

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.Sütcü 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 GELİŞEN (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 (1 Ü 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 GÜRİSOY (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 EĞİLMEZ (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. Şahande 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. Gülendame 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@turkiye-klinikleri.com

web : www.turkiye-klinikleri.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@turkiye-klinikleri.com

YAYIN HAKKI

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



Türkiye Klinikleri

MEDİTEST Dergisi

Cilt 14

Sayı 3

2005

İÇİNDEKİLER

121

Fizyoloji

129

Patoloji

136

Kadın Hastalıkları ve Doğum

159

Genel Cerrahi

ISSN: 1300-0276

C i l t : 1 4 • S a y ı : 3 • 2 0 0 5

Cilt : 14 • Sayı : 3 • 2005 • Sayfa: 121-180

FİZYOLOJİ

1. Sinir-kas kavşağındaki asetil kolin reseptörleri ile ilgili ifadelerden hangisi yanlıştır?

- a) Muskarinik reseptörlerdir
- b) Aktive olduklarında kas lifi membranının sodyum ve potasyum iyonlarına karşı iletkenliği artar
- c) Aktive olduklarında kas membranında son plak potansiyeli (end plate potential) gelişir
- d) 5 alt birimden oluşmuştur
- e) Kendisine karşı otoantikolar gelişirse Myastenia Gravis Hastalığı ortaya çıkar

AÇIKLAMA: Sinir-kas kavşağındaki asetil kolin reseptörleri muskarinik deği, nikotinik reseptörlerdir.

Cevap A (*Berne, Physiology, 1998, s. 43-45*)

2. Sinaptik ileti ile ilgili ifadelerden hangisi yanlıştır?

- a) Elektriksel sinapslarda ileti iki yönlüdür
- b) Sinaptik gecikme kimyasal sinapsların özelliğidir
- c) Peptid yapılı nörotransmitterler daima nöron gövdesinde (somada) sentezlenir
- d) Presinaptik uca ulaşan aksiyon potansiyeli burada voltaj bağımlı kalsiyum kanallarının açılmasına neden olur
- e) Nörotransmitter vezikülleri hem presinaptik, hem de postsinaptik hücrede bulunur

AÇIKLAMA: Elektriksel sinapslarda ileti iki yönlüdür. Çünkü **konnekson** adı verilen protein kanalları iki hücre arasında düşük dirençli geçiş bölgeleri oluşturup elektriksel uyarıların, ayrıca iyonların ve küçük moleköl ağırlıklı maddelerin çok kısa sürede bir hücreden diğerine geçmesine izin verir. Kimyasal sinapslarda ise ileti, kimyasal aracının presinaptik uçta üretilip sinaptik aralığa salınması, difüzyonla sinaptik aralığı geçmesi ve postsinaptik zardaki reseptörlerine bağlanması yaklaşık 0.5 milisaniyelik bir sinaptik gecikmeye neden olur. Sinaptik nörotransmitter genellikle presinaptik terminalde sentezlenir. Ancak bazı peptid yapılı nörotransmitterler sadece somada sentezlenir. Postsinaptik hücrede transmitter vezikülleri yoktur.

Cevap E (*Berne, Physiology, 1998, s. 47-48*)

3. Aşağıdakilerden hangisi denervasyon hipersensitivitesi (aşırı duyarlılık) için yanlıştır?

- a) Hem iskelet kası hem de düz kasların denervasyonundan sonra gelişebilir
- b) Denerve iskelet kasları asetil koline karşı aşırı duyarlılık gösterir

- c) Postganglionik sempatik sinirleri kesilmiş pupiller kasın norepinefrine yanıtı artar ve pupillada aşırı derecede midriyazis görülür
- d) Postsinaptik zarda reseptör sayısı azalır
- e) Denerve iskelet kasları atrofiye uğrarken, düz kaslarda atrofi gelişmez

AÇIKLAMA: Denervasyon hipersensitivitesinde postsinaptik zarda ekstra reseptör sentezi, yani reseptör sayısında artış olur.

Cevap D (*Ganong, Tıbbi Fizyolojisi, 16. baskı, s. 120-121*)

4. Koku hücreleri ikinci habercilerden hangisini kullanır?

- a) NO
- b) IP₃
- c) cAMP
- d) cGMP
- e) Kalsiyum

AÇIKLAMA: Koku hücrelerinin uyarılmasında cAMP kullanılır.

Cevap C (*Guyton, Tıbbi fizyoloji, 10. baskı, 2001, s. 617*)

5. Hangisini innerve eden sempatik nöronlar asetilkolin salgılamaktadır?

- a) Tükrük bezleri
- b) Ter bezleri
- c) Göz yaşı bezleri
- d) Piloerektör kaslar
- e) Sindirim bezleri

AÇIKLAMA: Sempatik sinirlerin uyarılması ter bezlerinin yoğun ter salgılamasına neden olurken, parasempatik sinirlerin stimülasyonu hiçbir etki yapmaz. Diğer yandan **ter bezlerinin çoğuna giden sempatik lifler kolinerjiktir** (avuç içi ve ayak tabanına giden çok az miktardaki adrenerjik lifler hariç), halbuki sempatik liflerin tamamına yakını adrenerjiktir. Ayrıca ter bezleri primer olarak hipotalamusta parasempatik merkezler olarak kabul edilen merkezler ile stimüle edilir. Böylece **her ne kadar anatomik olarak sempatik sinir sistemi ile dağılan sinir lifleri ile kontrol ediliyorsa da, terleme parasempatik bir fonksiyon olarak kabul edilebilir.**

Cevap B (*Guyton, Tıbbi Fizyolojisi, 10. baskı, 2001, s. 702*)

FIZYOLOJİ

6. Serebellumun hangi bölgesinde vücut topografik olarak temsil edilmektedir?

- a) Vermis
- b) Flokkunoduler lob
- c) Derin nukleuslar
- d) Vestibuloserebellum
- e) Serebroserebellum

AÇIKLAMA: Serebellumdaki vermis ve arka bölgelerde vücut topografik olarak temsil edilir.

Cevap A (Guyton, Tıbbi Fizyoloji, 10. baskı, 2001, s. 648)

7. Rafe nukleuslarından omuriliğe inen aksonlar hangisini içerir?

- a) Dopamin
- b) Noradrenalin
- c) Adrenalin
- d) Histamin
- e) Serotonin

AÇIKLAMA: Pons ve medullanın orta hattında rafe çekirdekleri olarak adlandırılan birkaç ince çekirdek vardır. Bu çekirdeklerdeki nöronların çoğu serotonin salgılar.

Cevap E (Guyton, Tıbbi Fizyolojisi, 10. baskı, 2001, s. 680)

8. Aşağıdaki interlökinlerden hangisi eritropoezde en fazla yer alır?

- a) İnterlökin 2
- b) İnterlökin 3
- c) İnterlökin 4
- d) İnterlökin 5
- e) İnterlökin 6

AÇIKLAMA: İnterlökin 3 farklı tipteki tüm kök hücrelerinin büyüme ve üremesini kolaylaştırırken, diğerleri yalnızca yönlendirilmiş kök hücrelerin özel tiplerin büyümesini kolaylaştırır.

Cevap B (Guyton, Tıbbi Fizyoloji, 10. baskı, 2001, s. 383)

9. Normal EKG'de göğüs derivasyonlarda QRS hangisinde negatif gelir?

- a) $V_1 + V_2$
- b) $V_3 + V_4$
- c) $V_5 + V_6$
- d) $V_2 + V_6$
- e) $V_3 + V_5$

AÇIKLAMA: V_1 ve V_2 derivasyonlarında normal bir kalbin QRS kayıtları negatiftir. V_4 , V_5 ve V_6 derivasyonlarındaki QRS kompleksleri pozitifdir.

Cevap A (Guyton, Tıbbi fizyoloji, 10. baskı, 2001, s. 119)

10. Terminal sisternalardan serbestleşen kalsiyum, aşağıdakilerden hangisine bağlanır?

- a) Sarkoplazmik retikulum
- b) Troponin C
- c) Miyozin
- d) Kalsiyum
- e) Aktin

AÇIKLAMA: Kalsiyum terminal sisternalardan salındıktan sonra aktin üzerindeki miyozin bağlanma noktalarını açmak üzere Troponin C'ye bağlanır.

Cevap B (Ganong, Tıbbi Fizyoloji, 2002, s. 66-68)

11. NMDA reseptöründe Glutamatın etkisini artıran hangisidir?

- a) GABA
- b) Kainik asit
- c) Dopamin
- d) d-serin
- e) Glisin

AÇIKLAMA: Glisin glutamatın NMDA reseptörüne bağlanmasını kolaylaştırarak etkisini artırır.

Cevap E (Willim, Tıbbi Fizyoloji, 20. baskı, 2002, s. 102)

12. D-glukoz aşağıdakilerden hangisi ile beyin doku sıvısından, nöron içine taşınır?

- a) GLUT 1
- b) GLUT 2
- c) GLUT 3
- d) GLUT 4
- e) GLUT 5

AÇIKLAMA: Normal şartlarda beyin için en büyük enerji kaynağı glukozdur; normal koşullarda hücre zarlarının iki yanı arasındaki iyon farkının devamında ve elektriksel dürtülerin geçişinde kullanılan enerjinin %90'ı bu kaynaktan sağlanır. Glukoz beyine, beyin kapillerlerindeki GLUT 1 yoluyla girer. Diğer taşıyıcılar, daha sonra bunu nöron ve glia hücrelerine dağıtır.

Cevap A (Willim, Tıbbi fizyoloji, 20. baskı, 2002, s. 596)

13. Hangisi yavaş kas liflerinin özelliği değildir?

- a) Daha küçük liflerden oluşmuştur
- b) Daha ince sinir lifleriyle uyarılır
- c) Yoğun kan damarı vardır
- d) Beyaz renkli görünümde dir
- e) Çok sayıda mitokondriye sahiptir

AÇIKLAMA: Yavaş lifler kırmızı renklidirler.

Cevap D (Willim, Tıbbi fizyoloji, 20. baskı, 2002, s. 69)

14. Kan basıncını kısa sürede düzenleme mekanizmalarından olan aortdaki baroreseptörlerin duyarlı olduğu en düşük basınç hangisidir?
- 15 mmHg
 - 30 mmHg
 - 60 mmHg
 - 80 mmHg
 - 120 mmHg

AÇIKLAMA: Karotis sinüsünde bulunan baroreseptörlerin 0 ila 60 mmHg arasındaki basınçlarda uyarılmaz. Ancak 60 mmHg üzerinde 180 mmHg'da maksimuma ulaşana kadar gittikçe artan hızlarda yanıt verirler. Aortik baroreseptörlerin yanıtları karotis reseptörlerinin yanıtlarına benzer ancak aort reseptörleri 30 mmHg ve daha yüksek basınçlarda devreye girer.

Cevap B (Guyton, Tıbbi Fizyoloji, 10. baskı, 2001, s. 189)

15. Kalpte istirahat membran potansiyelinin eşik seviyeye (threshold) en yakın bölge hangisidir?
- Ventrikül kası
 - Atriyum kası
 - His demeti
 - Sinoatriyal düğüm
 - Atrio-ventriküler düğüm

AÇIKLAMA: Eşik seviyeye en yakın bölge sinoatriyal düğümdür.

Cevap D (Guyton, Tıbbi Fizyoloji, 10. baskı, 2001, s. 107)

16. Solunum esnasında -1 cmH₂O ile +1 cmH₂O arasında değişen basınç hangisidir?
- Alveolar basınç
 - Plevral basınç
 - Abdominal basınç
 - Kompliyans basıncı
 - Transpulmoner basınç

AÇIKLAMA: Alveoler basınç akciğer alveollerinin içindeki basınçtır. Glottisin açık olduğu ve akciğerlerden, içeri veya dışarı hiçbir akımın olmadığı durumda, solunum ağacının tüm bölgelerinde ve alveollere giden tüm yollardaki basınçlar, atmosfer basıncına eşittir ve 0 cmH₂O basıncı olarak değerlendirilir. Bu basınç inspirasyonda -1 cmH₂O'ye düşerken, ekspirasyonda +1 cmH₂O'ye yükselir.

Cevap A (Guyton, Tıbbi fizyoloji. 10. baskı, 2001, s. 433)

17. VA/Q= 0 (ventilasyon/perfüzyon oranı=0) ise; alveol havası PO₂ ve PCO₂ değerleri ne olur?

- PO₂= 149 mmHg, PCO₂= 0,3 mmHg
- PO₂=120 mmHg, PCO₂= 27 mmHg
- PO₂=104 mmHg, PCO₂=40mmHg
- PO₂=40 mmHg, PCO₂=45 mmHg
- PO₂=23 mmHg, PCO₂= 46 mmHg

AÇIKLAMA: VA/Q= 0 (ventilasyon/perfüzyon oranı=0) ise; alveol havasında PO₂ =40 ve PCO₂ =45 mmHg'dir. Bu basınçlar kan akımının olduğu fakat ventilasyonun bulunmadığı alveollerdeki bu gazların normal parsiyel basınçlarıdır.

Cevap D (Guyton, Tıbbi fizyoloji, 10. baskı, 2001, s. 460)

18. Aktif pompalar en fazla nefronun hangi bölgesinde bulunur?

- Proksimal tübül
- Toplayıcı tübül
- Henle'nin inen ince kolu
- Henle'nin çıkan kalın kolu
- Medulla toplayıcı kanalı

AÇIKLAMA: Proksimal tübül epitel hücrelerinin metabolik aktiviteleri oldukça fazladır ve bu aktif taşıma sistemlerini destekleyecek bol miktarda mitokondri içerirler.

Cevap A (Guyton, Tıbbi Fizyoloji, 10. baskı, 2001, s. 300)

19. Hangisi özellikle efferent arteriyolleri etkileyerek glomerüler filtrasyon hızını değiştirir?

- Noradrenalin
- Endotelin
- Nitrik oksit
- Anjiyotensin II
- Bradikinin

AÇIKLAMA: Anjiyotensin II efferent arteriyolleri daralttığı için artmış Anjiyotensin II seviyeleri glomerüler hidrostatik basıncı artırırken, böbrek kan akımını azaltır.

Cevap D (Guyton, Tıbbi Fizyolojisi, 10. baskı, 2001, s. 290)

20. Leptinin hipotalamusta etkilediği birinci nöronlar hangi yapıda bulunur?

- Paraventriküler nükleus
- Ventromedial nükleus
- Lateral hipotalamus
- Medial hipotalamus
- Dorsomedial Nükleus

AÇIKLAMA: Leptin adipoz dokudan salgılanır ve adipoz

FIZYOLOJİ

dokunun miktarı arttığında adipozitler leptin salgılarını artırırlar. Kana verilen leptin beyne gider ve kan-beyin bariyerini kolaylaştırılmış difüzyonla geçerek, başta **arkuat ve paraventriküler çekirdekler** olmak üzere hipotalamusun değişik yerlerinde bulunan leptin reseptörlerine bağlanır. **Leptin reseptörlerinin uyarılması yağ dokusunu azaltma yönünde değişik etkiler gösterir.**

Cevap A (Guyton, Tıbbi Fizyoloji, 10. baskı, 2001, s. 807)

21. Enterik sinir sistemindeki nörokrinlerden olmayan hangisidir?

- a) Asetilkolin
- b) Norepinefrin
- c) Kolesistokinin
- d) P maddesi
- e) Gastrin

AÇIKLAMA: Enterik nöronlar tarafından salgılanan nörotransmitter tipleri: asetilkolin, norepinefrin, adenozin trifosfat, seratonin, dopamin, kolesistokinin, P maddesi, VIP, somatostatin, enkefalin, bombesin.

Cevap E (Guyton, Tıbbi Fizyoloji, 10. baskı, 2001, s. 721)

22. Egzersiz esnasında kan akımının değişmediği veya çok az değiştiği organ hangisidir?

- a) Beyin
- b) Kalp
- c) Böbrekler
- d) Akciğer
- e) Sindirim sistemi

AÇIKLAMA: Bağırsaklardaki sempatik vazokonstriksiyonun temel önemi, ağır egzersiz sırasında iskelet kası ve kalp için fazla akım gerektiğinde, gastrointestinal ve diğer splanknik kan akımını kısa süre için kesmesidir.

Cevap E (Guyton, tıbbi fizyolojisi, 10. baskı, 2001, s. 726)

23. Tiroid hormonları plazma kolesterol seviyesini hangi mekanizma ile artırır?

- a) Yağların yıkımını hızlandırarak
- b) Metabolizmayı hızlandırmak
- c) Büyümeyi artırarak
- d) Yağların emilimini azaltarak
- e) Karaciğerde lipoprotein reseptörlerini artırarak

AÇIKLAMA: Tiroid hormonunun plazma kolesterol

konsantrasyonunu azaltma mekanizmalarından birisi, safrayla kolesterolün salgılanma hızını belirgin şekilde artırması ve sonunda feçesle kaybına yol açmasıdır. Tiroid hormonunun kolesterol salgısını arttırmasındaki olası mekanizma, karaciğer hücrelerindeki düşük dansiteli lipoprotein reseptörlerinin sayısını arttırması, bunun düşük dansiteli lipoproteinlerin plazmadan hızla uzaklaşmasına yol açması ve sonunda karaciğer hücreleri tarafından kolesterolün salgılanmasıdır.

Cevap E (Guyton, Tıbbi Fizyoloji, 10. baskı, 2001, s. 862)

24. İkinci haberciler ile ilgili ifadelerden hangisi doğrudur?

