

Türkiye Klinikleri

MEDİTEST Dergisi

EDİTÖR

Prof.Dr.Hikmet AKGÜL (Ankara)

YAYIN SEKRETERİ

Dr.İbrahim ERSOY (Ankara)

SORU HAZIRLAYAN ÖĞRETİM ÜYELERİ

Prof.Dr. Adnan ABASIYANIK (Meram)	Prof.Dr. Mahmut BAYKAN (Meram)	Prof.Dr. Nurhan ENGİNAR (İstanbul)
Prof.Dr. Ercan ABAY (Trakya)	Doç.Dr. Merih BAYKAN (Karadeniz)	Yrd.Doç.Dr. Yaşar ENLİ (Pamukkale)
Doç.Dr. Ali ACAR (Meram)	Doç.Dr. Dilek BAYRAMGÜRLER (Kocaeli)	Prof.Dr. Deniz ERBAŞ (Gazi)
Prof.Dr. Mehmet Yücel AĞARGÜN (Yüzcüncü Yıl)	Prof.Dr. Ahmet BELCE (Cerrahpaşa)	Doç.Dr. M.Teoman ERDEM (Atatürk)
Doç.Dr. İlknur AK (Osmangazi)	Yrd.Doç.Dr. Ümit BELET (Ondokuz Mayıs)	Prof.Dr. Fatma ERDİNÇ (İstanbul)
Prof.Dr. Muhsin AKBABA (Çukurova)	Doç.Dr. Uğur BERBEROĞLU (Ankara Onkoloji Hst.)	Prof.Dr. Haydar ERDOĞAN (Cumhuriyet)
Yrd.Doç.Dr. Hayati AKBAŞ (Ondokuz Mayıs)	Yrd.Doç.Dr. Öcal BERKAN (Cumhuriyet)	Yrd.Doç.Dr. Bülent ERDUR (Pamukkale)
Uz.Dr. Özgür AKBAYIR (SSK Bakırköy Hst.)	Prof.Dr. Cengiz BEYAN (GATA)	Doç.Dr. Ergin EREN (Siyami Ersek GKDCM)
Doç.Dr. K.Gonca AKBULUT (Gazi)	Doç.Dr. Nilgün BİLEN (Kocaeli)	Uzm.Dr. Kübra EREN BOZDAĞ (İzmir Atatürk Eğ.Hst.)
Yrd.Doç.Dr. Füsün Zeynep AKÇAM (Süleyman Demirel)	Prof.Dr. Ayhan BİLİR (İstanbul)	Doç.Dr. Mine ERGUN (Hacettepe)
Prof.Dr. Tülay AKÇAY (Cerrahpaşa)	Doç.Dr. Levent Sinan BİR (Pamukkale)	Doç.Dr. Yamaç ERHAN (Celal Bayar)
Doç.Dr. Sedat AKDENİZ (Dicle)	Doç.Dr. N.Bülent BOYACI (Gazi)	Prof.Dr. Necile ERKAM (Ankara)
Prof.Dr. Doğan AKŞİT (Hacettepe)	Doç.Dr. Serpil BULUT (Fırat)	Yrd.Doç.Dr. Erol EROĞLU (Süleyman Demirel)
Prof.Dr. Sadık AKŞİT (Ege)	Prof.Dr. Mahmut BÜLBÜL (Süleyman Demirel)	Yrd.Doç.Dr. Lütfi EROĞLU (Ondokuz Mayıs)
Prof.Dr. Z. Aslı AKTAN İKİZ (Ege)	Yrd.Doç.Dr. Mehmet Akif BÜYÜKBEŞE (K.Siitçü İmam)	Prof.Dr. Lütfiye EROĞLU (İstanbul)
Doç.Dr. Zekeriya AKTÜRK (Trakya)	Doç.Dr. Suna BÜYÜKÖZTÜRK (İstanbul)	Prof.Dr. İhsan ERTEMLİ (Hacettepe)
Prof.Dr. Ömer AKYOL (Hacettepe)	Prof.Dr. Münevver BÜYÜKPAMUKÇU (Hacettepe)	Doç.Dr. Mete ERTÜRK (Ege)
Doç.Dr. Yakut AKYÖN YILMAZ (Hacettepe)	Yrd.Doç.Dr. Sevgi CANBAZ (Ondokuz Mayıs)	Prof.Dr. Teksin ERYILMAZ (Ankara)
Prof.Dr. Ruhî ALAÇAM (Hacettepe)	Yrd.Doç.Dr. Suat CANBAZ (Trakya)	Yrd.Doç.Dr. Özgen ESER (Hacettepe)
Yrd.Doç.Dr. Aşşın ALAĞÖL (Trakya)	Prof.Dr. Aykan CANBERK (İstanbul)	Doç.Dr. Bora FARSAK (Hacettepe)
(Prof.Dr. Emre ALHAN (Çukurova)	Prof.Dr. Yurdağul CANBERK (İstanbul)	Uz.Dr. Turgay FEN (Ankara Onkoloji Hst.)
Yrd.Doç.Dr. Alpaslan ALP (Hacettepe)	Prof.Dr. M.İpek CİNGİ (Osmangazi)	Doç.Dr. Orhan GELİŞEN (Ssk Ank. Doğumevi)
Yrd.Doç.Dr. M.Ufuk ALUÇLU (Dicle)	Prof.Dr. Emre CİNGİ (Osmangazi)	Doç.Dr. Remisa GELİŞGEN (Cerrahpaşa)
Doç.Dr. Yavuz ANACAĞ (Ege)	Doç.Dr. Teoman COŞKUN (Celal Bayar)	Doç.Dr. Hakan GERÇEKOĞLU (Siyami Ersek GKDCM)
Yrd.Doç.Dr. İsmail APAK (Dicle)	Prof.Dr. Meserret CUMHUR (Hacettepe)	Doç.Dr. Mehmet Faruk GEYİK (Dicle)
Doç.Dr. Rebiya APAYDIN (Kocaeli)	Prof.Dr. Mehmet ÇAĞLIKÜLEKÇİ (Mersin)	Yrd.Doç.Dr. Sadullah GİRGIN (Dicle)
Yrd.Doç.Dr. Şule APRAŞ BİLGİN (Hacettepe)	Prof.Dr. Meral ÇALGÜNERİ (Hacettepe)	Prof.Dr. Hasan GÖK (Meram)
Yrd.Doç.Dr. Cavidan ARAR (Trakya)	Doç.Dr. Çetin ÇELENK (Ondokuz Mayıs)	Doç.Dr. Erol GÖKA (Ankara Numune Hst.)
Doç.Dr. O.Kadir ARIBAŞ (Meram)	Prof.Dr. Fahrettin ÇELİK (Ondokuz Mayıs)	Prof.Dr. Ayşe Sevim GÖKALP (Kocaeli)
Doç.Dr. Sema ARICI (Cumhuriyet)	Prof.Dr. Hamdi ÇELİK (Hacettepe)	Yrd.Doç.Dr. M.Fatih GÖKÇE (Aibü Düzce)
Prof.Dr. Fikret ARPACI (GATA)	Prof.Dr. Semra ÇELİK (Cumhuriyet)	Doç.Dr. Faruk GÖNENÇ (Pamukkale)
Prof.Dr. Metin ARSLAN (Gazi)	Prof.Dr. Cengiz ÇELİK (Kardiyoloji Enst.)	Doç.Dr. Engin GÖNÜL (GATA)
Prof.Dr. Sevilhan ARTAN (Osmangazi)	Yrd.Doç.Dr. Celal ÇERÇİ (Süleyman Demirel)	Prof.Dr. Mustafa GÖNÜLLÜ (Cumhuriyet)
Prof.Dr. Mevlüt ASAR (Akdeniz)	Prof.Dr. M.Turan ÇETİN (Çukurova)	Prof.Dr. Adnan GÖRGÜLLÜ (Trakya)
Prof.Dr. Diler ASLAN (Pamukkale)	Doç.Dr. Ahmet Türkler ÇETİN (GATA)	Prof.Dr. Figen GÖVSA GÖKMEN (Ege)
Yrd.Doç.Dr. Hüseyin ASLAN (Gaziosmanpaşa)	Doç.Dr. Ziya ÇETİNKAYA (Fırat)	Prof.Dr. Fahrettin GÖZE (Cumhuriyet)
Yrd.Doç.Dr. Mehmet ATILGAN (Akdeniz)	Dr. Yeşim ÇETİNTAŞ (T.Y.İ.H.)	Yrd.Doç.Dr. Gülen GÜLER (Erciyes)
Yrd.Doç.Dr. Emel AVCI (Harran)	Yrd.Doç.Dr. Remzi ÇEVİK (Dicle)	Yrd.Doç.Dr. Nil GÜLER (Ondokuz Mayıs)
Uz.Dr. Aslı AYAN (Meram)	Prof.Dr. Nusret ÇİFTÇİ (Ondokuz Mayıs)	Prof.Dr. M.Koray GÜMÜŞTAŞ (Cerrahpaşa)
Yrd.Doç.Dr. Hülya AYBEK (Pamukkale)	Doç.Dr. Özgür ÇOĞULU (Ege)	Prof.Dr. İlhan GÜNALP (Ankara)
Doç.Dr. Hasan AYDEDE (Celal Bayar)	Yrd.Doç.Dr. Cengiz ÇOKLUK (Ondokuz Mayıs)	Doç.Dr. Kamer GÜNDÜZ (Celal Bayar)
Prof.Dr. Ayşe Resa AYDIN (İ İstanbul)	Prof.Dr. Mehmet ÇOLAKOĞLU (Meram)	Yrd.Doç.Dr. Ethem GÜNEREN (Ondokuz Mayıs)
Yrd.Doç.Dr. Berna AYDIN (Ondokuz Mayıs)	Yrd.Doç.Dr. Nergül ÇÖRDÜK (Pamukkale)	Prof.Dr. Ali Tahsin GÜNEŞ (Dokuz Eylül)
Uz.Dr. Süleyman AYDIN (Fırat)	Doç.Dr. Şennur DABAK (Ondokuz Mayıs)	Doç.Dr. Ali GÜR (Dicle)
Doç.Dr. Ercan Mustafa AYGEN (Erciyes)	Prof.Dr. Ramazan DEMİR (Akdeniz)	Prof.Dr. Asuman GÜRAKSIN (Atatürk)
Prof.Dr. Zuhar AYKAÇ (Siyami Ersek Gkdcm)	Prof.Dr. Ramazan DEMİR (Erciyes)	Prof.Dr. Mehmet GÜRBİLEK (Meram)
Prof.Dr. Ülkü AYPAR (Hacettepe)	Prof.Dr. Ergün DEMİRALP (GATA Haydarpaşa Hst.)	Uz.Dr. Alev GÜRGAN (İzmir Atatürk Eğ.Hst.)
Prof.Dr. Sema AYTEKİN (Dicle)	Doç.Dr. Cem DENK (Hacettepe)	Yrd.Doç.Dr. Dr. Yekta GÜRLERTOP (Atatürk)
Prof.Dr. Yener AYTEKİN (İstanbul)	Prof.Dr. Sibel DİNÇER (Gazi)	Prof.Dr. Bülent GÜRSEL (Hacettepe)
Prof.Dr. Hasan BAĞCI (Ondokuz Mayıs)	Prof.Dr. Hüseyin DİNDAR (Ankara)	Yrd.Doç.Dr. Sinan GÜRSOY (Cumhuriyet)
Doç.Dr. Halil İbrahim BAĞÇECİOĞLU (Fırat)	Dr. Ali Evrim DOĞAN (Osmangazi)	Prof.Dr. M.Ferit GÜRSU (Fırat)
Doç.Dr. Mustafa BAK (Dr.Behçet Uz Çocuk Hst.)	Doç.Dr. M.Metin DONMA (Süleymaniye D.Evi)	Doç.Dr. Murat GÜVENER (Hacettepe)
Prof.Dr. Nuri BAKAN (Atatürk)	Doç.Dr. Cihad DÜNDAR (Ondokuz Mayıs)	Prof.Dr. Mehmet HARMAN (Dicle)
Prof.Dr. Şükri BALEVİ (Meram)	Prof.Dr. Munis DÜNDAR (Erciyes)	Prof.Dr. İclal HATİPOĞLU (İstanbul)
Prof.Dr. Kunter BALKANLI (Trakya)	Yrd.Doç.Dr. M. Akif DÜZENLİ (Meram)	Yrd.Doç.Dr. Murat İKİZLER (Osmangazi)
Doç.Dr. Sibel BARIŞ (Ondokuz Mayıs)	Yrd.Doç.Dr. Turan EGE (Trakya)	Prof.Dr. Güliz İKİZOĞLU (Mersin)
Yrd.Doç.Dr. İbrahim BARUT (Süleyman Demirel)	Prof.Dr. Ayten EGEMEN (Ege)	Doç.Dr. Atilla İLHAN (İnönü)
Prof.Dr. Ruğün BAŞAR (Hacettepe)	Prof.Dr. Reyhan EGİLMEZ (Cumhuriyet)	Doç.Dr. Sevinç İNAN (Celal Bayar)
Doç.Dr. Figen BATIOĞLU (Ankara)	Doç.Dr. H. Meral EKŞİOĞLU (Ankara Eğitim Hst.)	Yrd.Doç.Dr. Işıl İNANIR (Celal Bayar)
Uz.Dr. Cem BATUKAN (Erciyes)	Doç.Dr. Şahade ELAĞÖZ (Cumhuriyet)	Prof.Dr. Lütfi İNCESU (Ondokuz Mayıs)
Prof.Dr. Süleyman BAYKAL (Karadeniz Teknik)	Prof.Dr. Hüseyin ENDOĞRU (Meram)	Prof.Dr. Mehmet İSBİR (Akdeniz)

Prof.Dr. N.Göksel KALAYCI (*İstanbul*)
Prof.Dr. Ayhan Gazi KALAYCI (*Ondokuz Mayıs*)
Yrd.Doç.Dr. Turan KANMAZ (*Harran*)
Prof.Dr. Ayfer KANPOLAT (*Ankara*)
Doç.Dr. Mehmet KANTAR (*Ege*)
Yrd.Doç.Dr. Eray KARA (*Celal Bayar*)
Yrd.Doç.Dr. Ertan KARA (*Çukurova*)
Yrd.Doç.Dr. K.Serap KARACALAR (*Ondokuz Mayıs*)
Doç.Dr. Eray KARAHACIOĞLU (*Gazi*)
Doç.Dr. Deniz KARAKAYA (*Ondokuz Mayıs*)
Yrd.Doç.Dr. M.Nazım KARALEZLİ (*Meram*)
Prof.Dr. Özkan KARAMAN (*Dokuz Eylül*)
Doç.Dr. Ayşe KARAN (*İstanbul*)
Yrd.Doç.Dr. Önder KARAÖMERLİOĞLU (*Çukurova*)
Prof.Dr. Ahmet KARASALİHOĞLU (*Trakya*)
Prof.Dr. Fatih KAREL (*Ankara*)
Yrd.Doç.Dr. Turgut KARLIDAĞ (*Fırat*)
Doç.Dr. İbrahim KARNAK (*Hacettepe*)
Uz.Dr. Bektaş KAYA (*Ankara Onkoloji Hst.*)
Yrd.Doç.Dr. Esat KAYA (*Trakya*)
Yrd.Doç.Dr. Gaye KAYA (*Trakya*)
Doç.Dr. Yavuz KAYA (*Celal Bayar*)
Prof.Dr. Ahmet KAYA (*Meram*)
Yrd.Doç.Dr. Kenan KAYGUSUZ (*Cumhuriyet*)
Yrd.Doç.Dr. Serdar KEMALOĞLU (*Dicle*)
Prof.Dr. Mustafa KENDİRCİ (*Erciyes*)
Yrd.Doç.Dr. Hürkan KERİMOĞLU (*Meram*)
Doç.Dr. Göksal KESKİN (*Şşk Ankara İhtisas Hst.*)
Prof.Dr. Ziya KIRKALI (*Dokuz Eylül*)
Yrd.Doç.Dr. Gülnur KIZILAY (*Trakya*)
Doç.Dr. Sedat KIRAZ (*Hacettepe*)
Doç.Dr. Ercan KOCAKÖÇ (*Fırat*)
Prof.Dr. Dildar KONUKOĞLU (*Cerrahpaşa*)
Prof.Dr. Emel KOPTAGEL (*Cumhuriyet*)
Prof.Dr. Adnan KORKMAZ (*Ondokuz Mayıs*)
Dr. Ramazan KOZAN (*Ondokuz Mayıs*)
Prof.Dr. Emine KÖKOĞLU (*Cerrahpaşa*)
Dr. Mete KÖKSAL (*Harran*)
Uz.Dr. Deniz KÖKSAL (*Atatürk Göğ. Hst.*)
Uz.Dr. Mehmet Mahir KUNT (*Hacettepe*)
Prof.Dr. Necil KÜTÜKÇÜLER (*Ege*)
Prof.Dr. Cafer MARANGOZ (*Ondokuz Mayıs*)
Doç.Dr. Dilek MEMİŞ (*Trakya*)
Prof.Dr. Faruk MERİÇ (*Dicle*)
Uz.Dr. Ali MERT (*Şşk Ankara Eğ. Hst.*)
Uz.Dr. Murat MERT (*Kardiyoloji Ens.*)
Prof.Dr. İnci MEVLİTOĞLU (*Meram*)
Yrd.Doç.Dr. Selçuk MISTIK (*Erciyes*)
Yrd.Doç.Dr. Abdullah MİLCAN (*Mersin*)
Prof.Dr. Caner MİMAROĞLU (*Cumhuriyet*)
Prof.Dr. Sevgi MİR (*Ege*)
Doç.Dr. Uğur MÜNGEN (*Dokuz Eylül*)
Prof.Dr. Bülent MÜNGEN (*Fırat*)
Prof.Dr. Lütfiye MÜSLÜMANOĞLU (*İstanbul*)
Yrd.Doç.Dr. Aydın NADİR (*Cumhuriyet*)
Yrd.Doç.Dr. Kemal NAS (*Dicle*)
Prof.Dr. Bülent OKTAY (*Uludağ*)
Doç.Dr. Lale OLCAY (*Ankara Onkoloji Hst.*)
Uzm.Dr. Nurper ONUK FİLİZ (*Gaziosmanpaşa*)
Prof.Dr. Rüştü ONUR (*Hacettepe*)
Prof.Dr. Kemal ÖDEV (*Meram*)

Prof.Dr. Çağlar ÖĞÜTMAN (*Akdeniz*)
Prof.Dr. Gülsen ÖKTEN (*Ondokuz Mayıs*)
Prof.Dr. Ayşenur ÖKTEN (*Karadeniz Teknik*)
Prof.Dr. Ümit ÖLMEZ (*Ankara*)
Prof.Dr. Selma ÖNDEROĞLU (*Hacettepe*)
Prof.Dr. Rahmi ÖRS (*Atatürk*)
Doç.Dr. Eser ÖZ (*Gazi*)
Doç.Dr. Serdar ÖZBAŞ (*Adnan Menderes*)
Yrd.Doç.Dr. Bülent ÖZÇELİK (*Erciyes*)
Uz.Dr. Nadi ÖZDAMAR (*Ankara Onkoloji Hst.*)
Yrd.Doç.Dr. Hakan ÖZDEMİR (*Akdeniz*)
Yrd.Doç.Dr. Hüseyin ÖZDEMİR (*Fırat*)
Yrd.Doç.Dr. Mustafa ÖZDEMİR (*Meram*)
Prof.Dr. Özden ÖZDEMİR (*Ankara*)
Yrd.Doç.Dr. Mehmet Asım ÖZER (*Ege*)
Prof.Dr. Ferda ÖZKINAY (*Ege*)
Prof.Dr. Cumhur ÖZKUYUMCU (*Hacettepe*)
Doç.Dr. Zeynep ÖZSARAN (*Ege*)
Yrd.Doç.Dr. Kayhan ÖZTÜRK (*Meram*)
Prof.Dr. Serap ÖZTÜRKCAN (*Celal Bayar*)
Prof.Dr. A. Ruhi ÖZYÜREK (*Ege*)
Prof.Dr. Yücel PAK (*Gazi*)
Yrd.Doç.Dr. Murat PEKDEMİR (*Kocaeli*)
Doç.Dr. Süleyman PİŞKİN (*Trakya*)
Prof.Dr. Ömer POYRAZ (*Cumhuriyet*)
Doç.Dr. Kenan SAĞLAM (*GATA*)
Yrd.Doç.Dr. Aslan SAKARYA (*Celal Bayar*)
Doç.Dr. Mustafa SARGON (*Hacettepe*)
Uz.Dr. Bülent SATAR (*GATA*)
Prof.Dr. Güldemre SAYGI (*Cumhuriyet*)
Prof.Dr. Mustafa Bekir SELÇUK (*Ondokuz Mayıs*)
Yrd.Doç.Dr. Mustafa SERDENGEÇTİ (*Meram*)
Yrd.Doç.Dr. Selami SERHATLIOĞLU (*Fırat*)
Prof.Dr. Behçet SEVİN (*Osmangazi*)
Yrd.Doç.Dr. Engin SEZER (*Gaziosmanpaşa*)
Doç.Dr. Seyhun SOLAKOĞLU (*İstanbul*)
Doç.Dr. Ömer SOYSAL (*İnönü*)
Dr. Özgür SÖĞÜT (*Dicle*)
Prof.Dr. Hüseyin SÖNMEZ (*Cerrahpaşa*)
Prof.Dr. Selami SUMA (*Atatürk*)
Yrd.Doç.Dr. Hasan SUNAR (*Trakya*)
Yrd.Doç.Dr. A.Tevfik SÜNTER (*Ondokuz Mayıs*)
Doç.Dr. Selçuk SÜRÜCÜ (*Hacettepe*)
Prof.Dr. Gülay ŞADAN (*Akdeniz*)
Yrd.Doç.Dr. M.Turhan ŞAHİN (*Celal Bayar*)
Doç.Dr. Tahir Kemal ŞAHİN (*Meram*)
Doç.Dr. Varol ŞAHİNTÜRK (*Osmangazi*)
Doç.Dr. Cengiz ŞEN (*Gaziosmanpaşa*)
Yrd.Doç.Dr. Hakan ŞENARAN (*Meram*)
Doç.Dr. Alparslan ŞENEL (*Ondokuz Mayıs*)
Prof.Dr. Burçin ŞENER (*Hacettepe*)
Yrd.Doç.Dr. E.Bengi ŞENER (*Ondokuz Mayıs*)
Prof.Dr. Taşkın ŞENTÜRK (*Adnan Menderes*)
Uzm.Dr. Aysun ŞIKAR AKTÜRK (*Kocaeli*)
Yrd.Doç.Dr. Ferdi TANIR (*Çukurova*)
Doç.Dr. Leyla TAPUL (*İstanbul*)
Yrd.Doç.Dr. Ömer Rıdvan TARHAN (*Süleyman Demirel*)
Doç.Dr. Nebahat TAŞDEMİR (*Dicle*)
Yrd.Doç.Dr. Güngör TAŞTEKİN (*Meram*)
Prof.Dr. Korhan TAVILOĞLU (*İstanbul*)
Prof.Dr. Hasan TEKGÜL (*Ege*)

Prof.Dr. Gülten TEKUZMAN (*Hacettepe*)
Doç.Dr. Elvan TERCAN (*Erciyes*)
Prof.Dr. Mustafa TİRELİ (*Celal Bayar*)
Yrd.Doç.Dr. Hüseyin TOL (*Meram*)
Uz.Dr. Ömer TOPRAK (*İzmir Atatürk Eğ.Hst.*)
Yrd.Doç.Dr. Tuncer TUĞ (*Fırat*)
Prof.Dr. A.Armağan TUĞRUL (*Trakya*)
Doç.Dr. Serdar TUĞRUL (*Marmara*)
Prof.Dr. Mürvet TUNCEL (*Hacettepe*)
Prof.Dr. F.Ferda TUNÇKANAT (*Hacettepe*)
Prof.Dr. M.Erol TURAÇLI (*Ankara*)
Yrd.Doç.Dr. Alparslan TURAN (*Trakya*)
Doç.Dr. Suat TURGUT (*Şişli Etfal Hst.*)
Yrd.Doç.Dr. Banu TURGUT ÖZTÜRK (*Meram*)
Prof.Dr. Nilgün TURHAN (*Fatih*)
Doç.Dr. Ayşe Dicle TURHANOĞLU (*Dicle*)
Yrd.Doç.Dr. Ahmet TURLA (*Ondokuz Mayıs*)
Prof.Dr. Emel TÜMBAY (*Ege*)
Dr. Ali Rıza TÜMER (*Hacettepe*)
Yrd.Doç.Dr. Hatice TÜRE (*Ondokuz Mayıs*)
Uz.Dr. İbrahim TÜRKÇÜER (*Pamukkale*)
Yrd.Doç.Dr. Ayten TÜRKKANAT TUNÇ (*Gaziosmanpaşa*)
Doç.Dr. Ahmet TÜZÜN (*GATA*)
Doç.Dr. Serdar TÜZÜNER (*Akdeniz*)
Prof.Dr. Ömer UĞUR (*Hacettepe*)
Prof.Dr. Ayşe Dürdal US (*Hacettepe*)
Uz.Dr. Ebru US (*Ankara*)
Prof.Dr. Şemsettin USTAÇELEBİ (*Hacettepe*)
Prof.Dr. Müberra UYGUN (*Trakya*)
Yrd.Doç.Dr. Hülya Yeşim UZ (*Trakya*)
Prof.Dr. Ömrüm UZUN (*Hacettepe*)
Doç.Dr. Hafize UZUN (*Cerrahpaşa*)
Prof.Dr. Adnan UZUNİSMALİ (*Haydarpaşa Numune Eğ. Hst.*)
Prof.Dr. Refik ÜLKÜ (*Dicle*)
Prof.Dr. İdil ÜNAL (*Ege*)
Uzm.Dr. Bahadır ÜNGÖR (*Gaziosmanpaşa*)
Prof.Dr. Yağız ÜRESİN (*İstanbul*)
Uzm.Dr. Funda ÜSTÜN (*Trakya*)
Yrd.Doç.Dr. Serhat VANÇELİK (*Atatürk*)
Doç.Dr. Ali VARAN (*Hacettepe*)
Doç.Dr. Yusuf YAĞMUR (*Dicle*)
Doç.Dr. İrfan YALÇINKAYA (*Yüzüncü Yıl*)
Doç.Dr. Deniz YALMAN (*Ege*)
Doç.Dr. Pınar YAMANTÜRK ÇELİK (*İstanbul*)
Doç.Dr. Melda YARDIMOĞLU (*Kocaeli*)
Prof.Dr. Haluk YAVUZ (*Meram*)
Prof.Dr. Zeliha YAĞIZCI (*Cerrahpaşa*)
Uz.Dr. Ensar YEKELER (*İstanbul*)
Doç.Dr. Nuran YENER (*Hacettepe*)
Dr. Abidin YILDIRIM (*Osmangazi*)
Yrd.Doç.Dr. Selman Vefa YILDIRIM (*Başkent Ü Adana Hst.*)
Yrd.Doç.Dr. Esin YILDIZ (*Cumhuriyet*)
Prof.Dr. Füsün YILDIZ (*Kocaeli*)
Doç.Dr. Mustafa YILMAZ (*Hacettepe*)
Prof.Dr. Zeki YILMAZ (*Erciyes*)
Doç.Dr. Cem YORGANCIOĞLU (*Hacettepe*)
Yrd.Doç.Dr. Hüseyin YÜCE (*Fırat*)
Prof.Dr. Ayşe YÜCE (*Dokuz Eylül*)
Doç.Dr. Tayfun YÜCEL (*Taksim Eğ. ve Arş.Hst.*)
Yrd.Doç.Dr. Hasan YÜKSEL (*Adnan Menderes*)
Prof.Dr. Güler ZİLELİOĞLU (*Ankara*)

-İsimler Soyadı sırasına göre alfabetik olarak sıralanmıştır.

-Soru Hazırlayan Öğretim Üyeleri, 23. 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@turkiyeklinikleri.com
web : www.turkiyeklinikleri.com

YAYIN PERİYODU VE TÜRÜ

Türkiye Klinikleri Meditest Dergisi; 45 günde bir olmak üzere yılda 6 sayı yayınlanır. Yerel süreli yayındır.

ABONE İŞLEMLERİ

Derginin 1 yıllık abone fiyatı (2005 için)
KDV dahil 60,00 YTL (60.000.000 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 66/120
Faks : +90 312 312 67 41

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 66/117-144
Faks : +90 312 312 67 41
e-posta : denizaa@turkiyeklinikleri.com

YAYIN HAKKI

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

BASIM-YAYIM-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@turkiyeklinikleri.com

Ortadoğu Reklam Tanıtım ve Yayıncılık A.Ş. adına İmtiyaz Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Dr.Mehmet Battin Akgül

Yönetim Yeri:

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



Türkiye Klinikleri

MEDİTEST Dergisi

Cilt 14

Sayı 6

2005

İÇİNDEKİLER

301	331
Enfeksiyon Hastalıkları	Psikiyatri
305	338
Dermatoloji	Radyasyon Onkoloji
317	342
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	Radyoloji
324	345
Halk Sağlığı	Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi
328	352
Nükleer Tıp	Üroloji

ISSN: 1300-0276

C i l t : 1 4 • S a y ı : 6 • 2 0 0 5

Cilt : 14 • Sayı : 6 • 2005 • Sayfa: 301-360

ENFEKSİYON HASTALIKLARI

1. Aşağıdaki antibiyotiklerden hangisi Vankomisin Dirençli Enterekok suşlarına etkisizdir?

- a) Teikoplanin
- b) Romaplanin
- c) Daptomisin
- d) Doksisisiklin
- e) Azitromisin

AÇIKLAMA: Teikoplanin, Ramoplanin, Daptomisin, Doksisisiklin kısmen veya tam olarak, Vankomisin Dirençli Enterekok suşlarına etkilidir. Azitromisin makrolid olup Vankomisin Dirençli Enterekok suşlarına etkisizdir.

Cevap E (Doğanay, Hastane İnfeksiyonları Kitabı, s.252-255)

2. Aşağıdaki viruslardan hangisi tek başına enfeksiyon tablosu oluşturamaz?

- a) HAV
- b) HBV
- c) HCV
- d) HDV
- e) HEV

AÇIKLAMA: Delta Hepatit (hepatit D virüsü) defektif bir RNA virusudur ve satellitler içinde yer alır. Çoğalmaları için konak hücre içinde kendisine yardımcı olacak bir "helper" virüsle birlikte olmaları gerekir. Ancak Hepatit B virüsü varlığında koenfeksiyon veya süper enfeksiyon şeklinde hastalık oluşturmaktadır.

Cevap D (Bilgiç, İnfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi, 2002, s. 1370)

3. Aşağıdaki Hepatit etkenlerinden hangisinde "serum hastalığına benzer sendrom" gelişme oranı daha sıktır?

- a) HAV
- b) HBV
- c) HCV
- d) HDV
- e) HEV

AÇIKLAMA: HBV enfeksiyonunda ateş, miyalji, halsizlik, artrit, artralji, makülopapüler raş, ürtiker görülebilir. Buna serum hastalığına benzer sendrom denir.

Cevap B (Tekeli, Viral Hepatit Kitabı, 2003, 1. baskı, s. 129)

4. Aşağıdakilerden hangisi HBV enfeksiyonunda "immün toleran hasta" grubunu temsil eden kriterdir?

- a) ALT normal, AST yüksek olması
- b) ALT ve AST yüksek, HBV DNA negatif
- c) ALT düşük, AST yüksek, HBV DNA pozitif
- d) ALT ve AST normal, HBV DNA negatif
- e) ALT ve AST normal, HBV DNA pozitif

AÇIKLAMA: HBV enfeksiyonunda ALT ve AST'nin normal ancak HBV DNA'nın yüksek olması durumunda immün toleran hastalık sözkonusudur. Henüz vucutta HBV'ye karşı immün yanıt gelişmediğinden karaciğer enzimleri normal ancak HBV DNA yüksek olur.

Cevap E (Tekeli, Viral Hepatit Kitabı, 2003, 1. baskı, 2003)

5. Aşağıdakilerden hangisi viral hepatitlerde kullanılan interferonların etkilerinden değildir?

- a) Antiviral etki
- b) İmmün modulator etki
- c) Hepatosit yüzeyinde MHC klas II moleküllerini artırmak
- d) Antiproliferatif etki
- e) Natural killer hücrelerin aktivitesinde artış

AÇIKLAMA: IFN MHC klas I moleküllerini artırır.

Cevap C (Tekeli, Viral Hepatit Kitabı, 1. baskı, 2003, s.136)

6. Aşağıdaki sendromlardan hangisi kronik viral hepatitlerde kullanılan interferonların yan etkilerinden biridir?

- a) Rotor sendromu
- b) Flu-Like sendromu
- c) Wilson sendromu
- d) Steven Jonson sendromu
- e) Sicca sendromu

AÇIKLAMA: Flu-Like sendromu: İnterferon alanlarda görülen ateş, üşüme titreme, miyalji, artralji ve baş ağrısı gibi gribal enfeksiyon benzeri semptomların görüldüğü bir sendromdur.

Cevap B (Tekeli, Viral Hepatit Kitabı, 1. baskı, 2003, s.137)

7. Aşağıdakilerden hangisi HCV enfeksiyonunu olumsuz etkileyen faktörlerden biridir?

- a) Yaş
- b) Alkol
- c) HBV

ENFEKSİYON HASTALIKLARI

d) HGV

e) Cins

AÇIKLAMA: Yaş, cins, alkol, HBV, HIV, demir yükü, viral yük, virüsün genotipi, kronik HCV'nin seyrini olumsuz yönde etkileyen durumlardır.

Cevap D (*Tekelli, Viral Hepatit Kitabı, 1. baskı, 2003, s.227*)

8. Aşağıdakilerden hangisi SIRS (Sistemik İnflamatuvar Cevap Sendromu) kriterlerinden değildir?

a) Ateşin >38°C veya <36°C olması

b) Kalp atım hızı

c) Tansiyon arteriyel

d) Solunum hızı

e) Lökosit sayısı

AÇIKLAMA: SIRS değişik ağır klinik durumlara inflamatuvar cevap olarak tanımlanmıştır. İnfeksiyon ve infeksiyon dışı (pankreatit, yanık, multiple travma gibi) nedenlerle olabilir. İnfeksiyona bağlı gelişen SIRS'a sepsis denir. SIRS'in 4 ana kriteri bulunur, iki veya daha fazlasının bulunması ile tanınır. Bunlar: Vücut ısısının >38°C veya <36°C olması, kalp atım hızının >90/dk olması, solunum hızının >20/dk olması veya arteriyel karbondioksik basıncının <33 mgHg olması Lökosit sayısının >12000/mm³ veya <4000/mm³ olması veya periferik yaymada %10'un üzerinde band formunda bulunmasıdır.

