ (Çukurova)
Doç.Dr. İrfan ÖZTÜRK (Şişli Etilaf Hast.)
Prof.Dr. Serap ÖZTÜRKAN (Celal Bayar)
Prof.Dr. Alparslan ÖZYAZICI (Hacettepe)
Doç.Dr. Mustafa ÖZYURT (Gata Haydarpaşa)
Prof.Dr. Yusuf ÖZYÜREK (Osmangazi)
Prof.Dr. Recai PABUÇCU (GATA)
Prof.Dr. Zafer PAMUKÇU (Trakya)
Prof.Dr. Ayten PAMUKÇU UYAN (İzmit Baysal)
Yrd.Doç.Dr. Ali Haydar PARLAK (İzmit Baysal)
Yrd.Doç.Dr. Özcan PEHLİVAN (GATA Haydarpaşa)
Yrd.Doç.Dr. Murat PEKDEMİR (Kocaeli)
Yrd.Doç.Dr. Ahmet PİNAR (Hacettepe)
Doç.Dr. Süleyman PİŞKİN (Trakya)
Prof.Dr. Ömer POYRAZ (Cumhuriyet)
Doç.Dr. Simin ROTA (Pamukkale)
Yrd.Doç.Dr. Hatice İlgün RUHİ (Ankara)
Prof.Dr. Cemil SABUNCU (Osmangazi)
Prof.Dr. İlham SABUNCU (Osmangazi)
Doç.Dr. Kenan SAĞLAM (GATA)
Dr. Gülay SAIN GÜVEN (Hacettepe)
Doç.Dr. Mustafa SAMUR (Akdeniz)
Doç.Dr. Mustafa F. SARGON (Hacettepe)
Doç.Dr. Refik Ali SARI (Ege)
Prof.Dr. Kenan SARIDOĞAN (Trakya)
Doç.Dr. Ali SARIKAYA (Trakya)
Yrd.Doç.Dr. Selda SARIKAYA (Zong. Karaelmas)
Doç.Dr. Burhan SAVAŞ (Akdeniz)
Yrd.Doç.Dr. Ahmet SAVRANLAR (Zong.Karaelmas)
Doç.Dr. Levent SAYDAM (Bayındır Hst.)
Prof.Dr. Gülemdane SAYGI (Cumhuriyet)
Doç.Dr. Füsün SAYGILI (Ege)
Prof.Dr. Filiz SEBİK (Ege)
Prof.Dr. Mehmet SELÇUKİ (Celal Bayar)
Yrd.Doç.Dr. C. Nur SEMERCİ (Pamukkale)
Prof.Dr. M. Behçet SEVİN (Osmangazi)
Prof.Dr. İlhan SEZGİN (Cumhuriyet)
Doç.Dr. Aytül SIN (Ege)
Prof.Dr. Muzaffer SINDEL (Akdeniz)
Yrd.Doç.Dr. Can SOLAKOĞLU (GATA Haydarpaşa)
Doç.Dr. Mehmet SOY (Trakya)
Doç.Dr. Ömer SOYSAL (İnönü)
Prof.Dr. Bingür SÖNMEZ (İst. Memorial Hst.)
Prof.Dr. Kerim SÖNMEZOĞLU (Cerrahpaşa)
Prof.Dr. Adil SURAT (Hacettepe)
Doç.Dr. Selma SÜER GÖKMEN (Trakya)
Doç.Dr. Haldun SÜMER (Cumhuriyet)
Dr. Ege SÜZER (SSK Tepecik Hst.)
Prof.Dr. Gülşay ŞADAN (Akdeniz)
Yrd.Doç.Dr. M. Turhan ŞAHİN (Celal Bayar)
Yrd.Doç.Dr. Ulus Ali ŞANLI (Ege)
Yrd.Doç.Dr. Berna ŞANLIERDOĞAN (Pamukkale)
Doç.Dr. Ali ŞAŞMAZ (TYİH)
Doç.Dr. Hatice ŞAŞMAZ (TYİH)

Yrd.Doç.Dr. Lale ŞATIROĞLU TUFAN (Pamukkale)
Yrd.Doç.Dr. Ece ŞEN (Yeditepe)
Doç.Dr. Mehmet ŞENCAN (Cumhuriyet)
Doç.Dr. Alparslan SENEL (Ondokuz Mayıs)
Prof.Dr. Kazım SENEL (Atatürk)
Doç.Dr. Burçin ŞENER (Hacettepe)
Prof.Dr. Mustafa ŞENGİZER (GATA)
Doç.Dr. Taşkın ŞENTÜRK (Adnan Menderes)
Doç.Dr. Abdurrahman ŞENYİĞİT (Dicle)
Doç.Dr. Abdurrahman ŞİMŞEK (GATA)
Yrd.Doç.Dr. Zeynep ŞİMŞEK (Harran)
Yrd.Doç.Dr. Enver ŞİMŞEK (Düzce)
Prof.Dr. Zübeyir TALAY (Cerrahpaşa)
Doç.Dr. Cüneyt Eftal TANER (SSK Ege Doğumevi)
Doç.Dr. Nermin TANSUĞ (Celal Bayar)
Prof.Dr. Nevzat TARHAN (Memory Center)
Doç.Dr. Halis Bülent TAŞTAN (GATA)
Doç.Dr. Vedide TAVLI (Dr.Behçet Uz Hst.)
Prof.Dr. Oya TEKELİ (Ankara)
Prof.Dr. Meral TEKELİOĞLU (Ankara)
Prof.Dr. Şevket TEKTAŞ (İnönü)
Prof.Dr. Eşref TEL (Osmangazi)
Doç.Dr. Ahmet TEMİZHAN (TYİH)
Prof.Dr. Mustafa TIRELİ (Celal Bayar)
Yrd.Doç.Dr. Erdem TOĞROL (GATA Haydarpaşa)
Yrd.Doç.Dr. Çiğdem TOKYOL (Afyon Kocatepe)
Doç.Dr. Nazan TOMAÇ (Zong. Karaelmas)
Prof.Dr. Murat TOMBULOĞLU (Ege)
Prof.Dr. Halil Zeki TONBUL (Meram)
Prof.Dr. Suat TOPAKTAŞ (Cumhuriyet)
Dr. Özgül TOPAL (Hacettepe)
Prof.Dr. A. Barış TOPRAK (Celal Bayar)
Yrd.Doç.Dr. Zeynep TOSUN (Erciyes)
Prof.Dr. Armağan TUĞRUL (Trakya)
Yrd.Doç.Dr. Hakan TUNA (Trakya)
Yrd.Doç.Dr. Timur TUNÇALI (Ankara)
Doç.Dr. Recep TUNCER (Çukurova)
Prof.Dr. Arslan TUNÇBİLEK (Ankara)
Prof.Dr. Ferda TUNÇKANAT (Hacettepe)
Yrd.Doç.Dr. Alparslan TURAN (Trakya)
Yrd.Doç.Dr. Teyfik TURGUT (Firat)
Doç.Dr. Serdar TURHAL (Marmara)
Prof.Dr. Alper TURTUN (Marmara)
Yrd.Doç.Dr. Aylin TÜRELİ ERMERTCAN (Celal Bayar)
Yrd.Doç.Dr. Orhan TÜRKEN (Gata Haydarpaşa)
Yrd.Doç.Dr. Ahmet TÜZÜN (GATA)
Prof.Dr. Binnur TÜZÜN (Trakya)
Prof.Dr. Fikret TÜZÜN (Cerrahpaşa)
Doç.Dr. Şansın TÜZÜN (Cerrahpaşa)
Doç.Dr. M.Zafer UĞUZ (İzmit Atatürk Hst.)
Prof.Dr. Ahmet ULUGÖL (Trakya)
Doç.Dr. Mehmet UNGAN (ODTÜ)
Yrd.Doç.Dr. Muammer URHAN (GATA Haydarpaşa)
Prof.Dr. Dürdal US (Hacettepe)
Yrd.Doç.Dr. Rüçhan USLU (Ege)
Prof.Dr. Şemsaddin USTAÇELEBİ (Hacettepe)
Prof.Dr. Müberra UYGUN (Trakya)
Prof.Dr. Adnan UZUNISMAİL (Haydarpaşa Numune Hst.)
Prof.Dr. Ahmet ÜNAL (Cumhuriyet)
Doç.Dr. Yücel ÜSTÜNDAĞ (Zong. Karaelmas)
Doç.Dr. İsmail ÜSTÜNEL (Akdeniz)
Prof.Dr. Füsün VAROL (Trakya)
Doç.Dr. Meltem YAĞMUR (Çukurova)
Prof.Dr. Birkan YAKAN (Erciyes)
Uz.Dr. Ebru YALÇIN (Hacettepe)
Doç.Dr. Erol YALNIZ (Trakya)
Doç.Dr. Hakan YAMAN (Akdeniz)
Doç.Dr. Akgün YAMAN (Çukurova)
Doç.Dr. Gül YAPAR EYİ (Dr.Z.T.Burak Hst.)
Prof.Dr. Turgut YARDIM (Trakya)
Yrd.Doç.Dr. Füsün YARIŞ (Karadeniz)
Doç.Dr. İsmet YAVAŞAOĞLU (Uludağ)
Yrd.Doç.Dr. Taner YAVUZ (Düzce)
Prof.Dr. Mustafa YAYLACI (GATA Haydarpaşa)
Doç.Dr. Orhan YAZANEL (Dicle)
Prof.Dr. Zeliha YAZICI (Cerrahpaşa)
Uz.Dr. Gürol YENDUR (Behçet Uz Hst.)
Doç.Dr. Necati YENİCE (SSK Okmeydanı Hst.)
Doç.Dr. İlhan YETKİN (Gazi)
Prof.Dr. Atilla YILDIRIM (Osmangazi)
Dr. Fatoş Belgin YILDIRIM (Akdeniz)
Yrd.Doç.Dr. Cuma YILDIRIM (Gaziantep)
Prof.Dr. Nilgün YILDIRIM (Osmangazi)
Prof.Dr. Zeki YILMAZ (Erciyes)
Prof.Dr. Mustafa YILMAZ (Firat)
Prof.Dr. Ufuk YİĞİTSUBAY (Cerrahpaşa)
Prof.Dr. Faruk YORULMAZ (Trakya)
Doç.Dr. Nurullah YÜCEER (Dokuz Eylül)
Prof.Dr. Oğuz YÜCEL (Düzce)
Doç.Dr. Ferruh YÜCEL (Osmangazi)
Doç.Dr. Hasan YÜKSEL (Celal Bayar)
Prof.Dr. Mustafa YÜKSEL (Marmara)
Yrd.Doç.Dr. Hasan YÜKSEL (Adnan Menderes)
Prof.Dr. Adil ZAMANI (Meram)

-İsimler Soyadı sırasına göre alfabetik olarak sıralanmıştır.

-Soru Hazırlayan Öğretim Üyeleri, 22. 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 : info@turkiye-klinikleri.com
web : www.turkiye-klinikleri.com

YAYIN PERİYODU

Türkiye Klinikleri Meditest Dergisi; Ocak, Şubat, Nisan, Mayıs, Temmuz, Ağustos aylarında olmak üzere yılda 6 sayı (45 günde bir) yayınlanır.

ABONE İŞLEMLERİ

Derginin 1 yıllık abone fiyatı (2004 için)
KDV dahil 45.000.000 TL'dir.

Abone olmak isteyenlerin; Ortadoğu Reklam Tanıtım ve Yayıncılık 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.

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 66/119
Faks : +90 312 312 67 41
e-posta : abone@turkiye-klinikleri.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
Faks : +90 312 312 67 41
e-posta : denizaa@turkiye-klinikleri.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 firmaların sorumludur.

BASIM-YAYIN-DAĞITIM

Ortadoğu Reklam Tanıtım ve Yayıncılık 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@turkiye-klinikleri.com

Ortadoğu Reklam Tanıtım ve Yayıncılık A.Ş. adına İmtiyaz Sahibi

Dr.Mehmet Akgül

Talatpaşa Bulvarı No:102/1 06230 Hamamönü
Ankara/Türkiye
Tel : +90 312 309 36 66
Faks : +90 312 312 67 41
e-posta : info@turkiye-klinikleri.com
web : www.turkiye-klinikleri.com



Türkiye Klinikleri

ISSN: 1300-0276

MEDİTEST Dergisi

Cilt 13

Sayı 6

Temmuz-Ağustos 2004

İÇİNDEKİLER

295

Anesteziyoloji ve Reanimasyon

298

Çocuk Cerrahisi

305

Göğüs Cerrahisi

312

Göz Hastalıkları

315

KBB

318

Dermatoloji

330

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon

335

Halk Sağlığı

337

Nöroloji

346

Psikiyatri

349

Nükleer Tıp

351

Radyasyon Onkolojisi

ISSN: 1300-0276

C i l t : 1 3 • S a y ı : 6 • T e m m u z - A ğ u s t o s 2 0 0 4

Cilt : 13 • Sayı : 6 • Temmuz-Ağustos 2004 • Sayfa: 295-354

ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON

1. Aşağıdaki anesteziik maddelerden hangisinin etkisinin kalkması redistribüsyonu bağlıdır?

- a) Süksinilkolin
- b) Halotan
- c) Atropin
- d) Tiyopental
- e) Lidokain

AÇIKLAMA: Yağda fazlaca eriyen tiyopental, tiamilal, metohexital gibi barbitüratların etki süreleri, bu ilaçların metabolizma veya eliminasyon sürelerine bağımlı değildir. **Tiyopental yağda çok erimesi ve non iyonize formunun fazlaca olması nedeniyle beyin dokusunda kısa sürede yüksek konsantrasyonlara ulaşır.** Daha sonra buradan periferik kompartmanlara (özellikle kaslara) dağıldığında beyin ve plazma konsantrasyonu düşer. Böylece redistribüsyon gerçekleşmiş olur.

Cevap D (*Morgan, Klinik Anesteziyoloji, 2002, s.132*)

2. Aşağıdaki opioid reseptörlerinden hangisi solunumun uyarılmasından sorumludur?

- a) Kappa
- b) Mü
- c) Sigma
- d) Delta
- e) Alfa

AÇIKLAMA: Ketamin, nalorfin ve pentazosin gibi ilaçların da etkileştiği sigma opioid reseptörleri solunumun uyarılmasından sorumludur.

Cevap C (*Morgan, Klinik Anesteziyoloji, 2002, s.137*)

3. Aşağıdaki etkilerden hangisi kolinesteraz inhibitörlerinin muskarinik yan etkilerinden değildir?

- a) Taşikardi
- b) Bronkospazm
- c) Bağırsak hastalığı
- d) Miyozis
- e) Mesane tonusunda artış

AÇIKLAMA: Kolinesteraz inhibitörleri muskarinik reseptörlerle etkileşerek bradikardiye neden olurlur.

Cevap A (*Morgan, Klinik Anesteziyoloji, 2002, s.168*)

4. Aşağıdakilerden hangisi spinal anestezinin mutlak kontrendikasyonları arasında yer almaz?

- a) Hastanın kabul etmemesi
- b) İntrakraniyal basınç artışı
- c) Sepsis

- d) Düşük doz heparin
- e) Enjeksiyon yerinde cilt enfeksiyonu

AÇIKLAMA: Düşük doz heparin kullanımı santral bloklarda rölatif kontrendikasyonlar içinde yer almaktadır.

Cevap D (*Morgan, Klinik Anesteziyoloji, 2002, s.220*)

5. Aşağıdaki cümlelerden hangisi yanlıştır?

- a) Alkaloz durumunda oksihemoglobin disosiyasyon eğrisi sola kayar.
- b) 2,3 DPG artışı oksihemoglobin disosiyasyon eğrisini sağa kaydırır.
- c) Asidoz durumunda oksihemoglobin disosiyasyon eğrisi sağa kayar.
- d) 2,3 DPG artışı ile oksihemoglobin disosiyasyon eğrisi sola kayar.
- e) Isı artışı ile oksihemoglobin disosiyasyon eğrisi sağa kayar.

Cevap D (*Morgan, Klinik Anesteziyoloji, 2002, s.433*)

6. 1 gr hemoglobin normal koşullarda kaç ml oksijen taşıyabilir?

- a) 5.2 ml
- b) 7.8 ml
- c) 2.1 ml
- d) 1.3 ml
- e) 0.7 ml

Cevap D (*Morgan, Klinik Anesteziyoloji, 2002, s.433*)

7. Cerrahi operasyon esnasında gelişen malign hipertermi tedavisinde aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) %100 oksijen ile ventilasyon
- b) Dantrolen sodyum verilmesi
- c) Anestezi cihazı ve hortumları mümkünse değiştirilir.
- d) Anestezi idamesi halotanla gerçekleştirilir.
- e) Dıştan ve içten soğutma uygulanır.

Cevap D (*Morgan, Klinik Anesteziyoloji, 2002, s.741*)

8. Hangisi nondepolarizan nöromusküler bloğun özelliklerinden değildir?

- a) Post-tetanik potansiyasyon
- b) Antikolinesteraz ilaçlarla antagonizma
- c) Diğer nondepolarizan kas gevşeticiler ile etkinin artması
- d) Fasikülasyonların olması

e) Sürekli (tetanik) stimülasyonla “sönme”

AÇIKLAMA: Nondepolarizan kas gevşeticilerle fasikülasyon etkisi görülmez. Fasikülasyonların görülmesi özelliği depolarizan kas gevşeticilere aittir. Süksinilkolin buna örnektir.

Cevap D (Barash, Klinik Anestezi El Kitabı, 3.baskı, 1997, s.142)

9. Hangisi lokal anestetik solüsyona ilave edilen epinefrinin etkilerinden değildir?

- a) Anestezi süresini uzatır.
- b) Sistemik absorpsiyonu azaltır.
- c) Bloğun derecesini artırır.
- d) Lokal vazokonstriksiyon uyarır.
- e) Cerrahi sahada kanama artışına neden olabilir.

AÇIKLAMA: Lokal anestetik solüsyona epinefrin eklenmesinin amacı cerrahi kanamayı azaltmaktır.

Cevap E (Barash, Klinik Anestezi El Kitabı, 3.baskı, 1997, s.160-161)

10. Hangisi sistemik arter basıncının yanlış olarak yüksek değerlendirilmesine neden değildir?

- a) Çok küçük manşon
- b) Gevşek bağlanmış manşon
- c) Manşonun saniyede 3 mmHg'ya aşan bir hızla boşaltılması
- d) Alttaki arter üzerine düzgün olmayan kompresyon uygulanması
- e) Ekstremitenin kalp seviyesinin altında olması

AÇIKLAMA: Manşonun saniyede 3 mmHg'yi aşan bir hızla boşaltılması kan basıncının yanlış olarak düşük ölçülmesine neden olur.

Cevap C (Barash, Klinik Anestezi El Kitabı, 3.baskı, 1997, s.226)

11. Aşağıdakilerden hangisi farmakolojik premedikasyonun amaçları değildir?

- a) Sedasyon
- b) Analjezi
- c) Antiemetik etkiler
- d) Amnezi
- e) Gastrik sıvı volümünün artırılması

Cevap E (Elar, Klinik Anestezi El Kitabı, 3.baskı, 1999, s.189)

12. Hastanın daha önce kullandığı hangi ilaç anestezi öncesi kesilmelidir?

- a) Atropin
- b) Adrenalin
- c) Levadopa
- d) Hidrokortizon
- e) Neomycin

Cevap C (Kayhan, Klinik Anestezi, 2.baskı, 1997, s.17)

13. Aşağıdakilerden hangisi kardiyak arrest tanı kriteri değildir?

- a) Nabız alınamaz
- b) Bilinç kaybolur
- c) Pupiller dilate olur
- d) Solunum durur
- e) Kalp sesleri duyulur

Cevap E (Kayhan, Klinik Anestezi, 2.baskı, 1997, s.309)

14. Kardiyopulmoner Canlandırmada kalp hızı ve ritminin düzeltilmesi için artık önerilmeyen ilaç hangisidir?

- a) Lidokain
- b) İzoproterenol
- c) Atropin
- d) Beta-bloklar
- e) Prokainamid

Cevap B (Kayhan, Klinik Anestezi, 2.baskı, 1997, s.318-319)

15. Aşağıdakilerden hangisi kan tranfüzyonunun amacı değildir?

- a) Kan kaybını yerine koymak
- b) Kan elemanlarını tamamlamak
- c) Pıhtılaşma faktörlerini yerine koymak
- d) Kardiyak debiyi azaltmak
- e) Bağışıklık cisimciklerini yerine koymak

Cevap D (Kayhan, Klinik Anestezi, 2.baskı, 1997, s.420)

16. Aşağıdakilerden hangisi opioidlerin yan etkisi değildir?

- a) Sedasyon
- b) Fiziksel bağımlılık
- c) Solunum depresyonu
- d) Hipertansiyon
- e) İdrar retansiyonu

Cevap D (Erdine, Ağrı, 2.baskı, 2002, s.506)

17. Azot protoksinin analjezik etkisini önemli derecede antagonize eden ilaç hangisidir?

- a) Halotan
- b) Nalokson
- c) Sevofluran
- d) Vekuronium
- e) Atropin

Cevap B (Kayhan, Klinik Anestezi, 2.baskı, 1997, s.73)

18. Aşağıdakilerden hangisi opioid zehirlenmesinin belirtisi değildir?

- a) Kalp yetmezliği
- b) Solunum depresyonu
- c) Akciğer ödemi
- d) Hipertansiyon
- e) Toplu iğne başı pupil

Cevap D (Esener, *Pediyatrik Anestezi*, 1995, s.508)

19. Aşağıdakilerden hangisi postoperatif analjezi için uygulanmaz?

- a) Epidural analjezi
- b) İntramusküler opioidler
- c) İnhalasyon anestezipler
- d) Spinal anestezi
- e) Periferik sinir bloğu

Cevap C (Erdine, *Ağrı*, 2.baskı, 2002, s.123)

20. Aşağıdaki kas gevşeticilerden hangisi histamin deşarjına neden olmaz?

- a) Metakurin
- b) Atrakuryum
- c) Rapakuryum
- d) Mivakuryum
- e) Pankuryum

Cevap E (Morgan, *Clinical Anesthesiology*, 3.baskı, 2002, s.188)

21. Aşağıdaki ajanlardan hangisi EEG de depresyona neden olmaz?

- a) Barbitüratlar
- b) Propofol
- c) Hipokapni

- d) Hipotermi
- e) Nitrözoksit

Cevap E (Morgan, *Clinical Anesthesiology*, 3.baskı, 2002, s.563)

22. Aşağıdakilerden hangisi distribütif şok nedenidir?

- a) Tansiyon pnomotoraks
- b) Tamponat
- c) Septik şok
- d) Kardiyomyopati
- e) Eksfoliyatif dermatit

Cevap C (Morgan, *Clinical Anesthesiology*, 3.baskı, 2002, s.795)

23. Aşağıdakilerden hangisi süksinilkolin kullanımı için kontrendikasyon değildir?

- a) Üst motor nöron hasarı
- b) Renal yetmezlik
- c) Alt motor nöron hasarı
- d) Yanık
- e) Hiperkloremi

Cevap E (Hanley, *Critical Care Secrets*, 2.baskı, 1998, s.429)

24. Aşağıdakilerden hangisi Nöroleptik Malign Sendrom ayırıcı tanılarında biri değildir?

- a) Viral ensefalit
- b) Serebrovasküler hastalık
- c) Major psikoz
- d) Tritoksikoz
- e) Allerji

Cevap E (Hanley, *Critical Care Secrets*, 2.baskı, 1998, s.501)

ÇOCUK CERRAHİSİ

1. Doğumundan itibaren mekonyum çıkarmayan 3700 gr ağırlığında üç günlük yenidoğan erkek bebek, iki gündür safralı kusma ve batin distansiyonu yakınmaları ile başvurdu. Fizik muayenede batin distandü ve bağırsak ansları seçilebiliyor, rektal tuşede çok bol miktarda gaz ve mekonyum çıkışı oldu. En olası tanınız nedir?

- a) Nekrotizan enterokolit
- b) İleal atrezi
- c) Malrotasyon, orta bağırsak volvulusu
- d) Hirschsprung hastalığı
- e) Hipoglisemi

AÇIKLAMA: Nekrotizan enterokolit genellikle prematüre ve yoğun bakımda yatan bebeklerde, 7-10. günde ortaya çıkar, rektal tuşede bol gaz ve gayta çıkışı olmaz, sıklıkla rektal kanama eşlik eder. İleal atrezide tam obstrüksiyon olduğundan bol gaz veya gayta çıkışı olanaklı değildir. Malrotasyon ve orta bağırsak volvulusunda genellikle rektal kanama ve akut karın tablosu söz konusudur, rektal tuşede gaz gayta çıkışı beklenmez. Hipoglisemi bu tür bir klinik tabloya neden olmaz. Yukarıdaki semptom ve bulgular Hirschsprung hastalığı için patognomoniktir.

Cevap D (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, s.954)

2. İki yaşında erkek çocuk annesi tarafından, göğsünde çöküklük olması yakınması ile başvurdu. Fizik muayenede sternumun üçte bir alt kısmında arkaya doğru bir çöküklük saptadınız. Çocukta saptadığınız bu deformite için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Çocuk büyüdükçe kifoskolyoz gelişebilir.
- b) Akciğer fonksiyon bozukluğu olabilir.
- c) Bu deformite pektus ekskavatum olarak isimlendirilir.
- d) Kardiyak out-put'da azalma olabilir.
- e) Bu bir orta hat defekti olduğundan diğer orta hat defektlerinin araştırılması gereklidir.

AÇIKLAMA: Pektus ekskavatum deformitesinde kardiyak fonksiyon ve akciğer fonksiyonlarında bozukluk ve ileride kifoskolyoz gelişimi gözlenebilir. Ancak diğer orta hat defektleri eşlik etmez.

Cevap E (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, s.1120)

3. İnfantil hipertrofik pilor stenozu için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Öncelikle hipokalemik alkalozun düzeltilmesi

gerekir.

- b) Kusma genellikle 6. ayda ortaya çıkar.
- c) Pilorik oliv (zeytin annesi) olguların çoğunda palpe edilir.
- d) Aile fışkırır tarzda kusma tarifler.
- e) Erkek çocuklarda kız çocuklara göre daha sık gözlenir.

AÇIKLAMA: İnfantil hipertrofik pilor stenozu hipokalemik hipokloremik metabolik alkaloz ile karakterizedir. Tanı pilor kitlesinin palpasyonu ile kolayca konulabilir ve erkek çocuklarda daha sık görülür. Kusma genellikle 2-6. haftada ortaya çıkar, nadiren 2-3. aya kadar bu süre uzar. Kusma fışkırır tarzdadır.

Cevap B (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, s.948)

4. Dört yaşında kız çocuk iki aydır her defeksayon sonrası damlama tarzında taze rektal kanama yakınması ile başvurdu. Rektal tuşede rektum arka duvarında saplı polip saptadınız. Bu polipin tipi için aşağıdakilerden hangisi en yüksek olasılıktır?

- a) Juvenil polip
- b) Adenomatöz polip
- c) Hiperplastik polip
- d) Villöz adenom
- e) Psödopolip

AÇIKLAMA: Rektal polipi olan çocuklar genellikle dört yaşında semptomatik hale gelirler. Çocuklarda en sık karşılaşılan bağırsak tümörü juvenil poliptir ve bunların çoğu tektir. Diğer polip türleri hem nadirdir hem de başka sendromlar ile birlikte görülürler.

Cevap A (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 1992, s.992)

5. Anorektal anomalisi olan bir çocukta aşağıdaki ek anomalilerden hangisi beklenmez?

- a) Ventriküler septal defekt
- b) Hemivertebra
- c) Doğumsal diyafragma hernisi
- d) Renal agenezi
- e) Özofagus atrezisi

AÇIKLAMA: Anorektal anomaliler VATER birlikteliğinin sık gözleendiği bir anomali grubudur. Vertebra, kardiyak, üriner sistem, özofagus ve trakea anomalileri birlikte gözlenir. Diyafragma patolojilerinin ise bu şekilde bir ilişkisi söz konusu değildir.

ÇOCUK CERRAHİSİ

Cevap C (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 1992, s.303)

6. Hangisi omfaloselin özelliği değildir?

- Karın duvarında göbekte bir açıklıktır.
- Fetusta, karın ön duvarının somatik kıvrımlarının yetersiz kapanmasına bağlı olur.
- Dışardaki organları örten bir kese yoktur.
- Beraberinde diyafragma fıtığı, sternumda yarık, perikard yokluğu, kalp defektleri görülebilir.
- Beraberinde trizomi 13 ve 18 görülebilir.

AÇIKLAMA: Çünkü, omfaloselde karın ön duvarını içte periton, ortada warton jeli, en üste de amniyotik zar örter.

Cevap C (Spitz, Colour Atlas of Paediatric Surgical Diagnosis)

7. En sık görülen özofagial atrezi hangisidir?

- Proksimal özofagial atrezi-distal TÖF
- Fistülsüz özofagial atrezi
- H tipi trakeoözofagial fistül
- Proksimal fistüllü özofagial atrezi
- Proksimal-distal özofagial fistüllü atrezi

AÇIKLAMA: Çünkü, proksimal özofagus atrezisi, distal trakeoözofagial fistül, özofagus atrezilerinin %85-90'ını oluşturmaktadır. Fistülsüz Ö atrezisi yaklaşık vakaların %8'ini, atrezi olmaksızın fistül %2.5 sıklıkta görülmektedir.

Cevap A (Spitz, Colour Atlas of Paediatric Surgical Diagnosis, s.59-61)

8. İki yaşın üzerinde en sık GIS kanama sebebi nedir?

- Meckel
- Anal fissür
- Özofajit
- Stres ülseri
- Juvenil polip

AÇIKLAMA: İki yaşından sonra rektal kanama en sık juvenil polipte görülür. Meckel divertikülü, anal fissür, stres ülseri 2 yaşına kadar daha sık görülür.

Cevap E (Willital, Chirurgie im Kindesalter, 2000)

9. İki yaşında trafik kazası geçiren bir çocukta çekilen akciğer grafisinde 10.-12. kostalarda kırık, hematokritte düşme saptanıyor. Eksploratif laparotomi yapılıyor ve dalak alt ucundaki laserasyondan kanamanın devam ettiği saptanıyor. En uygun cerrahi yaklaşım hangisidir?

- Splenik arter bağlanır, dalak yerinde bırakılır.

- Splenektomi
- Parsiyel splenektomi
- Kanayan yer koterize edilir.
- Splenorafi

AÇIKLAMA: Çocuklarda her ne nedenle olursa olsun dalağı kurtarmak gerekir. Çünkü bu grupta postsplenektomi döneminde septisemi tablosu belirgin olarak yüksek sıklıkla izlenmektedir. **Postsplenektomi, septisemide en sık rastlanılan mikroorganizmalar Streptococcus pneumoniae ve Haemophilus influenzae'dir.**

Dalak koruyucu operasyon için:

- Kanamayan kapsüler laserasyonlarda tedavi gerekmez.
- Minimal kanamalı, minimal laserasyonlarda mikrofibriller kollajen veya diğer hemostatik ajanlar kullanılır.
- Daha büyük yaralanmalar dikiş ile tamir edilir.
- Hiluslu içine almayan yaralanmalarda parsiyel splenektomi yapılabilir. Bu yaş grubunda meydana gelen laserasyonların cerrahi tedavisinde en efektif yöntem yaralanan segmentin sütüre edilerek dalağın kurtarılmasıdır. Yani splenorafidir.

Cevap E (Willital, Chirurgie im Kindesalter, 2000, s.695-704)

10.%0.9 NaCl solüsyonunda kaç mEq Na ve Cl vardır?

- 104
- 134
- 144
- 154
- 9

Cevap D (Willital, Chirurgie im Kindesalter, 2000, s.1185-1209)

11.Hirschsprung hastalığında yanlış olanı bulunuz.

- Gastrointestinal dizgede duvardaki ganglion hücrelerinin olmamasından kaynaklanır.
- Etkilenen bağırsak kesiminde relaksasyon ve peristaltizm olmaz.
- Yenidoğanda temel belirti mekonyum çıkarmama, karında distansiyon ile safralı kusmadır.
- Bebek ve çocuklarda sürekli kabızlık ya da diare, kabızlık ve takip eden diare şeklinde belirtiler görülür.
- Ganglionsuz segment kontrastlı kolon grafisinde genişlemiştir.

AÇIKLAMA: Parasempatik ganglion bulunmayan

segmentte spazm olduğu için baryumlu kolon grafisinde genişleme olamaz.

Cevap E (*Spitz, Colour Atlas of Paediatric Surgical Diagnosis, 1989, s.121-124*)

12.Konjenital hipertrofik pilor stenozu ile uyumsuz olanı bulunuz.

- Projektil safrazsız kusma, Mide peristaltizminin soldan sağa doğru gözlenmesi, dehidratasyon, keçi pıslığı gibi tane tane dışkılama
- Hipertrofik ve hiperplazik pilor adelesinin oluşturduğu kitlenin palpasyonu
- Ekstra mukozal pyloromyotomi ile tıkanıklık giderilir.
- Ailesel eğilim yüksektir.
- İlk ve kız bebeklerde fazla görülür.

AÇIKLAMA: Erkek/kız:4/1'dir.