- a) Birinci habercilerden önce aktive olurlar
- b) Hormon ve nörotransmitterlere verilen hücre içi yanıtlara aracılık ederler
- c) Sadece hücre zarında bulunurlar
- d) Bir nörotransmittere yanıt olarak salınan bir hormondur
- e) Beyinde görülmezler

Cevap B (Ganong, Review of medical Physiology, 9th ed, chapter 1, 1999, s. 34-42)

25. Sinir hücre membranında repolarizasyonun başlamasında, aşağıdaki iyon hareketlerinden hangisi rol oynar?

- a) Hücre içine Na⁺ girmesi
- b) Hücre içine Ca⁺⁺ girmesi
- c) Hücre dışına K⁺ çıkması
- d) Hücre içinden Cl⁻ çıkması
- e) Hücre içinden Mg⁺² çıkması

Cevap C (Ganong, Tıbbi Fizyoloji, 2002, s. 56-60)

26. Aktin filamentine ait aşağıdaki yapılardan hangisi moleküler olarak en büyük yapıya sahiptir?

- a) Globuler aktin
- b) Fibriler aktin
- c) Tropomiyozin
- d) Troponin
- e) Aktif bölge

Cevap B (Noyan, Yaşamda ve hekimlikte Fizyoloji, 10. baskı, 1998, s. 386-387)

27. Kan için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Plazmanın %90'ı sudur
- b) Plazmadaki tüm proteinler karaciğerde yapılıdır
- c) Yeni doğanda retikülosit düzeyi yüksektir

- d) Kanın bir görevi de ısı düzenlenmesini sağlamaktır
e) Stem cell'ere etkili olan ve onların çoğalmasına yol açan faktörlerden biri FLT-3L'dir

Cevap B (Schiffman, *Hematologic Pathophysiology*, 1998, s. 2,19; Hoffbrand, *Essential Haematology*, 2001, s. 4; Hinchliff, *Physiology for nursing practice*, 1999; s. 326)

28. Aşağıdaki kan hücreleri ile ilgili sürelerden yanlış olanı işaretleyiniz?

- a) Eritrositler dolaşımında 120 gün kadar kalırlar
b) Nötrofiller dolaşımında 1 günden az kalırlar
c) Trombositler dolaşımında 10 gün kadar kalırlar
d) Eritrositler kemik iliğinde 7,5 günde yapılırlar
e) Lökositler kemik iliğinde 2 günde yapılırlar

Cevap E (Schiffman, *Hematologic pathophysiology*, 1998, s. 362)

29. Aşağıdaki koagülasyon faktörlerinden hangisi karaciğerde yapılmaz?

- a) F I
b) F II
c) F III
d) F XII
e) F X

Cevap C (Schiffman, *Hematologic Pathophysiology*, 1998, s. 165)

30. Eritrositler ile ilgili yanlış olanı işaretleyiniz?

- a) Eritropoetin hormonunun etkin olduğu dönem CFU-E'dir
b) Yeni doğanda hemoglobin düzeyi yüksektir
c) HbA_{1c} şeker hastalarında kanda artar
d) Bir eritrosit 27-32pg hemoglobin içerir
e) Erişkinde HbA₂ %95-98 oranında bulunur

Cevap E (İsrael, *Mechanisms in Hematology*, 2001; Schiffman, *Hematologic Pathophysiology*, 1998, s. 53)

31. Hemoglobin için yanlış olanı işaretleyiniz?

- a) Deoksi hemoglobinde iki beta zinciri arası açılmıştır
b) Oksi hemoglobinde iki alfa zinciri arası açılmıştır
c) Deoksi hemoglobin T (gergin) durumdadır
d) Bir mol hemoglobin 4 mol oksijene bağlıdır
e) Hemoglobin P₅₀ değeri normal miktarda 2,3 DPG varken 26 mmHg pO₂'dir

Cevap B (McKenzie, *Textbook of Hematology*, 1996, s. 42,46,47)

32. İstirahat dumundaki hücre için hangisi doğrudur?

- a) Hücre içinde sodyum, hücre dışında potasyum daha fazladır
b) Hücre içi, hücre dışına göre daha pozitifdir
c) Na-K pompası ile 3 Na'u dışarı, 2 K'u içeri pompalar
d) Hücre membranının Na'a geçirgenliği, K'a göre yüz kat daha fazladır
e) Uyarı hücrede istirahat membran potansiyelini hızla negatifleştirir

Cevap C (Guyton and Hall, *Medical Physiology*, 8. baskı, Bölüm 5, 1996, s. 57-73)

33. Charcot-Marie-Toot hastalığı aşağıdaki oluşumlardan hangisinin patolojisi sonucu oluşmaktadır?

- a) Lizozom
b) Peroksizom
c) Konnekson
d) Sıkı bağlantı
e) Dezmozom

Cevap C (Ganong, *Review of Medical Physiology*, 9th ed, chapter 1, 1999, s. 1)

34. Otuz yaşındaki normal bir erkeğe döteryum oksit ve radyoaktif sodyum zerk edilmiştir. Döteryum oksitin dağılım hacmi 42L, Radyoaktif sodyumun dağılım hacmi 14L olarak bulunmuş ise aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Bu kişinin hücre içi sıvı hacmi yaklaşık 14 L'dir
b) Bu kişinin hücre içi sıvı hacmi yaklaşık 28 L'dir
c) Bu kişinin plazma hacmi yaklaşık 7L'dir
d) Bu kişinin doku sıvı hacmi yaklaşık 9L'dir
e) Bu kişinin total vücut suyu bu veriler ile hesaplanmaz

Cevap B (Guyton and Hall, *Medical Physiology*, 9. baskı, bölüm 25, 1996, s. 297-313)

35. Aşağıdaki istirahat membran potansiyellerine sahip hücrelerden en kolay hangisi uyarılabilir?

- a) -90 mV
b) -60 mV
c) -70 mV
d) -80 mV
e) -50 mV

Cevap A (Guyton and Hall, *Medical Physiology*, 9. baskı, bölüm 5, 1996, s. 57-73)

36. Aşağıdakilerden hangisi beyaz kasların özelliklerinden değildir?

- a) Hızlı miyozin izoenzim aktivitesine sahiptir
b) Kalsiyumlu sarkoplazmik retikulumla pompalayan aktivite yüksektir

FIZYOLOJİ

- c) Enerji kaynağı olarak glikolitik kapasiteye kullanır.
d) Çapları büyüktür
e) Mitokondriden zengindir

Cevap E (*Ganong, Tıbbi Fizyoloji, 2002, s. 62-72*)

37. Aşağıdakilerden hangisi kalp üzerinde pozitif inotropik etkiye sahip değildir?

- a) Sarkoplazmik kalsiyum düzeyinin artması
b) β_1 adrenerjik reseptörlerin aktivasyonu
c) Plazma epinefrin düzeyinin artması
d) Sistemik sempatik deşarj
e) Arteriyel baroreseptörlerin uyarılması

Cevap E (*Berne, Physiology, 4. baskı, 1998, s. 450*)

38. Kalp kasında aksiyon potansiyel genliği (yüksekliği) en fazla olan yapı aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Sino-atriyal nod
b) Atriyum kası
c) Atriyo –ventrikül nod
d) Ventrikül kası
e) Purkinje lifi

Cevap E (*Ganong, Tıbbi fizyoloji, 17. baskı, s. 667*)

39. Aşağıdakilerden hangisi miyokardiyal oksijen kullanımını artırmaz?

- a) Epinefrin
b) Tiroksin
c) Kalsiyum iyonları
d) Beden ısısının artması
e) Adenozin

Cevap E (*Guyton, Textbook of medical Physiology, 9. baki, 1996, s. 258*)

40. Bir sinir hücresinde (nöron) spasyal ya da temporal sumasyonun gerçekleştiği alana ne ad verilir?

- a) Dendrit
b) Perikaryon
c) Akson gövdesi
d) İnitil segment
e) Presinaptik terminal

Cevap D (*Berne, Physiology, 4. baskı 1998, s. 49*)

41. Kas içcikleri orta kısımlarında bulunan annulospiral sonlanma'ya ait bilgiler hangi tip liflerle refleks merkezine ulaştırılır?

- a) A- α
b) A- β
c) A- γ
d) C
e) A- δ

Cevap A (*Bear, Neuroscience/Exploring the Brain, 2. baskı, 2001, s. 452*)

42. Aşağıdaki moleküler yapılardan hangisi düz kaslardaki kontraktil aktivitede önemli bir rol oynamaz?

- a) Miyozin
b) Aktin
c) ATP az
d) Troponin
e) Miyozin kinaz

Cevap D (*Ganong, Tıbbi Fizyoloji, 17. baskı, 1996, s. 49*)

43. Aşağıdakilerden hangisi parasempatik sistem fonksiyonları arasında yer almaz?

- a) Gastrointestinal sfinkterlerde gevşeme
b) Arteriyoller vazokonstruksiyon
c) Gözlerde akomodasyon
d) Bağırsak peristaltizminde artma
e) Kalp dakika atım hızında yavaşlama

Cevap B (*Berne, Physiology, 4. baskı, 1998, s. 240*)

44. Sinaps kavramı ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Gap junctionlar ligand kapılı iyon kanalları içerir
b) Sinaptik uyumun olmamasına sinaptik plastisite denir
c) Bir nörotransmitter birden çok iyonu etkileyerek postsinaptik zar iletkenliğini artırır ya da azaltır
d) Kimyasal sinapslar presinaptik terminalde bir aksiyon potansiyeli tarafından tetiklenen sodyum girişine ihtiyaç duyarlar
e) Sinaptik gecikme kimyasal sinapslar için karakterizedir

Cevap E (*Marangoz, Sinaps ve Sinaptik İleti, 2. baskı, 1999, s. 2*)

45. Atriyal gerim reseptörlerinin aktivasyonu hangisine yol açar?

- a) Renal ultrafiltrasyonu azaltır
b) Jugstaglomerüler renin salınımını artırır.
c) Renal sodyum eksresyonunu artırır.
d) Periferik arteriyel vazokonstrüktör reflekse yol açar
e) MSS iskemik cevabını tetikler

Cevap C (Guyton, *Textbook of medical Physiology*, 9. baskı, s. 216)

46. Presentral gyrus ve kortikospinal traktus aşağıdaki fonksiyonlardan hangisi için gereklidir?
- Görme
 - Koku
 - İşitme
 - Volanter hareketler
 - Kinestezi

Cevap D (Kandel, *Principles of Neural Science*, 3. baskı, s. 610)

47. Aşağıdakilerden hangisi REM uykusunun bir özelliği değildir?
- Desinkronize beta dalgaları
 - Aktif rüya görülmesi
 - Hızlı göz hareketleri
 - Paradoksal özellik
 - Kan basıncı, solunum ve sıcaklıkta azalma

Cevap E (Guyton, *textbook, of medical Physiology*, 9. baskı, 1996, s. 762)

48. Kardiyak iskemik ağrı (angina pectoris) safra kesesi taşlarına bağlı ağrı türü hangisidir?
- Sabit
 - Fantom
 - Yansıyan
 - Santral
 - Lokalle

Cevap C (Guyton, *Textbook of Medical Physiology*, 9. baskı, 1996, s. 616)

49. Omurilik düzeyindeki sinapslarda gerçekleşen rensaw inhibisyonu sağlayan nörotransmitter madde sıklıkla aşağıdakilerden hangisidir?
- Aspartat
 - Gama aminobütrik asit (GABA)
 - Nitrik oksit (NO)
 - Glisin
 - Glutamat

Cevap D (Berne, *Physiology*, 4. baskı, 1998, s. 198)

50. Aşağıdaki moleküler yapılardan hangisi düz kaslardaki kontraktıl süreçte önemli bir rol oynamaz?
- Miyozin kinaz
 - ATPaz
 - Miyozin
 - Aktin
 - Troponin

Cevap E (Noyan, *Yaşamda ve Hekimlikte Fizyoloji*, 10. baskı, 1998, s. 417)

51. Aşağıdaki fizyolojik mekanizmalardan hangisi kan basıncının kısa süreli düzenlenmesine aittir?
- Adrenal korteksin uyarılması
 - Adrenal medullanın uyarılması
 - Glomerüler filtrasyonunun azaltılması
 - Sodyum geri emiliminin artırılması
 - Animopeptidaz inhibisyonu

Cevap B (Guyton, *Textbook of Medical Physiology*, 9. baskı, 1996, s. 212)

52. Beyin korteksinde nöronları omurilik motor nöronlarından ayıran özelliklerden en doğru olanı hangisidir?
- Nissl cisimciklerinin olmaması
 - Aksonal transporta sahip olmaması
 - Birden çok ve dendriti trigger bölgesinin olması
 - Daha zor uyarılmaları
 - Deşarj frekanslarının daha düşük olması

Cevap C (Berne, 4. baskı, 1998, s. 81)

53. Retinadaki fotoreseptör hücrelerde jeneratör potansiyellerin oluşumunda hangi olay etkili olur?
- Potasyum kanal inhibisyonu
 - Sodyum kanal inhibisyonu
 - Sodyum kanal aktivasyonu
 - Potasyum kanal aktivasyonu
 - Kalsiyum kanal aktivasyonu

Cevap B (Ganong, *Tıbbi Fizyoloji*, 17. baskı, s. 191)

54. Plazma onkotik basıncı azaldıktan sonra aşağıdakilerden hangisi en sık görülür?
- Hipoproteinemi
 - Anjiyonötik ödem
 - Miksödem
 - İntrasellüler ödem
 - Doku ödemi

Cevap E (Noyan, *Yaşamda ve Hekimlikte Fizyoloji*, 10. baskı, 1998, s. 851)

55. Vücudun hemoraji (kanama)'ye verdiği cevaplardan olmayan hangisidir?
- Taşikardi
 - Renin artışı
 - Sempatik deşarj
 - Hipoventilasyon
 - Antidiüretik hormon artışı

Cevap D (Guyton, *Textbook of Medical Physiology*, 9. baskı, 1996, s. 286)

FIZYOLOJİ

56. Aşağıdaki bulgulardan hangisi serebellar bozukluğa ait olamaz?

- a) Ataksi
- b) Vestibulo-oküler refleks
- c) Dismetri
- d) Akinezi
- e) Titubasyon

Cevap D (Bear, Neuroscience/Eşploring the Brain, 2. baskı, 2001, s. 488)

57. Beyinde adrenalın içeren nöron grubu hangi yapıdadır?

- a) Hipotalamus
- b) Limbik sistem
- c) Vizüel korteks
- d) Orta beyin
- e) Pons

Cevap A (Willim, Tıbbi Fizyoloji, 20. baskı, 2002, s. 102)

58. Kolonda kimusu anal yöne doğru iten segmental itici hareketler aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Haustrasyonlar
- b) Çoklu haustrasyonlar
- c) Primer peristaltik hareketler
- d) Sekonder peristaltik hareketler
- e) Tersiyer peristaltik hareketler

Cevap A (Guyton, Tıbbi fizyoloji, 10. baskı, 2001, s. 735)

59. Karaciğer safrasına göre safra kesesi safrasında daha az olan hangisidir?

- a) Kalsiyum
- b) Bilirubin
- c) Bikarbonat
- d) Safra tuzları
- e) Kolesterol

Cevap C (Guyton, Tıbbi fizyolojisi, 10. baskı, 2001, s. 750)

PATOLOJİ

1. Yara iyileşmesinde iltihabi granülasyon dokusunun aşırı oluşumu ile ortaya çıkan piyojenik granülom morfolojik olarak ne tür bir lezyondur?

- a) Lobüler kapiller hemanjiom
- b) Verrüköz hemanjiom
- c) Kavernöz hemanjiom
- d) Arteriyovenöz hemanjiyom
- e) Venöz hemanjiyom

AÇIKLAMA: Lobüler kapiller hemanjiyomun sinonimi piyojenik granülomdur.

Cevap A (1. Farmer, *Pathology of the Skin*, 1990, s. 804-46; 2. Weiss and Weiss's *Soft Tissue Tumors*, 4th ed. 2001, 864-68)

2. Canlı hastalık etkenlerinin hepsi ile meydana gelebilen ortak doku lezyonu hangisidir?

- a) Tüberküloz tipinde granülomlar
- b) Psödötüberküloz tipinde granülomlar
- c) Miçetomalar
- d) Vaskülitler
- e) Sarkoidoz tipinde granülomlar

AÇIKLAMA: Canlı hastalık etkenleri ile çeşitli tipte vaskülitler oluşabilir.

Cevap D (1. Farmer, *Pathology of the Skin*, 1990; 2. Riede, *Allgemeine und Spezielle Pathologie*, 1986; 3. Elder, *Lever's Histopathology of the Skin*, 8th ed. 1997, s. 185-208, (194))

3. Aşağıdakilerden hangisi kemiğin tümöre benzer lezyonlarının özelliklerinden birisi değildir?

- a) Klinik ve radyolojik olarak kemik tümörü imajı verirler
- b) Otonom büyüme gösterirler
- c) Kural olarak iyi huyludurlar
- d) Residiv yapabilir ve bazen multipl olabilirler
- e) Spontan remisyon gösterirler

AÇIKLAMA: Kemiğin tümöre benzer lezyonları otonom büyüme göstermezler.

Cevap B (Riede, *Allgemeine und Spezielle Pathologie*, s. 964-92)978))

4. Aşağıdaki hücre tiplerinden hangisinde rejenerasyon yeteneği kaybolmuştur?

- a) Epidermis hücreleri

- b) Miyokard hücreleri
- c) Karaciğer hücreleri
- d) Lenfoid hücreleri
- e) Fibroblastlar

AÇIKLAMA: a, c, d, e seçeneklerinde bulunan hücreler rejenerasyon yeteneği olan hücrelerdir. B seçeneğinde yer alan miyokard hücreleri ise yaşam boyu rejenere olmazlar.

Cevap B (Cotran, *Robbins Pathologic Basis of Disease*, 6th ed. 1994, s. 89-112)

5. Dokuda tüberküloz basili ile meydana gelen granülomda (Tüberkülda) hangisi bulunmaz?

- a) Makrofajlar
- b) Epiteloid hücreler
- c) Mültinükleer dev hücreler
- d) Lenfositler
- e) Nötrofiller

AÇIKLAMA: Akut non-spesifik iltihapta, dokuda ilk önce görülen hücreler olan nötrofiller granülomun tipik hücresi değildir. A, b, c, d seçeneklerinde görülen hücreler ise granülomda görülen hücrelerdir.

Cevap E (Cotran, *Robbins Pathologic Basis of Disease*, 6th ed. 1999, s. 50-88)

6. Aşağıdakilerden hangisi sistemik ödem değildir?

- a) Lenfödem
- b) Konjestif kalp yetmezliği
- c) Hipoproteinemi
- d) Anazarka
- e) Renal hipoperfüzyon

AÇIKLAMA: Seçeneklerde bulunanlar içinde yalnızca lenfödem lokal ödem olup diğerlerinin tümü sistemik ödem veya sistemik ödem nedeni durumdur.

Cevap A (Cotran, *Robbins Pathologic Basis of Disease*, 6th ed. 1999, s. 113-138)

7. Aşağıdakilerden hangisi karaciğerin kronik pasif konjesyonunu akla getiren kelimedir?

- a) Nutmeg
- b) Gamna-Gandy nodülü
- c) Anemik infarktüs
- d) Kahverengi (Brown) endürasyonu
- e) Diffüz alveolar zedelenme

AÇIKLAMA: A seçeneğinde bulunan Nutmeg karaciğerin kronik pasif konjesyonunu akla getiren

PATOLOJİ

kelimedir. Diğerleri karaciğere özgü değildir.

Cevap A (Cotran, Robbins Pathologic Basis of Disease, 6th ed. 1999, s. 113-138)

8. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Dekompresyon hastalığı-hava embolizmi
- b) Şok akciğeri-diffüz alveolar zedelenme
- c) Şok böbreği-akut tübüler nekroz
- d) Şok bağırsağı-hemorajik enteropati
- e) Aleka-Zahn çizgileri

AÇIKLAMA: Aleka postmortem pıhtıdır. Zahn çizgileri içermez. Diğer seçeneklerdeki eşleştirmeler doğrudur.

Cevap E (Cotran, Robbins Pathologic Basis of Disease, 6th ed. 1999, s. 113-138)

9. Aşağıdakilerden hangisinde hemorajik infarktüs olur?

- a) Kalp
- b) Böbrek
- c) Dalak
- d) Bağırsak
- e) a ve c

AÇIKLAMA: Gevşek yapıda bir organ olan bağırsakta hemorajik infarktüs görülürken, solid organlar olan kalp, böbrek ve dalakta anemik infarktüs görülür.

Cevap D (Cotran, Robbins Pathologic Basis of Disease, 6th ed. 1999, s.113-138)

10.Aşağıdakilerden hangisi en sık emboli nedenidir?