Cevap C (*Topçu, infeksiyon hastalıkları ve mikrobiyolojisi, cilt 1, 2002, s.621*)

9. Aşağıdakilerden hangisi endojen pirojen madde değildir?

a) IL-1 alfa

b) IL-1 beta

c) TNF-alfa

d) Lipopolisakkarit

e) IL-6

AÇIKLAMA: Ateş oluşumuna neden olan maddeler pirojen adı ile anılırlar ve endojen yada eksojen olabilirler. İnsan için en güçlü endojen pirojen maddeler IL-1 alfa, IL-1 beta, TNF-alfa ve IL-6'dır. Lipopolisakkarit eksojen pirojenlerin klasik örneğidir ve Gram (-) bakterilerin endotoksinleridir.

Cevap D (*Topçu, İnfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi, 1. cilt, 2002, s.379*)

10. Aşağıdakilerden hangisi tüberküloz menenjitte beklediğimiz BOS bulgularından değildir?

a) Ksantokromik BOS

b) Lökosit sayısı <1000/mm³

c) Lökosit tipi lenfosit ağırlıkta

d) BOS proteini 45-100 mg/dl

e) Glukoz <40 mg/dl

AÇIKLAMA: Tüberküloz menenjit BOS bulguları şu şekildedir:

Görünüm: Berrak, opakt,

Renk: Ksantokromik,

Lökosit sayısı: <1000/mm³,

Lökosit tipi: Lenfosit,

Protein: 100-500 mg/dl,

Glukoz: <40 mg/dl.

BOS proteinin 45-100 mg/dl arasında olması Aseptik Menenjitte beklediğimiz bir durumdur.

Cevap D (*Topçu, İnfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi, 2002, 1. cilt, s.999*)

11. Doğal defans mekanizmalarının hangisi V.cholera'ya karşı korunmada en önemlisidir?

a) Tükrükteki lizozim

b) Gastrik asit

c) Ağız kolon normal florası

d) Kolon mukozası

e) İnce bağırsak florası

AÇIKLAMA: Gastrik asidite koleraya karşı en önemli defans mekanizmalarından biridir. Hipoklorhidride koleraya yakalanma çok kolaydır.

Cevap B (*Levinson, Medical Microbiology&Immunology Examination, 4. baskı, 1996, s.104*)

12. Difteri toksini en önemli toksisitesini hangi organ üzerinde gösterir?

a) Akciğer

b) Kalp

c) Karaciğer

d) Düz kaslar

e) Böbrek

AÇIKLAMA: Difteriye bağlı miyokardit, difterinin en önemli komplikasyonudur. Aynı zamanda difteriye bağlı ölümlerin en önemli sebebidir.

Cevap B (*Levison, Medical Microbiology&Immunology Examination, 4. baskı, 1996, s.91*)

13. Elementer cisim oluşumu hangisinin hayat siklusunun bir parçasıdır?

a) Riketsia

b) Klamidya

c) Mikoplazma

d) Poks virusları

e) Mikobakteriler

AÇIKLAMA: Klamidyaların ekstrasellüler enfeksiyöz formu elementer cisimdir. Bu, hücreler tarafından alınır. Hücre içinde retikulat cisim oluşur, oluşan bu retikulat cisimler çoğalarak tekrar elementer cisimleri oluşturur.

Cevap B (*Levinson, Medical Microbiology&Immunology Examination, 4. baskı, 1996, s.136*)

14.HIV virusunun hangi yapısı CD4 proteinine bağlanır?

- a) Tat
- b) P 24
- c) Gp 120
- d) Pol
- e) Gp 41

AÇIKLAMA: Gp 120 proteini ile HIV virusu CD4 proteinine bağlanır, bu nedenle CD4 pozitif hücrelere bulaşır.

Cevap C (*Levinson, Medical Microbiology&Immunology Examination, 4. baskı, 1996, s.244*)

15.Sadece insanda enfeksiyon yapan etken aşağıdakilerden hangisidir?

- a) *Salmonella typhi*
- b) *Salmonella enteritidis*
- c) *Salmonella gallinorum*
- d) *Salmonella pullorum*
- e) *Salmonella typhimurium*

AÇIKLAMA: *S. typhi* sadece insanda enfeksiyon yapan bir bakteridir.

Cevap A (*Topçu, enfeksiyon hastalıkları ve mikrobiyolojisi, 2002, s.643*)

16.B. anthracis sporlarını inhale eden bir kişiye hangi antibiyotikle profilaksi yapılır?

- a) Siprofloksasin
- b) Eritromisin
- c) Penisilin
- d) Klindamisin
- e) Seftriakson

AÇIKLAMA: Şarbon sporlarının inhale edilmesi durumunda 2 ay süreyle doksisisiklin veya siprofloksasin profilaktik olarak verilmelidir.

Cevap A (*Inglesby, Anthrax as A Biological Weapon, 2000, s.1735*)

17.Bruselozun en sık komplikasyonu hangisidir?

- a) Menenjit
- b) Anemi
- c) Epididimo-orşit
- d) Pankreatit
- e) Osteo-artiküler tutulum

AÇIKLAMA: Bruselozun en sık komplikasyonu lökomotor sistemindeki tutulumudur. Özellikle

artrit en sık görülen komplikasyondur. En sık tutulan eklem sakro-iliak eklemdir.

Cevap E (*Tabak, Enfeksiyon Hastalıkları, 1999, s.230*)

18.Aşağıdakilerden hangisi besin zehirlenmesine yol açabilen, genellikle az pişmiş kümes hayvanlarının etiyle bulaşan zoonoz bir bakteridir?

- a) *C jejuni*
- b) *B. cereus*
- c) *Shigella*
- d) *Yersinia*
- e) *S aureus*

AÇIKLAMA: *Campylobacter jejuni* çiftlik hayvanlarında, kedi, köpek ve kemiricilerde kommensal olarak bulunur. İnsana genelde enfekte olmuş tavuk etleriyle bulaşır. Ayrıca enfekte toprak ve gıdalar da bulaş kaynağıdır. *C. jejuni* insanda genellikle hafif seyreden enterite yol açar. Ateş, baş ağrısı ve miyaljiyle giden 12-24 saatlik kuluçka süresi sonrasında karın ağrısı ve ishal başlar. Genelde ishale ateş eşlik eder. İshal çok farklı görüntülerde olabilir. Doku invazyonu olmayabilir. *E. coli* O 157:H7 benzeri bir sitotoksin salgılar. Tedavisinde çoğunlukla antibiyotiğe ihtiyaç bırakmazlar.

Cevap A (*Tabak, Enfeksiyon Hastalıkları, 1999, s.190*)

19.Aşağıdakilerden hangisinin yapısında bir beta-laktam halkası bulunmaz?

- a) Ampisilin
- b) Sulbaktam
- c) Sefazolin
- d) İmipenem
- e) Amikasin

AÇIKLAMA: Antibiyotik etkiden sorumlu çekirdek kısmında beta-laktam halkası içerirler

Eklenen halkanın yapısına göre:

1. Penisilinler (penamlar)
2. Sefalosporinler (sefemler)
3. Karbapenemler
4. Monobaktamlar
5. Beta-Laktamaz İnhibitörleri (Klavamlar)

Amikasin ise aminoglikozid antibiyotiktir.

Cevap E (*Mandell, Principles and Practice of Infectious Diseases, 5. baskı, 2000, s.307*)

20.Aşağıda sayılan antibiyotiklerden hangisi santral sinir sistemine yeterince geçmediği için etken mikroorganizmaya karşı etkili olsa bile menenjit tedavisinde kullanılmaz?

ENFEKSİYON HASTALIKLARI

- a) Sefazolin
- b) Kristalize penisilin
- c) Meropenem
- d) Seftriakson
- e) Sefotaksim

AÇIKLAMA: Antimikrobiyal ajanların beyin-omurilik sıvısına geçişleri:

I. Normal şartlarda BOS'a geçişleri iyi olanlar

- Kloramfenikol
- Sulfanamidler
- Trimetoprim-kotrimoksazol

II. Meninks enflamasyonu varlığında geçişi iyi olanlar

- Penisilinler
- Penisilin G
- Ampisilin
- Tikarsilin
- Azlosilin
- Mezlosilin
- Piperasilin
- Sefalosporinler
- Sefuroksim
- Sefotaksim
- Seftriakson
- Sefdizoksim
- Seftazidim
- Karbapenemler
- İmipenem
- Meropenem
- Glikopeptider
- Vankomisin
- Teikoplanin

- Kinolonlar
- Rifampisin

III. Meninks enflamasyonu varlığında bile geçişi iyi olmayan ajanlar

-Aminoglikozidler (yenidoğan döneminde BOS geçişleri vardır)

- Gentamisin
- Tobramisin
- Netilmisin
- Amikasin
- Klindamisin
- Eritromisin
- Fusidik asit
- Tetrasiklin

Sefalosporinlerin EN'leri:

- Sefadroksil : Oral en uzun etkili sefalosporin,
- Sefazolin : En uzun etkili 1. kuşak sefalosporin,
- Sefoksitin : B. Fragilis'e en etkin beta- laktam,
- Sefazolin : Cerrahi profilakside ilk tercih antibiyotik.
- Sefalotin : En nefrotoksik sefalosporin,
- Sefoksitin : Batın içi ve pelvik infeksiyonlarda ilk tercih,
- Seftazidim : Psödomonas'a en etkili sefalosporin,
- Sefaperazon : Safraya en fazla geçen sefalosporin,
- Sefsulodin : En dar spektrumlu 3. kuşak sefalosporin,
- Seftriakson : En uzun etkili sefalosporin,
- Sefotaksim, Moksalaktam : SSS'e ve BOS'a en fazla geçen ,
- Sefepim : Beta laktamazlara en dayanıklı sefalosporin,
- Seftriakson : En sık diyare yapan sefalosporindir,
- Seftriakson : Safra kesesinde çökelti (safra çamuru) yapar.

Cevap A (Mandell, Principles and Practice of Infectious Diseases, 5. baskı, 2000, s.959)

DERMATOLOJİ

1. Keloidler için gereksiz olan hangisidir?

- a) Spontan oluşabilir
- b) Yaralanma bölgesi dışına taşabilir
- c) Daha çok alt ekstremitelerde izlenir
- d) Sıklıkla sırt, omuz, boyun ve kulakta görülür
- e) Şiddetli kaşıntıya neden olabilir

AÇIKLAMA: Deride yaralanmayı takiben ve bazen kendiliğinden oluşan fibröz doku proliferasyonudur. Yaralanma bölgesi dışına taşabilir. En sık omuz, sırt üst kısım, göğüs ve kulak lobunda yerleşir. Genellikle asemptomatik olmakla birlikte kaşıntılı veya ağrılı da olabilir.

Cevap C (Baykal, Dermatoloji Atlası, 1. baskı, 2000, s.421)

2. Bazal hücreli karsinoma deride hangi hücrelerden köken alır?

- a) Kıl follikülünün germinatif hücrelerinden
- b) Subkutan dokudan
- c) Langerhans hücrelerinden
- d) Çok katlı yassı hücrelerden
- e) Lenf damarları etrafındaki endotelden

AÇIKLAMA: Derinin en sık görülen malign tümörü olup kıl follikülünün germinatif hücrelerinden köken alır.

Cevap A (Baykal, Dermatoloji Atlası, 1. baskı, 2000, s.433)

3. Malign melanomada prognozu belirleyen en önemli faktör hangisidir?

- a) Tümörün yerleşim yeri
- b) Hastanın yaşı
- c) Tümörün invazyonu
- d) Hastanın yaşadığı coğrafik bölge
- e) Hastanın ırkı

AÇIKLAMA: Melanomanın tüm tiplerinde radyal büyüme fazında yok denecek kadar az olan metastaz riski vertikal büyüme fazında kapiler ve lenfatiklere invazyon sonucu çok yüksektir. **Bu nedenle prognozu belirleyen en önemli faktör tümörün invazyonudur.**

Cevap C (Baykal, Dermatoloji Atlası, 1. baskı, 2000, s.445-452)

4. Hangisi dermatomyozit için geçersizdir?

- a) Deri lezyonları güneş gören alanlardadır
- b) Kortikosteroidler etkisizdir

c) Aldolaz ve CPK enzim düzeyleri yüksektir.

d) Kas güçsüzlüğü önemli bir bulgusudur.

e) Göz kapakları etrafında kalıcı eritem ve ödem tipiktir.

AÇIKLAMA: Dermatomyozit çizgili kaslarda inflamasyon sonucu ortaya çıkan kas güçsüzlüğü ve buna eşlik eden deri bulguları ile karakterize nadir görülen bir hastalıktır. Kas güçsüzlüğü önemli bir belirtidir. Genellikle simetrik ve birleşme eğilimli olan deri döküntülerin güneşten korunan kısımları tutmaması önemli bir özelliktir. Hastalığın çok sayıda deri bulgusu vardır. Bunlar içinde **heliotrop raş** (göz kapaklarında kalıcı eritem ve ödem) ve **gottron papülleri** (metakarpofalangeal ve interfalangeal eklem üzerinde 0.2-1 cm çaplarında, eritemli skuamli papüller) en spesifik olanlarıdır. Aldolaz, CPK, AST, ALT enzim düzeylerinde yükselme görülebilir. Tedavi seçenekleri arasında kortikosteroidler, metotreksat, azotipirin, siklosporin ve plazmaferez yer almaktadır.

Cevap B (Baykal, Dermatoloji Atlası, 1. baskı, 2000, s.234-235)

5. Akrodermatitis enterohepatika nedir?

- a) Gastrointestinal sistem bozukluğu ile seyreden ve sklerodermaya eşlik eden deri bulgularıdır.
- b) Deri, saç ve gastrointestinal sistem semptomları ile seyreden çinko emilim bozukluğudur.
- c) Yaygın ekzema lezyonlarının yol açtığı diaredir
- d) Kronik diyarede gözlenen yaygın dermatit formudur
- e) Yağ emilim bozukluğunun neden olduğu dermatitdir.

AÇIKLAMA: Akrodermatitis enterohepatika deri, saç ve gastrointestinal sistem semptomları ile seyreden çinko emilim bozukluğudur.

Cevap B (Baykal, Dermatoloji Atlası, 1. baskı, 2000, s.268)

6. Hangi deri hastalığında güneşten korunma önerilmesine gerek yoktur?

- a) SLE
- b) Melanoma (Geçirilmiş)
- c) Eritropoetik porfiri
- d) Rozasea
- e) Tırnak batması

AÇIKLAMA: Tırnak batması kronik travma sonrası

DERMATOLOJİ

ayak parmaklarında sık görülen bir tablodur. Travmadan korunmak için dar ayakkabı giyilmemesi önerilir. güneşten korunmaya gerek yoktur.

Cevap E (*Baykal, Dermatoloji Atlası, 1. baskı, 2000, s.333*)

7. Hangisi aşırı terleme veya yüksek ateşe bağlı ortaya çıkabilen bir dermatozdur?

- a) Milyarya
- b) Akne vulgaris
- c) Deri kuruluğu
- d) İktiyozis
- e) Herpes zoster

AÇIKLAMA: Milyarya ekrin ter bezlerinin aşırı terleme veya yüksek ateşe bağlı olarak tıkanması sonucu oluşan veziküler dermatitdir.

Cevap A (*Baykal, Dermatoloji Atlası, 1. baskı, 2000, s.307*)

8. Lateral ve posterior tırnak kıvrımlarında yumuşak dokunun enfeksiyonu olan paronişi hakkında hangisi geçersizdir?

- a) Sıklıkla stafilococcus aureusa bağlı oluşur.
- b) Sarı abse tarzında ağırlı lezyonlar
- c) Cerrahi drenaj kontrendikedir.
- d) Kronik olgularda etken çoğunlukla kandidadır
- e) Tırnak yapısında bozulmalara neden olabilir

AÇIKLAMA: Paronişi lateral ve posterior tırnak kıvrımlarındaki yumuşak dokunun enfeksiyonudur. En sık stafilococcus aureusa bağlı olarak gelişir. Sarı abse tarzında, ağırlı lezyonlar görülür. Onikolizis gibi tırnak bozukluklarına yol açabilir. Cerrahi drenaj matriks skatrizasyonunu önlemek için geciktirilmemelidir. Kronik paronişi ise lateral ve posterior tırnak kıvrımlarının kandidalara bağlı enfeksiyonudur.

Cevap C (*Baykal, Dermatoloji Atlası, 1. baskı, 2000, s.318-319*)

9. Tipik olarak hedef tarzında eritemli lezyonların görüldüğü polimorfik döküntüye neden olan cilt hastalığı hangisidir?

- a) Psöriasis vulgaris
- b) Liken planus
- c) Eritema multiforme
- d) Pitriyasis rosea
- e) Eritema annulare sentrifigum

AÇIKLAMA: Eritema multiforme çeşitli antijenik uyarılara karşı hipersensitivite reaksiyonu olarak ortaya çıkan, tipik olarak hedef tarzında lezyonların izlendiği polimorfik deri lezyonlarına sahip bir dermatozdur.

Cevap C (*Baykal, Dermatoloji Atlası, 1. baskı, 2000, s.175*)

10. Aşağıdakilerden hangisi immünobülöz hastalıklar grubundan değildir?

- a) Pemfigus vulgaris
- b) Büllöz pemfigoid
- c) Dermatit herpetiformis
- d) Epidermolizis bülloza
- e) Skatrisiyel pemfigoid

AÇIKLAMA: Epidermolizis bülloza bir mekanobülöz herediter hastalık grubudur.

Cevap D (*Tüzün, Dermatoloji, 2. baskı, s.369*)

11. En sık görülen deri tüberkülozu formu hangisidir?

- a) Tüberküloz şankrı
- b) Lupus vulgaris
- c) Skrofloderma
- d) Tüberkülozis verrükoza kutis
- e) Metastatik tüberküloz absesi

AÇIKLAMA: Lupus vulgaris deri tüberkülozlarının en sık görülen formudur.

Cevap B (*Tüzün, Dermatoloji, 2. baskı, s.123*)

12. Aşağıdakilerden hangisi sifiliz şankrının özelliklerinden değildir?

- a) En sık yerleşim yeri genital bölgedir.
- b) Genellikle tek bir lezyon görülür.
- c) Ağrısızdır.
- d) Palpe edildiğinde zemini yumuşaktır.
- e) İyileşirken skatris bırakmaz

AÇIKLAMA: Sifiliz şankrında yara zemini palpasyonda karton sertliğindedir.

Cevap D (*Tüzün, Dermatoloji, 2. baskı, s.162-3*)

13. Aşağıdakilerden hangisi Tip IV (gecikmiş tip) aşırı duyarlılık reaksiyonuna örnektir?

- a) Allerjik kontakt dermatit
- b) Serum hastalığı
- c) Arthus reaksiyonu
- d) Anafilaksi
- e) Yeni doğanın hemolitik hastalığı

AÇIKLAMA: Kontakt duyarlılık IV (gecikmiş tip) aşırı duyarlılık reaksiyonuna örnektir.

Cevap A (*Tüzün, Dermatoloji, 2. baskı, s.255-6*)

14. Aşağıdaki dermatit tiplerinden hangisi endojen ekzema değildir?

- a) Diaper (ara bezi) dermatit
- b) Atopik dermatit

- c) Seboreik dermatit
- d) Numuler dermatit
- e) Dizhidrotik dermatit

AÇIKLAMA: Diaper dermatiti bir eksojen ekzema örneğidir.

Cevap A (*Tüzün, Dermatoloji, 2. baskı, s.267*)

15.Behçet hastalığında en sık tutulan sistem hangisidir?

- a) Deri
- b) Göz
- c) Eklem
- d) Sinir sistemi
- e) Gastrointestinal sistem

AÇIKLAMA: Behçet hastalığında en sık tutulan sistem deridir.

Cevap A (*Tüzün, Dermatoloji, 2. baskı, s.393*)

16.Aşağıdakilerden hangisi gebeliğe özgü bir deri hastalığıdır?

- a) Pemfigus vulgaris
- b) İmpetigo herpetiformis
- c) Toksik epidermal nekrolizis
- d) Piyoderma gangrenozum
- e) Alopesi areata

AÇIKLAMA: İmpetigo herpetiformis gebeliğin generalize püstüler psöriazisidir.

Cevap B (*Tüzün, Dermatoloji, 2. baskı, s.475*)

17.Aşağıdaki bakteriyel deri hastalıklarından hangisinde Stafilokokkus aureus etken değildir?

- a) Büllöz impetigo
- b) Toksik şok sendromu
- c) Follikülit
- d) Yeni doğanın haşlanmış deri sendromu
- e) Eritrazma

AÇIKLAMA: Eritrazma, etkenin Korinobakterium minutissimum olan bir bakteriyel deri enfeksiyonudur.

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

18.Elementer lezyon olarak vezikülün görülebildiği dermatofit enfeksiyon hangisidir?

- a) Tinea inguinalis
- b) Tinea barba
- c) Tinea pedis
- d) Tinea kapatis
- e) Tinea korporis

AÇIKLAMA: Tinea pedisin 3 klinik tipi vardır.

- a) İntertriginöz tip,

- b) Vezikülobüllöz tip,
- c) Kuruskuamlı tip

Cevap C (*Tüzün, Dermatoloji, 2. baskı, s.84*)

19.Aşağıdaki bulgulardan hangisi atopinin bünyesel stigmatlarından değildir?

- a) Orbital koyulaşma
- b) Beyaz dermografizm
- c) Yüzde solukluk
- d) Palmplantar çizgilenmede azalma
- e) Kuru deri

AÇIKLAMA: Atopinin bünyesel stigmatlardan birisi palmplantar çizgilenmede artıştır.

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

20.Aşağıdaki dermatozlardan hangisinde skuomöz hücreli karsinom gelişme riski vardır?

- a) Psöriasis vulgaris
- b) Pitriazis rozea
- c) Hipertrofik liken planus
- d) Eritema multiforme
- e) Pitriazis rubra pilaris

AÇIKLAMA: Hipertrofik tip liken planus üzerinde nadiren epidermoid karsinom gelişebilir.

Cevap C (*Tüzün, Dermatoloji, 2. baskı, s.342*)

21.Aşağıdaki bulgulardan hangisi Behçet hastalığının deri bulgularından değildir?

- a) Oral tekrarlayan ülserler
- b) İd reaksiyonu
- c) Genital ülser
- d) Eritema nodozum
- e) Ekstragenital ülser

AÇIKLAMA: Mantar enfeksiyonlu bireylerde mantarlara karşı duyarlılık oluşur. Buna **id reaksiyonu** adı verilir.

Cevap B (*Tüzün, Dermatoloji, 2. baskı, s.85*)

22.Aşağıdakilerden hangisi eritema nodozum nedenlerinden değildir?

- a) Streptokoksik enfeksiyonlar
- b) Dermatofit enfeksiyonları
- c) Sarkoidoz
- d) Crohn hastalığı
- e) Sifiliz

AÇIKLAMA: Eritema nodozum nedenleri arasında sifiliz yer almamaktadır.

Cevap E (*Tüzün, Dermatoloji, 2. baskı, s.501*)

23.Deride en sık rastlanan ilaç reaksiyonu hangisidir?

DERMATOLOJİ

- a) Morbiliform erupsiyon
- b) Fiks ilaç erupsiyonu
- c) Eritrodermi
- d) Eritema multiforme
- e) Toksik epidermal nekrolizis

AÇIKLAMA: İlaça bağlı deri reaksiyonlarından en sık görülen morbiliform erupsiyordur.

Cevap A (*Tüzün, Dermatoloji, 2. baskı, s.296*)

24. Hangisi ürtikerin özelliklerinden değildir?

- a) Kaybolduğunda yerinde iz kalmaz.
- b) Kaşıntılıdır.
- c) Lezyonlar 24 saatten uzun sürer.
- d) Elementer lezyonu ürtika papül veya plağıdır.
- e) Koebner fenomeni görülebilir.

AÇIKLAMA: Ürtiker lezyonları birkaç dakika ile birkaç saat arasında değişen sürelerde kaybolur. 24 saatten uzun süren lezyonlar söz konusu ise öncelikle ürtikeriyal vaskülit düşünülmalıdır.

Cevap C (*Tüzün, Dermatoloji, 2. baskı, s.283*)

25. Yüzde santral yerleşimli eritem, telenjektazi, papül ve püstüllerle klinik seyir gösteren cilt hastalığı aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Diskoid lupus eritematozus
- b) Rozase
- c) Akne vulgaris
- d) Psöriazis vulgaris
- e) Vitiligo

AÇIKLAMA: Rozase, yüzde burun, alın, çene, yanaklar ve glabellada lokalize santral yerleşim gösteren eritem, telanjektazi, papül ve püstüllerle karakterize cilt hastalığıdır.

Cevap B (*Freedberg, Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 5. baskı, 1999, s.786*)

26. Artrit bulgularının eşlik ettiği cilt hastalığı aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Fronkül
- b) Vitiligo
- c) Psöriazis vulgaris
- d) Pemfigus vulgaris
- e) Tinea pedis

AÇIKLAMA: Psöriatik artrit, psöriazis olgularının %5-8'inde gözlenen eklem, ligamen ve tendon tutulumuyla karakterize otoimmün hastalıktır.

Cevap C (*Freedberg, Dermatology in General Medicine, 5. baskı, 1999, s.522*)

27. Aşağıdakilerden hangisi liken planusun sık görüldüğü lokalizasyonlardan biri değildir?

- a) Oral mukoza
- b) El bileği
- c) Gövde
- d) Palmoplantar bölge
- e) Bacak

AÇIKLAMA: Liken planus mor renkte, üzeri düz eritemli papüllerle karakterize cilt hastalığıdır. El bileği ve kol fleksural yüzleri, gövde, bacak ve oral mukoza sık tutulan alanlardır. Palmoplantar tutulumu ender olarak rastlanılır.

Cevap D (*Freedberg, Dermatology in General Medicine, 5. baskı, 1999, s.562-568*)

28. Aşağıdakilerden hangisi fiziksel ürtiker sebeplerinden değildir?

- a) Soğuk ürtikeri
- b) Sıcak ürtikeri
- c) Hereditör anjiyoödem
- d) Bası ürtikeri
- e) Solar ürtiker

AÇIKLAMA: Fiziksel ürtiker, fiziksel etkenler nedeniyle histamin salımına bağlı eritemli, ödemli plak gelişimine neden olan ürtiker grubudur. Bası ürtikeri, soğuk ürtikeri, sıcak ürtikeri, kolinerjik ürtiker, akuajenik ürtiker başlıca fiziksel ürtiker formlarıdır. Hereditör anjiyoödem, otozomal dominant kalıtım gösteren C1 esteraaz inhibitörü eksikliği veya disfonksiyonu nedeniyle gelişen bir ürtiker formudur.

Cevap C (*Freedberg, Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 5. baskı, 1999, s.1409-1418*)

29. Aşağıdakilerden hangisi skatrizan alopesi nedeni değildir?

- a) Tinea kapitis profundus
- b) Diskoid lupus eritematozus
- c) Alopesi areata
- d) Liken planus
- e) Radyasyon dermatiti

AÇIKLAMA: Alopesi areata fiziksel muayenede inflamasyon bulgularının gözlenmediği, saçlı deride skar oluşumuna neden olmayan bir dermatozdur.

Cevap C (*Freedberg, Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 5. baskı, 1999, s.737-739*)

30. Oral kontraseptif kullanımı ile yakınmalarda artışın gözlemediği cilt hastalığı hangisidir?

- a) İktiyozis vulgaris
- b) Melazma
- c) Akne vulgaris
- d) Vitiligo
- e) Malign melanoma

AÇIKLAMA: Melazma yüzde kahverengi-bronz renkte

maküllerle karakterize, güneş ışığı, gebelik ve oral kontraseptif kullanımı ile artış gösteren cildin pigmentasyon hastalığıdır.

Cevap B (Freedberg, Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 5.baskı, 1999, s.796-997)

31.Epidermiste melanosit kaybıyla seyreden cilt hastalığı aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Pitiriazis alba
- b) Vitiligo
- c) Tinea versikolor
- d) Malign melanoma
- e) Melazma

AÇIKLAMA: Vitiligo ciltte melanosit kaybıyla seyreden, keskin sınırlı apigmente maküllerin gözleendiği cilt hastalığıdır.

Cevap B (Freedberg, Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 5. baskı, 1999, s.938)

32.Aşağıdakilerden hangisi bir deri tüberkülozu formudur?

- a) Lupus vulgaris
- b) Diskoid lupus eritematozus
- c) Ektima
- d) Kerion celci
- e) Selülit

AÇIKLAMA: Lupus vulgaris çoğunlukla yüz ve boyun bölgesinde, diaskopik muayenede elma jölesi görünümü veren plaklarla karakterize, cildin kronik ve ilerleme gösteren tüberküloz formudur.

Cevap A (Freedberg, Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 5. baskı, 1999, s.2275)

33.Çocukluk çağında multipl deri kanseri ve hiperpigmente maküllerle klinik seyir gösteren hastalık hangisidir?

- a) Tuberoskleroz
- b) Nörofibromatoz
- c) Kseroderma pigmentozum
- d) Fenilketonüri
- e) Hiçbiri

AÇIKLAMA: Kseroderma pigmentozum primer kutanöz neoplazm ve çil-benzeri hiperpigmente maküllerle klinik seyir gösteren otozomal resesif kalıtmıli hastalıktır.

Cevap C (Freedberg, Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 5. baskı, 1999, s.1848-1854)

34.Tzank testinde multinükleer dev hücrelerin görülmesi hangi cilt hastalığına akla getirmelidir?

- a) Pemfigus vulgaris
- b) Büllöz pemfigoid

- c) Kutanöz leishmaniazis
- d) Herpes simpleks dermatiti
- e) Ektima

AÇIKLAMA: Tzank testinde multinükleer dev hücrelerin görülmesi herpes simpleks dermatiti için tanısal değer taşır.

Cevap D (Freedberg, Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 5. baskı, 1999, s.37)

35.Toplumda en sık görülen cilt kanseri hangisidir?

- a) Yassı hücreli karsinom
- b) Bazal hücreli karsinom
- c) Malign melanoma
- d) Fibrosarkom
- e) Mikozis fungoides

AÇIKLAMA: Bazal hücreli karsinom genellikle 40 yaşından sonra beliren ve insidansı en yüksek cilt kanseridir.

Cevap B (Freedberg, Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 5. baskı, 1999, s.857)

36.Queyrat eritroplazisinin tipik klinik yerleşimi aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Baş-boyun
- b) Oral mukoza
- c) Gövde
- d) Aksilla
- e) Penis

AÇIKLAMA: Queyrat eritroplazisi peniste yerleşim gösteren parlak, kırmızı renkte plaklarla seyreden yassı hücreli karsinoma in situ formudur.

Cevap E (Freedberg, Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 5. baskı, 1999, s.823)

37.Gövde ve ekstremitelerin proksimalinde eritemli, yakalık-tarzı skuamla seyreden cilt hastalığı aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Mikozis fungoides
- b) Liken planus
- c) Pitiriazis rozea
- d) Varicella
- e) Psöriazis vulgaris

AÇIKLAMA: Pitiriazis rozea, gövde ve ekstremitelerin proksimalinde yerleşim gösteren papüloskuamöz cilt hastalığıdır.

Cevap (Freedberg, Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 5. baskı, 1999, s.541-546)

38.Gluten enteropatisinin eşlik ettiği cilt hastalığı aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Vitiligo

DERMATOLOJİ

- b) Dermatitis herpetiformis
- c) Pemfigus vulgaris
- d) Kontakt dermatit
- e) Verruka vulgaris

AÇIKLAMA: Dermatitis herpetiformis, ekstremitelerin ekstensör yüzleri, sırt ve saçlı deride kronik, tekrarlayan kaşıntılı lezyonlarla karakterizedir. Gluten enteropatisi dermatitis herpetiformis tanısı alan olguların çoğuna eşlik eder ve intestinal biyopsi ile saptanabilir.

Cevap B (*Freedberg, Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 5. baskı, 1999, s.709*)

39.Aşağıdakilerde hangisi Behçet hastalığının klinik bulgularından değildir?

- a) Genital ülser
- b) Eritema nodozum
- c) Oligoartrit
- d) Posterior üveit
- e) Dermatitis herpetiformis

AÇIKLAMA: Behçet hastalığı oral ve genital ülserler yanında eritema nodozum, göz tutulumu (posterior üveit, anterior üveit, glokom, sekonder katarakt), simetrik oligoartrit, tromboflebit tablolarının gözleendiği bir vaskülitir.

Cevap E (*Freedberg, Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 5. baskı, 1999, s.2161*)

40.Ateş ve kırıklık sonrası palmoplantar lokalizasyonda oval şekilli veziküller, oral mukozada erozyon ve ülserasyon saptanan 8 yaşındaki çocuk hastada hangi tanı akla gelmelidir?

- a) Varicella
- b) Primer herpetik gingivostomatit
- c) Toksik şok sendromu
- d) El-ayak-ağız hastalığı
- e) Herpes zoster

AÇIKLAMA: El-ayak-ağız hastalığı Coxsackie virüs A16'nın neden olduğu, çoğunlukla 10 yaşın altındaki çocuklarda ülseratif oral lezyonlar ve ekstremitelerin distalinde veziküler ekzantemle klinik seyir gösteren bir viral dermatozdur.

Cevap D (*Freedberg, Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 5. baskı, 1999, s.2403*)

41.Akşamları artan ve gece uykudan uyandıran düzeyde kaşıntı yakınmaları hangi hastalığı akla getirmektedir?

- a) Skabies
- b) Tinea pedis
- c) Behçet hastalığı
- d) Rozase

e) Psöriazis

AÇIKLAMA: Skabies Sarcoptes scabiei'nin etken olduğu sıklıkla el parmakları interdigital aralık, el bileği, aksilla, periumbilikal alan, kalça ve genital bölgede yerleşim gösteren ve uykuyu bölecek düzeyde kaşıntıya neden olan bir enfetasyondur.

Cevap A (*Freedberg, Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 5. baskı, 1999, s.2677-2680*)

42.Sekonder sifiliz lezyonları, primer şankr ülserasyonundan ne kadar zaman sonra ortaya çıkar?

- a) 48 saat
- b) 1 hafta
- c) 2-10 hafta
- d) 6 ay
- e) 1 yıl

AÇIKLAMA: Sekonder sifiliz klinik bulguları primer şankr sonrası 2-10 haftada ortaya çıkar.

Cevap C (*Freedberg, Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 5. baskı, 1999, s.2551-2581*)

43.Gom tedavisinde ilk seçenek tedavi protokolü aşağıdakilerde hangisidir?

- a) Benzatin penisilin G 2.4 milyon I.U. intramusküler, 1 hafta ara ile 3 doz
- b) Benzatin penisilin G 2.4 milyon I.U. intramusküler, 1 ay ara ile 3 doz
- c) Benzatin penisilin G 2.4 milyon I.U. intramusküler, tek doz
- d) Klindamisin fosfat 600 mg, 2x1, intramusküler, 10 gün süreyle
- e) Hiçbiri

AÇIKLAMA: 1 yıldan uzun süreli latent sifiliz ve gom tedavisinde ilk tedavi seçeneğini Benzatin penisilin G 2.4 milyon I.U. intramusküler, 1 hafta ara ile 3 doz oluşturmaktadır.

Cevap A (*Freedberg, Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 5. baskı, 1999, s.2551-2581*)

44.Aşağıdakilerden hangisi difüz alopesi nedenlerinden değildir?