Cevap E (*Spitz, Colour Atlas of Paediatric Surgical Diagnosis, 1989, s.90*)

13.Kistik higromalarda yanlış olanı işaretleyiniz.

- Büyük çoğunluğu boyunda, geri kalanları axilla ve mediastende yer alır.
- Büyükleri solunum distressi, yutma güçlüğü gibi ciddi karmaşalara yol açar.
- Enfeksiyon sık görülür.
- Dokuların içine yayılarak büyür.
- Uzak metastazları sık görülen bir neoplazmadır.

AÇIKLAMA: Kistik higroma, damar sinir paketine invaze olur, ancak metastaz yapacak malign potansiyeli yoktur.

Cevap E (*Spitz, Colour Atlas of Paediatric Surgical Diagnosis, 1989, s.49*)

14.Neonatal nekrotizan enterokolit gastrointestinal sistemde en sık nereyi tutar?

- İleum
- Jejunum
- İleoçekal bölge
- Rektum
- Sağ kolon

AÇIKLAMA: Mezenterik dolaşımın en zayıf olduğu bölge ileoçekal bölgedir ve nekrotizan enterokolit en sık bu bölgeyi tutar.

Cevap C (*Willital, Chirurgie im Kindesalter, 2000, s.349-353*)

15.Aşağıdakilerden hangisinde malignensi gelişme potansiyeli yoktur?

- Koledok kisti

- Urakus kisti
- Ekstrofia vesikale
- Hidatik kist
- Tiroglossal kist

AÇIKLAMA: Koledok kisti, mesane ekstrofisi, tiroglossal kist ve urakus kistinın malign potansiyeli söz konusudur ancak kist hidatik malign potansiyeli hiç bildirilmemiştir.

Cevap D (*Willital, Chirurgie im Kindesalter, 2000, s.721-729*)

16.İki aylık bir bebekte inguinal patolojilerden hangisi saptandığında beklemeden ameliyat edilir?

- Kordon kisti
- Hidroset
- İnmemiş testis
- İndirek inguinal herni
- İnmemiş testis + hidroset

AÇIKLAMA: Çocukluk çağında saptanan inguinal patolojilerden indirek inguinal herni hemen ameliyat edilir. **Hidroset 6-12 aya kadar, kordon kisti, 3-6 aya kadar, inmemiş testis ise 18 aya kadar beklenir.** İnmemiş testise eşlik eden hidrosetde ameliyat zamanını etkilemez.

Cevap D (*Ashcraft, Pediatric Surgery, 3.baskı, 2000, s.654*)

17.Aşağıdakilerden hangisi inmemiş testisin komplikasyonlarından değildir?

- İnfertilite
- Malignite gelişimi
- Psikolojik problemler
- Travmaya eğilim
- İkincil seks karakterlerinin gelişiminde gerilik

AÇIKLAMA: İnmemiş testis testis atrofisine ve dolayısı ile infertiliteye, uzun dönemde testis kanseri riskinde artışa, skrotumun boş olması nedeniyle arkadaşlarından farklı olması dolayısı ile çocukta psikolojik problemlere ve testisin inguinal kanalda gövdenin ön kısmında olması dolayısı ile çarpmalar, sıkışmalar sonrası travmaya açık olması gibi sorunlara yol açar. Ancak ikincil seks karakterlerinin gelişimini sağlayan testosteronun yüksek ısıdan etkilenmeyen Leydig hücrelerinden salgılanmasından dolayı sekonder seks karakterlerinin gelişimi bu durumdan etkilenmez.

Cevap E (*Ashcraft, Pediatric Surgery, 3.baskı, 2000, s.663*)

18.Gastroşizis ve omfalosel ile ilgili cevaplardan

hangisi doğrudur?

- Omfalozelde ek anomali sıklığı düşüktür.
- Gastroşiziste intestinal hasar görülmez.
- Omfalozelde defektin solunda normal bir umblikus vardır.
- Gastroşizise malrotasyon sıklıkla eşlik eder.
- Omfalozelde intestinal atrezi sıklığı düşüktür.

AÇIKLAMA: Yenidoğanda batın duvarı defektleri başlığı altında incelenen gastroşizis ve omfalozel çeşitli farklılıklar gösterir. Gastroşiziste, normal umblikusun sağ lateralindeki küçük bir defekttan dışarıya çıkan bağırsakların üzerinde herhangi bir membran olmadığından amniyotik sıvı ile temasta olan bağırsaklar ileri derecede ödemlidir ve hasarlanmıştır. Malrotasyon ve intestinal atrezi gastroşizise sıklıkla eşlik eder. Omfalozelde ise umblikusun olması gerektiği yerde batın duvarı gelişmemiştir bağırsaklar bir membranın altındadır ve göbek kordonu bu membranın üzerinden çıkar. Amniyotik sıvı ile temas halinde olmayan bağırsaklar hasar görmez ancak doğumsal ek anomallerin eşlik etme oranı yüksektir.

Cevap D (O'Neill, Pediatric Surgery, 5.baskı, 1998, s.1045)

19.Aşağıdakilerden hangisi invajinasyon için geçerlidir?

- Hastalarda sürekli olan ve gittikçe artan tipte karın ağrısı vardır.
- Kusma geç dönemde başlar ve safrasıdır.
- Bir yaşın altında görülen invajinasyonda etiyojoloji mutlaka araştırılmalıdır.
- İnvajinasyon saptanan ve peritoniti olmayan bir yaş altındaki hastalarda hemen ameliyata alınmalıdır.
- Çilek jölesi şeklinde rektal kanama tipiktir.

AÇIKLAMA: İnvajinasyonda hastalarda durup başlayan şiddetli kramp tarzında karın ağrısı görülür. Hastalar intestinal obstrüksiyon nedeniyle safralı kusarlar. Bir yaş altındaki hastalarda invajinasyonda genellikle altta yatan bir neden bulunmaz. Büyük çocuklarda ise, polip, tümör, appendiks stumpu gibi lider noktalar düşünülür. Bir yaş altındaki hastalarda peritonit yoksa yani perforasyon veya bağırsak nekrozu düşünülüyorsa, baryumlu redüksiyon gibi ameliyatsız tedavi yöntemleri denir.

Cevap E (O'Neill, Pediatric Surgery, 5.baskı, 1998, s.1185)

20.Aşağıdaki çocukluk çağı tümörlerinden cerrahi tedavi sonrası en iyi prognoz gösteren hangisidir?

- Nöroblastom
- Hepatoblastom
- Burkitt lenfoma
- Rabdomyosarkom
- Sakrokoksigeal teratom

AÇIKLAMA: Çocukluk çağı tümörlerinden cerrahi eksizyon sonrası en iyi prognoz gösteren, genellikle ek kemoterapi veya radyoterapi gerektirmeyen tümör **sakrokoksigeal teratomdur**. Cerrahi eksizyon sonrası rezidü tümör kalmamışsa nüks oranı oldukça düşüktür.

Cevap E (Ashcraft, Pediatric Surgery, 3.baskı, 2000, s.905)

21.İnfantil hipertrofik pilor stenozu için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- Kusma fıskırır tarzdadır ve beslemeden hemen sonra görülür.
- Hastalarda kusma nedeniyle hipokloremik metabolik asidoz görülür.
- Hastalar genellikle iyi beslenmiş gürbüz bebeklerdir.
- Kusmadna sonra hastalarda beslenme isteği olmaz.
- Günümüzde cerrahi tedaviden uzaklaşmış tıbbi tedavi uygulanmaktadır.

AÇIKLAMA: Hayatın 4-5. haftalarından itibaren fıskırır tarzda kusma ile görülen pilor stenozunda hastalarda hipokloremik metabolik alkaloz görülür. Bebekler genellikle dehidrate ve düşükün durumdadırlar. Kusmadan sonra hemen emme isteği görülür. Tıbbi tedavi yöntemleri denense de günümüzdeki geçerli tedavi yöntemi cerrahi tedavidir.

Cevap A (O'Neill, Pediatric Surgery, 5.baskı, 1998, s.1111)

22.Doğumsal diyafram hernisi için hangisi doğrudur?

- En çok sağ tarafta görülür.
- Bochdalek ve Morgagni olarak iki çeşittir.
- Yenidoğan döneminde daha çok Morgagni olarak bilinen retrosternal herni görülür.
- İleri yaşlarda tanı konan olgularda cerrahi sonrası pulmoner hipertansiyon görülme olasılığı yüksektir.
- Ağır solunum distressi ile prezente olan yenidoğanlar acil ameliyattan yarar görürler.

AÇIKLAMA: Doğumsal diyafram hernisi posterolateral Bochdalek ve retrosternal Morgagni hernisi olarak iki çeşittir. **Bochdalek hernisi daha çok solda görülür. Ve yenidoğan döneminde daha çok tanı konan Bochdalek hernisidir.** Bağırsakların toraksta olması nedeniyle ilgili tarafta pulmoner hipoplazi ve özellikle yenidoğanlarda pulmoner hipertansiyona yol açar. İleri yaşlarda tanı konan hastalarda pulmoner hipertansiyon görülmez.

Cevap B (O'Neill, Pediatric Surgery, 5.baskı, 1998, s.819)

23.Doğumsal agangliyonik megakolon (Hirsch-

sprung hastalığı) için hangisi doğrudur?

- Genellikle kolonun tümünü tutar.
- Medikal tedavisi mümkündür.
- Kesin tanı rektal biyopsi ile konur.
- Yenidoğan döneminde öncelikli bulgu sık sık az miktarda gaita yapmadır.
- İleri yaşa kadar tanı konmamış hastaların kabızlık dışında hiçbir bulgusu yoktur.

AÇIKLAMA: Doğumsal agangliyonik megakolon (Hirschsprung hastalığı) genellikle rektosigmoid bölgeyi tutar. Yenidoğan döneminde öncelikli bulgu kabızlıktır. Ara sıra enterokolit nedeniyle pis kokulu ishal atakları görülebilir. Kesin tanı rektal biyopsi ile konur. İleri yaşlara gelmiş ve tanı konmamış hastalarda kabızlık yanında büyüme-gelişme geriliği, kaşeksi, abdominal distansiyono ve aralıklı enterokolit atakları görülür. Tıbbi tedavisi yoktur.

Cevap C (Ashcraft, Pediatric Surgery, 3.baskı, 2000, s.453)

24.Özofagus atrezisi ve trakeozefageal fistül için doğru cevap hangisidir?

- İzole fistül genellikle yenidoğan döneminde tanınır.
- Ağır kalp anomalisi olan atrezili hastalar hemen ameliyat edilmelidir.
- Pnömoni ameliyat zamanlamasını etkilemez.
- Fistülsüz atrezilerde batın çöktür.
- En sık görülen tipi proksimal fistüllü distal atrezili hastalardır.

AÇIKLAMA: Özofagusa atrezili hastalarda prematürite, ağır pnömoni ve kardiyak anomali prognozu kötü yönde etkileyen faktörlerdir. Ağır kardiyak anomalili ve pnömonili hastalar hemen ameliyat edilmezler. İzole fistüllü hastalar yenidoğan döneminde genellikle tanınmazlar ve ileri yaşlarda sık tekrarlayan solunum yolu enfeksiyonu nedeniyle araştırılırken tanınabilirler. Fistülsüz izole atrezili hastalarda gastrointestinal sisteme hava gitmeyeceğinden batın çöktür. En sık görülen tipi ise distal fistüllü proksimal atrezili hastalardır.

Cevap D (Ashcraft, Pediatric Surgery, 3.baskı, 2000, s.348)

25.Safra yolları atrezisi için hangisi doğrudur?

- Genellikle 1 yaştan sonra bulgu verir.
- Hastaların kaybedilme nedeni genellikle hepatik yetmezliktir.
- Laboratuvar tetkiklerinde ankonjuge bilirubin yüksekliği görülür.
- Tanıda karaciğer biyopsisinin yeri yoktur.
- Tanıda sintigrafinin yeri yoktur.

AÇIKLAMA: Ekstrahepatik safra yollarının yokluğu ile

görülen bu hastalık, genellikle yaşamın ilk iki ayında bulgu verir. Öncelikli bulgu, konjuge hiperbilirubinemi ile karakterize sarılıktır. HIDA sintigrafisinde bağırsağa ekskresyon olmaması tanıda önemlidir. Karaciğer biyopsisi ile kesin tanı konur. Hastalar genellikle hepatik yetmezlik nedeni ile kaydedilirler.

Cevap B (O'Neill, Pediatric Surgery, 5.baskı, 1998, s.1465)

26.Aşağıdakilerden hangisinde fetal cerrahi girişim endikasyonu yoktur?

- Konjenital kistik adenomatoid malformasyon
- Fötal şilotoraks
- Sakrokoksigeal teratoma
- Tek taraflı hidronefroz
- Obstrüktif hidrosefali

AÇIKLAMA: a, b, c ve e şıklarında belirtilen hastalıklarda fetal cerrahi, tedavi yöntemleri arasındadır. İntra-uterin hidronefroz, bilateral ve pulmoner hipoplazi ile birlikteyse fetal cerrahi girişim endikasyonu doğur; tek taraflı hidronefrozda fetal cerrahi endikasyonu yoktur.

Cevap D (Essentials of Pediatric Surgery Marc I Rowe, James A O'Neill Jr, Jay L Grosfeld, Eric W Fonkalsrud, Arnold G Coran, Mosby-Year Book Inc, 1995, Sayfa 19)

27.Kardiyorespiratuvar stabilizasyonu sağlanmamış ciddi travmalı bir çocukta, aşağıdakilerden hangisi en sona bırakılmalıdır?

- Hava yolu açıklığını sağlamak
- Solunumu düzenlemek
- Açık femur kırığı için x-ray çekirmek.
- Geniş bir damar yolu açmak
- Dolaşımı desteklemek

AÇIKLAMA: Ciddi yaralanmalı çocukta solunum ve dolaşım stabilize edilmeden, her hangi bir radyolojik tetkik yapılmaz, çünkü bu sırada hasta dolaşım ya da solunum problemlerinden kaybedilebilir.

Cevap C (Essentials of Pediatric Surgery Marc I Rowe, James A O'Neill Jr, Jay L Grosfeld, Eric W Fonkalsrud, Arnold G Coran, Mosby-Year Book Inc, 1995, sayfa 185)

28.Nöroblastoma için aşağıdakilerden hangisi kötü prognoz işaretlerinden birisi değildir?

- Stroma -fakir tümör
- Hastanın 1 yaşından büyük olması
- N-myc copy'lerin 10 dan fazla olması
- Serum ferritin düzeyinde yükselme
- DNA-flov sitometride hiperdiploidi

ÇOCUK CERRAHİSİ

AÇIKLAMA: a, b, c, d şıklarında belirtilen tümörün stromadan fakir olması, hastanın yaşının 1 yaşından büyük olması, serum ferritin düzeyinde yükselme ve 10 dan fazla N-myc copy olması, kötü prognoza işaret etmektedir. **DNA flow sitometride diploidi kötü prognoza, hiperdiploidi ise iyi prognoza işaretir.**

Cevap E (*Pediatric Surgery, James A O'Neill Jr, Marc I Rowe, Jay L Grosfeld, Eric W Fonkalsrud, Arnold G Coran, 1998 Mosby Year Book. 5. Ed, Sh 415*)

29. Wilms' tümörü için aşağıdakilerden yanlış olanı işaretleyiniz.

- Stage I olgularda cerrahi tedavi gerekmez.
- Tümörün kendisi renin üretebilir.
- Hemihipertrofiye eşlik edebilir.
- Hastaların 1/3 ünde erken semptom olarak mikroskopik hematüri bulunur.
- Hipospadias ve inmemiş testis gibi anomaliler birlikte sık görülür.

AÇIKLAMA: Stage I olgularda cerrahi tedavi gereklidir ve bu safhadaki tümörler cerrahi olarak tamamen çıkarılabilen tümörlerdir.

Cevap A (*Pediatric Surgery, James A O'Neill Jr, Marc I Rowe, Jay L Grosfeld, Eric W Fonkalsrud, Arnold G Coran, 1998 Mosby Year Book. 5. Ed Sh 398; b, c, d, e şıkları Wilms' tümöründe görülen durumlardır. Aynı eser Sh 391-392*)

30. Sakrokoksigeal teratom için, yanlış olanı işaretleyiniz.

- Serum alfa-feto protein seviyesi yüksektir.
- Polihidramniyoz ve fetal hidropsa neden olabilir.
- Komplet cerrahi rezeksiyon yapılmalıdır.
- Yenidoğan döneminde sakrokoksigeal teratomların büyük çoğunluğu maligndir.
- Embriyonel totipotential hücrelerden köken alır.

AÇIKLAMA: Yenidoğan döneminde sakrokoksigeal teratomların büyük çoğunluğu benignidir (%97 si) ve komplet rezeksiyon sonrası başka bir tedaviye ihtiyaç duyulmaz. Sakrokoksigeal teratomlar embriyonel totipotential hücrelerden köken alır, intrauterin dönemde, polihidramniyoz ve fetal hidropsa neden olabilir. Cerrahi olarak çıkarılmaları gerekir ve serum alfa-feto protein seviyesinde yükselme görülür.

Cevap D (*Essentials of Pediatric Surgery Marc I Rowe, James A O'Neill Jr, Jay L Grosfeld, Eric W Fonkalsrud, Arnold G Coran, Mosby-Year Book Inc, 1995, sh 301*)

31. Özofageal atrezi için aşağıdakilerden yanlış olanı işaretleyiniz.

- En sık rastlanan tipi, özofageal atrezi ile birlikte distal trakeo-özofageal fistüldür.
- Bir nazogastrik tüp, ağızdan veya burundan mideye ilerletilemez.
- En sıklıkla kardiyak anomaliler eşlik eder.
- Faringeal sıvıların aspirasyonu ve gastrik sıvının reflüsü pnömoneziye neden olur.
- İzole, fistülsüz özofagus atrezilerinde en belirgin bulgu karında distansiyondur.

AÇIKLAMA: Özofageal atrezi ile birlikte distal trakeo-özofageal fistül , özofageal atrezinin en sık rastlanan tipidir. Ağız ya da burun yoluyla mideye bir nazogastrik tüp ilerletme girişimi başarısızlıkla sonuçlanır. **Eşlik eden anomaliler arasında kardiyak anomaliler ilk sırayı alır.** Faringeal sıvıların aspirasyonu yanısıra gastrik sıvının fistül yolu ile akciğere reflüsü pnömoneziye neden olur. İzole-fistülsüz özofagus atrezilerinde gastrointestinal sisteme gaz geçmediğinden distansiyon olmaz aksine çökük karın görülür.

Cevap E (*Essentials of Pediatric Surgery Marc I Rowe, James A O'Neill Jr, Jay L Grosfeld, Eric W Fonkalsrud, Arnold G Coran, Mosby-Year Book Inc, 1995 Sh:404*)

32. Yenidoğan döneminde inguinal herni teşhisi konulmuş bir çocuk ne zaman ameliyat edilmelidir? Doğruyu işaretleyiniz.

- 1 yaşında
- 2 yaşında
- 3 yaşında
- 5 yaşında
- Elektif şartlarda en kısa zamanda

AÇIKLAMA: İnguinal hernili bir çocuk, hasta ve hekim açısından uygun şartların hazırlanmasından hemen sonra, mümkün olan en kısa zamanda ameliyat edilmelidir. Çünkü çocukluk çağında inguinal hernilerde boğulma riski yüksektir. Boğulmuş bir hernide onarım daha zordur, aynı zamanda bu durum hastalığın morbidite ve mortalitesini artırır.

Cevap E (*Essentials of Pediatric Surgery Marc I Rowe, James A O'Neill Jr, Jay L Grosfeld, Eric W Fonkalsrud, Arnold G Coran, Mosby-Year Book Inc, 1995 Sh:449*)

33. Aşağıdaki alt gastrointestinal sistem kanama nedenlerinden hangisi, yenidoğan döneminde nadirdir?

- Yutulmuş anne kanı
- Nekrotizan enterokolit
- Hemoroidler
- Malrotasyona bağlı volvulus
- Anal fissür

AÇIKLAMA: Yenidoğan döneminde alt sindirim kanalı

kanamalarında, yutulmuş anne kanı, neonatal nekrotizan enterokolit, malrotasyona bağlı volvulus ve anal fissür sık görülen sebepler arasındadır. Hemoride bağlı kanamalar yenidoğan döneminde görülmez, en sık görüldüğü yaş grubu okul çağı ve daha büyük çocukluk yaşlarıdır.

Cevap C (*Essentials of Pediatric Surgery Marc I Rowe, James A O'Neill Jr, Jay L Grosfeld, Eric W Fonkalsrud, Arnold G Coran, Mosby-Year Book Inc, 1995 Sh 556*)

34.Hirschsprung hastalığı için aşağıdakilerden yanlış olanı işaretleyiniz.

- a) Distal bağırsakta ganglion hücreleri yoktur.
- b) Aganglionozis, vakaların %80'inde rekto-sigmoid bölgededir.
- c) Hastanın ilk mekonyumunu geç çıkartma hikayesi, tanıda önemli bir bilgidir.
- d) Hastalığın morbidite ve mortalitesinde, enterokolit ataklarının rolü yoktur.
- e) En önemli tanı metodu, rektal biyopsidir.

AÇIKLAMA: Hirschsprung hastalığında distal bağırsakta ganglion hücreleri yoktur ve aganglionozis, vakaların %80'inde rekto-sigmoid bölgededir. Hirschsprung hastalığında hastanın ilk mekonyumunu çıkartmasında gecikme hikayesi, teşhis açısından önemli bir bilgidir. Bu hastalığının tanısında en önemli metod, rektal biyopsidir. **Hirschsprung hastalığında enterokolit morbidite ve mortalitenin**

en önemli sebebidir.

Cevap D (*Pediatric Surgery, James A O'Neill Jr, Marc I Rowe, Jay L Grosfeld, Eric W Fonkalsrud, Arnold G Coran, 1998 Mosby Year Book. 5. Ed, Sh:1385*)

35.Konjenital diyafragmatik herni –Bochdalek Hernisi için aşağıdakilerden yanlış olanı işaretleyiniz.

- a) Polihidramniyoz sıklıkla eşlik eder.
- b) Sağ tarafta daha sık görülür.
- c) Skafoid karın ve asimetrik göğüs kafesi vardır.
- d) Ameliyat öncesinde kardiyo-respiratuvar sistemin stabilizasyonu çok önemlidir.
- e) Maske ve Ambu-bag ile ventilasyondan kaçınılmalıdır.

AÇIKLAMA: Bochdalek konjenital diyafragmatik hernisi en sık sol tarafta görülür, Konjenital diyafragmatik hernide skafoid karın ve asimetrik göğüs kafesi vardır. Polihidramniyoz sıklıkla konjenital diyafragmatik herniye eşlik eder. Konjenital diyafragmatik herninin ameliyatı öncesinde kardiyo-respiratuvar sistemin stabilizasyonu çok önemlidir.

Konjenital diyafragmatik hernide maske ve Ambu-bag ile ventilasyondan kaçınılmalıdır, aksi halde sindirim sistemine kaçan hava hastanın durumunu daha da kötüleştirir.

Cevap B (*Pediatric Surgery, James A O'Neill Jr, Marc I Rowe, Jay L Grosfeld, Eric W Fonkalsrud, Arnold G Coran, 1998 Mosby Year Book. 5. Ed Sh:822*)

GÖĞÜS CERRAHİSİ

1. Hangi hastada, spontan pnömotoraks oluştuğunda, solunum yetmezliği gelişme riski göreceli olarak daha yüksektir?

- a) Akciğer kanseri
- b) Akciğer kist hidatik
- c) İleri KOAH
- d) Akciğer absesi
- e) Bayan hasta

AÇIKLAMA: Sekonder spontan pnömotoraks bir akciğer hastalığına sekonder gelişir. En sık sebebi KOAH'dır. Akciğer kanseri, akciğer absesi ve akciğer kist hidatik hastalıklarında hastalığın plevraya rüptürü sonrası pnömotoraks gelişebilir fakat bu durumlarda alttaki akciğerin ağır KOAH'lı hasta kadar solunum rezervi kısıtlanmış değildir. Bu nedenle solunum yetmezliği ve mekanik ventilasyon ihtiyacının en sık olduğu durum ileri KOAH ve pnömotoraks birlikteliğidir. Solunum yetmezliği gelişimi açısından cinsiyetin önemi yoktur.

Cevap C (Shields, General Thoracic Surgery, 5.baskı, 2000, s.687-698)

2. Sekonder spontan pnömotoraksın tedavisinde en sık kullanılan yöntem hangisidir?

- a) Plörodezis
- b) Torasentez ve plevral aspirasyon
- c) Video asiste torakoskopik cerrahi (VATS) ile bül ligasyonu
- d) Tüp torakostomi
- e) Takip ve plevral havanın rezorbsiyonunun izlenmesi

AÇIKLAMA: Sekonder spontan pnömotoraksta altta yatan akciğerde bir hastalık vardır, bu nedenle takip veya torasentez ile tedavi önerilmez. VATS ise cerrahi tedavi (torakotomi) endikasyonu olan pnömotoraks-lı hastalarda uygulanan az invaziv bir yaklaşımdır. Plörodezis ise benign hastalıklarda ileride başka bir nedenle torakotomi gerekebilecek kişilerde uygulanmamalıdır.

Cevap D (Shields, General Thoracic Surgery, 5.baskı, s.2000, s.687-698)

3. Akciğer kanserinin histopatolojik tanısı için doğru olan şıkkı işaretleyiniz.

- a) Bilgisayarlı tomografi eşliğinde ince iğne aspirasyon biyopsisinin (İİAB) tanı değeri %30-50'dir.
- b) Bronkoskopi ile akciğer kanserlerinin %50'sine ulaşılabilir ve forseps biyopsisi veya yıkama

sıvısı sitolojisi veya transbronşiyal biyopsi ile %85 olguda tanı konabilir.

- c) Mediastinoskopinin N2 pozitifliği tespitinde güvenilirliği düşüktür.
- d) Preoperatif histopatolojik tanı olmadan torakotomi yapılmamalıdır.
- e) Balgam sitolojisinin tanı değeri %30-45'dir.

AÇIKLAMA: İİAB'sinin akciğerin malign hastalıklarında tanı değeri %90'ın üzerindedir. Benign hastalıklarda bu oran %50 civarındadır. Mediastinoskopi, mediasten lenf nodlarının değerlendirilmesi için altın standarttır çünkü bilgisayarlı tomografi ile yapılan tahminler (1 cm üzeri malign-1 cm altı benign) %25-40 yanlış sonuç riski taşımaktadır. Akciğer kanserinde, bütün tekniklerin kullanılmasına rağmen, bazen preoperatif histopatolojik tanı konamamaktadır. Bu durumda kanser şüphesi olan hastada eksploratris torakotomi yapılması zorunludur. Akciğer kanseri tanısında balgam sitolojisi etkili bir tanı aracıdır ve 3 kez yapılan inceleme ile balgam sitolojisinin tanı değeri %85'e kadar çıkmaktadır. Bronkoskopi ile akciğer kanserli olgularda tümöre direkt gözle %50 olguda ulaşılabilir fakat şüpheli yerlerden yapılan biyopsiler ve bronş yıkama sıvısından yapılan sitolojik inceleme ile tanı %85 olguda konulabilmektedir.

Cevap B (Shields, General Thoracic Surgery, 5.baskı, 2000, s.1297-1310; Halezeroğlu, Göğüs Cerrahisi İpuçları, 2000, s.31-46)

4. Küçük hücreli dışı akciğer kanserinde hangi durum cerrahi tedavi için uygundur?

- a) Mediasten lenf nodu tutulumu mediastinoskopi ile gösterilmiş, periferik yerleşimli ve 1 cm çapında adenokarsinoma
- b) Göğüs duvarına 5 cm invazyonu olan, mediastinal ve pulmoner lenf nodu tutulumu olmayan sağ üst lop tümörü
- c) Vena kava superior invazyonu olan santral tümör
- d) Sadece sürrenal bezde uzak metastazı olan epidermoid karsinoma
- e) Aorta invazyonu olan tümör

AÇIKLAMA: Mediastinoskopi pozitif N2 hastalığı olan akciğer kanserli hastalar ileri akciğer kanseri kabul edilir ve tesbit edilemese de uzak metastaz yapmış olma olasılığı çok yüksektir. Bu nedenle cerrahi tedaviye uygun olmayan hastalardır. Vena kava superior ve aorta invazyonu T4 tümör olup Evre IIIB akciğer kanserinin tanımı içine girer. Uzak metastaz

GÖĞÜS CERRAHİSİ

varlığı, beyinde tek metastaz dışında, akciğer kanserinde cerrahi tedavi için uygun olmayan hastayı tanımlar. Akciğer kanserinde en iyi sonuçlara sahip T3 tümör göğüs duvarı tutulumu olup, her türlü göğüs duvarı rezeksiyonu teknik olarak mümkündür. T3N0M0 Evre IIB'dir.

Cevap B (*Shields, General Thoracic Surgery, 5.baskı, 2000, s.1297-1310; 1311-1342*)

5. Küçük hücreli dışı akciğer kanserinde hangisi inoperabilite kriteri değildir?

- a) Malign plevral efüzyon
- b) Uzak metastaz
- c) Özofagus tutulumu
- d) Diafragma tutulumu
- e) Vena kava süperior sendromu

AÇIKLAMA: Vena kava süperior ve özofagus tutulumu T4 tümördür ve inrezekektabl durumu ifade eder. Malign plevral sıvı da plevra tutulumunu ifade eder, T4 tümördür ve inrezekektabl. Uzak metastaz ise lokal bir tedavi olan cerrahi ile yaklaşımı olanaksız kılar. Diafragma invazyonu her ne kadar prognozunu kötü olduğunu ifade ederse de T3 tümör olup Evre IIIA kanseri belirtir.

Cevap D (*Shields, General Thoracic Surgery, 5.baskı, 2000, s.1311-1342*)

6. Pulmoner aspergilloziste cerrahi tedavi hangi durumda endikedir?

- a) Mantar topu ve hemoptizi varlığı
- b) İnvaziv pulmoner aspergillozis
- c) Aspergiller bronşit
- d) Antifungal tedavinin yetersiz kalması
- e) Balgamda aspergillusun üretilmesi

AÇIKLAMA: İnvaziv pulmoner aspergillozis ağır bir tablo olup hastada önemli sorun solunum yetmezliğidir ve mekanik ventilasyon gerekebilir. Aspergiller bronşit ise astma benzeri bir klinik ile karşımıza çıkar ve tedavi medikaldir. Aspergilloziste balgamda mantar mevcuttur ve direkt inceleme veya kültür ile tesbit edilebilir. Bu durum cerrahi tedavi gerekliliği değildir. Pulmoner aspergilloziste antifungal tedavi birincil tedavi girişimi değildir ve bu nedenle yetersiz kalmasının net bir kriteri yoktur. Mantar topu ve hemoptizi varlığı ise masif hemoptizi riski açısından her zaman cerrahi tedavi gerektiren bir durumdur.

Cevap A (*Shields, General Thoracic Surgery, 5.baskı, 2000, s.1077-1104*)

7. Akciğer tüberkülozunda hangi durumda cerrahi tedavi endikasyonu vardır?

- a) Tek ilaca dirençli tüberküloz

- b) Kavite mevcudiyeti
- c) Kronik kalsifik sekel lezyon
- d) Masif hemoptizi
- e) Ciddi tüberküloz pnömoni

AÇIKLAMA: Tüberkülozda cerrahi tedavi çok ilaca direnç söz konusu ise uygulanır. Kalsifik sekel lezyon akciğer tüberkülozunda beklenen bir durumdur ve cerrahi tedavi gerektirmez. Kavite mevcudiyeti; 1.5 yıl tedaviye rağmen düzelmez ve balgamda ARB pozitifliği devam ederse cerrahi gerektirir. Tüberküloz pnömoninin tedavisi antitüberküloz ilaç tedavisidir. Masif hemoptizi ise mortalitesi çok yüksek bir durum olup, mortalite sadece cerrahi tedavinin vaktinde uygulanması ile düşürülebilmektedir.

Cevap D (*Shields, General Thoracic Surgery, 5.baskı, 2000, s.1053-1065; 1066-1075*)

8. Postentübasyonel trakea stenozunda en iyi tedavi yaklaşımı hangisidir?

- a) Trakeal dilatasyon
- b) Trakeal T-tüp uygulaması
- c) Trakea rezeksiyonu ve uçuca anastomoz
- d) Trakeostomi
- e) Lazer ile darlığın açılması

AÇIKLAMA: Trakea stenozunda en uygun tedavi darlık olan bölgenin eksizyonudur. Striktürün dilatasyon veya T-tüp uygulaması ile giderilmesi palyatif tedavilerdir ve darlığı düzeltmez. Dilatasyon ile geçici bir düzelme olur ve günler içinde darlık geri döner. Trakeostomi ise darlık distalinden yapılarak hava yolu sağlayan palyatif bir işlemdir. Trakeostomi yerine bu amaç için T-tüp tercih edilmelidir. Lazer ile granülasyon dokuları eksize edilebilir, fakat darlık mevcut ise darlığın düzeltilmesine katkı sağlamaz. Hatta lazer uygulaması ileride yapılabilecek bir trakea rezeksiyonunu zorlaştırabilir.