- a) Yağ embolisi
- b) Tromboemboli
- c) Amniyon sıvı embolisi
- d) Hava embolisi
- e) Paradoksal emboli

AÇIKLAMA: En sık emboli nedeni b seçeneğinde bulunan tromboembolidir. Diğer emboli nedenleri daha nadir görülmektedir.

Cevap B (Cotran, Robbins Pathologic Basis of Disease, 6th ed. 1999, 113-138)

11.Kırk yaşında erkek hasta kronik alkol alım öyküsü var. Karaciğer sert ama büyük değil. Tomografide sirotik nodüller görülüyor. Alkolü bıraksa bile hangisi bu hasta için risk olmaya devam eder?

- a) Hepatik adenom
- b) Fokal nodüler hiperplazi
- c) Hemanjiyom
- d) Hepatosellüler karsinom
- e) Kolonjiyokarsinom

Cevap D (Kumar, Robbins and Cotran Pathologic Basis

of Disease, 7th ed)

12.Servikte epitelde keskin sınırlı, perinükleer vakuolizasyonu ve yoğun periferik sitoplazmik boyanma özelliği olan hücreler ile nükleer atipi varlığında, aşağıdakilerden hangisinin etken olduğunu düşünürsünüz?

- a) Klamidya
- b) E. Coli
- c) Human papilloma virus
- d) Herpes virus
- e) Streptokok

Cevap C (Kumar, Robbins and Cotran Pathologic Basis of Disease, 7th ed)

13.Bir çocuk tümör süpresör genin bir allelinde tek mutasyonla doğuyor. 5 yaşında diğer normal alleli de mutasyona uğruyor. Sonuçta hücre siklusunda G1'den S fazına geçişde hata oluşuyor. Bu mekanizma ile olan tümör hangisi olabilir?

- a) Kolon adenokarsinomu
- b) Astrositom
- c) Akciğer yassı hücreli Ca
- d) Malign melanom
- e) Gözde retinoblastom

Cevap E (Kumar, Robbins and Cotran Pathologic Basis of Disease, 7th ed)

14.Kırkbeş yaşında kadın hastada lenf bezi biyopsisi yapıyor ve metastatik tümör saptanıyor. Aşağıdaki tümörlerden hangisi bu hastada olabilir?

- a) Fibroadenom
- b) Papillom
- c) Hamartom
- d) Adenokarsinom
- e) Hemanjiyom

Cevap D (Kumar, Robbins and Cotran Pathologic Basis of Disease, 7th ed)

15.Havada kurutulmuş sitolojik materyale rutin olarak aşağıdaki boyalardan hangisi uygulanır?

- a) PAP
- b) Hematoksilen-eozin
- c) MGG (Giemsa)
- d) PAS
- e) Masson trichrome

AÇIKLAMA: Havada kurutulmuş sitolojik materyaller rutinde Giemsa ile boyanır.

Cevap C (Cotran, Robbins Pathologic Basis of Disease, 6th, 1999; Rosai, Ackerman's Surgical Pathology, 8th ed, 1996)

16. Addison hastalığı'nın en sık nedeni aşağıdakilerden hangisidir?
- Adrenal hemoraji
 - Lenfoma
 - Amiloidoz
 - Otoimmün adrenalit
 - Hemokromatozis

AÇIKLAMA: Addison hastalığı, adrenal korteksin fonksiyon bozukluğu veya yıkımı sonucu gelişen adrenokortikal yetmezliktir. **En sık sebebi otoimmün adrenalit (%60-70)'tir.** Semptomların nonspesifikliği ve cilt pigmentasyonunun sinsi gelişmesi hatta gelişmemesinden, semptomlar hastanın kendisi ve yakınları tarafından fark edilmeyebilir. Başlıca klinik özellikleri halsizlik, iştahsızlık, kilo kaybı, hiperpigmentasyon, bulantı, kusma daha az sıklıkta diyare gibi gastrointestinal ve postural şikayetlerdir.

Cevap D (Robins, Temel Patoloji, 6. baskı)

17. Geç metastaz yapan, santral yerleşimli ve balgam sitolojisinin erken tanıda oldukça faydalı olduğu akciğer kanseri hangisidir?
- Adenokarsinom
 - Yassı hücreli karsinom
 - Büyük hücreli karsinom
 - Küçük hücreli karsinom
 - Karsinoid tümör

AÇIKLAMA: Yassı hücreli karsinom, akciğer kanserlerinin %30-35'ini oluşturur. Çoğunlukla **santral** yerleşimli tümörler olmaları nedeniyle hiler ve perihiler kitle, obstrüktif pnömoni ve atelektazi tarzında radyolojik bulgular verirler. Balgam sitolojisinde santral bronş kanserlerinde yaklaşık %80, periferik bronş kanserlerinde ise %50 balgam sitolojisi pozitifliği saptandığı bildirilmiştir.

Cevap B (Robins, Temel Patoloji, 6. baskı)

18. Appendikse en sık görülen tümöral lezyon aşağıdakilerden hangisidir?
- Adenokarsinom
 - Taşlı yüzük hücreli karsinom
 - Müsinöz karsinom
 - Karsinoid tümör
 - Müsinöz kistadenokarsinom

AÇIKLAMA: Karsinoid tümörler apendikte görülen en sık tümörlerdir.

Cevap D (Robins, Temel Patoloji, 6. baskı, s. 514)

19. Protein denatürasyonu sonucu meydana gelen nekroz tipi hangisidir?

- Koagülasyon nekrozu
- Yağ nekrozu
- Likefaksiyon nekrozu
- Kazeifikasyon nekrozu
- Fibrinoid nekroz

AÇIKLAMA: Denatürasyon primer şekil olduğunda koagülasyon nekrozu denilen nekroz gelişir. Koagülasyon nekrozu, koagüle hücre yada dokunun temel yapısal hatlarının günlerce korumasını ifade eder. Zedelenmenin veya sonradan artan asidozun sadece yapısal proteinleri değil, aynı zamanda enzimatik proteinleri de denatüre ederek hücrel proteolizi engellediği kabul edilir.

Cevap A (Robins, Temel Patoloji, 6. baskı, s. 12)

20. Hangisi geri dönüşümsüz hücre hasarının ultrastrüktürel bulgularından değildir?

- Myelin figürler
- Hücre zarında defekt oluşumu
- Lizozomlarda rüptür
- Nükleusda piknozis
- Endoplazmik retikulumda şişme

AÇIKLAMA: Geri dönüşümsüz hücre zedelenmesi; İskemi sürerse geri dönüşümsüz hasar meydana gelir. Geri dönüşümsüz zedelenme morfolojik olarak mitokondrilerde şiddetli şişme, plazma membranında aşırı hasar ve lizozomda şişme ile karakterlidir. Mitokondriyal matrikste büyük, kümeleşmiş amorf dansiteler gelişir. Membranlardan protein, enzim, koenzim ve ribonükleik asitlerin kaybı vardır. ATP'nin oluşumu için gerekli metabolitlerde sızdırılır, yüksek enerjili fosfatların daha ileri kaybı olur. Bu dönemde lizozomal membranlarda hasar gözlenir. Enzimlerini sitoplazmaya kaçıırır, bunların aktivasyonu hücrenin komponentlerinin enzimatik sindirilmesine yol açar.

Cevap E (Robins, Temel Patoloji, 6. baskı)

21. Tromboksan A₂ aşağıdakilerden hangisinin karakteristik ürünüdür?

- Endotel hücreleri
- Mast hücreleri ve bazofiller
- Nötrofiller
- Trombositler
- Makrofajlar

AÇIKLAMA: Trombositlerde sentezlenen tromboksan A₂ (TXA₂) agregasyon ve vazokonstriksiyon yönünde etki ederken, vasküler endotelyumda üretilen prostasiklin (PGI₂) antiagregan ve vazodilatör olarak görev yapar. Vasküler endotelyum

PATOLOJİ

hasarlandığında, örneğin aterosklerotik hadiselerde, PGI₂ sentezi aksamakta ve TXA₂ fazlalığı belirlemektedir.

Cevap D (*Robins, Temel Patoloji, 6. baskı*)

22. Trombosit kümelenmesini inhibe eden endotelial hücre kaynaklı düşük molekül ağırlıklı vazodilatör madde hangisidir?

- a) Sitokin
- b) Defensin
- c) Nitrik oksit
- d) Selektin
- e) Tümör nekroz faktör

AÇIKLAMA: Nitrik oksit bir kez sentezlendikten sonra hızla hedef dokulara yayılır ve hücre içinde guanilat siklaz enzimini aktive ederek düz kas kasılmasını sağlayan cGMP miktarını artırır. Oluşan bu biyokimyasal olaylar düz kas kasılması, vasküler tonus ve kan akışının düzenlenmesinde önemli rol oynar. Nitrik oksit aynı zamanda trombositler içindeki çözülebilir guanilat siklaz aktivitesini de artırarak trombosit adhezyon ve agregasyonunu azaltır. Ayrıca mikroorganizmaların mitokondriyal proteine bağlı demir bileşikleriyle reaksiyona girip DNA sentezini bozarak ölmelerine yol açar ve savunma sisteminde rol oynar.

Cevap C (*Ozkan M, Dweik R. Nitric Oxide and Airway Reactivity. Clin Pulm Med 2001;8:199-206*)

23. Hangisi fazla miktarda kanama ile birlikte dir?

- a) Nazofarenjit
- b) Larenjit
- c) Anjiyofibrom
- d) Papillom
- e) Laringeal nodül

AÇIKLAMA: Anjiyofibromda abondan, inatçı, tekrarlayan kanamalar olur.

Cevap C (*Ramzi, Pathologic Basis Of Disease, 6th ed*)

24. Hangisi apoptozise giden hücrede görülen değişiklik değildir?

- a) Hücre şirinkajı
- b) Kromatin yoğunlaşması
- c) Stoplazmik bleb oluşumu
- d) Apoptotik cisimler
- e) Vakuoler dejenerasyon

AÇIKLAMA: Apoptozis, multisellüler organizmaların genetik kopyasında varolan öz kıyım programının aktivasyonuna bağlı gelişen, fizyolojik hücre ölümüdür. Apoptoziste hücre küçülür, yoğun hale gelir, normal temasını kaybeder. Nükleer değişiklikler,

piknozis (nükleer yoğunlaşma), kromatin marjinasyonu ve karyoreksis (nükleer bozulma) içerir. Mitokondri veya diğer organellerde şişme olmaz, lizozomlar sağlam kalır ve apoptotik cisimcikler şekillenir. Apoptozisin önemli biyokimyasal markırı, DNA merdivenidir. Mitokondriyal DNA apoptoziste fragmente olmaz. Bu spesifik hücre ölümü programının varlığını destekleyen bir bulgudur.

Cevap E (*Cotran, Pathologic basis of disease, 5. baskı, 1994, s. 18*)

25. Sarkoidozda görülmeyen hangisidir?

- a) Epitelioid histiyositler
- b) Schaumann cisimciği
- c) Dev hücreler
- d) Asteroid cisimcikler
- e) Kazeifiye granülom

Cevap E (*Ramzi, Pathologic basis of disease, 5th ed. 1994*)

26. Hemosiderin pigmentinin aşırı birikimi ile parenkimal organlarda hasarların ortaya çıkması durumuna ne ad verilir?

- a) Sistemik hemosiderozis
- b) Hemokromatozis
- c) Tatuaj
- d) Ateroskleroz
- e) Steatozis

Cevap B (*Cotran, Pathologic basis of diseases 5. baskı, 1994, s. 29*)

27. Hangisi geri dönüşümlü hücre hasarının ultrastrüktürel bulgularından değildir?

- a) Nükleer kromatinde kümeleşme
- b) Endoplazmik retikulumda şişme
- c) Hücre zarında blebler
- d) Sitoplazmik ödem
- e) Myelin figürler

Cevap E (*Cotran, Pathologic basis of diseases, 5. baskı, 1994, s. 7*)

28. İnfantlarda en sık görülen renal kitle aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Nefroblastom
- b) Nöroblastom
- c) Renal hücreli karsinom
- d) Anjiyomyolipom
- e) Transizyonel hücreli karsinom

Cevap A (*Rosai, Ackerman's Surgical Pathology, 8. baskı, 1996, s. 1135*)

29. Pnömotoraksın en sık sonucu hangisidir?

- a) Difüz alveoler hasar
- b) Amfizem
- c) Atelektazi
- d) Piyotoraks
- e) Ampiyem

Cevap C (Ramzi, Pathologic basis of disease, 5th ed. 1994)

30. Primer tüberkülozda görülmeyen özellik hangisidir?

- a) Ghon kompleksi
- b) Kazeöz granülom
- c) Kavitasyon
- d) Langhans tipi dev hücreler
- e) Pozitif tüberkülin testi

Cevap C (Ramzi, Pathologic basis of disease, 5th ed. 1994)

31. En sık paraneoplastik sendroma yol açan akciğer tümörü hangisidir?

- a) Adenokarsinom
- b) Küçük hücreli karsinom
- c) Bronkoalveolar karsinom
- d) Büyük hücreli karsinom
- e) Epidermoid karsinom

Cevap B (Ramzi, Pathologic basis of disease, 5th ed. 1994)

32. Yanlış şıkkı işaretleyiniz?

- a) Pıhtılaşma olayında, fosfolipid yüzey ve Ca⁺⁺ iyonlarına ihtiyaç vardır
- b) Antitrombinler, endotel yüzeyindeki heparin benzeri moleküllere bağlanarak antikoagülan etki yapar
- c) Venöz trombozların en önemli nedeni, stazdır
- d) Arteriyel trombüslerde kuyruk, kan akım yönünde gelişir
- e) Plazminojen aktivatör inhibitörleri, endotelden salgılanır.

Cevap D (Ramzi, Pathologic basis of disease, 5th ed. 1994)

33. Hazırladığımız simirleri patoloji laboratuvarına gönderirken tespit için hangisini kullanabiliriz?

- a) Havada kurutmak yeterlidir
- b) Ksilol iyi bir tespit solüsyonudur
- c) Saç spreyi kullanabiliriz
- d) Serum fizyolojik kullanabiliriz
- e) Saf eter mevcutsa kullanabiliriz

Cevap C (Ramzi, Pathologic basis of disease, 5th ed. 1994)

34. Vajinal simirlerin boyanmasında hangisi kullanılır?

- a) Van-Gieson
- b) Alsiyan-Blue
- c) Papanikolau
- d) Oil-Red
- e) Gümüş boyaları

Cevap C (Ramzi, Pathologic basis of disease, 5th ed. 1994)

35. Yanlış şıkkı işaretleyiniz?

- a) Postmortem pıhtı damar duvarına sıkı yapışmıştır
- b) Arteriyel trombüsler aort ve kalp boşluklarında mural trombüs şeklindedir
- c) Venöz trombüsler genellikle alt ekstremitelerde görülür
- d) Trombüsler fibrinolitik aktivite ile eriyip tamamen yok olabilirler
- e) Derin bacak ven trombozları akciğer embolilerinin esas kaynağıdır.

Cevap A (Ramzi, Pathologic basis of disease, 5th ed. 1994)

36. Yanlış şıkkı işaretleyiniz?

- a) Septik şokta derinin sıcak ve kızamık olmasının nedeni, erken vazodilatasyondur
- b) Şokun progressif fazında doku pH'sı düşer
- c) Periferik göllenme sonucu endotel hasarı gelişir
- d) Miyokard baskılayıcı faktör şokun irreversibl döneminde ortaya çıkar
- e) Hipovolemik şokta ölüm riski kardiyojenik şoktan fazladır

Cevap E (Ramzi, Pathologic basis of disease, 5th ed. 1994)

37. Liposarkom düşünülen hastanın doku materyali için hangisi uygun değildir?

- a) Frozen kesit alınması
- b) Materyalin hiçbir tespit solüsyonuna konmadan kısa sürede laboratuvara ulaştırılması
- c) Frozen incelemenin ardından rutin incelemeye alınması
- d) Kongo kırmızısı ile boyanarak incelenmesi
- e) Laboratuvara ulaşması için uzun süre beklemesi gerekliyse tespit solüsyonuna konmalıdır

Cevap D (Ramzi, Pathologic basis of disease, 5th ed. 1994)

38. Aşağıdaki hastalıkların hangisinde transuda

PATOLOJİ

bulunmaz?

- a) Konjestif kalp yetmezliği
- b) İnflamasyon
- c) Nefrotik sendrom
- d) Kronik karaciğer hastalığı
- e) Hipoalbüminemi

Cevap B (Ramzi, Pathologic basis of disease, 5th ed. 1994)

39. Aşağıdaki tanımlardan hangisi yanlıştır?

- a) Hematom-doku içinde bölgesel kan birikimi
- b) Peteşi-küçük, nokta şeklinde kanamalar
- c) Ekimoz-bir vücut boşluğu içine kanama
- d) Hiperemi-bölgesel olarak küçük damarlarda kan hacminin artışı
- e) Konjesyon-aktif bir olaydır

Cevap C (Ramzi, Pathologic basis of disease, 5th ed. 1994)

40. Aşağıdaki organlardan hangisi hemorajik infarktüsün karakteristik yeridir?

- a) Kalp
- b) Bağırsak
- c) Böbrek
- d) Dalak
- e) Karaciğer

Cevap B (Ramzi, Pathologic basis of disease, 5th ed. 1994)

41. Aşağıdaki hemodinamik olay ve eşlik ettiği durum ikililerinden hangisi yanlıştır?

- a) Venöz tromboz-akciğer infarktüsü
- b) Sol atriyal tromboz-beyin infarktüsü
- c) Yağ embolisi-vurgun hastalığı
- d) Amniyon sıvı embolisi-yaygın damar içi pıhtılaşma
- e) Gaz embolisi-ani basınç değişikliği

Cevap C (Ramzi, Pathologic basis of disease, 5th ed. 1994)

42. Aşağıdaki durumlardan hangisi hipovolemik şoka neden olur?

- a) Gram negatif sepsis
- b) Şiddetli kanama
- c) Kafa travması
- d) Yaygın sol ventrikül yetmezliği
- e) Arı sokması

Cevap B (Ramzi, Pathologic basis of disease, 5th ed. 1994)

43. Yanlış şıkkı işaretleyiniz?

- a) Lokal vazospazm enfaktüs nedenidir
- b) Trosseau sendromunda tümör hücrelerinden prokoagülan maddeler salgılanır
- c) Dissemine intravasküler koagülasyonda (DIC), pıhtılaşma proteinlerinin tükenmesine bağlı kanama görülür
- d) Pulmoner arterin çatallanma bölgesine oturan embolilere semer veya eğer emboli denir
- e) Yağ embolilerinde kanda trombositoz gelişir

Cevap E (Ramzi, Pathologic basis of disease, 5th ed. 1994)

44. İncelemek üzere patoloji laboratuvarına göndermek istediğimiz materyalleri, özel durumlar hariç nasıl göndermeliyiz?