- a) Demir eksikliği
- b) Hipotiroidi
- c) Hipertiroidi
- d) Vitiligo
- e) Doğum sonrası

AÇIKLAMA: Demir eksikliği, hipotiroidi, hipertiroidi, doğum, operasyon ve travma sonrasında saçlarda telogen evrenin hızlanması ile beliren difüz alopesi (telogen defluvium) gelişebilir.

Cevap D (*Freedberg, Fitzpatrick's Dermatology in*

General Medicine, 5. baskı, 1999, s.729-752)

45.Dermatitis herpetiformis tedavisinde ilk tedavi seçeneğini hangisi oluşturur?

- a) Sistemik kortikosteroid
- b) Topikal kortikosteroid
- c) Siklosporin
- d) Dapson
- e) Penisilin G

AÇIKLAMA: Dermatitis herpetiformis tedavisinde 100-200 mg/gün dozunda dapson tedavisi ilk tedavi seçeneğini oluşturmaktadır.

Cevap D (*Freedberg, Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 5. baskı, 1999, s.709*)

46.Lenfadenopatinin gözlenmediği yama tip mikozis fungoides tedavisinde ilk seçenek aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Sistemik kortikosteroid
- b) Siklosporin
- c) İyonizan radyoterapi
- d) Kemoterapi
- e) PUVA (Psoralen+ultraviyole A)

AÇIKLAMA: Yama tip mikozis fungoides tedavisinde PUVA ilk tedavi seçeneğini oluşturur. Kemoterapi ve radyoterapi yaygın tutulum gösteren plak ve lenfadenopatinin geliştiği durumlarda tercih edilmektedir.

Cevap E (*Freedberg, Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 5. baskı, 1999, s.1227-1234*)

47.Aşağıdakilerden hangisi eritema nodozum etiolojisinde yer almaz?

- a) Behçet hastalığı
- b) Tüberküloz
- c) Sarkoidoz
- d) Ülseratif kolit
- e) Kontakt dermatit

AÇIKLAMA: Streptokok ve tüberküloz enfeksiyonları, Behçet hastalığı, sarkoidoz, ülseratif kolit, Crohn hastalığı ve ilaç kullanımı (oral kontraseptif, sulfonamid, östrojen vb.) eritema nodozum etiolojisinde rol alan etkenlerdir.

Cevap E (*Freedberg, Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 5. baskı, 1999, s.1283-1286*)

48.Mortalite oranı en düşük deri kanseri hangisidir?

- a) Mikoziş fungoides
- b) Yassı hücreli karsinom
- c) Bazal hücreli karsinom
- d) Malign melanoma
- e) Lenfanjiyosarkom

AÇIKLAMA: Derinin bazal hücreli karsinomu lokal invazyon gösterirken, ender olarak metastaza rastlanılır. Lezyonların çoğunluğunda cerrahi eksiyon ve kriyoterapi ile kür sağlanmaktadır.

Cevap C (*Freedberg, Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 5. baskı, 1999, s.857*)

49.Aşağıdakilerden hangisi prekanseröz değildir?

- a) Lökoplaki
- b) Bowen hastalığı
- c) Queyrat eritoplazisi
- d) Aktinik keratoz
- e) Kallus

AÇIKLAMA: Aktinik keratoz, arsenik keratozu, radyasyon dermatiti, Bowen hastalığı, Queyrat eritoplazisi, lökoplaki ve eritoplaki prekanseröz epiteliyal lezyonlardır.

Cevap E (*Freedberg, Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 5. baskı, 1999, s.823*)

50.Trelat'ın sarı grenleri hangi hastalıkta görülür?

- a) Sifiliz
- b) Lepra
- c) Tüberkülozis kutis orifisyalis
- d) Yüzme havuzu granülomu
- e) Kerion celsi

AÇIKLAMA: Trelatın sarı grenleri tüberkülozis kutis orifisialiste ülsere lezyonların zeminindeki çok sayıda sarımsak yeşilimsi toplu iğne başı büyüklüğündeki tüberküllerdir.

Cevap C (*Tüzün, Dermatoloji, s.126*)

51.Maculae caeruleae hangisinde görülür?

- a) Pediculosis capitis
- b) Phthirus pubis
- c) Scabies
- d) Şeyletielloz
- e) Larva migrans

AÇIKLAMA: Maculae caeruleae phthirus pubiste; özellikle pubis, karın, femoral bölge, kalça ve göğüste görülen 3-15 mm çaplı gri-mavi maküllerdir.

Cevap B (*Tüzün, Dermatoloji, s.239*)

52.Aşağıdaki hücrelerden hangisi epidermiste yer almaz?

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

DERMATOLOJİ

AÇIKLAMA: Fibroblastlar gevşek konnektif dokuda çok sayıda bulunan bir hücre çeşididir. Keratinositler epidermisteki hücrelerin %80-95'ini oluşturur, melanositler epidermisin bazal tabakası boyunca yerleşmişlerdir. Merkel hücreleri memelilerin epidermisinde bulunur. Langerhans hücreleri epidermisin suprabazal tabakasında bulunurlar.

Cevap E (Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, s.27)

53.Aşağıdaki pemfigus tiplerinden hangisi suprabazal yerleşimlidir?

- a) Pemfigus foliaceus
- b) Pemfigus vegetans
- c) Pemfigus eritematozus
- d) Paraneoplastik pemfigus
- e) İlaça bağlı pemfigus

AÇIKLAMA: Pemfigus vulgaris ve pemfigus vegetans suprabazal yerleşimlidir. Pemfigus foliaceus, paraneoplastik pemfigus, ilaca bağlı pemfigus ve pemfigus eritematozus intragranüler yerleşimlidirler.

Cevap B (Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, s.354)

54.Shagreen patch aşağıdaki hastalıklardan hangisi için patognomiktir?

- a) Psödoksantom elasticum
- b) Adenom sebace
- c) Tuberoz sklerozis
- d) Rothmund-Thomson sendromu
- e) Nörofibromatozis

AÇIKLAMA: Bu lekeler tubosakral bölgede yerleşir, deriden hafif kabarık portakal kabuğu görünümünde yumuşak lezyonlardır. Adenoma sebaseler yüzde sarımsı-kırmızı papüllerdir. Psödolesantom elasticum, Rothmund-Thomson, Nörofibromatozis, farklı hastalık grubundandı.

Cevap C (Fitzpatrick, Dermatology in General Medicine, 4.baskı, s.2257; Wiederholt, Incidence and Prevalence of Tuberos Sclerosis in Rochester, 1985, s.600)

55.Derinin tüm yapıları ya ektodermden, ya da mezodermden kaynaklanmaktadır. Aşağıdaki yapılardan hangisi ektoderm kaynaklı değildir?

- a) Ekrin ter bezleri
- b) Apokrin ter bezleri
- c) Langerhans hücreleri
- d) Tırnaklar
- e) Sebace bezler

AÇIKLAMA: Epidermis, pilosebace apokrin üniteler, ekrin ünite ve tırnaklar ektoderm türevleridir. Melanositler, sinirler ve özelleşmiş duyuşal resöptörler nöroektoderm kökenlidirler. Langerhans hücreleri,

makrofajlar, mast hücreleri, kan ve lenf damarları gibi diğer elemanlar ise mezodermden türelerler.

Cevap C (Tüzün, Dermatoloji, 2.Baskı, s.17-28)

56.Nedeni bilinmeyen, kronik, bülül bir hastalık olan pemfigus, bülül epidermis içinde histolojik olarak yerleşimine göre gruplara ayrılmaktadır. Aşağıdakilerden hangisi pemfigus vulgarisin histopatolojik bulgusudur?

- a) Parakeratoz
- b) Akantoliz
- c) Hiperkeratoz
- d) Diskeratoz
- e) Hipergranüloz

AÇIKLAMA: Pemfiguslu hastaların serumlarında epiteliyal intersellüler ara maddeye karşı bulunan spesifik antikorlar nedeniyle Malpighi hücreleri birbirleriyle bağlantılarını kaybederler. Bu olaya **akantoliz** denir.

Cevap B (Tüzün, Dermatoloji, 2.Baskı, s.353-377)

57.Koebner fenomeni, deri hastalığı olanlarda, tutulmayan bölgeye uygulanan travma ile hastalığa ait lezyonun ortaya çıkması olarak tanımlanmaktadır. Aşağıdaki hastalıklardan hangisinde Koebner fenomeni bulunmaz?

- a) Psöriazis
- b) Liken planus
- c) Verruka vulgaris
- d) Pitiriazis rozea
- e) Hidradenitis süpürativa

AÇIKLAMA: Hidroadenit apokrin ter bezlerinin kronik, süpüratif ve skatrisleşmeyle giden bakteriyel bir hastalığı olup, aksiller bölgede sıktır.

Cevap E (Tüzün, Dermatoloji, 2.Baskı, s.97-120)

58.El ve ayak parmak aralarında kızamık plaklar olarak gözlenen erosio interdigitalis blastomycetica için hangisi doğrudur?

- a) Kandidozdur
- b) Blastomikozdur
- c) Sporotikozdur
- d) Histoplazmozdur
- e) Kromomikozdur

AÇIKLAMA: Derinin kıvrım bölgeleri C. albicans'ın kolonizasyonu ve proliferasyonuna hassas bölgelerdir. Erosio interdigitalis blastomycetica, parmak aralarını tutan kandidiyal intertrigonun özel adıdır.

Cevap A (Moschella, Hurley, Dermatology, 3.Baskı, s.913-923)

59.Sistemik semptomların eşlik ettiği yaygın deri ve mukozal lezyonlarıyla karakterize, akut başlangıçta Stevens-Johnson Sendromu aşağıdaki hastalıklardan hangisinin klinik formudur?

- a) Dermatit herpetiformis
- b) Eritema multiforme
- c) Büllöz pemfigoid
- d) Pemfigus vulgaris
- e) Favus

AÇIKLAMA: Stevens-Johnson Sendromu, belirgin mukozal tutulumu olan eritema multiforme olguları tanımlayan bir terimdir.

Cevap B (Moschella, Hurley, Dermatology, 3.Baskı, s.577-593)

60.Aşağıdakilerden hangisi sifilizde etkenin giriş yerinde ortalama 3 hafta sonra ortaya çıkan spesifik yara olan şankr sifilitik=ulcus durum'un özelliklerinden değildir?

- a) Yara zemini palpasyonda serttir.
- b) %95 genital bölgede yerleşir.
- c) Yara kenarları hafifçe kabarıklık olup sağlam deriyle devam eder.
- d) Skatris bırakarak iyileşir.
- e) Erozyon niteliğindedir.

AÇIKLAMA: Şankr, hasta tedavi edilmese bile kendiliğinden iyileşir; herhangi bir komplikasyon olmadığı takdirde skatris bırakmadan hipopigmente, bazen hiperpigmente bir leke bırakarak kaybolur.

Cevap D (Tüzün, Kotoğyan, Aydemir, Baransü, Dermatoloji, 2.Baskı, s.158-196)

61.Deri tüberkülozları, primer tüberküloz ve reinfeksiyon tüberkülozu şeklinde ortaya çıkabilmektedir. Elemanter lezyonu gom olan deri tüberkülozu aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Lupus vulgaris
- b) Tüberkülozis kutis verrükoza
- c) Tüberkülozis kutis orifisyalis
- d) Tüberkülozis kutis kollikuativa
- e) Primer inokülasyon tüberkülozu

AÇIKLAMA: Elemanter lezyonu gom olan tüberkülozis kutis kollikuativa (skrofuloderma), subkutan bir tüberküloz odağından çevreye yayılım sonucu ortaya çıkmaktadır.

Cevap D (Tüzün, Kotoğyan, Aydemir, Baransü, Dermatoloji, 2.Baskı, 1994; 121-130)

62.Aşağıdakilerden hangisi Atopik Dermatit temel belirtilerinden değildir?

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

AÇIKLAMA: Atopik dermitli hastalarda serum IgE düzeyleri normal olabilmektedir.

Cevap C (Moschell, Hurley, Dermatology, 3.baskı, s.441-464)

63.Etiyolojisi bilinmeyen papüloskuamöz bir dermatoz olan psöriazisde en sık rastlanan tırnak bulgusu aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Onikoliz
- b) Pitting (yüksük tırnak)
- c) Subungual keratoz
- d) Diskolorasyon
- e) Dismorfizm

AÇIKLAMA: %30 oranında tırnak tutulumunun görüldüğü psöriazisde en sık rastlanan tırnak bulgusu yüksük tırnaktır.

Cevap B (Moschella, Hurley, Dermatology, 3.Baskı, s.607-651)

64.Pitriyazis Rosea'da aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) En büyük lezyon "Madolyon" adını alır.
- b) Etkeni M. Furfur'dur.
- c) Kübner fenomeni müsbettir.
- d) Uzun eksenleri deri kıvrımlarına paraleldir.
- e) Tedavi edilmesiz kendiliğinden geçer.

AÇIKLAMA: M. Furfur Pitriyazis versicolorun etkenidir.

Cevap B (Tüzün, Dermatoloji, 2.Baskı, s.87)

65.Hangisi tekrarlayan erizipellerin komplikasyonları olabilir?

- a) Hiperpigmente skatris
- b) Atrofik skatris
- c) Daimi alopesi
- d) Elefantiyazis
- e) Kalp komplikasyonları

AÇIKLAMA: Grup A Streptokokların yaptığı deri ve derialtı yüzeysel sellülit olan erizipel kronik durumda elefantiyazise neden olur.

Cevap D (Tüzün, Dermatoloji, 2.Baskı, s 02-103)

66.Hangisinde kemik bulgusu yoktur?

- a) Psöriazis
- b) Pemphigus Vulgaris
- c) Tersiyer Sifiliz
- d) Sarkoidozis
- e) Nörofibromatozis

DERMATOLOJİ

AÇIKLAMA: Pemfigus vulgaris otoimmün büllöz bir hastalık olup kemik bulgusu yoktur.

Cevap B (*Tüzün, Dermatoloji, 2.Baskı, s.353*)

67.Jeneralize Skleroderme hangisi görülmez?

- a) İç organ malignitesi
- b) Maske yüzü
- c) Parmaklarda mutilasyon
- d) Deride kalsiyum birikmesi
- e) Özofagusta myoskleroz

AÇIKLAMA: Sklerodermada ana klinik belirti derinin kalınlaşmış sertleşmesidir, iç organ malignitesi dermatomyozitise eşlik edebilir.

Cevap A (*Tüzün, Dermatoloji, 2.Baskı, s.432*)

68.Hangisinde skatrisiyel alopesi olabilir?

- a) Talyum asetat intoksikasyonu
- b) Alopesi areata
- c) Tinea capitis superfisialis
- d) Tinea capitis profunda
- e) İmmünoşüpressif tedavi

AÇIKLAMA: T. Capitis profunda celsi olarak da bilinir. Püstüllü akıntılı plaklar yapar. Kıllar spontan dökülür. Enfeksiyon ile skatrisiyel alopesi yapar.

Cevap D (*Tüzün, Dermatoloji, 2.Baskı, s.83*)

69.Hangisi fotosensitiviteye sebep olamaz?

- a) Aspirin
- b) Halojenler
- c) Bergamot yağı
- d) Furokumarin
- e) Tetrasiklin

AÇIKLAMA: Aspirin fotosensitiviteye neden olmaz.

Cevap A (*Tüzün, Dermatoloji, s.296*)

70.Güneş ışını aşağıdakilerden hangisi için bilinen agreve edici faktör değildir?

- a) Sistemik Lupus Eritematozus
- b) Dermatomyozitis
- c) Liken scrofulosorum
- d) Pellegra
- e) Porphyria Cutanea Tarda

AÇIKLAMA: Liken scrofulosorum tüberkülozlu çocuklarda görülen bir tüberküloid reaksiyonudur. UV ile ilişkisi yoktur.

Cevap C (*Tüzün, Dermatoloji, s.128*)

71.Yalancı pozitif VDRL reaksiyonu hangisinde görülmez?

- a) Lepramatöz lepra
- b) Diabetes Mellitus
- c) Gebelik
- d) Sistemik Lupus Eritematozus
- e) Malaria

AÇIKLAMA: Biyolojik yalancı pozitif sonuçlar, doku parçalanması, lipoid otoantikör oluşmasına neden olan durumlarda görülür.

Cevap B (*Tüzün, Dermatoloji, s.191*)

72.İkinci devir sifilizin ilk belirtisi hangisidir?

- a) Maküler döküntü
- b) Papüler döküntü
- c) Poliadenopati
- d) Bölgesel adenopati
- e) Püstüler döküntü

AÇIKLAMA: Bu dönemde Trepenoma pallidumlar kan ve lenf yolu ile yayılır. Bütün organlara en çok bulunduğu dönemlidir. Polilenfadenopati özellikle epitrokleare lenfadenopati tipiktir.

Cevap C (*Tüzün, Dermatoloji, s.164-171*)

73.Uzun zaman arsenik alınması ile en çok hangisi olur?

- a) Kaposi Sarkomu
- b) Malign melanoma
- c) Senil Sebaceous hyperpasia
- d) Bowen hastalığı
- e) Piyojenik granüloma

AÇIKLAMA: Bowen hastalığının etyolojisi tartışmalıdır. Güneşe ve arseniğe bağlanmaktadır Travma ve radyasyonun da rolü vardır.

Cevap D (*Tüzün, Katogyan, Aydemir, Dermatoloji, 2.Baskı, s.647*)

74.Higoumenakis belirtisi aşağıdaki hastalıkların hangisinde görülür?

- a) Lepra
- b) Liken Planus
- c) Sifiliz
- d) Progerya
- e) İktiyozis Vulgaris

AÇIKLAMA: Higoumenakis belirtisi, geç konjenital sifiliz de sifilitik osteite bağlı olarak gelişen hiperostoz sonucu klavikulanın iç üçte birinin unilateral kalınlaşmasıdır. Konjenital sifiliz için diagnostik bir bulgu değildir. Raşitizm kırıklar ve enfeksiyonlara bağlı olarak da gelişebilir.

Cevap C (*Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, s.182-183*)

75. Aşağıdaki deri tüberkülozlarının hangisinde ekzojen enfeksiyon söz konusudur?

- a) Lupus Vulgaris
- b) Tüberkülozis Kutis verükoza
- c) Skrofloderma
- d) Tüberkülozis kutis Orifisialis
- e) Metastatik Tübeküloz abseleri

AÇIKLAMA: Tüberkülozis kutis verrükoza, önceden enfekte olmuş duyarlı kişilerde mikobakterium tüberkülozis ile ekzojen ve reinfeksiyona bağlı olarak ortaya çıkan verriköz görünümlü bir deri tüberkülozudur.

Cevap B (Tüzün, Dermatoloji, 2.Baskı s.126)

76. Eritema Kronikkum migrans etkeni aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Psödomonas mallei
- b) Francisella tularansis
- c) Leishmania braziliensis
- d) Borrellia Burgdorferi
- e) Rickattsia prowazaki

AÇIKLAMA: Eritema kronikum migrans, kene ısırığı bölgesinde ortaya çıkan ve erken lokalize Lyme hastalığının karakteristik lezonudur. Lyme hastalığının etkeni ise Borrellia burgdorferi dir.

Cevap D (Tüzün, Dermatoloji, 2.Baskı, s.245)

77. Aşağıdaki ilaçlardan hangisi sistemik lupus eritematozus benzeri sendroma sebep olabilir?

- a) Aktinomisin
- b) Florourasil
- c) Hidrolazin
- d) Allopürinol
- e) Psoralen

AÇIKLAMA: SLE benzeri sendroma sebep olan ilaçlar başlıca 4 tanedir. Hidrolazin, İNH, Fenitoin ve Prokinamid. Bunlardan başka Penisilin, Sülfonamidler D-Penisilamin, Tetrasiklin, Griseofulvin, metildopa, oral kontraseptifler, PAS, Streptomisin, Klorpromazin, Metiserjit, Fenilbutazon, Pirimidon ve nitrofurantoin de aynı tür reaksiyona sebep olabilecek diğer ilaçlar arasında sayılmaktadır.

Cevap C (Tüzün, Dermatoloji, 2.Baskı, s.301)

78. Aşağıdakilerden hangisi premalign bir lezyon değildir?

- a) Aktinik keratoz
- b) Arsenik Keratozu
- c) Queyrat eritroplazisi
- d) Lökoplazi
- e) Piyojenik granüloma

AÇIKLAMA: Piyojenik granülom premalign bir lezyon değildir. Travma yerinde gelişen bir kapiller hemanjiyomdur.

Cevap E (Tüzün, Dermatoloji, 2.Baskı, s.112)

79. Herald plağı aşağıdaki hastalıklardan hangisinde görülür?

- a) Pitriazis versikolor
- b) Pitriazis rosea
- c) Pitriazis rubra pilariz
- d) Pitriazis alba
- e) Parapsöriazis

AÇIKLAMA: Pitriazis rosea da deride ortaya çıkan ilk belirti herald plağı (**Madolyon Plağı**)'dir. Olguların %80'inde görülür, çoğunlukla gövdede veya ekstremitelerin proksimal kısımlarında yerleşmişlerdir.

Cevap B (Tüzün, Dermatoloji, 2.Baskı, s.436)

80. Aşağıdakilerden hangisi tuberoz sklerozda görülmüştür?

- a) Adenom sebese
- b) Periungual fibromlar
- c) Normal zeka
- d) Shagreen lekeleri
- e) Hipopigmente maküller

AÇIKLAMA: Tuberoz skleroz; Nörokütanoz karmaşık bir gelişim defektidir. Klinik olarak hastalıkta deri belirtileri, mental gerilik, nörolojik bozukluklar ve diğer organ belirtileri olmak üzere değişik semptomlar vardır. Dört tip deri lezyonu görülür; adenom sebese, periungual fibromlar shagreen lekeleri, hipopigmente maküller.

Cevap C (Tüzün, Dermatoloji, 2.Baskı, s.595)

81. Aşağıdakilerden hangisi psöriazisli bir plağın patolojik incelenmesinde görünmez?

- a) Parakeratoz
- b) Munro mikroabseleri
- c) Hipergranüloz
- d) Kogoj'un spongiform püstülleri
- e) Papillomatoz

AÇIKLAMA: Psöriazisde stratum granülozum ya çok incelmış veya çok kez tamamen kaybolmuştur.

Cevap C (Tüzün, Dermatoloji, 2.Baskı, s.319)

82. Tırnak hastalıkları ile ilgili aşağıdaki bilgilerden yanlış olanı işaretleyiniz?

- a) Tırnak çevresinin iltihabına paronişiya denir.

DERMATOLOJİ

- b) Dermatofitlerin tırnak plağındaki yaptığı hastalığa onikomikozis denir.
- c) Yüksek tırnak en çok psöriazisli olgularda görülür.
- d) Tırnak plağının tırnak yatağından ayrılmasına onikolizis denir.
- e) Tırnakların serbest kenarlarının baklava gibi tabakalar halinde ayrılmasına tırnak distrofisi denir.

AÇIKLAMA: Tırnakların serbest kenarının baklava gibi kat kat olması **lameller tırnak distrofisi** olarak adlandırılır.

Cevap E (*Hunder, Savin, Dahi, Clinical Dermatology, 2.Baskı, s.20-40*)

83.Auspitz fenomeni hangi hastalıkta görülür?

- a) Pemfigus
- b) Ürtiker
- c) Psöriazis
- d) Tinea versikolo
- e) Liken planus

AÇIKLAMA: Derideki lezyonun kaşınması sonucunda nokta şeklinde kanama odakları oluşur. Normal deride bu damla şeklinde olur. Psöriazisde papillomatozis dediğimiz papillaların eldiven şeklinde dermise doğru uzaması sonucunda meydana gelir.

Cevap C (*Braun Falco, Dermatology, 2.baskı, 2001, s.589*)

84.Aşağıdaki hastalıklardan hangisi genellikle vücudun tek tarafında görülür?

- a) Herpes simplex
- b) Zona zoster
- c) Gale
- d) Liken planus
- e) Eritema nodosum

AÇIKLAMA: Herpes zoster virüsü tarafından oluşturulan hastalıkta virüs sinir taresesi boyunca ilerleyerek hastalık oluşturduğundan genellikle tek taraflı görülür.

Cevap B (*Braun Falco, Dermatology, 2.baskı, 2001, s.74*)

85.Sillon (Tünel bulgusu) hangi hastalığın tipik bulgusudur?

- a) Pedikülozis
- b) Scabies
- c) Leishmaniazis
- d) Erizipel
- e) İmpetigo

AÇIKLAMA: Scabieste etken stratum korneumda sillon dediğimiz tüneller kazarak yaşar.

Cevap B (*Braun Falco, Dermatology, 2.baskı, 2001, s.374*)

FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON

1. Osteoartritin görüntülenmesinde düz radyografi ile aşağıdaki bulgulardan hangisi değerlendirilemez?

- a) Osteofitler
- b) Eklem aralığında daralma
- c) Subkondral kemik sklerozu
- d) Subkondral kistler
- e) Eklem efüzyonu

AÇIKLAMA: Düz radyografi osteoartritin araştırılmasında en sık kullanılan, kolay bulunabilen, nispeten ucuz ve en basit tekniktir. Osteoartritte klasik düz film bulguları osteofitler, eklem aralığında daralma, subkondral kemik sklerozu ve subkondral kistlerdir. Eklem efüzyonu; Ultrasonografi, artroskopi veya Manyetik Rezonans Görüntüleme yöntemi ile değerlendirilir.

Cevap E (*Klippel, Rheumatology, 2.baskı, 1998, 8.4.1-10*)

2. Kronik obstrüktif akciğer hastalığının rehabilitasyonunda aşağıdakilerden hangisi uygulanmaz?

- a) Zorlu ekspirasyon
- b) Diafragmatik solunum
- c) Büzük dudak solunumu
- d) Postural drenaj
- e) Oksijen tedavisi

AÇIKLAMA: Kronik obstrüktif akciğer hastalığının (KOAH) rehabilitasyonunda hastalara diafragmatik solunum ve büzük dudak solunumu öğretilir. Postural drenaj ve oksijen tedavisi de solunum rehabilitasyonunda sık uygulanan tedavi yöntemleridir. Oysa A şıkında belirtilen **zorlu ekspirasyon KOAH'da zararlıdır**. Ekspirasyon gevşek ve pasif olmalıdır. Zorlu ekspirasyon hava yollarında türbülansı artırarak bronkospazm ve obstrüksiyona neden olabilir.

Cevap A (*DeLisa, Rehabilitation Medicine: Principles and Practice, 3.baskı, 1998, s.1359-1383*)

3. Botulinum toksin enjeksiyonunun antispastik etkisi hangi seviyede gerçekleşmektedir?

- a) Medulla spinalis ön boynuz hücrelerinde
- b) Periferik sinirlerde
- c) Kas içiğinde
- d) Nöromusküler bileşkede
- e) Ekstrafuzal kas liflerinde

AÇIKLAMA: Botulinum toksini motor sinir sonlanmalarındaki asetil kolin reseptörlerine bağlanarak asetil kolin serbestleşmesini inhibe ederek, dolayısıyla presinaptik nöromusküler blokaj yaparak etkisini gösterir.

Cevap D (*Moore, Neurology, s.1332-6*)

4. Aşağıdakilerden hangisi Guillain-Barre sendromunun elektrofizyolojik (Elektromyografik) erken tanısında önemlidir?

- a) F cevabı
- b) H refleksi
- c) Motor ünite potansiyellerinin değerlendirilmesi
- d) Duyusal ileti çalışmaları
- e) Motor ileti çalışmaları

AÇIKLAMA: Guillain-Barre sendromu erken tanısında, sinir liflerinin proksimal segmentleri hakkında bizi bilgilendiren F cevabı, distal iletilerin normal olduğu erken dönemde bile hastalığın teşhisinde yol göstericidir.

Cevap A (*Clinical Electromyography Nerve Conduction Studies, 2.baskı, s.621*)

5. H refleksinin aşağıdaki radikülopatilerden hangisinde teşhis değeri vardır?

- a) L3 radikülopatisi
- b) L4 radikülopatisi
- c) L5 radikülopatisi
- d) S1 radikülopatisi
- e) C5 radikülopatisi

AÇIKLAMA: H refleksi, aşil refleksinin elektrofizyolojik karşılığı olup S1 radikülopatisi hakkında bize bilgi verir.

Cevap D (*Clinical Electromyography Nerve Conduction Studies, 2.baskı, s.621*)

6. Aşağıdakilerden hangisi osteoporozda kemik yıkımı belirleyicisi olarak değerlendirilir?

- a) Osteokalsin
- b) Total alkalin fosfataz
- c) Kemiğe spesifik alkalin fosfataz
- d) Tartrata dirençli asid fosfataz
- e) Prokollajen tip 1 peptid

AÇIKLAMA: Primer osteoporozda rutin biokimya tetkikleri normal sınırlar içerisinde bulunduğundan

FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON

kemik döngü hızını saptamak, kırık riski yüksek olan hastaları belirlemek ve osteoporoz tedavisinin etkinliğini değerlendirmek amacıyla kemik döngüsünün biyokimyasal belirleyicilerinden yararlanılır. **Osteokalsin, total alkale fosfataz, kemiğe spesifik alkale fosfataz ve prokollajen tip 1 peptid kemik yapımı belirleyicileridir.** Tartrata dirençli asid fosfataz ise kemik yıkımı belirleyicilerindedir.

Cevap D (Klippel, *Rheumatology*, 2.baskı, 1998, 36.1-10)

7. Aşağıdaki seçeneklerden hangisinde baklofenin antispastik etki mekanizması tanımlanmaktadır?

- GABA "A" reseptörlerine bağlanarak presinaptik inhibisyon
- GABA "B" reseptörlerine bağlanarak presinaptik inhibisyon
- GABA'nın postsinaptik etkileri kolaylaştırmak
- $\alpha 2$ adrenerjik agonisti etki ile
- $\alpha 2$ adrenerjik antagonist etki ile

AÇIKLAMA: Baklofen presinaptik inhibasyonda rol oynayan bir nörotransmitter olan GABA analoğu olup, GABA "A" reseptörleri değil de GABA "B" reseptörlerine bağlanarak etki gösterir.

Cevap B (Braddom, *Physical Medicine and Rehabilitation*, 2000, 2.baskı, s.592)

8. Aşağıdaki seçeneklerden hangisinde donuk omuz tedavisi için en uygun olan egzersizler yer almaktadır?

- Codman egzersizleri
- Bruunstrom egzersizleri
- Kondisyon egzersizleri
- Koordinasyon egzersizleri
- Gevşeme egzersizleri

AÇIKLAMA: Codman egzersizleri donuk omuzda eklem hareket açıklığını düzeltmek üzere en sık kullanılan egzersizlerdir. Bu egzersizleri hasta kolayca ev programı şeklinde alarak uygulayabilir.

Cevap A (Braddom, *Physical Medicine and Rehabilitation*, 2000, 2. baskı, s.792)

9. Servikal vertebra rotasyonunun büyük kısmı aşağıdaki eklemlerden hangisiyle gerçekleşir?

- C1-C6
- C1-C2
- C2-C3
- C3-C4
- C4-C6

AÇIKLAMA: Servikal vertebranın 45 derecelik rotasyonu C1-C2 ekleminde oluşmaktadır.

Cevap B (Braddom, *Physical Medicine and Rehabilitation*, 2000, 2. baskı, s.762)

10. Alt ekstremitenin üstten daha fazla etkilendiği kontrateral hemipleji, kontrateral hemianestezi, kontrateral hemianopsi, yutma bozukluğu ve inhibe edilemeyen nörojenik mesanenin olduğu bir hastada hangi serebral arterin lezyonu mevcuttur?

- Ön serebral arter
- Arka serebral arter
- Antero-inferior serebral arter
- Postero-inferior serebral arter
- Orta serebral arter

AÇIKLAMA: Serebral korteksin önemli bir bölümü orta serebral arter ile beslenmekte olup bu arterin lezyonuna bağlı inmelere önemli derecede özürllük ortaya çıkmaktadır.

Cevap E (Braddom, *Physical Medicine and Rehabilitation*, 2000, 2. baskı, s.117)

11. Aşağıdaki seçeneklerden hangisi FMS'de (Fibromiyalji sendromu) tanımlanan hassas nokta lokalizasyonlarından değildir?

- Ön kolun dorsal kısmında alt 1/3'lük bölge
- Suboksipital kas inserasyonu
- Büyük trokenterik çıkıntının arkası
- Lateral epikondilin 2 cm distali
- C5-C6 intertransvers boşluğun önü

AÇIKLAMA: Ön kolun dorsal kısmında alt 1/3'lük bölge hassas nokta değildir, fibromiyaljinin konversiyon reaksiyonlarından ayırt edilmesinde faydalıdır.

Cevap A (Göksoy, *Romatizmal Hastalıkların Tanı Ve Tedavisi*, 2002, s.782, 783)

12. Eklem rotasyon hızının aynı, buna karşılık eklem momentinin değişken olabildiği, uygulanan kuvvet ne kadar fazla olursa olsun açılma hareket hızının değişmediği egzersiz tipi hangisidir?

- İzotonik egzersiz
- İzometrik egzersiz
- İzokinetik egzersiz
- Eksantrik kasılma
- Konsantrik kasılma

AÇIKLAMA: İzotonik egzersiz: Diğer bir adı da progressif rezistans egzersizlerdir. Eklem hareket açıklığı boyunca sabit bir dirence karşı yapılan dinamik kas kontraksiyonlarıdır. Direnç elle veya mekanik olarak uygulanabilir. Mekanik direnç uygulandığında yük sabittir.

İzometrik egzersiz: Bir eklem hareket oluşmaksızın kas kasılmasının olduğu statik egzersizdir.

İzokinetik egzersiz: Eklem rotasyon hızının aynı,

buna karşılık hareket momentinin değişken olabildiği bir hareket türüdür. Uygulanan kuvvet ne kadar fazla olursa olsun, açılmal hareketin hızı değişmez.

Eksantrik kasılma: İzometrik bir kasılmadır. Kasın uzunluğunun artmasının yanında kasta gerilim ortaya çıkar.

Konsantrik kasılma: kasın kasılmasıyla sonuçlanan izometrik egzersizdir.

Cevap C (Oğuz, *Tıbbi rehabilitasyon, 1. baskı, 2004, 23. bölüm, s.491-526; Beyazova, Fiziksel tıp ve rehabilitasyon, 2000, 1. cilt, 4.20. bölüm, s.909-929; Sarı, Fiziksel tıp yöntemleri, 2002, s.123-136*)

13. Metakarpofalangeal eklemlerin ekstansiyonunda güçsüzlük nedeniyle oluşan "düşük parmak" kliniği, hangi sinirin tuzak nöropatisi sonucunda oluşur?

- Posterior interosseöz sinir
- Yüzeysel kutanöz radial sinir
- Anterior interosseöz sinir
- Dorsal ulnar kutanöz sinir
- Palmar ulnar kutanöz sinir

AÇIKLAMA: Radial sinirin majör terminal dalı olan posterior interosseöz sinirinin Frohse geçitinde tuzaklanması sonucunda, duyu kusuru olmaksızın metakarpofalangeal eklemlerin ekstansiyonunda güçsüzlük nedeniyle oluşan "düşük parmak" kliniği ortaya çıkar.