Cevap C (*Shields, General Thoracic Surgery, 5.baskı, 2000, s.885-895*)

9. Malign plevral metozelyoma için doğru olan şıkki işaretleyiniz.

- a) İleri yaş bayanlarda daha sık görülür ve sıklıkla asemptomatiktir.
- b) Ortalama sağkalım 3-6 aydır.
- c) Kesin tanı asbest liflerinin gösterilmesi ile konur.
- d) Plevral sıvı sıklıkla mevcuttur.
- e) Tedavi seçeneklerinden en sık uygulananı radikal cerrahi olup ekstraplevral pnömonektomidir.

AÇIKLAMA: Mezotelyoma orta yaş erkeklerde siktir ve sıklıkla semptom verir. Ortalama sağkalım 12-15 aydır. Kesin tanı plevra biyopsisi ile konur ve

plevrada asbest mevcudiyeti her zaman malign bir gelişimi ifade etmez. Radikal cerrahi, nadiren, çok erken yakalanmış olgularda uygulanır. Plevral mezotelyomada plevral sıvı sıklıkla mevcuttur.

Cevap D (*Halezeroğlu, Göğüs Cerrahisi İpuçları, 2000, s.88-92*)

10.Pulmoner kontüzyon için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Tedavide yoğun kristalloid sıvı replasmanı gereklidir.
- b) 2-5 gün içerisinde rezolüsyona uğrar.
- c) PA akciğer grafide tek veya multiple yamalı alveolar infiltratlar görülür.
- d) İntrapulmoner şant gelişir.
- e) Solunum yetmezliğine yol açabilir.

AÇIKLAMA: Pulmoner kontüzyon travma sonucu alveoller içine kan ve serum sızmasıdır. Akciğer filminde konsolide alanlar şeklinde izlenir ve 2-5 gün içinde kendiliğinden düzelir. Ventilasyon alanı kapandığı için ventilasyon-perfüzyon oranı ventilasyon aleyhine bozulur ve şant gelişir. Yaygın olursa solunum yetmezliğine yol açıp mekanik ventilasyon gerektirebilir. Sıvı verilmesinde kısıtlamaya gidilmelidir.

Cevap A (*Shields, General Thoracic Surgery, 5.baskı, 2000, s.815-832*)

11.Bronşektazi en sık hangi lobta görülür?

- a) Sağ üst lob
- b) Sol üst lob
- c) Sol alt lob
- d) Sağ alt lob
- e) Sağ orta lob

AÇIKLAMA: Sol alt lobun drenajının diğer loblara göre daha zor olduğundan bronşektazi bu lobda daha sık gelişir.

Cevap C (*Shields, General Thoracic Surgery, 5.baskı, 2000, s.1040*)

12.Tüberkülozlu bir olguda süprenfeksiyon sonucu en sık gözlenen mantar enfeksiyonu hangisidir?

- a) Candida Albicans
- b) Mycobacterium Abscessus
- c) Aspergillus Fumigatus
- d) Hystoplasmosis Capsulatum
- e) Candida Krusei

AÇIKLAMA: Akciğer parankimini en sık etkileyen mantar enfeksiyonu *Aspergillus Fumigatus*'dur. Tüberkülozlu olguda da en sık parankimi etkileyen mantar enfeksiyonu olarak karşımıza çıkar.

Cevap C (*Shields, General Thoracic Surgery, 5.baskı,*

2000, s.1070)

13.Akciğer hidatik kistinde kesin tedavi yöntemi nedir?

- a) Andazol tedavisi
- b) USG eşliğinde ince iğne aspirasyonu
- c) Penisilin + Andazol tedavisi
- d) Cerrahi
- e) Tüp torakostomisi

AÇIKLAMA: Genç hastalarda, küçük, ince duvarlı kistlerde medikal tedaviye yanıt alınabilir. Genellikle medikal yöntemle tedavi edilmeye çalışılan akciğer hidatik kistlerinin daha komplike olmasına ve uzun süreli tedaviden dolayı ilaç yan etkilerinin görülmesine neden olur. Dissemine, inoperabl kistlerde, lokalizasyonun cerrahiye uygun olmadığı, anesteziinin kontrendike olduğu hastalarda medikal tedavi yöntemi uygulanabilir.

Cevap D (*Shields, General Thoracic Surgery, 5.baskı, 2000, s.1118*)

14.Akciğer kanseri nedeniyle rezeksiyon yapılan bir olguda tümör çapı 2 cm, lenf nodu tutulumu mevcut değil, bronkoskopide lobar bronkustan proksimale invazyon saptanmamıştır. Uzak metastaz taramaları negatif olan hastanın TNM sınıflandırmasına göre evresi nedir?

- a) EIIA
- b) EIA
- c) EIIB
- d) Karsinoma insitu
- e) EIB

AÇIKLAMA: a) T1N1M0 b) T1N0M0 c) T2N0M0 d) T3N0M0 e) T2N0M0. Tümör çapı < 3 cm ise T1 tümördür.

Cevap B (*Shields, General Thoracic Surgery, 5.baskı, 2000, s.1301*)

15.Nörolojik semptomları olan torasik outlet sendromlu bir olguda ulnar iletim hızı kaç metre / sn altında olunca cerrahi endikasyon mevcuttur?

- a) 72
- b) 65
- c) 80
- d) 60
- e) 92

AÇIKLAMA: EMG'de ulnar sinir iletim hızı 60 m/sn'nin altında ise cerrahi rezeksiyon uygulanmalıdır.

GÖĞÜS CERRAHİSİ

Cevap D (*Shields, General Thoracic Surgery, 5.baskı, 2000, s.574*)

16.Postprimer tüberkülozun akciğerde en sık tutulum yeri nedir?

- a) Sol alt lob superior segment
- b) Sağ alt lob superior segment
- c) Sağ orta lob
- d) Bilateral üst lob apikal posterior segmentler
- e) Sol üst lob anterior segment

AÇIKLAMA: Postprimer tüberküloz, en sık bilateral üst lobların apikal ve posterior segmentlerini tercih eder. Bilateral alt lob superior segmentler ise ikinci sıklıkta gözlenen lokalizasyondur.

Cevap D (*Shields, General Thoracic Surgery, 5.baskı, 2000, s.1056*)

17.Anterior mediastende en sık gözlenen primer tümör hangisidir?

- a) Fibroma
- b) Germ cell tümör
- c) Mediastinal granuloma
- d) Nörilemma
- e) Timoma

AÇIKLAMA: Anterior mediastende en sık gözlenen primer tümör, timomadır. İkinci sıklıkta ise germ cell tümörler gözlenir. Nörilemma posterior mediastende en sık görülür.

Cevap E (*Shields, General Thoracic Surgery, 5.baskı, 2000, s.2106*)

18.Hangisi akciğer hidatik kistlerinde uygulanan operatif prosedürlerden değildir?

- a) Plöropnömonektomi
- b) Lobektomi
- c) Wedge rezeksiyon
- d) Segmentektomi
- e) Kistektomi

AÇIKLAMA: Akciğer hidatik kistlerinde kesin tedavi; mümkün olduğunca sağlam akciğer dokusunu koruyucu rezeksiyondur. Lobektomi; lobun %50'sinden fazlasını tutan large kistlerde, preoperatif tedaviye yanıt vermeyen pulmoner süpürasyonlu olgularda, multipl unilober kistlerde, akciğer fibrozisi, bronşektazi veya ciddi hemorajiye neden olmuşsa uygulanır. Plöropnömonektominin yeri yoktur.

Cevap A (*Shields, General Thoracic Surgery, 5.baskı, 2000, s.1118*)

19.Hangi hiatal hernide, herni kesesi içerisinde abdominal organlar bulunur?

- a) Tip I

- b) Tip II
- c) Tip III
- d) Tip IV
- e) Hiçbiri

AÇIKLAMA: a) Tip I: Gastroözofageal junction hiatustan toraksa geçer (Sliding). b) Tip II: Fundus toraksa geçer (Rolling). c) Tip III: Tip I ve Tip II'nin kombinasyonudur. Tip I herni büyükse gastroözofageal junctionla beraber fundusta toraksa geçer. d) Tip IV: Progresif olarak hiatusun genişlemesidir. Mideden daha çok diğer organların herniasyonu görülür.

Cevap D (*Shields, General Thoracic Surgery, 5.baskı, 2000, s.651*)

20.Özofagus kanserli bir olgu, patolojik evrelendirme ile T2N0M0 bulunmuştur. Bu olgunun evresi nedir?

- a) Evre IIb
- b) Evre I
- c) Evre IIa
- d) Evre III
- e) Evre IV

AÇIKLAMA: a) Evre IIb'de lenf nodu tutulumu mevcuttur. b) T1 tümörde submukozaya kadar invazyon söz konusudur. c) Tümör muskularis propriayı invaze etmiştir. d) Tümör adventisiaya veya bitişik yapıları invaze etmiştir. e) Uzak metastaz mevcuttur.

Cevap C (*Shields, General Thoracic Surgery, 5.baskı, 2000, s.143*)

21.Aşağıdakilerden hangisi özofagoskopi endikasyonlarından değildir?

- a) Disfaji
- b) Regurjitasyon
- c) Aort anevrizması
- d) Hematemez
- e) Retrosternal yanma hissi

AÇIKLAMA: Aort anevrizması olan hastalar anevrizma rüptürü için potansiyel olarak artmış risk taşıdıklarından özofagoskopi için uygun aday değildir.

Cevap C (*Gibbons, 1990, s.83*)

22.Aşağıdaki trakeostomi komplikasyonlarından hangisi çocuklarda daha sık görülür?

- a) Trakeoözofageal fistül
- b) Trakea stenozu
- c) Trakeomalazi
- d) Pnömotoraks
- e) Trakea perforasyonu

AÇIKLAMA: Çocuklarda pnömotoraks oluşumunda temel mekanizma havanın trakeostomi insizyonundan dokuları diseke ederek mediastene ilerlemesi ve plevra bütünlüğünü bozması sonucu oluşur.

Cevap D (*Gibbons, 1990, s.265*)

23.Yirmi yıldır günde 1 paket sigara öyküsü olan 55 yaşındaki erkek hastanın sol akciğer üst lobunda soliter pulmoner nodül saptanmıştır. Videotora-koskopik olarak eksize edilen nodülün ameliyat esnasında yapılan frozen section incelemesi ile tanı "hamartom" olarak konulmuştur. Bir sonraki basamak ne olmalıdır?

- Aynı seansta sol üst lobektomi yapılmalıdır.
- Aynı seansta sol pnömonektomi yapılmalıdır.
- Ameliyata son verilerek hastaya kemoterapi uygulanmalıdır.
- Ameliyata son verilmeli, metastaz taramalarını takiben ikinci bir seansta sol üst lobektomi uygulanmalıdır.
- Ek bir müdahale yapılmaksızın ameliyata son verilmeli ve hasta poliklinik takibine alınmalıdır.

AÇIKLAMA: Hamartom akciğerde en sık görülen benign neoplastik tümördür. Çoğunlukla başka bir gerekçeyle çekilen akciğer grafilerinde soliter pulmoner nodül olarak karşımıza çıkar. Soliter pulmoner nodüllerin %80'inden fazlası malign karakterde olduğundan, malignite riski altındaki bir hastada histolojik tanı konulamamış bir soliter pulmoner nodül cerrahi olarak eksize edilmeli (uygun vakalarda video yardımcı torakoskopik cerrahi ile) ve ameliyat esnasında yapılacak frozen section incelemesi ile malign/benign tümör ayırıcı tanısına gidilmelidir. Soliter pulmoner nodülün malign karakterde primer bir tümör olduğu anlaşılırsa genellikle kitlenin rezeksiyonu yeterli olmadığından lobektomi gibi bir anatomik rezeksiyon gerekecektir. Ancak rezeke edilen tümörün hamartom gibi benign karakterde bir tümör olduğu anlaşılırsa çoğunlukla ek bir rezeksiyona gerek kalmaz. Ameliyat sonrası hasta rutin poliklinik takibine alınır.

Cevap E (*Shields, General Thoracic Surgery, 5.baskı, 2000, s.1129-50; Pearson, Thoracic Surgery, 2.baskı, 2002, s.753-62*)

24.Aşağıdakilerden hangisi akciğerin metastatik tümörlerinde metastazektomi için kontrendikasyon değildir?

- Her iki akciğerde de metastaz olması
- Akciğer dışında başka bir organda da metastaz olması
- Metastazektomi sonrası geride kalacak akciğer rezervinin kısıtlı olması
- Primer tümörün kontrol altına olmaması

e) Tüm metastazların rezeke edilemeyecek olması

AÇIKLAMA: Akciğerin metastatik tümörlerinin tedavisinde cerrahi ancak; primer tümör kontrol altındaysa, akciğer dışındaki başka organlarda metastaz yoksa, tüm metastazlar rezeke edilebilecekse ve metastazektomi sonrası geride kalacak akciğer rezervi yeterli sınırlardaysa söz konusu olabilir. Bilateral metastaz varlığı metastazektomi için kontrendikasyon sayılmaz.

Cevap A (*Pearson, Thoracic Surgery, 2.baskı, 2002, s.962-73; Yüksel, Göğüs Cerrahisi, 2001, s.307-27*)

25.Aşağıdakilerden hangisi göğüs duvarının neoplastik tümörü değildir?

- Plazmositom
- Kondrom
- Fibröz displazi
- Dezmoid tümör
- Osteosarkom

AÇIKLAMA: Kondrom göğüs duvarının primer benign neoplastik tümörü, plazmositom ve osteosarkom göğüs duvarının primer malign neoplastik tümörü, dezmoid tümör ise göğüs duvarının benign ve malign özellikleri bünyesinde barındıran bir neoplastik tümürüdür. **Fibröz displazi** ise kosta medullasının yerini fibröz dokunun almasıyla karakterize, kistik, nonneoplastik bir lezyondur.

Cevap C (*Shields, General Thoracic Surgery, 5.baskı, 2000, s.589-98; Pearson, Thoracic Surgery, 2.baskı, 2002, s.1417-30*)

26.Aşağıdakilerden hangisi Cantrell Pentalojisi (torakoabdominal ektopia kordis)'nin komponentlerinden değildir?

- Konjenital kardiyak anomali
- Omfalosele
- Sternal kleft
- Pulmoner hipoplazi
- Diyafragmatik defekt

AÇIKLAMA: Cantrell Pentalojisi (torakoabdominal ektopia kordis)'nin beş komponenti; inferior sternal kleft, anterior diyafragmatik defekt, pariyetal perikardiyal defekt, konjenital kardiyak anomali (çoğunlukla Fallot tetralojisi) ve omfaloseldir. Pulmoner hipoplazi mevcut değildir. Genellikle yenidoğan döneminde yapılan tek veya iki aşamalı cerrahi müdahale ile tedavi sağlanır.

Cevap D (*Shields, General Thoracic Surgery, 5.baskı, 2000, s.535-61; Pearson, Thoracic Surgery, 2.baskı, 2002, s.1351-73*)

27.Mediastinal tümörler için aşağıdaki ifadelerden hangisi doğrudur?

GÖĞÜS CERRAHİSİ

- Nörojenik tümörler en sık ön mediastende yerleşirler.
- Timomalar viseral kompartmanda yerleşirler ve sıklıkla uzak metastaz yaparlar.
- Mediastinal tümörlerin yarısından fazlası ön mediastende yerleşirler.
- Koryokarsinom en sık rastlanan mediastinal germ hücreli tümördür.
- Hodgkin lenfomalarda mediastinal tutulum nadirken non-Hodgkin lenfomalarda siktir.

AÇIKLAMA: Mediasten üç kompartmana ayrılır; ön mediasten, orta mediasten (viseral kompartman) ve arka mediasten (paravertebral sulkus). Mediastinal tümörlerin yarısından fazlası ön mediastende yerleşirler. Ön mediastende en sık timik lezyonlar, lenfomalar ve germ hücreli tümörler gelişir. Timomaların neredeyse tamamı ön mediastende yerleşirler, benign seyirli dirler, uzak metastazları sık değildir, daha çok lokal invazyon yaparlar. **Nörojenik tümörler ise hemen her zaman arka mediastende yerleşirler.** Germ hücreli tümörler sıklıkla ön mediastende gelişirler, teratom en sık görülen mediastinal germ hücreli tümördür. Lenfomalar en sık ön mediasteni tutmakla beraber tüm kompartmanlarda görülebilirler. Hodgkin lenfomada mediastinal tutulum %60-70 oranındayken non-Hodgkin lenfomalarda bu oran %20'nin altındadır.

Cevap C (Yüksel, Göğüs Cerrahisi, 2001, s.617-31; Pearson, Thoracic Surgery, 2.baskı, 2002, s.1720-32; 1682-710)

28.Diffüz malign plevral mezotelyoma (DMPM) için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- DMPM, agresif lokal invazif karakteri olan ve tedavisiz hastalığın son evrelerinde bile nadiren hematojen yayılım gösteren bir tümördür.
- DMPM gelişiminde asbest maruziyetinin rolü gösterilememiştir.
- Cerrahi tedavi sonrası lokorejiyonel nüks nadirdir.
- Pariyetal plörektomi + dekortikasyon, tümör yükünün azaltılması bakımından ekstraplevral pnömonektomiye üstündür.
- Multimodal tedavi (cerrahi + kemoterapi + radyoterapi) ile 5 yıllık sağkalım oranı %75'e ulaşır

AÇIKLAMA: DMPM, agresif lokal invazif karakteri olan ve tedavisiz hastalığın son evrelerinde bile nadiren hematojen yayılım gösteren bir tümördür. DMPM gelişmesindeki ana faktör asbest maruziyetidir. Asbestin amfibol lifleri, özellikle de krokidolit asbest plevraya kadar ulaşarak DMPM'ye yol açar. Agresif lokal kontrol tedbirlerine ve geniş cerrahi rezeksiyona rağmen lokorejiyonel nüks hastaların büyük

çoğunluğunda görülür. Pariyetal plörektomi + dekortikasyon ile yeterli miktarda tümör küçültülmesi zordur. Özellikle fissürlerde ve diyafragma üzerindeki tümör miktarı azaltılamaz. Eksraplevral pnömonektomide pariyetal plevra, akciğer, diyafram ve perikard en blok olarak çıkartıldığından rezeke edilebilen tümör miktarı çok daha fazladır. DMPM'de multimodal tedaviye rağmen 5 yıllık sağkalım oranı en iyi serilerde bile %15'i geçmez.

Cevap A (Pearson, Thoracic Surgery, 2.baskı, 2002, s.1241-63; Yüksel, Göğüs Cerrahisi, 2001, s.371-81)

29.Aşağıdakilerden hangisi "sekonder spontan pnömotoraks" nedeni değildir?

- Büllöz amfizem
- Subplevral bleb
- Kistik fibröz
- Pneumocystis carinii pnömonisi
- Tüberoz skleroz

AÇIKLAMA: Büllöz amfizem, kistik fibröz, Pneumocystis carinii pnömonisi, tüberoz skleroz gibi hastalıklarda akciğerdeki hastalığa bağlı olarak spontan pnömotoraks gelişirken subplevral bleb rüptürüne bağlı olarak gelişen pnömotoraks primer spontan pnömotoraks olarak kabul edilir.

Cevap B (Pearson, Thoracic Surgery, 2.baskı, 2002, s.1195-215; Yüksel, Göğüs Cerrahisi, 2001, s.411-45)

30.Şilotoraks için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Duktus torasikus veya büyük dallarından birinde oluşan kaçak sonucu plevral boşlukta lenfatik sıvı birikmesidir.
- En sık nedeni asendan lenfanjittir.
- Torasentez ile alınan sıvıda genellikle kolesterol – trigliserit oranı < 1 ve trigliserit seviyesi > 1.24 mM olarak tespit edilir.
- Konservatif tedavide en etkin yol oral alımın kesilmesi ve total parenteral nütrisyonudur.
- Konservatif tedaviyle düzelmeyen olgularda torakotomi ile duktus torasikus ligasyonu uygulanabilir.

AÇIKLAMA: Şilotoraks; duktus torasikus veya büyük dallarından birinde oluşan kaçak sonucu plevral boşlukta lenfatik sıvı birikmesidir. **En sık nedeni neoplaziler (lenfoma) ve travmadır.** Torasentez ile alınan sıvıda genellikle kolesterol – trigliserit oranı < 1 ve trigliserit seviyesi > 1.24 mM olarak tespit edilir. Konservatif tedavide en etkin yol oral alımın kesilmesi ve total parenteral nütrisyonudur, orta zincirli trigliserit ile desteklenmiş düşük yağ içeriği olan enteral formüller ile besleme total parenteral nütrisyon kadar etkin değildir. Ortalama iki hafta süren konservatif

tedaviye rağmen düzelmeyen olgularda torakotomi ile duktus torasikus ligasyonu (direkt duktus ligasyonu veya supradiafragmatik mass ligasyon tekniği ile) uygulanabilir.

Cevap B (Pearson, Thoracic Surgery, 2.baskı, 2002)

31.Erişkinlerde akciğer transplantasyonunun en sık endikasyonu aşağıdakilerden hangisidir?

- a) İdiyopatik pulmoner fibröz
- b) Kistik fibröz
- c) Primer pulmoner hipertansiyon
- d) Obstrüktif akciğer hastalığı
- e) Küçük hücreli akciğer karsinomu

AÇIKLAMA: Erişkinlerde akciğer transplantasyonlarının yarısından fazlası obstrüktif akciğer hastalığı, özellikle de amfizem nedeniyle uygulanmaktadır. İdiyopatik pulmoner fibröz ve primer pulmoner hipertansiyon nedeniyle akciğer transplantasyonu obstrüktif akciğer hastalığındaki kadar sık değildir. **Kistik fibröz pediatrik yaş grubunda en sık akciğer transplantasyonu endikasyonudur.** Akciğer malignitelerinde transplantasyon bir tedavi şekli olarak kabul edilmez.

Cevap D (Pearson, Thoracic Surgery, 2.baskı, 2002, s.1085-114; Yüksel, Göğüs Cerrahisi, 2001, s.817-33)

32.Aşağıdakilerden hangisi özofagusun prekanseröz lezyonlarından değildir?

- a) Barret özofagusu
- b) Chagas hastalığı
- c) Akalazya
- d) Plummer-Vinson sendromu
- e) Mallory-Weiss sendromu

AÇIKLAMA: Barret özofagusu, distal özofagusa aberran mide mukoza alanlarının bulunması durumudur. Mevcut metaplazi, displazi ve adenokarsinom gelişmesine zemin hazırlar. **Chagas hastalığı** Tripanozoma Cruzi'nin yol açtığı paraziter bir hastalıktır ve özofagusta atonik dilatasyona yol açar. **Akalazya** özofagus gövdesinin peristaltik hareketlerinde azalma ya da kaybolma, istirahat halinde alt sfinkter basıncında yükselme ve yutmaya karşı cevapta azalma ile karakterizedir. Uzun süren akalazyanın en önemli komplikasyonu skuamöz hücreli karsinom gelişmesidir. Megaözofagus uzun süre devam ederse malignite gelişme riski vardır. **Plummer-Vinson sendromu** özofagus üst uçta web, demir eksikliğine bağlı hipokrom mikrositer anemi, el parmaklarında kaşık tırnak görünümü, orofarinjyal mukozada atrofi ve mide hipoklorik asit salgısında yetersizlik ile karakterizedir ve postkrikoid karsinom gelişme riski yüksektir. **Mallory-Weiss sendromu** ise genellikle şiddetli kusmaya bağlı olarak özofagogastrik bölgede gelişen mukozal yırtık

ve buna bağlı kanama ile karakterizedir. Konservatif veya cerrahi yöntemlerle tedavi edilir, maligniteye ilişkisi yoktur.

Cevap E (Shields, General Thoracic Surgery, 5.baskı, 2000, s.1881-92; 1807-18; Yüksel, Özofagus Hastalıklarının Tıbbi ve Cerrahi Tedavisi, 2002, s.185-215)

33.Akciğer kanserlerinde aşağıdaki tümör lokalizasyonlarının hangisinde karşı tarafa metastaz en sık görülür?

- a) Sol üst lob
- b) Sol alt lob
- c) Sağ orta lob
- d) Sağ üst lob
- e) Sağ alt lob

AÇIKLAMA: Bu soru akciğerlerin lenfatik drenajı ile ilgili olup, drenaj genelde aşağıdan yukarıya ve soldan sağa doğru olma eğilimindedir. Sol alt lob tümörleri de %30-40 oranında, kontralateral (sağ) mediastene lenfatik yolla tümöral yayılım yaparlar.

Cevap B (Shields, General Thoracic Surgery, 5.baskı, 2000, s.88)

34.Akciğer abselerinde cerrahi tedavi kararı alınmasında aşağıdakilerden hangisi etkili bir faktör sayılmaz?

- a) En geniş çapı 6 cm üzerinde olan, dev abseler
- b) Malign abseler
- c) Masif hemoptizi
- d) Göğüs duvarına yakın periferik abseler
- e) 4-8 haftalık medikal tedaviye yanıt alınamayan, kronik abseler

AÇIKLAMA: Akciğer abselerinde yaklaşım medikal tedavidir. Kronik abseler, çapı 6 cm üzerinde olan abseler, malign abseler, plevral kaviteye açılan abseler ve masif hemoptiziye neden olan abselerde cerrahi tedavi uygulanır. Abse lokalizasyonu ile tedavi seçeneği arasında ilişki yoktur.

Cevap D (Shields, General Thoracic Surgery, 4.baskı, 1994, s.930-954)

35.Koroziv özofajit tedavisi ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Oral alım kesilir.
- b) Antibiyotik, analjezik, antiinflamatuvar tedavi başlanır.
- c) Striktürlerinde tekrarlayan dilatasyonlar yapılır.
- d) Erken dönemde yapılan endoskopilerde perforasyon riski fazladır.
- e) Emetik ajanlar hasta ile karşılaşıldığında hemen

GÖĞÜS CERRAHİSİ

başlanır.

AÇIKLAMA: Koroziv özofajitlerde tedaviye oral alımın kesilmesi ile başlanır. Mukozal harabiyet olması nedeniyle enfeksiyondan korunmak amacıyla antibiyotik başlanır. Perforasyon yönünden hasta mutlaka değerlendirilmelidir. Nazogastrik sonda perforasyona yol açabilir. Bu nedenle endoskopi ve nazogastrik sonda erken dönemde zararlı olabilir. Geç dönemde gelişen striktürlerde dilatasyon ilk denenecek tedavi seçeneğidir. Emetik ajan kullanılması koroziv maddenin özofagusla kontaminasyon süresini arttıracığı için tedavide yeri yoktur. Aksine antiemetik ajan kullanılması uygun olacaktır.

Cevap E (*Shields, General Thoracic Surgery, 4.baskı, 1994, s.1594-1611*)

GÖZ HASTALIKLARI

1. 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, 1989, s.22*)

2. 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 konjonktiva hastalıklarının semptomudur.

Cevap C (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 2.baskı, 1989, s.88-89*)

3. Aşağıdakilerden hangisi primer açık açılı glokom özelliklerinden değildir?

- a) Göz içi basıncı 21 mmHg üzerindedir.
- b) Gonioskopide iridokorneal açı açıktır.
- c) Görme alanı kaybı
- d) Optik sinir basısında glokomatöz hasar
- e) Ön kamara sığdır.

AÇIKLAMA: Ön kamara sığılı.

Cevap E (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 2.baskı, 1989, s.206*)

4. Aşağıdakilerden hangisi Horner sendromunun klinik özelliklerinden değildir?

- a) Midriyazis
- b) Enoftalmus
- c) Pitozis
- d) Akomodasyon amplitüdünde artış
- e) Alt kapakta yükselme

AÇIKLAMA: Horner sendromunda pupilde midriyazis değil miyozis görülür.

Cevap A (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 2.baskı, 1989, s.474-5*)

5. 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 siliyer injeksiyon görülür.

Cevap B (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 2.baskı, 1989, s.137-139*)

6. Aşağıdakilerden hangisi korneanın katlarından değildir?

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

AÇIKLAMA: Kornea dıştan içe Epitel, Bowman, Stroma, Descement membranı ve endotelden oluşur.

Cevap E (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 3.baskı, 1994, s.26*)

7. Aşağıdakilerden hangisi konjenital glokomun muayene bulgularından değildir?

- a) Mikroftalmi
- b) Descement membranda yırtık
- c) Göz içi basıncı yüksektir.
- d) Glokomatöz cupping
- e) Ön kamara derindir.

AÇIKLAMA: Konjenital glokomun bulgusu buftalmustur.

Cevap A (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 3.baskı, 1994, s.26*)

8. Fuchs Üveit Sendromu bulgularından değildir?

- a) Keratik presipital
- b) Pupil myotik
- c) Histerektomi
- d) İriste stromal atrofi
- e) Posterior sineşi yoktur.

AÇIKLAMA: Bu hastalarda pupil diğer pupile göre daha geniştir.

Cevap B (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 3.baskı, 1994, s.188-189*)

GÖZ HASTALIKLARI

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 Hepatik Spesifik Üveit sendromlarından olan sempatik üveitin bir bulgusudur.

Cevap C (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 3.baskı, 1994, s.19*)

10. Konjonktiva hastalıklarında görülen folliküler reaksiyon yapan nedenlerden değildir?

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

AÇIKLAMA: Vernal hastalıkta papiller reaksiyon görülür.

Cevap D (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 3.baskı, 1994, s.72-43*)

11. Akut apandisit etiyojisinde en çok görülen obstrüksiyon sebebi hangisidir?

- a) Lenfadenit
- b) Ascaris
- c) Crohn
- d) Fekalit
- e) Fekalom

Cevap D (*Principles of surg. Schwartz*)

12. Her iki gözün senkron ve simetrik aynı yöne hareketine ne denir ?

- a) Konverjans
- b) Diverjans
- c) Versiyon
- d) Düksiyon
- e) Elavasyon

Cevap C (*Sanaç, Şaşılık ve Tedavisi, 1995, s.8*)

13. Kontakt lens kullananlarda aşağıdakilerden hangisi görülmez ?

- a) Epitel oksijenezasyonunda azalma
- b) Korneal sensitivitede azalma
- c) Metabolik kullanım için glukoz temininde azalma
- d) Lens altında laktik asit ve karbondioksit birikmesi
- e) Korneal epiteliyal ödem

Cevap D (*Wilson, Optics, Refraksiyon and Contact Lenses, 1990, s.280*)

14. Ön kamarada kan bulunmasına ne ad verilir ?

- a) Hifema
- b) Hipopiyon
- c) Tindalizasyon
- d) Heterokromi
- e) Heterokromi

Cevap A (*Tanju, Fırat, Göz ve Hastalıkları, 1980, s.115*)

15. Gözün farklı meridyenlerinin kırılma gücünün farklılığının sebep olduğu klinik tabloya ne ad verilir ?

- a) Presbiyopi
- b) Astigmatizm
- c) Hipermetropi
- d) Anizometropi
- e) Miyopi

Cevap B (*Woughan, General Ophthalmology, 8.baskı, 1977, s.447*)

16. Yumuşak doku tutulumlu distiroid oftalmopatiye aşağıdaki bulgulardan hangisi görülmez?

- a) Periorbital bölge ve kapaklarda ödem
- b) Göz hareketlerinde kısıtlama
- c) Süperior limbik keratokonjonktivitis
- d) Kemozis
- e) Keratokonjonktivits Sicca

Cevap B (*Kanski, Clinical Ophtalmology, 4.baskı, 2000, s.559*)

17. Hangisi Prematüre retinopati gelişimiyle ilgili değildir?

- a) Maternal enfeksiyonlar
- b) Doğum ağırlığı
- c) Gebelik yaşı
- d) Oksijen tedavisi süresi
- e) Mekanik ventilasyon uygulanması süresi

Cevap A (*Albert and Jacobiec, Principles and Priactice of Ophthalmology, 1994, s.2801*)

18. Göz kapağı Meibomius bezinin akut enfeksiyonuna ne denir?

- a) Eksternal Hordeolum
- b) İnternal Hordeolum
- c) Şalazyon
- d) Blefaritis
- e) Entropion

Cevap B (*Başar, Göz Hastalıkları Ders Kitabı, 1970, s. 37*)

19. Tiroid oftalmopati için aşağıdaki şıklardan hangisi yanlıştır ?

- a) Hastaların başvuru şikayeti genellikle ekzoftalmus ve diplopidir.
- b) En önemli klinik bulgu göz hareketlerindeki kısıtlılıktır.
- c) En sık tutulan ekstraoküler adale inferior rektusdur.
- d) Genellikle çocukluk yaşlarında görülür.
- e) Kadınlarda erkeklere nazaran daha sık görülür.