- a) Bir kab içerisinde incelenecek materyali koyarak hasta sahibi ile göndeririz
- b) Biyopsi kabına serum fizyolojik koymak suretiyle göndeririz
- c) Biyopsi kabına %95'lik formaldehit koyarak göndeririz
- d) Biyopsi kabına %10'luk alkol koyarak göndeririz
- e) Biyopsi kabına %10'luk formaldehit koyarak göndeririz

Cevap E (Ramzi, Pathologic basis of disease, 5th ed. 1994)

45. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Çözünebilen bakteriyel ürünler kemotaktik etkilidir
- b) C3d en önemli opsonindir
- c) Fagositozla birlikte oksijen tüketimi artar, glikojenoliz hızlanır
- d) Araşidonik asit metabolitleri lökositlerden salgılanır
- e) Romatoid artrit oluşumunda lökositlere bağlı doku hasarı sorumlu tutulmaktadır

Cevap B (Ramzi, Pathologic basis of disease, 5th ed. 1994)

46. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Östrojen salgılayan over tümörlerinde meme kanseri gelişme riski yüksektir
- b) Skiröz karsinom terimi, tümörün stromasının bağ dokusundan zengin olduğunu gösterir
- c) Komedoduktal karsinoma in situ hormon reseptörü içermez
- d) Medüller kanser çok sert olup keserken kıtırır

sesi çıkarır

e) Tübüler meme kanserinin prognozu iyidir

Cevap D (Ramzi, *Pathologic basis of disease, 5th ed. 1994*)

47.Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Yağ embolisi sendromunda trombositopeni görülür
- b) Amniyon sıvısı embolisinde hipotansif şok gelişir
- c) Enfarktüsler genellikle trombotik ve embolik nedenlerle gelişir
- d) Akciğer ve bağırsak enfaktüslerinde kırmızı enfaktüstür
- e) Enfarktüsler iskemik kazeifikasyon nekrozlarıdır

Cevap E (Ramzi, *Pathologic basis of disease, 5th ed. 1994*)

48.Pnömotoraksın en sık sonucu hangisidir?

- a) Diffüz alveoler hasar
- b) Amfizem
- c) Atelektazi
- d) Piyotoraks
- e) Ampiyem

Cevap C (Ramzi, *Pathologic basis of disease, 5th ed. 1994*)

49.Kötü prognoza sahip, tanı konulduğunda yarıdan

fazla oranda beyin metastazı görülen ve genellikle periferik yerleşimli akciğer tümörü hangisidir?

- a) Küçük hücreli karsinom
- b) Skuamöz hücreli karsinom
- c) Büyük hücreli karsinom
- d) Bronkoalveoler karsinom
- e) Adenokarsinom

Cevap C (Ramzi, *Pathologic basis of disease, 5th ed. 1994*)

50.Sarkoidozda bulunmayan hangisidir?

- a) İnterstisyel akciğer hastalığı
- b) Anterior üveit
- c) Eritema nodosum
- d) Hipogammaglobulinemi
- e) Poliartrit

Cevap D (Ramzi, *Pathologic basis of disease, 5th ed. 1994*)

51.Aşağıdaki eşleştirmelerden hangisi yanlıştır?

- a) S. Pnömonia-plevral eksüda
- b) Bronkojenik karsinom-akciğer absesi
- c) Bronşektazi-çok yoğun balgam
- d) Pulmoner hemoraji sendromu-Goodpasture sendromu
- e) S. Aureus-lober pnömoni

Cevap E (Ramzi, *Pathologic basis of disease, 5th ed. 1994*)

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM

1. Gebelikteki majör östrojen aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Estriol
- b) Estrone
- c) Estradiol
- d) İnsan koryonik gonadotropini (hCG)
- e) İnsan koryonik somatomammotropini (hCS)

AÇIKLAMA: Östrojenlerin üretimi maternal ve fetal androjenlerin aromatisasyonu ile gerçekleşir. Majör prekürsör DHEA-S'dir. Bunun kaynağı fetal adrenal bezdir. DHEA plasentada sırasıyla androstenedion, testosteron ve o da estron ve estradiol'e döner. Üretiminde anne rolü hemen hemen hiç yoktur. **Gebelikte üretilen majör östrojen estriol'dür.** Estriol oluşumunda fetal karaciğerde 16 hidroksilasyon rol oynar. **Estriolün düşük olması; ölü fetüs, anensefali, plasental sülfataz yetmezliği, adrenal hipoplazi veya annenin steroid alması olmasını düşündürmelidir.**

Cevap A (*Kadın-Doğum Ders Notları, Türkiye Klinikleri, 3. baskı, s. 60*)

2. Plasentada, anneden fetusa olan glukoz transportu esas olarak hangi yolla gerçekleşmektedir?

- a) Basit difüzyon
- b) Kolaylaştırılmış difüzyon
- c) Aktif transport
- d) Pinositoz
- e) Sızma

AÇIKLAMA: Normal gebelerde maternal bir hiperinsülinemi vardır. Maternal glukoz seviyesi gebelerde yaklaşık 100 mg/dl kadardır. Açlık kan şekeri 60 mg/dl, postprandiyal kan glukoz seviyesi ise 120 mg/dl civarındadır. İnsülin plasentadan geçemez, **glukoz ise kolaylaştırılmış difüzyon ile geçer.** Bu sayede çocuk depo maternal glukoz ile beslenir.

Cevap B (*Kadın-Doğum Ders Notları, Türkiye Klinikleri, 3. baskı, s. 180*)

3. Placenta implantasyon anomalilerinden hangisi en sık görülür?

- a) Placenta accreta
- b) Placenta increta
- c) Placenta percreta
- d) Placenta previa
- e) Placenta'nın mesaneye invazyonu

Cevap D (*Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis And Treatment, 9. Baskı, 2003, s. 172*)

4. Aşağıdakilerden hangisi 100 gramlık Oral Glukoz Tolerans Testi'nde Gestasyonel Diabetes Mellitus tanısı koydurur?

- a) Açlık: 90 mg/dL, 1. Saat: 120 mg/dL, 2. Saat: 150 mg/dL, 3. Saat: 140 mg/dL
- b) Açlık: 98 mg/dL, 1. Saat: 170 mg/dL, 2. Saat: 150 mg/dL, 3. Saat: 120 mg/dL
- c) Açlık: 110 mg/dL, 1. Saat: 190 mg/dL, 2. Saat: 140 mg/dL, 3. Saat: 130 mg/dL
- d) Açlık: 75 mg/dL, 1. Saat: 120 mg/dL, 2. Saat: 150 mg/dL, 3. Saat: 130 mg/dL
- e) Açlık: 75 mg/dL, 1. Saat: 170 mg/dL, 2. Saat: 150 mg/dL, 3. Saat: 130 mg/dL

Cevap C (*Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis And Treatment, 9. Baskı, 2003, s. 327-328, 335*)

5. Maternal hipertiroidinin en sık etiyolojisi hangisidir?

- a) Akut tiroidit
- b) Subakut tiroidit
- c) Graves hastalığı
- d) Toksik nodüler guatr
- e) Toksik adenom

AÇIKLAMA: Gebelikte en sık hipertiroidi nedeni Graves Hastalığı'dır.

Cevap C (*Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis and Treatment, 9. Baskı, 2003, s. 441*)

6. İntrauterin hayatta fetus ile placenta arasında yer alan umbilikal kordonda yer alan damar sayısı hangi şıkta doğru verilmiştir?

- a) 2 arter 1 ven
- b) 2 ven 1 arter
- c) 1 arter 1 ven
- d) 2 arter 2 ven
- e) Tek arter

AÇIKLAMA: Umbilikal kordon: Erken safhada embriyon sapından meydana gelir. Genellikle plasentanın merkezi bölümünden çıkar. Bu kısma **kordon insersiyosu** denir. **İki arter bir ven ihtiva eder. Sinir ve lenfatikler bulunmaz.** Arterler embriyodan plasentaya deoksijene kan, ven ise plasentadan fetüse oksijene kan taşır. Gebeliğin 5. haftasında amniyon zarının da gelişmesi ile umbilikal kordon uzar ve normal yapısına ulaşır. Arter ven arası

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM

hyaluronik asit içeren bağ dokuya **Wharton jeli** denir. Doğumda matür bir kordon 50 cm boyunda ve 1.5 cm kalınlığındadır. Damarların spiral yapısı oklüz olabilecek özelliğindedir. Klempe edilmezse de kanama olmaz. Spiral yapıda bazen düğüm gibi bozukluklar olabilir. Ama bu dolaşımı bozmaz. Doğumdan sonra umbilikal arterler, karın iç yüzeyinde fibröz bant haline gelir, sağdaki karaciğere uzanan lig.falsiparum içindeki lig.teres hepatisi oluşturur. Umbilikal arterler bilateral a.iliyaka internadan doğarlar.

Cevap A (*Kadın-Doğum Ders Notları, Türkiye Klinikleri, 3. baskı, s. 64*)

7. Hem tokolitik hem de preeklampitik hastada konvülsiyon profilaksisinde kullanılan ilaç hangisidir?

- Nifedipin
- Ritodrin
- Terbutalin
- Magnezyum Sülfat
- Fenitoin

AÇIKLAMA: Preeklampside konvülsiyonların önlenmesi için Magnezyum sülfat kullanılır.

Magnezyum sülfat tedavisini kesme kriterleri: Patella refleksinin kaybolması, saatlik idrar miktarının 25 ml'nin altında bulunması, solunum sayısının dakikada 12'nin altında olması halinde $MgSO_4$ tedavisi kesilir. Bu kriterler 1 saat ara ile kontrol edilir.

$MgSO_4$ 'in antidotu Kalsiyum Glukonat'tır. Toksik belirtiler ortaya çıktığında, çok yavaş bir şekilde, İV olarak %10'luk solüsyonda 10 ml'lik bir ampul kalsiyum glukonat uygulanır.

$MgSO_4$ 'in etkileri:

Etki mekanizması tam olarak bilinmemektedir.

- Nöro-müsküler junction'da Asetil kolin serbestleşmesini azaltarak periferik nöromüsküler irritabiliteyi azaltır.
- Vazodilatasyonla utero-plasental kan akımını artırır.
- SSS ne sedatif etkisi vardır.
- Tokolitik** etkisi vardır.

5. Depolarizan ve nondepolarizan adale gevşeticilerinin etkisini potansiyelize eder.

6. Fetal kalp atımı üzerine etkisi önceden kestirilemez (Azalma, artma, değişmeme olabilir).

Cevap D (*Kadın-Doğum Ders Notları, Türkiye Klinikleri, 3. baskı, s. 171*)

8. Hangisi doğru değildir?

- Komplet molde fetal veya embriyonik doku yoktur
- Parsiyel mol genellikle diploid karyotipe sahiptir
- Parsiyel molde villöz ödem diffüz değildir
- Persistan tümör gelişme riski parsiyel molde daha azdır
- Molar gebeliklerin tanısında ultrasonografi hassas bir tanı yöntemidir

AÇIKLAMA: Bkz. Tablo 1.

Cevap B (*Kadın-Doğum Ders Notları, Türkiye Klinikleri, 3. baskı, s. 343*)

9. Aşağıdaki bağ dokusu hastalıklarından hangisinin gebelikte şiddeti azalır?

- Lupus
- Romatoid artrit
- Ankilozan spondilit
- Skleroderma
- Hepsi

AÇIKLAMA: Romatoid Artrit gebelikte genelde düzelir ve gebelik sonrası 6 ay içinde %90 relapsı gözlenir.

Cevap B (*Cunningham, Willams Obstetrics, 21. baskı, 2001, s.215*)

10. Aşağıdaki fetal iyilik hali testlerinden hangisi fetal metabolik asidoz ile korele bir bulgudur?

- Reaktif non stress test
- Negatif kontraksiyon stress testi
- Biyofizik profil skoru 8/10
- Umbilikal arter doppler velosimetri'de ters akım izlenmesi
- Hiçbiri

Tablo 1. Komplet ve parsiyel molün farkları.

Özellik	Komplet mol	Parsiyel mol
Karyotip	Genellikle 46,XX	Triploid (69), tetraploid (92)
Embriyon/fetüs	(-)	(+)
Trofoblastik proliferasyon	Çok belirgin	Hafif, lokal
Stromal ödem (hidropik dejenerasyon)	Belirgin	Değişken
Fetal damarlanma	Yok	Var
Malign dönüşüm	Olabilir	Yok
Teka lutein kisti	%50 var	Nadir
Tıbbi komplikasyon	Sık	Nadir
Postmolar GTH	Sık	Nadir

AÇIKLAMA: Doğumda metabolik asidozu gösteren umbilikal arterde diastol sonu akım kaybı veya ters akım haricinde, IUGR'lı fetüslerde fetal morbiditeyi ve mortaliteyi etkileyen en önemli faktör gestasyonel yaş ve doğum ağırlığıdır.

Cevap D (*Cunningham, Willams Obstetrics, 21. baskı, 2001, s.756*)

11.Aşağıdakilerden hangisi ikiz gebelikler için en sık gözlenen intrapartum prezentasyondur?

- a) Sefalik-sefalik
- b) Sefalik-makat
- c) Makat-makat
- d) Makat-sefalik
- e) Sefalik-transvers

AÇIKLAMA: İkiz gebeliklerde en sık gözlenen fetal prezentasyonlar sırasıyla sefalik-sefalik, sefalik-makat, ve sefalik transvers prezentasyonlardır.

Cevap A (*Cunningham, Willams Obstetrics, 21. baskı, 2001, s.797-798*)

12.En sık gözlenen kalıtsal kanama diyatezi hangisidir?

- a) Von Willebrand hastalığı
- b) Antitrombin III eksikliği
- c) Faktör VIII eksikliği
- d) Faktör IX eksikliği
- e) Protein C eksikliği

AÇIKLAMA: Von Willebrand hastalığı en sık olarak gözlenen kalıtsal kanama diyatezi hastalığıdır ve toplumda insidansı yaklaşık %1'dir.

Cevap A (*Cunningham, Willams Obstetrics, 21. baskı, 2001, s. 1329*)

13.İleri anne yaşı (>35 yaş) nedeniyle rutin amniyosentez yapıldığında Down Sendromlu gebeliklerin yüzde kaç yakalanır?

- a) 10
- b) 20
- c) 40
- d) 80
- e) 100

AÇIKLAMA: İleri anne yaşı nedeniyle amniyosentez yapıldığında Down Sendromlu gebeliklerin en fazla %20'si yakalanabilmektedir.

Cevap B (*Cunningham, Willams Obstetrics, 21. baskı, 2001, s. 974*)

14.Folik asit metabolizmasındaki bozukluklarda aşağıdaki doğum defektlerinden hangisinde artış izlenmez?

- a) Kardiyak malformasyonlar

- b) Nöral tüp defektleri
- c) Damak-dudak
- d) Reprodüktif sistem
- e) Hiçbiri

AÇIKLAMA: Nöral tüp defektleri, kardiyak defektler, yarık damak-dudak gibi malformasyonların folik asit metabolizması bozuklukları ile ilişkisi gözlenmiştir.

Cevap D (*Cunningham, Willams Obstetrics, 21. baskı, 2001, s. 1009*)

15.Preeklampsi olan gebe kadında aldosteron seviyesinde ne gibi değişiklik olur?

- a) Artar
- b) Azalır
- c) Normal gebeliklere göre değişmez
- d) Gebelik öncesi seviyeleri ile aynıdır
- e) Hiçbiri

AÇIKLAMA: Normal gebeliklerde renin, angiotensin II ve aldosterone seviyeleri artar. Hipertansif gebeliklerde ise bu hormonların düzeyleri azalma yönündedir.

Cevap B (*Cunningham, Willams Obstetrics, 21. baskı, 2001, s. 577*)

16.Plasenta akreata'da aşağıdaki mikroskopik özelliklerin hangisi gözlenir?

- a) Sikatris dokusu
- b) Nitabuch tabakasının tam gelişmemesi
- c) Desiduada hipertrofi
- d) Trofoblastik proliferasyon
- e) Hepsi gözlenir.

AÇIKLAMA: Nitabuch tabakasının parsiyel veya total eksikliği nedeniyle plasental villuslar plasenta akreata'da myometriyuma yapışmışlardır.

Cevap B (*Cunningham, Willams Obstetrics, 21. baskı, 2001, s. 640*)

17.Normal semen analizi değerlendirmesinde Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği standartlara göre aşağıdakilerden hangisi doğru değildir?

- a) Likefaksiyon 30 dakika
- b) Sperm sayısı >20milyon/ml
- c) Morfoloji >%14
- d) Beyaz küre <1milyon/ml
- e) Yuvarlak hücre <5milyon/ml

AÇIKLAMA: Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği standartlara göre morfoloji için normal sınır >30% olmalıdır. %14 kriteri ise krugerin önerdiği normal morfoloji kriteridir. Diğer semen parametre bulguları normal verilmiştir.

Cevap C (*DeCherney, Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis and Treatment, 9. baskı,*

2003, s. 981-990)

18. Kadın infertilitesinde en sık neden aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Ovulatuvar faktör
- b) Tubal faktör
- c) Servikal faktör
- d) Koital faktör
- e) Hipotalamohipofizer faktör

AÇIKLAMA: Kadın infertilitesinde en sık neden ovulatuvar faktördür.

Cevap A (*DeCherney, Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis and Treatment, 9. baskı, 2003, s. 987-989*)

19. Aşağıdakilerden hangisi 46,XY karyotipe sahip olup amenoreesi olan bir kadında etiolojide sorumlu faktör olamaz?

- a) Kallman Sendromu
- b) Testiküler feminizasyon
- c) Saf gonadal disgenezi
- d) Anorşia
- e) Testiküler steroid enzim defekti

AÇIKLAMA: Kallman Sendromunda izole GnRH defekti olup, FSH, LH salınımı olmaz, bunlarda karyotip normal 46,XX'dir. Diğer şıklarda verilen nedenler ise 46,XY karyotipe sahip olup amenoreesi olan kadındaki etiolojik varyasyonlardır.

Cevap A (*DeCherney, Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis and Treatment, 9. baskı, 2003, s.991-992*)

20. Hipergonadotropik hipogonadizm ile karakterize primer ovarian yetmezliğin en sık nedeni aşağıdakilerden hangisidir?

- a) 17-hidroksilaz eksikliği
- b) 17-desmolaz eksikliği
- c) Turner Sendromu
- d) Testiküler regresyon sendromu
- e) İdiopatik

AÇIKLAMA: Hipergonadotropik hipogonadizm ile karakterize primer ovarian yetmezliğin en sık nedeni idiyopatik primer ovarian yetmezliktir. Sonrasında steroid zincir enzim defektleri gelir.

Cevap E (*DeCherney, Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis and Treatment, 9. baskı, 2003, s.993-994*)

21. Aşağıdakilerden hangisinde hirsütizm olması beklenmez?

- a) Gebelik luteoması
- b) Danazol kullanımı

- c) Ovarian stromal hipertekozis
- d) Hilar hücreli tümör
- e) Kallmann Sendromu

AÇIKLAMA: Kallman Sendromu'nda izole GnRH defekti olup, FSH, LH salınımı olmaz . Bunlarda hirsütizm genelde beklenen bulgu, başvuru şikayeti değildir. Genelde amenore ile başvururlar.

Cevap E (*DeCherney, Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis and Treatment, 9. baskı, 2003, s.1001-1003*)

22. İn vitro fertilizasyon ve embriyo transfer siklusunda hCG enjeksiyonunu takiben ortalama kaç saat sonra oosit pick-up yapılması önerilir?