Cevap A (Oğuz, *Tıbbi Rehabilitasyon, 1. baskı, 2004, 33. bölüm, s.665-694; Beyazova, Fiziksel tıp ve rehabilitasyon, 2000, 2. cilt, 8.13. bölüm, s.2071-2089*)

14. Romatoid Artrit rehabilitasyonunun akut evre tedavisinde uygulanmayan tedavi seçeneği hangisidir?

- İnflamasyonlu eklemin fonksiyonel pozisyonda splintlenmesi
- İzometrik egzersizler
- Dirençli egzersizler
- Pasif eklem hareket açıklığı egzersizleri
- Kriyoterapi

AÇIKLAMA: Romatoid Artrit rehabilitasyonu; romatoid artrit evresine göre farklılık gösterir. Akut, subakut ve kronik olmak üzere üç evreye ayrılır. Akut evrede ağrının hafifletilmesi, inflamasyonun baskılanması önemlidir. İnflamasyonlu eklemler fonksiyonel pozisyonda istirahat alınır. Akut dönemde istirahat, kas atrofilerini ve kontraktürleri önlemek için egzersizlerle desteklenmelidir. İlk aşamada eklemi hareket ettirmeksizin minimum kas kasılması ve maksimum kas gerginliği sağlayan izometrik egzersizler başlanmalıdır. Ağrı ve inflamasyon hafiflemeye başladığında günde 1-2 kez 2-3 tekrarlı

nazik pasif eklem hareket açıklığı egzersizlerine geçilir. Yüksek ısı kollojen içeren dokularda ve kartilajda yıkımını önlemeye yönelik soğuk uygulama (kriyoterapi) uygulanır.

Cevap C (Beyazova, *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, 2000, 2. cilt, 7.4. bölüm, s.1549-1576*)

15. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Ca emilimi Tip I (Postmenopozal) ve Tip II (Senil) osteoporozda azalmıştır.
- Kemik kayıp hızı Tip I (Postmenopozal) osteoporozda artmıştır.
- Vertebral kırıklar Tip II (Senil) osteoporozda görülür.
- PTH fonksiyonu Tip II (Senil) osteoporozda artmıştır.
- Tip I (Postmenopozal) osteoporozda östrojenin azalır.

AÇIKLAMA: Osteoporoz (OP) sınıflandırması en sık etiyolojik faktörlere göre yapılır. Birincil OP'da neden olabilecek bilinen bir hastalık yoktur. İkincil OP'da ise altta yatan hastalık veya nedenler vardır. Birincil OP kendi içinde 3 grupta değerlendirilir. Postmenopozal (Tip I), senil (Tip I) ve idiyoPATİK.

Tip I ve Tip II OP'un karşılaştırılması Tablo 1'de verilmiştir.

Cevap C (Beyazova, *Fiziksel tıp ve rehabilitasyon, 2000, 2. cilt, 7.32. bölüm, s.1872-11893*)

16. Uyluğun arkasından lateral malleole yayılan ağrı, başparmak dorsifleksiyonunda güçsüzlük olan, refleks kaybı olmayan, topuk yürüyüşü yapamayan hastanın tanısı aşağıdakilerden hangisi olabilir?

- L2 radikülopati
- L3 radikülopati
- L4 radikülopati
- L4 radikülopati

Tablo 1.

	Tip I	Tip II
Yaş	51-75	75 ve üstü
Kadın/Erkek	6/1	2/1
Tutulmuş kemik	Trabeküler	Kortikal ve trabeküler
Kırık lokalizasyonu	Vertebra, el bileği	Kalça, pelvis, tibia, humerus üst uç
Olası etyopatogenez	Östrojen düşer	Yaşlanma, ikincil hiperparatiroidi
Kemik kayıp hızı	Hızlı	Hızlı değil
PTH fonksiyonu	Azalmış	Artmış
Kalsiyum emilimi	Azalmış	Azalmış
25(OH)D→1.25(2D metabolizması)	İkincil azalmış	Birincil azalmış

e) S1 radikülopati

AÇIKLAMA: L5 sinir kökünün etkilenmesinde ağrı, lumbosakral, bölgeden, uyluğun arkasından lateral malleole yayılır. Bileğin yan tarafındaki ağrı, genellikle çok ciddidir. Başparmak malleole yayılır. Bileğin yan tarafındaki ağrı, genellikle çok çiddidir. **Başparmak dorsifleksiyonunda güçsüzlük ve başparmağın dorsal yüzündeki hipoestezi, L5 radikülopati için tipiktir.** Topu yürüyüşü yapılamaz. Refleks değişikliği yoktur.

Cevap D (Beyazova, Fiziksel tıp ve rehabilitasyon, 2000, 2. cilt, 7.29. bölüm, s.1838-1856)

17.Santral sinir sistemi stimülasyonunda etkili olmayan ajanı işaretleyiniz?

- a) Pemolin
- b) Metoklopramid
- c) Metilfenidat
- d) Dekstroamfetamin
- e) Bromokriptin

AÇIKLAMA: Metoklopramid gastrik motiliteyi iyileştirmede kullanılan bir ilaçtır. Akut veya gecikmiş etki olarak sedasyon, ekstrapiramidal semptomlar, yerinde duramama ve hareket bozukluklarına neden olabilir. Nörositumulan etkisi yoktur.

Cevap B (Garrison, Handboos of Physical Medicine and Rehabilitation, 2003)

18.Servikal traksiyonda intervertebral foraminalarda açılma sağlamak için maksimal etki hangi pozisyonda elde edilir?

- a) 20 derece lateral fleksiyon
- b) 20 derece rotasyon
- c) 20 derece ekstansiyon
- d) 20 derece fleksiyon
- e) Nötral pozisyon

AÇIKLAMA: Servikal traksiyonda boyun pozisyonu önem taşır. 20-30 derecelik boyun fleksiyonu intervertebral foraminaların açılmasında maksimum etki sağlar. Traksiyonda servikal ekstansiyon pozisyonu kontrendikedir.

Cevap D (Beyazova, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, cilt 1, 2000, s.839)

19.Aşağıdakilerden hangisi posterior topuk ağrısı nedeni olabilir?

- a) Posterior tibial tendon yetersizliği
- b) Morton Nöroması
- c) Haglund sendromu
- d) Köhler hastalığı

e) Aşırı yüksek topuklu ayakkabı giyilmesi

AÇIKLAMA: Haglund sendromu veya deformitesi kalkaneusun arka-üst köşesinin aşırı çıkıntılı olmasıdır. Topukta retrokalkaneal busit oluşumuna zemin hazırlar. Diğer tüm patolojiler ayağın orta bölümünde ağrıya neden olurlar.

Cevap C (Beyazova, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, cilt 1, 2000, s.1080-71)

20.Total Kalça Artroplastisi geçiren hastanın kalça eklem hareketlerinden aşağıdakilerin hangisini yapmasına izin verilmez?

- a) Operasyon sonrası 90 derece pasif fleksiyon
- b) Operasyon sonrası 20 derece eksternal rotasyon
- c) İlk 6 hafta kadar pasif abduksiyon
- d) İlk 6 hafta 90 derece aktif fleksiyon
- e) İlk 3 ay adduksiyon

AÇIKLAMA: Kalça artroplastisi geçiren hasta ilk 3 ay içinde, gövdenin orta çizgisini aşan adduksiyonu kısıtlanır. Operasyon sonrasında 90 derece fleksiyon yapılabilir. 20-30 derece aktif internal ve eksternal rotasyon yapar. İlk 6 hafta kadar tolere ettiği kadar pasif abduksiyon yapar.

Cevap E (O'Young, PM&R Secrets, 1997, s.334)

21.T skoru kaçın altında osteoporoz kabul edilir?

- a) -1
- b) -1.25
- c) -1.5
- d) -2
- e) -2.5

AÇIKLAMA: Dünya Sağlık Örgütü T skoru >-2.5 osteoporoz olarak tanımlamıştır.

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

22.Budd-Chiari sendromu, hangi sero (-) spondiloartropatide görülebilmektedir?

- a) Ankilozan spondilit
- b) Reiter sendromu
- c) Enteropatik artrit
- d) Behçet hastalığı
- e) Pso-A

AÇIKLAMA: Karaciğerde hepatik venlerin trombozu sonucu meydana gelir.

Cevap D (*Gümüşdiş, Klinik Romatoloji, s.434-436*)

23.Akut bursit tedavisinde aşağıdakilerden hangisi uygulanmaz?

- a) NSAİİ
- b) Oral steroid
- c) Sıcak uygulama
- d) Tekrarlanan aspirasyon
- e) Lokal steroid enjeksiyonu

AÇIKLAMA: Sıcak uygulama kronik vakalarda uygulanır. Akutda olayı provake eder.

Cevap C (*Tüzün, Hareket Sistemi Hastalıkları, s.160*)

24.Aşağıdaki sinirlerden hangisi lomber pleksusu oluşturmaz?

- a) Birinci lomber sinir
- b) İkinci lomber sinir
- c) Üçüncü lomber sinir
- d) Dördüncü lomber sinir
- e) Beşinci lomber sinir

AÇIKLAMA: Lomber pleksus: İlk üst 4 lomber sinirin ön dalları ile Torakal 12. sinir filamentlerinin birleşmesiyle meydana gelir.

Cevap E (*Bonica, The Management of Pain, 2.baskı, s.1414*)

25.Hangi çeşit egzersizle kas güçlendirmesi yapılamaz?

- a) İzometrik egzersizler
- b) Konsantrik egzersizler
- c) İzokinetik egzersizler
- d) Pasif egzersizler
- e) Egzantrik egzersizler

AÇIKLAMA: Pasif egzersizler, eklem hareket açıklığını sağlayan ve kasın boyunu koruyan egzersizler olup, kas gücünde artma meydana getirmezler.

Cevap D (*Gans, Rehabilitation Medicine Principles and Practice, 3.baskı, 1998, s.720-722*)

26.Kalça artroplastisi yapılmış bir hastada, ilk 6 haftada aşağıdaki hareketlerden hangisine izin verilir?

- a) Ameliyatlı bacak üzerine yatmak
- b) Otururken, yerden birşey almak için eğilmek
- c) Yatarken bacaklar arasına yastık konması
- d) Normal sandalyeye oturmak
- e) Merdiven çıkarken sağlam bacak, inerken hasta bacak ve koltuk değneği ile inmek

AÇIKLAMA: Diğer tüm hareketler kalça artroplastili hastalar için ilk 6 haftada kontrendike olduğu halde, yatakta yatarken opere bacağını abduksiyona getirmelidir.

Cevap C (*Gans, Rehabilitation Medicine Principles and Practice, 3.baskı, 1998, s.1686*)

27.Median sinir felcinde aşağıdakilerden hangisi olmaz?

- a) El pençe eli görünümünü alır.
- b) El bileği fleksiyon ve abduksiyonu zayıflar.
- c) Başparmak oppozisyon, fleksiyon ve abduksiyon yapamaz.
- d) El sıkma gücü azalır.
- e) Elin ilk 3.5 parmağının sırt derisi duyası azalır.

AÇIKLAMA: Ulnar sinir felcinde, el pençe eli görünümü alır.

Cevap A (*Oğuz, Tıbbi Rehabilitasyon, s.77-78*)

28.Aşağıdakilerden hangisi L4-5 disk herniasyonunun klinik özelliklerinden birisi değildir?

- a) Kalça, bacak ve uyluğun lateral kısmında ağrı görülür.
- b) Ayak başparmak dorsifleksiyonunda güçsüzlük gelişebilir.
- c) Gastroknemius ve soleus kaslarında atrofi gelişebilir.
- d) Düşük ayak gelişebilir.
- e) Bacağın lateralinde ve ilk 3 parmakta uyuşukluk görülebilir.

AÇIKLAMA: L4-5 disk herniasyonunda L5 sinir kökü etkilenir. Ağrı sakroiliyak eklem üstünde, kalça, bacak ve uyluk lateralinde; uyuşukluk ise bacak laterali ve ilk 3 parmakta görülür. Ayak ve başparmak dorsifleksörlerinde güçsüzlük, topuklar üzerinde yürümede zorluk görülebilir ve düşük ayak gelişebilir. Kas atrofisi minör veya nonspesifiktir. Patella ve Achille reflekslerinde değişiklik gözlenmez. Posterior tibial refleks azalmış veya kaybolmuş olabilir.

Cevap C (*DeLisa, Rehabilitation Medicine, 2.baskı, 1998, s.1003*)

29.Aşağıdakilerden hangisi enflamatuvar bel ağrısının klinik özelliklerinden biri değildir?

- a) Gelişimin yavaş yavaş olması
- b) En az 3 aydır devam etmesi
- c) Sabah tutukluluğu
- d) 40 yaşından sonra başlaması
- e) Egzersizle şikayetlerin gerilemesi

AÇIKLAMA: Enflamatuvar bel ağrısı yavaş yavaş gelişir, lokalize edilmesi güçtür. Başlangıçta tek taraflı

FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON

olabilse de, kısa sürede bilateral olarak görülmeye başlar. Tipik bir özelliği de 40 yaşından önce görülmesidir. Ortalama görülme yaşı 26'dır. Tutukluluk sabahları, hasta uyandıktan sonra fazladır. Hastanın sıcak bir banyo alması ile, hafif aktivite veya egzersizle azalır.

Cevap D (Klippel, *Rheumatology*, s.3.25.2)

30.Aşağıdakilerden hangisi psöriatik artrit özelliklerinden biri değildir?

- a) Simetrik periferik poliartrit
- b) Asimetrik sakroiliit
- c) Daktilit
- d) Distal interfalangeal eklemlerde enflamatuvar tutuluş
- e) Romatoid faktör olumluluğu

AÇIKLAMA: Psöriatik artrit, diz gibi büyük bir eklem ve 1-2 interfalangeal eklem tutuluşu ile beraber olan oligoartrit veya simetrik poliartrit şeklinde görülür. Hastalarda asimetrik sakroiliit ve ankilozan spondilit olduğu gibi spondilit gelişebilir. Distal interfalangeal eklemlerde enflamatuvar tutuluş tipik özelliklerinden biridir; bu bulguya genellikle tipik tırnak tutuluşları eşlik eder. Romatoid faktörün olumsuz olması ise hastalığın tanımlama kriterleri içinde yer almaktadır.

Cevap E (Klippel, *Rheumatology*, 1.baskı, s.3.31.1)

31.Aşağıdakilerden hangisi kemik yıkımının biyokimyasal belirleyicilerinden biri değildir?

- a) Tartarata dirençli asit fosfataz
- b) Üriner deokspiridinolin
- c) Üriner piridinolin
- d) Osteokalsin
- e) Üriner hidroksipirolin

AÇIKLAMA: Kemik hücrelerinin veya kollajen yıkımının ürünlerinin bazılarının kemik dönüşüm hızını yansıttığı bilinmektedir. Bunlar serumda veya idrarda ölçülebilir ve ölçüm sırasındaki kemik kayıp hızı hakkında bilgi verebilir. Serum tartarata dirençli asit fosfataz, üriner kollajen çapraz bağlar ve ilgili peptidleri, üriner hidroksipirolin rezorbsiyon; kemik alkalin fosfataz, serum osteokalsin, serum tip 1 prokollajen peptidleri ise formasyon hakkında bilgi verir.

Cevap D (Compston, *Osteoporosis*, 2.baskı, 1998, s.31-32)

32.Aşağıdaki durumların hangisinde fleksiyon egzersizi verilmez?

- a) Spinal stenoz
- b) Spondilolizis
- c) Spondilolistezis
- d) Osteoporoz

e) Faset dejenerasyonu

AÇIKLAMA: Osteoporozda özellikle spinal fleksiyon egzersizlerinden kaçınılır.

Cevap D (Glans, *Rehabilitation Medicine Principles and Practise*, s.1453-1473)

33.Aşağıdakilerden hangisi torasik çıkış sendromunda görülmez?

- a) Parestezi nokturna
- b) Raynaud fenomeni
- c) Adson testi
- d) Düşük kol testi pozitifliği
- e) Kostaklavikular manevra

AÇIKLAMA: Düşük kol testi pozitifliği rotator cuff yırtığına özgü muayene bulgusudur.

Cevap D (Klippel, *Entrapment Neuropathies*, 5;19.1-5;19.2)

34.Aşağıdakilerden hangisi gut hastalığına özgü değildir?

- a) Gut artrit sıklıkla periferik eklemlerde görülür.
- b) Aşırı protein ve alkol tüketimi artrit ataklarını tetikler.
- c) Sülfonpirazon ve probenesid ürikozürik olarak gut tedavisinde kullanılır.
- d) Akut gut artritinin tedavisinde kolşisin verilir.
- e) Gut artritinin kesin tanısı kan ürik asit düzeyinin 7 mg/dl'nin üzerinde olmasıyla konur.

AÇIKLAMA: Kesin tanı sinovyal sıvıda urat kristallerinin görülmesiyle konur.

Cevap E (Klippel, *Entrapment Neuropathies*, 7;12,1-7;12,15)

35.Aşağıdakilerden hangisi Tip I (postmenopozal) osteoporozla özgü değildir?

- a) Trabeküler kemiği tutar.
- b) En sık vertebra ve el bileği kırığı görülür.
- c) PTH artar.
- d) 1,25 (OH)₂ D3 azalır.
- e) Kemik kaybı hızlıdır.

AÇIKLAMA: PTH artışı; Tip II (Senil) Osteoporozla özgü bir bulgudur. Tip I osteoporozda PTH fonksiyonunun azalması beklenir.

Cevap C (Kutsal, *Osteoporoz*, 1998, s.1-7)

36.Aşağıdakilerden hangisi kortikosteroid kullanımına bağlı oluşmaz?

- a) LH, FSH ve seks steroidleri azalır.
- b) Osteoblast sayı ve işlevi azalır.

- c) PTHve aktivitesi artar.
- d) Bağırsaktan Ca Emilimi azalır, idrarla Ca atılımı artar.
- e) Büyüme hormonu ve IGF'nin sentez ve aktivitesi artar.

AÇIKLAMA: Kortikosteroidler; büyüme hormonu ve IGF sentezini azaltır.

Cevap E (*Kutsal, Osteoporoz, 1998, s.56-72*)

37. Aşağıdakilerden hangisi klasik masajın etkilerinden değildir?

- a) Analjezik etki
- b) Kas spazmını giderici etki
- c) Kas gücünü artırıcı etki
- d) Dolaşımı artırıcı etki
- e) Relaksasyon etkisi

AÇIKLAMA: Kas kontraksiyonu dışındaki yöntemler kas gücünü geliştirmezler. Masaj, dolaylı destekleme

yoluyla ve ancak tam kurallara göre uygulandıklarında kasların işlevsel yeteneklerini yeniden kazandırabilirler.

Cevap C (*Oğuz, Tıbbi Rehabilitasyon, 1995, s.201-209*)

38. Aşağıdakilerden hangisi topuk ağrısının nedenlerinden değildir?

- a) Aşil tendiniti
- b) Plantar epin
- c) Plantar fasiit
- d) Palmar fasiit
- e) Retrokalkaneal bursit

AÇIKLAMA: Fasiaların çeşitli nedenlere bağlı olarak gelişen inflamasyonuna fasiit denir. En sık görülen elin palmar fasiiti olan Dupuytren kontraktürü ve ayağın palmar fasiitidir.

Cevap D (*Gümüşiş, Klinik Romatoloji, 1999, s.555-71*)

HALK SAĞLIĞI

1. Aşağıdakilerden hangisi bir hastalığın prevalans hızını artıran faktörlerden değildir?

- Hastalığın uzun sürmesi
- İnsidansın artması
- Duyarlı kişilerin o topluma göç etmesi
- Olgu iyileşme hızının yüksek olması
- Tanı olanaklarının gelişmesi

AÇIKLAMA: Sağlık sorunlarına toplumsal yaklaşımda da tanı olasılıklarının değerlendirilmesinde de prevalans hızı önemli bir kavramdır. Prevalans hızının bilinmesi hastalığın seçeneklerde sayılan özelliklerini ortaya çıkarabildiği gibi tersi de doğrudur. Prevalans hızı olgu iyileşme hızı arttığında doğal olarak hasta popülasyonunun azalması nedeniyle azalacaktır. Bu nedenle yanlış seçenek D seçeneğidir.

Cevap D (*Beaglehole R, Bonita R, Kjellström T. (Çev. Bilgel N.) Temel Epidemiyoloji. DSÖ Cenevre, 1997, s.19*)

2. Aşağıdakilerden hangisi ülkemizde anne ölümlerinin tıbbi nedenlerinden ilk beşi içinde yer almaz?

- Kanama
- Gebelik toksemileri
- Düşükler
- Enfeksiyon
- Evde yapılan doğum

AÇIKLAMA: Anne ölümleri ülkemizde hala hedeflendiği AT ülkelerinin çok üzerindedir. Önde gelen ölüm nedenlerinin bilinmesi ile bu nedenlere yönelik uygulamaların öncelik kazanması sağlanabilir. Ülkemizde yapılan çalışmalar ilk 4 seçenekte sayılan nedenlerin en sık anne ölüm nedenleri olduğunu göstermektedir. Bu nedenle cevap E seçeneğidir.

Cevap E (*Bilgel N. Ana ve Çocuk Sağlığı. Güneş ve Nobel Yayınevi, s.23-35, 1997*)

3. Aşağıdakilerden hangisi SSK Kanununa göre iş kazası sayılmaz?

- Sigortalı iş yerinde bulunduğu sırada ortaya çıkmışsa
- Sigortalının 1 günlük raporlu olduğu sırada ortaya çıkmışsa
- İşveren tarafından yürütülmekte olan bir iş dolayısıyla ortaya çıkmışsa
- Sigortalı işveren tarafından görevle bir başka yere gönderildiğinde oluşmuşsa
- Emzikli kadın sigortalının çocuğuna süt vermek

için ayrılan zamanda ortaya çıkmışsa

AÇIKLAMA: Bir hekimin iş kazası tanımını bilmesi olmazsa olmaz bir zorunluluktur. SSK Kanunu Madde 11/A iş kazası sayılan durumları açıkça saymıştır. Bu sayılanlar içinde B seçeneği bulunmamaktadır. Cevap B seçeneğidir.

Cevap B (*Akbulut T. İşçi Sağlığı Prensipleri ve Uygulamaları, 2.baskı, 1994, s.78*)

4. Aşağıdaki seçeneklerde aşılardan ve duyarlı oldukları özellikleri verilmiştir, Doğru seçeneği işaretleyiniz.

- Oral polio aşısının taşınması sırasında 0-4C arasında tutulmalıdır
- Tetanoz toksoidi donmaya duyarlıdır
- Polio aşısı eridikten sonra tekrar dondurulmaz
- Hepatit B aşısı 2-8C arasında saklanmalıdır
- Canlı virüs aşılardan ısıya çok duyarlıdır.

AÇIKLAMA: Kaynakta açıkça belirtildiği üzere aşılardan soğuk zincir denilen, üretimden uygulanıncaya kadar uygun ısı şartlarında bulundurulmalıdır. Polio aşısı ise eridikten sonra tekrar dondurulabilir. Bu nedenle cevap C seçeneğidir.

Cevap C (*Kanra G. Genel İmmünizasyon İlkeleri. Katkı Pediatri Dergisi Aşılar Özel Sayısı, c.19, sayı 2-3, s.136, Ankara 1998*)

5. Bulaşıcı hastalıklarla savaşta sağlık ekibinin yetki ve sorumlulukları aşağıda sıralanmıştır, yanlış seçeneği işaretleyiniz.

- Bulaşıcı hastalıklarla savaş bir kamu görevidir.
- Bulaşıcı hastalık kuşkusunda bile sağlık ekibi yapılacak işlerde tam yetkili ve sorumludur.
- Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun bulaşıcı hastalık ya da kuşkusuna olduğu durumda sağlık ekibinin yetki ve sorumluluklarını tanımlar.
- Sağlık ekibi bulaşıcı hastalık olduğundan kuşku olduğu evlere mahkeme kararı olmaksızın girer.
- Sağlık ekibi enfekte kişileri tedavi edebilir, izolasyon uygulayabilir.

AÇIKLAMA: Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun 65-72. maddeleri bulaşıcı hastalıklarla mücadelede, sağlık çalışanlarının görev, yetki ve sorumluluklarını sıralamaktadır. Bu nedenle cevap C seçeneğidir.

HALK SAĞLIĞI

Cevap C (Aksakoğlu G, Ellidokuz H. Bulaşıcı Hastalıklarla Savaş İlkeleri, 1996, s.10-11)

6. Bulaşıcı hastalık çıkmasını önlemek için sağlık ekibini yapması gereken işlerden olmayan hangisidir?
- Sağlık eğitimi yapmak
 - Çevreyi olumlu duruma getirmek
 - Duyarlı Kişileri aşımak
 - Taşıyıcı aramak
 - Primer, sekonder ve tersiyer koruma uygulamak

AÇIKLAMA: Bulaşıcı hastalık çıkmasını önlemede E seçeneğinde sayılan koruma aşamalarını uygulamak söz konusu olamaz çünkü; sekonder ve tersiyer koruma hastalık ortaya çıktıktan sonra uygulanmaktadır. Bu nedenle cevap E seçeneğidir.

Cevap E (Aksakoğlu G, Ellidokuz H. Bulaşıcı Hastalıklarla Savaş İlkeleri, 1996, s.78-79)

7. Aşağıdakilerden hangisi perinatal dönem bebek ölüm nedenlerinden değildir?
- Konjenital malformasyonlar
 - Malnutrisyon
 - Rh uyumsuzlukları
 - Doğum travmaları
 - Fetal enfeksiyon

Cevap D (Bilgel N. Ana ve Çocuk Sağlığı, 1997, s.212)

8. Bir testin gücünü değerlendirme ölçütleri için aşağıda verilen ifadelerden doğru olanı işaretleyiniz?
- Duyarlılık; bir testin, gerçek hastalarda yüzde kaçını belirlediğini gösterir.
 - Özgüllük; bir testin, gerçekte hasta olup sağlam bulunanların tüm deneklerin yüzde kaç olduğunu gösterir.
 - Pozitif tahmin gücü; bir testin belirlediği hastaların, tüm deneklere oranıdır.
 - Negatif tahmin gücü; bir testin hasta bulduklarının, tüm gerçek sağlamlara oranıdır.
 - Toplam geçerlilik; tüm gerçek hastaların, tüm gerçek sağlamlara oranıdır.

AÇIKLAMA: A seçeneğindeki açıklama doğrudur. Özgüllük bir testin gerçek sağlamlardan yüzde kaçını belirlediğini, pozitif tahmin gücü bir testin hasta olarak belirlendiklerinden yüzde kaçının gerçek hasta olduğunu, negatif tahmin gücün bir testin sağlam olarak belirlendiklerinin yüzde kaçının gerçek sağlam olduğunu ve toplam geçerlilik testin doğru olarak belirlendiği tüm hasta ve tüm sağlamlar toplamının tüm deneklere oranını göstermektedir.

Cevap A (Akbulut T; Sabuncu H. Epidemiyoloji, 1993, s.116-117)

9. Aşağıdakilerden hangisi turistlerle ilgili sağlık sorunlarından değildir?
- Hareket hastalığı
 - Sirkadiyen ritmin bozulması
 - Alışılanın dışında bedensel zorlanma ve aşırı yorgunluklar
 - Aklimatizasyon
 - ASYE

AÇIKLAMA: ASYE turistlere özgü sağlık sorunu değildir. Sayılan diğer seçenekler ise turistlere özgü sağlık sorunlarıdır. Bu nedenle cevap E seçeneğidir.

Cevap E (Güler Ç, Çobanoğlu Z. Turist Sağlığı. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Gn. Md. Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi, No.25, s.36-42, Ankara 1994)

- 10.Sağlık hizmetleri ekonomi açısından kendisine özgü bazı özellikler taşımaktadır. Aşağıdakilerden hangisi bu özellikler içinde yer almaz?
- Sağlık hizmeti kullanılması zorunlu olduğu için, talep esnekliği vardır.
 - Bazı sağlık hizmetleri toplumsal özellik taşır.
 - Sağlık hizmetleri talebi tesadüfidir.
 - Sağlık hizmetlerinde kişinin talebini hekim belirler.
 - Sağlık hizmetlerinin ikamesi yoktur.

AÇIKLAMA: A seçeneğinde ifade edilen sağlık hizmetinin kullanılması zorunlu ise talep esnekliğinin varlığı söz konusu olamaz. Talep esnekliği zorunluluğu ortadan kaldırır, başka seçenekleri de seçme şansı verir. Bu nedenle cevap A seçeneğidir.

Cevap A (Tokat M. Sağlık Ekonomisi. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi İş İd. 266. 1994, s. 2-3)

- 11.Pnömonokonyoz etkenini işaretleyiniz?
- M. tuberculosis
 - Talyum
 - Civa
 - Keten
 - Benzen

AÇIKLAMA: Keten Pnömonokonyoz etkenlerinden olup diğerleri değildir

Cevap D (Yeşilleyen, İşyeri Hekimliği Ders Notları, 2002, s.162)

- 12.Kimyasal ajan ve tedavi eşleşmesinden doğru olanı işaretleyiniz?
- Sinir gazı-Sodyum Hipoklorit

- b) Lewist-Atropin
- c) Fosgen-Steroid
- d) Hidrojen Siyanür-Dimerkaprol (BAL)
- e) Mustard-Amil Nitrit

AÇIKLAMA: Kimyasal ajan tedavilerinde kullanılan antidot ve destekleyici tedavilerden doğru olan eşleşme Fosgen'de kullanılan aerosol ve sistemik steroiddir.

Cevap C (*Karayıanoğlu, Kimyasal ve Biyolojik Terorizm, 2002, s.27*)

13.Ülkemizde aşağıdaki zoonotik hastalıklardan hangisinin bildirim zorunlu değildir?

- a) Tularemi
- b) Besin zehirlenmeleri
- c) Kuduz
- d) Tifüs
- e) Brusellozis

AÇIKLAMA: İlgili mevzuat gereği diğer şıklarda bulunan hastalıklar bildirim zorunludur.

Cevap A (*Öztek, Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ve sağlık ocağı yönetimi, 2004, s.160*)

14.Aşağıdakilerden hangisi idrarda Albüminüriye (Proteinüriye) bakmak için kullanılan maddedir?

- a) Benedict
- b) Giemza
- c) Rosin
- d) %Asetik Asit
- e) KOH

AÇIKLAMA: İdrarda Albüminüriye bakmak için özel olarak kullanılan maddedir. Diğerleri kullanılmaz.

Cevap D (*Tuncer, Halk Sağlığı Ders Notları*)

15.Aşağıdakilerden hangisi kişiye yönelik koruyucu hizmetler kapsamında değildir?

- a) Bağışıklama
- b) Erken tanı
- c) Sağlık eğitimi
- d) Rehabilitasyon hizmetleri
- e) Aile planlaması

AÇIKLAMA: Rehabilitasyon bedence ya da ruhça sakat kalmış olanların başkalarına bağımlı olmaksızın yaşayabilmelerini sağlamak için yapılan bütün çalışmaları kapsar. Tıbbi ve sosyal rehabilitasyon olarak ikiye ayrılır ve sağlık hizmetlerinin son aşamasını oluşturur.

Cevap D (*Bertan, Halk Sağlığı Temel Bilgiler, s.374-376*)

16.Bulaşıcı hastalık geçirenler ile temas ederek

hasta olma olasılığı olan kişileri en uzun kuluçka süresince sağlam kişiler ile temasını yasaklamaya ne denir?

- a) Karantina
- b) Tecrit
- c) Dezenfeksiyon
- d) Vektörle mücadele
- e) Sürveyans

AÇIKLAMA: Tecrit hasta olanı sağlamlardan ayırmaktadır.

Cevap A (*Nusret H.Fişek, Halk Sağlığına Giriş, 1983. s.16*)

17.Aşağıdakilerden hangisi Toplum Hekimliği görüşü değildir?

- a) Sağlık hizmetini herkese götürmek
- b) Hastalıklardan korunma öncelik alır
- c) Kişiye hasta iken hizmet etmek
- d) kişi fizik, biyolojik ve sosyal çevresi ile bir bütündür
- e) Hastalıkların nedeni biyolojik ve sosyal nedenlerden

AÇIKLAMA: Kişiye hasta iken hizmet etmek geleneksel hekimlik görüşüdür.

Cevap C (*Nusret H. Nusret H. Fişek, Halk Sağlığına Giriş, s. 17*)

18.Aşağıdakilerden hangisi meslek hastalıklarının özelliklerinden değildir?

- a) İyice belirlenmiş bir hastalık etkeni vardır.
- b) Özgün bir klinik tablo oluşturabilir.
- c) Hastalık deneysel olarak oluşturabilir.
- d) Hastalık etkeni veya ürünü biyolojik ortamda (kan, idrar, vb) gösterebilir.
- e) Hastalığın ilgili meslekteki insidansı toplumdaki insidansından azdır.

AÇIKLAMA: Çünkü ilgili meslekteki insidansı toplumdakinden yüksektir.

Cevap E (*Ç.Ü.Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ders Notları, Yayın No: 34, 2001*)

19.Aşağıdakilerden hangisi ilk yardımda temel uygulamalardan değildir?

- a) Önce kendi durumunu değerlendirir
- b) Kazazedeyi yatır, fazla hareket ettirme
- c) Çevredeki telaşlıları sakinleştirir
- d) Hızla A, B, C (soluk yolu, solunum, dolaşım) yönünden değerlendirir
- e) Bilinci kapalı ise su verme

HALK SAĞLIĞI

AÇIKLAMA: Çevredeki telaşlılarla uğraşılmaz, görevlendirilerek uzaklaştırılmaları sağlanır.

Cevap C (Ç.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ders Notları, Yayın No: 34, 2001)

20.Aşağıdakilerden hangisi işyeri hekiminin işyerindeki konularından değildir?

- a) İşverenle sözleşmeli meslek statülü işçi
- b) İş-insan uyumuna karar verecek yetkili
- c) İş sağlığı konusunda işçilere karşı işveren vekili
- d) İş yerinde kişisel koruyucuları teminden sorumlu kişi
- e) İş sağlığı konusunda işverenin teknik danışmanı

AÇIKLAMA: Diğer dördü işyeri hekimin işyerindeki konumunu belirtir ama (D)'de belirtilen sorumluluk işveren aittir.

Cevap D (Ç.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ders Notları, Yayın No: 34, 2001)

21.Aşağıdakilerden hangisi hava yolu ile bulaşan hastalıkların kontrolünde hastalığın kaynağına yönelik önlemlerden değildir?

- a) Bağışıklama
- b) İzolasyon
- c) Portör ve asemptomatik olguların bulunması
- d) Hastalığın bildirimini
- e) Hasta hayvanların bulunması

AÇIKLAMA: Hava yolu ile bulaşan hastalıkların kontrolünde hastalığın kaynağına yönelik önlemler.

- 1. Hastalığın bildirimini
- 2. İzolasyon
- 3. Portör ve asemptomatik olguların bulunması
- 4. Hasta hayvanların bulunması

Cevap A (Bertan, Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Ankara, 1995, s. 332)

22.Aşağıdakilerden hangisi uygun bir tarama testinin sahip olması gereken özelliklerinden değildir?