Cevap D (Sanaç, Şaşılık ve tedavisi, 1993, s. 134)

20. Ekstraoküler kaslardan alt oblik kas, hangi sinir ile innerve olur?

- a) Nervus Oculomotorius
- b) Nervus Troklearis
- c) Nervus Facialis
- d) Nervus Abducens
- e) Nervus Trigemius

Cevap A (Gunter, Von Noorden, Binocular Vision and Ocular Motility, 1990, s.51)

21. Aşağıdakilerden hangisi gözde lökokori sebebi değildir?

- a) Retinoblastom
- b) Katarakt
- c) Endoftalmi
- d) Coats hastalığı
- e) Glokom

Cevap E (Kanski, Clinical Ophthalmology, 3. baskı, 1994, s.225)

22. En sık görülen glokom tipi hangisidir?

- a) Primer açık açılı glokom
- b) Akut açı kapanması glokomu
- c) Konjenital glokom
- d) Juvenil glokom

e) Sekonder glokom

Cevap A (Kanski, Clinical Ophthalmology, 3. baskı, 1994, s.249)

23. Akut açı kapanması glokomunda, sebebe yönelik kesin tedavi şekli hangisidir?

- a) IV Mannitol
- b) Topikal beta blokerler
- c) Göze masaj
- d) Laser veya cerrahi iridotomi
- e) Trabekülektomi

Cevap D (Kanski, Clinical Ophthalmology, 3. baskı, 1994, s.256)

24. Diabetes Mellitus'lu olgularda gözde en fazla etkilenen tabaka hangisidir?

- a) Konjonktiva
- b) Kornea
- c) Sklera
- d) İris
- e) Retina

AÇIKLAMA:

Cevap E (Kanski, Clinical Ophthalmology, 3. baskı, 1994, s.344)

25. Aşağıdaki testlerden hangisi optik sinir fonksiyonlarının değerlendirilmesinde kullanılmaz?

- a) Keratometri
- b) Pupil ışık reaksiyonu
- c) Görme alanı
- d) Görsel uyarılı potansiyeller(VEP)
- e) Görme keskinliği

Cevap A (Kanski, Clinical Ophthalmology, 3. baskı, 1994, s.457)

KBB

1. Benign parotis tümörleri içinde 2. sıklıkta yer alan, lenfoid doku içermesi, erkeklerde sık görülmesi, %10 bilateral olma özelliği taşıyan benign parotis tümörü hangisidir?

- a) Pleomorfik adenoma
- b) Monomorfik
- c) Warthin tümörü
- d) Onkositoma
- e) Hemangioma

AÇIKLAMA: A şıkkındaki pleomorfik adenoma en sık görülen benign parotis tümürüdür. Diğer şıklarda lenfoid doku içermez.

Cevap C (*Çakır, Otolaringoloji, Baş ve Boyun Cerrahisi*)

2. Otonom sinir sisteminden bir stimülasyon olmadığı zaman tükrük miktarına en çok katkıda bulunan bez aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Submandibular bez
- b) Parotis bezi
- c) Sublingual bez
- d) Minör tükrük bezi
- e) Değişken

AÇIKLAMA: Stimülasyon olmadığı zaman tükrük akımı primer olarak submandibular bezden (%70) sağlanır. Uyarı olduğunda ise bu oran parotis bezi lehine tersine döner.

Cevap A (*Bailey, HNSO, 1993, s.453*)

3. Burun tıkanıklığı ve sık sık abondan burun kanaması şikayetleri ile başvuran 18 yaşındaki erkek hastanın yapılan nazofarenks bilgisayarlı tomografisinde nazofarenksde kitle saptanmıştır. Aşağıdakilerden hangisi ilk olarak akla gelen tanıdır?

- a) Kronik sinüzit
- b) Juvenil nazofarengeal anjiofibroma
- c) Travmaya bağlı maksiller fraktür
- d) Nazal polipozis
- e) Maksiller sinüzit

Cevap B (*Myers, Operative Otolaryngology Head and Neck Surgery, Volume 1 s. 65*)

4. Fasial sinirin hangi dalının paralizisinde ağız köşesinde hareket kısıtlılığı olur?

- a) Temporal dal
- b) Zigomatik dal

- c) Bukkal dal
- d) Marjinal mandibular dal
- e) Korda timpani

Cevap D (*Akyıldız, Kulak hastalıkları ve Mikrocerrahi II, 2002, s.235*)

5. Aşağıdakilerden hangisi trakeotominin intraoperatif ve erken postoperatif komplikasyonlarından değildir?

- a) Pnömotoraks
- b) Pulmoner ödem
- c) Kanama
- d) Pulmoner infeksiyon
- e) Trakeal stenoz

Cevap E (*Bailey, Head & Neck Surgery Otolaryngology Volume I, 3.baskı, s. 684*)

6. Aşağıda otoskleroza ait bilgiler sunulmuştur. Hangisi yanlıştır?

- a) %70 genetik kökenli bir hastalıktır.
- b) Otosklerozun en sık görülme yaşı 15-45'dir.
- c) Otosklerozlu hastalarda odyogramda iletim tipi işitme kaybı saptanır.
- d) Tedavide cerrahinin yeri yoktur.
- e) Medikal tedavide sodyum florür kullanılmaktadır.

Cevap D (*Akyıldız, Kulak Hastalıkları ve Mikrocerrahi II, 2002, s.447*)

7. Aşağıdaki ilaçların hangisi ototoksik değildir?

- a) Kanamisin
- b) Klaritromisin
- c) Amoksisilin
- d) Streptomisin
- e) Salisilik Asit

Cevap C (*Akyıldız, Kulak Hastalıkları ve Mikrocerrahi II, 2002, s.416*)

8. Aşağıdakilerden hangisi santral işitme bozukluğuna yol açan patoloji değildir?

- a) Seröz otitis media
- b) Vertebrobaziller yetmezlik
- c) Meningioma
- d) Akustik Nörinom
- e) Multipl skleroz

Cevap A (*Akyıldız, Kulak Hastalıkları ve Mikrocerrahi II,*

2002, s.47)

9. Aşağıdakilerden hangisi havayolu obstrüksiyonuna yol açan konjenital supraglottik patolojilerden biri değildir?

- a) Makroglossi
- b) Laringomalazi
- c) Trakeözofageal fistül
- d) Koanal atrezi
- e) Mikrognati

Cevap C (*Head & Neck Surgery-Otolaryngology Byron J.Bailey III. Edition Volume I syf.499*)

10.Mutasyonel Falsetto için hangisi doğrudur?

- a) Organik bir ses bozukluğudur.
- b) Tedavisi kesin olarak cerrahidir.
- c) Androfoni diğer ismidir.
- d) Pubertede larenksin organik gelişimine rağmen alışkanlıklara bağlı olarak vokal kordların yanlış kullanılması sonucu oluşan yüksek frekanslı sestir.
- e) Kadınlarda görülen ve erkeksi tip ses oluşumu ile karakterize progresif bir hastalıktır.

Cevap D (*Kaya, Larenks Hastalıkları 1. baskı, Vol I. s.935*)

11.Aşağıdakilerden hangisi boyun orta hat kitlelerindedir?

- a) Tiroglossal kist
- b) Brankial kist
- c) Karotis cisimciği
- d) Submandibuler abse
- e) Parafarengeal abse

Cevap A (*Silver, Baş ve Boyu Cerrahi Atlası s. 1-23*)

12.İşitme kayıpları ile ilgili hangisi doğrudur?

- a) En sık işitme kaybı nedeni kızamık ve kabakulak virüsüdür.
- b) Dış ve orta kulak enfeksiyonlarında sensory-neural tip işitme kaybı görülür.
- c) Başdönmesi ile beraber görülen işitme kayıplarında ilk aklımıza temporal lob tümörleri gelmelidir.
- d) İletim tipi işitme kaybı olan hastalarda Weber testi sağlam kulağa lateralizedir. Rinne testi pozitifdir.
- e) Banyo, denize veya havuza girdikten sonra kulağa su kaçmasına bağlı görülen işitme kayıplarında olası patojen buşon (kulak kiri)dir.

Cevap E (*Akyıldız, Kulak Hastalıkları ve Mikrocerrahisi,*

1998, s.77-103)

13.0-15 yaş grubunda boyun kitlelerinin görülme sıklığı sıralaması hangisidir?

- a) İnflamatuvar-Konjenital/Gelişimsel-Neoplastik-Trav-matik
- b) İnflamatuvar-Neoplastik-Konjenital/Gelişimsel-Trav-matik
- c) Konjenital/Gelişimsel-İnflamatuvar-Neoplastik-Trav-matik
- d) Neoplastik-İnflamatuvar-Konjenital/Gelişimsel-Trav-matik
- e) Konjenital/Gelişimsel-Neoplastik-İnflamatuvar-Trav-matik

Cevap A (*Charles, Otolaryngology Head, and Neck Surgery, 3.baskı, 3.Cilt, 1998, s.1687*)

14.Onkosit hücreleri için hangisi yanlıştır?

- a) Epiteliyal orijinli hücrelerdir.
- b) Minör ve majör tükürük bezlerinde bulunurlar.
- c) Pankreas, tiroid ve larenkste yer almazlar.
- d) Teknisyum 99 m tutarlar.
- e) Onkositlerden gelişen onkositomların histopatolojisinde mitokondri sayısındaki artış dikkat çekicidir.

Cevap C (*Cummings, Otolaryngology Head and Neck Surgery, Cilt 2, third edition, 1998, p 1269*)

15.Boyun diseksiyonu sınıflandırmalarında aşağıdaki anatomik yapı gruplarından hangisi göz önüne alınır?

- a) Sternokleidomastoid kas-Eksternal juguler ven-Hipoglossal sinir.
- b) Digastrik kas-Eksternal karotid arter-Fasyal sinir
- c) Strap kaslar-İnternal jguler ven-Ansa sevikalis
- d) Sternokleidomastoid kas-İnternal juguler ven-Spinal aksesuar sinir
- e) Strap kaslar-Eksternal juguler ven-Glossfarengeal sinir.

Cevap D (*Cummings, Otolaryngology, Head and Neck Surgery, Cilt 3, third edition, 1998, p.1794*)

16.Tükürük salgısı için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) %99.5'i sudur.
- b) Dansitesi 1018-1020 arasındadır.
- c) 24 saatte 1000-1500 mlt salgılanır.
- d) pH'sı 5.75-7.05'dir.
- e) Submandibuler glanddan doğal olarak salgılanan tükürük salgısı, parotisten salgılanana göre daha yüksek pH'lıdır ve daha yüksek oranda münin ve kalsiyum içerir.

Cevap B (Cummings, *Otolaryngology Head and Neck Surgery, Cilt 2, third edition, 1998, p 1209-1215*)

17.Kohanal atrezilerle ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Yaklaşık 5000 ile 8000 canlı doğumda bir görülür.
- b) Kızlarda daha çok rastlanır.
- c) Çoğu tek taraflıdır.
- d) Çoğu membaranözdür.
- e) Bilateral atrezili olgularda, ağlamakla iyileşen siyanoz atakları vardır.

Cevap D (Cummings, *Otolaryngology Head and Neck Surgery, Cilt 5, third edition, 1998, p 92-95*)

18.Dura sinusları aşağıdaki hangi yapılarla sistemik dolaşıma giriş yapmaktadır?

- a) Sinus rektus-oftalmik ven
- b) Sinus rektus-orbital ven
- c) Sigmoid sinus-internal juguler ven
- d) Petrozal sinus-eksternal juguler ven
- e) Kavernöz sinüs-eksternal karotid arter

Cevap C (Cummings, *Otolaryngology Head and Neck Surgery, Cilt 14, third edition, 1998, p 3068*)

19.Hangi konjenital anomali hemen doğum sonrası stridor ve siyanoza neden olmaya eğilimli değildir?

- a) Bilateral kohanal atrezi
- b) Bilateral vokal kord paralizisi
- c) Büyük konjenital kist
- d) Majör larengeal web
- e) Laringomalazi

Cevap E (Cummings, *Otolaryngology Head and Neck Surgery, Cilt 4, third edition, 1998, p263*)

20.Aşağıdakilerden hangisi benign paroksizmal pozisyonel vertigo için yanlıştır?

- a) Dix-Hallpike manevrası pozitifdir
- b) Kulak burun boğaz polikliniklerinde görülen en sık vertigo tablosudur
- c) Tedavide vestibulosupresif ilaçlar kullanılır
- d) Vertigo saniyeler sürer ve ortaya çıkan nistamus rotasyonel özelliktedir
- e) Baş hareketleri ve pozisyon değişikliklerine

bağlı gelişir, saniyeler sürer.

Cevap C (Cummings, *Otolaryngology Head and Neck Surgery, Cilt 4, third edition, 1998, p 2686-2689*)

21.Nazofarenksin en sık görülen selim tümörü hangisidir?

- a) Anjiyofibroma
- b) Lipoma
- c) Kondroma
- d) Pleomorfik admoma
- e) Relapsing kondritis

Cevap A (Cummings, *Otolaryngology head and neck Surgery Cilt 2, s.1355*)

22.Orta kulak yerleşimli glomus tümörlerinde aşağıdaki semptomlardan hangisi görülmez?

- a) Pulsatil tinnitus
- b) İletim tipi işitme kaybı
- c) Kulakta dolgunluk
- d) Katekolamin salgısında artış
- e) Sensorinöral işitme kaybı

AÇIKLAMA: Bu tümörlerde iletim tipi işitme kaybı olur. Sensorinöral işitme kaybı oluşmaz.

Cevap E (Bailey, *Head and Neck Surgery – Otolaryngology, Vol.1*)

23.Allerjik rinitin medikal tedavisinde yeri olmayanı seçiniz?

- a) Antihistaminikler
- b) Dekonjestanlar
- c) Antibiyotikler
- d) Kromolin sodyum
- e) Antikolinergikler

Cevap C (Bailey, *Head and Neck Surgery – Otolaryngology, Vol.1, s.294*)

24.Kronik burun tıkanıklığı, nazal polipozis, sinüzit ve q31 kromozom anomalisi ile karakterize kalıtsal hastalık aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Primer Siliyer diskinezi
- b) Young Sendromu
- c) Kistik Fibrozis
- d) Selektif IgA yetmezliği
- e) Adenotonsiller hastalık

Cevap C (Bolger, *Diseases of the sinuses, diagnosis and management, 2001, s.47-51*)

DERMATOLOJİ

1. Erizipelin en sık etkeni nedir?

- a) Stafilokok aureus
- b) Grup B streptokoklar
- c) Grup A streptokoklar
- d) E. Coli
- e) H. İnfluenza

AÇIKLAMA: Erizipel Grup A streptokokların yaptığı deri ve deri altının yüzeyel akut bir selülitidir.

Cevap C (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.102*)

2. Dermatomiyozit için aşağıdakilerden hangisi spesifik değildir?

- a) Gottron belirtisi
- b) Heliotrop belirtisi
- c) CPK, Aldolaz
- d) Proksimal kaslarda güçsüzlük
- e) Telenjektazi

AÇIKLAMA: Telenjektazi Dermatomiyozit için spesifik değildir.

Cevap E (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.432*)

3. En sık görülen ilaç reaksiyonu tipi aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Morbiliform
- b) Ürtiker
- c) Likenoid
- d) Büllöz
- e) Fiks ilaç erüpsiyonu

AÇIKLAMA: Morbiliform en sık ilaç reaksiyonu tipidir. Genelde simetrik, eritematöz maküller vardır.

Cevap A (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.297*)

4. Aşağıdakilerden hangisi Kawazaki Hastalığı'nın semptomu değildir?

- a) Nedeni bilinmeyen ve 5 günden fazla süren ateş
- b) Konjonktivada bilateral konjesyon
- c) Lökopeni
- d) Çilek dil
- e) Avuç içi, ayak tabanındaki kızarıklık

AÇIKLAMA: Kawazakide lökositoz, formülde sola kayma, normokrom normasiter anemi vardır.

Cevap C (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.389*)

5. Aşağıdakilerden hangisi Behçet Hastalığı'nda yapılan bir testtir?

- a) Paterji
- b) Patch
- c) Prick
- d) Strach
- e) İntraepidermal test

AÇIKLAMA: Paterji testi hastaların önkol derilerine iğne batırılarak yapılır. 24 saatte belirginleşip 48 saatte max olur.

Cevap A (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.396*)

6. Aşağıdakilerden hangisi seconder Reynoud nedenlerinden değildir?

- a) Kurşun zehirlenmesi
- b) Lösemi
- c) Karpal tünel sendromu
- d) Dermatomiyozit
- e) Hipertiroidi

AÇIKLAMA: Seconder Reynoud nedeni hipotiroidi, polisitemia vera, Sjögren sendromu, kriyoglobulinemi, vaskülitir.

Cevap E (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.401*)

7. Atopik dermatit için aşağıdakilerden hangisi majör tanı kriteri değildir?

- a) Kaşıntı
- b) Kronik tekrarlayan dermatit
- c) Ailesel atopi hikayesi
- d) Kserozis
- e) Erişkinlerde atopik dermatitte minör bulgudur.

AÇIKLAMA: Kserozis atopik dermatitte minör bulgudur.

Cevap D (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.259*)

8. Vitiligo aşağıdaki hastalıklardan hangisi ile beraber bulunmaz?

- a) Tip 1 DM
- b) Tip 2 DM
- c) Haşimato tiroidi
- d) Pernisyöz anemi
- e) Behçet hastalığı

AÇIKLAMA: Vitiligo otoimmün bir hastalıktır. Sadece otoimmün hastalıklarla beraberdir.

Cevap B (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.557*)

DERMATOLOJİ

9. Scabies aşağıdakilerden hangi bölgeyi tutmaz?

- a) El parmak araları
- b) Yüz
- c) Genital bölge
- d) Meme başı areolası
- e) El bilekleri çevresi

AÇIKLAMA: Sırt, baş, yüz tutulumu nadirdir.

Cevap B (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.231*)

10. Herediter anjiyoödemde eksik olan faktör hangisidir?

- a) Compleman 5
- b) Compleman 3
- c) C1 esteraz inhibitörü
- d) Compleman 7-8
- e) Compleman 9

AÇIKLAMA: Herediter anjiyoödemde C1 esteraz inhibitörü eksiktir.

Cevap C (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.284*)

11. Eritrazmanın etkeni aşağıdakilerden hangisidir?

- a) A grubu streptokoklar
- b) Staf. aureus
- c) Corynebacterium minutissimum
- d) E. Coli
- e) Pseudomonas auroginosa

AÇIKLAMA: Eritrazmanın etkeni Corynebacterium minutissimumdur.

Cevap C (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.113*)

12. Aşağıdakilerden hangisi tırnak değişikliği yapmaz?

- a) Alopesia areata
- b) Liken planus
- c) Psöriasis
- d) Kontakt dermatit
- e) Parapsöriasis

AÇIKLAMA: Parapsöriasisde spesifik tırnak değişikliği bulunmaz. Psöriasisde yüksek tırnak bulunur.

Cevap E (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.407*)

13. Otuzsekiz yaşında erkek hasta DIF eklemler şişmiş, bel ağrısı, sağ diz şişliği var. Diz ve dirsek bölgesinde eritemli skuamli plaklar mevcut. En muhtemel tanınız nedir?

- a) Psöriatik artrit
- b) Romatoid artrit
- c) SLE
- d) Gonokoksik artrit
- e) Reiter sendromu

AÇIKLAMA: Psöriatik artrit, psöriasisin eşlik ettiği, çevresel ve-veya merkezi iskeletin inflamatuvar kronik seyirli artritidir.

Cevap A (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.327*)

14. Aşağıdaki hastalıklardan hangisinde oral tutulum yoktur?

- a) Liken planus
- b) Pitriyazis rozea
- c) Psöriasis
- d) Behçet hastalığı
- e) Pemfigus

AÇIKLAMA: Pitriyazis rozea eritematöz skuamli lezyonlarla karakterize bir hastalıktır. Oral tutulum nadirdir.

Cevap B (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.435*)

15. Tırnaklarda punktiform depresyon hangi histolojik bulgu ile beraberdir?

- a) Akantoz
- b) Parakeratoz
- c) Papillomatöz
- d) Hiperkeratoz
- e) Likenifikasyon

AÇIKLAMA: Yüksük tırnaktaki çukurcuklar, proksimal tırnak kıvrımından dışarıya distal olarak hareket eden tırnak plağının yüzeyindeki zayıf yapışma gösteren parakeratozik adacıkların deskuamasyonu sonucu oluşur.

Cevap A (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.529*)

16. Aşağıdakilerden hangisi polimorfik lezyon yapar?

- a) Duhring hastalığı
- b) Kızamık
- c) Psöriasis
- d) Atopik dermatit
- e) Tinea pedis

AÇIKLAMA: Duhring hastalığı eritem halinde makülöz elemanlarla başlar. Bunlar daha sonra ödemli papüllere döner, zamanla veziküller meydana gelir. Veziküller kaşıntı nedeniyle yırtılır ve kırmızı kahverengi krutlarla örtülü eritemli papüller görülür.

Cevap A (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.455*)

17. Aşağıdakilerden hangisi rozase bulgularından değildir?

- a) Papül
- b) Telenjektazi
- c) Püstül
- d) Eritem
- e) Komedon

AÇIKLAMA: Rozase simetrik olarak yüze yerleşir. Eritem ve telenjektazi, papül, püstül görülür. Komedon ve skatris olmaz.

Cevap E (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.488*)

18.Aşağıdakilerden hangisi skatrisiyel alopesi nedenlerinden değildir?

- a) Lupus eritematozus
- b) Trikotilomani
- c) Skleroderma
- d) Sarkoidoz
- e) Necrobiosis lipoidika diabetikorm

AÇIKLAMA: Liken planus, skatrisiyel pemfigoid, graham-little sendromu ve folikülit keloidalide de skatrisiyel alopesi oluşur.

Cevap B (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.524*)

19.Çivi belirtisi aşağıdakilerden hangisinde görülür?

- a) Lupus vulgaris
- b) Sifiliz
- c) Lepra
- d) Leishmania
- e) Psöriazis

AÇIKLAMA: Leishmaniada krut kaldırılınca alt yüzünde uzun çıkıntılar görülür. Buna **Hulusi Behçet'in çivi belirtisi** denir.

Cevap D (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.226*)

20.Lucio Fenomeni aşağıdaki hastalıklardan hangisinde olur?

- a) Sifiliz
- b) Deri tüberkülozu
- c) Lepra
- d) Mikozis fungoides
- e) Leishmania

AÇIKLAMA: Uzun süre tedavi görmeyen lepramatöz lepralı olgularda küçük pembe renkli deri belirtileri ortaya çıkar ve bu belirtilerin belirsiz olup ağırlıdır. Birkaç günde ülserleşir. Buna Lucio Fenomeni denir.

Cevap C (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.139*)

21.Birbuçuk yaşında yüzün sol tarafında sellülit olan hastada, aynı zamanda sol kulakta ağrı ve akıntı şikayeti mevcuttur. Etiyolojik ajan olarak ilk hangi mikroorganizma düşünülür?

- a) A grubu beta hemolitik streptokoklar
- b) Staf. aureus
- c) H. İnfluenza
- d) N. Menengitis
- e) P. Aurogines

AÇIKLAMA: 3 ay-3 yaş arası çocuklarda en sık selülit etkeni H. İnfluenzadır. Yüzde simetrik tutulum yapar.

Cevap C (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.103*)

22.Yeni açılmış bir bülün tabanından hazırlanan Tzanck preparatında; yuvarlak, geniş hiperkromatik nükleuslu, homojen sitoplazmalı akantolitik hücreler hangi hastalık için tipiktir?

- a) Benign familyal kronik pemfigus
- b) Herpes gestasyones
- c) Pemfigus vulgaris
- d) Büllöz pemfigoid
- e) Dermatitis herpetiformis

AÇIKLAMA: Pemfigus vulgariste yeni açılmış bir bülün tabanından yapılan sürüntü Giemsa veya Papanicolau boyanarak mikroskopta incelenirse tek tek ya da gruplar halinde yuvarlak, geniş hiperkromatik nükleuslu ve homojen sitoplazmalı akantolitik hücreler görülür. Bu sitolojik inceleme histopatolojinin yerine kullanılamazsa da pemfigus vulgaristeki akantolizisin gösterilmesi için tipiktir.

Cevap C (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.355*)

23.Allerjik kontakt dermatitte epidermise penetre olan antijeni alıp işleyerek T lenfositlerine sunan hücreler hangisidir?

- a) Langerhans hücreleri
- b) Makrofajlar
- c) Monositler
- d) Eozinofiller
- e) Keratinositler

AÇIKLAMA: Allerjik kontakt dermatit geç tip aşırı duyarlılık reaksiyonudur. Epidermise penetre olan antijenler (haptin) Langerhans hücreleri içine alınarak işlenir ve tekrar hücre yüzeyinde HLA-DR ile birlikte belirerek bölgesel lenf nodlarında T helper lenfositlere sunulur. Sonuçta antijen tanıyıcı T hücreleri oluşur.

Cevap A (*Fitzpatrick, Dermatology in General Medicine, 4.baskı, s.1532-1533*)

24.Aşağıdakilerden hangisi geç konjenital sifilizin bir bulgusu değildir?

- a) Parrot'un psödoparalizisi
- b) Kılıç kını tibia
- c) Hutchinson dişleri
- d) İnterstisyel keratit
- e) 8. sinir sağırlığı

AÇIKLAMA: Parrot'un psödoparalizisi erken konjenital sifilizde görülür. Özellikle uzun kemiklerin uç kısımlarında ortaya çıkan osteokondritis sonucu bu bölgelerde ağrı oluşur ve o ekstremitte hareket ettirilmek istenmediğinden psödoparalizi ortaya çıkar.

Cevap A (*Orkin, Dermatology, 1991, s.111*)

DERMATOLOJİ

25. Aşağıdakilerden hangisi Atopik Dermatitin tanı kriterlerindeki temel bulgulardan değildir?

- a) Pruritus
- b) Tipik morfoloji ve dağılım
- c) Serum IgE yüksekliği
- d) Kronik veya kronik yineleyen dermatit
- e) Kişisel veya ailesel atopi hikayesi

AÇIKLAMA: Hanifin ve Rajka'nın tanı kriterlerine göre serum IgE yüksekliği minör bulgular arasındadır. Buna göre atopik dermatitin tanısı için en az üç temel bulguya ek olarak atopik dermatit ile ilişkili olduğu kabul edilen üç veya daha fazla minör bulgu olmalıdır.

Cevap C (*Orkin, Dermatology, 1991, s.467*)

26. Aşağıdakilerden hangisi Behçet Hastalığı'nın tanısında kabul edilen uluslararası kriterlerden değildir?

- a) Tekrarlayan ağız ülserleri
- b) Göz lezyonları
- c) Deri lezyonları
- d) Eklem bulguları
- e) Pozitif Paterji testi

AÇIKLAMA: 1990 yılında yayınlanan uluslararası kriterlere göre Behçet Hastalığı'nın tanısında; oral ülserler, genital lezyonlar, göz lezyonları, deri lezyonları ve pozitif Paterji testi yer almaktadır. Bunlardan oral aftlara ilaveten iki tanesinin olması tanı için yeterlidir. Eklem bulguları tanı kriterleri arasında yer almamaktadır.

Cevap D (*Fitzpatrick, Dermatology in General Medicine, 4.baskı, s.2292*)

27. En kötü prognoza sahip olan malign melanom tipi hangisidir?

- a) Lentigo maligna
- b) Nodüler malign melanom
- c) Lentigo maligna melanoma
- d) Yüzeysel yayılan malign melanom
- e) Akral lentiginöz malign melanom

AÇIKLAMA: Malign melanomlarda prognozu tümörün dermise invazyonu (kalınlığı) belirler. Nodüler malign melanom vertikal yayıldığından daha çabuk dermise invazyon yapar ve bu nedenle prognozu daha kötüdür.

Cevap B (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.670*)

28. Aşağıdakilerden hangisi prekanseröz lezyon değildir?

- a) Aktinik keratoz
- b) Kronik radyasyon keratozu
- c) Arsenik keratozu

- d) Keratoakantoma
- e) Lökoplaki

AÇIKLAMA: Keratoakantoma hızlı büyüyen, kıl folliküllerinden orjin alan, genellikle spontan gerileyen benign bir tümör olarak kabul edilir. Bu nedenle prekanseröz lezyonlar arasında yer almamaktadır.

Cevap D (*Fitzpatrick, Dermatology in General Medicine, 4.baskı, s.805*)

29. İktiyozis linearis sirkumfleksa, trikoreksis invaginata (bamboo hair), atopik diyatez ve aminoasidüri ile seyreden, otozomal resesif geçişli genodermatoz hangisidir?

- a) Netherton sendromu
- b) Mendes da Costa
- c) Sjögren-Larsson sendromu
- d) Refsum hastalığı
- e) Conradi Hunerman sendromu

AÇIKLAMA: İktiyozis linearis sirkumfleksa polisiklik, hiperkeratozik çift kenarlı, şekilleri sürekli değişen eritemli skuamli lezyonlarla karakterize bir iktiyoz formudur. Kıl shaftı anomalileri, atopik diyatez ve aminoasidüri ile birlikte bulunduğu Netherton sendromu adını alır.

Cevap A (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, 581*)

30. Lyme hastalığının spesifik deri bulgusu aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Eritema nodozum
- b) Eritema marginatum
- c) Eritem annüler santrifüj
- d) Eritema multiforme
- e) Eritema migrans

AÇIKLAMA: Borrelia burgdorferi'nin neden olduğu Lyme hastalığı kene ısırığı ile bulaşır. Eritema migrans kene ısırığı bölgesinde ortaya çıkar ve erken lokalize Lyme hastalığının karakteristik lezyonudur. Lezyon eritemli, yuvarlak veya oval, keskin sınırlıdır. Lezyon genişlerken orta kısmı iyileşme gösterir. 3-4 haftada pigmentasyon bırakarak spontan geriler.

Cevap E (*Fitzpatrick, Dermatology in General Medicine, 4.baskı, 2411*)

31. AIDS'li hastalarda deri ve mukozalarda çok sayıda, kırmızı-menekşe rengi nodül ve plaklar şeklinde görülen malignensi hangisidir?

- a) Kaposi sarkomu
- b) Bazal hücreli karsinom
- c) Skuamoz hücreli karsinom
- d) Malign melanom
- e) Bowen hastalığı

AÇIKLAMA: HIV enfeksiyonu sürecinde kaposi sarkomu özel bir tablo olarak bildirilmektedir. Klasik kaposi sarkomundan belirgin farkları vardır. Otopsilerde tüm organların tutulduğu saptanmaktadır. Özellikle mukozalarda hızla büyüyen mor renkli nodül ve plaklar görülür.

Cevap A (*Orkin, Dermatology, 1991, s.145*)

32.Patch (yama) ve Prick testle ilgili olarak hangisi yanlıştır?

- Allerjik kontakt dermatit tanısı için patch teste başvurulur.
- Prick test gıdalara bağlı ürtiker tanısı için en değerli testtir.
- Dermografizm olan hastalarda Prick test yalancı pozitif sonuç verebilir.
- Prick test uygulandıktan 20 dakika sonra, Patch test ise 48, 72 ve gerekiyorsa 96 saat sonra değerlendirilir.
- Prick veya Patch testte saptanan allerjen, hastanın o anki şikayetinin sebebi olmayabilir.

AÇIKLAMA: Gıdalara bağlı ürtiker tanısında Prick test yeterli değildir; çift kör plasebo kontrollü sistemik provokasyon yapmak gerekir.

Cevap B (*Lawlor, Manual of Allergy and Immunology, 3.baskı, 1995, s.291*)

33.Mikozis fungoides için hangisi yanlıştır?

- Primer kutane T-hücreli lenfomaların en sık görülen tipidir.
- Genellikle yavaş seyirlidir.
- Erken dönemde genellikle dermatopatik lenfadenopati beklenir.
- Vücudun %50'sini tutan infiltrate plak tarzı lezyonlarda ilk tedavi seçeneği sistemik kemoterapidir.
- Eritrodermi ve poikilodermi yapan dermatozlarla ayırıcı tanıya girer.

AÇIKLAMA: Mikozis fungoides'in premikozik eritem veya infiltrate plak evresinde seçilecek tedavi yöntemi PUVA, topikal kemoterapi veya radyoterapidir. Sistemik kemoterapi ancak tümör, eritrodermi, neoplastik lenfadenopati veya uzak metastaz varlığında tedavi seçeneklerinden biri olabilir.

Cevap D (*Fitzpatrick, Dermatology in General Medicine, 4.baskı, 1.cilt, 1993, s.1301-1303*)

34.Herediter anjiyoödem, C1-inaktivatörün miktarının azlığına veya fonksiyonel yetersizliğine bağlı olarak ortaya çıkan bir durumdur. Fonksiyonel yetersizlik durumunda aşağıdakilerden hangisi tanı koydurucudur?

- C1 düşüklüğü
- C4 düşüklüğü

- C4 yüksekliği
- C3 düşüklüğü
- C3 yüksekliği

AÇIKLAMA: C1-inaktivatörün sayıca normal olup fonksiyonunun yetersiz olduğu durumlarda C1 miktarı normal, ancak C4 miktarı düşüktür.

Cevap B (*Lawlor, Manual of Allergy and Immunology, 3.baskı, 1995, s.241*)

35.Aşağıdakilerden hangisi familial benign kronik pemfigusun özelliklerinden değildir?

- Akantolitik ayrışma ve bül oluşumu bazal hücrelerin üzerindedir.
- Direkt ve indirekt immunfloresan negatiftir.
- Genellikle 30-40 yaşlarında görülür.
- Uzun remisyonlar sık olur.
- Tedavisinde günde 100-150 mg kortikosteroidler ve sulfonlar kullanılır.