- a) 24
- b) 30
- c) 34
- d) 38
- e) 42

AÇIKLAMA: İn vitro fertilizasyon ve embriyo transfer siklusunda hCG enjeksiyonunu takiben ortalama 34 saat sonra oosit pick-up yapılır aksi halde kendiliğinden ovülasyon olabilir.

Cevap C (*DeCherney, Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis and Treatment, 9. baskı, s. 1014*)

23. Aşağıda verilen hormon değişikliklerinden hangisi menopoza uygun değildir?

- a) FSH artması
- b) Androjen azalması
- c) Östrojen azalması
- d) Progesteron azalması
- e) İnhibin artması

AÇIKLAMA: Menopozda granüloza hücrelerinde inhibin salınımı azalarak, FSH üzerine olan negatif feedback etki ortadan kalkıp FSH düzeyi artar. Diğer laboratuvar bulguları menopoza spesifiktir.

Cevap E (*DeCherney, Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis and Treatment, 9. baskı, s.1018-1019*)

24. Postmenopozal hormon tedavisi alan bir kadında en sık vaginal kanama nedeni hangisidir?

- a) Endometriyal hiperplazi
- b) Atrofik endometrium
- c) Endometriyal kanser
- d) İyatrojenik
- e) Endometriyal polip

AÇIKLAMA: Postmenopozal hormon tedavisi alan bir kadında en sık vaginal kanama nedeni aldığı ilaca bağlı olup iyatrojeniktir.

Cevap D (*DeCherney, Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis and Treatment, 9. baskı, s. 1033*)

25. Sıcak basmalarından şikayet eden 52 yaşındaki kadın hastada bunun premenopozal semptom olduğunu düşünüyoruz. Hangisi ayırıcı tanıda yer almaz?

- a) Lösemi
- b) Stress
- c) Feokromositoma
- d) Paratiroid hastalığı
- e) Tiroid hastalığı

AÇIKLAMA: Paratiroid hastalığı bu ayırıcı tanıda yer almaz.

Cevap D (*Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, 7. baskı, 2005, s. 642*)

26. Aşağıdakilerden hangisi hipogonadizme, hem testosteron sentez inhibisyonuyla hem de estradiolün sentez veya aktivitesini uyararak neden olur?

- a) Ketokonazol
- b) Siproteron
- c) Sipronolaktan
- d) Simetidin
- e) Flutamid

AÇIKLAMA: Ketokonazol ve Siproteron, testosteron sentez inhibisyonuyla; Simetidin ve Flutamid ise androjen reseptörleriyle yarışarak etki yapar.

Cevap C (*Staras, Yen and Jaffe's Reproductive Endocrinology, 5. baskı, 2004, s.678*)

27. Doğum eylemindeki fetal kardinal hareketlerden sıralaması doğru olan hangisidir?

- a) İniş-iç rotasyon-fleksiyon-ekspulsiyon
- b) Angajman-iniş-fleksiyon-iç rotasyon
- c) Angajman-fleksiyon-iç rotasyon-iniş
- d) Angajman-iç rotasyon-ekspulsiyon-dış rotasyon
- e) İç rotasyon-iniş-fleksiyon-dış rotasyon

Cevap B (*Cunningham, Williams Obstetrics, 20. baskı, 1997, s.320*)

28. Vulvada Human Papiloma Virus enfeksiyonu oluşturan hangi iki alt tipi onkojenik potansiyel taşımayıp genital kondilom ile ilişkilidir?

- a) 6-11
- b) 11-16
- c) 16-18
- d) 31-33

e) 31-35

AÇIKLAMA: Kondiloma akuminata'da etken HPV (6-11)'dir. HPV 16-18-31 invazif kanser ve şiddetli displazi ile alakalıdır.

Tablo 2. Bishop skorlaması.

Kriter	1	2	3
Serviks dilatasyonu	1-2 cm	3-4 cm	5-6 cm
Serviks efasmanı	%40-50	%60-70	%80-90
Serviks pozisyonu	arkada	ortada	önde
Gelen kısım düzeyi	-1,-2	0	+1,+2

Cevap A (*DeCherney, Current Obstetrics & Gynecology, 9. baskı, 2003, s. 657*)

29. Serviks yumuşak, orta pozisyonda, 4 cm açık, %70 efasman var, baş -3 pozisyonunda, bishop skoru kaçtır?

- a) 3
- b) 5
- c) 7
- d) 9
- e) 10

AÇIKLAMA: Bkz. Tablo 2.

Cevap C (*Steven, Normal and Problem Pregnancies, 4. baskı, s.199, Kadın-Doğum Ders Notları, Türkiye Klinikleri, 3. baskı, s. 222*)

30. Sağlıklı 23 yaşında bir kadın yüzünde ve vücudunda aşırı kıllanmadan şikayet etmektedir. İlk yapılacak laboratuvar araştırmaları arasında aşağıdakilerden hangisi yer almaz?

- a) 17 OH-progesteron kan düzeylerinin ölçümü
- b) Deksametazon supresyon testi
- c) Testesteron düzeyinin ölçümü
- d) Luteinizan hormon kan düzeyinin ölçümü
- e) Serum dehidroepiandrosteron sulfat (DHEAS) ölçümü

Cevap B (*Speroff, 4. baskı s.241*)

31. Estrojen hangi androjen öncüsünün ekstragonadal periferik dönüşümü ile oluşur?

- a) Pregnenolon
- b) Androstenedion
- c) Dehidroepiandrosteron
- d) 17 OH-Progesteron
- e) Testesteron

AÇIKLAMA: Granüloza hücrelerinde FSH, teka hücrelerinde LH reseptörleri vardır. Estrojenlere gidiş daima androjenler üzerinden olur. Önce teka hücrelerinin uyarılması ile androstenedion yapılır.

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM

Bu follikül sıvısı ve periferik kana boşalır. Bu da granüloza hücrelerindeki FSH reseptörlerini etkiler. Böylece aromatazasyon meydana gelir. Androstenedion, estradiole döner. FSH, aromatazı aktive ederek bunu yapar. Ancak yalnız 19 karbonlu androjenler üzerinden aromataz ile estrogenlere gidiş olur. **Overlerde estrogen prekürsörü androstenediondur.** Bu madde overlerde testosteron, sonra da estradiol (E2)'e dönebilir.

Cevap B (*Speroff 4.baskı sf:129*)

32.Aşağıdakilerden hangisi uterin rüptür için risk faktörlerinden değildir?

- Fetal malprezantasyon
- Grandmultiparite
- Geçirilmiş uterin cerrahi
- Partus presipitatus
- Aşırı oksitosin uygulaması

AÇIKLAMA: Uterus Rüptürü: Doğum eylemi öncesi ve esnasında uterusun spontan veya travmatik rüptürüdür. Anne için büyük bir tehlikedir. **Nedenleri;** eski insizyon skarları (eski sezaryan, histerotomi gibi), güç operatif doğumlar, travma, aşırı oksitosin uygulanması, çok fazla gebe kalmadır. Ağrı, yırtılmadan önce görülür. Rüptür olduğunda ağrı ve şok görülür. Ağrı rüptürden sonra azalabilir. Eylem sırasındaki spontan rüptür bulguları ise; suprapubik ağrı ve hassasiyet, kontraksiyonların azalması, ÇKS'nin kaybolması, önde gelen kısmın yukarı çekilmesi ve vaginal kanamadır. Tedavi histerektomidir. Bazı olgularda uterus duvarı tamiri yapılabilmektedir.

Cevap D (*Steven, Normal and Problem Pregnancies, 4. baskı ,s.203*)

33.Gebelikte aşağıdaki fizyolojik değişikliklerden hangisi olmaz?

- Sistemik vasküler rezistansta azalma
- Akciğerlerde fonksiyonel rezidüel kapasitede azalma
- Gastrik motilitede azalma
- Fibrinojende artış
- Mesane kapasitesinde azalma

AÇIKLAMA: Gebelikte böbrek ve üriner sistem değişiklikleri: Her böbrek 1-1.5 cm uzar. Renal pelvis ve üreterler genişler. Üriner staz meydana gelir. Dilate toplayıcı sistemde 200 ml artık idrar bulunabilir. Üreterin normalde 20 ml olan kapasitesi 50 ml'ye yükselir.

Gebelikte **hidronefroz** ve **hidroüreter** çeşitli değişikliklerle açıklanabilir. Progesteron seviyesinde artma olmuştur. Progesteron üreter düz kaslarında hipotoniye neden olur. Lig.suspensorium ovarii'nin

ven kompleksinde genişleme ve üretere basısı söz konusudur. Uterus dekstrorotasyonu sağ üreterin genişlemesinden soldan daha fazla oluşunu açıklayabilir. 1/3 distal üreterde düz kas hiperplazisi lümen hacminde azalmaya, 2/3 üst kısımda dilatasyona yol açabilir.

Neticede enfeksiyona yatkınlık gelişir.

Renal fonksiyon ise ACTH, ADH, aldosteron, kortizon, human koriyonik somatomammotropin ve tiroid hormonlarındaki artışa bağlı olarak değişir.

Glomerüler filtrasyon hızı (GFR), 2. trimestirden itibaren %50 kadar artar. 14-16. haftaya kadar tübüler reabsorbsiyon da bu oranda artar. 1. trimestirden BUN artışı GFR artışı ile telafi edilir.

Renal plazma kan akımı erken ve orta dönemde %25-50 artar. İdrar akımı ve Na⁺ atılımı oranı geç gebelikte postüre bağlı olarak değişebilir.

Üre ve kreatinin kanda azalır. Kreatinin endojen klirensinde artma vardır.

Alt ekstremitelerde ayakta dururken ödem meydana gelir. Hidrostatik basınç ve kapiller permeabilite artmış, onkotik basınç azalmıştır.

Gebelik esnasında **glukozüri** normalde de olabilir. %50'den fazla kadında görülür. Glukozüri filtre edilen glukozu rezorbe edecek tübüler kapasitenin bozulması sonucu GFR'de artış ile açıklanabilir. Normalde proteinüri görülmez. Normalde fizyolojik proteinüri için üst sınır 150 mg/gün iken, gebelikte 300 mg/gün'dür. Büyüyen uterusun v.renalise basısı da neden olabilir. 1. trimestirin erken devrelerinde renin seviyesi artar. Miada kadar bu devam eder.

Pollaküri olur (%25 artış). Mesane hafif sağa yer değiştirir. Zamanla uterus ile yukarı çıkar. **3. trimestirden mesane kapasitesi artar.**

Cevap E (*Steven, Normal and Problem Pregnancies, 4. baskı , s.356, Kadın-Doğum Ders Notları, Türkiye Klinikleri, 3. baskı, s. 71*)

34.Germ hücreli over tümörleri için doğru olmayan şıkki işaretleyiniz.

- Tüm over tümörlerinin %20-25'ini oluşturur
- %90'dan fazlası benignidir
- Epitelial over tümörlerinin aksine yavaş büyüler
- Assit görülebilir
- En sık görülen tip olan disgerminom gonadal disgenezili hastalarda görülebilir

AÇIKLAMA: Germ Hücreli Tümörler, çocuklukta en sık görülen over malignitelerini oluştururlar. Germ hücreli tümörler gebelikte en sık görülen tümörlerdir. Disgerminoma en sık rastlanan malign germ hücreli tümördür (%50). Ayrıca

gebelerde en sık rastlanan over malignitesidir. Germ Hücreli Tümörler hızlı büyüyen tümörlerdir.

Cevap C (*Kadın-Doğum Ders Notları, Türkiye Klinikleri, 3. baskı, s. 303*)

35. Hangisi over kanseri için risk faktörlerinden biri değildir?

- İnfertilite
- Erken menarş, geç menopoz
- Lynch 2 sendromu
- Polikistik Over Sendromu
- Meme kanseri öyküsünün varlığı

AÇIKLAMA: Over kanserlerinde etiyojisi:

-Çevresel faktörler (diyet, asbestoz, talk pudrası), genetik faktörler (Peutz Jeghers sendromunda görülme sıklığı artar), hormonal faktörler rol oynayabilir.

-Nullipar, infertil, primipar age, az doğum yapanlarda sık gözlenir.

-Kombine OKS kullanımı, bir veya daha fazla doğum over kanseri riskini azaltırlar.

-Meme kanseri ve endometriyum kanseri görülme sıklığını artırır.

-Kabakulak geçirenlerde epiteliyal over kanser riski artar.

-Germ hücreli over tümörü 20 yaş, malign tümörler 42 yaş, epiteliyal tümörler 56 yaş civarında daha sık meydana gelebilir.

Cevap D (*Kadın-Doğum Ders Notları, Türkiye Klinikleri, 3. baskı, s. 293*)

36. Endometriyal kanserlerin grade'lenmesi için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- Skuamoz hücreli kanserlerde nuklear grade'leme kullanılır
- Şeffaf hücreli kanserler yüksek grade tümörlerdendir.
- Nükleer atipi, büyüme paternine göre daha fazla ise grade 1 artırılır.
- %6-50 arasında skuamoz büyüme paterni varsa grade 2'dür
- Hepsi

AÇIKLAMA: Endometrial kanserlerde Grade'leme (FIGO 1989)

<5% non-skuamoz ya da solid büyüme paterni

Grade 1

6-50% non-skuamoz ya da solid büyüme paterni

Grade 2

>50% non-skuamoz ya da solid büyüme paterni

Grade 3

Belirgin nükleer atipilerde Grade 1 artırılır (grade 2 ise Grade 3 olur)

Skuamoz hücreli, seröz papiller ve şeffaf hücreli kanserlerde nukleer grading kullanılır. Şeffaf hücreli tümörler yüksek grade lezyonlardandır.

Skuamoz diferansiyasyon gösteren adenokanserlerde glandular komponentin nukleer grade'i kullanılır.

Cevap E (*Novak, Jinekoloji, 13. Baskı, s.1151*)

37. Gebelikte AFP yüksekliğinin en sık nedeni aşağıdakilerden hangisidir?

- Misdate (Son adet tarihinde yapılan hatalar)
- İleri anne yaşı
- Nöral tüp defektleri
- Omfalosele
- Down Sendromu

AÇIKLAMA: Gebelikte AFP yüksekliğinin en sık nedeni hastanın son adet tarihinde yapılan hatalardır (misdate). Bu nedenle üçlü testlerde SAT'a göre gestasyonel yaşla USG'ye göre gestasyonel yaş (BPD) beraber değerlendirilir.

Cevap A (*Williams, Obstetrics, 12. baskı, s.980*)

38. Aşağıdaki ajanlardan hangisi endometriyozis tedavisinde kullanılmaz?

- Progesteronlar
- Anti-Progestinler
- GnRH Analogları
- Kombine Oral Kontraseptifler
- Hiçbiri

AÇIKLAMA: Endometriyozis hastalığının medikal tedavisinde oral kontraseptifler, progesteronlar, anti-progestinler (mifepriston), GnRH analogları, gestrinon, danazol kullanılabilir. Ayrıca son zamanlarda yapılan çalışmalarda aromataz inhibitörleri, immünomodulator ajanlarda bu alanda kullanılabileceğine dair bulgular mevcuttur.

Cevap E (*Novak, Jinekoloji, 13. baskı, s.956*)

39. Hiperprolaktinemili hastalar için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Hiperprolaktinemi anovulatuvar kanamalar yapabilir.
- Hiperprolaktinemide östrojen tedavisi verilebilir.
- TSH tüm hastalarda rutin bakılmalıdır.
- Doğum sonrası makroadenom olan hastalar emzirmeye devam edebilir.
- Hiçbiri

AÇIKLAMA: Prolaktin yüksekliğinde GnRH, FSH, LH ve E2 düzeyleri düşer. Hastalarda hem anovulatuvar kanamalar, hem de hipoestrojenik bulgular görülebilir. Bu nedenle lüzumu halinde östrojen tedavisi bu

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM

hastalarda güvenle kullanılabilir. Hipotiroidizmde de TSH yüksekliğine sekonder olarak PRL yükselebileceğinden ayırıcı tanı için tüm hastalara TSH bakılır. Hiperprolaktinemi olan hastaların emzirmesinde hiçbir sakınca yoktur (mikro ya da makroadenomu olsa da).

Cevap E (Novak Jinekoloji, 13. baskı, s.900)

40.Aşağıdakilerden hangisi ektopik gebelik için doğru değildir?

- Progesteronlu RİA'larda ektopik gebelik riski bakırlı olanlara göre daha fazladır.
- Ovarian gebelik tanısında Spiegelberg kriterleri kullanılır.
- Ektopik gebelik en sık olarak istmusta meydana gelir.
- Ektopik gebeliklerin %98 kadarında progesteron düzeyi 20 ng/ml'nin altındadır
- Ektopik gebelik olguları ekspektan olarak izlendiğinde olgularında %57'si kendiliğinde düzelir.

AÇIKLAMA: Dış gebeliklerin en sık görülen tipi tubal ektopik gebeliklerdir (%97). Burada da en sık gözlenen yer ampullalardır.

Cevap C (Kadın-Doğum Ders Notları, Türkiye Klinikleri, 3. baskı, s. 293)

41.Gebelik sırasında spontan karaciğer rüptürünün en sık sebebi aşağıdakilerden hangisidir?

- Hepatosellüler karsinom
- Kavernöz hemanjiyom
- Orak hücreli anemi
- Preeklampsi
- Hepatik abse

Cevap D (Yalınkaya, II.World Congress Of Perinatal Medicine For Developing Countries & VIII. Ulusal Perinatoloji Kongresi, 1-5 Ekim 2002, Antalya, Turkey)

42.Asherman sendromu tipik olarak aşağıdakilerden hangisi içerir?

- Hipomenore
- Polimenore
- Menoraji
- Metroraji
- Dismenore

AÇIKLAMA: Asherman Sendromu: Enerjik postpartum küretaj, enerjik sharp küretaj, Sheehan sendromuna bağlı hipogonadizm, sezaryen, miyomektomi, metroplasti gibi kaviteyi ilgilendiren ameliyatlar,

endometriyal tüberküloz ve şistosomiyazis, rahim içi araçların yol açtığı şiddetli endometriyal enfeksiyona bağlı olarak meydana gelir. Klinikte kendini **amenore, hipomenore**, infertilite, bazen de abortus ile gösterir. Patolojik olarak internal os, servikal ve endometriyal kavite kısmen veya tamamen sineşiler ile oblitere olabilir, bazen dismenore, normal menstruasyon görülebilir.

Cevap A (Speroff, s. 440)

43.Folikül stimüle edici hormon hangi hücreler tarafından yapılır?

- Adenohipofizin kromofob hücreleri
- Adenohipofizin bazofilik hücreleri
- Adenohipofizin asidofilik hücreleri
- Teka internada bazofilik hücreler
- Hipofiz arka lobunda asidofilik hücreler

AÇIKLAMA: Folikül stimulan hormon (FSH) Adenohipofizin bazofilik hücrelerden salgınır ve over foliküllerinin gelişimini, testislerde de seminifer tübülleri stimüle eder.

Cevap B (Mishell, s. 1050)

44.Aşağıdaki faktörlerden hangisi primer olarak korpus luteumdan üretilir?