- a) Basitlik
- b) Kabul edirlilik
- c) Seçiciliği yüksek, duyarlılığı düşük olmalı
- d) Tutarlılık
- e) Doğruluk

AÇIKLAMA: Uygun bir tarama testinin sahip olması gereken özellikler şunlardır:

- 1. Basitlik
- 2. Kabul edirlilik
- 3. Doğruluk
- 4. Ucuzluk
- 5. Tutarlılık
- 6. Duyarlık ve seçicilik

Cevap C (Bertan, Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Ankara 1995, s.365-366)

NÜKLEER TIP

1. Aşağıdakilerden hangisi akciğer kanserinde pozitron emisyon tomografinin (PET) klinik endikasyonlarından değildir?

- a) Primer tümörün anatomik detayı hakkında bilgi sağlamak
- b) Hastanın cerrahi öncesi evrelemesi açısından lenf nodlarını değerlendirmek
- c) Uzak metastazların tespiti
- d) Rekürrens tanısı
- e) Tedavi takibi

AÇIKLAMA: PET anatomik detay hakkında sınırlı bilgi verir. BT ile kombine edilmelidir.

Cevap A (*Ruhlmann, PET in Oncology Basics and Clinical Application, 1. baskı, 1999, s.108-117*)

2. Yüksek dereceli gliomalı bir hasta cerrahi ve radyoterapi sonrası klinik semptomlar sergiliyorsa bunun ödem ve radyasyon nekrozuna mı yoksa tümör nüksüne mi bağlı olduğunun ayırımıdaki ideal yöntem nedir?

- a) BT
- b) MRI
- c) Kraniyal USG
- d) Tl-201 sintigrafisi
- e) Tc99m-HMPAO beyin SPECT

AÇIKLAMA: Tl-201 canlı tümör dokusunda tutulur. Bu nedenle tümör nüksünü gösterir.

Cevap D (*Sandler, Diagnostic Nuclear Medicine, 4. baskı, 2004, s.777-778*)

3. Aşağıdakilerden hangisinde tiroid bezinde radyoaktif iyot tutulumunda azalma beklenmez?

- a) Primer Hipotiroidi
- b) Subakut tiroidit
- c) Graves Hastalığı
- d) İyot yüklenmesi (Radyografik kontrast maddeler)
- e) Antitiroid ilaç tedavisi

Cevap C (*MacLean, Nuclear Medicine in Clinical Diagnosis and Treatment, s.667-685*)

4. Aşağıdakilerden hangisi tiroid sintigrafisi endikasyonlarından değildir?

- a) Neonatal ve juvenil hipotiroidide ektopik tiroid dokusu tespiti
- b) Tiroidit takibi
- c) Guatr

- d) Tiroid nodülünün hacminin belirlenmesi
- e) Klinik hipotiroidi veya hipertiroidi

Cevap D (*MacLean, Nuclear Medicine in Clinical Diagnosis and treatment, s.667-685*)

5. Aşağıdaki radyofarmasötik ve organizmada metabolizmasını taklit ettiği analogunu gösteren çiftlerden hangisi yanlıştır?

- a) I-123/I-127
- b) I-131-MIBG/Norepinefrin
- c) In-111-Octreotid/yağ asidi
- d) Tl-201/Potasyum
- e) Ga-67/Ferrik iyon

Cevap C (*Krenning, Nuclear Medicine in Clinical Diagnosis and Treatment, s.757-764*)

6. Flor-18 işaretli deoksiglukoz radyofarmasötüğünün tümördeki artmış tutulumunda aşağıdaki enzimlerden hangisi kilit rol oynar?

- a) Fosfofruktokinaz
- b) Fruktoz 1,6-bifosfat aldolaz
- c) Triozfosfat izomeraz
- d) Hekzokinaz
- e) Gliseraldehid-3 fosfat dehidrogenaz

Cevap D (*Camici, Nuclear Medicine in Clinical Diagnosis and treatment, s.1099-1110*)

7. Aşağıdakilerden hangisi mekik sintigrafisi endikasyonlarından değildir?

- a) Kemik metastazı taraması
- b) Sellülit/osteomyelit ayırıcı tanısı
- c) Radyografi ile aydınlatılmayan kemik ağrılarının araştırılması
- d) Femur uzunluğunun ölçülmesi
- e) Eklem protezlerinin gevşeme, enfeksiyon gibi komplikasyonlarının belirlenmesi

Cevap D (*Murray, Nuclear Medicine in Clinical Diagnosis and Treatment, s.907-1054*)

8. Böbreklerin kortikal anatomisi ile parankimal dokularının değerlendirilmesinde kullanılan radyofarmasötik ajan aşağıdakilerden hangisidir?

- a) 99mTc-HMPAO
- b) 99mTc-MAG
- c) 99mTc-DTPA
- d) 99mTc-işaretli lökosit
- e) 99mTc-DMSA

NÜKLEER TIP

Cevap E (*Harbert, Diagnosis and Treaphy, 1996, s.725-726*)

9. Aşağıdakilerden hangisi 99mTc-HİDA ajanlarıyla yapılan hepatobiliyer sintigrafi endikasyonlarından biri değildir?

- Karaciğer içerisinde RES (retikülo-endotelial sistem) dağılımının gösterilmesi
- Hepatosit fonksiyonun değerlendirilmesi
- Akut ve kronik kolesistitlerin ayırıcı tanısı
- Postoperatif komplikasyonların değerlendirilmesi
- Biliyer atrezilerin tanısı

Cevap A (*Wagner, Principles of Nuclear Medicine, 1995, s.940-957*)

10. Aşağıdakilerden hangisi MUGA'nın klinik uygulamalarından biri değildir?

- Kemoterapi toksisitesi
- Miyokardiyal hibernasyon
- Diastolik fonksiyonların tespiti
- KAH prognoz belirlenmesi
- Soldan sağa şantlar

Cevap E (*Wilson, Textbook of Nuclear Medicine, 1998, s.145-149*)

11. Aşağıdakilerden hangisi Refleks sempatik distrofi sendromunda (Sudek Atrofisi) ve takibinde izlenen kemik sintigrafisi bulgularından değildir?

- Tutulan alanda difüz olarak artmış aktivite tutulumu
- Kan havuzunda, karşı tarafla mukayese edildiğinde hiperemi
- Geç görüntülerde tutulan ekstremitede difüz artmış periartiküler aktivite akümüasyonu
- Geç dönemde etrafı artmış aktivite tutulumu ile çevrelenen soğuk alan
- Kortikosteroid tedavisinden sonra kemik sintigrafisinin normal olması

Cevap D (*Frederick, Handbook of Nuclear Medicine, s.81*)

12. Tc-99m sülfür kolloid karaciğer-dalak sintigrafisinde karaciğerde soğuk defektlerin etiolojisinde aşağıdakilerden hangisi yer almaz?

- Metastaz
- Primer tümörler
- Abse
- Kist
- Fokal nodüler hiperplazi

Cevap E (*Frederick, Handbook of Nuclear Medicine, s.111*)

13. Aşağıdakilerden hangisi kaptoprilli böbrek sintigrafisi istem endikasyonlarından değildir?

- 25 yaşından genç hasta
- İlaça dirençli hipertansiyon
- Daha önceden geçirilmiş batin operasyonu hikayesi
- Böbrek ultrasonografisinde tek taraflı küçük böbrek
- 5 yıldan fazladır süren tek ilaçla regüle hipertansiyon

Cevap E (*Sandler, Diagnostic Nuclear Medicine, 4. baskı, 2003, s.876*)

14. Akut piyelonefrit tanısında "gold standart" yöntem nedir?

- Klinik muayene
- Yağ ağrısı
- Ateş
- Pozitif idrar kültürü
- Tc-99m DMSA ile renal sintigrafi

Cevap E (*Sandler, Diagnostic Nuclear Medicine, 4. baskı, 2003, s.889-890*)

15. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Osteosarkom sıklıkla uzun kemiklerin diafizinde yerleşir
- Başlangıç tanıda kemik sintigrafisi uzak metastazların varlığını değerlendirmek açısından önemlidir.
- Osteosarkom en sık distal femur veya proksimal tibia da yerleşir.
- Kemik sintigrafisi akciğer lezyonlarının X-ray' de görülmeden tanımlar
- Kemik sintigrafisinde tümör bölgesinde fotope-nik alanlarla birlikte artmış, düzensiz radyo-farmasötik tutulumu izlenir.

AÇIKLAMA: Osteosarkom uzun kemiklerin metafizine yerleşir.

Cevap A (*Sandler, Diagnostic Nuclear Medicine, 4. baskı, 2003, .1113, 419-420*)

16. Aşağıdakilerden hangisi miyokard perfüzyon sintigrafisi ajanıdır?

- Tc-99m MDP
- Tl-201
- Tc-99m IDA
- Ga-67
- In-111 oxime

Cevap B (*Thrall, Nuclear Medicine, s.56*)

17. Akciğer perfüzyon sintigrafisinde perfüzyon defekti olan alanda ventilasyon normal olarak izleniyorsa hangisi düşünülmez?

- a) Vaskülit
- b) Akut pulmoner emboli
- c) Pulmoner arter hipoplazisi
- d) Pulmoner ödem
- e) Radyoterapi sonrası

Cevap D (*Thrall, Nuclear Medicine, s.142*)

18. Akut piyelonefrit tanısında en duyarlı yöntem hangisidir?

- a) IVP
- b) CT
- c) Statik böbrek sintigrafisi
- d) USG
- e) Dinamik böbrek sintigrafisi

Cevap C (*Thrall, Nuclear Medicine, s.312*)

19. Hangisi iyi diferansiye tiroid kanserlerinin radyonüklid tedavisinde kullanılır?

- a) Tc-99m
- b) I-131
- c) I-123
- d) I-125
- e) In-111

Cevap B (*Thrall, Nuclear Medicine, s.326*)

20. Retrosternal guatrı olan bir olgunun sintigrafik incelemesinde hangi ajan tercih edilmelidir?

- a) I-123

b) Tc-99m perteknetat

c) I-131

d) Tl-201

e) I-125

Cevap C (*Thrall, Nuclear Medicine, s.332*)

21. 2,5 cm'lik hipoaktif tiroid nodülü olan ve biyopsi ile papiller tiroid tanısı kanseri tanısı konulan 55 yaşında bir erkek hatada bundan sonra takip edilmesi gereken yollar aşağıda sıralanmıştır. Doğruyu seçiniz?

- a) İyot-131 ile ablasyon yapılır. Sonra cerrahiye verilerek nodül çıkartılır.
- b) İyot-131 ile ablasyon yapılır. Sonra tiroksin tedavisine alınır.
- c) Cerrahiye verilerek nodülektomi uygulanır, sonra iyot-131 ile ablasyon yapılır.
- d) Cerrahiye verilerek total tiroidektomi yapılır. Sonra İyot-131 ile ablasyon sağlanır.
- e) Cerrahiye verilerek lobektomi yapılır.

Cevap D (*Ell, Nuclear Medicine in Clinical Diagnosis and Treatment, 2004, s.393-401*)

22. Kemik sintigrafisinin esası kemiklerde hangi fonksiyonun görüntülenmesine dayanır?

- a) Kemik dansitesi
- b) Kemiğin kalsiyum içeriği
- c) Osteoblastik aktivite artışı
- d) Kemiğin kollajen yapısı
- e) Osteoklastik aktivite artışı

Cevap C (*Carthy, Histopathologic Correlates of A Positive Bone Scan, 1997, s.309-320*)

PSİKİYATRİ

1. Aşağıdakilerden hangisi şizofreninin negatif belirtilerinden değildir?

- a) İstek ve enerji azalması
- b) Düşüncenin yoksullaşması
- c) Duygulanımda küntleşme
- d) Zevk alamama
- e) Varsanı

AÇIKLAMA: Enerji ve istek azalması, zevk alamama, toplumsal çekilme, duygulanımda küntleşme ve düşüncenin yoksullaşması negatif belirtiler olarak değerlendirilirken, sanrılar, varsanılar ve pozitif yapısal düşünce bozukluğu pozitif belirtileri oluşturur. Uygunsuz duygulanım ve tuhaf davranış daha çok pozitif belirti olarak ele alınmakla birlikte bazı araştırmacılar tarafından negatif belirti olarak da yorumlanabilmektedir.

Cevap E (Gülec, *Psikiyatri Temel kitabı, cilt 1, 1997, s.336*)

2. Bipolar Bozuklukta aşağıdakilerden hangisi sık görülen komorbid bir durumdur?

- a) Alkol madde bağımlılığı
- b) Somatizasyon bozukluğu
- c) Obsesif Kompulsif bozukluk
- d) Panik bozukluk
- e) Yaygın anksiyete bozukluğu

AÇIKLAMA: Bipolar bozuklukta yaşam boyu alkol ve madde bağımlılığı riski çok yüksektir. Bu oran %49 olarak saptanmıştır.

Cevap A (Birsöz, *Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi, 2003, s.316*)

3. İstemli motor ya da duyusal sistemde fonksiyon bozukluğunun taklidi olarak gözlenen, başlaması ya da alevlenmesi öncesi stresör faktörler bulunan tablo aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Somatizasyon bozukluğu
- b) Hipokondriyazis
- c) Vücut Dismorfik bozukluğu
- d) Konversiyon bozukluğu
- e) Ağrı bozukluğu

AÇIKLAMA: Bir konversiyon bulgusu istemli motor ya da duyusal sistemde fonksiyon bozukluğunun taklidi şeklinde tanımlanır.

Somatizasyon bozukluğu, hekimlerin açıklayamadıkları fiziksel belirtilerin olması

durumudur. Bulguların çeşitli sistemleri ilgilendiren bir doğası vardır.

Hipokondriyazis, kişinin vücut semptomları yanlış yorumlamasına bağlı olarak ciddi bir hastalığı olacağı düşüncesidir.

Vücut dismorfik bozukluğunda, vücudundaki hayali bir kusur ile uğraşip durma vardır.

Ağrı bozukluğu bir ya da daha fazla anatomik bölgede görülen ağrı vardır ve ağrının başlaması, şiddetlenmesi ve sürmesinde psikolojik faktörlerin rolü vardır.

Cevap D (Birsöz, *Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi, 2003, s.366-374*)

4. Aşağıdakilerden hangisi intihar riskini artıran faktörlerden değildir?

- a) Ergenlik dönemi
- b) Evli olmak
- c) Kadın cinsiyet
- d) Düşük sosyoekonomik düzey
- e) Önceki intihar girişimlerinin varlığı

AÇIKLAMA: İntihar riskini artıran faktörler:

Ergenler ve yaşlılar

Bekar ve dul ya da boşanmış olanlar

Kadınlarda erkeklere göre intihar girişimi daha fazla, fakat erkeklerde başarılı olma kadınlara göre daha sık

İşsizlik ve ekonomik sorunlar

Daha önce intihar girişim öyküsü

Yeni bir ayrılık ya da kayıp

Bir planın varlığı ya da başarmak için istekli olmak

Ölümcül bir girişim

M. depresyon, şizofreni, alkolizm ya da diğer madde bağımlılığı ve sınır kişilik bozukluğu

Emir veren varsanılar, sanrısız düşünce ve derin umutsuzluk gibi özgül belirtiler

Sosyal destek yokluğu

Cevap B (Birsöz, *Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi, 2003, s.157*)

5. Aşağıdakilerden hangisi antidepresan tedaviye yanıtın olumlu belirleyicilerinden değildir?

- a) Vejetatif belirtilerin varlığı
- b) Ani başlangıç
- c) Psikomotor retardasyon ya da ajitasyon
- d) Psikotik özellikler
- e) Ailede depresyon öyküsünün varlığı

AÇIKLAMA: Antidepresan tedaviye yanıtın olumlu

PSIKİYATRİ

belirleyicileri:

- Vejetatif belirtiler
- Diurnal duygudurum değişiklikleri
- Psikomotor ajitasyon ya da retardasyon
- Otonomik ve yaygın belirtiler
- Ani başlangıç
- Ailede depresyon öyküsü
- 125-150mg/gün ya da buna eşdeğer heterosiklik ilaç
- Psikotik özellikler, kronik belirtiler, hipokondriak ilgiler ya da belirgin somatik özellikler, önceki ilaç tedavisinin başarısızlığı, yan etkilere aşırı duyarlılık, bir diğer ilişkili psikiyatrik bozukluğun bulunması ise olumsuz belirleyiciler arasında sınıflandırılmaktadır.

Cevap D (Birsöz, *Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi*, 2003, s.302)

6. Aşağıdakilerden hangisi Elektrokonvulsif tedavinin endikasyonlarından?

- a) Feokromasitoma
- b) İntrakranial kitle
- c) Anevrizma ve malformasyonlar
- d) İnstraserebellar kanama
- e) Gebelik

AÇIKLAMA: EKT'nin kesin kontrendikasyonu yoktur ancak göreceli kontrendikasyonları arasında; Kafa içi basıncın arttığı durumlar, intraserebral kanama, feokromasitoma, yeni oluşmuş miyokard infarktüsü, kafa içi yer işgal eden kitleler, stabil olmayan anevrizma ya da malformasyonlar sayılabilir.

Cevap E (Birsöz, *Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi*, 2003, s.304)

7. Panik bozukluk için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Nüfusun %1-3'ünde görülür
- b) Kadınlarda iki kat daha sıktır
- c) Atak öncesi bir stresör mevcuttur
- d) Atak geleceği korkusu ve davranış değişiklikleri vardır
- e) Agorafobi sıklıkla eşlik eder

AÇIKLAMA: Panik bozukluk toplumun %1-3'ünde görülür ve kadınlarda erkeklerden iki kat daha fazladır. Panik bozukluk kendiliğinden gelişen, başlayan, tekrarlayan, hızlı ve kısa süren, beklenmeyen anksiyete ataklarıyla belirlidir. Hastalar tipik olarak atak geleceği korkusu, atağa karşı endişe ve sonuç olarak ise davranışlarında değişiklik sergilerler. Agorafobi panik bozukluk gelişmesi ile yakından ilişkilidir ve panik bozukluk olmadan çok nadir oluşur.

Cevap C (Birsöz, *Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi*, 2003, s.332)

8. Aşağıdaki ilaçlardan hangisinin geç diskinezi riski daha yüksektir?

- a) Haloperidol
- b) Klorpromazin
- c) Tiyoridazin
- d) Olanzapin
- e) Klozapin

AÇIKLAMA: Geç diskinezi oluşumunda ilacın potensi, günlük doz, ilaç kullanım süresi, antipsikotik ilacın kan düzeyi, antikolinergik ilaç kullanımı ve alkol kullanımı geç diskinezi riskini artırır. Haloperidol gibi yüksek potensli klasik antipsikotik ilaçlarla geç diskinezi riski artar. Klorpromazin ve tiyoridazin düşük potensli klasik antipsikotikler iken olanzapin ve klozapin atipik antipsikotik ilaçlardır ve bu ilaçlarda geç diskinezi riski düşüktür.

Cevap A (Yüksel, *Psikofarmakoloji*, 2. baskı, 2003, s.95,116,137)

9. Nöroleptik malign sendrom için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Antipsikotik kullanımına bağlı oluşur
- b) Kreatin kinazda düşme gözlenir
- c) Tanı koydurucu laboratuvar bulgusu yoktur
- d) Ateş ve rijidite gözlenir
- e) Temel tedavi yaklaşımı destekleyici ve yoğun bakımdır.

AÇIKLAMA: Nöroleptik malign sendrom antipsikotik kullanımının ilk iki gününde sıktır ve tüm antipsikotiklerle bildirilmiştir. Ateş, rijidite, otonomik belirtiler, bilinç değişiklikleri gözlenir. Tanı koydurucu bir laboratuvar bulgusu yoktur. Kreatin kinaz düzeyleri sıklıkla artmıştır, normalin 100-200 katına kadar çıkabilir. Olguların önemli bir bölümünde lökositoz gözlenir. Tanı koyulduğunda ilaç kesilmelidir, temel yaklaşım destekleyici ve yoğun bakımdır. Hidrasyonun sağlanması ve soğutma önemli bir önlemdir.

Cevap B (Yüksel, *Psikofarmakoloji*, 2. baskı, 2003, s.122)

10.Yeni antipsikotikler için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Tipik antipsikotikler kadar etkilidirler.
- b) Katalepsi oluşturmazlar
- c) Mezolimbik seçicilik gösterirler
- d) EPS yan etkileri çok azdır
- e) D2 reseptörlerinde sayı ve duyarlılık artışı yaparlar

AÇIKLAMA: Yeni antipsikotikler aşağıda belirtilen

özellikleri gösterirler.

Standart antipsikotik ilaçlar kadar etkilidirler.

Hayvan deneylerinde apomorfine gibi dopamin agonistlerince oluşturulan stereotipiye bloke ederler.

Katalepsi oluşturmazlar.

Prolaktin salgısını arttırmazlar.

Mezolimbiik seçicilik gösterirler.

D2 reseptörlerinde sayı ve duyarlılık artışı yapmazlar.

Ekstrapiramidal belirti yapmazlar.

Cevap E (Yüksel, *Psikofarmakoloji*, 2. baskı, 2003, s.136-137)

11.Klozapin için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) D2 afinitesi diğer antipsikotiklerden daha düşüktür.
- b) Agranülositoz yapabilir
- c) Geç diskinezi riski düşüktür
- d) Nöroleptik malign sendrom geçirenlerde kullanılmamalıdır
- e) Hipersalivasyon yapar.

AÇIKLAMA: Klozapinin D2 afinitesi diğer antipsikotik ilaçlara göre daha düşüktür. Antipsikotik etkinliği ile D2 afinitesi arasında ilişki bulunmamaktadır. Bu reseptöre afinitesi klorpromazinin onda biri, haloperidolün ise sadece %2'si kadardır. **Agranülositoz** ciddi bir yan etkidir. Ekstrapiramidal yan etkileri ileri derecede düşüktür. Geç diskinezi riski seyrek, prolaktin üzerine etkisi minimaldir. **Sedasyon en sık izlenen yan etkidir.** Hipersalivasyon sıklığı farklı araştırmalarda %0-80 kadar verilmektedir.

Cevap D (Yüksel, *Psikofarmakoloji*, 2. baskı, 2003, s.144, 148-149)

12.Bellek fonksiyonunda görev alan nörotransmitter aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Dopamin
- b) Asetilkolin
- c) Prostaglandin
- d) Histamin
- e) Adrenalin

AÇIKLAMA: Asetilkolin normal bellek işlevinde önemli bir role sahiptir. Antikolinergik etkili ilaçlar bellek bozukluğuna yol açabilmekte ya da var olan bozukluğu arttırmaktadır. Alzheimer hastalığında asetilkolin sentezinde bir yetersizlik söz konusudur.

Cevap B (Yüksel, *Psikofarmakoloji*, 2. baskı, 2003, s.390)

13.Temaruza tanısında ilk düşünülmesi gereken kişilik bozukluğu aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Antisosyal

b) Paranoid**c) Şizoid****d) Şizotipal****e) Bağımlı kişilik bozukluğu**

AÇIKLAMA: Temaruza neden olan bir biyolojik faktör bulunamamıştır. Ancak sık eşlik eden antisosyal kişilik bozukluğunda görülen azalmış uyarılabilirliğin bir metabolik faktör olabileceği bildirilmiştir.

Cevap A (Güleç, *Psikiyatri Temel Kitabı*, Cilt 1, 1997, s.600)

14.Kişinin yakın çevresindeki olayların kişilerin ya da nesnelere özel ve olağan dışı bir öneminin olduğu şeklindeki inanışı aşağıdakilerden hangisi en iyi tanımlar?

- a) Perseküsyon hezeyanları
- b) Nihilistik hezeyanlar
- c) Referans hezeyanlar
- d) Mignon hezeyanlar
- e) Psödolojia Fantastika

AÇIKLAMA: Perseküsyon Hezeyanı: Kişinin saldırıya uğradığı, ona rahat verilmediği, aldatıldığı, baskı yapılmak istendiği ya da ona karşı el birliği ile çalışıldığına başlıca tema olduğu hezeyan

Nihilistik Hezeyan: Kendisinin başkalarının ya da dünyanın olmadığı ya da dünyanın sonunun geldiğine ilişkin yanlış bir duyguya kapılma

Referans hezeyanları: Kişinin yakın çevresindeki olayların, nesnelere ya da diğer kişilerin özel ve olağandışı bir önemin olduğu teması çerçevesinde dönen bir hezeyan

Mignon hezeyan: Kendi ana babasından değil ayrıcalıklı bir aileden geldiğine ilişkin inanç

Psödolojia fantastika: Düşlemlerindeki gerçekliğe inanıyor ve ona göre davranıyor gibi görünen kişide görülen yalan söyleme türü.

Cevap C (Güleç, *Psikiyatri Temel Kitabı*, cilt 1, 1997, s.46-47)

15.Obsesyonlarla ilişkili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Düşünce içeriğindeki bozukluklardan kaynaklanır
- b) Egodistoniktirler
- c) Düşünceler gerçek yaşam sorunlarından kaynaklanır
- d) Kişi bunların kendi zihninin ürünü olduğunu bilir
- e) Depresyon ve şizofrenide görülebilir.

PSIKİYATRİ

AÇIKLAMA: İstenmeden gelen, uygunsuz olarak yaşanan ve belirgin anksiyete ve sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünce dürtü ya da düşlemlerdir. Bu düşünceler sadece gerçek yaşam olaylarından duyulan aşırı üzüntüler değildir. Kişi bu düşünceleri, dürtü ya da düşlemlerine önem vermemeye ya da bunları baskılamaya çalışır. Kişi Obsesyonel düşüncelerini, dürtülerinin ya da düşlemlerini kendi zihninin bir ürünü olarak görür. Obsesyonlar en sık Obsesif Kompulsif Bozuklukta görülmekte birlikte depresyon ve şizofrenide de görülebilen belirtilerdir.

Cevap C (Güleç, *Psikiyatri Temel Kitabı, Cilt 1, 1997, s.50-51*)

16.Klang çağrışım aşağıdakilerden hangisiyle ilişkilidir?

- a) Düşünce
- b) Algılama
- c) Oryantasyon
- d) Bellek
- e) Duygulanım

AÇIKLAMA: Klang çağrışım düşünce sürecindeki bozukluklardandır. **Düşünce süreci bozuklukları;** Ayrıntıcılık, basınçlı konuşma, blok, çağrışımlarda dağınıklık, çevresel konuşma, disprosodi, distraktibl konuşma, düşünce akışında retardasyon, düşünce uçuşması, ekolali, enkoherans, kendiliğinden sürdürülemeyen konuşma, klang çağrışım, koprolali, konuşma yoksunluğu, logore, neolojizm, perseverasyon, şikıştırma, sözcük salatası, verbal stereotipi, verbijerasyon, yandan yanıt ve yanıt verme sürecinde uzamadır.

Cevap A (Güleç, *Psikiyatri Temel Kitabı, cilt 1, 1997, s.39-40*)

17.Kişinin dini bir ayindeymiş gibi tuhaf bir görünüm sergilediği durum hangisidir?

- a) Ekstazi
- b) Ajitasyon
- c) Anksiyete
- d) Öfori
- e) Elasyon

AÇIKLAMA: Ekstazi, yoğun bir kendinden geçme duygusudur. Çoğu zaman yoğun dinsel duygulara eşlik eder. Disosiyatif durumlarda, depersonalizasyonda, konvulsif bozuklarda ve şizofrenide görülür.

Ajitasyon: Motor huzursuzlukla birlikte yoğun anksiyete duyma durumudur.

Anksiyete: Disfori duygusu ve gerginliğin somatik semptomlarının eşliğinde gelecekte olabilecek bir talihsizlik ya da tehlikeyle ilişkili olarak endişeli beklentiler içinde olma durumudur.

Öfori: Yaşanan olaylarla ve gerçeklerle uyumlu olmayan, abartılı, ruhsal yönden kendini iyi hissetme durumudur.

Elasyon: Belirgin bir öfori ile birlikte motor etkinlikte artma durumudur.

Cevap A (Güleç, *Psikiyatri Temel Kitabı, Cilt 1, 1997*)

18.Aşağıdakilerden hangisi reaktif depresyondan dah çok endojen depresyonu düşündüren bir bulgudur?

- a) Halusinasyon ve hezeyanlar
- b) Zorlu yaşamsal stres etkenleri
- c) Somatik yakınmalar
- d) Başkalarını suçlama
- e) Duygulanım oynaklığı

AÇIKLAMA: Endojen depresyon fizyolojik, somatik ya da vücudun kendisinden kaynaklanan depresyon türü olarak düşünülmektedir. Diurnal varyasyon, hezeyanlar, psikomotor retardasyon, sabah erken uyanma, belirgin suçluluk, umutsuzluk duyguları ve halusinasyonlar gibi belirtiler gösterir.

Nörotik reaktif depresyonsa zorlu yaşam olaylarından kaynaklanır. Uykuya dalmada güçlük, duygulanım oynaklığı, başkalarını suçlama, somatik yakınmalar, iş, okul ve evlilik alanlarında zorluklarla giden fırtınalı bir yaşam biçimidir.

Cevap A (Güleç, *Psikiyatri Temel Kitabı, Cilt 1, 1997, s.395*)

19.Hızlı döngülü bipolar bozukluk için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Son bir yılda geçirilmiş en az 4 epizod vardır
- b) Bütün bipolar bozuklukların %10-15'i hızlı döngülüdür.
- c) %70-90 erkeklerde görülür.
- d) Hipotiroidi hızlı döngülü gidişe neden olabilir.
- e) Prognozu genel olarak daha kötüdür.

AÇIKLAMA: Hızlı döngülü bipolar bozukluk tanım olarak yılda 4 ya da daha çok afektif nöbet ortaya çıkmasıdır. Bipolar hastaların %10-15'i hızlı döngülüdür. Tedaviye daha dirençli bir gidiş gösterirler ve hasta olarak kalma süreleri daha uzundur. Hızlı sikluslu bipolar grupta kadın oranı %85-90 oranında bildirilmiştir. Bipolar bozukluğun hızlı döngülü hale gelmesine zemin hazırlayan

faktörler; TCA, MAOI, Lityum, antipsikotikler, spontan ya da lityum tedavisine sekonder gelişen hipotiroididir.

Cevap C (Birsöz, *Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi*, 2003, s.314-315)

20.20 yaşında, 10 gündür uykusuzluk, iştahsızlık, hiç yorulmama, neşe, öfke ve hareketlilik belirtileri olan hastada öncelikle hangisi düşünülmelidir?

- a) Akut organik beyin sendromu
- b) Akut şizofreni
- c) Akut mani nöbeti
- d) Akut anksiyete reaksiyonu
- e) Akut panik nöbeti

AÇIKLAMA: Yukarıda sayılan semptomlar **akut mani nöbeti** ile uyumludur. Bipolar bozukluk kadında 20, erkekte 18 median başlangıç yaşı göstermektedir. Hastalarda patolojik bir şekilde kendini çok iyi hissetme, neşe, keyif, mutluluk, coşku yaşantılanmaktadır. Benlik değer duygusu ve kendine güven abartılı derecede yükselmiştir. Konuşma artmış, hızlanmış, kesilemez biçimdedir. Hastanın uykusu çok azalmış ya da uyumuyor ancak uykusuzluktan yakınımıyordur.

Cevap C (Güleç, *Psikiyatri Temel Kitabı*, Cilt 1, 1997, s.431-433,441)

21.Anksiyete Bozukluklarında kullanılan temel savunma düzeneği hangisidir?

- a) Bastırma
- b) Yüceleştirme
- c) Bölme
- d) Döndürme
- e) Saplanma

AÇIKLAMA: Anksiyete bozukluklarındaki temel savunma düzeneği bastırmadır. Kabul edilemez dürtülerin varlığında kişinin dış dünya ile uyumunu devam ettirmesini sağlar. Bastırmanın yetersizliği anksiyeteye neden olur ve intrapsişik dengenin devamı için ikincil düzeneklerin kullanılması ile sonuçlanır.

Cevap A (Birsöz, *Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi*, 2003, s.329)

22.Deliryum tremens aşağıdaki durumlardan hangisinde görülür?

- a) Alkol kesilmesi durumunda
- b) Alkol intoksikasyonunda
- c) Kafa travmalarında

d) Beyin tümörlerinde

e) Temporal lob epilepsisinde

AÇIKLAMA: Deliryum tremens alkol yoksunluk deliryumu olarak bilinir. Alkolün bırakılmasından ya da azaltılmasından sonra sıklıkla 72 saat içinde görülür.

Cevap A (Güleç, *Psikiyatri Temel Kitabı*, Cilt 1, 1997, s.282)

23.Aşağıdaki antipsikotik ilaç yan etkilerinden hangisinin tedavisinde antiparkinson ilaçların yeri yoktur?

- a) Akut Distoni
- b) Akatizi
- c) Parkinsonizm
- d) Geç Diskinezi
- e) Okulorijik Kriz

AÇIKLAMA: Nöroleptikler ile antiparkinson ilaç alan hastalarda geç diskinezi riskinin daha yüksek olduğu inanışı oldukça yaygınsa da bu durum kontrollü araştırmalarla desteklenmemiştir. Geç diskinezi tedavisinde E vitaminin yararlı olabileceği bildirilmiştir. Klozapine geçildiğinde geç diskinezi, geç distoni riskinin azaldığı, seyrek olarak tamamen düzeldiği bildirilmiştir.

Cevap D (Öztürk, *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 10.baskı, 2004, s.622-624)

24.Aşağıdakilerden hangisi şizofrenide olumlu prognostik faktörlerden değildir?

- a) Geç yaşta başlaması
- b) Akut başlangıç
- c) Ailede duygudurum bozukluğu öyküsü
- d) Afektin depresif olması
- e) Şiddet öyküsünün olması

AÇIKLAMA: Şizofrenide olumlu prognostik faktörler: Geç ve akut başlangıç, kadın cinsiyet, presipitan etken varlığı, premorbid uyumun iyi olması, afektin olması, ailede duygudurum bozukluğu öyküsü olması, psikososyal desteğin olması, dalgalı seyir, ailenin duygu dışı vurumun düşük olması, Prenatal travma ve psikososyal desteğin olması, dalgalı seyir, ailenin duygu dışı vurumunun düşük olması, Prenatal travma ve şiddet öyküsünün olmaması, son 3 yıl içinde remisyon varlığı, pozitif belirtiler, paranoid tip olması, aktif evrenin şiddet öyküsünün olmaması, son 3 yıl içinde remisyon varlığı, pozitif belirtiler, paranoid tip olması, aktif evrenin kısa olması, aile desteğinin ve tedavi ekibi ile iletişimin iyi olması, kırsal yerleşim yerinde yaşamasıdır.

Cevap E (Güleç, *Psikiyatri Temel Kitabı*, cilt 1, 1997, s.342)

PSIKİYATRİ

25. Aşağıdakilerden hangisi SSS depresanlarının yoksunluk bulgularından biri değildir?

- a) Aşırı uyku hali, hipotansiyon, terleme azlığı
- b) Aritmi, taşikardi, otonom hiperaktivite
- c) Nöbetler, deliryum
- d) Anksiyete ya da psikomotor ajitasyon
- e) Varsanılar ya da algısal çarpıklıklar

AÇIKLAMA: SSS depresanlarının yoksunluk belirtileri: anksiyete ya da psikomotor ajitasyon, tremor, aşırma, otonomik hiperaktivite (taşikardi, hipertansiyon, terleme, hipertermi, aritmi) uykusuzluk, algısal çarpıklıklar ya da varsanılar, bulantı ya da kusma, nöbetler ve deliryumdur.