AÇIKLAMA: Familial benign kronik pemfigusda, ne pemfigus vulgaristeki gibi yüksek doz kortikosteroidde ne de dermatitis herpetiformisdeki gibi sülfona ihtiyaç vardır. Bu hastalığın tedavisinde topikal kortikosteroid ve antibakteriyel ajanların kullanımı genellikle yeterlidir.

Cevap E (*Champion, Textbook of Dermatology, 6.baskı, 3.cilt, 1998, s.1844-1846*)

36.Behçet hastalığında en sık görülen ilk lezyon aşağıdakilerden hangisidir?

- Psödofolikülit
- Artrit
- Posterior anterior üveit
- Aft
- Derinin aşırı uyarılabilmesi (paterji fenomeni)

AÇIKLAMA: Hastaların hemen hemen hepsinde %90-100 seyir sırasında aft görülür, yaklaşık %75'in üzerinde ise hastalıkta ilk başlangıç lezyonu olarak görülür.

Cevap D (*Champion, Textbook of Dermatology, 6.baskı, 4.cilt, 1998, s.3072-3073*)

37.Aşağıdaki hastalıklardan hangisinde mukoz membran tutulumu yoktur?

- Liken planus
- Skatrisyel pemfigoid
- Pemfigus vulgaris
- Dermatitis herpetiformis
- Subkorneal püstüler dermatoz

AÇIKLAMA: Subkorneal püstüler dermatozda yüz ve mukoz membran tutulumu yoktur.

Cevap E (*Champion, Textbook of Dermatology, 6.baskı, 3.cilt, 1998, s.1892-93*)

38.Ürtikaryen vaskülit için hangisi doğrudur?

- a) Her bir lezyonun 24 saatten fazla sürüyor olması
- b) Artrit, artralji olması
- c) Lezyonların purpura, pigmentasyon bırakarak iyileşmesi
- d) Sedimentasyon yüksekliği
- e) Hiperkomplementemi

AÇIKLAMA: Ürtikaryen vaskülitte hipokomplementemi olur.

Cevap E (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.286*)

39.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, 1999, s.769*)

40.Dermatitis herpetiformis ile ilgili ifadelerden yanlışı olanı hangisidir?

- a) Lezyonlar kaşıntı ile seyrederek.
- 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.

AÇIKLAMA: Dermatitis herpetiformiste direkt immünfloresan mikroskopik incelemede dermal papillada granüler IgA depositlerine rastlanır. Bu önemli bir teşhis kriteridir.

Cevap C (*Freedberg, Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 5.baskı, 1999, s.711*)

41.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, 1999, s.1448*)

42.Fiks ilaç erüpsiyonu ile ilgili ifadelerden yanlışı 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, 1998, s.3379*)

43.Hangisi atopik dermatitli çocuk hastada görülmez?

- a) Beyaz dermografizm
- b) Kaşıntı
- c) Ailesel allerjik rinit/astma hikayesi
- d) Yüksek serum IgG düzeyi
- e) Pityriasis alba

AÇIKLAMA: Atopik dermatitte eozinofil ile beraber IgE'de yükselme olur.

Cevap D (*Weston, Color Textbook of Pediatric Dermatology, 1991, s.28*)

44.Hangisi onikomikoz ayırıcı tanısında yer almaz?

- a) Psöriazis
- 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 of Pediatric Dermatology, 1991, s.60; Freedberg, Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 5.baskı, 1999, s.2203-4*)

45. Hangisi kesin viral orijinli değildir?

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

AÇIKLAMA: Pityriasis roseanın viral orijinli olduğu tam olarak kanıtlanamamıştır. Ancak diğerleri viraldir.

Cevap B (*Weston, Color Textbook of Pediatric Dermatology, 1991, s.103-4*)

46. 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, 1999, s.135*)

47. Hangisi yenidoğanın geçici deri hastalığı değildir?

- a) Milia
- b) Eritema toksikum
- c) Epidermolizis büllosa
- d) Transient neonatal pustuler melanosis
- e) Sebace gland hiperplazisi

AÇIKLAMA: Epidermolizis bullosa erozyon, bül ve maserasyonla seyreden otozomal dominant/resesif geçişli bir genodermatozdur.

Cevap C (*Weston, Color Textbook of Pediatric Dermatology, 1999, s.224-5*)

48. Atopik dermatitin özelliği olmayanı işaretleyiniz.

- a) Beyaz dermografizm
- b) Pozitif geç tip deri testi
- c) Hertoghe belirtisi
- d) Antistafilokok IgE
- e) Katarakt

AÇIKLAMA: Atopik dermatitte pozitif geç tip değil, pozitif erken tip deri testi gözlenir.

Cevap B (*Freedberg, Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 5.baskı, 1999, s.1465*)

49. Yalancı pozitif floresan treponemal antikor absorpsiyon (FTA-ABS) testine neden olanı işaretleyiniz.

- a) Lyme hastalığı

b) İntravenöz ilaç kullanımı

c) Leishmaniazis

d) Tüberkülozis

e) HIV enfeksiyonu

AÇIKLAMA: Yalancı pozitif FTA-ABS testine neden olan hastalıklar; infeksiyöz mononükleoz, lepromatöz lepra, leptospiroz, Lyme hastalığı, malarya, tekrarlayan ateş ve sistemik lupus eritematozudur.

Cevap A (*Freedberg, Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 5.baskı, 1999, s.2574*)

50. Melanosit yokluğu sonucu ortaya çıkan hastalığı işaretleyiniz.

- a) Nevüs anemikus
- b) Nevüs depigmentozus
- c) Piebaldizm
- d) Pitiriazis alba
- e) Ash-leaf makülü

AÇIKLAMA: Nevüs anemikus ve depigmentozusta melanosit sayısı normaldir. Pitiriazis albada azalmış, ash-leaf makülünde ise normal veya azalmıştır.

Cevap C (*Freedberg, Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 5.baskı, 1999, s.962*)

51. En güçlü vazokonstriktif özelliğe sahip topikal kortikosteroidi işaretleyiniz.

- a) %0.05 klobetazon propiyonat
- b) %0.025 fluosinolon asetonid
- c) %0.1 betametazon 17-valerat
- d) %0.05 klobetazon butirat
- e) %0.1 hidrokortizon butirat

AÇIKLAMA: En güçlü vazokonstriktif özelliğe sahip topikal kortikosteroidler; %0.05 klobetazon propiyonat, %0.05 betametazon dipropiyonat ve %0.05 diflorason diasetatdır.

Cevap A (*Freedberg, Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 5.baskı, 1999, s.2714*)

52. Klasik poliarteritis nodozalı olgularda etkilenme olasılığı en az olan organı işaretleyiniz.

- a) Böbrek
- b) Gastrointestinal kanal
- c) Kalp
- d) Akciğer
- e) Periferik sinirler

AÇIKLAMA: Nekrotizan küçük ve orta çaptaki arteritler iki formda inelenmektedir. Bunlar poliarteritis nodoza ve mikroskopik polianjitistir. Klasik poliarteritis nodoza akciğer dokusunu ender olarak etkilerken mikroskopik polianjitis daha sık olarak etkiler.

Cevap D (*Freedberg, Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 5.baskı, 1999, s.2039*)

DERMATOLOJİ

53. Dermatitis herpetiformisli hastalarda en sık rastlanan malign oluşumu işaretleyiniz.

- a) Malign melanoma
- b) Non-hodgkin lenfomalar
- c) Lösemiler
- d) Sarkomalar
- e) Bazal hücreli kanserler

AÇIKLAMA: Dermatitis herpetiformisli hastalarda sık rastlanan problemler sırasıyla gastrointestinal belirtiler, maligniteler ve diğer otoimmün hastalıklardır. Dermatitis herpetiformisli hastalarda malignitelerin görülme sıklığının arttığı, özellikle de gastrointestinal lenfomalar ve non hodgkins lenfomalarda artış olduğu bildirilmektedir.

Cevap B (*Katz, Dermatology in General Medicine, 5.baskı, 1999, s.713*)

54. Az basilli lepra olguları tedavisinde Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği kombine tedavi şemasını işaretleyiniz.

- a) Dapson 100 mg/gün + rifampin 600 mg/gün
- b) Dapson 100 mg/hafta + rifampin 600 mg/gün
- c) Dapson 300 mg/gün + rifampin 300 mg/ay
- d) Dapson 100 mg/gün + rifampisin 600 mg/ay
- e) Dapson 100 mg/gün + rifampisin 100 mg/gün

AÇIKLAMA: Dünya Sağlık Örgütü az basilli lepra (TT veya BT) tedavisinde hasta tarafından günde 100 mg dapson (bakteriostatik) ve ayda 600 mg. Rifampinin (bakterisid) hekim kontrolünde kombine edilerek 6 ay tedaviye devam edilmesini önermektedir.

Cevap D (*Rea, Dermatology in General Medicine, 5.baskı, 1999, s.2314-2315*)

55. Gerek klinik gerekse immünopatolojik bulgular yönünden hem pemfigus hem de lupus eritematosus özellikleri gösteren pemfigus tipini işaretleyiniz.

- a) Pemfigus vulgaris
- b) Paraneoplastik pemfigus
- c) Pemfigus wejetans
- d) Pemfigus foliaceus
- e) Pemfigus seboreik

AÇIKLAMA: Çünkü pemfigus seboreik hem lupus eritematosus gibi yüzün maler bölgesindeki eritemli squamli ve çivi belirtisi gösteren lezyonlar, hem de yüz, saçlı deri, sırt ve göğüsü tutan lokalize pemfigus bülleri görülür. İmmünfloresan çalışmalarda hem derma-epidermal bileşkede bant tarzında IgG, Compleman ve diğer immünglobinlerde birikim izlenir hem de introepitelial bölgede intersellüler alanlarda ağ manzarasında IgG birikimi (pemfigusun özelliği) izlenir.

Cevap E (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1995, s.356*)

56. Vitiligo patogenezi açıklayan en uygun şıkkı işaretleyiniz.

- a) Melanosit yıkımı
- b) Melanoblast göçünün olmaması
- c) Melanosit dentritlerinin yokluğu
- d) Tirozinaz enzim yetmezliği
- e) Mikromelanozum durumu

AÇIKLAMA: Vitiligo melanosit yıkımı ile seyreden bir renk kaybı hastalığıdır. Akkiz bir hastalıktır. Oysa ki (a)şıkkı dışındaki şıklarda ifade edilen patogenezlere meydana gelen hastalıkların hepsi doğuştan itibaren renk kaybı (depigmentasyon) ile seyreden hastalıklardır.

Cevap A (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1995, s.557-558*)

57. Aşağıdaki hastalıklardan hangisinin etiyolojik ajanı virüs değildir?

- a) Herpes genitalis
- b) Herpes gestasyones
- c) Herpes simpleks
- d) Herpes zoster
- e) Herpes labialis

AÇIKLAMA: Çünkü herpes gestasyones immünolojik bir fenomenin patojenik etkisi sonucu oluşan otoimmün bir hastalıktır. Diğer şıklarda adı geçen hastalıkların tümü herpes grubu virüslerle oluşmaktadır.

Cevap B (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1995, s.365*)

58. Tinea kapitisde wood lambası ile floresans vermeyen etkeni işaretleyiniz.

- a) Mikrosporum audouini
- b) M. canis
- c) M. ferrugineum
- d) M. gypseum
- e) T. tonsurans

AÇIKLAMA: Mikrosporum türleri Wood ışığı muayenesinde parlak yeşil floresans verirler. T. tonsurans floresans vermez. Bu durumda dikkatli KOH muayenesi ve uygun kültür tekniklerinden yararlanılmalıdır.

Cevap E (*Freedberg, Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 5.baskı, 1999, s.2342*)

59. İnsan vücut bitleri ile bulaşan hastalığı işaretleyiniz.

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

AÇIKLAMA: Epidemik tifüs insan vücut bitleri ile bulaşır. "Endemik Tifüs" etkeni rickettsiadır. İnsana sıçanların

taşıdığı pirelerle bulaşır. Kayalık dağlar humması; kene ısırığı ile bulaşır. Listeriyozis ve Tularemi bakteriyel enfeksiyondur.

Cevap A (*Fitzpatrick, Dermatology in General Medicine, 4.baskı, 1993, s.2505; Barrett-Conner, Imposted South African tick typhus, 1983, s.264*)

60.Dermatitis herpetiformis (Duhring) hastalığı ile yakın ilişkili seçeneği işaretleyiniz.

- a) Whipple hastalığı
- b) Coeliac disease
- c) Linear IgA dermatosisi
- d) Crohn hastalığı
- e) Ülseratif kolit

AÇIKLAMA: İnce bağırsak düz kaslarının komponentlerine karşı gelişmiş IgA tipindeki antikolar dermatitis herpetiformis olgularının çoğunda görülür. Whiple hastalığı, Crohn hastalığı, Ülseratif kolit. Gastrointestinal sistemi tutan hastalıklardandır. Linear IgA dermatosisi ise immunfloresan yöntemleri ile ayırıcı tanısı yapılmaktadır.

Cevap B (*Fitzpatrick, Dermatology in General Medicine, 4.baskı, 1993, s.639; Keuningji, HLA-DW3 associated with coeliac disease, 1976, s.506*)

61.Shagreen patch aşağıdaki hastalıklardan hangisi için patognomiktir?

- a) Psödoksantom elasticum
- b) Adenoma sebace
- c) Tuberosklerozis
- d) Rothmund-Thomson Sendromu
- e) Nörofibromatozis

AÇIKLAMA: Bu lekeler lumbosakral bölgede yerleşir, deriden hafif kabarık portakal kabuğu görünümünde yumuşak lezyonlardır. Adenoma sebace yüzde sarımsı-kırmızı papüllerdir. Psödoksantom elasticum, Rothmund-Thomson, Nörofibromatozis, farklı hastalık grubundandır.

Cevap C (*Fitzpatrick, Dermatology in General Medicine, 4.baskı, 1993, s.2257; Wiederholt, Incidence and prevalence of tuberous sclerosis in Rochester, Minnesota 1950 through 1982 Neurology, 1985, s.600*)

62.Aşağıdakilerden hangisi dermatofit değildir?

- a) Gypseum
- b) Violaceum
- c) Tonsurans
- d) Gloccosum
- e) Aktinofitoz

AÇIKLAMA: İmmün yetmezliği olanlarda kronik granümatöz lezyonlarla seyreden hastalıktır.

Gypseum, Violaceum, Tonsurans ve Floccosum yüzeysel mantar hastalıklarının da etken dermatofitlerdir.

Cevap E (*Fitzpatrick, Dermatology in General Medicine, 4.baskı, 1993, s.2424; Whittle, A Small epidemic of M. Gypseum ringform in a plantnursery, 1954, s.353*)

63.Aşağıdakilerden hangisi herpes zoster enfeksiyonuna predispozisyon oluşturmaz?

- a) Geçirilmiş herpes simpleks enfeksiyonu
- b) Hodgkin lenfoması
- c) Steroid tedavisi
- d) Lösemi
- e) Radyoterapi

AÇIKLAMA: Geçirilmiş herpes simpleks enfeksiyonu herpes zoster enfeksiyonuna predispozisyon oluşturmaz.

Cevap A (*Fitzpatrick, Dermatology in General Medicine, 5.baskı, 1999, s.2428*)

64.Neden olan ilacın, her kullanıldığında hep aynı yer veya yerlerde ortaya çıkan ilaç reaksiyonuna ne isim verilir?

- a) Likenoid ilaç reaksiyonu
- b) Eritema multiforme
- c) Numuler ilaç reaksiyonu
- d) Fiks ilaç reaksiyonu
- e) Morbiliform ilaç reaksiyonu

AÇIKLAMA: Morbiliform tip kızamık benzeri, eritema multiforme target tarzında, likenoid tip liken benzeri lezyonlarla karakterizedir.

Cevap D (*Odom, Andrew's Diseases of the Skin, 9.baskı, 2000, s.134-135*)

65.Hangisi sarkoidozda görülen immün sistem değişiklikleri için yanlıştır?

- a) Deri testlerine yanıt azalmış ya da kaybolmuştur.
- b) Lenfositlerin antijen ve mitojenlere yanıtı azalmıştır.
- c) Aktifleşmiş T hücreleri artmıştır.
- d) Humoral reaksiyonlar azalmıştır.
- e) Supresör hücrelerin artışına göre dolaşan yardımcı T lenfositler daha da azalmıştır.

AÇIKLAMA: Hücresel immün yanıtlardaki değişiklikler sonucu humoral sistem regülasyonu bozulur, serum immünglobülinleri poliklonal olarak artar, humoral reaksiyonlar artar.

Cevap D (*Odom, Andrews's Disease of the Skin, 9.baskı, 2000, s.902*)

DERMATOLOJİ

66. Aşağıdakilerden hangisi direkt olarak antikor atağı sonucu gelişen vaskülitir?

- a) Churg-Strauss sendromu
- b) Dev hücreli arterit
- c) Kriyoglobülinemik vaskülit
- d) Kawasaki hastalığı
- e) Serum hastalığı

AÇIKLAMA: Beş vaskülit de immünolojik hasar ile gelişir. Ancak gelişen immünolojik hasarın mekanizmaları farklıdır. Direkt olarak antikor atağı aracılığı ile gelişen iki vaskülit vardır. Bunlar; Goodpasture's sendromu ve Kawasaki hastalığıdır. Kawasaki hastalığında; muhtemel olarak bu direkt atak, antiendotelial antikorlar aracılığı ile gelişir. Serum hastalığı ve kriyoglobülinemik vaskülit; immün kompleksler aracılığı ile oluşur. Dev hücreli arteritteki muhtemel mekanizma bilinmemektedir, hücrel immün sistemin rol oynadığı düşünülmektedir. Churg-Strauss sendromu ise antinötrofil antikorlarla asosiyel, muhtemel olarak bu antikorlar aracılığı ile gelişen vaskülitir.

Cevap D (*Jenette, Vasculitis Affecting the Skin, 1994, s.899-906*)

67. Hangisi stafilokokkal haşlanmış deri sendromunun klinik formu değildir?

- a) Büllöz impetigo
- b) Jeneralize büllöz impetigo
- c) Skarlatiniform varyant
- d) Jeneralize haşlanmış deri sendromu
- e) Stafilokokkal toksik şok sendromu

AÇIKLAMA: Bu sendrom; grup 2 S. Aureus'un eksfoliyatif toksini ile gelişen, jeneralize formda, toksik epidermal nekrolizisi andıran, ani gelişen febril bir tablodur. Lokalize büllöz impetigo ve b, c, d şıkları klinik formlarıdır. Stafilokokkal toksik şok sendromu; S. Aureus'un ürettiği, eksfoliyatif toksinden farklı toksinle gelişen, akut, febril, bir multisistem hastalıktır, haşlanmış deri sendromu spektrumunda değildir.

Cevap E (*Freedberg, Dermatology in General Medicine, 5.baskı, 1999, s.2207-13*)

68. Raynaud fenomenine yol açan hangisidir?

- a) Bleomisin
- b) Antihistaminikler
- c) Steroid olmayan antiinflamatuvarlar
- d) Stanozolol
- e) Sülfonlar

AÇIKLAMA: Stanozolol Raynaud fenomeninin tedavisinde kullanılan bir ajandır. Bleomisin uygulanan hastalarda, yan etki olarak bu fenomen gelişebilir. Diğer şıklardaki ajanların böyle bir yan etkisi bildirilmemiştir.

Cevap A (*Doll DC, Yarbro JW. Vascular toxicity associated with chemotherapy and hormonotherapy. Curr Opin Oncol 1994; 6:345-8*)

69. Hangi mukokutanöz hastalık; HIV enfeksiyonunun en güçlü göstergelerinden değildir?

- a) Kronik herpetik ülser
- b) Oral kıllı lökoplaki
- c) Kaposi sarkomu
- d) Yaygın, tedaviye dirençli aftöz ülserler
- e) Proksimal subungual onikomikoz

AÇIKLAMA: Diğerleri, HIV enfeksiyonu için en güçlü, HIV enfeksiyonu taraması gerektiren göstergeler iken aftöz ülserler; bu enfeksiyon için güçlü gösterge ya da güçlü asosiyasyonu olan lezyonlardan değildir. Ancak, seboreik dermatit gibi HIV enfeksiyonu ile asosiyel olabilen hastalıklardandır.

Cevap D (*Freedberg, Dermatology in General Medicine, 5.baskı, 1999, s.2505-2511*)

70. Hangisinde mal perforan ülser gelişmez?

- a) Siringomiyeli
- b) Diabet
- c) Ateroskleroz
- d) Tabes dorsalis
- e) Notaljiya parestetika

AÇIKLAMA: Notaljiya parestetika; infraskapular bölgede yerleşen, prütirik, hiperaljezik, unilateral duyuşal nöropatidir. Ülser gelişimi yoktur. İlk dört şık; klasik mal perforan nedenleridir.

Cevap E (*Odom, Andrew's Diseases of the Skin, 9.baskı, 2000, s.64*)

71. Hangisi topikal kortikosteroidlerin yaygın ve uzun süreli kullanımına bağlı bir yan etkisi değildir?

- a) Stria
- b) Telenjektazi
- c) Atrofi
- d) Purpura
- e) Hiperkeratoz

AÇIKLAMA: Hiperkeratoz stratum korneumun kalınlaşmasıdır. Topikal steroid kullanımına bağlı gelişmez.

Cevap E (*Odom, Andrew's Diseases of the Skin, 9.baskı, 2000, s.142-144*)

72. Hangi tip alopeside skatris gelişmez?

- a) Diskoid lupus eritematozus
- b) Kerion celsi
- c) Favus
- d) Alopesi areata
- e) Liken planus

AÇIKLAMA: Alopesi areata saçlı deride keskin sınırlı, lokalize saçsız alanlarla karakterize maküler lezyonlardır, skatris gelişirmez.

Cevap D (*Odom, Andrew's Diseases of the Skin, 9.baskı, 2000, s.943-946*)

73.Hangisi neonatal lupus eritematozusda tanısal açıdan önemli bir otoantikordur?

- a) Pozitif ANA testi
- b) Anti PCNA
- c) Anti Ro
- d) Anti ssDNA
- e) Anti LE

AÇIKLAMA: Neonatal lupus eritematozus anneden plasenta yolu ile geçen antikorlarla oluşur. En sık bildirilen antikor antiRo olup, tanısal önemi vardır.

Cevap C (*Odom, Andrew's Diseases of the Skin, 9.baskı, 2000, s.180*)

74.Dermatitis herpetiformis patogenezinde rolü bulunan otoantikör hangisidir?

- a) IgA
- b) IgG
- c) IgE
- d) IgM
- e) IgD

AÇIKLAMA: Dermatitis herpetiformisde DIF testlerinde perilezyoner normal görünümü deride ve yeni lezyonlarda dermal papilla uçlarında granüler IgA birikimleri gözlenir.

Cevap A (*Odom, Andrew's Diseases of the Skin, 9.baskı, 2000, s.600*)

75.Hangisi intraperitoneal karsinoma insitudur?

- a) Keratoakantoma
- b) Verrüka seboreika
- c) Bowen hastalığı
- d) Liken skrofulozorum
- e) Dermatofibrom

AÇIKLAMA: İnsitu karsinoma terimi, intraepidermik başlayıp, uzun süre intraepidermik kalan ve seyirlerinin herhangi bir döneminde invazif karsinomaya dönebilen tümörleri içeren bir terimdir. Bu grubun içinde en iyi tanınan Bowen hastalığıdır.

Cevap C (*Odom, Andrew's Diseases of the Skin, 9.baskı, 2000, s.840-897*)

76.Hangi deri tümörü genellikle ağrılıdır?

- a) Dermatofibrom
- b) Nörofibrom
- c) Glomus tümörü
- d) Anjiyofibrom
- e) Keratoakantoma

AÇIKLAMA: Glomus (nöromiyoarteriyel tümör) tümörü sıklıkla deri renginde, 1-20 mm çapında, genellikle hassas, paroksizmal ağrılıdır.

Cevap C (*Odom, Andrew's Diseases of the Skin, 9.baskı, 2000, s.754*)

77.Skabies (gale)'de vücudun hangi bölgesinde lezyon gözlenmez?

- a) Periumbilikal bölge
- b) Antekübital bölge
- c) İntergluteal bölge
- d) İnterskapular bölge
- e) İnterdigital bölge

AÇIKLAMA: Skabiesde interskapular bölge etkilenmemiştir. Bu durum pedikülozis korporis ile ayırıcı tanısında yardımcıdır.

Cevap D (*Odom, Andrew's Diseases of the Skin, 9.baskı, 2000, s.566*)

78.Sifilizli gebe bir anneden enfeksiyon kaçınıcı ayda bebeğe geçer?

- a) 1-2. ay
- b) 8. hafta
- c) 4-5. ay
- d) 2-9. ay
- e) Doğum sırasında

AÇIKLAMA: Enfeksiyon anneden bebeğe plasenta yolu ile geçer. Plasenta 4-5. aydan sonra oluştuğu için, enfeksiyon bu aylardan sonra bulaşır.

Cevap C (*Odom, Andrew's Diseases of the Skin, 9.baskı, 2000, s.460*)

79.Hangisi eritema nodozum için yanlıştır?

- a) Birlikte halsizlik, ateş, artralji gibi sistemik semptomlar olabilir.
- b) Lezyonlar genellikle ağrılıdır.
- c) İyileşirken yerinde ekimotik bir makül bırakır.
- d) Şiddetli olgular süpüre olup, ülserleşebilir.
- e) Genellikle bacak ön yüzlerine lokalizedir.

AÇIKLAMA: Eritema nodozumda lezyonlar ülserleşmez, sikatris ya da atrofi bırakmadan iyileşir.

Cevap D (*Odom, Andrew's Diseases of the Skin, 9.baskı, 2000, s.616*)

80.Tırnakta Beau çizgileri aşağıdakilerden hangisinde görülmez?

- a) Püstüler psöriasis
- b) SLE
- c) Pellegra
- d) Eritroderma
- e) Pemfigus

DERMATOLOJİ

AÇIKLAMA: Beau çizgileri şiddetli akut hastalıkların ardından transvers olukların ortaya çıkmasıdır. Pellegra, hepatit, SLE, püstüler psöriasis, eritroderma gibi durumlarda görülür.

Cevap E (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.535*)

81.Moeller hunter glossiti hangi hastalıkta görülür?

a) Megaloblastik anemi

b) Demir eksikliği anemisi

c) Psöriasis

d) C vitamini eksikliği

e) Raşitizm

AÇIKLAMA: Moeller hunter megaloblastik anemide dilin inflamatuvar kızarıklığının olmasıdır.

Cevap A (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.549*)

FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON

1. Hangisi osteoporoz oluşumu için risk faktörü değildir?

- a) İleri yaş
- b) Erken menopoz
- c) Erken menarş
- d) Kadın cinsiyet
- e) Ca⁺⁺ ve D vitamininden fakir diyet

AÇIKLAMA: Geç menarş osteoporoz için risk faktörüdür.

Cevap C (*Beyazova, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, 2000; Kelley, Textbook of Rheumatology, 4.baskı, 1993; Klippel, Rheumatology, 1994; Gümüşdiş, Klinik Romatoloji, 1999*)

2. Hangisi kemik yıkım belirteci değildir?

- a) Osteokalsin
- b) Üriner piridinolin
- c) Deoksi piridinolin
- d) Hidroksiprolin
- e) Tartrat dirençli asit fosfat

AÇIKLAMA: Osteokalsin en önemli kemik yapım belirtecidir.

Cevap A (*Beyazova, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, 2000; Kelley, Textbook of Rheumatology, 4.baskı, 1993; Klippel, Rheumatology, 1994; Gümüşdiş, Klinik Romatoloji, 1999*)

3. Otuzsekiz yaşında kadın hasta yaygın sırt ağrısı, proksimal kaslarda ağrı ve güçsüzlükle başvuruyor. Fizik muayenede aksiyel iskelette palpasyonla hassasiyet mevcuttur. Lab. Ca ↓, fosfat ↑, ALP ↑, vit D3 ↓, PTH ↑ ise tanıda ne düşünürsünüz?

- a) Osteoporoz
- b) Osteomalazi
- c) Metastatik meme karsinom
- d) Paget hastalığı
- e) Multipl myelom

AÇIKLAMA: Osteomalazi proksimal kaslarda güçsüzlük, yaygın vücut ağrısı ve vit D3 düzeylerinde ↓, ALP ↑ ile karakterizedir.

Cevap B (*Beyazova, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, 2000; Kelley, Textbook of Rheumatology, 4.baskı, 1993; Klippel, Rheumatology, 1994; Gümüşdiş, Klinik Romatoloji, 1999*)

4. Hangi romatizmal hastalıkta Raynaud fenomeni görülmez?

- a) Skleroderma (progresif sistemik skleroz)
- b) Sistemik Lupus Eritematozus
- c) Romatoid Artrit
- d) Ankilozan Spondilit
- e) Dermatomyozit

AÇIKLAMA: Seronegatif spondiloartropatiler grubundan olan ankilozan spondilitte Raynaud fenomeni görülmez.

Cevap D (*Paget, Manual of Rheumatology and Outpatient Orthopedic Disorders, 3.baskı, 1993, s.84-88*)

5. Ense, omuz kuşağı ve pelvik kuşak kaslarında ağrı ve tutuklulukla seyreden; dev hücreli artrit ile birlikte gözlenen, sedimentasyonun 40 mm/saat üzerinde seyrettiği hastalık aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Fibromyalji
- b) Myofasiyal ağrı sendromu
- c) Polimyalji romatika
- d) Kronik yorgunluk sendromu
- e) Romatoid artrit

AÇIKLAMA: Orta ve büyük çaplı arterlerde dev hücreli artrit ile birlikte gözlenebilen, ense, omuz kuşağı ve pelvik kuşak kaslarında ağrı ve tutuklulukla karakterizedir. Subfebril ateş, kilo kaybı, iştahsızlık, depresyon olabilir. Sedimentasyon 40 mm/saat üzerindedir.

Cevap C (*Beyazova, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, 2000, s.1654-1682*)

6. Aşağıdakilerden hangisi refleks sempatik distrofi ile eş anlamlı değildir?

- a) Sudeck atrofisi
- b) Omuz-el sendromu
- c) Algodistrofi
- d) Repetitif strain sendromu
- e) Travmatik vazospazm

AÇIKLAMA: Repetitif strain (tekrarlayıcı zorlanma sendromu), üst ekstremitelerini tekrarlayıcı şekilde kullananlarda görülür. Lokalize yumuşak doku romatizmaları arasında sınıflandırılır.

Cevap D (*Mc Carty, Arthritis and Allied Conditions,*

1993, s.1383-1405)

7. Aşağıdakilerden hangisi osteoporoz için bir risk faktörü değildir?

- a) İleri yaş
- b) Beyaz ırk
- c) Sigara kullanımı
- d) İnce vücut yapısı
- e) İdeal kilonun %90'ından fazla kiloda bulunmak.

AÇIKLAMA: İdeal kilonun %90 altında olması risk faktörüdür. Diğerleri de risk faktörüdür.

Cevap E (Kelley, *Textbook of Rheumatology*, 1997, s.1563-1581)

8. Aşağıdakilerden hangisi "osteoporoz"un doğru tanımıdır?

- a) Mineralize kemiğin non mineralize kemiğe olan oranında tesbit edilebilir bir değişiklik olmaksızın kemik kütlelerinde azalma olmasıdır.
- b) Mineralize kemikte nonmineralize kemiğe oranla daha fazla kayıp olmasıdır.
- c) Nonmineralize kemikte mineralize kemiğe oranla daha fazla kayıp olmasıdır.
- d) Kırık riskini arttırmayan bir metabolik kemik hastalığıdır.
- e) Sadece kemik kütlelerini ve mineralizasyonunu değil, yumuşak doku patolojilerini de içeren sistemik bir hastalıktır.

AÇIKLAMA: Osteoporoz mineralize kemiğin nonmineralize kemiğe oranında tesbit edilebilir bir değişiklik olmaksızın kemik kütlelerinde azalma olmasıdır.

Cevap A (Kanis, *Osteoporosis*, 1998)

9. Heberden ve Bouchard nodülleri aşağıdaki hastalıklardan hangisinin spesifik eklem tutulumudur?

- a) Romatoid Artrit
- b) Behçet hastalığı
- c) Primer osteoartrit
- d) Psöriatik artrit
- e) Crohn hastalığı

AÇIKLAMA: Primer osteoartritin (OA) en yaygın belirtilerinden biri Heberden nodülleridir. Parmakların distal interfalangial eklemlerinde görülür. Proksimal interfalangial eklemlerde görülebilen benzer nodüllere **Bouchard nodülleri** denir.

Cevap C (McCarthy, *Arthritis and Allied Conditions*, 1993, s.1735-1760)

10.Tanısı "vücudun sol yarısında, belin üst tarafında ve belin alt tarafında yaygın kas iskelet ağrısı olması" ve "vücutta belirli 18 hassas noktanın 11'inde palpasyonla orta ya da yüksek derecede

hassasiyet saptanması" ile konulan hastalık hangisidir?