- Aktivin
- Folistatin
- Epidermal growth faktör
- İnhibin
- Relaksin

AÇIKLAMA: Korpus luteum, progesteron dışında ikinci bir hormonu daha sentez ederek kana salar. Bu hormon, Relaksin'dir. Relaksin, korpus luteum dışında plesanta tarafından da sentez edilir. Kobaylara enjekte edildiğinde, pubisin simfizis denen ön kısmını tutan bağları gevşetir. Ancak bu etki insanlarda oldukça zayıftır.

Cevap E (Spreoff, s. 119, 230, 237)

45.Primer vajinal kanser aşağıdaki özelliklerden hangisiyle kendini gösterir?

- Anormal kaşıntı ve akıntı
- Kaşıntı
- Pelvik ağrı
- Lenf adenopati ve lenf ödem
- Uzak metastaz

Cevap A (Hoskins, s. 755-766)

46.Over kanseri olan olgularda en sık hangi semptom gözlenir?

- Vajinal kanama ve anoreksi

- b) Kilo kaybı ve disparoni
- c) Bulantı ve vajinal akıntı
- d) Kabızlık ve pollaküri
- e) Abdominal distansiyon ve ağrı

AÇIKLAMA: Over kanserlerinde belirtiler hastalık iyice ilerledikten sonra ortaya çıkmaktadır. En sık belirtiler karın ağrısı, irregüler transservikal kanamalar, kolik şeklinde şiddetli ağrıyı takiben sıvı boşalımı ve ağrının geçmesidir (hidrops tüba profluens).

Cevap E (*Disaia, s. 290*)

47.Aşağıdakilerin hangisinde anormal habitus söz konusudur?

- a) Makat geliş
- b) Yüz geliş
- c) Transvers duruş
- d) Oksiput posterior
- e) Oksiput anterior

AÇIKLAMA: Yüz geliş defleksiyon gelişlerinin en ileri şeklidir. Baş ileri defleksiyon yapar. Önde gelen kısım yüzdür. Tuşede yüz ve frontal sütür alınır. İç rotasyon geç tamamlanır. Çene öne döner. Önce dudaklar sonra baş doğar. Yüz sakruma dönükse doğum olmaz. Nedenleri arasında; iri bebek, anensefali, pelvis darlıkları ve annede sarkık karın olması yer alır.

Cevap B (*Cunningham, s. 253-254*)

48.Aşağıdakilerden hangisi molar gebeliklerde ilgili güvenilir bir bulgudur?

- a) Üriner inkontinans
- b) Fekal inkontinans
- c) Erken gebelikte preeklampsi
- d) Hiperemezis gravidarum
- e) Abortus imminens

Cevap C (*Rock, s. 1631-1632*)

49.Açıklanamayan infertilite ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Tüm infertil hastaların %10-15'ini oluşturur
- b) Aylık spontan gebe kalma oranları %1.5-%3 arasındadır
- c) Ovulasyon indüksiyonundan fayda görmezler
- d) Bu grup hastalarda tedavide en çok gebelik yüzdesi IVF (İnvitro fertilizasyondadır)'dir.
- e) Açıklanamayan infertilite olmasına rağmen altta yatan organik bir sebep olabilir

AÇIKLAMA: Açıklanamayan infertilite; yapılan tüm tetkiklerde herhangi bir patolojiye rastlanmayan ve 2-5 yıl düzenli cinsel ilişkiye rağmen gebe kalamayan çiftlerdir. Bu grup ovulasyon indüksiyonundan fayda görebilir.

Cevap C (*Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertily Speroff Unexplained*)

50.Aşağıdakilerden hangisi preterm eylemde tokoliz için kontrendikedir?

- a) 20-37. haftalar arası gebelik
- b) Servikte 4 cm. iyi geçemeyen açıklık
- c) Servikal silinmesi %80'in geçmemesi
- d) Amnion zarının açık olması
- e) Fetusun makad prezentasyonu

AÇIKLAMA: Tokoliz, uterus kontraksiyonlarının durdurulmasıdır. Tokolizin yapılması için çeşitli şartlar yerine gelmiş olmalıdır. Öncelikle fetüs sağlam olmalıdır. 36. haftadan büyük gebeliklerde tokolize gerek yoktur. Efasman %80'in, dilatasyon da 4 cm'in altında olmalıdır. **Membranlar sağlam olmalıdır.**

Cevap D (*Beksaç, Kadın Doğum Bilgisi*)

51.Gebelikte solunum sisteminde meydana gelen fizyolojik değişikliklerden hangisi yanlıştır?

- a) Tidal volum artar
- b) Ekspiratuvar rezerv volüm azalır
- c) Vital kapasite azalır
- d) Dakika solunum hızı değişmez
- e) Dakika solunum hacmi artar

AÇIKLAMA: Erken gebelikte, solunum sistemi boyunca kapiller dilatasyon olur. Diyafragma uterus büyümesine bağlı olarak yukarı doğru 4 cm kadar yer değiştirir. Göğüs kafesi yukarı doğru yönelir ve genişler. Tidal volüm %35-50 artar. Total akciğer kapasitesi değişmez. Fonksiyonel rezidüel kapasite, residüel volüm ve ekspirium rezerv volümü %20 kadar azalır. Tidal volüm artışı ve residüel volüm azalmasına bağlı olarak alveoler ventilasyon %65, inspirium kapasitesi %5-10 artar. Basınca bağlı olarak hiperventilasyona bağlı respiratuvar alkaloz meydana gelir, pH pek değişmez.

Cevap C (*Gabbe, Obstetrics, Normal and problem pregnancies, 3. baskı, 1996, s. 94*)

52.Gebelikte meydana gelen hematolojik değişikliklerden hangisi yanlıştır?

- a) Lökosit sayısı artar
- b) Trombosit sayısı azalır
- c) Fibrinojen artar
- d) Kanama zamanı kısalır
- e) Pıhtılaşma zamanı değişmez.

Cevap D (*Gabbe, Obstetrics, Normal and problem pregnancies, 3. baskı, 1996, s. 102*)

53.Kromozom anomalileri ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- Abortus materyalinde en sık rastlanan kromozom anomalisi trizomi 16'dır
- Terme yaklaştıkça kromozom anomalisine bağlı fetal kayıp insidansı artar
- Rekkürren abortuslarda en sık translokasyon tipinde kromozom anomalisi saptanır
- Turner sendromu riski maternal yaşın artması ile artar
- Abortus sayısı arttıkça bunun genetik nedene bağlı olma riski de artar

Cevap C (Gabbe, Obstetrics, Normal and problem pregnancies, 3. baskı, 1996, s. 717-742)

54. İkiz gebelikler için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- İkizlerin çoğu dikoryoniktir
- Monozigotik ikizler dikoryonik olabilir.
- Fetofetal transfüzyon sendromu monokoryonik diamniyotik ikiz gebeliklerin komplikasyonudur.
- Monoamniyotik ikiz gebeliklerin terme ulaşmadan sonlandırılması gerekir.
- Tüm ikizlerin yarısından fazlasında fetusların cinsiyeti farklıdır.

Cevap E (Gabbe, Obstetrics, Normal and problem pregnancies, 3. baskı, 1996, s. 821-862)

55. Non immün fetal hidropsun en sık sebebi aşağıdakilerden hangisidir?

- Fetal enfeksiyonlar
- Fetal kardiyak problemler
- Kromozom anomalileri
- Fetal polikistik böbrek
- İskelet displazileri

AÇIKLAMA: Non immün fetal hidropsun en sık sebebi fetal kardiyak problemlerdir.

Cevap B (Kişnişçi, Kadın Doğum Bilgisi, s. 1458)

56. Prenatal tanı yöntemlerinden koryon villus biyopsisinde görülebilen ekstremite anomalilerin sebebi aşağıdakilerden hangisi olamaz?

- Konsepsiyondan 70 gün sonrasında yapılan koryon villus biyopsisi
- Amniyon kesesine girilmesinde oluşabilecek amniyotik bant sendromu
- Villoz damarlardan acığa çıkan vazoaktif peptidlerin fetal dolaşımında tromboz ve emboliye yol açması
- İşlem sırasında oluşabilen fetal bradikardiye bağlı oluşan hipoperfüzyonla distal ekstremiteelerde dolaşım bozulması
- İşlemden villöz yapının aşırı zedelenmesi

AÇIKLAMA: Yüzde ve el-ayak parmak distal kısımlarında amputasyonlarla gözlenen anomalilerin

nedeninin kesin bilinmemesine rağmen, erken gebelik haftalarında koryon villus biyopsisi yapılması önerilmemektedir. Muhtemelen doku örnekleme esnasında ortaya çıkan prostaglandinlerin yol açtığı vazokonstriksiyonun bu olaydan sorumlu olduğu düşünülmektedir.

Cevap A (Beksaç, Kadın H. Doğum Bilgisi, s. 134)

57. Gebelikte görülen over malignitelerinden aşağıdakilerden hangisinde daha sık gözlenir?

- Matür teratom
- İmmatür teratom
- Disgerminom
- Müsinöz kist Adeno Ca
- Brenner tümörü

AÇIKLAMA: Disgerminoma; En sık rastlanan malign germ hücreli tümörlerdir (%50). Ayrıca gebelerde en sık rastlanan over malignitesidir. %80; 10-30 yaş arası görülür. %20 bilateraldir. Bilateral olabilen tek germ hücreli tümördür. Profaz safhasında gelişimi durmuş tetraploid DNA içeren oositlerden gelişmektedir. Seks kromozomal anomalisi olanlarda da sıklıkla meydana gelmektedir (saf veya karışık gonadal disgenezi, hermafroditizm). Bunlar ya XY veya Y mozaik genotipe sahiptirler. Bu vakalarda benign gonadoblastoma ile birlikte olabilirler. **En sık rastlanan semptom karın büyümesidir.** hCG seviyesi yüksek tespit edilir. Arada lenfositik infiltrasyon ve Langhans dev hücreleri bulunur. En sık **lenfatik yayılım** gösterir. LDH ve hCG yüksek bulunabilir. Tedavide total abdominal histerektomi ve bila-teral salpingooferektomi yeterlidir. Pelvik ve lenfatik yayılımı olanlarda ilaveten radyoterapi de uygulanır. **Yüksek oranda radyosensitifler.** Ancak fertiliteye neden olabilir. Ortalama 5 yıllık yaşama şansı %60'dır. Prognozu en iyi germ hücreli tümörlerdir.

Cevap C (Novak Jinekoloji, s. 1284)

58. Testiküler feminizasyon ile ilgili olarak hangisi yanlıştır?

- Karyotip 46,XY'dir.
- Uterus hipoplaziktir.
- Pubik ve aksiller kıllanma yoktur.
- Sekonder seks karakterleri normaldir.
- Çocuk sahibi olmaları mümkün değildir

AÇIKLAMA: Testiküler Feminizasyon Sendromu; Genetik yapı 46 XY'dir. Erkek tipi psödohermafroditizm vardır. Habitus dişiye özgüdür. Dış genital sistem kadın tipidir. Ancak pubis ve aksilla kıllarında azalma, tam veya parsiyel vaginal agenezi, ovarium ve uterus yokluğu vardır.

Cevap B (Scherzer, Novak's Gynecology, 12. baskı, 1996, s. 817)

59.Yirmidört yaşındaki primigravid bir gebenin 16. gebelik haftasındaki serum kreatinin düzeyi 1.5 mg/dl ve BUN düzeyi 18 mg/dl saptanmıştır. Aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- Fetal büyüme sürdükçe kreatinin ve BUN'un artması beklenir.
- Gebelikte bu değerler normal kabul edilebilir.
- Renal fonksiyonların değerlendirilmesi gerekir.
- Bu değerler gebeliğin birinci ve ikinci trimesteri için normal kabul edilir ama üçüncü trimester için yüksektir.
- Hastanın renal fonksiyonların sırtüstü yatınca düzelecektir.

Cevap C (Gabbe, Obstetrics, Normal and problem pregnancies, 3. baskı, 1996, s. 1025-1036)

60.Aşağıdaki durumlardan hangisinde gebelik önerilmemelidir?

- Atrial septal defekt
- Ventriküler septal defekt
- Patent duktus arteriozus
- Eisenmenger sendromu
- Wolf-Parkinson-White sendromu

AÇIKLAMA: Eisenmenger sendromu: Pulmoner hipertansiyona eşlik eden herhangi bir sol-sağ şant durumudur. Bu şant ASD, VSD veya damar transpozisyonu seviyesinde olabilir. Eisenmenger sendromu gebelikte en tehlikeli kardiyak hastalıktır. Maternal mortalite ortalama %30.3 olup, %52'ye kadar artabilir.

Cevap D (Gabbe, Obstetrics, Normal and problem pregnancies, 3. baskı, 1996, s. 997-1025)

61.Uterusta sınırlı endometrium kanseri için primer tedavi şekli hangisidir?

- Eksternal radyoterapi
- Intrakaviter radyoterapi
- Histerektomi
- Kemoterapi
- Progesteron tedavisi

AÇIKLAMA: Evre I ve II'de seçkin tedavi cerrahidir. Burada radyoterapi pek başarılı değildir. Adjuvan olarak yapılır. Genelde önce cerrahi, bunu takiben adjuvan radyoterapi yapılır.

Evre I'de grade 1'de, histerektomi total abdominal ve bilateral salpingooferektomi yanısıra pozitif peritoneal sitolojide intraperitoneal P32 iradyasyonu uygulanır. Uterus dışına çıkmışsa 4000-5000 rad pelvik iradyasyon, metastaz varsa 4500 rad paraaortik lenf bezi iradyasyonu yapılır.

Evre I'de grade 2 ve 3'de histerektomi total abdominal ve bilateral salpingooferektomi yanısıra pelvik lenfadenektomi yapılır. Uterusa sınırlı ise başka

tedavi gerekmez. Peritoneal sitoloji pozitif ise intraperitoneal P32 uygulanır.

Cevap C (Lurain, Novak's Gynecology, 12. baskı, 1996, s. 1057-1111)

62.Endodermal sinüs tümörleri hangi tümör markerini salgılar?

- hCG
- AFP
- CEA
- CA-125
- BRCA1

AÇIKLAMA: Endodermal sinüs tümörü: En sık rastlanan ekstraembriyonik tümör tipidir. İkinci en sıklıkta görülen malign germ hücresi tümörüdür. Yolk kesesi kökenlidir. Genç kadınlarda görülür. Overin en hızlı büyüyen tümörüdür. Sağ over daha sık tutulur. Her zaman tek taraflıdır. Mikroskopisinde Schiller-Duval cisimcikleri görülür. Tümör AFP yapmaktadır. Hastalığın yaygınlık derecesi ile AFP düzeyi arasında korelasyon mevcuttur. Bu nedenle tedaviye cevapta AFP düzeyleri önem taşır. Prognoz iyi değildir. %80 bir yılda ölür

Cevap B (Berek, Novak's Gynecology, 12. baskı, 1996, s. 1155-1230)

63.Mol gebeliğinde küretajdan sonra tedavi nasıl planlanmalıdır?

- Haftalık hCG takibi
- Histerektomi
- Tek ajanlı kemoterapi
- Çok ajanlı kemoterapi
- Radyoterapi

AÇIKLAMA: Molar gebelik tahliye edildikten sonra haftalık hCG ölçümü, iki haftada bir fizik muayene ve pelvik muayene ile tam remisyona kadar hasta takibe alınır. Oral kontraseptif kullanımı ile bir yıl boyunca gebe kalması da önlenir. %80 olgu geriler ve 8 haftada normale döner. hCG birbirini takip eden üç haftada, (-,-,-) olursa düştü kabul edilir. Düşme yoksa plato veya artma oluyorsa, 8. haftadan sonra, nüks düşünülür. %20 olguda nüks görülür. Bunlarda uterus küçülmez, vaginal kanama devam eder, teka lütein kisti gerilemez.

Regrese olan olgular, ilk 8 haftadan sonra, ilk 6 ayda bir, ikinci ayda iki ayda bir hCG değerlendirilmesi ile takip edilir.

Cevap A (Berkowitz, Novak's Gynecology, 12. baskı, 1996, s. 1261-1283)

64.Kırk yaşında 30 haftalık bir gebe, gün içinde meydana gelmiş olan vaginal kanama şikayeti ile başvuruyor. Hasta, kanamanın cinsel ilişki

hemen sonra damla damla şeklinde başlayıp daha sonra artıp, adet miktarına yakın şekil aldığını ifade ediyor. Kadının doğum kliniğine başvurduğunda hastanın hikayesinden miyomektomi ameliyatı geçirmiş olduğu öğreniliyor. Hasta düzenli uterin kontraksiyonları olmadığına ancak zaman zaman karın ağrısı hissettiğini söylüyor. Fetal hareketlerin normal olduğu söyleniyor. Gebelikte bunun dışında herhangi bir komplikasyon yaşamadığını söylüyor. Bu hastada aşağıdakilerden hangisi ayıcı tanıda yer almaz?

- a) Saplı subresöz myom
- b) Ablatio plesanta
- c) Plasenta previa
- d) Servisit
- e) Uterin rüptür

Cevap A (*Gabbe, Obstetrics, normal and problem pregnancies, 3. baskı, 1996, s. 499-532*)

65. Ektopik gebeliği bulunan bir hastada en sık gördüğümüz ilk iki semptom hangisidir?

- a) Baş dönmesi ve rektal bası hissi
- b) Vajinal kanama ve doku dökülmesi
- c) Abdominal ağrı ve adet gecikmesi
- d) Abdominal ağrı ve gebelik semptomları
- e) Vajinal kanama ve gebelik semptomları

AÇIKLAMA: Adet gecikmesi, vajinal kanama ve karın ağrısı, ektopik gebeliğin klasik triadı olarak bilinir.

Cevap C (*Stovall, Novak's Gynecology, 12. baskı, 1996, s. 487-524*)

66. Erken pubertenin en sık nedeni hangisidir?

- a) İdiyopatik
- b) McCune Albright sendromu
- c) Gonadal tümörler
- d) Hipertiroidi
- e) Santral sinir sistemi tümörleri

AÇIKLAMA: Puberte prekoksun en sık sebebi idiyopatiktir (%75). Bu hipotalamo hipofizer ovarien eksenin erken olgunlaşmasına bağlı olup gonadotropin ve seks steroidlerinin üretimini erken başlaması sonucu gelişir. Genellikle familial olup 8 yaşa yakın olarak görülür. İdiyopatik tanısı konulmadan önce, CNS ile ilgili lezyonların mutlaka BT veya MRI ile görüntülenip ekarte edilmesi gerekir. **Hipotalamusun küçük hamartomları en sık görülen ikinci sebep olup optik sinir gliomaları üçüncü sıklıkla görülür.**

Cevap A (*Rebar, Novak's Gynecology, 12. baskı, 1996, s. 771-808*)

67. Onsekiz yaşında bir bayan, bu yaşına kadar hiç adet görmediğini söylüyor. Yapılan laboratuvar

incelenmesinde FSH düzeyi normal sınırlarda bulunuyor. Sekonder seks karakteri yaşına uygun olan hasta hangi inceleme gereksizdir?