Cevap A (Birsöz, *Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi*, 2003, s.244)

26. Aşağıdakilerden hangisi katatonik tip şizofrenide diğerlerinden daha az görülür?

- a) Katalepsi
- b) Negativizm
- c) Mutizm
- d) İşitme varsanıları
- e) Grimas

AÇIKLAMA: Katatonik tip şizofrenide; katalepsi ya da stupor, açıkça amaçsız ve dış uyaranlardan etkilenmeyen motor aktivite aşırı negativizm ya da mutizm, postür alma, stereotipi, belirgin mannerizm ya da grimas, ekolali ya da ekopraksidir.

İşitme varsanıları daha çok paranoid ve dezorganize tiplerde beklenen bir bulgudur.

Cevap D (Güleç, *Psikiyatri Temel Kitabı*, Cilt 1997, s.340)

27. Aşağıdakilerden hangisi benzodiyazepinlerin özelliklerinden değildir?

- a) Anksiyete giderici etkileri vardır
- b) Sedatif-hipnotik etkilidirler
- c) Antikonvülsandırılar
- d) Kas gevşetici özellikleri vardır
- e) Retrograd amnezi yaparlar

AÇIKLAMA: Benzodiyazepinler klinik açıdan önem taşıyan 5 temel özelliği vardır. Bunlar anksiyete gidericidirler. Sedatif hipnotik özellik gösterirler, antikonvülsandırılar, kas gevşetici özellikleri vardır, amnestik özellikleri vardır, anterograd amnezi yaparlar. Amnestik etkileri nedeniyle anestezi premedikasyonunda kullanılırlar.

Cevap E (Yüksel, *Psikofarmakoloji*, 2. baskı, 2003, s.351)

28. Aşağıdaki antidepresan ilaçlardan hangisinin yarı ömrü diğerlerinden daha uzundur?

- a) Paroksetin
- b) Sertralin
- c) Fluoksetin
- d) Fluvoksamin
- e) Sitalopram

AÇIKLAMA: Fluoksetinin yarı ömrü tek dozda 48 saat iken tekrarlayan dozlarda 4 güne kadar uzar. Bu süreler metaboliti olan norfluoksetinde 7-15 gün kadardır.

Sertralinin yarı ömrü 26 saattir.

Fluvoksaminin tek dozda yarı ömrü 8-28 saattir (ortalama 15 saat), metaboliti inaktiftir.

Sitalopramın yarı ömrü 36 saattir. Metabolitinin yarı ömrü daha uzundur.

Paroksetinin yarı ömrü ise yaklaşık 24 saattir.

Cevap C (Yüksel, *Psikofarmakoloji*, 2. baskı, 2003, s.234-243)

29. Aşağıdaki ilaçlardan hangisinde bağımlılık gelişme riski yoktur?

- a) Buspiron
- b) Lorazepam
- c) Klordiyazepoksit
- d) Zopiklon
- e) Klonazepam

AÇIKLAMA: Lorazepam, klordiyazepoksit ve klonazepam benzodiyazepin grubu ilaçlardır. Tolerans, bağımlılık ve yoksunluk oluştururlar. Zopiklon benzodiyazepinlere benzemeyen sedatif hipnotik etkili bir ilaçtır. Benzodiyazepin reseptörlerine bağlanarak etki eder. Bağımlılık yapma olasılığı diyazepamdan azdır, nitrazepamına benzerlik gösterir.

Buspironun temel kullanım alanı yaygın anksiyete bozukluğudur. Kısmi 5HT_{1A} agonisti ve presinaptik antagonistidir. Benzodiyazepinlerin aksine serotonerjik ve presinaptik dopaminerjik bölgelere etki eder. Buspiron tolerans ve bağımlılık oluşturmamaktadır.

Cevap A (Yüksel, *Psikofarmakoloji*, 2. baskı, 2003, s.348-366)

30. Majör depresif bozuklukta bir antidepresan ilaca yanıt olup olmadığına karar vermek için gereken bekleme süresi ne kadardır?

- a) 7-10 gün
- b) 2-3 hafta
- c) 4-6 hafta
- d) 6 ay
- e) 9-12 ay

AÇIKLAMA: Antidepresan ilaçların etkisi genellikle üçüncü haftada başlar. Üçüncü hafta sonunda etki görülmezse doz artımı yapılabilir. 4-6 hafta sonunda ilaca yanıt alınmazsa ilacın değiştirilmesi önerilmektedir.

Cevap C (Güleç, *Psikiyatri Temel Kitabı, Cilt 1, 1997, s. 419*)

31.Aşırı motor aktivite, negativizm, mutizm, stereotipi, ekolali, ekopraksi ile seyreden şizofreni tipi aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Farklılaşmamış tip
- b) Rezidüel tip
- c) Paranoid tip
- d) Dezorganize tip
- e) Katatonik tip

AÇIKLAMA: Paranoid tipte sanrılar ve işitme varsanıları görülür. Dezorganize tipte düşünce ve davranış anlaşılabilir ve uygunsuz özelliktedir. Farklılaşmamış tipte tüm belirtiler birarada görülür. Hastalığın ileri aşamalarında görülen rezidüel tipte negatif belirtiler ön plandadır.

Cevap E (Güleç, *Psikiyatri Temel Kitabı, Cilt 1, 1997, s. 340*)

32.Bir sorun ortaya çıktığında kaçmanın ya da

yardım almanın zor olabileceği yer ve durumlardan korkma ve kaçınma biçiminde tanımlanan ve sıklıkla panik bozukluğuna eşlik eden fobi türü aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Agorafobi
- b) Eritrofobi
- c) Sosyal fobi
- d) Akrofobi
- e) Özgül fobi

AÇIKLAMA: Özgül fobi belirli nesne ya da durumla sınırlı korkuların genel adıdır. **Eritrofobi**, yüzünün kızaracak olmasından; **akrofobi** yüksek yerlerden hastalık derecesinde korkma olarak tanımlanabilir. **Sosyal fobi** başkaları önünde konuşma, yazma, yemek yeme, tuvalete girme gibi durumlarda utanacağından korkma olarak tanımlanabilir. Etimolojik anlamı "açık alan korkusu" olan agorafobi, zaman içinde klostrofobi ile birleşmiş ve bir sorun ortaya çıktığında kaçmanın ya da yardım almanın olanaksız ya da zor olacağı durumlardan korkma ve kaçınma olarak tanımlanmıştır (ör. evde yalnız kalma, yalnız başına sokağa çıkma, konser, maç gibi kalabalık ortamlar, trafikte tıkanıp kalma, tekneyle denize açılma vb).

Cevap A (Kaplan, *Synopsis of Psychiatry, 8.baskı, 1998, s. 597*)

RADYASYON ONKOLOJİSİ

1. Aşağıdaki durumlardan hangisi kolon kanserine öncülük etmez?

- a) Tübüler adenom
- b) Hiperplazik polip
- c) Villöz adenom
- d) Tübülovillöz adenom
- e) İltihabi bağırsak hastalığı

Cevap B (Topuz, *Biyoloji Patoloji Tanı Tedavi*, 1. baskı, 1998, s.374-76)

2. Aşağıdakilerden hangisi özofagus adenokarsinomlarının gelişmesinde en önemli risk faktörüdür?

- a) Akalazya
- b) Özofagus divertikülü
- c) Barret özofagusu
- d) Plummer-Vinson Sendromu
- e) Çölyak Hastalığı

Cevap C (Topuz, *Biyoloji Patoloji Tanı Tedavi*, 1. baskı, 1998, s.139)

3. Aşağıdaki tümörlerin hangisinde AFP seviyesi normal, Beta-HCG seviyesi çok yüksektir?

- a) Seminom
- b) Teratom
- c) Embryonel karsinom
- d) Koryokarsinom
- e) Yolk sak tümörü

Cevap D (Leibel, *Textbook of Radiation Oncology*, 1.baskı, 1998, s.787)

4. Aşağıdakilerden hangisi serviks uteri kanserinin gelişiminde rol oynayan faktörlerden biri değildir?

- a) HPV (human papilloma virüs)
- b) Çok sayıda seksüel partner
- c) Obesite
- d) Düşük sosyo ekonomik seviye
- e) Erken yaşta cinsel ilişki

Cevap C (Perez, *Principles and Practice of oncology*, 4. baskı, 2004, s.1800-1916)

5. Aşağıdaki moleküllerden hangisi radyasyonun oluşturduğu hasar açısından en önemlidir?

- a) RNA
- b) DNA
- c) Aminoasitler
- d) Glikoz
- e) m-RNA

Cevap B (Perez, *Principles and Practice of Radiation Oncology*, 4. baskı, 2004, s.96)

6. Aşağıdakilerden hangisi daha radyoduyarlı (radyosensitif) doku hücrelidir?

- a) Kas
- b) Yumuşak doku
- c) Kemik
- d) İnce bağırsak
- e) Merkezi sinir sistemi

Cevap D (Fletcher, *Textbook*, s.103-229)

7. Aşağıdaki tümörlerden hangisinde kraniyospinal radyoterapi endikasyonu vardır?

- a) Oligodendriogliom
- b) Medulloblastom
- c) Kraniyofarengiom
- d) Hipofiz adenomu
- e) Astroitom grade I

Cevap B (Perez, *Principles and Practice of Radiation Oncology*, 3. baskı, 1998, s.777-828)

8. Aşağıdaki tümörlerden hangisinde profilaktik kraniyal radyoterapi endikasyonu vardır?

- a) Meme infiltratif Duktal Ca
- b) Mide Adeno Ca
- c) Akciğer small cell Ca
- d) Cilt squamoz cell Ca
- e) Cilt bazal cell Ca

Cevap C (Perez, *Principles and Practice of Radiation Oncology*, 3. baskı, 1998, s.228-301)

9. Hücrenin radyasyona en duyarlı olduğu faz hangisidir?

- a) S-fazı
- b) G2-M fazı
- c) G1 fazı
- d) G0 fazı
- e) Geç S-fazı

Cevap B (William, *Principles and Practice of Radiation Oncology*, 4. baskı, 2004, s.96-137)

10. Aşağıdakilerden hangisi meme Ca tedavisi için meme koruyucu cerrahi +RT için kontrendikasyon değildir?

- a) Multisentrik tümör
- b) Yaygın mikrokalsifikasyonların varlığı
- c) Daha önce radyoterapi görmüş olmak
- d) Santral yerleşimli tümör
- e) Radyoterapi alanında kollajen doku hastalığı

Cevap D (Carlos, Principles and Practice of Radiation Oncology, 4. baskı, 2004, s.1331-1502)

11. Hücre siklusunun iyonizan radyasyona en hassas fazı aşağıdakilerden hangisidir?

- a) G1-M
- b) G1-S
- c) G2-M
- d) S-M
- e) G1-G2

Cevap C (Cox, Radiation Oncology, 8. baskı, 2003, s.26)

12. Aşağıdakilerden hangisi radyoterapiye en duyarlı tümördür?

- a) Malign melanoma
- b) Osteosarkom
- c) Kondrosarkom
- d) Seminom
- e) Astrositom

Cevap D (Cox, Radiation Oncology, 8. baskı, 2003, s.618)

13. Aşağıdaki hangi hücre organeli radyoterapinin hücre üzerindeki direkt etkisi ile ilgilidir?

- a) Mitokondri
- b) Endoplazmik retikulum
- c) Hücre zarı
- d) Ribozom
- e) Nükleus

Cevap E (Cox, Radiation Oncology, 8. baskı, 2003, s.11)

14.56 yaşında erkek hasta dispeptik yakınma şikayetleri ile başvuruyor. Endoskopisinde kardial yerleşimli ülserojetan kitle saptanıyor. Alınan biyopsi sonucunun adenokarsinom gelmesi üzerine hastaya subtotal gastrektomi ve D1 lenf nodu diseksiyonu yapılıyor. Patolojisinde tümör serozayı aşmamış, büyük kurvaturden çıkarılan 12 lenf nodundan 3'ü, küçük kurvaturden çıkarılan 13 lenf nodundan 2'si metastatik olarak saptanıyor. Cerrahi sınırları temiz olarak rapor ediliyor. Performansı iyi, karaciğer ve böbrek fonksiyonları normal olan bu hasta için bundan sonraki aşamada en uygun yaklaşım ne olmalıdır?

- a) Adjuvan kemoradyoterapi
- b) Adjuvan kemoterapi
- c) Adjuvan radyoterapi
- d) Lenf nodu diseksiyonunun genişletilmesi
- e) Takip

Cevap A (Cox, Radiation Oncology, 8. baskı, 2003, s.452)

15.50 yaşında postmenopozal bayan hasta sağ memede kitle yakınması ile başvuruyor. Fizik muayenesinde sağ meme üst dış kadranda 4x3 cm'lik mobil kitle saptanıyor. Buradan yapılan biyopsi sonucu infiltratif duktal karsinom olarak gelen hastaya sağ modifiye radikal mastektomi operasyonu uygulanıyor. Patoloji sonucu infiltratif duktal karsinom (tümör boyutu 3x3 cm), aksilladan diseke edilen 221 lenf nodundan 4'ü metastatik olarak bulunuyor. Estrojen ve progesteron reseptörleri pozitif, cerbB2'si negatif olan bu hastada bundan sonraki aşamada yaklaşımımız ne olur?

- a) Hormonoterapi
- b) Kemoterapi ve hormonoterapi
- c) Kemoterapi, radyoterapi ve hormonoterapi
- d) Kemoterapi ve radyoterapi
- e) Kemoterapi

Cevap C (Cox, Radiation Oncology, 8. baskı, 2003, s.360)

16. Mantle ışınlama tekniği hangi hastalığın tedavisinde kullanılan bir yöntemdir?

- a) Mide kanseri
- b) Sarkom
- c) Böbrek kanseri
- d) Hodgkin lenfoma
- e) Glioblastoma multiforme

Cevap D (Clifford, Radiation Oncology, 1999, s.577)

17. Radyasyon onkolojisinde günümüzde kullanılan soğurma (absorbe) SI (International System) doz birimi aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Gy (Gray)
- b) Rad
- c) Sv (Sievert)
- d) C/kg (Coulomb/kilogram)
- e) R (Röntgen)

Cevap A (Cunningham, International Atomic Energy Agency, 1987, s.3-4)

18. İyonizan radyasyonun genetik etkileri ile ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

- a) Radyasyonun geç etkilerindedir
- b) Radyasyonun her dozu mutasyona neden olmaz. Eşik doz vardır
- c) Radyasyon etkisi ile mutasyon sıklığında ortaya çıkabilecek artışlar doz ile doğru orantılıdır.
- d) Çok küçük dozlarda bile çok düşük oranda da

olsa genetik bir risk mevcuttur.

- e) Mutasyon miktarı radyasyona maruz kalış süresi ile doğru orantılıdır.

Cevap B (Özalpan, Klinik Radyobiyojisi, 2001, s.255)

19. Tüm organ tek doz ışınlanmasında hangi dokunun TD5/5'i en yüksektir?

- a) Karaciğer
b) Böbrek
c) Kalp
d) Rektum
e) Kas

Cevap E (Clifford, Radiation Oncology, 1999, s.25)

20. Radyasyonun karsinojenik etkisi ile ilgili ifadelerden hangisi yanlıştır?

- a) Radyasyonun geç etkilerinden biridir
b) Radyasyon spontan olarak meydana gelen tüm kanser tiplerinin oluşma oranını artırır.
c) Radyasyon ile tümörün ortaya çıkışı arasında bir latent evre yoktur
d) Hemen hemen tüm dokularda tümör oluşumuna yol açabilir.
e) Radyasyonun yol açtığı kanserleri diğer etkenlerle oluşan kanserlerden ayırt etmek mümkün değildir.

Cevap C (Özalpan, Klinik Radyobiyojisi, 2001, s.255)

21. Aşağıdaki dokulardan hangisinde radyoterapiye bağlı akut yan etki en az görülür?

- a) İnce bağırsak
b) Oral mukoza
c) Özofagus
d) Nöral doku
e) Testis

Cevap D (Vita, Cancer Principles and Practise of Oncology, 6. baskı, 2001, s.640)

22. Radyoaktif kaynakların hedef dokunun yakınına veya hedef doku ile temas edecek şekilde yerleştirilmesi şeklinde uygulanan tedavi şeklinin tanımını aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Teleterapi
b) Brakiterapi
c) Hipertermi
d) Boron neutron capture therapy
e) Konformal Tedavi

Cevap B (Gemici, Radyasyon Onkolojisi Tedavi Kararları, s.73)

23. Aşağıdakilerden hangisi nazofarenks

radyoterapisine ait geç yan etkiler içinde yer almamaktadır?

- a) Oral mukozit
b) Trismus
c) Hipopituitarizm
d) Maksilla osteonekrozu
e) Kserostomi

Cevap A (Gemici, Radyasyon Onkolojisi Tedavi Kararları, s.199)

24. Aşağıdakilerden hangisi radyoterapi yan etkilerine göre sınıflandırıldığında seri organ sınıfına girer?

- a) Böbrek
b) Akciğer
c) Spinal kord
d) Tükürük bezi
e) Mide

Cevap C (Gemici, Radyasyon Onkolojisi Tedavi Kararları, s.5)

25. Amaç ömrü uzatmaktan çok rahatsızlık yaratan semptomların geçirilmesi amacı ile yapılan radyoterapi uygulanmasına aşağıdakilerden hangi isim verilir?

- a) Küratif radyoterapi
b) Adjuvant radyoterapi
c) Neoadjuvan radyoterapi
d) Palyatif radyoterapi
e) Konkomitant radyoterapi

Cevap D (Gemici, Radyasyon Onkolojisi Tedavi Kararları, s.1)

26. Radyoterapi uygulaması için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Kanserin radyoterapisinde iyonizan radyasyon kullanılır.
b) Oksijenizasyonu iyi olan dokular radyasyona dirençlidir
c) Mitoz fazındaki hücreler radyasyona daha dirençlidir.
d) DNA sentez fazındaki hücreler daha radyo-sensitiftir.
e) Tümör büyüklüğü arttıkça radyokürabilite artar.

Cevap A (Lawrence, Introduction to Clinical Radiation Oncology, 3. baskı, 1998)

27. Radyoterapi uygulaması için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Tümörün radyokürabilitesi histopatolojik türe göre değişir.
b) İyi diferansiye tümörlerin radyokürabilitesi daha fazladır.

- c) Tümör büyüdükçe radyokürabilitesi azalır.
- d) Hipoksik tümörler radyoterapiye daha dirençlidir.
- e) Tümör letal dozu düşük olan tümörlerin radyokürabilitesi yüksektir.

Cevap B (Lawrence, *Introduction to Clinical Radiation oncology*, 3. baskı, 1998)

28.Meme kanseri tedavisinde aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Erken evre (I-II) meme kanserinde meme korunarak (mastektomi yapılmadan) radyoterapi ile tedavi edilenlerde sonuçlar cerrahi uygulananlarla aynıdır
- b) Erken evre meme kanserinde memedeki tümörü 1 cm'nin üzerinde olan hastalarda kemoterapi endikasyonu vardır.
- c) Memedeki tümörü 5 cm'den küçük olan hastalarda göğüs duvarına radyoterapi endikasyonu yoktur
- d) Estrojen reseptörü (-) olan meme kanserli hastalarda hormonal tedavi endikedir
- e) Meme kanserinin beyin metastazında radyoterapi gerekir.

Cevap D (Cox, *Radiation Oncology*, 8. baskı, 2003, s.333-385)

29.Akciğer kanseri tedavisinde aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Küçük hücreli ve Küçük hücreli dışı akciğer kanserlerinde tedavi yaklaşımı aynıdır
- b) İnoperabl "küçük hücreli dışı akciğer kanser"leri radyoterapi ile tedavi edilirler.
- c) "Küçük hücreli akciğer kanser"lerinde seçkin tedavi kemoterapidir.
- d) Akciğer kanseri kemik metastazlarında ağrı palyasyonu radyoterapi ile sağlanır
- e) Remisyona giren küçük akciğer kanserli hastalarda profektik olarak kraniyal radyoterapi uygulanır.

Cevap A (Cox, *Radiation Oncology*, 8. baskı, 2003, s.399-426)

30.Prostat kanseri tedavisinde aşağıdakilerden

hangisi yanlıştır?

- a) Prostat kanserinin A1 evresindeki yaşlı hastalar hiçbir tedavi verilmeden sadece gözlem altında tutulabilir.
- b) Prostat kanserinin her evresinde radyoterapi uygulanabilir.
- c) Prostat kanserinin tedavisinde interstisiyel radyoterapi kullanılmaz.
- d) Prostat kanseri metastazı tedavisinde kemoterapi yerine hormon tedavisi kullanılır.
- e) Prostat kanserinin tanı ve takibinde PSA seviyesi önemli bir tetkiktir.

Cevap A (Cox, *Radiation Oncology*, 8. baskı, 2003, s.399-426)

31.Aşağıdakilerden hangisinde profilaktik kraniyal radyoterapi endikasyonu vardır?

- a) Evre IV küçük hücreli akciğer karsinomu
- b) Evre III epidermoid akciğer karsinomu
- c) Primer lezyonda tam remisyon sağlanan küçük hücreli akciğer karsinomu
- d) Tüm akciğer adeno kanserlerinde
- e) Primer lezyonda tam remisyon sağlanan epidermoid akciğer karsinomu

Cevap C (Carlos, *Principles and Practice of radiation oncology*, 4. baskı, 2004, s.1232)

32.45 yaşında erkek hasta, kafa içi yapıların manyetik rezonans görüntülemelerinde ponto serebellar bölgede 40x50mm ölçülerinde patolojik oluşum izleniyor, lezyona sterotaktik biyopsi ile anaplastik astrositom tanısı konuluyor, lezyon cerrahi olarak çıkarıma uygun bulunmuyor. Aşağıdaki tedavi modellerinden hangisi en doğru seçenek olabilir?

- a) Brakiterapi
- b) Gamma knife ile stereotaktik radyocerrahi
- c) Kobalt 60 gamma radyasyonu ile eksternal farksiyone radyoterapi
- d) Yüksek enerjili fotonlarla eksternal farksiyone radyoterapi
- e) IMRT ile 3 Boyutlu konformal doz yoğunluğu ayarlanmış fraksiyone radyoterapi

Cevap E (Carlos, *Principles and Practice of Radiation Oncology*, 4. baskı, 2004, s.811-815)

RADYOLOJİ

1. Aşağıdakilerden hangisi renal kortikal kist nedeni değildir ?

- a) Trizomi sendromları
- b) Tüberoskleroz
- c) Basit kortikal kistler
- d) Papiller nekroz
- e) Multiloküler kistler

AÇIKLAMA: Basit renal kistler 50 yaş üstü popülasyonda %50 oranında görülürler.

Trizomilerde yaklaşık %40 oranında genitoüriner anomaliler ve nöral tüp defektleri görülür.

Tüberoskleroz nörokütanöz sendromlardan olup bunların dışında kemikler, respiratuvar sistem ve böbreklerde de kistik patolojiler neden olurlar.

Papiller nekrozda ise böbrek normal veya küçük olabilir ancak kortikal doku kaybı veya kistik değişiklik göstermez.

Cevap D (Sutton, *Textbook of Radiology and Imaging Vol 2, 6.baskı, 1998, s.1511*)

2. Edinsel ve konjenital kalp hastalıklarının radyolojik tanısında aşağıdakilerden hangisi en önemli bulgudur?

- a) Pulmoner vaskülarite
- b) Kalbin boyutu ve biçimi
- c) Ana pulmoner arterlerin boyutu
- d) Çıkan aortanın boyutu
- e) İskelet değişiklikleri

AÇIKLAMA: Kalp hastalıklarının değerlendirilmesinde tam inspiriumda ayakta alınan arka-ön göğüs röntgenogramı temeldir. **Röntgenogramlarda tanıda araştırılması gereken özellikler;** pulmoner vaskülarizasyon, kalbin boyutu ve biçimi, ana pulmoner arterlerin pozisyonu ve boyutu, çıkan aortanın ve arkus aortanın pozisyonu ve boyutu ile şekil ve iskelet değişikliklerinin varlığıdır. **Pulmoner vaskülarizasyon tanıda çok önemlidir.** Ancak değerlendirme subjektif olduğundan röntgenogramlar kaliteli olmalıdır. Artmış pulmoner perfüzyon iki grup konjenital anomalide görülür, birinci grup ASD, VSD, PDA gibi basit asiyanotik soldan sağa şantlı olgulardır. Diğer grup ise büyük arterlerin transpozisyonu, total anormal pulmoner venöz dönüş gibi siyanotik grup patolojilerdir. Sağ kalbin izole obstrüksiyonlarında (ciddi pulmoner kapak stenozlarında) pulmoner perfüzyonda azalma izlenir. Kalp yetmezliğinde pulmoner venöz konjesyon ve ödem saptanır. Şiddetli pulmoner arterial

hipertansiyonda pulmoner arterlerde santralde genişleme, periferde daralmalar mevcuttur.

Cevap A (Dahnert, *Radiology Review Manual, 4.baskı, s. 480-483*)

3. Tükrük bezi tümörleri için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Tükrük bezi tümörlerinin 3/4'ü pleomorfik adenomlardır.
- b) Pleomorfik adenomlar en sık parotis bezinde görülürler
- c) İnflamatuvar hastalıkları sıklıkla taş ve kanal patolojileri ile ilgilidir
- d) BT ve MRG ile selim lezyonları habis lezyonlarından ayırt edilebilir
- e) Habis lezyonları nadirdir

AÇIKLAMA: BT ve MRG parotis bezi tümörlerinde ayırıcı tanıda yetersizdir.

Cevap D (*Textbook of Radiology and Imaging. D. Sutton: 1996 s. 793*)

4. Diyafragmatik herniler için hangisi yanlıştır?

- a) Diyafragmatik hiatustan sliding, rolling ve miks tipde herniler olur.
- b) Yine diyafragmatik hiatuslardan Bochdalek ve Morgagni herniler de olur
- c) Diyafragma yırtıklarından da hernileşme oluşabilir.
- d) En sık Sliding tipinde herni görülür.
- e) En doğru tanı baryumlu grafilerle konabilir.

AÇIKLAMA: Bochdalek ve Morgagni hernileri konjenital diyafragmatik defekt hernileridir.

Cevap B (*Textbook of Radiology and Imaging. D. Sutton: 1999 s. 810*)

5. Özofagus tümörleri için hangisi yanlıştır?

- a) Özofagus kanserlerinin %60'ı yassı hücreli tiptir
- b) Yassı hücreli Ca için sigara ve alkol en büyük risk faktörüdür.
- c) Adenokarsinoma daha az sıklıktadır.
- d) Adenokarsinoma ve en çok proksimal kesimde görülür.
- e) Tümörün evrenlenmesinde endoskopik ultrason- dan yararlanılabilir.

AÇIKLAMA: Adenokarsinom en sık 1/3 distalde görülür.

Cevap D (*Textbook of Radiology and Imaging. D. Sutton: 1999 s. 813-814*)

6. Gastrik ülserler için hangisi yanlıştır?

- a) Selim ülserler sıklıkla büyük kuruvaturda görülür.
- b) 3 cm'den büyük dev ülserler görülebilir.
- c) Endoskopiyi tolere edemeyenlerde radyolojik değerlendirme yapılır.
- d) Benign ülserler mide duvarından dışarı doğru uzar.
- e) Malign ülserler lümen içine doğru uzanırlar.

AÇIKLAMA: Benign ülserler en çok küçük kuruvaturda görülür.

Cevap A (*Textbook of Radiology and Imaging. D. Sutton: 1999 s. 835-848*)

7. Akut batında hangisi yanlıştır?

- a) Direkt grafiler ilk istenecek tetkiktir.
- b) Akut kolesistit gibi bazı durumlarda ultrasonografi ilk tetkik olarak tercih edilebilir.
- c) Yatarak batın ve PA akciğer temel standart grafilerdir.
- d) İntraperitoneal serbest hava yatarak batın grafisi ile gösterilir.
- e) PA akciğer grafisinde akut batını taklit eden göğüs patolojileri de değerlendirilir.

AÇIKLAMA: İntraperitoneal serbest hava PA akciğer grafisinde görülür.

Cevap D (*Textbook of Radiology and Imaging. D. Sutton: 1999 s. 917-918*)

8. Nöroblastom ve Wilms tümörü için hangisi yanlıştır?

- a) Nöroblastom'ların yarısından fazlası sürenallerden kaynaklanır.
- b) Hem nöroblastom hem Wilms tümörü çocuklarda abdominal kitle ile ortaya çıkarlar.
- c) Kalsifikasyon varsa daha çok nöroblastom düşünülür.
- d) Wilms tümörü çocuklukta görülen en sık renal tümördür.
- e) Nöroblastom akciğere Wilms tümörü daha çok lokal lenf nodlarına ve karaciğere metastaz yapar.

AÇIKLAMA: Nöroblastom karaciğere ve komşu lenf nodlarına sık metastaz Wilms ise akciğere metastaz yapar.

Cevap E (*Textbook of Radiology and Imaging. D. Sutton: 1999 s. 1068, 1106*)

9. Özofagial atrezi için hangisi yanlıştır?

- a) Tanı için nazogastrik tüp mideye ilerletilir ve çok az kontrast madde verilir
- b) Sıklıkla trakeo-özofagial fistülle birlikte.
- c) Fistül yoksa batın gazsızdır.
- d) Fistül trakea ve distal özofagus segmenti arasındaysa batın distandüdür.
- e) En sık görülen tipinde distal özofagus trakea ile fistül yapmıştır.

AÇIKLAMA: Nazogastrik tüp mideye ulaşmaz.

Cevap A (*Textbook of Radiology and Imaging. D. Sutton: 1999 s. 1086*)

10. Aşağıdakilerden hangisi göğüsün radyolojik inceleme metotlarından biri değildir?

- a) Siyalografi
- b) Tomografi
- c) BT
- d) MRG
- e) Ultrason

AÇIKLAMA: Siyalografi tükürük bezlerini incelemek içindir.

Cevap A (*Textbook of Radiology and Imaging. D. Sutton: 1999 s. 299*)

11. Tekniğine uygun olan bir PA akciğer grafisinde hangisi yanlıştır?

- a) Vertebral cisimler ve disk aralıklı seçilebilmeli
- b) Derin inspiryumda sağ diyafram 6. kostokondral bileşkenin altında olmalı
- c) Derin inspiryumda sağ diyafram 8. kostovertebral bileşkenin altında olmalı
- d) Klavikuların medial uçları spinöz süreçlere eşit uzaklıkta olmalı
- e) Sağ diyafram soldan en fazla 3 cm yüksek olabilir.

AÇIKLAMA: Yeterli inspiryumda sağ hemidiyafram 10. kosto-vertebral bileşkenin altında olmalı.

Cevap C (*Textbook of Radiology and Imaging. D. Sutton: 1999 s. 303*)

12. Aşağıdakilerden hangisi soliter pulmoner nodül nedeni değildir?

- a) Amfizem
- b) Malignite
- c) Enfeksiyon
- d) Hamartom
- e) Göğüs duvarı ve cilt lezyonları

AÇIKLAMA: Soliter pulmoner nodül amfizemin bulgusu değildir.

Cevap A (*Textbook of Radiology and Imaging. D. Sutton: 1999 s. 319*)

13. Hangisi pnömomediasten nedeni değildir?

- a) Entübasyon
- b) Kusma
- c) Astma
- d) Öksürük
- e) Plörezi

AÇIKLAMA: Plörezi pnömomediasten nedeni olarak sayılmaz.

Cevap E (*Osma, Solunum Sistemi Radyolojisi, 2000, s.293*)

14. Aşağıdaki radyografilerden hangisi paranasal sinüslerin incelenmesi için kullanılan incelemelerden biri değildir?

- a) Waters
- b) Caldwell
- c) Lateral
- d) Submentovertikal
- e) Schüller

AÇIKLAMA: Waters grafisi maksiller sinüsler, frontal sinüsler, anterior ethmoid hücrelerin değerlendirilmesinde, Caldwell grafisi frontal ve ethmoid sinüslerin değerlendirilmesinde, Lateral grafi sfenoid sinüslerin değerlendirilmesinde, Submentovertikal grafi ise sfenoid sinüslerin değerlendirilmesinde başvurulan radyografilerdir. Schüller grafisi ise mastoid hücrelerin değerlendirilmesinde kullanılır.

Cevap E (*Valvassori, Imaging of the Head and Neck, 1. baskı, 1995, s.263-271*)

15. Aşağıdakilerden hangisi malign mide ülserleri ile ilgili özelliklerden değildir?

- a) Ülser sığ olup genellikle genişliği derinliğinden fazladır
- b) Kardya seviyesinin üstündeki ülserler maligndir
- c) Hampton çizgisi görülür.
- d) Ülser profilde mide lümeni içerisine lokalize kalır, kuruvaturu taşmaz.
- e) Ülserin konturları düzensiz ve nodülerdir.

AÇIKLAMA: Hampton çizgisi benign mide ülserinde nişin boyun kesiminde görülen ödeme bağlı radyolüsen çizgidir. Bu çizgi daha da kalınlaşırsa ülser yakalığı adını alır. Hem hampton çizgisi hem de yakalık belirtileri benign ülser özelliklerindedir.

Cevap C (*Burgener, Differential Diagnosis in Conventional Radiology, s.699*)

16. Ülseratif kolit ve Crohn hastalığı için yanlış olanı işaretleyiniz?

- a) Crohn hastalığında gül dikenli tarzında ülserler görülür.
- b) Ülseratif kolitte %95 rektum tutulur
- c) Crohn hastalığında fistül ve abse formasyonu görülebilir.
- d) Ülseratif kolitte akut toksik dilatasyon döneminde baryumlu kolon grafisi kontraendikedir
- e) Crohn hastalığında ülsere alanlar arasındaki sağlam mukoza parçalarından karsinom gelişir.

AÇIKLAMA: Ülseratif kolitte komplikasyon olarak akut toksik dilatasyon döneminde perforasyon, kronik dönemde ise karsinom gelişimi görülebilirken Crohn hastalığında malign dejenerasyon görülmez.

Cevap E (*Burgener, Differential Diagnosis in Conventional Radiology, s.630*)

PLASTİK VE REKONSTRÜKTİF CERRAHİ

1. %50, 2°, sıcak su yanığı olan 80 kilogram ağırlığındaki erkek hastaya ilk 8 saatte verilmesi gereken sıvı miktarı Parkland formülüne göre ne kadar olmalıdır?

- a) 4000 ml
- b) 8000 ml
- c) 16000 ml
- d) 24000 ml
- e) 28000 ml

AÇIKLAMA: Toplam vücut ağırlığının %20'sinden fazlasını içeren yanıklarda sistemik enflamatuvar cevapla birlikte kapiller kaçaklar oluşur. Başlangıçtaki sıvı resusitasyonlarında tarif edilen birçok formülden biri olan Parkland formülü ile ilk 24 saatteki ihtiyaç hesaplanır.