- a) Polimiyozit
- b) Polimiyalji romatika
- c) Miyozitis ossifikans
- d) Fibromiyalji sendromu
- e) Antifosfolipid antikor sendromu

AÇIKLAMA: Bu kriterler American collage of rheumatology (ACR) 1990 fibromiyalji sendromu tanısı için tanı kriterleridir.

Cevap D (McCarthy, *Arthritis and Allied Conditions*, 1993, s.1383-1405)

11.Palpasyonu ile kendinden uzak bir bölgede ağrı oluşturan (refere ağrı) "tetik nokta (trigger point)", gergin kas bantları (toot band) ve lokal seyirme cevabı (local twitch response) hangi kas-iskelet sistemi hastalığına ait spesifik bulgulardır?

- a) Fibromiyalji sendromu
- b) Kronik yorgunluk sendromu
- c) Nokturnal miyoklonus
- d) Psikojenik ağrı
- e) Miyofasiyal ağrı sendromu

AÇIKLAMA: Yukardaki "tetik nokta", "gergin bantlar" ve "lokal seyirme" cevabı miyofasiyal ağrı sendromunun tipik bulgularıdır.

Cevap E (McCarthy, *Arthritis and Allied Conditions*, 1993, s.1383-1405)

12."Cumartesi gecesi sendromu" olarak bilinen "Saturday night palsy" hangi bölgenin kompresyon uğraması sonucu oluşan bir tuzak nöropatisidir?

- a) Radial sinir-humerus
- b) Radial sinir-ön kol
- c) Median sinir-aksilla
- d) Median sinir-humerus
- e) Ulnar sinir-humerus

AÇIKLAMA: Radial sinir humerusun radial oluktan geçerken sıklıkla anestezi esnasında veya kol üzerine dayanarak uyuma ile basıya uğraması sonucu "Saturday night palsy" ortaya çıkar.

Cevap A (McCarthy, *Arthritis and Allied Conditions*, 1993, s.1619-1624)

13.Aşağıdakilerden hangisi akut faz reaktanı değildir?

- a) RF (romatoid faktör)
- b) ESR (eritrosit sedimentasyon hızı)
- c) CRP (C-reaktif protein)
- d) TNF- α (tümör nekroz faktör alfa)
- e) IL-6 (interlökin-6)

AÇIKLAMA: RF bir akut faz reaktanı değildir.

Cevap A (*Kelly, Laboratory Evaluation of Inflammation*)

14.Aşağıdaki hastalıklardan hangisinde eritema nodozum görülmez?

- a) β -hemolitik streptokok enfeksiyonu
- b) Yersinia enfeksiyonları
- c) Romatoid artrit
- d) Sarkoidoz
- e) Lepra

AÇIKLAMA: Romatoid artritte %20 oranında romatoid nodüller görülür. Ağrısız ve subkutanöz lokalize olması nedeniyle eritema nodozumdan ayrılır.

Cevap C (*Textbook of Rheumatology, 5.baskı, 1993, s.497-510*)

15.Aşağıdaki akut poliartrit nedenlerin hangisinde ateş, eritema nodozum, bilateral hiler LAP tipiktir?

- a) Sjögren sendromu
- b) Reiter sendromu
- c) Orak hücreli anemi
- d) Ülseratif kolit
- e) Gonokokkal artrit

AÇIKLAMA: Bu bulgular sarkoidoz artritinde görülür. Oluşan sendroma sjögren sendromu adı verilir.

Cevap A (*Gümüşdiş, Klinik Romatoloji, s.98-99*)

16.Aşağıdakilerden hangisi RA'nın laboratuvar bulgularından değildir?

- a) Anemi
- b) Lökopeni
- c) HLA-B27 (+)'liği
- d) Trombositopeni
- e) Hipokomplementemi

AÇIKLAMA: HLA-B27 (+)'liği sero (-) spondiloartropatiler için geçerlidir.

Cevap C (*Gümüşdiş, Klinik Romatoloji, s.100*)

17.Aşağıdakilerden hangisi tek başına "psödogut" tanısı koymak için yeterlidir?

- a) Radyografide tipik kalsifikasyonlar
- b) Eklem sıvısında Ca^{++} pirofosfatdehidrat kristallerinin (+)'liği
- c) Eklem sıvısında ürik asit kristallerinin (+)'liği
- d) Kolşisin tedavisine alınan dramatik cevap
- e) Eklem sıvısında 15-25 000 arası lökositoz

AÇIKLAMA: Hepsi tanıya götürür. Tek başına yeterli olan sadece b'dir.

Cevap B (*Tüzün, Hareket Sistemi Hastalıkları*)

18.Aşağıdaki hastalıkların hangisinde splenektomi endikasyonu vardır?

- a) Romatoid artrit
- b) Ankilozan spondilit
- c) Felty sendromu
- d) Caplan sendromu
- e) Sjögren sendromu

AÇIKLAMA: Splenomegali gelişen tek şık c'dir.

Cevap C (*Gümüşdiş, Klinik Romatoloji*)

19.Vücutta en yaygın olarak bulunan eklem tipi hangisidir?

- a) Sinatroz
- b) Amfiartroz
- c) Diartroz
- d) Elipsoid
- e) Sfenoid

AÇIKLAMA: En yaygın eklem tipi (özellikle ekstremitelerde çoktur) diartrozdur. D ve E şıkları diartrozun alt tipleridir.

Cevap C (*Gümüşdiş, Klinik Romatoloji, s.11*)

20.Aşağıdakilerden hangisi dejeneratif osteoartrit için risk faktörü değildir?

- a) Yaş
- b) Akromegali
- c) Obezite
- d) Osteoporoz olması
- e) Genetik yapı

AÇIKLAMA: Osteoporoz olmaması risk faktörüdür.

Cevap D (*Karaaslan, Osteoartrit, s.6*)

21.Aşağıdakilerden hangisi enflamatuvar hastalıklar grubu içinde yer almaz?

- a) Romatoid artrit
- b) Ankilozan spondilit
- c) Enteropatik artrit
- d) Miks bağ dokusu hastalığı
- e) Aseptik nekroz

AÇIKLAMA: İlk 4 şık romatolojik sınıftadır. Aseptik nekroz non inflamatuvardır.

Cevap E (*Gümüşdiş, Klinik Romatoloji, s.90; Tablo 1a*)

22.Osteoartrite sekonder enflamasyon bulgusu en sık hangi eklemdedir?

- a) Omuz
- b) Dirsek
- c) DIF
- d) PIF
- e) Diz

FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON

AÇIKLAMA: En sık enflamasyon bulgusu, el eklemlerinde olur. Onların içinde de en sık DIF eklemi tutulur.

Cevap C (*Gümüşdiş, Klinik Romatoloji*)

23.Aşağıdaki testlerden hangisi bel ve kalça muayenesine yönelik değildir?

- a) Schober testi
- b) Modifiye schober testi
- c) Faber testi
- d) Fadırlı testi
- e) Yargeson test

AÇIKLAMA: Yargeson testi biceps tendinitinin teşhisinde kullanılır.

Cevap E (*Gümüşdiş, Klinik Romatoloji, s.118-119*)

24.Cauda Equina sendromunda hangisi görülmez?

- a) Üriner retansiyon
- b) Anal sfinkter zayıflığı
- c) Motor bozukluk
- d) İlerleyici nörolojik defisit
- e) Perianal hiperestezi

AÇIKLAMA: Perianal hipoestezi görülür.

Cevap E (*Karaaslan, Osteoartrit, s.67*)

25.Aşağıdakilerden hangisi deri ve deri altı nodüler yapı oluşturmaz?

- a) Romatoid artrit
- b) ARA
- c) Gut
- d) Dev hücreli arterit
- e) Ankilozan spondilit

AÇIKLAMA: İlk 4 hastalıkta deri altı nodüler yapı oluşur. Ankilozan spondilitte böyle bir oluşum yoktur.

Cevap E (*Gümüşdiş, Klinik Romatoloji, s.134*)

26.Aşağıdaki hastalıkların hangisinde tırnak değişiklikleri tipik değildir?

- a) Psöriatik artrit
- b) Reiter sendromu
- c) Romatoid artrit
- d) Sarkoidoz
- e) Skleroderma

AÇIKLAMA: El bileği ve parmak eklemlerinde değişiklik olur. Ama tırnak lezyonu meydana gelmez.

Cevap C (*Gümüşdiş, Klinik Romatoloji, s.135*)

27.Behçet hastalığı için sıklıkla görülen göz bulgusu hangisidir?

- a) Keratokonjonktivit sikka
- b) Konjonktivit
- c) Episklerit
- d) Üveit
- e) Retinopati

AÇIKLAMA: A şıkkı romatoid artrit, b şıkkı reiter sendromunda, c şıkkı romatoid artrit, e şıkkı SLE sık görülür.

Cevap D (*Gümüşdiş, Klinik Romatoloji, s.140*)

28.Aşağıdakilerden hangisi akut faz reaktanlarından değildir?

- a) TNF- α
- b) CRP
- c) Fibrinojen
- d) Ferritin
- e) $\alpha 1$ antitripsin

AÇIKLAMA: Çünkü TNF- α proinflatuvar sitokindir. Bunların etkisiyle akut faz reaktanları salgılanır.

Cevap A (*Gümüşdiş, Klinik Romatoloji, s.147*)

29.Antiparazitik tedavide kullanılan (romatizmal hastalıklarda kullanılır) ilaç hangisidir?

- a) Siklofosamid
- b) Siklosporin A
- c) Azotipürin
- d) Levamizol
- e) Klorambusil

AÇIKLAMA: Nematod tedavisinde kullanılır. RA tedavisinde de kullanılır.

Cevap D (*Gümüşdiş, Klinik Romatoloji, s.209-210*)

30.Aşağıdaki artrit tiplerinden hangisi primer lokalize osteoartrite örnek değildir?

- a) Halluks valgus
- b) Bouchard nodülleri
- c) Diz
- d) Kalça
- e) Septik artrit

AÇIKLAMA: Septik artrit sekonder osteoartrit nedenlerindedir.

Cevap E (*Karaaslan, Osteoartrit, s.29*)

31.Hangi eklem osteoartriti en yavaş progresyon gösterir?

- a) Omuz
- b) Dirsek
- c) El bileği

- d) Kalça
- e) Diz

AÇIKLAMA: En hızlı progres gösteren el eklemleridir.

Cevap E (*Karaaslan, Osteoartrit, s.34*)

32.Baker kisti hangi eklemin artrozuna sekonder gelişen yapıdır?

- a) Dirsek
- b) Diz
- c) El bileği
- d) Ayak bileği
- e) Omuz

AÇIKLAMA: Popliteal çukurda görülür.

Cevap B (*Karaaslan, Osteoartrit*)

33.Romatoid artrit tutulan omurga bölgesi hangisidir?

- a) Servikal
- b) Torakal
- c) Lomber
- d) Sakral
- e) Koksiz

AÇIKLAMA: Atlanto-aksial subluksasyon meydana

gelmektedir.

Cevap A (*Gümüşiş, Klinik Romatoloji, s.272-275*)

34.Erişkin still hastalığının majör kriterlerinden olmayan hangisidir?

- a) Ateş
- b) Artralji
- c) Tipik ras
- d) Lökositoz
- e) LAP

AÇIKLAMA: Minör bulgularındandır.

Cevap E (*Gümüşiş, Klinik Romatoloji, s.204*)

35.RA'de en çok lezyonu görülen periferik sinir hangisidir?

- a) N. medianus
- b) N. ulnaris
- c) N. radialis
- d) N. tibialis superior
- e) N. tibialis profundus

AÇIKLAMA: En sık carpal tünel sendromunda meydana gelir.

Cevap B (*Gümüşiş, Klinik Romatoloji, s.272-275*)

HALK SAĞLIĞI

1. Aile planlamasının amaçları aşağıda sayılmış olup, yanlış olan amacı işaretleyiniz.

- a) Ailenin 2 çocuktan mümkünse 3 çocuktan fazla çocuk sahibi olmaması
- b) Her doğum arasına en az 2 yıl girmesi
- c) 19 yaş altında ve 39 yaş üstünde kadınların hamile kalmaması
- d) Yapabileceği kadar değil, bakabileceği kadar çocuk sahibi olması.
- e) Fakir ailelerin çocuk sahibi olmamaları

Cevap E (Bertan, *Halik Sağlığı Temel Bilgiler*, I. Baskı, Ankara, Güneş Kitabevi Ltd. Şti, 1990, s. 140)

2. Sıtma epidemiyolojisindeki intikal zincirinin 4 halkası aşağıda verilmiş olup, hatalı olarak yazılan beşinci halkayı işaretleyiniz.

- a) Parazit (Plazmadium viwax)
- b) İnsektisitler (sivrisinek öldürme ilaçları)
- c) Çevre (su birikintileri, sivrisinek yaşam alanları)
- d) İnsan (Konak, host)
- e) Vektör sivrisinek (Vektör anofel türleri)

Cevap B (Bre'es P. *Public Health Action inEmergencies Causedr by Epidemics*. I. Ed., WHO, Geneva, 1986, s. 113)

3. Hastalık taramalarının tanımı, aşağıdakilerden hangisine uyar?

- a) Ele alınan toplumu muayene ederek, bütün hastalıkları aramaktır.
- b) Epidemiyolojik parametre niteliğindeki bazı test veya tetkikleri uygulayarak, bir hastalık veya bir grup hastalığı arayan ve yalnızca şüpheli hastaları ayıran bir çalışmadır.
- c) Toplumu gruplar halinde sağlık kurumlarına davet ederek muayenelerini yapmaktır.
- d) Bulaşıcı hastalık salgını çıktığı zamanlarda çıkan hastalıktan hasta bulmak için filyasyon yapmaktır.
- e) Kendi isteği ile gelen ve ücretini de karşılayan bireylere genel sağlık kontrolünü içeren tetkikler yapmaktadır.

Cevap B (Eren, *Sağlık Ocağı Yönetimi*, I. Baskı, Ankara, Hacettep Üniv. Topl. Hek. Enst. Yayın No: 22, 1982, s. 86)

4. Aşağıda sayılanlardan hangisi Sağlık Ocağında yapılan hizmetlerden değildir?

- a) Sağlık ocağında hasta yatırma ve yataklı tedavi hizmetleri

- b) İlk yardım hizmetleri
- c) Evde ve ayakta bakım ve tedavi hizmetleri
- d) Koruyucu hekimlik hizmetleri
- e) Adli hekimlik hizmetleri

Cevap A (Eren N, *Sağlık Ocağı Yönetimi*, I. Baskı, Ankara, Hacettepe Üniv. Topl. Hek. Enst. Yayın No: 22, 1982, s. 19)

5. Halk Sağlığı bilimsel yaklaşımında bir bölgedeki en önemli hastalıklar, aşağıdakilerden hangisine göre belirlenir?

- a) Sosyal hastalıklar
- b) O bölgede en sık görülen ve en çok öldüren hastalıklar
- c) Bulaşıcı hastalıklar
- d) Ender görülen hastalıklar
- e) Meslek hastalıkları

Cevap B (Fişek, *Halk Sağlığına Giriş*, I. Baskı, Ankara, Hacettepe Üniversitesi, DSÖ Yayın No:2, 1983, 79-80)

6. Gebelerin risk altında yer aldığı başlıca hastalıklar arasında aşağıda sayılanlardan hangisi yer almaz?

- a) Anemi
- b) Toksemi
- c) Diabetes Melitus
- d) Kanser
- e) Tüberküloz

Cevap D (Bertan, *Halk Sağlığı, Temel Bilgiler*, I. Baskı, Ankara Güneş Kitabevi Ltd. Şti, 1995, s. 364)

7. Toplam bebek ölüm hızının anlamı nedir?

- a) Doğan her canlı 1000 bebeğe karşı kaç bebeğin ilk hafta içinde (0-7 gün) öldüğünü gösteren bir ölçüttür.
- b) Doğan her canlı 1000 bebeğe karşı kaç bebeğin bir yaşına girmeden (0-365 gün) öldüğünü gösteren bir ölçüttür.
- c) Doğan her canlı 1000 bebeğe karşı kaç bebeğin ölü doğduğunu gösteren bir ölçüttür.
- d) Doğan her canlı 1000 bebeğe karşı kaç bebeğin ilk 28 gün içinde öldüğünü gösteren bir ölçüttür.
- e) Doğan her canlı 1000 bebeğe karşı kaç bebeğin 5 yaşına ulaşmadan öldüğünü gösteren bir ölçüttür.

Cevap B (Sümbüloğlu K. *Sağlık Alanına Özel İstatistiksel Yöntemler*, Ankara, Özdemir Basım, 1994)

HALK SAĞLIĞI

8. Aşağıdakilerden hangisi nüfus piramidi ile ilgili olarak yanlıştır?

- a) Nüfusun yaş ve cins yapısını gösterir.
- b) Nüfus piramidi çizilirken sol tarafta erkek nüfus, sağ tarafta kadın nüfus yer alır.
- c) Her yaş grubu yatay bir dikdörtgen çubukla gösterilir.
- d) Büyük yaş grubu alttan başlamak üzere tepeye doğru yaş grupları küçülerek gider.
- e) Her cinsiyet nüfusu, kendi içinde yaş gruplarına göre yüzdeye çevrilir.

Cevap D (*Sümbüloğlu K. Sağlık Alanına Özel İstatistiksel Yöntemler, Ankara, Özdemir Basım, 1994*)

9. Aşağıdakilerden hangisi T.C. Sağlık Bakanlığı'nın rutin bebek aşıları arasında yer almaz?

- a) BCG
- b) Polio
- c) Kabakulak
- d) Kızamık
- e) Hepatit B

Cevap C (*Kaypmaz, Halk Sağlığı Ders Notları-1*)

10. Aşağıdakilerden hangisi aile planlamasının amaçlarından değildir?

- a) Sık aralıklı, çok sayıda, çok erken ve çok geç yaşta gebelik ve doğumun ana ve çocuk sağlığına yaptığı olumsuz etkileri önlemek.
- b) Çocuk sahibi olmak isteyen ve olamayanlara tıbbi imkanlarla yardımcı olmak.
- c) Çiftlere gebeliği önlemede etkili olan yöntemler hakkında bilgi vermek ve bu yöntemlerin uygulanmasını sağlamak.
- d) Çocuk sayısını sınırlayarak toplum ya da ülke nüfusunun kontrol altına alınmasını sağlamak.
- e) Daha sağlıklı çocuklar yetiştirmeye olanak sağlamak.

Cevap D (*Aile Planlamasında Temel Bilgiler, 1997; Aile Planlaması Klinik Uygulama El Kitabı, 1995*)

11. Aşağıdakilerden hangisi kronik hastalıklardan korunmada ikincil koruyucu sağlık hizmetlerindedir?

- a) Zararlı alışkanlıklardan korunmak

- b) Gebelik ve doğum komplikasyonlarını önlemek
- c) Yeterli ve dengeli beslenmek
- d) Topluma uyumu sağlamak
- e) Uygun laboratuvar tetkiklerini yaptırmak

Cevap E (*Akdur, Halk Sağlığı, 1998, s. 241-269 ; Bertan, Halk Sağlığı Temel Bilgiler, 1995*)

12. Araştırma evrenindeki bireyler çok geniş bir alana yayılmışsa ve ulaşım güçlükleri varsa araştırmaya alınacak bireylerin seçiminde hangi örneklem yöntemi kullanılmalıdır?

- a) Küme örnekleme yöntemi
- b) Olasılıksız örneklem yöntemi
- c) Basit rasgele örneklem yöntemi
- d) Tabakalı rasgele örneklem yöntemi
- e) Sistemik örneklem yöntemi

Cevap A (*Tezcan, Epidemiyoloji, Tıbbi Araştırmaların Yöntem Bilimi, 1992; Sümbüloğlu Biyoistatistik, 1994*)

13. Bir öğretmen, okulunda kızamık salgını olduğunu söyleyerek sağlık ocağına başvurduğunda ocak hekimi ilk olarak ne yapmalıdır?

- a) Hemen aşılama yapılmalıdır.
- b) Gerçekten kızamık salgını olup olmadığına karar vermelidir.
- c) Kızamık açısından kimlerin risk altında bulunduğunu saptamalıdır.
- d) Tüm kızamık vakalarının kişi, yer ve zaman özelliklerini belirlemelidir.
- e) Kızamık salgınının kontrol için gerekli önlemleri almalıdır.

Cevap B (*Tezcan, Epidemiyoloji, Tıbbi Araştırmaların Yöntem Bilimi, 1992*)

14. Aşağıdaki tanımlardan yanlış olanı işaretleyiniz.

- a) Yaşlılarda klasik hastalık belirtileri gizlenebilir
- b) Yaşlılarda hastalık belirtileri karışabilir.
- c) Yaşlıların hastalık tedavileri karışabilir
- d) Yaşlılarda influenza aşısı kesinlikle uygulanmalıdır.
- e) Yaşlılarda iyatrojenik hastalıklar nadirdir.

Cevap E (*Erdal, Halk Sağlığı Yönünden Yaşlılık, Hacettepe Ün. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD No: 89/501989*)

NÖROLOJİ

1. Aşağıdakilerden hangisinde sinir biyopsisi tanı koydurucu olabilir?

- a) Lepra
- b) Becker tipi müküler distrofi
- c) Polimyozitis
- d) Myastenia gravis
- e) Berger hastalığı

AÇIKLAMA: Sinir biyopsisi birçok hastalıkta tanı konmasında önemli rol oynar. Bunlar arasında Lepra, Amiloidoz, Sarkoidoz, Metakromatik lökodistrofi, Krabbe hastalığı, Fabry hastalığı, Kronik Demiyelinizan polinörit, herediter sensoriyel motor nöropatiler, N-heksan zehirlenmesi, radyasyon lezyonları sayılabilir. Lepradan inflamatuvar granülom, epitelooid hücreler, çok nükleuslu dev hücreler ve lenfositler görülebilir. Lepromatöz formda Schwan hücrelerinin ve makrofajların bakteri tarafından invazyonu gözlemlenir.

Cevap A (*Brass, Handbook of Neurological Lists, 1.baskı, 1991, s.289*)

2. Multipl Skleroz en sık hangi yaş grubunda görülür?

- a) 10-20
- b) 20-40
- c) 30-60
- d) 50-70
- e) 15-65

AÇIKLAMA: Merkezi sinir sisteminin myelin tabakasının yer aldığı akcevhine ait bir hastalık olan multipl skleroz genellikle ilk olarak genç erişkinlikte ortaya çıkar. Ataklar halinde seyrederek iyileşme ve kötüleşme dönemleri sergiler. Hastaların 2/3'ü ilk ataklarını 20-40 yaş arasında geçirirler. Kalan 1/3'ün büyük bölümü de 20 yaşın hemen öncesinde hastalanırlar. İleri yaşlarda başlayan hastalık enderdir.

Cevap B (*Victor, Principles of Neurology, 2001, s.958*)

3. Glasgow Koma Skalasına göre en ağır koma kaç puan alır?

- a) 0
- b) 1
- c) 3
- d) 10
- e) 100

AÇIKLAMA: Koma derecesini değerlendirmek için çeşitli sınıflama sistemleri kullanılmaktadır. Objektif bir şekilde gözleri, verbal yanıtı ve motor yanıtı

değerlendiren ve puanlar verem Glasgow Koma Skalası son yıllarda dünya çapında yaygın kullanım bulan skaladır. Burada gözlerin hiçbir koşulda açılmaması 1 puan, spontan açık olması 4 puan alır. Dış uyaranlara hiç verbal yanıt vermeyen hasta 1 puan, oriyente ve anlamlı yanıtlar veren, konuşmayı devam ettirebilen hasta 5 puan alır. Motor olarak hiçbir yanıt vermeyen hasta 1 puan, komutlara uyan hasta 6 puan alır. Sonuç olarak minimum puan 3, maksimum puan 15'dir.

Cevap C (*Victor, Principles of Neurology, 2001, s.933*)

4. Düşük ayak hangi sinirin hasarlanmasında görülür?

- a) Posteriyör tibiyal
- b) Ekstansör karpi
- c) Peroneal
- d) Sural
- e) Posteriyör interosseöz

AÇIKLAMA: Peroneal sinir sakral pleksusun üst dört posterior divizyonlarının füzyonu ile oluşur. Yüzeysel dalı omuriliğin L4-L5 ve S1-S2 segmentlerinden dal alır ve peronei longus ve brevis kaslarının innerve eder. Lezyonda ayak eversiyona getirilemez. Derin dalı aynı segmentlerden lif alır. Tibiyalis anterior, peroneus tertius, ekstansör hallucis longus ve brevis, ekstansör digitorum longus ve brevis kaslarının innerve eder. Lezyonunda ayak ve ayak parmaklarının dorsifleksiyonu yapılamaz. Karakteristik olarak **düşük ayak** oluşur.

Cevap C (*Haerrer, De Jong's The Neurologic Examination, 5.baskı, 1992, s.561-563*)

5. Aşağıdakilerden hangisi tinnitus nedeni olamaz?

- a) Otoskleroz
- b) Miksödem
- c) Sifiliz
- d) Anemi
- e) Sigara

AÇIKLAMA: Kulak çınlaması anlamına gelen tinnitusa birçok klinik tablo neden olabilir. Bunlar arasında arterio-venöz malformasyonlar, şantlar, palatal miyokloni gibi objektif yani doktor tarafından da duyulabilen nedenlerin yanında subjektif tinnitus yapan çok sayıda etken vardır. Dış kulak rahatsızlıklarında, orta kulak patolojilerinde (otoskleroz, otitis media), iç kulak ve 8. sinir patolojilerinde (presbiakuzi, gürültü travması, kafa travması, pontoserebellar köşe tümörleri, sifiliz), Ototoksik ilaçlar, sistemik nedenler (ateş, hipertansiyon, anemi, sigara kullanımı, alkol

NÖROLOJİ

kullanımı) ve intrakranial anevrizma ve tümörler sayılabilir.

Cevap B (*Brass, Handbook of Neurological Lists, 1.baskı, 1991, s.85*)

6. Ataksik solunum hangi yapının lezyonunda olur?

- a) Medulla oblongata
- b) Pons
- c) Akciğerler
- d) Parietal lob
- e) Medulla spinalis

AÇIKLAMA: Santral nörojenik hiperventilasyon hızlı derin bir solunum olup beyin sapı segmentumunda mezensefalonda ve pons arasında lezyonlarda ortaya çıkar. Apnöstik solunum genellikle pons enfarktlerinde olur. Ataksik veya agonal solunum ise preterminal bir bulgu olup medulla oblongatanın tutulduğunu gösterir.

Cevap A (*Weiner, Neurology, 5.baskı, 1994, s.47-48*)

7. Aşağıdakilerden hangisinde tremor görülmez?

- a) Parkinson hastalığı
- b) Feokromasitoma
- c) Guillain-Barre sendromu
- d) Civa zehirlenmesi
- e) Etanol kullanımı

AÇIKLAMA: Tremor antagonist kasların kasılması ile oluşan istemsiz, relatif olarak ritmik, osilasyon hareketleridir. Normal olarak bazı kişilerde fizyolojik tremor olabilir. Ancak birçok patolojik nedenlere bağlı tremorlar tanımlanmıştır. İstirahat tremoru Parkinson hastalığı, parkinsonizm yapan diğer rahatsızlıklar, Wilson hastalığı, hepatoserebral dejenerasyon gibi nedenlerle oluşur. Postdural ve aksiyon tremoru endokrinolojik nedenlerle (Hipoglisemi, Hipertroidizm, Feokromasitoma, Cushing sendromu v.s.) ilaçlarla (Cafein, Beta agonistleri, Teofilin, Dopamin agonistleri, Amfetaminler, Lityum, Trisiklik antidepresanlar, nöroleptikler, Valproik asit), zehirlenmelerle (civa, kurşun, arsenik, etanol) ve bazı periferik nöropatilerde ortaya çıkar. Ayrıca esansiyel tremorda bir postural tremordur. İntansiyonel tremor serebellum hastalıklarında olur.

Cevap C (*Victor, Principles of Neurology, 2001, s.99-107*)

8. Scapula Alata hangi sinirin lezyonunda olabilir?

- a) Nervus thoracicus longus
- b) Nervus ulnaris
- c) Nervus musculocutaneus
- d) Nervus interosseus posterior
- e) Nervus fibularis

AÇIKLAMA: C5, C6, C7 köklerinden lif alan nervus

thoracicus longus, serratus anterior kasını innerve eder. Lezyonunda **Scapula Alata** olur. Unlar sinir lezyonunda pençe el, musculocutaneus sinirinin lezyonunda ön kol fleksiyonu, posterior interosseöz sinirin etkilenmesinde el bileği ve parmakların ekstansiyonu etkilenir.

Cevap A (*Guarantors or Brain: Aids to the examination of the peripheral nervous system, 4.baskı, 2000, s.7*)

9. Multipl Skleroz sinir sisteminin hangi bölümünün bir rahatsızlığıdır?

- a) Merkezi Sinir Sistemi ak cevherinin
- b) Merkezi Sinir Sistemi aksonlarının
- c) Periferik Sinir Sistemi cevherinin
- d) Periferik Sinir Sistemi aksonlarının
- e) Nöromusküler kavşağın

AÇIKLAMA: Merkezi Sinir Sisteminin değişik bölümlerine ait bulgularla ve klasik olarak ataklar halinde seyreden Multipl Skleroz myelin tabakasının yer aldığı ak cevhere ait bir hastalıktır. İyileşme ve kötüleşme dönemleri sergiler. Patogenezinde çeşitli teoriler mevcuttur, ancak kesin olarak tek bir etken gösterilememiştir. İlk atak genellikle genç erişkinlikte ortaya çıkar. Hastaların büyük çoğunluğu ilk ataklarını 20-40 yaş arasında geçirirler.

Cevap A (*Victor, Principles of Neurology, 2001, s.954-965*)

10. B12 vitamini eksikliğinde hangisi olmaz?

- a) Subakut kombine dejenerasyon ismi verilen klinik tablo olur.
- b) Patolojik incelemede özellikle omurilikte süngerimsi değişiklikler, akson ve myelin yıkımı odakları mevcuttur.
- c) İyileşme tedaviden 12 aydan önce beklenmemelidir.
- d) Uzun süreli NO kullanımından sonra klinik olarak benzer bir tablo ortaya çıkabilir.
- e) Polisitemia vera

AÇIKLAMA: B12 vitamini eksikliğinde makrositik anemi dışında nöroanemik sendrom veya subakut kombine dejenerasyon adı verilen bir klinik tablo ortaya çıkar. Burada omuriliğin arka kordonları ve lateral kord etkilenir. Genellikle seyir sinsidir ve hastaların çoğunda el ve ayaklarda palestezilerle başlar. Ayrıca konfüzyon, delüzyon, halüsinasyonlar, mental yavaşlama ve depresyon gibi serebral semptomlar olabilir. Bazı hastalarda mide-bağırsak sistemine ait bulgular vardır. Hastaların çoğunda omurilik bulgularının yanında periferik sinir tutulumuna işaret eden bulgular ortaya çıkar. **En sık görülen bulgusu pozisyon ve/veya vibrasyon duyusunda olan**

kayıptır. Patolojik değişiklik mikroskopik olarak omurilikte süngerimsi değişiklikler, akson ve myelin yıkımı odakları şeklindedir. **En sık olarak servikal ve torakal omurilik etkilenir.** Polisitemi olmaz.

Cevap E (*Bradley, Neurology in Clinical Practice, 2.baskı, 1991, s.1167-1171*)

11.Gerstmann sendromunda aşağıdakilerden hangisi olmaz?

- a) Aleksis
- b) Disgrafi
- c) Parmak agnozisi
- d) Sağ-sol konfüzyonu
- e) Diskalküli

AÇIKLAMA: Dominant hemisferin angüler ve supramarginal girus vasküler lezyonlarında ortaya çıkan klinik tablo olan Gerstmann sendromunun komponentleri, disgrafi, parmak agnozisi, sağ-sol konfüzyonu, diskalküli veya akalkülidir. Aleksis daha önceden normal okuyup yazan kişilerde ortaya çıkan okuma bozukluğu olup, parieto oksipital, dominant medial oksipital + corpus callozumun spleniumu ve angüler girus lezyonlarında oluşabilir. Gerstmann sendromunun bir komponenti değildir.

Cevap E (*Brazis, Localization in Clinical Neurology, 3.baskı, 1996, s.499*)

12.Aşağıdakilerden hangisi embolik kökenli beyin damar hastalığının karakteristiğidir?

- a) Kekeleyen seyir
- b) Defisit başlangıçta maksimum olması
- c) Renk isimlendirmenin bozulması
- d) Akromatopsi
- e) Kadranatopsi

AÇIKLAMA: Embolik kökenli beyin damar hastalıklarında genellikle oluşan nörolojik defisit başlangıçtan itibaren maksimumdur. Progresyon ya da kekeleyen seyir daha ziyade trombotik kökenli hastalıklarda olur. Tutulan arter alanlarına göre Akromatopsi, Kadranatopsi gibi bulgular daha ziyade Trombotik kökenli damar hastalıklarında olur.

Cevap B (*Warlow, Stroke-A Practical Guide to Management, 1.baskı, 1996, s.194-196*)

13.Tabes Dorsalis'te pupillada hangi değişiklik olur?