- a) Sella grafisi
- b) Karyotip analizi
- c) Pelvik Ultrasonografi
- d) Spekkulum muayenesi
- e) Laparoskopisi

Cevap A (*Scherzer, Novak's Gynecology, 12. baskı, 1996, s. 809-832*)

68. Yirmialtı yaşında bir bayan 4 aydır adet görmediğini söylüyor. Yapılan incelemede kandaki gebelik testi pozitif ve serum prolaktin düzeyi 100 ng/ml bulunuyor. Bu hastada ne yapılmalıdır?

- a) Rutin antenatal takip
- b) Kraniyal BT
- c) Serum prolaktin düzeyi 300 ng/ml'nin altında kalıp kalmadığını saptamak için prolaktin takibi
- d) Serum prolaktini düşürmek için bromokriptin tedavisi
- e) Hipotiroidi yönünden ileri inceleme

Cevap A (*Hershtlag, Novak's Gynecology, 12. baskı, s. 833-886*)

69. Altmış yaşındaki bir kadında unilateral vulva kanseri saptanıyor. Lezyonun büyüklüğü 2 cm'den küçük olduğuna ve muayenede lenfatik yayılım saptanmadığına göre en uygun tedavi şekli ne olmalıdır?

- a) Kemoterapi
- b) Radyoterapi
- c) Basit vulvektomi
- d) Radikal vulvektomi
- e) Radikal vulvektomi+bilateral inguinal lenfadenektomi

AÇIKLAMA: İn situ kanser; basit vulvektomi ile tedavi edilir. Evre III'e kadar; radikal vulvektomi ve inguinofemoral lenfadenektomi ile %100'e varan kür sağlanabilir.

Cevap C (*Hacker, Novak's Gynecology, 12. baskı, 1996, s. 1231-1260*)

70. Aşağıdakilerden hangisi epiteliyal over tümürüdür?

- a) Edodermal sinüs tümörü
- b) Disgerminom
- c) Granüloza hücreli tümör
- d) Brenner tümörü
- e) Poliembriyoma

AÇIKLAMA: Brenner tümörü; İdrar yollarını döşeyen geçiş epiteline benzer epitel ile fibröz bir stroma içerir. Epiteloid hücreler büyük büyütmeye kahve çekirdeği (coffee-bean) gibi görülürler. Dens bir fibröz

stroma içinde transisyonel tipte epitel adacıkları bulunur (**Walthard adacıkları**). %20 vak'ada beraberinde müsinöz kistadenomalar bulunur. Hemoraji ve nekroz görülür. Malign tipler menopoz sonrası, benignler 30-80 yaşlarında bulunur. Nadiren kötü huyludur.

Cevap D (*Berek, Novak's Gynecology, 12. baskı, 1996, s. 1155-1230*)

71. Gebeliğin 3. trimesterinde pyelonefrit tanısı konulan bir hastada kullanılacak en uygun antibiyotik aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Sefalosporin
- b) Klindamisin
- c) Nitrofurantoin
- d) Siprofloksasin
- e) Eritromisin

Cevap A (*Gabbe, Obstetrics, Normal and problem pregnancies, 3. baskı, 1996, s. 1025-1036*)

72. Aşağıdakilerden hangisi preterm doğum için risk faktörü değildir?

- a) İkinci trimester uterin kanama
- b) Preterm doğum hikayesi
- c) Plasenta previa
- d) Uterus bikornis
- e) İkinci trimester Amniyosentez

Cevap E (*Gabbe, obstetrics, Normal and problem pregnancies, 3. baskı, 1996, s. 743-820*)

73. Aşağıdakilerden hangisi ağır preeklampsi kriteri değildir?

- a) Trombositopeni
- b) Serum kreatinin düzeyi 1.2 mg/dl'nin üzerinde olması
- c) 5g/24 saat'den fazla proteinüri olması
- d) Yüzde 4 (+) ödem varlığı
- e) Bulanık görme

AÇIKLAMA: Hafif preeklampside; kan basıncı 140/90 mmHg üzerinde veya artış normal değer 30 mmHg üzerinde, proteinüri (+), (++) veya 5 g/gün'den az ve yaygın ödem olmalıdır. Tanı için üçü de bulunmalıdır. Sadece biri varsa gestasyonel ödem, gestasyonel proteinüri gibi isimler alır. Preeklampsi tanısı koymada en önemli kriter olan hipertansiyonun, akut başlamış olması gerekir. Proteinüri ise en son çıkan bulgu olup, fetal prognozu etkileyen en önemli parametredir.

Şiddetli preeklampside, kan basıncı 160/110 mmHg üzerinde, proteinüri 5 g/gün üzerinde veya (+++), (++) o, oligüri (500 ml/gün altında idrar), yanısıra, serebral ve vizüel belirtiler, baş ağrısı, epi-gastrik ağrı, akciğer ödemi ve siyanoz olabilir.

Cevap D (*Gabbe, Obstetrics, Normal and problem pregnancies, 3. baskı, 1996, s. 691-714*)

pregnancies, 3. baskı, 1996, s. 935-997)

74. Postmenopozal vagen pH'sı hangisidir?

- a) 3-5
- b) 4-6
- c) 3.5-5.5
- d) 6-8
- e) Belirli bir değer söylemek zordur genellikle asidiktir.

AÇIKLAMA: Östrojen stimülasyonu olmadığı için postmenopozal kadınlarda vagen pH'sı yüksektir.

Cevap D (*Clinical gynecologic Endocrinology and Infertility, 1999, s. 201-24*)

75. Postmenopozal ateş basmasında hangisi kullanılır?

- a) Klonidin
- b) Alendronat
- c) GnRH agonistleri
- d) SERM
- e) NSAİ

AÇIKLAMA: Vazomotor belirtiler; %75-80 kadında sıcak basması olur. Sıcak basması östrojen yetmezliğinin klasik semptomudur. Erken menopozda siktir. İlk yıl %82 iken sonraki yıllarda %50'ye iner. Yüzde başlar, göğüse iner ve flushing ile beraberdir. Epizodiktir. Genelde bulantı, başağrısı, çarpıntı ve gece terlemeleri ile olur. Gonadal disgenезis olup eksojen östrojen verilen kadınlarda görülmez. Steroid hormon değişiklikleri ile kesin bir ilişki kurulamamıştır. Ancak termoregulatoruvar merkezin bulunduğu hipotalamik hücrelerde GnRH'nin rol oynadığı zannedilmektedir. Kallmann sendromunda da aynı durumun olması bu fikri kuvvetlendirmektedir. Yine seks hormon bağlayıcı globülin dışındaki estradiol konsantrasyonu da suçlanmıştır. Medroksiprogesteron asetat 10 mg/gün, oral veya 100 mg/ay IM, bellargan veya klonidin 0.1-0.2 mgx2/gün ile tedavi edilirler.

Cevap A (*Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, 1999, s. 201-24*)

76. Normal doğum yapan multipar bir lohusa doğumunun üzerinden 7 gün geçmesine rağmen kanamasının devam ettiğini söylüyor. Hastaya doğum sonrası kanamanın kaç gün süreceği söylenmelidir?

- a) 2
- b) 4
- c) 8
- d) 11
- e) 14

Cevap E (*Gabbe, Obstetrics, Normal and problem pregnancies, 3. baskı, 1996, s. 691-714*)

77. Primer amenoreye en sık yol açan kromozomal anomali aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Down Sendromu
- b) Turner Sendromu
- c) Edwards Sendromu
- d) Patou Sendromu
- e) Marfan Sendromu

AÇIKLAMA: Primer amenoreli hastaların %30'u genetik anomalilerle beraberdir. Gonadal diskinezi sendromu ve Turner Sendromu kadınlardaki hipogonadizmin en sık nedenidir.

Cevap B (Novak, 12. baskı, s.812)

78. Anozmi + genital displazi ile seyreden primer amenore yapan sendrom hangisidir?

- a) Cushing sendromu
- b) Turner sendromu
- c) Kallmann sendromu
- d) Argonz del castillo sendromu
- e) Sheehan sendromu

AÇIKLAMA: Kallmann Sendromu; X'e bağlı hipotalamik defekt vardır. Konjenital hipogonadizm olur. Primer amenore, anosmi, önkoid yapı izlenir.

Cevap C (Kadın Doğum Ders Notları, Türkiye Klinikleri, 3.baskı)

79. Gebelikte sentezlenen aşağıdaki maddelerden hangisi tamamıyla fetal kaynaklıdır?

- a) HPL
- b) HCG
- c) GnRH
- d) CRH
- e) Alfa fetoprotein

AÇIKLAMA: Alfa fetoprotein fetal karaciğerin bir ürünüdür.

Cevap E (Kadın Doğum Ders Notları, Türkiye Klinikleri, 3.baskı)

80. Aşağıdaki enzimlerden hangisi idiyopatik hirsütizmde yüksek tespit edilir?

- a) Aromataz
- b) 21 Hidroksilaz
- c) 11 Beta Hidroksilaz
- d) 3 Beta hidroksisteroid Dehidrogenaz
- e) 5 Alfa redüktaz

Cevap E (Pabuççu, Polikistik Over Sendromu Hiperandrojenizm ve Hirsütizm 2001)

81. Geç başlayan konjenital adrenal hiperplazi tanısında kullanılan testler için hangisi yanlıştır?

- a) 17 hidroksi progesteron düzeyi siklusun folliküller fazında ve sabah alınan kan örneğinde bakılmalıdır.
- b) 800 ng/dl üzerinde saptanan 17 hidroksi progesteron seviyeleri tanı koydurucudur.
- c) 200-800 ng/dl arası değerler ACTH stimülasyon testi ile değerlendirilmelidir.
- d) Akut ACTH satimülasyon testi ile 17 hidroksi progesteron düzeyleri 1000 ng/dl nin üzerinde saptanırsa tanı koydurucudur.
- e) Deksametazon supresyon testi genellikle anormaldir.

Cevap E (Pabuççu, Polikistik over sendromu Hiperandrojenizm ve hirsütizm, 2001)

82. Aşağıdakilerden hangisi Ovarian Hiperstimülasyon Sendromu (OHSS) için yanlıştır?

- a) Klinik olarak belirgin asit evre 3 te gözlenir
- b) OHSS'nin akut karına yol açan komplikasyonlarından biri de over torsiyonudur.
- c) Kritik OHSS'de hematokrit %55 ve beyaz küre 25.000 üzerinde saptanır.
- d) Polikistik overler OHSS için yüksek riskli gruptur.
- e) Vasküler endotelial growth faktör etiyopatogenezde suçlanan mediatördür.

Cevap A (Tivak, Üreme Kongresi Konuşmaları, 2002)

83. En sık görülen Müllerian duktus anomalisi hangisidir?

- a) Bikornuat uterus
- b) Arkuat uterus
- c) Uterus didelfis
- d) Komplet septum
- e) Unikornuat uterus

Cevap A (Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, 6. Baskı, 1999, s. 145)

84. Adet düzeni 35-60 günde bir miktarı normalden biraz fazla olan 45 yaşındaki bir kadında probe küretajın histopatolojik incelemesinde proliferatif endometrium bulunmuştur. Vajinal muayenesi normal bulunan hastaya en uygun tedavi aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Siklik Östrojen + Progesteron Tedavisi
- b) Siklik Gestagen Tedavisi
- c) Parlodel Tedavisi
- d) Tibolan Tedavisi
- e) Siklik Östrojen Tedavisi

Cevap B (Copeland, Textbook of Gynecology, 2.baskı, 2000, s.538)

85. Gebeliğin devamı için fertilizasyondan sonra kaç hafta süre ile progesteron yalnızca corpus luteumdan salgılanır?

- a) 3
- b) 5
- c) 7
- d) 11
- e) 15

Cevap C (Pritchard, Williams Obstetrics, 17.baskı, 1989, s.232)

86. Düzenli 32 günde bir menstruasyon gören bir hanımda en yüksek LH düzeyini siklusun hangi gününde rastlarsınız?

- a) 10
- b) 12
- c) 14
- d) 18
- e) 24

Cevap D (Pritchard, Williams Obstetrics, 17.baskı, 1989, s:32)

87. Aşağıdaki durumların hangisinde Maternal serum alfa fetoprotein düzeylerinin yüksek çıkmasını beklersiniz ?

- a) Gebelik yaşının yanlış hesaplanmasına bağlı
- b) Kromozomal Trizomi
- c) Annenin obez olması
- d) Gestasyonel Trofoblastik hastalık
- e) Fetüsün anne karnında ölmesi

Cevap A (James, High Risk Pregnancy, 1995 s:651)

88. Yaşı 35'den küçük kişilerin gebeliğinde klasik olarak gebeliğin 16.haftasında bakılan Üçlü Tarama testinde aşağıdakilerden hangisine bakılmaktadır ?

- a) AFP, uE3, hCG
- b) AFP, E2, hCG
- c) AFP, P, hCG
- d) P, E2, uE3,
- e) HCG, E2, E1

Cevap A (James, High Risk Pregnancy, 1995 s:651)

89. Müllerian sistemin kanalizasyonu ne zaman tamamlanır?

- a) 12. gestasyonel hafta
- b) 22. gestasyonel hafta
- c) 37. gestasyonel hafta
- d) Prepubertal yıllarda
- e) Pubertede

Cevap B (Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology

and Infertility, 6. Baskı, 1999, s.85)

90. Bir primer follikülün ovulasyona ulaşması için geçen süre ne kadardır?

- a) 14 gün
- b) 28 gün
- c) 42 gün
- d) 63 gün
- e) 85 gün

Cevap E (Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, 6. Baskı, 1999, s.117)

91. İnsülin like growth faktör ile ilgili hangisi yanlıştır?

- a) IGF-I'in en çok sentezlendiği doku pankreasır
- b) Granüloza hücrelerinde IGF-II sentezlenir
- c) İnsülinin ovaryan aktivite üzerine etkisi hem kendi hem de IGF-I reseptörleri üzerinden yapar
- d) IGF kanda IGF bağlayıcı proteinlerle taşınır
- e) Ovaryum önemli miktarda IGF sentezler

Cevap A (Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, 6. Baskı, 1999, s.85)

92. Hangisi üçüncü jenerasyon oral kontraseptiflerin özelliği değildir?

- a) Progesteron olarak Desogestrel içerir
- b) Progesteron olarak Gestodene içerir
- c) Progesteron olarak Levonorgestrel içerir
- d) 20 µg etinil estradiol içerir
- e) 30 µg etinil estradiol içerir

Cevap C (Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. 6. Baskı, 1999, s.877)

93. Aşağıdakilerden hangisi Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımladığı normal sperm kriterlerinden değildir?

- a) Volüm 2 ml den fazla
- b) Sayı 20 milyon/mL den fazla
- c) Lökosit 1 milyon/mL den az
- d) Immünobead test %20 den fazla
- e) SpermMar test %10 dan az

Cevap D (Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. 6. Baskı, 1999, s.1079)

94. Aşağıdakilerden hangisi endometriyozisin tedavisinde ilk tedavi seçeneğidir?

- a) Karşılanmamış östrojen
- b) Deksametazon
- c) Danazol
- d) Gonadotropinler

e) Bromokriptin

Cevap C (Speroff, s. 1064-1065)

95.Şişman hastalarda östrojen prekürsörlerinin premenopozal periferik konversiyonları sonucunda oluşan madde hangisidir?

- a) Östriol
- b) Östradiol
- c) Östron
- d) Androstenodion
- e) Dehidroepiandrostenodion

Cevap C (Speroff, s. 656, 660)

96.Altmışbeş yaşında bir kadın idrar kaçırdığından şikayet ediyor. Bu hasta için bu durumun en sık nedeni nedir?

- a) Anatomik stress inkontinans
- b) Üretra divertikülü
- c) Overflow inkontinans
- d) Mesane instabilitesi
- e) Fistül

Cevap D (Scott, s. 767-768)

97.Kongenital malformasyonların ultrasonografi ile tanısında aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) USG'de fetal anomalilerin tanısı birinci trimestirden ziyade 2. trimesterde yapılabilir.
- b) Her gebenin 20-22. gebelik haftaları arasında ayrıntılı USG ile incelenmesi gereklidir.
- c) Böbrek ve kalple ilgili değerlendirmeler en iyi 16. haftada yapılabilir.
- d) USG'de rezolüsyon kalitesinin artışı kongenital anomalilerin tanısını kolaylaştırır.
- e) Obezite ve fetusun pozisyonu anomali taraması zorlaştırabilir.

Cevap C (Kışnişçi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s. 1443)

98.Prenatal tanıda ense ödemi ile ilgili olarak hangisi doğrudur?

- a) Oksipital kemikte cilt arasındaki mesafe nuccal fold'i olarak adlandırılır. Maksimum 2 mm olmalıdır. Birinci trimesterde bakılır.
- b) Servikal vertebra ile cilt arasındaki mesafe nuccal transülensi olarak adlandırılır. Maksimum 3 mm olmalıdır. Birinci trimesterde bakılır.
- c) İlk trimesterdeki patolojik ölçüm olması %30-50 kromozom anomalileri ile beraberdir.
- d) Normal fetuslarda ense ödemi gözlenmesi çok

nadirdir.

- e) Ense ödeminin oluşumuna yol açan patoloji sodyum tutulumunun kromozomal anomalilerde bozulmasıdır.

Cevap E (Williams Obstetrik)

99.Gebeliğe bağlı intrahepatik kolestaz ile ilgili olarak hangisi yanlıştır?

- a) Kaşıntılar genelde avuç içlerinde başlar ve geceleri artar
- b) Şikayetler çoğunlukla üçüncü trimesterde başlar ve doğum ile birlikte geçer
- c) Tanı için açlık serum safra asit düzeyi normalden 3 kat fazla artış göstermelidir.
- d) Maternal ve fetal prognoz üzerine olumsuz etki beklenmez
- e) Tedavide fenobarbitalin yeri vardır.

Cevap D (Gabbe, Obstetrics, Normal and problem pregnancies, 3. baskı, 1996, s. 1119-1125)

100.Rahim içi araçlarla (RİA) ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Hormon içermeyen RİA'lar ektopik gebelik riskini artırır.
- b) Pelvik enfeksiyon riski RİA'nın yerleştirilmesinden sonraki ilk 4 ay içinde en yüksektir.
- c) RİA'ya rağmen gebelik meydana gelirse RİA'nın en kısa sürede çıkarılması önerilmelidir.
- d) Aktinomiçes'e bağlı pelvik enfeksiyon özellikle RİA kullanan kadınlarda görülür.
- e) İmmünsüpressif kadınlarda RİA'ların gebelik koruyucu etkinliği düşüktür.

Cevap A (Stubblefield, Family Planning, 12. baskı, 1996, s. 238)

101.Tip 1 Diabet ile komplike olan bir gebelik için hangisi yanlıştır?

- a) Doğum sırasında insülin ihtiyacı artar
- b) Fetusta konjenital anomali riski artar
- c) Preeklampsisi riski artar
- d) Genelde gebelik haftası ilerledikçe insülin ihtiyacı da artar
- e) Gebelikte diabetik retinopatinin tedavisi için laser kullanılması sakıncalı değildir.

Cevap A (Scheider, Current Obstetrics&Gynecology, 7. baskı, 1991, s. 364-372)

102.Aşağıdaki durumların hangisi histerosalpingografi ile saptanabilir?