24 saatteki sıvı= 4cc X hastanın vücut ağırlığı (kg) X yanık yüzdesi
Sıvının yarısı yaralanmadan sonraki ilk 8 saatte verilirken diğer yarısı kalan 16 saatte verilir. Parkland formülü sadece yaklaşık tahimin ihtiyacı verir. Hastanın sıvı ihtiyacında yine de kalp hızı, kan basıncı, idrar çıkışı ve asit baz durumunun monitorizasyonuna göre ayarlanmalar yapılabilir.

24 saatlik ihtiyaç= 4x80x50
1600ml (yarısı 800ml ilk 8 saatte verilir)

Cevap B (*McCartney Plastic Surgery W. B. Saunders Company Cilt 1. sayfa 792. Garbb and Smith's Plastic Surgery Fifth ed, s.167*)

2. Yarık dudak ve damak sınıflamasında primer ve sekonder ayrımı hangi anatomik oluşuma göre yapılmalıdır?

- a) Maksilla
- b) Palatin kemik
- c) Premaksilla
- d) İnsisiv foramen
- e) Prolabium

AÇIKLAMA: İnsisiv fokamenin posteriorunda yer alan sert damak, yumuşak damak ve uvulayı içeren yapılar genellikle sekonder damak veya palatal yapılar olarak adlandırılır. Dolayısıyla insisiv foramen primer (Prepalatal) ve sekonder (palatal) yapıları ayıran oluşumdur

Cevap D (*McCartney Plastic Surgery, Clit 4, s. 2726*)

3. Anormal yara iyileşmesi (hipertrofik skar ve keloid) için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Beyaz tenlilerde daha fazladır

b) Hayvanlarda daha fazla görülür

c) Kollajen sentezi hipertrofik skarda normalin 20 katına, keloidde 3 katına çıkmıştır

d) Fibronektin ve hyaluronik asit artmıştır

e) Tedavide birinci seçenek cerrahidir

AÇIKLAMA: Hipertrofik skar ve keloid anormal, aşırı yara iyileşme formlarıdır. Belirli modeller haricinde sadece insanlarda görülürler. Yaraların %10 ile 15'inde görülürler. Zencilerde 5 ile 15 kat fazla görülür. Kollajen sentezi, keloidde hipertrofik skarın 3 katı fazlayken, yine keloidde normalin 20 katı fazladır. Biyokimyasal olarak ekstrasellüler matrikste fibronektin ve hyaluronik asit artmıştır. Tedavide cerrahi dışı seçenekler öncelikli olarak denir.

Cevap D (*Grabb and Smith's Plastic Surgery Fifth ed, s.10*)

4. Aşağıdakilerden hangisi replantasyon için mutlak kontraendikasyondur?

a) Pediatrik yaş grubunda amputasyon

b) Avulziyon yaralanmaları ile olan amputasyonlar

c) Eşlik eden hayatı tehdit eden yaralanmalarla birlikte olan amputasyon

d) Kontamine yaralanmalı amputasyonlar

e) Psikolojik problemlili hastalarda amputasyon

AÇIKLAMA: Pediatrik yaş grubundaki hastalarda replantasyon teknik olarak daha zor olmakla birlikte her türlü çaba denenmelidir. Avulziyon yaralanmalarında damardaki yaralanma proksimal ve distal yönde makroskopik olarak görüldüğünden daha ileriye uzanmıştır. Buna rağmen uygun teknikle sağlam segmentlere ulaşılabilirse replantasyon başarılı olabilmektedir. Masif kontaminasyon enfeksiyon riski nedeniyle replantasyon başarılı olabilmektedir. Masif kontaminasyon enfeksiyon riski nedeniyle replantasyon başarısını etkilese de mutlak değil çoğu zamar göreceli bir kontraendikasyon oluşturur. Uygun debridman ve profilaktik tedavilerle birlikte birçok kirlili yaralanmalı amputasyonda başarılı replantasyonlar mümkün olabilmektedir. Psikolojik problemlili hastalardaki amputasyonlar rölatif kontraendikasyon oluşturur ve preoperatif uygun değerlendirmeyi gerektirir. Ağır baş boyun, göğüs ve abdominal yaralanmayla birlikte olan amputasyonlarda çoğu zaman replantasyon kontraendike bir işlemdir.

PLASTİK VE REKONSTRÜKTİF CERRAHI

Cevap C (*Grabb and Smith's Surgery Fifth edition, s. 981; McCartney Plastic Surgery, Cilt 7. s.4358*)

5. Ayak bileğinden ayak sırtına uzanan kemik ve tendonların açıkta kaldığı 9x12 cm çaplı travmaya bağlı doku defekti için en uygun tedavi seçeneği aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Kısmi Kalınlıkta deri grefti
- b) Tam kalınlıkta deri grefti
- c) Sekonder iyileşmeye bırakma
- d) Lokal flepler
- e) Serbest flepler

AÇIKLAMA: Tarif edilen defektde zeminde travmatik olarak tendon ve kemiklerin açıkta olması zeminin avasküler olduğuna işaret etmekte, dolayısıyla deri greftleri ile rekonstrüksiyu mümkün değildir. Sekonder yara iyileşmesi bir çok travmatik vakada uygulanabilmekle birlikte ekspoze olan yapıların yapı ve fonksiyonlarının korunabilmesi için mümkün olabiliyorsa erken dönem rekonstrüksiyon daha uygundur. Bacağın proksimal ve orta bölüm defektleri için lokal flepler kullanılabilirle birlikte distal defektleri kapatmak için yeterli miktarda ve uygun lokal flep mevcut değildir. Bu bölge defektleri hemen her zaman serbest doku transferleri ile rekonstrüksiyon gerektirirler.

Cevap E (*Grabb and Smith's Plastic Surgery, Fifth ed, s.1042*)

6. Mandibula, maksilla, malleus ve inkus hangi brankial arktan gelişir?

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

AÇIKLAMA: Brankial arklar yüz ve farenks gelişimini sağlayan yapılardır. Toplam 6 adet brankial ark bulunmakla birlikte bunlardan 5. ve 6.'sı rudimenterdir. 1. ve 2. arklar en gelişmiş olanlarıdır. Birincisine mandibuler ark, ikincisine hyoid ark ismi verilir. Mandibuler arktan mandibula, maksilla, malleus ve inkus; hyoid arktan hiyoid kemiğin gövdesi, stapes ve bazı boyun yapıları gelişir.

Cevap A (*WJ Larsen, Human Embryology, 311. 373*)

7. Breslow sınıflaması hangi kanser için kullanılmaktadır?

- a) Yassı hücreli karsinoma
- b) Fibrosarkoma
- c) Malign melanoma
- d) Retikulum hücreli sarkom
- e) Kaposi sarkomi

AÇIKLAMA: Malign melanoma'da mikroskopik invazyon derinliği en önemli pragnostik faktördür.

Bu nedenle Clark derinliğini; epidermis, papiller dermis, retiküler dermis ve yağ dokusuna invazyona göre 5 seviyeye Breslow ise mikrometre kullanarak ölçüm yapmıştır.

Cevap C (*McCartny J. G. Plastic surgey, s. 3642-3544*)

8. Aşağıdaki vitaminlerden hangisinin kullanılması, yarık dudak-damak oluşma insidansını azaltmaktadır?

- a) Vitamin D
- b) Folik acid
- c) Vitamin C
- d) Vitamin B12
- e) Vitamin E

AÇIKLAMA: Hamilelik öncesi 2 ay ve hamilelik başlangıcından sonraki 3 ay boyunca 0.4 mg/gün folik asid kullanan annelerin çocuklarında oral yarık gelişme riski %25-50 arasında azalmaktadır. Folik asidin etki mekanizması tam olarak anlaşılammakla beraber, bu bulgu yarıkların bir kısmının engellenebilir olduğunu göstermektedir.

Cevap B (*Wyszynki, DF. Beaty, Th. Maestri, NE. genetics of Nonsendromic Oral Clefts Revisited. Cleft Palate Craniofac. J. 33: 406, 1999; Murray JC. Face Facts: Genes, environment, and Clefts. Am J Hum Genet 57: 227, 1995*)

9. Hipospadias'ın en sık görülen tipi hangisidir?

- a) Anterior hipospadias
- b) Intermedier hipospadias
- c) Posterior hipospadias
- d) Posterior penil hipospadias
- e) Penoskrotal hipospadias

AÇIKLAMA: Anterior hipospadiaslar %70 sıklıkla en fazla görülen tiptir.

Cevap A (*Aston SJ, Beasley RW, Thorne CHM, Grabb and Smith's Plastic Surgery. Fifth ed, 1997*)

10. Aşağıdakilerden hangisi sekonder lenfödem nedeni değildir?

- a) Neoplazi
- b) Travma
- c) Radyasyon
- d) Paralitik enfeksiyonlar
- e) Aplazi-Hipoplazi

AÇIKLAMA: Aksiller ve inguinal lenf nodu disseksiyonu gibi cerrahi girişimler; radyasyon; intralenfatik veya ekstralenfatik tümörler lenfatik yollara bası yaparak; streptokok, stafilokok, tbc, sfiliz gibi etkenlerle oluşan tekrarlayıcı kronik enfeksiyonlar; Wuchereria bancrofti paraziti tarafından lenf yolları invazyonu; lenfatik

yolları zedeleyen travma ve motor sinir paralizisiyle sonuçlanan çeşitli paralitik nedenler de sekonder lenfödem nedenidir. Kongenital aplazi-hipoplazi primer lenfödeme neden olur.

Cevap E (Aston SJ, Beasley RW, Thorne CHM. *Grabb and Smith's Plastic Surgery. Fifth ed, 1997 s. 1077*)

11.Laboratuvarda yetiştirilmiş, genetik olarak saf kabul edilen hayvan zincirleri arasındaki greft aktarılmasına ne ad verilir?

- Oto transplantasyon
- Allojenik transplantasyonu
- Ksenojenik transplantasyon
- Iso transplantasyon
- Syngenesio transplantasyon

AÇIKLAMA: Ototreft: Aynı bireydeki verici saadan alıcı sahaya taşınan greft.

Allogreft: Aynı tür içerisindeki genetik olarak farklı bireyler arasında taşınan transplant.

Ksenogreft (Heterogreft): Farklı türler arasında taşınan transplant.

Isogreft: Tek yumurta ikizleri arasındaki greftlemelerdir.

Syngenesio: Laboratuvarda yetiştirilmiş genetik saf kabul edilen hayvan zincirleri arasındaki transplantasyondur.

Cevap E (Aston SJ, Beasley RW, Thorne CHM, *Grabb and Sminth's Plastic Surgery. Fifth ed. 1997 s. 27-34*)

12.Aşağıdakilerden hangisi tam kalınlıkta deri grefti için yanlıştır?

- Daha fazla kontrakte olur.
- Daha az pigmente olur.
- Daha kozmetik bir örtüdür.
- Daha fizyolojiktir
- Donör alanı sınırlıdır.

AÇIKLAMA: Tam kalınlıkta deri grefti, kısmi kalınlıkta deri greftine göre daha az kontrakte olur.

Cevap A (McCartney JG. *Plastic Surgery, 1990. s. 226*)

13.Yanıklı bir hastada aşağıdaki bulgulardan hangisi sepsiste olmaz?

- Ateş >38° veya <36°C
- Kalp tepe atımı <90
- Solunum sayısı >20 veya PaCO₂ > 32 mmHg
- Lökosit sayısı > 12:000 veya <4.000
- Hiperperfüzyon

AÇIKLAMA: Sepsiste hipoperfüzyon ve şok olur.

Cevap E (Donati L, Scamazzo F, Gervasoni M. *infection and Antibiotic Therapy in Burned Patient, s. 345-348*)

14.5. parmak PIP'de fleksiyon, radial deviasyon ve

deformite; 4. parmakta deformiteyle bilinen anomali aşağıdakilerden hangisidir?

- Ektrodaktili
- Sinfalangizm
- Kamptodaktili
- Brakidaktili
- Sindaktili

AÇIKLAMA: Ektrodaktili: Distal falankların olmaması.

Sinfalangizm: Parmak eklemlerinde hipolazi veya aplaziyle birlikte sindaktili.

Brakidaktili: Bir yada daha fazla parmakta parmak elemanlarından birinin yokluğu.

Sindaktili: Parmakların yapışık olması.

Cevap C (Green DP. *Operative Hand Surgery. Volüme 1, 2nd ed. 1998, s. 335-551*)

15.Çocuklarda burun kırıklarının en sık görülen nedeni hangisidir?

- Spor yaralanmaları
- Ev kazaları
- Otomobil kazaları
- Kasıtlı yaralanmalar
- Kavgalar

AÇIKLAMA: Çocuklarda burun kırıkları en sık yüzde %40 otomobil kazaları sonucu meydana gelir. Diğer etiyolojik nedenler %25 spor yaralanmaları, %15 kasıtlı yaralanmalar, %10 ev kazaları ve %10 diğer nedenler şeklindedir.

Cevap C (Jeffrey WEINZWEIG, Md: *Plastic Surgery Secret, 1999, s. 135*)

16.Aşağıdakilerden hangisi zigoma kırıklarında beklenen bir bulgu değildir?

- Diplopi
- Enoftalmi
- Distopi
- Maloklüzyon
- Periorbital ekimoz

AÇIKLAMA: Zigoma kırıklarında genel bulgular:

Malar depresyon-periorbital ekimoz-supratarsal foldun derinleşmesi-infraorbital rimde step bulgusu-diplopi-distopi-trismus ve infraorbital rimde hipoestezi şeklinde gelişir.

Cevap D (Jeffrey WEINZWEIG, Md: *Plastic Surgery Secret, 1999, s. 163*)

17.Aşağıdakilerden hangisi en sık görülen hipospadias formudur?

- Penoskrotal
- Skrotal
- Perineal
- Midşaft

e) Glanüler (anterior)

AÇIKLAMA: Anterior (glanüler) yerleşimli hipospadias %65 sıklıkla ile en sık görülen formdur. Diğer formlar daha az sıklıkla görülür.

Cevap E (*Jeffrey WEINZWEIG, Md: Plastic Surgery Secret, 1999, s. 377*)

18.Aşağıdakilerden hangisi hidroklorik asitin kimyasal yanıklarında antidotu olarak kullanılır?

- a) Kromik asit
- b) Baryum hidroksit
- c) Mustard gazı
- d) Kalsiyum tuzları
- e) Tungistik asit

AÇIKLAMA: Kalsiyum tuzlarıyla hazırlanmış solusyonlar ile irrigasyon yada bunların direk enjeksiyonu ile hidroklorik asit kimyasal yaralanmaları tedavi edilmeye çalışılır.

Cevap D (*Jeffrey WEINZWEIG, Md: Plastic Surgery Secret, 1999, s. 391*)

19.Aşağıdakilerden hangisi greftlerde meshlemenin avantajı sayılmaz?

- a) Kan ve eksudanın serbest şekilde drene olabilmesi
- b) Reepitalizasyonu kolaylaştırma
- c) Kontraktür oluşumu
- d) İrregüler alıcı sahaya kolayca uyum sağlama
- e) Daha geniş alana yayılabilmesi

AÇIKLAMA: Grefin meshlenmesi ile:

1. Graft daha geniş alana yayılabilir.
2. Kan ve eksuda daha kolay drene olur.
3. İrregüler alana kolayca yayılır.
4. Reepitalizasyonu kolaylaştırır.

Kontraktür ise genel olarak dezavantaj kabul edilir.

Cevap C (*Jeffrey WEINZWEIG, Md: Plastic Surgery Secret, 1999, s. 410*)

20.Yara iyileşmesinde en kritik rol oynayan hücre hangisidir?

- a) Eritrosit
- b) Trombosit
- c) Makrofaj
- d) PMNL
- e) Fibroblast

AÇIKLAMA: Yaral iyileşmesinin inflamatuvar fazında PMNL ve makrofajlar yaraya infiltrate olurlar. Makrofajlar bakteri ve debrisin bölgeden uzaklaştırılmasında en kritik rolü oynar. Adeta bir orkestra şefi gibi rol alır. Makrofajlar aynı zamanda yara iyileşmesinde önemli rol oynayan growth faktörler (büyüme faktörleri) içinde önemli bir

kaynaktır. Bu faktörler diğer hücrelerin yara iyileşmesine olan katkılarında aktifleyici rol oynar.

Cevap C (*Sherrell J. Aston, MD: Grabb and Smith's Plastic Surgery, Fifth ed, 1997, s. 5*)

21.Aşağıdakilerden hangisi alloplastik implantların avantajlarından değildir?

- a) Ameliyat süresi kısaltılması
- b) Kolay ve bol miktarda elde edilebilirliği
- c) Doku reaksiyonuna neden olmamaları
- d) Donör saha morbiditesine neden olmaması
- e) Rezorbsiyona uğramamaları

AÇIKLAMA: Son yıllarda değişik materyallerden hazırlanan alloplastik implantlar rezorbsiyona uğramamaları, donör saha morbiditesine neden olmamaları, ameliyat süresini kısaltmaları, bol ve istenildiği kadar elde edilebilirlikleri nedeniyle tercih edilmektedir. Fakat alloplastik implantlar her ne kadar bu avantajlara sahip olsalar da otojen dokular olmadıklarından değişik derecede doku reaksiyona neden olurlar.

Cevap C (*Jeffrey WEINZWEIG, Md: Plastic Surgery Secret, 1999, s. 23*)

22.Aşağıdakilerden hangisi malign melanoma tiplerinden değildir?

- a) Nodüler
- b) Akral lentiginöz
- c) Lentigo
- d) Yüzeysel yayılan
- e) Pigmente

AÇIKLAMA: Malign melanomlar lentigo maligna, akral lentiginöz, yüzeysel yayılan ve nodüler olmak üzere 4 farklı tipe ayrılırlar.

Cevap E (*Jeffrey WEINZWEIG, Md: Plastic Surgery Secret, 1999, s. 38*)

23.Aşağıdakilerden hangisi hemanjiyomlar ile vasküler malformasyonlar için doğru değildir?

- a) Vasküler malformasyonlar genellikle doğumdan itibaren mevcutken hemanjiyomlar doğumdan sonraki dönemde fark edilirler.
- b) Hemanjiyomlar proliferasyon ve involüsyon olmak üzere iki safhayı içerirler
- c) Her ikisinin de tek tedavisi cerrahidir
- d) Her ikisi de farklı sendromların birer komponenti olarak görülebilirler.
- e) Aynı hastada birlikte bulunabilirler.

AÇIKLAMA: Vasküler malformasyonlar genelde doğumdan hemen sonra fark edilirken hemanjiyomlar doğumda fark edilmezler ve genelde doğumdan birkaç hafta sonrasında tespit edilirler. Hemanjiyomlarda proliferasyon ve involüsyon olmak

üzere iki safha görülürken (bu safhalar hastada aynı anda görülebilir) vasküler malformasyonlarda belirli safhalar yoktur. Her iki hastalık aynı hastada beraber görülebileceği gibi farklı sendromların birer komponenti olarakta karşımıza çıkabilirler.

Cevap C (*Jeffrey WEINZWEIG, Md: Plastic Surgery Secret, 1999, s. 52*)

24. Aşağıdakilerden hangisi konjenital el anomalilerinden birisi değildir?

- a) Refleks sempatik distrofi
- b) Polidaktili
- c) Duplikasyon
- d) Kamptodaktili
- e) Sindaktili

AÇIKLAMA: Sindaktili, polidaktili, duplikasyon, kamptodaktili konjenital el anomalilerinden iken refleks sempatik distrofi konjenital bir el anomalisi değildir.

Cevap A (*David P. GREEN MD: Operatif Hand Surgery, 2nd ed, s. 256*)

25. Aşağıdaki dokulardan hangisinin üzerine greft konulmaz?

- a) Perikondrimunu kaybetmiş kartilaj
- b) Periostunu kaybetmemiş kemik
- c) Paratenonunu kaybetmemiş tendon
- d) Perimisyumu kaybetmemiş kas
- e) Kemik

AÇIKLAMA: Cilt grefti, perikondriumunu kaybetmemiş kartilaj, periostunu kaybetmemiş kemik, paratenonunu kaybetmiş tendon ve perimisyumunu kaybetmemiş kas üzerine konulabilir.

Cevap E (*Joseph G. McCartney MD; Plastik Surgery*)

26. Aşağıdaki hangisi deri kanserleri için biyolojik risk faktörü değildir?

- a) Erkek cinsiyet
- b) Beyaz ırk
- c) Zor bronzlaşma
- d) Mavi göz
- e) İleri yaş

AÇIKLAMA: Deri kanserleri için erkek cinsiyet, beyaz ırk, ileri ya, mavi göz biyolojik risk faktördür. Diğer bir biyolojik risk faktörü kolay bronzlaşmadır.

Cevap C (*Achauer M. Bruce MD: Plastic Surgery Indication, Operations, and Outcomes, 1st ed, 2000, s. 316*)

27. Mikrognati, glossoptoz ve solunum zorluğu olan

bir yenidoğanda en uygun tedavi hangisidir?

- a) Yarık damak onarımı
- b) Endotrakeal entübasyon
- c) Yüz üstü yatırmak
- d) Dili alt dudağa tespit etmek
- e) Trakeostomi

AÇIKLAMA: Tanımlanan hasta Pierre Robin sequence denilen ve klasik olarak makroglossi, glossoptoz, solunum zorluğu ve yarık damak ile karakterize bir durumdur. Dilin arkaya kaçması solunum zorluğu ve ani ölümlere neden olabilir. En uygun tedavi hastanın yüzükoyun yatırılmasıdır dil öne doğru konumlanacağı için solunum rahatlar. Bu pozisyondan faydalanmayan hastalarda entübasyon, dilin alt dudağa tespiti ve trakeostomi düşünülür.

Cevap C (*Bardach, Multidisciplinary Management of the Cleft Lip and Plate, 1989*)

28. Trigeminal sinirin maksillar bölümü (V3) aşağıdakilerden hangisinden çıkar?

- a) Foramen jugulare
- b) Foramen lacerum
- c) Foramen ovale
- d) Foramen rotundum
- e) Stylomastoid foramen

AÇIKLAMA: Trigeminal sinirin üç bölümü vardır. Oftalmik dalı superior orbital fissürden, maksillar dalı foramen rotundum dan mandibular dalı foramen ovaleden geçerek kafayı terkeder.

Cevap D (*Soames, Gray's Anatomi, 1995*)

29. Aşağıdakilerden hangisinde el anomalisi görülmez?

- a) Apert sendromu
- b) Crouzon sendromu
- c) Pfeiffer sendromu
- d) Saetre-Chotzen sendromu
- e) Thumb duplikasyonu

AÇIKLAMA: Crouzon sendromunda (otozomal dominant) kraniyosinostozun bütün özellikleri coronal, sagittal, lambdoid sütür sinoztoları bulunur. Ayrıca orta yüz gelişme geriliği, eksoorbitizm ve proptozis bulunur. Eller sağlamdır.

Cevap B (*McCarthy, Plastic Surgery*)

30. Antekübital bölgesinde yanık skar ve kontraktürü olan bir hasta, aşağıdakilerden hangisi ile tedavi edilirse nüks olasılığı yüksektir?

- a) Tam kalınlıkta deri grefti
- b) Kısmi kalınlıkta deri grefti

- c) Lokal transpozisyon flebi
- d) Serbest flap
- e) Uzak flap

AÇIKLAMA: Yanık rekonstrüksiyonunda amaç uzun dönemde de koruyucu olmaktadır. Büklüm yerlerinde fleple ya da en azından tam kalınlıkta deri grefti ile onarım gerekir.

Cevap B (*Selmanpakoğlu, Yanık, 2002*)

31.Scalp için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Skin
- b) Connektif doku
- c) Galea Aponeurotika
- d) Loose areolar tabaka
- e) Perikranium

AÇIKLAMA: SCALP; skin, subkutaneous doku, galea aponeurotika, loose areolar doku ve preiot (perikranium)'dan oluşur.

Cevap B (*Stuzin, Grabb and Smiths Plastic Surgery, 1991*)

32.31 yaşında bayan hasta mandibuler kondil boynunda kırık nedeniyle acil servise başvuruyor. Fizik muayene ve radyolojik incelemede kondiler parçanın içe (mediale) doğru yer değiştirdiği saptanıyor. Bu bulgu aşağıdaki kaslardan hangisinin etkisiyle olmuş olabilir?

- a) Buksinatör
- b) Lateral pterygoid
- c) Masseter
- d) Medial pterygoid
- e) Temporal

AÇIKLAMA: Kondiler boyun kırığında fragmanlar lateral pterygoid kasın etkisiyle displace olur. Bu kasın iki başı vardır: Alt (inferior) kısım lateral pterygoid plate'den başlar ve kondil boynuna yapışır. Kondil boyun kırığında kasın bu inferior kısmının etkisiyle kondil içe yer değiştirir. Kasın ikinci üst (superior) kısmı ise sfenoidin büyük kanadından başlar ve eklem yüzeyine ve temporomandibuler eklem diskine yapışır.

Cevap B (*Aston, Grabb&Smith's Plastic Surgery, 5. baskı, 1997, s.383-412*)

33.Yenidoğan bir bebek sırt üstü yatırıldığında solunum güçlüğü nedeniyle başvuruyor. Muayenede çenesini küçük ve yumuşak ve sert damağı içeren geniş bir yarık olduğu tespit ediliyor. Hastada aynı zamanda göğüs duvarında retraksiyonlar ve hırıltılı solunum saptanıyor. Muhtemel tanınız nedir?

- a) Binder sendromu
- b) Klippel-Feil anomali
- c) Pierre-Robin sendromu
- d) Van der Woude sendromu
- e) Velokardiyofasiyal sendrom

AÇIKLAMA: Bu yenidoğanda Pierre-Robin sendromunun üçlü bulgusu mevcuttur. Bunlar; mikrognati (küçük çene), glossoptozis (dilin geriye doğru düşmesi) ve solunum güçlüğüdür. Damak yarığı eşlik edebilir fakat şart değildir.

Cevap C (*McCarty, Plastic Surgery, s.3101-3123*)

34.Dupuytren Hastalığı ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) 1831 yılında Baron Dupuytren tarafından tanımlanmıştır
- b) Bu hastalık 50-70 yaşlarda ve erkeklerde sık görülür
- c) Peniste görülen formu Peyronie Hastalığı olarak bilinir
- d) Hastalık fleksor tendonlarda hafif ağırlı nodüllerle başlar
- e) Cerrahi dışındaki tedaviler efektif değildir

AÇIKLAMA: Hastalık sıklıkla palmar fasiyanın pre-tendinöz bantlarında hafif ağırlı nodüller ile başlar.

Cevap D (*Trumble, Hand Surgery and Therapy, 2000, s.453-61*)

35.Kutanöz Melanoma ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi doğru değildir?

- a) Lentigo maligna melanoma, Yüzeysel yayılan melanoma, akral lentiginöz melanoma ve Nodüler melanoma diye 4 histopatolojik tipi vardır
- b) Clark sınıflaması tümörün histolojik olarak invazyonunu tanımlar
- c) Breslow sınıflaması ise tümörün kalınlığına göre yapılmış olup prognozu belirler.
- d) Histopatolojik tiplerin hepsinde erken dönemde görülen radial büyüme fazında sonra vertikal büyüme fazına geçilir.
- e) Mukozal membranlarda lezyon varlığı sıklıkla kötü prognozu gösterir.

AÇIKLAMA: Nodüler melanoma dışındakilerde erken dönemde radial büyüme fazından sonra vertikal büyüme fazına geçilirken, nodüler melanoma direkt olarak vertikal büyüme fazı ile başlar.

Cevap D (*Georgiade, Georgiade Plastic, 1997, s.150-54*)

36. Aşağıdaki testlerden hangisi Karpal Tünel sendromunun tanısında kullanılmaz?

- a) Tinel testi
- b) Phalen testi
- c) Finkelstein testi
- d) Durkan testi
- e) Elektrodiagnostik test

AÇIKLAMA: Finkelstein testi De Quervain hastalığında pozitif olan bir testtir.

Cevap C (Seiler, *Essentials of Hand Surgery*, 2002, s.129-30)

37. Yanık ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Birinci derece yanıkta cilt hafif derece şişmiş, kızamık ve yüzeysel kuru görünür
- b) İkinci derecede yanıkta cilt kızamık, ödemli ve yüzeysel ıslak görünür.
- c) Üçüncü derecede yanıkta cilt beyaz/esmer, kontrakte ve yüzeysel kuru görünür.
- d) Birinci derece yanıklar genellikle güneş yanığı sonucunda olur ve ağrılıdır.
- e) Üçüncü derece yanıklar genelde alev ya da yağlar ile meydana gelir ve çok ağrılıdır.

AÇIKLAMA: Üçüncü derece yanıklarda anestezi mevcuttur, hasta ağrı duymaz.

Cevap E (Achaer, *Plastic Surgery*, 2000, s.357-373)

38. Major yanıklı hastalarda aşağıdakilerden hangisinin acil olarak yapılmasına gerek yoktur?

- a) Hastaya ilk 24 saatte verilecek sıvı miktarı Parkland formülüne göre; "4 ml. X hastanın ağırlığı X yanık yüzdesi" şeklinde hesaplanır.
- b) Hesaplanan sıvı miktarının 1/2'si yanma anından itibaren ilk 8 saatlik süre içinde verilir.

c) Geri kalan sıvı ise devam eden 16 saat içinde verilir.

d) Yapılan sıvı tedavisinin yeterli olup olmadığı en iyi hastanın idrar çıkışının takibi ile yapılır.

e) İdrar çıkışı en az çocuklarda 0.5 cc./kg./saat, erişkinlerde 1 cc./kg./saat olmalıdır.

AÇIKLAMA: İdrar çıkışı en az çocuklarda 1 cc./kg./saat, erişkinlerde 0.5 cc./kg./saat olmalıdır.

Cevap E (Georgiade, *Georgiade Plastic*, 1997, s.198-206)

39. Sağlıklı granülasyon dokusu için hangisi doğrudur?

- a) Enfeksiyon yoktur
- b) Vaskülarizasyonu zayıftır
- c) Cilt grefti için güzel bir alıcı alandır.
- d) Greftleme işleminden önce uzaklaştırılmalıdır
- e) Greftlenme işleminin yapılıp yapılmaması vaskülarizasyon durumunu değiştirmez.

AÇIKLAMA: Sağlıklı granülasyon dokusu iyi damarlanmış immatür bağ dokusundan oluşur. Bu fibroblastları, ara maddeyi ve üretimlerinin çeşitli aşamalarında olan kollajen dokusunu içinde barındırır. Hemen her zaman bakteriler tarafından kontamine edilmiştir, ancak tanımsal olarak sağlıklı granülasyon dokusu enfekte değildir. Deri grefti için mükemmel bir alıcı alan olarak görev yapar. Eğer greftlenmeden bırakılırsa yara kontraksiyonuyla kapatılamayan alan, içlerindeki kollajenin remodelingi tamamlandıkça skar oluşumuna gider. Bu gelişime paralel olarak dokunun vaskülarizasyonu da gittikçe azalır. Epitelizasyonla kapanmayan alanlar hipertrofiye eğilimlidirler ve damarlanma bozuldukça enfekte olma eğilimleri artar.

Cevap C (Grabbs, *Plastic Surgery*, 1997, s.3)

ÜROLOJİ

1. Aşağıdakilerden hangisi üriner sistemde taş oluşumunu inhibe eden faktörlerden değildir?

- a) Sitrat
- b) Okzalat
- c) Magnezyum
- d) Fosfat
- e) Sülfat

AÇIKLAMA: Üriner taş oluşumun engelleyen faktörler; sitrat, magnezyum, fosfat, sülfat, üriner glikozaminoglikan, pirofosfat ve üropontin gibi bileşiklerdir. Okzalat ise üriner taş oluşumuna yol açar.

Cevap B (Smith Genel Üroloji, 14. baskı, 1999, s. 279)

2. Diagenetik gonadlardan en sık görülen testis tümörü aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Seminoma
- b) Teratoma
- c) Yolk Sac Tümör
- d) Gonadoblastoma
- e) Ebriyonel Karsinom

AÇIKLAMA: Gonadoblastomlar tüm testis tümörlerinin %0, 5'ini oluştururlar ve hemen hemen tamamen gonadal disgenetik hastalarda görülürler.

Cevap D (Smith Genel Üroloji, 14. baskı, 1999, s. 441)

3. 25 yaşında genç erkek acil servise 1 gün önce başlayan yavaş yavaş artan sol skrotal şişlik ve ağrı şikayeti ile başvuruyor. FM'de ödemli ve kızarıklık skrotum cildi ve ağrılı hassas epididim varlığı dışında anormal bir bulgu saptanmıyor. Hastanın testisleri pubisin üzerine kaldırıldığında ağrı azalma saptanıyorsa bu hastada en muhtemel tanı ve olası etken aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Testis torsiyonu-Artmış kremasterik refleks
- b) Akut epididimit-Chlamidya trachomatis
- c) Akut epididimit-E. coli
- d) Akut orşit-Kabakulak
- e) Akut orşit-E. coli

AÇIKLAMA: Hastanın 1 gün önce başlayan şikayetlerinin giderek artması FM'de epididim hassasiyeti dışında anormal bir bulgu olmaması ve testisin pubis üzerine kaldırılması ile rahatlama hissinin olması, testis torsiyonunun ekarte edilerek akla öncelikli akut epididimit tanısını getirmektedir. Hastanın hikayesinde kabakulakla yönelik bir bilginin olmaması ve FM'de de testislerin normal saptanması

orşit tanısını ekarte etmektedir. Hastada büyük olasılıkla akut epididimit mevcuttur. Genç erişkinlerde en sık akut epididimit nedeni N. gonorea ve Chlamidya Trachomatis iken yaşlılarda koliform basillerdir.

Cevap B (Smith Genel Üroloji, 14. baskı, 1999, s. 203)

4. Aşağıdaki vezikoüretoral reflü nedenlerinden hangisinde trigonal yetmezliğe bağlı reflü yoktur?

- a) Primer reflü
- b) Komplet ureter duplikasyonu
- c) Ektopik ureter orifisi
- d) Prostatektomi
- e) Spastik nörojenik mesane

AÇIKLAMA: Spastik nörojenik mesane ve mesane çıkım obstrüksiyonlarına bağlı gelişen reflülerde neden trigonal yetmezlikten çok ureter orifisinin hemen kenarından gelişen divertikül ve sassül sonrası hiatusta oluşan dilatasyondur. Sonuçta intravezikal ureter segmenti kısalır ve reflü oluşur. Bu olgulara eşlik eden trigon hipertrofisi reflüyü başlangıçta engellemektedir. Diğer sayılan tüm nedenlerde trigonal yetmezlik söz konusudur.