- a) Argyll-Robertson pupillası
- b) Adie pupillası
- c) İğne ucu pupillası
- d) Anizokorik pupilla
- e) Pupillalar normaldir.

AÇIKLAMA: Sifilizin 3. döneminde ortaya çıkan komplikasyonlardan olan nörosifilizin en sık görülen klinik manifestasyonu Tabes Dorsalis'tir. Progresif

lökomotor ataksi, 3-4 ve 6. kranial sinir tutulumları, pupil anormallikleri, parestezi ve hiperestezi görülebilir. Hastaların %90'ında pupil anormallikler olur, en sık olarak da Argyll-Robertson pupillası olur. Burada direkt ve indirekt ışık refleksi alınmaz, ancak akomodasyon refleksi vardır.

Cevap A (*Victor, Principles of Neurology, 2001, s.766-767*)

14.Broca Afazisi olan hastada hangisi doğrudur?

- a) Konuşma akıcıdır, ancak parafazik yanlışlar vardır.
- b) Anlama çok bozuktur.
- c) Bazen beraberinde hemianopsi veya kadrant-nopsi olur.
- d) Anlamli ses çıkışı yoktur.
- e) Koku alma bozulur.

AÇIKLAMA: Broca afazisinde hasta konuşmaz. Anlama Wernicke afazisine nazaran daha iyidir. Wernicke afazisinde ise konuşma akıcıdır, ancak parafazik yanlışlar vardır, anlama bozuktur, bazen beraberinde görme alanı defektleri olabilir.

Cevap D (*Victor, Principles of Neurology, 2001, s.505-508*)

15.Omuriliğin C7 seviyesinde travmaya bağlı sağ yarı kesisinde aşağıdakilerden hangisi olur?

- a) Sol hemipleji
- b) Parapleji
- c) Solda pozitif Babinski işareti
- d) Pozisyon duygusunda lezyon seviyesinin altında sağda kayıp
- e) Ağrı ve ısı duygusunda lezyon seviyesinin altında sağda kayıp

AÇIKLAMA: Omurilikte sol taraftaki anterior kolon motor hücreleri vücudun sol yarısındaki motor innervasyonu sağlar. Bu hücreler medulla oblongatadaki decussatio pyramidum'dan gelen kortikospinal lifleri alır. Bu nedenle vücut sağ yarısında kuvvet kaybı beklenir. İki yanlı kuvvet kaybı olması için tam kesi gereklidir. Patolojik refleks de yine sağ tarafta beklenir. Ağrı-ısı duygusu ise lateral spinothalmik tractus'tan gelir ve beyine ulaşmadan önce omurilikte çapraz yapar. Bu nedenle ağrı-ısı duygusu kaybı karşı tarafta yani solda olur. Vibrasyon ve pozisyon duygusu ise aynı taraftan taşınır.

Cevap D (*Haerrer, De Jong's The Neurologic Examination, 5.baskı, 1992, s.586-87*)

16.Trigeminal nevralsi ile ilgili hangisi doğrudur?

- a) Ağrı süreklidir.
- b) Antiepileptikler yararsızdır.
- c) Sinirin maksiller dalını hiçbir zaman tutmaz.

- d) Göz yaşarması ve kapanması olabilir.
e) Fatal seyredebilir.

AÇIKLAMA: Trigeminal nevrojji genellikle mortalitesi olmayan, yüzde trigeminal sinir duyu alanında ani şimşekvari ağrı atakları ile karakterize bir sendromdur. Ataklar tipik olarak kısa süreli, şiddetli ve sıklıkla bir tetik zonun uyarılması ile presipite olan ataklardır. **En sık görülen nevrojji türü olup trigeminal sinirin üç dalının herhangi birini veya tümünü tutabilir, ancak en sık olarak maksiller dalında görülür.** Fatal değildir, ancak hastanın günlük yaşamını ve yaşam aktivitelerini çok etkiler, özellikle tekrar gelmesi korkusu hastalarda anksiyeteye neden olur. Tedavisinde çeşitli ilaçlar kullanılmakta olup, başta karbamazepin olmak üzere antiepileptikler yoğun biçimde kullanılmakta ve yararlı olmaktadır.

Cevap D (*Brazis, Localization in Clinical Neurology, 3.baskı, 1996, s.263*)

17.Wernicke-Korsakoff Sendromu ile ilgili olarak yanlış seçiniz.

- a) Alkoliklerde görülebilir.
b) Hiperemesis Gravidarum'da görülebilir.
c) Ağır beslenme yetersizliğinde oluşabilir.
d) Beyin damar hastalığının bir komplikasyonu olabilir.
e) Tedaviye yanıt verir.

AÇIKLAMA: Tipik olarak nütrisyonel yetersizlikten ortaya çıkan bir klinik tablo olan Wernicke Korsakoff Sendromu'nda ana patoloji tiamin yetersizliğinden dolayı oluşur. Bu sendromun iki bölümü vardır. Wernicke Ensefalopatisi, oküler bulgular (nistagmus, 6. sinir parazileri, pupil anormallikleri ve retina kanamaları), ataksi ve konfüzyon ile kendini gösterir. Korsakoff psikoza ise kısa süreli ve anlık bellek kaybı ile ortaya çıkar. **En sık olarak alkol kötüye kullanımında olur.** Ayrıca diğer nütrisyonel bozukluklarda da ortaya çıkabilir. Korsakoff psikoza kafa travması, anoksi, epilepsi, ensefalit ve vasküler hastalıklarda da ortaya çıkabilir.

Cevap D (*Victor, Principles of Neurology, 2001, s.1206-1212*)

18.Aşağıdakilerden hangisi bir myopati değildir?

- a) Becker tipi distrofi
b) Myotonia congenita
c) Familiyal periyodik paralizi
d) Polimyozi
e) Balo konsantrik sklerozu

AÇIKLAMA: Öncelikle kasları tutan hastalıklar miyopatiler olarak bilinir. Bunlardan flask bir kuvvetsizlik ve bazılarında psödöhıpertrofi olur. Ancak refleksler ileri dönemlere kadar etkilenmez. Bunların

çoğu genetik hastalıklardır. Ancak miyozitler gibi edinsel bazı kas hastalıkları da bu grupta değerlendirilir. Balo'nun konsantrik sklerozu ise multipl sklerozun ender görülen bir varyantıdır.

Cevap E (*Haerrer, De Jong's The Neurologic Examination, 5.baskı, s.291-93*)

19.Alt ekstremitte reflekslerine katkı sağlamayan kök hangisidir?

- a) L2
b) L3
c) L4
d) L5
e) S1

AÇIKLAMA: Normal fizyolojik reflekslerden olan patella refleksi L2-L4 köklerinden çalışır. Aşıl (triceps sura) refleksi ise S1-S2 köklerinden döner. L5 kökü hiçbir reflekse doğrudan katkı sağlamaz.

Cevap D (*Brazis, Localization in Clinical Neurology, 3.baskı, 1996, s.73-74*)

20.Pençe eli hangi sinirin lezyonunda olur?

- a) Ulnar sinir
b) Radyal sinir
c) Mediyar sinir
d) Muskülökutanöz sinir
e) Radikal sinir

AÇIKLAMA: Ulnar sinir C8-T1 köklerinden lif alır ve elin flekös, adduktör ve abduktör kaslarının innervasyonunu sağlar. Ayrıca interosseöz kaslar da ulnar sinir tarafından innerve edilir. Lezyonunda ikinci parmak ve küçük parmağın fleksiyonu bozulduğu için ekstansiyonda kalır ve karakteristik **pençe eli** görünümü ortaya çıkar. Ayrıca ulnar sinir duyu alanında hipoestezi olur.

Cevap A (*Brazis, Localization in Clinical Neurology, 3.baskı, 1996, s.18*)

21.Üremi ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Kronik dönemde konvülsiyonlar olabilir.
b) Subdural hematoma riski artar.
c) Polinöropatiler görülebilir.
d) Lomber diskopatiler sıktır.
e) Diyaliz sonrası konvülsiyonlar olabilir.

AÇIKLAMA: Böbrek yetmezliği ve üremi de öncelikle mental durum değişiklikleri ve periferik sinir sistemine ait bazı bulgular ortaya çıkar. **En sık görülen üremik ensefalopatidir.** Ayrıca tetani, asteriksiz, myoklonus ve kolvülsif nöbetler oluşabilir. Hastaların enfeksiyonlara ve subdural hematoma eğilimi vardır. Distal otonomik kranial nöropatiler olabilir. Ayrıca huzursuz bacak sendromu, demans, Wernicke

Ensefalopatisi rastlanabilen tablolardır. Bazı hastalarda diyaliz sonrası konvülsiyonlar ve Karpal Tünel Sendromu ortaya çıkabilir.

Cevap D (Weiner, Neurology, 5.baskı, 1994, s.163)

22.Psikojenik olmayan impotans nedenleri arasında aşağıdakilerden hangisinden söz edilmez?

- a) Omurilik hasarı
- b) Cauda Equina-Conus medullaris lezyonu
- c) Periferik nöropatiler
- d) Hiperprolaktinemi
- e) Adiadokokinezi

AÇIKLAMA: Daha önceleri hemen tümüyle psikojenik olduğu düşünülen impotansın günümüzde birçok organik nedeni ortaya çıkmıştır. Özellikle periferik sinir sisteminde ve otonom liflerde etkilenme yapan birçok metabolik ve endokrinolojik rahatsızlık, örneğin diyabet impotansa neden olabilir. Ayrıca santral ve periferik otonomik hastalıklar, herediter duyuşsal-otonomik nöropatiler, omurilik, cauda equina veya conus medullaris lezyonları, sakral pleksus lezyonları, Peyronie hastalığı, penis arter yetmezliği, aşırı venöz sızma, bazı ilaçlar, alkol, hiperprolaktinemi de nedenler arasında sayılmaktadır.

Cevap E (Weiner, Neurology, 5.baskı, 1994, s.163)

23.Hangi klinik tablo geçici iskemik atakları taklit etmez?

- a) Migren
- b) Hipoglisemi
- c) Anksiyete
- d) Duchenne sendromu
- e) Narkolepsi

AÇIKLAMA: Geçici iskemik ataklar birçok klinik tablo ile karışabilir. Bunlar arasında migren, parsiyel nöbetler, hipoglisemi, tıkaçıcı ve hemorajik beyin damar hastalıkları, tümörler, senkop, ortostatik hipotansiyon, multipl skleroz, kardiyak aritmiler, narkolepsi, periyodik paralizi, anksiyete sayılabilir. Duchenne Sendromu bir müsküler distrofidir, kasa ait bir hastalıktır.

Cevap D (Brass, Handbook of Neurological Lists, 1.baskı, 1991, s.218)

24.Aşağıdaki patolojilerden hangisi epileptik nöbetlere neden olmaz?

- a) Anoksi
- b) Karaciğer yetmezliği
- c) Hiperglisemi
- d) Hiperkalemi

e) Hipoglisemi

AÇIKLAMA: Epileptik nöbetler idiyopatik olarak ortaya çıkabileceği gibi çeşitli iç ve dış etkenler bağlı olarak semptomatik epilepsi tarzında da olabilir. Bunlar arasında travma, beyin damar hastalığı, tümörler, enfeksiyon, kalıtsal faktörler, perinatal faktörler ve metabolik etiyolojiler sayılabilir. Popülasyonun yaklaşık %1'inde epilepsi vardır. Metabolik nöbet nedenleri arasında hipokalsemi, hiponatremi, hipoglisemi, karaciğer yetmezliği, böbrek hastalıkları, anoksi, nonketotik hiperglisemik hastalıklar, kalıtsal metabolik bozukluklar sayılabilir.

Cevap D (Brass, Handbook of Neurological Lists, 1.baskı, 1991, s.253-260)

25.Aleksi nedir?

- a) Konuşma bozukluğu
- b) Yazma bozukluğu
- c) Okuma bozukluğu
- d) Öğrenme bozukluğu
- e) Şarkı söyleme bozukluğu

AÇIKLAMA: Konuşma bozukluğunun tıbbi deyimini **afazidir**. Yazma bozukluğu **agrafi**, motor defisit dayanamayan beceri bozukluğu **apraksi**, tanıma bozukluğu **agnozi**, müziksel becerilerde bozulma **amüzi** olarak isimlendirilir.

Cevap C (Victor, Principles of Neurology, 7.baskı, 2001, s.268)

26.Hangisi antiepileptik bir ilaçtır?

- a) Klorpromazin
- b) Haloperidol
- c) Lityum karbonat
- d) Rofeksoksib
- e) Topiramet

AÇIKLAMA: Klorpromazin, Haloperidol ve Lityum karbonat psikiyatride kullanılan ilaçlar olup, antiepileptik değildirler; ayrıca epileptik nöbetleri tetikleyebilirler. Rofeksoksib bir antiinflamator ilaçtır. Yukarıda sayılan ilaçlardan sadece Topiramet bir antiepileptik ilaçtır.

Cevap E (Victor, Principles of Neurology, 7.baskı, 2001, s.357)

27.Karpal Tünel Sendromu ile ilgili hangisi doğrudur?

- a) Muskulokutanöz sinirin etkilenmesinde ortaya çıkar.
- b) Medyan sinir çoğunlukla kurtulur.
- c) Hipotenar atrofi olur.
- d) Miksödem, gebelik, akromegali ve artritte ortaya çıkabilir.

e) **Radiyal sinir de tutulabilir.**

AÇIKLAMA: Karpal Tünel Sendromu mediyen sinirin bilek hizasında bası altında kalması sonucunda ortaya çıkan bir tuzak nöropatisidir. Spontan olarak ortaya çıkabilir. Travma sonrası ve artritte oluşabilir. Ayrıca diabet, gebelik, miksödem, akromegali, lupus eritematozus ve gut gibi klinik tablolarda eğilim vardır. Klinik olarak tenar kaslarda atrofi ve mediyen sinir deri duyu alanında duyu azalması ortaya çıkar.

Cevap D (Victor, Principles of Neurology, 7.baskı, 2001, s.937)

28.Lhermitte fenomeninden sorumlu yapının hangisi olduğu düşünülmektedir?

- a) Üst torakal posterior kök ganglionu
- b) Ponsta nucleus cuneatus
- c) Orta servikal omurilik bölgesinde kortikospinal traktuslar
- d) Medulla oblongata alt bölümünde nucleus gracilis
- e) Temporal lob ön-üst bölümü

AÇIKLAMA: Lhermitte fenomeni servikal omuriliğin çeşitli lezyonlarında ortaya çıkabilir. Bunlar arasında en sık karşılaşılan Multipl Skleroz plaklarıdır. Ayrıca tümörler, disk hernileri, travma sonrası, radyasyon myopatileri ve bazı intrensek lezyonlar sayılabilir. Bu fenomen hasta başını öne eğdiğinde enseden aşağıya doğru gelen ve ekstremitelere yayılan elektrik veya şimşek çakması hissi olarak tarif edilir. Patolojinin üst servikal omurilik ya da medulla oblongata alt kısmında nucleus gracilis ve nucleus cuneatusta lokalize olduğu bildirilmektedir.

Cevap D (Weiner, Neurology, 5.baskı, 1994, s.49)

29.Subaraknoid kanamanın en sık nedeni nedir?

- a) İntrakraniyal anevrizma
- b) Perimezensefalik kanama
- c) Arter diseksiyonu
- d) Arteriovenöz malformasyonu
- e) Kokain kullanımı

AÇIKLAMA: Spontan subaraknoid kanamaların %85'i intrakraniyal sakküler anevrizmaların rüptürü sonucu oluşur. Bu anevrizmaların hemen hiçbiri konjenital olmamakla beraber genetik yatkınlık söz konusudur. Hipertansiyon, alkol ve sigara kullanımı riski artırır. Hastaların %10 oranında neden anevrizmatik olmayan perimezensefalik kanamalıdır. Bunlar oldukça iyi prognozlu hemorajiler olup, anjiyografi normal gelebilir. Diğer, daha ender olan nedenler arasında serebral arteriovenöz malformasyonlar, travma, mikotik anevrizmalar, kardiyak miksoma, kokain kötüye kullanımı, orak hücreli anemi, antikoagülasyon kullanımına bağlı kanama, hipofiz patolojileri ve servikal tümörler vardır.

Cevap A (Warlow, Stroke-A Practical Guide to Management, 1.baskı, 1996, s.194-196)

30.Hangisi pons hematomunun klinik görünümündedir?

- a) Gözler lezyon tarafına deviyer, pupillalar normal büyüklükte ve ışığa yanıt var.
- b) Gözler nazale deviyer, pupillalar küçük ve ışığa yanıt yok.
- c) Gözler orta hatta, pupillalar iğne ucu gibi ve ışığa yanıt var.
- d) Gözlerin laterale konjuge hareketleri sadece bir yöne yapılıyor.
- e) Gözlerde nistagmoid hareketler var, pupillalar normal büyüklükte ve ışığa yanıt var.

AÇIKLAMA: Pons kanamalarında gözler orta hattadır. Okülosefalik refleks alınmaz. Pupillalar iğne ucu gibi çok küçüktür. Mikroskopla bakıldığında ışık refleksinin var olduğu anlaşılır. Putamen kanamalarında gözler lezyon tarafına deviyer olur. Pupillalar normal büyüklüktedir ve ışığa cevap verir. Talamik kanamalarında gözler nazale doğru kayar. Vertikal bakış bozulur. Pupillalar ışığa cevap vermez. Mediyal longitudinal fasikulus ve parapontin retiküler formasyonun birlikte tutulması ile ortaya çıkan birbuçuk sendromunda ise bir gözün içe ve dışa bakışı, diğer gözün ise içe bakışı etkilenmiştir. Bu gözle dışa bakışta nistagmus olur.

Cevap C (Victor, Principles of Neurology, 2001, s.380)

31.Brown-Sequard Sendromu'nda aşağıdaki bulgulardan hangisi ortaya çıkar?

- a) Lezyon altında yüzeysel, karşısında derin duyu kaybı
- b) Lezyon altında derin duyu ve yüzeysel duyu kaybı
- c) Lezyonun karşısında derin duyu ve yüzeysel duyu kaybı
- d) Lezyon altında derin duyu karşısında yüzeysel duyu kaybı
- e) Lezyon altında ve karşısında derin duyu ve yüzeysel duyu kaybı

AÇIKLAMA: Brown-Sequard Sendromu omurilik yarım kesi sendromudur. Derin duyu omurilik düzeyinde aynı tarafta seyrederek. Yüzeysel duyu omurilikte çaprazlanırlar. Bu sendromda lezyonun altında derin duyu kusuru lezyonun karşı tarafında yüzeysel duyu kusuru olur.

Cevap D (Candan, Klinik Bilimleri Giriş, 2000, s.171)

32.Komadaki bir hastada santral nörojenik hiperventilasyon (Derin ve hızlı solunum) mevcuttur. Lezyonun nerede olduğunu

düşünürsünüz?

- a) Medulla spinalis
- b) Mezensefalon
- c) Bilateral hemisferler
- d) Bulbus
- e) Serebellum

AÇIKLAMA: Medulla spinalis lezyonlarında tetrapleji veya parapleji olur. Lezyon bilateral hemisferler düzeyinde ise Cheyne-Stokes solunumu ortaya çıkar. Bulbus lezyonlarında ataksik solunum ortaya çıkar. Serebellum kritik büyüklüğe erişmiş lezyonlarında solunum arresti olur.

Cevap B (Candan, Klinik Bilimlere Giriş, 1996, s.174)

33.Sağda mezensefalonda 3. sinir nükleusu ve piramidal yolu da içine alan bir lezyon, aşağıdaki klinik tablolardan hangisini ortaya çıkarır?

- a) Sağda 3. kranial sinir felci, sol hemipleji
- b) Sağda hemipleji, solda 3. kranial sinir felci
- c) Sağda 3. kranial sinir felci
- d) Solda 3. kranial sinir felci, sol hemipleji
- e) Sağda 3. kranial sinir felci, sağ hemipleji

AÇIKLAMA: Beyin sapı çapraz (Alternan) sendromlarında, lezyon hizasında kranial sinir felci, karşı vücut yarısında hemipleji ortaya çıkar. Lezyon sağda mezensefalonda olduğuna göre sağda 3. kranial sinir paralizisi ve solda hemipleji ortaya çıkar.

Cevap A (Candan, Klinik Bilimleri Giriş, 2000, s.133)

34.Bir hastanın yüzeysel ve derin duyuuları sağlam olmasına rağmen, gözleri kapalı iken sol vücut yarısında üç boyutlu cisimleri tanıyamamakta ve uyarı verilen vücut bölgelerini etraflı olarak tanıyamamaktadır. Bu hastada lezyon nerededir?

- a) Sağ talamus ventroposterolateral nükleus
- b) Sol temporal lob
- c) Sağ paryetal lob
- d) Sol talamus ventroposterolateral nükleus
- e) Sol paryetal lob

AÇIKLAMA: Talamus V.P.L. (Ventro posterolateral) nükleus lezyonlarında kontrilateral hemianestezi olur. Temporal lobda işitme merkezidir. Pariyetal lob lezyonu kontrilateral klinik belirti verir. Yüzeysel ve derin duyu yolları sağlam olmasına rağmen bunların sentezi yapılamaz.

Cevap C (Candan, Klinik Bilimleri Giriş, 2000, s.172)

35.Aşağıdakilerden hangisi labirent vertigosunun özelliğidir?

- a) Şiddetli ve paroksismaldir.
- b) İpsilateral ataksi mevcuttur.
- c) Nistagmusun vertikal komponenti vardır,

sürekli.

- d) Sensoryal tipte işitme kaybı vardır.
- e) 5. ve 7. kranial sinir paralizileri ortaya çıkar.

AÇIKLAMA: Vertikal komponentli nistagmus beyin sapı hastalıklarında olur. Labirent vertigosunda nöbetler haricinde nistagmus ortaya çıkmaz. Yine ataksi, 5. ve 7. kranial sinir paralizileri ve sensoryal tipte işitme azalması beyin sapı patolojilerinde olur. En şiddetli, ani vertigo labirent hastalıklarında ortaya çıkar.

Cevap A (Candan, Klinik Bilimleri Giriş, 1996, s.186)

36.Aşağıdakilerden hangisi disartriye neden olmaz?

- a) İkinci motor nöron hastalıkları
- b) Psödobulber parezi
- c) Ekstrapiramidal hastalıklar
- d) Serebellar lezyonlar
- e) Oksipital lob lezyonları

AÇIKLAMA: Oksipital lob lezyonları konuşmanın periferik organlarında artikülasyon bozukluğuna yol açmaz.

Cevap E (Victor, Principles of Neurology, 7.baskı, 2001, s.499-521)

37.Aşağıdaki cümlelerden doğru olanı seçiniz.

- a) Broca afazisinde sopnatn konuşma akıcıdır.
- b) Global afazide tekrarlama sağlamdır.
- c) Sensoriyal afazide lezyon Wernicke alanındadır.
- d) Transkortikal afazide tekrarlama bozuktur.
- e) Pür kelime sağırılığında konuşma telgrafvaridir.

AÇIKLAMA: Wernicke alanındaki lezyonlar sensoriyal afaziye yol açarlar. Diğer seçenekler yanlıştır.

Cevap C (Victor, Principles of Neurology, 7.baskı, 2001, s.499-521)

38.Aşağıdaki kranial yapılardan ağrıya duyarsız olanı seçiniz.

- a) Serebral parankim
- b) Optik sinir
- c) Trigeminal sinir
- d) Beyin tabanındaki dura
- e) İntrakraniyal venöz sinüsler

Cevap A (Victor, Principles of Neurology, 7.baskı, 2001, s.177)

39.Aşağıdakilerden hangisi trigeminal nevraljiji düşündürür?

- a) Unilateral, zonklayıcı, 4-72 saat süren ağrı paroksizmaları

NÖROLOJİ

- b) Unilateral, supraorbital, 15-180 dk. süren ağrı paroksizmaları
- c) Unilateral temporal, 2-45 dk. süren ağrı paroksizmaları
- d) Unilateral, yüzde lokalize, birkaç sn. süren ağrı paroksizmaları
- e) Unilateral, tonsiller fossada lokalize, 2 dakikadan kısa süren ağrı paroksizmaları

AÇIKLAMA: Trigeminal nevralkjide, trigeminal sinir dallarından birinin alanına uyan, birkaç sn-2 dk. kadar sürüp geçen ağrı paroksizmaları görülür.

Cevap D (Victor, Principles of Neurology, 7.baskı, 2001, s.196)

40.Aşağıdakilerden hangisi migrende beklenen özellik değildir?

- a) Ağrı çoğunlukla unilateraldir.
- b) Ağrı çoğunlukla zonklayıcı karakterdedir.
- c) Ağrıyan tarafta rinore görülür.
- d) Fotofobi, fonofobi olabilir.
- e) Kusma görülebilir.

AÇIKLAMA: Migrende rinore beklenmez. Küme tipi baş ağrısı veya kronik paroksizmal hemikranide ağrılı tarafta rinore görülebilir.

Cevap C (Victor, Principles of Neurology, 7.baskı, 2001, s.175-201)

41.Aşağıdakilerden hangisinde spinal kord bulgusu görülür?

- a) T12 vertebra gövdesi seviyesinde kompresyon fraktürü
- b) L3 vertebra gövdesi seviyesinde kompresyon fraktürü
- c) L4 vertebra gövdesi seviyesinde kompresyon fraktürü
- d) L5 vertebra gövdesi seviyesinde kompresyon fraktürü
- e) S1 vertebra gövdesi seviyesinde kompresyon fraktürü

AÇIKLAMA: L1 vertebra gövdesi hizasında veya üst tarafında kalan bir lezyon hem spinal kordu hem de kökleri etkileyebilir.

Cevap A (Victor, Principles of Neurology, 7.baskı, 2001, s.1300)

42.T10 seviyesinde spinal kord sağ yarı kesi durumunda aşağıdakilerden yanlış olanı seçiniz.

- a) Sağ bacakta monoparezi
- b) Sağ bacakta derin duyu kaybı
- c) Sol bacakta ağrı-ısı duyası kaybı
- d) Sol bacakta temas duyası sağlam
- e) Solda Babinski işareti pozitif

AÇIKLAMA: Spinal kord lezyonlarında Babinski işareti lezyonla aynı tarafta beklenir.

Cevap E (Victor, Principles of Neurology, 7.baskı, 2001, s.170)

43.Aşağıdakilerden hangisi koma sebebi değildir?

- a) Hipoglisemi
- b) Hipoksi
- c) Üremi
- d) Karaciğer yetersizliği
- e) Guillain-Barre sendromu

AÇIKLAMA: Guillain-Barre sendromu, akut asendan poliradikülonevrit tablosunun diğer adıdır. Periferik sinir sistemini etkileyen bu tablo komaya yol açmaz.

Cevap E (Victor, Principles of Neurology, 7.baskı, 2001, s.386-387)

44.Hipertansif ensefalopatide aşağıdakilerden hangisi beklenmez?

- a) Baş ağrısı
- b) Bulantı-kusma
- c) Görme kaybı
- d) Epileptik nöbet
- e) Arefleksi

AÇIKLAMA: Arefleksi polinöropatide beklenir, ensefalopatide beklenen bulgu değildir.

Cevap E (Victor, Principles of Neurology, 7.baskı, 2001, s.903-905)

45.Aşağıdakilerden hangisi akut gelişen parezi sebebi değildir?

- a) Guillain-Barre sendromu
- b) Porfirik polinöropati
- c) Diferrik polinöropati
- d) Frontoparietal hematoma
- e) Sensoriyal polinöropati

AÇIKLAMA: Sensoriyal nöropatide kuvvet kusuru beklenmez.

Cevap E (Victor, Principles of Neurology, 7.baskı, 2001, s.1370-1445)

46.Söylenen anlama kusuru olmayan orta evredeki bir Alzheimer hastası kızını gördüğünde tanımakta ama kim olduğu sorulduğunda "Ablam" demektedir. Bu semptom aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Prozopagnozi
- b) Parafazi
- c) Wernicke afazi
- d) Halüsinasyon
- e) Anton sendromu

AÇIKLAMA: b. Hasta kızını tanımakta ama yanlış bir kelime kullanarak, "kızım" yerine "ablam" demektir. Bu şekilde yanlış kelime kullanmaya **parafazi** denir.

a. **Prozopagnozi**, kişinin yüzleri tanıyamamasıdır, bu nedenle de tanıması gereken kişiler ibile yabancı zannetmesidir. Hasta kızını gördüğünde tanımaktadır, dolayısıyla semptom prozopagnozi olamaz.

c. **Wernicke afazisinde** söyleneni anlama kusuru vardır . Hastada söyleneni anlama kusuru olmadığından semptom Wernicke afazisi olamaz.

d. **Halüsinasyon**, bir uyaran olmadığı halde kişinin bunu varmış gibi algılamasıdır. Hasta uyararı (kızını) görerek "Ablam" demektir, dolayısıyla semptom bir halüsinasyon olamaz.

e. **Anton sendromu**, kör olan bir hastanın körlüğünü inkar edip kör değilmiş gibi davranmaya çalışmasıdır. Hasta kör değildir, dolayısıyla tablo Anton sendromu olamaz.

Cevap B (*Adams and Victor's Principles of Neurology, 7.baskı, 2001, s.509*)

47.Aşağıdakilerden hangisi Alzheimer hastalığının tedavisinde yararı kanıtlanmış ilaç gruplarından biridir?

- a) Asetilkolin esteraz inhibitörü
- b) Dopamin agonisti
- c) Glutamat inhibitörü
- d) Kolin + lesitin
- e) İnterferon

AÇIKLAMA: a. Alzheimer hastalığının tedavisinde yararı kanıtlanmış ilaç gruplarından biri asetilkolin esteraz inhibitörleridir.

b. Dopamin agonistlerinin Alzheimer hastalığında yararı yoktur, bu ilaçlar Parkinson hastalığının tedavisinde kullanılırlar.

c. Bu grup ilaçların Alzheimer hastalığının tedavisinde yerleir yoktur, bu ilaçlar amyotrofik lateral sklerozun tedavisinde kullanılırlar.

d. Bu maddelerin Alzheimer hastalığının tedavisinde hiçbir yararı olmadığı gösterilmiştir.

e. Bu grup ilaçların Alzheimer hastalığının tedavisinde yerleri yoktur, bu ilaçlar multipl sklerozun tedavisinde kullanılır.

Cevap A (*Adams and Victor's Principles of Neurology, 7.baskı, 2001, s.1117*)

48.Alzheimer hastalığının varlığı için kesin bir gösterge olmayan ama hastalığı geliştirme riskinin artmış olduğu anlamına gelen genetik belirteç hangisidir?

- a) Presenilin 1 geninde mutasyon
- b) Presenilin 2 geninde mutasyon
- c) Apolipoprotein E – epsilon 4 aleli

- d) Amiloid prekürsör protein geninde mutasyon
- e) Gen lokusunda uzamış trinükleotid tekrarı

AÇIKLAMA: c. **Apolipoprotein E – epsilon 4** alelini taşıyan kişilerde Alzheimer hastalığı gelişmesi riski, taşımayanlara göre 3 kat daha yüksektir ama bu aleli taşıyan herkeste hastalık gelişmediği gibi, taşımayan kişilerde de hastalık gelişebilmektedir, dolayısıyla Alzheimer hastalığının varlığını kesin olarak göstermeyen ama riskin arttığını gösteren bir genetik belirteçtir.

a, b, d. Bu genin mutasyonu Alzheimer hastalığının kesin göstergesidir.

e. Alzheimer hastalığında böyle bir uzamış trinükleotid tekrarı söz konusu değildir.

Cevap C (*Adams and Victor's Principles of Neurology, 7.baskı, 2001, s.1116*)

49.Akut gelişmiş flask kas güçsüzlüğü nedeniyle acil servise başvuran bir hastada aşağıdaki durumlardan hangisi söz konusu değildir?

- a) Şiddetli hiperkalsemi
- b) Şiddetli hiperkalemi
- c) Şiddetli hipokalemi
- d) Şiddetli hipofosfatemi
- e) Şiddetli hipomagnezemi

AÇIKLAMA: e. Akut gelişen flask kas güçsüzlüğü hipomagnezemide değil, hipermagnezemide görülür.

a. Şiddetli hiperkalsemi akut gelişen flask kas güçsüzlüğüne neden olur.

b. Şiddetli hiperkalemi akut gelişen flask kas güçsüzlüğüne neden olur.

c. Şiddetli hipokalemi akut gelişen flask kas güçsüzlüğüne neden olur.

d. Şiddetli hipofosfatemi akut gelişen flask kas güçsüzlüğüne neden olur.

Cevap E (*Henry, Neurologic Emergencies, 2.baskı, 2003, s.139*)

50.Myastenia gravis nedeniyle piridostigmin kullanan bir hastanın pupilleri miyotik ise yorumunuz ne olur?

- a) İlacın beklenen bir etkisidir.
- b) İlaç normalde midriyazise neden olur, bu hastada dozu yetersiz kalmıştır.
- c) İlaç pupiller üstünde etkisiz olduğundan hastada başka bir sorun olmalıdır.
- d) Hasta myastenik krizdedir.
- e) Hasta ilaca karşı aşırı duyarlılık göstermektedir, ilacın kesilmesi gerekir.