Cevap C (Smith Genel Üroloji, 14. baskı, 1999, s.189-192)

5. Erişkin tipi polikistik böbrek hastalığına ilişkin aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

- a) Hastalık sıklıkla bilateraldir
- b) Otozomal resesif geçiş gösterir
- c) Karaciğer, pankreas, dalak ve akciğer gibi parankimatöz organlarda kistler hatta berry anevrizmalar eşlik edebilir
- d) Kistler çoğunlukla 30 yaş sonrası ortaya çıkmaktadır
- e) 16 no'lu kromozomun kısa bacağındaki bir genetik defekt sonucu oluşmaktadır

AÇIKLAMA: Erişkin tipi polikistik böbrek hastalığı otozomal resesif geçiş göstermektedir. Erişkin tipi polikistik böbrek hastalığına ilişkin diğer ifadelerin hepsi doğrudur.

Cevap B (Anafarta, Temel Üroloji, 1998, s: 358-359)

6. Alt üriner sistem semptomları olan hastada detrusör yetmezliği ile infravezikal obstrüksiyonunu ayırtmede aşağıdaki testlerden hangisi uygundur?

- a) Üroflowmetri
- b) Sistometri

ÜROLOJİ

- c) Basınç-Akım Çalışması
- d) Rezidüel İdrar Ölçümü
- e) Sıklık Hacim Çizelgesi

AÇIKLAMA: Üroflowmetri hastanın işemesini değerlendirmede kullanılır ancak detrusör yetmezliği ile infravezikal obstrüksiyon ayırımı yapamaz. Sistometri detrusör gücünü değerlendirmeye yönelik yapılıdır. Ancak yine ayırımı sağlayamaz. Rezidüel idrar ölçümü ve sıklık hacim çizelgesi de sorunun ayırımı sağlayamaz. Rezidüel çalışması ile bu ayırım mümkündür.

Cevap C (Anafarta, Temel Üroloji, 1998, S: 292)

7. Mesane tümörü ile ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi veya hangileri doğrudur?

- I- Transizyonel hücreli karsinom (TCC) mesane kanserlerinin %90'ını oluşturur
 - II- Transizyonel hücreli kanserlerin %80'i yüze-yeldir
 - III- Yüzeysel transizyonel hücreli kanserlerin %20-30'u invazif hale geçer
 - IV- Nitrözaminler, anilin boyaları ve naftilamin tcc etiyojisinde önemlidir
- a) I-IV
 - b) I-II
 - c) II-III
 - d) III-IV
 - e) I-II-III-IV

Cevap B (Anafarta, Temel Üroloji, 1998, s. 709)

8. Aşağıdakilerden hangisi spastik tip nörojenik mesane hastalığının tedavisinde kullanılmaz?

- a) Temiz Aralıklı Kateterizasyon
- b) Kolinerjik İlaçlar
- c) Sfinkterotomi
- d) Sakral Rizotomi (Erkeklerde)
- e) Sakral Sinir Köklerinin Stimulasyonu

AÇIKLAMA: Spastik tip mesane tedavisinde kolinerjik ilaçlar değil, antikolinerjik ilaçlar kullanılmaktadır. Diğer şıklardaki tedavi yöntemlerinin hepsi spastik nörojenik mesanede kullanılmaktadır. Ayrıca mesane pacemaker'ı da başka bir tedavi seçeneğidir.

Cevap B (Smith Genel Üroloji, 1999, s. 507-508)

9. Prostat Ca tanısı koymak için kullanılan PSA derivasyonlarından hangisi son yıllarda kullanılmaktadır?

- a) PSA densitesi
- b) PSA velositesi
- c) Serbest PSA/Total PSA oranı
- d) Yaşa bağlı PSA
- e) Total PSA

AÇIKLAMA: Bugün için bu özellikle total PSA seviyesi 4-10 mg/ml arasında olanlarda free PSA/Total PSA oranı kanseri belirlemede en geçerli belirleyici olduğu düşünülmektedir.

Cevap C (Polat, Ürogenital Sistem Tümörleri 2001, s.33/34)

10. Hangisi TUR-P sırasında görülebilen ilk semptomlardan değildir?

- a) Bulantı-kusma
- b) Hipertansiyon
- c) Bradikardi
- d) Mental konfüzyon
- e) Anüri

AÇIKLAMA: Anüri tübüler nekroz oluştuktan sonra ortaya çıkan bir semptomdur.

Cevap E (Winston K; Mebust Campbells Urology 6. baskı, V: 1, 912)

11. Aşağıdaki organlardan hangisine tüberküloz enfeksiyonu primer olarak yerleşim gösterir?

- a) Mesane
- b) Prostat
- c) Epididim
- d) Üreter
- e) Testis

AÇIKLAMA: Ürogenital yolda tüberküloz enfeksiyonunun primer yerleşim bölgesi böbrek ve olasılıkla prostattır. Diğer ürogenital organların organların tümü asendan (prostattan mesaneye) veya desendan (böbrekten üretere veya mesaneye veya prostattan epididime ve epididimden de testise) yayılımla tutulur. Cevaplarda böbrek bulunmadığı için diğer primer olarak tutulan organ prostat doğru yanıtıdır.

Cevap B (Smith Genel Üroloji, 14. baskı, 1999, s. 245)

12.50 yaşında üstü erkeklerde en sık görülen sekonder testis tümörü aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Lösemi
- b) Akciğer
- c) Gastrointestinal Sistem Tümörleri
- d) Lenfoma
- e) Böbrek

AÇIKLAMA: Tüm testis tümörlerinin yaklaşık %5'ini oluşturan lenfomalar testiste

A) primer ektranodal hastalık

B) klinik olarak belirgin olmayan nodal hastalığın manifestasyonu olarak veya

C) yaygın nodal lenfomanın geç manifestasyonu olarak görülebilirler.

Testis lenfoması 50 yaş üstü erkeklerde en sık tümör olup aynı zamanda en sık sekonder neoplazmdir.

Cevap D (*Campbell's Urology, 8. baskı, 2002, s. 2909*)

13. Konjenital hidronefrozun en sık nedeni aşağıdakilerden hangisidir?

- a) İnfantil tip polikistik böbrek hastalığı
- b) Posterior üretral valv
- c) Üreterovezikal darlık
- d) Üreteropelvik darlık
- e) Nörojenik mesane

AÇIKLAMA: Fetal böbreklerde toplayıcı sistemlerin dilatasyonunun en sık nedeni üreteropelvik bileşke obstrüksiyonudur.

Cevap D (*Campbell's Urology, 8. baskı, 2002, S: 1995*)

14. İnmemiş testisli olgularda görülen en sık tümör aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Yolk sac tümör
- b) Embriyonel karsinom
- c) Seminom
- d) Koryokarsinom
- e) Teratom

AÇIKLAMA: İnmemiş testisli olgularda kanser riski inmiş testise göre 35-48 kat daha fazla olup, en sık görülen tümör seminomdur.

Cevap C (*Smith Genel Urology, 14. baskı, 1999, s. 684*)

15. Üriner sistemde en sık görülen taş tipi aşağıdakilerden hangisidir?

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

AÇIKLAMA: Üriner sistem taşlarının %80-85'i kalsiyum içermekte olup, en sık görülen taş tipi kalsiyum okzalat taşlarıdır.

Cevap C (*Anafarta, Temel Ürology, 1998, s. 567*)

16. Ürogenital sistemde en sık travmaya uğrayan organ aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Mesane
- b) Üretra
- c) Üreter
- d) Böbrek
- e) Testis

AÇIKLAMA: Böbrek yaralanmaları üriner sistemin en sık görülen travmalarıdır.

Cevap D (*Smith Genel Ürology, 14. baskı, 1999, s. 317*)

17. Aşağıdaki yapılardan hangisi spermatik kord içinde yer almaz?

- a) Panpiniform pleksus venleri
- b) Testiküler arter
- c) Vas arteri
- d) İnternal ve eksternal spermatik arterler
- e) Efferent duktüler

AÇIKLAMA: Spermatik kord içinde; vas deferens, testiküler arter, internal ve eksternal spermatik arterler, panpiniform pleksus venleri, testiküler sinir ve proessus vajinalis yer alır. Efferent duktüller testisten epididime boşalırlar ve spermatik kord içinde yer almazlar.

Cevap E (*Smith Genel Ürology, 14. baskı, 1999, s. 12*)

18. Üst üriner sistem dilatasyonu olan bir hastada dilatasyonun obstrüktif olup olmadığını anlamak için aşağıdaki tetkik yöntemlerinden hangisinin kullanımı en uygundur?

- a) Ultrasonografi (US)
- b) Manyetik rezonans (MR)
- c) Kompüterize tomografi (CT)
- d) Diüretikli böbrek sintigrafisi
- e) Sistografi

AÇIKLAMA: Obstrüktif olan ve olmayan dilatasyonları ayırt etmek için özellikle radyoizotop diüretikli renogram yararlıdır. Perkütan fonksiyon yolu ile nefrostomi konarak böbrek pelvisin 10ml./dk. Salin infüzyonu sırasında basıncının ölçümü (Whitaker testi) de bu ayırmada kullanılan bir yoldur.

USG, CT, MR ve Sistografi dilatasyonu gösterir ancak bunun obstrüktif mi non-obstrüktif mi olduğunu ayırtmaya yardımcı olmazlar.

Cevap D (*Smith Genel Ürology, 14. baskı, s. 636*)

19. Aşağıdakilerden hangisi kontrakte mesane nedenleri arasında değildir?

- a) Tüberküloz
- b) İnterstisyel Sistit
- c) Radyoterapi
- d) Şistozomiyazis
- e) Akut Bakteriyel Sistit

AÇIKLAMA: Kontrakte mesaneye yol açan nedenler arasında tbc, interstisyel sistit, radyoterapi, karsinoma, şistozomiyazis sayılabilirler. Akut bakteriyel sistitin kontrakte mesane yaptığını gösteren herhangi bir yayın yoktur.

Cevap E (*Smith Genel Ürology, 14. baskı, 1999, s. 192*)

20. Aşağıdakilerden hangisi transplantasyon öncesi alıcıya bilateral doğal böbrek nefrektomisi yapılması endikasyonları içinde değildir?

- a) Nefrotik Sendrom

ÜROLOJİ

- b) Aşırı Büyük Polikistik Böbrekler
- c) Renovasküler Hipertansiyon
- d) Sık Pyelonefrit Atakları
- e) Glomerülonefrit

AÇIKLAMA: Transplantasyon öncesi nadiren doğal böbrek nefrektomileri uygulanır. Sık görülen endikasyonlar pyelonefrit, renovasküler hipertansiyon, nefrotik sendrom ve nadiren de aşırı büyük polikistik böbrekler ve immunolojik aktif böbreklerdir. Glomerülonefritler kronik böbrek yetmezliğine yol açarlar. Ancak nefrektomi endikasyonu göstermezler.

Cevap E (*Smith Genel Üroloji, 14. baskı, 1999, s. 614*)

21. Aşağıdakilerden hangisi Peyroni hastalığının akut döneminde oral tedavi olarak hangisi kullanılabilir?

- a) Kallikrein
- b) Klomifen sitrat
- c) Siprofloksasin
- d) Kolşisin
- e) Trazadon

AÇIKLAMA: Kolşisin kollajen oluşumun etkileyen mekanizması ile peyroni hastalığının akut döneminde %30-35 başarı şansı olan bir oral tedavi ilacı olur. Peyroni'nin geç (2.) döneminde bir etkisi belirlenmemiştir. Özellikle plak çapında küçülme ve ereksiyondaki ağrıyı azalttığı belirlenmiştir.

Cevap D (*Urology, 44, 291-295, 1994; Textbook of Erectile Dysfunction Ed. By. C. Carson, R. Kirby, I. Goldstein. 1999, s.515-527*)

22. Aşağıdakilerden hangisi Eretil Disfonksiyonun oral tedavi seçeneklerinden değildir?

- a) Vardenafil
- b) Trazadon
- c) Sildenafil
- d) Taralafil
- e) MUSE

AÇIKLAMA: MUSE, eretil disfonksiyonun oral tedavisinde değil intraüretral tedavisi olarak seçenektir. İntraüretral PGE, PGE2 uygulamasıyla bir tedavi seçeneğidir. Özellikle oral tedavilerin gelişmesiyle MUSE tedavisi yaygın olarak kullanılmayan bir tedavi haline gelmiştir.

Cevap E (*Textbook of Erectile Dysfunction Ed. By C. Carson, R. Kirby, I. Goldstein Isis Medical Media Ltd. Oxford UK 1999; Klinik Androloji Ed Erol Özüllü, Kaan Aydos, Erectile Dysfunction WHO 1st Consultation on Erectile Dysfunction Paris 1999*)

23. Aşağıdakilerden hangisi antikolinergik etkili bir ilaçtır?

- a) Atropin

- b) Betanekol klorid
- c) Doksazosin
- d) Psödoefedrin
- e) Kapsaisin

AÇIKLAMA: Doğru cevap a'dır. Betaneksol klorid parasempatomimetik (Kolinerjik) bir ilaçtır. Doksazosin alfa adrenerjik bloker bir ilaçtır. Psödoefedrin sempatomimetik bir ilaçtır. Kapsaisin mesane afferent inir inhibitörüdür.

Cevap A (*Campbells Urology 8. baskı, 2. cilt 26. bölüm s. 931*)

24. Aşağıdakilerden hangisi alt üriner sistem çıkım direncini artırarak idrarın mesanede depolanmasını kolaylaştıran bir cerrahi tedavi yöntemidir?

- a) Ogmentasyon sistoplasti
- b) Alfa adrenerjik agonistler
- c) Prostatektomi
- d) Mesane boynu insizyonu
- e) Mesane boynu askı ameliyatları

AÇIKLAMA: b. Alfa adrenerjik agonistler cerrahi tedavi değil ama çıkış direncini artırarak idrarın mesanede depolanmasını kolaylaştırır.

c. Prostatektomi cerrahi tedavi yöntemi ama çıkış direncini azatarak boşaltımını kolaylaştırır.

d. Mesane boynu insizyonu cerrahi tedavi yöntemi ama çıkış direncini azaltarak idrarın boşalmasının kolaylaştırır.

a. Ogmentasyon cerrahi tedavi ama mesane kapasitesini artırarak idrarın mesanede depolanmasını kolaylaştırır.

Cevap E (*Campbells Urology 8. baskı, 2. cilt*)

25. Aşağıdakilerden hangisi üriner enfeksiyonun gelişmesini kolaylaştıran faktördür?

- a) Tomm-Horsfall glikoproteini
- b) Düşük idrar pH'sı
- c) Hemolizin
- d) Yüksek osmolalite
- e) İdrarın aşırı dilüe olması

AÇIKLAMA: İdrar pH'sının asid karakterde olması osmolaritenin yüksek ve dilüsyonunun fazla olması bakterilerin üremesi açısından zor bir ortamdır. Tomm-Horsfall glikoproteini bakterilerin üroepitelyuma yapışması önlemeye çalışır. Hemolizin ise bazı E. coli tipleri tarafından salgılanır ve enfeksiyona sebep olan ve dolayısıyla bakterinin virülansını artıran toksik bir maddedir.

Cevap C (*Weiss, R.M, George N. Jr, O'PH: Comperitive ve Urology, 2001, s. 299*)

26. Aşağıdaki etkenlerden hangisi üretrite sebep

olmaz?

- a) *Neisseria gonorrhoeae*
- b) *Chlamydia Trachomatis*
- c) *Trichomonas vaginalis*
- d) *Haemophilus ducreyi*
- e) *Ureaplasma urealyticum*

AÇIKLAMA: *Haemophilus ducreyi* cinsel ilişkili ile geçen genital bölgede ağrılı papül ile başlar daha sonra ülserle dönüşen ve kronik ingunial enflamasyona sebep olan şankroid denilen bir hastalığa sebep olur. Diğerlerinin hepsi yine cinsel ilişki ile geçer ama üretrite sebep olur.

Cevap D (*Smith's General Urology, 2000. s.: 282-288*)

27. Ürik asid taşının kemolizis'i aşağıdaki tedavilerden hangisi ile sağlanabilir?

- a) Asetohidromik asid
- b) Allopurinol+potasyum sitrat
- c) D-Penisilamin+potasyum sitrat
- d) Alfa- merkaptopropionilglisin
- e) Kaptopril+potasyum sitrat

AÇIKLAMA: Asetohidromik asid strüvit taşlarının D-Penisilamin, alfa-merkaptopropionilglisin ve kaptopril ile kombine potasyum sitrat tedavisi sisten taşlarının kemolizisinde uygulanmaktadır. Ürik asid taşlarında ise ksantin inhibitörü ile kombine olarak idrarı alkallenleştirmek amacı ile potasyum sitrat kullanılır.

Cevap B (*Weiss, RM George N. J O'Reilly, PH: Comperative urology, 2001, s.: 326*)

28. BPH'nın medikal tedavisinde aşağıdaki ilaçlardan hangisi kontrendikedir?

- a) Tamsulosin
- b) Terazosin
- c) Doksazosin
- d) Finasterid
- e) Oksibutin klorid

AÇIKLAMA: Oksibutin klorid antimuskarinik etkisi olup detrusor adalesinin tonusu azalır. BPH'lı hastalarda işemeyi dahada zorlaştırır, hatta idrar retansiyonuna sebep olur. Prozasin, Terazosin, Alfuzosin alfa adrenerjik reseptör blokleri olup prostat düz adalesini gevşetip üretral direnci azaltıp rahat işemeyi sağlar, dolayısıyla BPH tedavisinde endikedir. Finasterid testesteronun dihidrotestesterona dönüşmesini inhibe eder, dolayısıyla prostat volümünün bir miktar küçülmesini sağlayabilir. Bu da BPH tedavisinde tek başına yada alfa reseptör blokleri ile kombine kullanılan bir ilaçtır.

Cevap E (*Smith's General Urology, 15th edition, 2000*)

29. Serumda prostat spesifik antijen yarı ömrü kaç

gündür?

- a) 1
- b) 3
- c) 7
- d) 14
- e) 21

AÇIKLAMA: Prostat spesifik antijen yarı ömrü 3 gündür.

Cevap B (*Smith's General Urology, 15th edition, 2000; s.406-421*)

30. Hangisi serum Prostat spesifik antijen düzeyinin düşmesine neden olur?

- a) Akut prostatit
- b) Parmakla rektal inceleme
- c) Ejakülasyon
- d) Prostat biyopsisi
- e) Finasterid

AÇIKLAMA: Finasterid testesteronun aktif formu olan dihidrotestesterona dönüşümünü sağlayan 5-alfa redüktaz enzimini bloke ederek prostat bezinde küçülme ve PSA'da düşmeye neden olan bir ilaçtır.

Cevap E (*Smith's General Urology, 15th edition, 2000; s. 406-421*)

31. Prostat kanseri ile ilgili yanlış olan seçenek hangisidir?

- a) Prostat kanserlerinin %95'i adenokarsinomdur
- b) Prostatik intraepitelial neoplazi (=PİN) invaziv prostat kanseri için öncül lezyondur
- c) Yüksek dereceli PİN invaziv prostat kanseri olgularının ancak %1-2'sinde mevcuttur
- d) Familial prostat kanserinden sorumlu tutulan gen 1. kromozomda bulunur
- e) Serumda prostat spesifik antijen tayini prostat kanserinin tanısında en önemli belirleyicidir.

AÇIKLAMA: Yüksek dereceli PİN invaziv prostat kanseri olgularının %80'inde mevcuttur.

Cevap C (*Smith's General Urology, 15th edition, 2000, s.406-421*)

32. Testis tümörleri ile ilgili yanlış seçenek hangisidir?

- a) Testis tümörleri çoğunlukla sağ testisten gelişir
- b) Tüm testis tümörlerinin %90-95'i germ hücre kökenlidir.
- c) Leydig hücre tümörleri en sık görülen non-germ hücre tümörleridir
- d) Seminomların çoğunda alfa-fetoprotein (=AFP) artışı izlenirken human koryonogonadotropin

ÜROLOJİ

artışı gözlenmez

e) 50 yaş üzeri görülen en sık testis tümörüdür.

AÇIKLAMA: Hiçbir seminom olgusunda AFP artışı gözlenmez.

Cevap D (*Smith's General Urology, 15th edition, 2000* s.422-435)

33.İnvaziv mesane tümörleri ile ilgili seçeneklerden yanlış olan hangisidir?

- a) T2, T3, T4 tümörler invaziv tümörleri oluşturur
- b) Metastatik olgularda sistemik kemoterapi verilir
- c) T2 N0 M0 olgularda sistektomi önerilir
- d) İnvaziv tümörlerin intrakaviter tedavisinde en sık BCG kullanılır.
- e) Sistektomi sonrasında kötü prognostik özellikler içerenlerde adjuvan sistemik kemoterapi önerilir.

AÇIKLAMA: İnvaziv tümörlerde hiçbir zaman intrakaviter tedavi verilmez.

Cevap D (*Smith's General Urology, 15th edition, 2000*, s. 355-377)

34.Mesanenin tek, düşük dereceli primer pTa evresindeki değişici epitel karsinomunda önerilecek birincil tedavi şekli hangisidir?

- a) Komplet transuretra rezeksiyon(TUR)+ artı
- b) Komplet TUR + intrakaviter immünoterapi
- c) Sistektomi
- d) Sistemik kemoterapi
- e) Radyoterapi

AÇIKLAMA: Mesanenin tek ve düşük dereceli pTa tümörleri iyi prognostik özellikler taşıyan grubu oluştururlar ve bunlarda tümör tekrarlama oranları düşüktür. Bunlarda tek başına TUR yeterlidir.

Cevap A (*Smith's General Urology, 15th edition, 2000*, s.355-377)

35.Metastatik böbrek tümörlerinin tedavisi ile ilgili en doğru seçenek hangidir?

- a) Nefrektomi + Adjuvan immünoterapi
- b) Radyoterapi
- c) Kemoterapi + Radyoterapi
- d) Nefrektomi + Adjuvan kemoterapi
- e) Nefrektomi + Adjuvan kemoterapi ve Radyoterapi

AÇIKLAMA: Metastatik böbrek tümörlerinde tümör kitlesinin azaltılmasına yönelik önce nefrektomi yapılır ve ardından immünoterapi verilir. Nefrektomi ile sonradan verilen immünoterapinin etkinliğinin arttığı gösterilmiştir.

Cevap A (*Smith's General Urology, 15th edition, 2000*;

s. 378-398)

36.Varikoselin neden olduğu spermatogenetik bozukluklarının etiyopatogenezinden sorumlu tutulan mekanizmalarla ilgili hangisi yanlıştır?

- a) Renal ve adrenal metabolitlerin reflüsü
- b) Hipoksi
- c) Testiküler hipotermi
- d) Lokal testiküler hormonal imbalans
- e) İntratestiküler hiperperfüzyon

AÇIKLAMA: Varikoselli hastalarda testiküler hipertermi görülür.

Cevap C (*Patrick, Campbell's Urology, 8. baskı, 2002*, s.2385)

37.Hangisi Prune-Belly sendromunun komponentlerinden değildir?

- a) Büyük hipotonik mesane
- b) Dilate ve tortuoz ureterler
- c) Bilateral kriptorşidizm
- d) Karın ön duvarı kaslarının hipoplazisi
- e) Skrotal hiperplazi

AÇIKLAMA: Prune-Belly sendromunda skrotal hipoplazi görülür.

Cevap E (*Patrick, Campbell's Urology, 8. baskı,2002*, s.2117)

38.Renal hücreli karsinomun en sık hangi histopatolojik tipi görülür?

- a) Şeffaf hücreli
- b) Papiller
- c) Kromofobik
- d) Toplayıcı kanal
- e) Medüller hücre

AÇIKLAMA: En sık Clear Cell (Şeffaf hücreli) tipi görülür.

Cevap A (*Patrick, Campbell's Urology, 8. baskı, 2002*, s.2692)

39.Aşağıdaki ilaçlardan hangisi BPH'nin medikal tedavisinde kullanılmaz?

- a) Prazosin
- b) Dutasterid
- c) Tamsulosin
- d) Finasterid
- e) Epinefrin

AÇIKLAMA: Epinefrin BPH medikal tedavisinde kullanılmaz.

Cevap E (*Patrick, Campbell's Urology, 8. baskı, 2002*,

s.1349-1365)

40. Hangisi germ hücreli testis tümörü değildir?

- a) Seminom
- b) Leydig hücreli tümör
- c) Yolk Sak tümör
- d) Teratom
- e) Embriyonal Karsinom

AÇIKLAMA: Leydig hücreli tümör seks kord/gonadal stromal tümör grubundadır.

Cevap B (*Patrick, Campbell's Urology, 8. baskı, 2002, s.2877*)

41. Hangisi Prostat Ca tedavisinde kullanılan yöntemlerden değildir?

- a) Hormonal terapi
- b) Radyoterapi
- c) Radikal prostatektomi
- d) TUİP (Trans Uretral Prostat İnsizyonu)
- e) Brakiterapi

AÇIKLAMA: TIUP'ın prostat Ca tedavisinde yeri yoktur.

Cevap D (*Patrick, Campbell's Urology, 8. baskı, 2002, s.3080-3226*)

42. Çocuklarda idrar ve dışkı kontrolünün kazanılması hangi sıraya göre olur?

- I-Gece dışkı kontrolü
- II-Gece idrar kontrolü
- III-Gündüz idrar kontrolü
- IV-Gündüz dışkı kontrolü
- a) I-II-III-IV
- b) IV-II-III-I
- c) I-IV-III-II
- d) I-III-II-IV
- e) IV-III-I-II

AÇIKLAMA: Çocuklarda idrar ve dışkı kontrolü şu sırayla olur.

- I-Gece dışkı kontrolü
- II- Gündüz dışkı kontrolü
- III- Gündüz idrar kontrolü
- IV- Gece idrar kontrolü

Cevap C (*Skoog, Adults and Pediatric Urology, 4. baskı, 2002, s.2671-2717; Kogan, Handbook of Pediatric Urology, 199, s.97-102*)

43. Enurezis Nokturna tedavisinde hangisi kullanılmaz?

- a) Enüretik alarm

- b) Davranışsal tedaviler
- c) Konstipasyon tedavisi
- d) İmipramin
- e) Kolinerjik ajanlar

AÇIKLAMA: Antikolinerjikler kullanılır.

Cevap E (*Skoog, Adults and Pediatric Urology, 4. baskı, 2002, s.2671-2717; Kogan, Handbook of Pediatric Urology, 1997, s.97-102*)

44. Hangisi Gerota Fascia'sı (perirenal fascia) içinde yer almaz?

- a) Pararenal yağ dokusu
- b) Sürrenal
- c) Böbrek
- d) Pelvis renalis
- e) Perirenal yağ dokusu

AÇIKLAMA: Gerota Fascia'sı değişik derecelerde perirenal yağ dokusu ile birlikte böbrek ve sürrenali, aynı zamanda pelvis renalis ve proksimal üreteri de sarıp bunları pararenal yağ dokusundan ayırır. Pararenal yağ dokusu Gerota Fascia'sının dışında kalır.

Cevap A (*Walsh, Campbell's Urology, 8. baskı, s.24*)

45. Renal transplantasyonda hangisi ideal kadavra donör kriteri değildir?

- a) Normal renal fonksiyon
- b) Tedavi gerektirecek hipertansiyon olmaması
- c) 45 yaş üzeri olması
- d) Diabetes mellitus olmaması
- e) Yaygın viral ya da bakteriyel enfeksiyon olmaması

AÇIKLAMA: İdeal kadavra donör kriterleri:

- Normal renal fonksiyon,
- Tedavi gerektirecek hipertansiyon olmaması,
- Diabetes mellitus olmaması,
- Primer beyin tümörü veya tedavi edilmiş yüzeysel cilt kanseri dışında malignite olmaması,
- Yaygın viral ya da bakteriyel enfeksiyon olmaması,
- Normal sayılabilen idrar tetkiki,
- 6-45 yaş arasında olması,
- Sifiliz, hepatit, HIV ve human T-lenfoproliferatif virüs testlerinin negatif olması gerekir.

Cevap C (*Walsh, Campbell's Urology, 8. baskı, s.352*)

46. Hangisi vezikoüreteral reflünün iyatrojenik sebebidir?

- a) Üretral meatotomi
- b) Prostatektomi
- c) Kontrakte mesane

ÜROLOJİ

- d) Primer trigonal yetmezlik
- e) Piyelolitotomi

AÇIKLAMA: Her türlü prostatektomide mesane boynundaki yüzeysel trigonun bütünlüğü bozulur. Proksimal trigon kısmı yukarı kayınca geçici reflü meydana gelir. Bu durum kendini ateş ve bakteriyemi ile gösterebilir ve genelde sonra alındıktan sonra ortaya çıkar. 2-3 hafta sonra tekrar trigon tutunur ve reflü sona erer.

Cevap B (*Smith's General Urology, 15. baskı, s.226*)

47. Hangisi akut piyonefritte en az görülür?

- a) Ateş
- b) Üşüme, titreme
- c) Yan ağrısı
- d) Hematüri
- e) Piyüri

AÇIKLAMA: Akut piyelonefrit üşüme, titreme, ateş, yan ağrısı, bakteriyüri ve piyüriden oluşan bir klinik tablo sergileyen böbreğin akut bakteriyel enfeksiyonudur.

Cevap D (*Walsh, Campbell's Urology, 8. baskı, s.516*)

48. Hangisi böbrek travmalarının geç bulgusu değildir?

- a) Ürinoma
- b) Hidronefroz
- c) Arteriovenöz fistül
- d) Renal vasküler hipertansiyon
- e) Hematom

AÇIKLAMA: Derin laserasyonlar iyi kapatılmadığında devam eden fistül ürinoma ve hatta abselere neden olur. Erken dönemde meydana gelen büyük hematomlar ve üriner kaçaklar UPJ'yi daraltan perinefritik fibrozise ve bu da hidronefroza neden olabilir. Arteriovenöz fistüller penetran yaralanmaları takiben meydana gelir ancak nadir görülür. Renovasküler hipertansiyon da seyrek görülür ve parankim oksijenizasyonunun bozulmasına bağlıdır.

Cevap E (*Smith's General Urology, 15. baskı, s.333*)

49. En sık görülen germ hücreli testis tümörü hangisidir?

- a) Leydig hücreli tümör
- b) Teratom
- c) Embriyonel karsinom
- d) Seminom
- e) Koryokarsinom

AÇIKLAMA: Seminom germ hücreli tümörlerin yaklaşık %35'ini oluşturur. Daha sonra bunu embriyonel karsinom (20), teratom (5) ve koryokarsinom (%1>) izler. Leydig hücreli tümör non-germ hücreli tümördür.

Cevap D (*Tanagho, Smith's General Urology, 15. baskı,*

s.423)

50. Daha çok kronik irritasyonlarda ortaya çıkan mesane tümör tipi hangisidir?

- a) Değişici epitel hücreli karsinom
- b) Skuamoz hücreli karsinom
- c) Adenokarsinom
- d) İnsitu karsinom
- e) İndiferansiye karsinom

AÇIKLAMA: Taş, enfeksiyon ve obstrüksiyon durumlarında mukozal irritasyon sonucu epitelde skuamoz metaplazi meydana gelir ve bu zeminde skumaz hücreli karsinom gelişme olasılığı artar.

Cevap B (*İnci, Ürogenital Tümörler, 1995, s.55*)

51. Hangisi renal adenokarsinomda görülen paraneoplastik sendromlardan biri değildir?

- a) Artmış eritrosit sedimentasyon hızı
- b) Hematüri
- c) Hiperkalsemi
- d) Hipertansiyon
- e) Eritrositoz

AÇIKLAMA: Hematüri renal adenokarsinomda en önemli bulgulardandır ancak paraneoplastik sendromlar denen gruba dahil değildir. Paraneoplastik sendromların başlıcaları; artmış eritrosit sedimentasyon hızı, hiperkalsemi, anemi, hipertansiyon, polisitemi, eritrositoz, ateş anormal karaciğer fonksiyon testleri, amiloidoz, nöropati, yorgunluk ve kilo kaybıdır.

Cevap B (*İnci, Ürogenital Tümörler, 1995, s.33*)

52. Sistoüretroskopinin en önemli kontrendikasyonu hangisidir?

- a) Ağır üriner enfeksiyon
- b) Benign Prostat Hiperplazisi
- c) Mesane taşı
- d) Mesane tümörü
- e) Vezikoüreteral reflü

AÇIKLAMA: Üretra rüptürü ve mesane rüptürü de kontrendikasyon oluşturmaktadır. Ancak bakteriyemi ve sepsise neden olabilecek olması nedeniyle üriner enfeksiyon en önemli olanıdır.

Cevap A (*İnci, Ürolojide Tanı Yöntemleri, 1996, s.141*)

53. Aşağıdaki spermiyogram parametrelerinden hangisi normaldir?

- a) Likefaksiyon süresi <10 dakika
- b) pH <7.0
- c) Sperm sayısı <20 milyon/cc
- d) Hareket: %50 ve üzeri ileri hareket (1. saatte)
- e) Lökosit 4-5 milyon/cc

AÇIKLAMA: Normal spermiyogram değerleri şu

şekildedir:

Volüm: 2-6 cc

Likefaksiyon süresi: 15-20 dakika

Renk: opak sarı

pH: 7.4-7.6

Sperm sayısı: 20 milyon ve üzeri

Hareket: %50 ve üzeri ileri hareketli (1 saatte)

Morfoloji: %60 ve üzeri normal form

Lökosit <1 milyon/cc

Cevap D (*İnci, Ürolojide Tanı Yöntemleri, 1996, s.170*)

54.Hangi yakınmada genelde ciddi bir ürolojik patoloji bulunmaz?

- a) Ağrı
- b) Pnömatüri
- c) Hematüri
- d) Hemospermi
- e) Üretral akıntı

AÇIKLAMA: Hemospermide birçok olguda tüm tetkiklere rağmen belirgin bir patoloji bulunmaz.

Cevap D (*Campbell, 2004*)

55.İdrarda görülen kristallerin hangisi normal kişilerde görülmez?

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

AÇIKLAMA: Sistin dışında tüm kristaller kişinin beslenme durumuna ve hidrasyona göre idrarda doğal olarak bulunabilir.

Cevap B (*Campbell*)

56.Akut ağrılı obstrüksiyonda aşağıdaki tanı yöntemlerinden hangisi en etkili olanıdır?

- a) Abdominal ultrasonografi
- b) IVP
- c) BT
- d) DUS grafisi
- e) Renkli dopler USG

AÇIKLAMA: Ağrı nedeni ile opak maddenin filtrasyonunda yetersizlik olabilir.

Cevap C (*Campbell, 2004*)

57.Kronik prostatik tanısında en yanıtıcı olan inceleme hangisidir?

- a) İdrar mikroskopisi (ilk 10 ml)
- b) İdrar kültürü
- c) Ejakulat kültürü
- d) Prostatik ekspresatın incelenmesi
- e) İdrar mikroskopisi (Orta akım)

AÇIKLAMA: Bulaşma oranı yüksek olduğu için ejakulat kültürü tercih edilmemelidir.

Cevap C (*Campbell, 2004*)

58.Anne sütünde en az bulunan antitüberküloz ilaç hangisidir?

- a) Etambutol
- b) Rifampisin
- c) Streptomisin
- d) İzoniazid
- e) Pirazinamid

AÇIKLAMA: En az bulunan etambutoldür.

Cevap A (*Campbell, 2004*)