AÇIKLAMA: a. Piridostigmin bir asetilkolin esteraz inhibitörüdür. Dolayısıyla kolinerjik etkiye sahiptir. Kolinerjik ilaçlar pupillerde miyozise neden olurlar. Bu

NÖROLOJİ

nedenle, pupillerde miyozis piridostigminin beklenen bir etkisidir.

b. Piridostigmin normalde pupillerde midriyazise değil miyozise neden olur (bak. a şıkkı) ve ilacın doz ayarlaması pupil çapına göre değil kas gücü değerlendirmesine göre yapılır.

c. Piridostigmin (kolinerjik ilaçlar) pupiller üstünde etkilidir ve miyozise neden olur (bak. a şıkkı), dolayısıyla hastada başka bir sorun aramak gerekmez.

d. Myastenik krizde artmış kas güçsüzlüğü ve solunum sıkıntısı vardır. Bunlar olmaksızın sadece pupil çapına bakarak myastenik kriz denemez.

e. Pupillerde miyozis bir aşırı duyarlılık belirtisi değil ilacın beklenen bir etkisidir, ilacı kesmek için bir kriter olamaz.

Cevap A (*Henry, Neurologic Emergencies, 2.baskı, 2003, s.61*)

PSİKİYATRİ

1. Otuzdört yaşında, kadın hasta, iki kez büyük alışveriş merkezlerinde panik atağı geçirme sonrasında belirli ortamlara girememeye ve belirli durumlardan sakınmaya başlamıştır. Bu durumlar arasında kalabalık çarşılar ve alışveriş merkezleri, belediye otobüsleri, deniz taşıtları, sinema ve konser salonları vardır. Bu ortamlara girememek hastanın işlevselliğini ve sosyal yaşamını olumsuz etkilemektedir. Hastanın yaşadığı fobik duruma ne ad verilir?

- a) Klostrofobi
- b) Sosyal fobi
- c) Akrofobi
- d) Agorafobi
- e) Özgül fobi

AÇIKLAMA: Panik ataklarına sıklıkla eşlik eden fobi tipi **agorafobidir**. Başlangıçta “açık alan korkusu” anlamına gelen agorafobi kavramının içeriği sonradan “kaçıp kurtulmanın ve yardıma ulaşmanın zor olacağı öngörülen durumlarda yaşanan korku” olarak genişletilmiştir. **Klostrofobi** yalnızca kapalı yerlerde, **akrofobi** ise yüksek yerlerde duyular korkudur. Sosyal ortamlarda ya da performans gerektiren durumlarda yaşanan korku **sosyal fobi**, her türlü nesne ve duruma karşı duyulan korkular **özgül fobi** olarak adlandırılmaktadır.

Cevap D (*Harrison's Principles of Internal Medicine, 14.baskı, 1998*)

2. Aşağıdaki Amerikan Psikiyatri Birliği DSM-IV ölçütlerinden hangisi majör depresif epizod tanısı koymak için mutlaka bulunması gereken iki ölçütten birisidir?

- a) İlgi azalması ya da zevk alamama
- b) Kilo kaybı ya da kilo alma
- c) Uykusuzluk ya da fazla uyuma
- d) Psikomotor ajitasyon ya da retardasyon
- e) Halsizlik-yorgunluk ya da enerji kaybı

AÇIKLAMA: Yukarıdaki ölçütlerin tümü DSM-IV'ün “majör depresif epizod” tanısı ölçütleri arasında yer almaktadır. Majör depresif epizod tanısı koymak için en az iki hafta süreyle dokuz ölçütünün en az beşinin varlığı koşulu aranmaktadır. Bu ölçütlerden en az birinin “depresif duygudurum” ya da “ilgi azalması ya da zevk alamama” olması gerekmektedir.

Cevap A (*Harrison's Principles of Internal Medicine, 14.baskı, 1998*)

3. Trisiklik antidepressan kullanımında ilaca bağlı ortostatik hipotansiyon gelişmesi durumunda

alınması uygun olan önlem aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Vazopresör ajan kullanımı
- b) İlacın kesilmesi
- c) Sıvı alımının artırılması
- d) Yatak istirahati
- e) Tolerans gelişmesinin beklenmesi

AÇIKLAMA: Trisiklik antidepressanların alfa-adrenerjik blokaj etkisine bağlı olarak gelişen ortostatik hipotansiyon yapıcı etkisine tolerans gelişmesi beklenmemektedir. İlacın bu nedenle kesilmesi gerekmez. Yatak istirahatinin yararı olmayacaktır. Önerilen yöntemler sıvı alımının artırılması, egzersiz ve fludrokortizon kullanımınıdır. Vazopresör ajan kullanımı önerilmemektedir.

Cevap C (*Harrison's Principles of Internal Medicine, 14.baskı, 1998*)

4. Manik epizod ölçütlerini karşılamayan hiponamik belirtilerin ve majör depresif epizod ölçütlerini karşılamayan depresif belirtilerin en az iki yıl boyunca birbirini izleyen dalgalanmalar biçiminde seyrettiği duygudurum bozukluğuna ne ad verilir?

- a) Bipolar 1 bozukluk
- b) Distimik bozukluk
- c) Başka yerde sınıflandırılmayan bipolar bozukluk
- d) Bipolar 2 bozukluk
- e) Siklotimik bozukluk

AÇIKLAMA: Bipolar 1 bozukluk tanısı koymak için öyküde majör depresif epizod olsun olmasın en az bir manik epizodun varlığı koşulu aranmaktadır. **Bipolar 2 bozuklukta** ise tanı ölçütlerini karşılayan majör depresif ve hipomanik epizodlar birbirini izlemektedir. Distimik bozuklukta en az iki yıl süreyle hafif şiddette depresyon belirtilerinin olması gerekir. Yukarıda tanımlama siklotimik bozukluk ile uyumludur. Bu durumda başka bir yerde sınıflandırılmayan bipolar bozukluk tanısı konmasına gerek yoktur.

Cevap E (*Güleç, Psikiyatri Temel Kitabı, 2.cilt, 1998, s.436-437*)

5. Duygudurum dengeleyici olarak kullanılan valproik asidin en önemli ve ölümcül olabilecek olan istenmeyen etkisi hangisidir?

- a) Status epileptikus
- b) Hepatotoksisite

PSIKİYATRİ

- c) Akut tübüler nekroz
- d) Nörotoksosite
- e) Lökopeni

AÇIKLAMA: Antikonvülzan bir ilaç olan valproik asidin status epileptikusa neden olması beklenmez. Karaciğerde metabolize edildiğinden genellikle nefrotoksik değildir. Diğer duydudurum dengeleyicilerden lityum kullanımında nörotoksosite, karbamazepin kullanımında lökopeni oluşmasından endişe edilir. Valproik asidin en önemli istenmeyen etkisi ise hepatotoksitesidir.

Cevap B (*Harrison's Principles of Internal Medicine, 14.baskı, 1998*)

6. Bedensel yakınmalarla başvuran, ancak yakınmaları tıbbi nedenlerle, alkol ya da madde kullanımı ile açıklanamayan, bedensel yakınmanın hastanın kendisi tarafından oluşturulmuş olmadığı psikiyatrik bozukluklara ne ad verilir?

- a) Psikosomatik bozukluk
- b) Simülasyon (temaruz)
- c) Yapay bozukluk
- d) Somatoform bozukluk
- e) Disosiyatif bozukluk

AÇIKLAMA: Psikosomatik bozukluklarda nedeni psikolojik olarak yorumlansa da gerçek bir fiziksel hastalık bulunmaktadır. Kişinin kendisinde hastalık oluşturduğu durumlar görünür kazanç varsa simülasyon, görünür kazanç yoksa yapay bozukluk olarak adlandırılmaktadır. Disosiyatif bozukluklarda ise psikolojik nedenlerle bellek, kimlik ya da bilinç işlevlerinde bozulma görülmektedir. Yukarıdaki tanımlamaya uyan psikiyatrik bozukluk kategorisi ise somatoform bozukluklardır.

Cevap D (*Harrison's Principles of Internal Medicine, 14.baskı, 1998*)

7. Şizofreninin hastalığın akut alevlenme dönemleri geçtikten sonra görülen, belirgin sanrılar, varsanılar, dezorganize konuşma ya da davranışın olmadığı, daha çok negatif belirtilerle seyreden tipine ne ad verilir?

- a) Dezorganize tip
- b) Rezidüel tip
- c) Basit tip
- d) Paranoid tip
- e) Farklılaşmamış tip

AÇIKLAMA: Paranoid tip şizofrenide belirgin sanrılar, dezorganize tip şizofrenide dezorganize konuşma ve davranış görülür. Basit tip şizofreni daha çok negatif belirtilerle seyretmekle birlikte öyküde akut alevlenme dönemleri yoktur. Yukarıda tanımlanan tablo rezidüel tip şizofreni ile uyumludur. Tablo belirgin olarak hiçbir tipin özelliklerini göstermiyorsa

farklılaşmamış tip şizofreni tanısı koymak gerekir.

Cevap B (*Güleç, Psikiyatri Temel Kitabı, 2.cilt, 1998, s.340*)

8. Karaciğer işlev bozukluğu olan alkol bağımlılarında alkol yoksunluğu tedavisinde sedasyon amacıyla kullanılması en uygun olan ilaç hangisidir?

- a) Lorazepam
- b) Thiamine
- c) Diazepam
- d) Klordiazepoksid
- e) Klorpromazin

AÇIKLAMA: Thiamine (Vit. B1) alkol yoksunluğu tedavisinde kullanılır, ancak sedasyon amacıyla kullanılmaz. Sedasyon için antipsikotikler yerine alkol ile çapraz toleransı olan benzodiyazepinlerin kullanılması yeğlenir. Bir antipsikotik olan klorpromazinin yeğlenmemesinin bir diğer nedeni de karaciğer toksik etki göstermesi olasılığıdır. Uzun etki süreli benzodiyazepinler olan diazepam ve klordiazepoksid karaciğerde konjugasyon yoluyla metabolize edildiklerinden yeğlenmezler. Yeğlenmesi gereken ilaç orta etki süreli bir benzodiyazepin olan lorazepamdır.

Cevap A (*Harrison's Principles of Internal Medicine, 14.baskı, 1998*)

9. Bilişsel (kognitif) bozuklukların akut biçimi olan deliryum tablosu için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Belirtiler gündüz saatlerinde artar.
- b) Tedavide antidepressanlar kullanılır.
- c) Kolinerjik nöronal iletimde bozukluk vardır.
- d) Tablo genellikle geri dönüşüzdür (irreversibl)
- e) Bilinç genellikle kapalıdır.

AÇIKLAMA: Deliryum tablosunda hastanın bilinci genelde açıktır, ancak dalgalanmalar gösterir. Belirtiler genellikle geceleri artar. Tedavi etiyolojiye yöneliktir. Sedasyon amacıyla antipsikotikler ve benzodiyazepinler kullanılabilir. Çoğu hastada tablo iyileşir, bazen ölümle sonuçlanır ya da demansa dönüşür. Patogeneizde rol oynayan nörotransmitter sistemi kolinerjik sistemdir.

Cevap C (*Güleç, Psikiyatri Temel Kitabı, 2.cilt, 1998, s.221-230*)

10. Herkes için ağır sayılan fiziksel ya da psikolojik stres durumları yaşayan kişilerde olayı izleyen kısa dönemde tepkisizlik, bellek bozukluğu, anksiyete belirtileri ve olayı anımsatan uyarılardan kaçınma davranışının ortaya çıkması Amerikan Psikiyatri Birliğinin DSM-IV sınıflandırmasında "akut stres bozukluğu" olarak adlandırılmaktadır. Belirli süre geçtikten sonra aynı tablo varlığını sürdürüyorsa

“travma sonrası stres bozukluğu” tanısı koymak gerekir. Tanı değişikliği için sınır oluşturan bu süre ne kadardır?

- a) 48 saat
- b) Bir hafta
- c) İki hafta
- d) Dört hafta
- e) Üç ay

AÇIKLAMA: Tanım gereği akut stres bozukluğu en az 2 gün, en fazla 4 hafta sürer. 4 hafta geçtikten sonra belirtiler devam ediyorsa travma sonrası stres bozukluğu tanısı koymak gerekir.

Cevap D (*Güleç, Psikiyatri Temel Kitabı, 2.cilt, 1998, s.508-509*)

11.NMDA, AMPA ve kainate reseptörleri hangi nörotransmitere aittir?

- a) Dopamin
- b) Glutamat
- c) Endojen opioidler
- d) GABA
- e)Nörotropik faktörler

Cevap B (*Kaplan and Sadocks Comprehensive Textbook of Psychiatry, 1. cilt, 7.baskı, 2000, s.54-55*)

12.Alzheimer hastalığında kognitif bozukluğu düzelttiği bilinen ve etkinlikleri iyi kanıtlanmış olan ilaçlar hangileridir?

- a) SSRI'lar (Seçici serotonin geri alım inhibitörleri)
- b) Ginko biloba
- c) Kolinesteraz inhibitörleri
- d) Vitamin E
- e) Nörotropik ajanlar

Cevap C (*Kaplan and Sadocks Comprehensive Textbook of Psychiatry, 1. cilt, 7.baskı, 2000, s.905*)

13.Bağımlılık yapan maddelerin pekiştirici-ödüllendirici özelliklerinin daha çok beynin hangi yapısıyla ilişkisi olduğu düşünülmektedir?

- a) Talamus
- b) Bazal ganglionlar
- c) Nükleus accumbens
- d) Frontal korteks
- e) Serebellum

Cevap C (*Kaplan and Sadocks Comprehensive Textbook of Psychiatry, 1. cilt, 7.baskı, 2000, s.942-943*)

14.Bağımlılık yapan maddelerden hangisinin etki mekanizması GABA ile ilişkili değildir?

- a) Benzodiazepinler
- b) Barbitüratlar
- c) Alkol
- d) İnhalan ajanlar
- e) Kokain

Cevap E (*Kaplan and Sadocks Comprehensive Textbook of Psychiatry, 1. cilt, 7.baskı, 2000, s.1003*)

15.Aşağıdaki tipik antipsikotiklerden hangisinin 5-HT2 reseptörlerini bloke etme özelliği yoktur?

- a) Amisülpirid
- b) Olanzapin
- c) Klozapin
- d) Risperidon
- e) Ziprasidon

Cevap A (*Kaplan and Sadocks Comprehensive Textbook of Psychiatry, 2. cilt, 7.baskı, 2000, s.2362-2364*)

16.Aşağıdaki antidepresanlardan hangisinin antikolinerjik etkisi azdır?

- a) Amitriptilin
- b) Fluoksetin
- c) Paroksetin
- d) Clomipramin
- e) Maprotilin

Cevap B (*Kaplan and Sadocks Comprehensive Textbook of Psychiatry, 2. cilt, 7.baskı, 2000, s.2439-2447*)

17.İstem dışı vokal tikler (hırıltı, patlar tarzda öksürük, havlar gibi ses, gelişigüzel sözler) veya boyunda, yüzde, ekstremitelerde görülen tekrarlayıcı hızlı hareketlerle karakterize sendrom aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Rett sendromu
- b) Çocukluğun Desintegratif bozukluğu
- c) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite send.
- d) Tourette sendromu
- e) Asperger sendromu

Cevap D (*Öztürk, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 7.Baskı, 1997, s.442*)

NÜKLEER TIP

1. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Nükleer tıp fonksiyonel, radyoloji ise anatomik görüntüleme modaliteleridir.
- Radyolojide görüntüleme kontrastsız ya da kontrastlı madde kullanılarak yapılabilir; nükleer tıpta ise görüntüleme için bir radyofarma-sötüğün kullanılması gerekir.
- Nükleer tıpta tanı için kullanılan radyofarma-sötükler organ fonksiyonlarını bir miktar değiştirebilirler.
- Radyolojik ve nükleer tıp yöntemleri hem tanı hem de tedavide amaçlı kullanılır.
- Radyolojide kullanılan iyotlu kontrast maddelerin alerjik özellikleri varken; nükleer tıpta kullanılan radyofarmasötüklerin belirgin alerjik özelliklerine rastlanmamıştır.

AÇIKLAMA: Radyofarmasötükler nükleer tıpta tanı veya tedavi için kullanılan ve organlarda fizyolojik değişikliğe sebep olmayan radyoaktif bileşiklerdir.

Cevap C (*Stephen Karesh: Radiopharmaceuticals, www.lunis.luc.edu/nucmed/tutorial/radpharm*)

2. Aşağıdakilerden hangisi tiroid sintigrafisinde kullanılmaz?

- İyot-123
- İyot-131
- Tc-99m Perteknetat
- Tl-201
- Tc-99m DTPA

AÇIKLAMA: Tc-99m DTPA böbrek fonksiyonlarının görüntülenmesinde kullanılan bir radyofarmasötik ajan olup tiroid görüntülenmesinde yeri yoktur.

Cevap E (*Datz, Handbook of Nuclear Medicine, 2.baskı, 1993, s.4,5*)

3. Aşağıdakilerden hangisi kemik sintigrafisinin kullanım endikasyonlarından biri değildir?

- Osteomiyelit
- Sekonder kemik tümörleri
- Avasküler nekroz
- Osteoporoz
- Stres fraktürleri

AÇIKLAMA: Kemik sintigrafisinin osteoporozun tanısında primer endikasyonu yoktur. Osteoporoz tanısında kemik mineral yoğunluğu ölçümü yapılır. Diğer bütün şıklar endikasyonlar arasında yer almaktadır.

Cevap D (*Early, Principles and Practice of Nuclear*

Medicine, 2.baskı, 1995, s.345)

4. Aşağıdakilerden hangisi miyokard perfüzyon sintigrafisi endikasyonlarından değildir?

- Miyokardiyal iskemi veya skarın lokalizasyonu, yayılımı veya ciddiyetinin değerlendirilmesi
- Anjiyografik olarak tespit edilen anatomik bir lezyonun anlamlılığının değerlendirilmesi
- Miyokardiyal canlılığın değerlendirilmesi
- Bilinen veya şüpheli konjestif kalp yetmezliğinde iskemik / idiyopatik ayırıcı tanısı
- Kalp kapak hastalıklarının tanısı

Cevap E (*Society of Nuclear Medicine procedure guidelines manual. www.snm.org/policy/new_guidelines_1.html-, 2001, 2002, s7,8*)

5. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Nükleer tıpta pulmoner emboli tanısında akciğer perfüzyon sintigrafisi ventilasyon sintigrafisi ile birlikte kullanılır.
- Düz akciğer grafisi pulmoner embolide emboliyi taklit eden klinik durumları ekarte etmede kullanılır.
- Ventilasyon perfüzyon sintigrafisini değerlendirirken 48 saat önce çekilmiş bir ön-arka akciğer grafisi yeterlidir.
- Akciğer perfüzyon sintigrafisinde kullanılan Tc-99m MAA akciğer kapillerlerinde %0.1'den daha az miktarda bir embolizasyon sağlayıp önemli bir fizyolojik değişikliğe sebep olmaz.
- Akciğer ventilasyon / Perfüzyon sintigrafisinde bulgular normal olduğunda pulmoner emboli ekarte edilebilir.

AÇIKLAMA: Ventilasyon perfüzyon sintigrafisini değerlendirirken ventilasyon perfüzyon sintigrafisine mümkün olan en yakın zamanda (mutlaka 12 saat içinde) çekilmiş bir ön-arka akciğer grafisi gerekir.

Cevap C (*Gottshalk, Diagnostic Nuclear Medicine, 4.baskı, 2003, s.348*)

6. Paratiroid adenomları cerrahisinde kullanılan nükleer tıp yöntemi nedir?

- Talyum/teknesyum çıkartma sintigrafisi
- MIBI/teknesyum çıkartma sintigrafisi
- I-131 sintigrafisi
- I123 sintigrafisi
- Gamma probe ile minimal invazif cerrahi

Cevap E (*Garcia Vicente A, Soriano Castrejon A, Rodado Marine S, et al. Minimally invasiye parathyroid surgery*

NÜKLEER TIP

with ^{99m}Tc -sestamibi scintigraphy and probe-radiguided surgery. Preliminary results. *Rev Esp Med nucl (Spain)*, Act 2000, 19(6) p403-8.)

7. Osteomyelit tanısında kullanılan en duyarlı yöntem aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Tc-99m HMPAO ile işaretli lökosit sintigrafisi
- b) Tc-99m MDP ile dinamik kemik sintigrafisi
- c) Tl-201 tüm vücut sintigrafisi
- d) I-131 tüm vücut sintigrafisi
- e) Octreoscan

Cevap A (Storey GR, Bruce w, Kinchington M, et al. Tc-99m-labeled leukocyte and skeletal scintigraphy in a case of pelvic osteomyelitis. *cCLin Nucl Med (United States)*, Occt 1998, 23(10) p717-9))

8. Akciğer perfüzyon-ventilasyon sintigrafisi hangi hastalığın tanısında kullanılır?

- a) Bronşit
- b) Astım
- c) Akciğer tüberkülozu
- d) Akciğer embolisi
- e) Akciğer ödemi

Cevap D (Giordano A, Angiolilo DJ. Current role of lung scintigraphy in pulmonary embolism. *Q J Nucl Med (Italy)*, Dec 2001, 45(4) p294-301)

9. Alzheimer hastalığının erken tanısında en duyarlı görüntüleme yöntemi hangisidir ?

- a) Manyetik Rezonans Görüntüleme (MR)
- b) Bilgisayarlı Tomografi (BT)
- c) Digital Substraction Angiografi (DSA)
- d) Pozitron Emisyon Tomografi (PET)
- e) Radyonüklid sisternografi

Cevap D (Thrall JH, Ziessman HA: *Nuclear Medicine*, 2. baskı, Mosby, 2001, s 311)

10. Aşağıdaki tiroid hastalıklarının hangisinde radyo-iyot uptake'i artmamıştır?

- a) Basedow hastalığı

- b) Toksik adenom
- c) Hashimoto hastalığı (aktive dönem)
- d) Endemik guatr
- e) Eksojen tiroid hormon alımına bağlı hipertiroidi

Cevap E (Thrall JH, Ziessman HA: *Nuclear Medicine*, 2. baskı, 2001, s 366)

11. Myokard canlılığının belirlenmesinde hangi yöntem yetersizdir?

- a) FDG-PET görüntüleme
- b) Dobutamin Ekokardiografi
- c) Efor testi
- d) Rest-Redistribüsyon Tl-201 myokard perfüzyon testi
- e) Tc-99m-MIBI myokard perfüzyon testi

Cevap C (Thrall JH, Ziessman HA: *Nuclear Medicine*, 2. baskı, 2001, s 89)

12. Kemik sintigrafisinde aşağıdakilerden hangisi endikasyon teşkil etmez?

- a) Kemik ağrılarında
- b) Kemik metastazlarının araştırılmasında
- c) Tümörlerin evrelendirilmesinde
- d) Tedaviye verilen cevabın araştırılmasında
- e) Osteoporoz

Cevap E (Thrall JH, Ziessman HA: *Nuclear Medicine*, 2. baskı, 2001, s 116)

13. Böbrek ultrasonografisinde hidronefroz tespit edilen bir hastada idrar akım obstrüksiyonu olup olmadığını anlamak için hangi tetkik ilk planda yapılmalıdır ?

- a) Diüretikli böbrek sintigrafisi
- b) İntravenöz pyelografi (IVP)
- c) Asendan pyelografi
- d) Direkt batın grafisi
- e) Sistografi

Cevap A (Fogelman, *An atlas of clinical nuclear medicine*, 2. baskı, s.186)

RADYASYON ONKOLOJİSİ

1. Aşağıdaki cihazların hangisi radyoterapi tedavisinde kullanılmaktadır?

- a) Gama-Spect
- b) Lineer Akseleratör
- c) MRI
- d) FDG-PET
- e) Sintigrafi

AÇIKLAMA: Radyoterapinin esasını x-ışınları ile yapılan tedavi teşkil etmektedir. Lineer Akseleratörler 4-25 MeV arasında x-ışını ve 3-18 MeV arasında elektron üreten tedavi üniteleridir. Toraks, batin, pelvis içindeki derin organların tümörlerinde kullanıldığı gibi, elektron da yüzeysel tümörlerin tedavisinde başarı ile kullanılmaktadır. Diğer şıklardaki cihazlar tetkik amacı ile kullanılmaktadır.

Cevap B (*Gunderson, Radiation Oncology, 1.baskı, 2000, s.67-68*)

2. Hücre siklusunda radyoterapinin en az etkili olduğu faz aşağıdakilerden hangisidir?

- a) G0 fazı
- b) M fazı
- c) S fazı
- d) G1 fazı
- e) G2 fazı

AÇIKLAMA: Mitoz fazında ya da mitoza yakın hücreler radyasyona karşı en duyarlı hücrelerdir. S fazının sonuna gidildikçe hücreler radyasyona direnç kazanmaktadır.

Cevap C (*Hall, Radiobiology for the Radiologist, 5.baskı, 2000, s.70*)

3. Aşağıdaki kanser türlerinden hangisi radyoterapiye dirençlidir?

- a) Küçük hücreli akciğer karsinomu
- b) Nazofarenks karsinomu
- c) Seminom
- d) Malign melanoma
- e) Mediastinal lenfoma

AÇIKLAMA: Malign melanom radyoterapiye dirençli bir tümördür, diğer şıklardaki tümörler ise radyoterapiye duyarlıdır.

Cevap D (*Carlos, Principles and Practice of Radiation Oncology, 3.baskı, 1998, s.739*)

4. Aşağıdaki kanser türlerinin hangisinde tek başına radyoterapi ile kür sağlanabilmektedir?

- a) Glioblastome multiforme

- b) Seminom
- c) Rektum kanseri
- d) Meme kanseri
- e) Nazofarenks kanseri

AÇIKLAMA: Nazofarenks kafa tabanına yakın olduğu için uygun marjinle cerrahi rezeksiyon yapılması mümkün değildir. Radyoterapi nazofarenks karsinomunda tek tedavi şeklidir.

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

5. Aşağıdaki durumların hangisinde acil radyoterapi endikasyonu yoktur?

- a) Vena cava süperior sendromu
- b) Beyin metastazı
- c) Medulla spinalis basısı
- d) Spinal kord kompresyonu
- e) Orbital pseudotümör

AÇIKLAMA: b, c ve d şıklarındaki durumlar nörolojik defisit oluşma riskinden dolayı en önemli acil radyoterapi endikasyonlarıdır. VCSS'da basıya bağlı ciddi dispne ve ödem olduğundan en kısa sürede radyoterapiye başlamak gereklidir. Orbital psödotümörde de radyoterapi endikasyonu vardır ancak acil bir durum değildir.

Cevap E (*Perez, Principles and Practice of Radiation Oncology, 3.baskı, 1998, s.2187-2192-2221*)

6. Preoperatif veya postoperatif radyoterapi ilavesi ile aşağıdaki tümörlerin hangisinde organ koruyucu cerrahi mümkün değildir?

- a) Meme kanseri
- b) Mesane kanseri
- c) Akciğer kanseri
- d) Rektum kanseri
- e) Yumuşak doku kanserleri

AÇIKLAMA: Akciğer kanserinde primer tedavi cerrahidir. Cerrahinin yapılamadığı durumlarda tedavi radyokemoterapidir.

Cevap C (*Gunderson, Radiation Oncology, 1.baskı, 2000, s.728-810-968-1032*)

7. Aşağıdakilerden hangisi meme kanserinin kötü prognostik kriterlerinden değildir?

- a) Östrojen reseptör negatifliği
- b) Aksiller lenf nodu tutulumu
- c) Büyük tümör çapı
- d) BRCA-1 negatifliği
- e) p53 gen mutasyonu

AÇIKLAMA: BRCA-1 ve BRCA-2 pozitifliği meme kanserinde kötü prognostik kriterdir. Familial meme kanseri ile ilişkilidir. BRCA-1 mutasyonu olan kadınlarda yaşamları boyu meme kanserine yakalanma riski %65-85 arasındadır.

Cevap D (Cox, Radiation Oncology, 8.baskı, 2003, s.341)

8. Aşağıdakilerden hangisi mesane kanserinin etiolojisinde rol oynamaz?

- a) Sigara
- b) Schistosomiasis haematobium enfestasyonu
- c) Sisplatin
- d) Fenasetin içeren analjezikler
- e) Aromatik aminler

AÇIKLAMA: Kemoterapötik ajanlardan siklofosamid mesane kanseri riskini artırır. Ancak sisplatinde böyle bir etki yoktur. Ayrıca kronik mesane enfeksiyonları ve mesane irritasyonunda mesane kanseri riskini artıran diğer faktörlerdir.

Cevap C (Cox, Radiation Oncology, 8.baskı, 2003, s.577)

9. Aşağıdakilerden hangisi radyoterapinin alt gastrointestinal sistem yan etkilerinden değildir?

- a) Bulantı-kusma
- b) Mukozit
- c) Diyare
- d) Proktit
- e) Özofajit

AÇIKLAMA: Diyare en çok görülen akut toksisitedir. Mukozit, akut proktit, bulantı-kusma, akut enterit, kronik bağırsak hasarı, rektal kanama, seksüel disfonksiyonlar diğer yan etkiler arasındadır.

Cevap E (Cox, Radiation Oncology, 8.baskı, 2003, s.523-524)

10. Aşağıdaki benign hastalıkların hangisinde radyoterapinin yeri yoktur?

- a) Egzotalmus
- b) Keloids
- c) Vertebral hemanjiom
- d) Fibroadenom
- e) Desmoid tümör

AÇIKLAMA: Radyoterapi yukarıda sayılanların dışında da birçok benign hastalıkta kullanılmaktadır. Yalnız meme fibroadenomunda radyoterapinin yeri yoktur.

Cevap D (Perez, Principles and Practice of Radiation Oncology, 3.baskı, 1998, s.1600)

11. Aşağıdaki akciğer kanseri alt tiplerinin hangisinde kemik iliği tutulumu görülme olasılığı en yüksektir?

- a) Epidermoid
- b) Büyük hücreli
- c) Adenokarsinom
- d) Küçük hücreli
- e) Karsinoid

AÇIKLAMA: Kemik iliği pozitifliği görülme olasılığı epidermoid karsinomda %36, büyük hücreli karsinomda %12.5, adenokarsinomda %18.5, küçük hücreli karsinomda ise %46.4'dür.

Cevap D (Perez, Principles and Practice of Radiation Oncology, 3.baskı, 1997, s.1184)

12. Hücre siklusu hangi fazda radyasyona en duyarlıdır?

- a) G₁
- b) S
- c) G₂
- d) M
- e) G₀

Cevap D (Gunderson, Clinical Radiation Oncology, 2000, s.16)

13. Çocuklarda en sık görülen malign hastalık hangisidir?

- a) Ewing's sarkomu
- b) Osteosarkom
- c) Akciğer kanseri
- d) Retinoblastom
- e) Akut lenfositik lösemi

Cevap E (Devita, Cancer Principles and Practice of Oncology, s.2170)

14. Aşağıdaki tümörlerden hangisi en radyoduyarlıdır?

- a) Seminom
- b) Meme kanseri
- c) Sarkom
- d) Malign melanom
- e) Tiroid tümörü

AÇIKLAMA: Seminom 20-30 Gy gibi dozlarla radyoterapiye yanıt verebilen en radyoduyarlı tümörlerdendir. Bu yüzden radyoterapi seminom tedavisinde önemli rol oynar. Diğer tümörlerden ise özellikle malign melanom ve sarkomlar oldukça radyodirençli-dirler. Meme kanseri ve tiroid tümörleri de hastalık kontrolü için oldukça yüksek dozlara çıkmayı gerektiren tümör tipleridir.

Cevap A (Perez, Principles and Practice of Radiation Oncology, 3.baskı, 1998, s.8)

15. Aşağıdakilerden hangisi radyoterapi uygulanan benign beyin tümörlerinden biridir?

- a) Akustik nörinom
- b) ALL
- c) Beyin metastazı
- d) Glioblastome multiforme
- e) Anaplastik astrositom

AÇIKLAMA: Akustik nörinom özellikle nörofibromatozisli olgularda daha sık görülen benign bir tümördür ancak yerleşimine bağlı yarattığı semptomlar nedeniyle tedavi gerektirebilir. ALL bir beyin tümörü olmayıp sadece seyri içinde santral sinir sisteminde lösemik tutulum yapabilir. ALL'de radyoterapi bazı olgularda profilaktik olarak veya tutulumda da tedavi amaçlı beyne verilmektedir. Beyin metastazları, glioblastome multiforme ve anaplastik astrositom ise malign tümörlerdir ve tedavilerinde radyoterapi önemli bir yere sahiptir.

Cevap A (*Perez, Principles and Practice of Radiation Oncology, 3.baskı, 1998, s.777-828*)

16. 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*)

17. 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 palyatifdir.

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

18. Aşağıdakilerden hangisi hematojen 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*)

19. Nazofarenks kanserinin primer tedavisi nedir?

- 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*)

20. 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*)

21. 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'nde metastatik olmayan hastaların yaklaşık üçte biri tedavisiz izlenmektedir. Bu yaklaşım prognozu etkilemez.

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

RADYASYON ONKOLOJİSİ

22. 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*)

23. 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*)