- a) Endometriosis

- b) Hidrosalpenks
- c) Subseröz miyom
- d) Minimal pelvik adezyon
- e) Ovarian kist

Cevap B (*Speroff, 6. baskı, s. 1025-1027*)

103.Uterus dışına taşmamış olan serviks kanserinde hidronefroz saptanması halinde hasta hangi evredir?

- a) I
- b) II
- c) III
- d) IV
- e) V

Cevap C (*Hatch, Novak's Gynecology, 12. baskı, 1996, s. 111-1154*)

104.Endometrium kanseri için pelvik radyoterapi uygulanan bir hastada aşağıdaki pelvik organlardan hangisi en çok radyosensitiftir?

- a) Over
- b) Rektovaginal septum
- c) Vagina
- d) Mesane
- e) Rektum

Cevap A (*DiSaia, 5. baskı, s. 619-622*)

105.38. gebelik haftasında olan bir bayanda doğumun başladığı saptanıyor. Gebe geçmişinde genital herpes geçirdiğini ifade ediyor. Yapılan muayenesinde genital herpes ait bulgu saptanmıyor. gebeye hangisi söylenmeli?

- a) Herpes virüsü epitel hücrelerinde latent olarak kalabildiğinden normal doğuma izin verilemez
- b) Doğum şekli konusunda karar vermek için genital bölgeden kültür alınması gerekir
- c) Bebekteki neonatal Herpes enfeksiyonu riskini azaltmak için doğrudan sezaryen yapılmalıdır; kültür gereksizdir
- d) Herhangi bir incelemeye gerek yoktur; hasta vaginal doğum yapabilir
- e) Ancak 400 mg oral Asiklovir profilaksisi altında vaginal doğuma izin verilebilir

Cevap D (*Gabbe, Obstetrics, normal and problem pregnancies, 3. baskı, 1996, s. 1221*)

106.Seröz over tümerleri ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) En sık gördüğümüz over tümörlerindedir

- b) Malign olanlarda bilateral olma ihtimali daha fazladır
- c) %50'si 15 cm.'nin üzerindedir
- d) Tanı anında çoğunlukla overde sınırlıdır
- e) %80'den fazlası postmenopozal dönemde tespit edilir

Cevap D (*Berek, Novak's Gynecology, 12. baskı, 1996, s. 1155-1230*)

107.Serviks kanserlerinde hastalığın prognozu açısından önemli olan ancak evrelemede yeri olmayan aşağıdakilerden hangisidir?

- a) İnvazyon derinliği
- b) Lenfovasküler alan tutulumu
- c) Tümörün büyüklüğü
- d) Parametriumların durumu
- e) Metastazların olup olmaması

Cevap B (*Hatch, Novak's Gynecology, 12. baskı, 1996, s. 111-1154*)

108.Pap smearde HSIL saptanan 30 yaşındaki bir kadına kolposkopi yapılıyor. Şüpheli bir lezyondan alınan biyopsi materyalinde invaziv kanser saptanıyor. Bu hastada bir sonraki aşamada yapılması gereken nedir?

- a) Konizasyon
- b) Lokal Radyoterapi
- c) Wertheim tipi histerektomi
- d) Basit histerektomi
- e) Kemoterapi

Cevap A (*Hatch, Novak's Gynecology, 12. baskı, 1996, s. 447-486*)

109.Dokuz yaşındaki bir kız çocuğu düzensiz vaginal kanama yönünden inceleniyor. Anamnezinden telarşın 7; pubik ve aksiller kıllanmanın 8 yaşında başladığı anlaşılıyor. Bu tablonun en sık nedeni nedendir?

- a) Gonadal tümörler
- b) İdiyopatik
- c) McCune-Albright sendromu
- d) Hipotirodi
- e) Merkezi siniri sistemi tümörleri

Cevap B (*Rebar, Novak's Gynecology, 12. baskı, s. 771-807*)

110.Aşağıdakilerden hangisi polihidromniyoz etiolojisinde yer almaz?

- a) Anensefali
- b) Kontrolsüz Diabetes mellitus
- c) İmmünize Rh uygunsuzluğu
- d) Fetal diafragmatik herni
- e) Büyük damar transpozisyonu

Cevap E (Gabbe, Obstetrics, normal and problem pregnancies, 3. baskı, 1996, s. 279-326)

111. Menstruel siklusla ilgili olarak hangisi yanlıştır?

- a) Ortalama siklus 21-35 gün arasındadır
- b) Luteal faz daima sabit sürelidir
- c) Monofazik bazal vücut ısısı ovulasyonun göstergesidir.
- d) LH over stromasını stimüle eder.
- e) Androjenler menstruel siklusun sağlıklı işlemesi için gereklidir.

Cevap C (Clinical Gynecology Endocrinology and Infertility, 199, s. 201-24)

112. Aşağıdakilerden hangisi anormal situsunu anlatır?

- a) Makat prezantasyonu
- b) Yüz prezantasyonu
- c) Transvers prezantasyon
- d) Oksiput anterior
- e) Oksiput posterior

Cevap C (Gabbe, Obstetrics, Normal and Problem pregnancies, 3. baskı, 1996, s. 469-498)

113. Metastatik gestasyonel trofoblastik hastalıklarda aşağıdaki incelemelerden hangisi gereksizdir?

- a) Lomber ponksiyon
- b) Abdominopelvik BT
- c) Kraniyal BT
- d) Selektif organ anjiyografisi
- e) Rektosigmoidoskopi

Cevap E (Berkowitz, Novak's gynecology, 12. baskı, 1996, s. 1261-1283)

114. Endometrium kanseri için ameliyat edilmiş bir hastanın patoloji raporunda tümörün grade 1 ve endometriumda sınırlı olduğu bildiriliyor. Hastaya ek olarak hangi tedavi verilmelidir?

- a) Herhangi bir ek tedaviye gerek yoktur.
- b) Vajinal kubbeye RT
- c) Toplam 3000 rad tüm adominal radyoterapi
- d) 6 ay 30 mg/gün Progesteron
- e) 6 ay 30 mg/gün Tamoksifen

Cevap A (Lurain, Novak's gynecology, 12. baskı, 1996,

s. 1057-1111)

115. Postpartum endometrit için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Hafif olgularda oral antibiyotik verilebilir
- b) Parenteral uygun antibiyotik seçimi için tedaviye başlamadan önce vaginal akıntıdan kültür yapılması gerekmez
- c) Parenteral tedaviden sonra oral antibiyotik ile tedavinin 14 güne tamamlanması gerekir
- d) Komplikasyonsuz vaginal doğumdan sonra endometrit riskini azaltmak için antibiyotik verilmesi gerekmez
- e) Alt genital sistemin B grubu streptokoklar ile kolonize olması postpartum endometrik riskini artırır

Cevap C (Gabbe, Obstetrics, Normal and problem pregnancies, 3. baskı, 1996, s. 1193-1246)

116. Aşağıdakilerden hangisi antifosfolipid sendromu (APS) için yanlıştır?

- a) Lupus Antikoagulan ve antikardiyolipin antikorlarının pozitif olarak saptanması Antifosfolipid sendromunun laboratuvar tanı kriteridir
- b) APS'si olan kadınlar gebelikleri süresince artmış tromboemboli riskine sahiptirler
- c) APS'si olupta tromboemboli hikayesi olmayan kadınlar gebelikleri süresince 15000-20000 ünite/gün heparin kullanmalı
- d) 10. gebelik haftası veya daha sonrasında, ultrasonografik ve direkt morfolojik incelemesinde normal olarak tanımlanan fetusun bir veya daha fazla kez kaybı klinik kriterler içindedir
- e) Fetal gelişme geriliği ve fetal distress olarak kendini gösteren plasental yetmezlik APS'li kadınların yaklaşık %30'unda görülür

Cevap D (Ref, Tivak, Üreme kongresi konuşmaları, 2002)

117. Selektif östrojen modülatörü olan Raloksifen için hangisi yanlıştır.

- a) Lipid metabolizması ve iskelet sistemi üzerine östrojen benzeri meme ve endometrium üzerine östrojen karşıtı etkiler sergilemektedir.
- b) Raloksifen kullanımı ile tüm meme kanserlerinin insidansında azalmaya yol açmaktadır

- c) Rolaksifen kemik rezorpsiyonunu inhibe eder fakat kemik formasyonunda belirgin bir değişiklik oluşturmaz
d) Total kolesterol düzeyini düşürür
e) Tromboemboli riskini artırdığı için major cerrahiden 72 saat önce ilaç bırakılmalıdır

AÇIKLAMA: Raloksifen kullanımı için sadece hormon reseptörü pozitif olan meme kanserleri için krüyucu etkinliği saptanmıştır.

Cevap B (Ref, Ertüngealp, Menapoz ve Osteoporoz, 2000)

118.Aşağıdakilerden hangisi konjirenital rubella enfeksiyonu için yanlıştır.

- a) Konjenital rubella enfeksiyonunun klasik triadı katarakt, kalp anomalileri ve sağırlıktır.
b) Reenfeksiyon viremi oluşturursa fetus açısından risk taşımaz
c) İlk 12 haftada virusla enfekte olan fetusların %70-80'inde multi sistem tutulumu ve ağır hasar gözlenir.
d) 17. Haftanın üzerinde fetusun enfeksiyondan zarar görme riski genel popülasyondan farklı değildir.
e) 13-16. gebelik haftalarında virusla enfekte olan fetuslarda %50 oranında izole işitme kaybı gözlenir.

AÇIKLAMA: Reenfeksiyonda fetus açısından minor risk teşkil etmektedir.

Cevap B (Ref, Madazlı, Fetusa Etkili Enfeksiyon Hastalıkları, 2000)

119.Camper's ve Scarpa's fasyaları nerede bulunur?

- a) Abdominal duvarda cilt altında rektus kılıfı üzerindedir
b) Rektus kılıfı altındadır
c) Uyluk iç yüzde kaslar arasındadır
d) Peritonun hemen üzerindedir
e) Ön kol iç yüzündedir

Cevap A (Berek, Çev.Erk, Novak Gynecology, 12.baskı, s.106)

120.Aşağıdakilerden hangisi kesin laparoskopi kontrendikasyonu değildir?

- a) Geçirilmiş laparotomi
b) Ciddi kardiyovasküler hastalık
c) Peritonit
d) Diyafram hernisi

e) İleus

AÇIKLAMA: Geçirilmiş laparotomi bir mutlak kontrendikasyon değildir.

Cevap A (Rock, Te Linde's Operative Gynecology, 8.baskı, 1997, s.390)

121.Aşağıdakilerden hangisi oral kontraseptif kullanımı açısından mutlak kontrendikasyon sayılmaz?

- a) DM
b) Tromboembolik hastalık
c) Meme Ca veya şüphesi
d) Gebelik veya şüphesi
e) Nedeni açıklanamayan anormal vajinal kanama

Cevap A (Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, 6.baskı, 1999, s.912)

122.Aşağıdaki faktörlerden hangisinin varlığı ekstra uterin gebelik (Dış Gebelik) rölatif riskinde artışa yol açmaz?

- a) Geçirilmiş tubal cerrahi
b) Polikistik Over Sendromu (PCOS)
c) Geçirilmiş pelvik inflamatuvar hastalık (PID)
d) Yardımcı üreme tekniklerinin kullanımı
e) Sigara içimi

Cevap B (Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, 6.baskı, 1999, s.1151)

123.Aşağıdaki hangisi vajinal doğumda omuz distosisi gelişmesi durumunda uygulanacak müdahalelerden değildir?

- a) Pinard Manevrası
b) Mc Roberts Manevrası
c) Woods Manevrası
d) Rubin Manevrası
e) Arka kolun doğurtulması

Cevap A (Cunningham, Williams Obstetrics, 20.baskı, 1997, s.452-543)

124.Aşağıdakilerden hangisi diaphragma pelvisin yapısına katılmaz?

- a) M.Pubococcygeus
b) M.Puborectalis
c) M.Coccygeus
d) M.İleococcygeus
e) M.Bulbospongiosus

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM

Cevap E (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 1996*)

125. Mesane boşalmasına katkısı olmayan hangisidir?

- a) Dantrolen
- b) Baklofen
- c) β -adrenerjik agonistler
- d) Kalsiyum kanal blokerleri
- e) α -adrenerjik antagonistler

Cevap D (*Mark, Urogynecology and Reconstructive Pelvic Surgery, 2.basım, 1999, s.22*)

126. Hem stres hem de istirahat durumunda üriner inkontinans mekanizmasında etkisi olmayan hangisidir?

- a) Yaş
- b) Parite
- c) Östrojen durumu (Menopoz)
- d) Üretral destek
- e) Bağ dokusu kollajen yapısı

Cevap D (*Jonathan, Novak's Gynecology, 12.basım 1996, s.136*)

127. Hangisi üriner inkontinansa birinci basamak değerlendirme parametresidir?

- a) Postmiksyoner rezidü idrarın ölçümü
- b) Dinamik üretral basınç profili
- c) Üroflawmetri
- d) Perinometrede kas gücü ölçümü
- e) Q tip testi

Cevap A (*Jonathan, Novak's Gynecology, 12.basım 1996, s.629*)

128. Maternal mortalitenin en sık sebeplerinden biri aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Hipertansif hastalıklar
- b) Amniyotik sıvı embolisi
- c) Orak hücreli anemi
- d) Diabet
- e) Demir eksikliği anemisi

Cevap A (*Evans, Manual of Obstetrics, 6.baskı, 2000, s.287,-97*)

129. Aşağıdakilerden hangisi HELLP sendromu karakteristiklerinden değildir?

- a) Hemoliz
- b) Karaciğer enzimlerinde artış

- c) Trombositopeni
- d) Hipertansiyon
- e) Lökopeni

Cevap E (*Evans, Manual of Obstetrics, 6.baskı, 2000, s.287-97*)

130. Servikal kanser taramasında kullanılan smear ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Cinsel aktif her kadının smear aldirması önerilmektedir.
- b) Smear ilk yıllarda her yıl aldirılmalıdır.
- c) Ardarda üç defa negatif çıktıktan sonra örnek alma seyrekleştirilebilir.
- d) Menopoz sonrası smear almaya gerek yoktur.
- e) Smear alırken dikkat edilmesi gerekli hususlardan biri tekniğine uygun alınmasıdır.

Cevap D (*Lambrou, The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics, 1.baskı, 1999, s.326-35*)

131. Sterilizasyonda Cerrahi olmayan birçok yöntem vardır. Tubal oklüzyonu sağlamada kullanılan kimyasal madde içinde yer almayan hangisidir?

- a) Podofilin
- b) Metil siyanoakrilat
- c) Tetrasiklin
- d) Betadine
- e) Gümüş Nitrat

Cevap D (*Çiçek, Günümüzde Kontrasepsiyon 1.baskı, 2001, s.204*)

132. Serviks kanseri ve oral kontraseptif kullanımı ile aşağıda verilen cümlelerden yanlış olanı bulunuz.

- a) 1 yıl veya daha fazla O.K. kullanımı, servikal displazi veya karsinoma insitu riskini artırır.
- b) 5 yıl veya daha fazla O.K. larda invaziv serviks Ca riski 2 kat artmaktadır.
- c) 6 ay veya daha az O.K. kullananlarda Displazinin insutiya ilerlemesinde artış olmaz.
- d) Servikal dokuda, hormon bağlanma yerleri olduğu ve O.K. kullanımının histolojik değişiklikler yaptığı bilinmektedir.
- e) O.K. kullanım süresi ile servikal neoplazi görülme sıklığı azalmaktadır.

Cevap E (*Çiçek, Günümüzde Kontrasepsiyon, 1.baskı, 2001, s.157-158*)

133. Hangisi sezaryan endikasyonlarından değildir?

- a) Mükerrer seksiyon
- b) Primipar makat
- c) Mentum anterior

- d) Kordon sarkması, prezentasyonu,
e) Plasenta previa totalis

Cevap C (*Scott, Sezaryen doğumu; Danforth Obstetrik ve Jinekoloji, 7.baskı, 1997, s.564*)

134.Aşağıdakilerden hangisinde Anti-d globulin ile profilaksi yapılmaz?

- a) İmmünize olmamış ve Rh(+) bir erkekle evli Rh(-) gebeye, gebeliğin 28. haftasında
b) Amniyosentez sonrası
c) Eksternal versiyon uygulanan gebeler
d) Önceki yanlışlıkla yapılan Rh(-) kan transfüzyonları
e) Ektopik gebelikten sonra

Cevap D (*Lambrou, Jinekoloji ve Obstetrik El Kitabı, 1.baskı, 2000, s.112*)

135.Sekonder dismenore nedenlerinden yanlış olan hangisidir?

- a) Over kistleri
b) Endometriyozis
c) Endometrit
d) Adenomyozis
e) Pelvik inflamatuvar hastalık

Cevap C (*Board Review Serisi, Obstetrik ve Jinekoloji, 1999, s.262-264*)

136.Gebe hastalarda antihipertansif tedavide kullanılan ilaçlardan hangisi oligohidramniyos ve neonatal renal yetmezlikle ilişkili bulunmuştur?

- a) Metildopa
b) Labetolol
c) Kaptopril
d) Hidralazin
e) Metoprolol

Cevap C (*Danforth, Obstetrik ve Jinekoloji, 7.baskı, s.763*)

137.Tekrarlayan gebelik kayıplarından sorumlu tutulan faktörlerinden hangisi en fazla sıklıktadır?

- a) Çoğul
b) Genetik
c) Anatomik
d) İdiyopatik
e) Endokrin

Cevap D (*Danforth, Obstetrik ve Jinekoloji, 7.baskı, s.180*)

138.Genç primigravidalar arasında en sık görülen karakteristik klinik tablo hangisidir?

- a) Hafif preeklampsi
b) Ciddi preeklampsi
c) Eklampsi
d) Kronik hipertansiyon
e) Preeklampsi ile süperimpoze olmuş kronik hipertansiyon

Cevap B (*Board Review Serisi, s.106-109*)

139.Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Fetal kalp hareketleri transvajinal ultrasonografi ile 6.5 haftalık gebelikte gözlemlenebilir.
b) Tripple test 16-20. haftalarda yapılmalıdır.
c) Glukoz tolerans testi 28. haftada önerilir.
d) Leopold 2 manevrası ile pelvis girimindeki fetal kısmı belirler.
e) Leopold I manevrası ile fundus yüksekliği belirlenir.

Cevap D (*Danforth, Obstet. and Gyn., s.67-104*)

140.Onaltı haftalık gebe bir kadında maternal alfa fetoprotein değeri, ortalamanın 2.8'dir. Aşağıdakilerden hangisi bu anormalliğin açıklaması olamaz?

- a) Down sendromu
b) Duodenal atrezi
c) Omfalosel
d) Çoğul gebelik
e) Anensefali

Cevap A (*Çağdaş Obstet. and Jin. Teşhis ve Tedavi, s.338*)

141.Aşağıdaki hormonlardan hangisi plasental orijinli değildir?

- a) Human koriyonik gonadotropin
b) Human plasental laktojen
c) Estriol
d) Progesteron
e) Prolaktin

Cevap E (*Çağdaş Obstet. and Jin. Teşhis ve Tedavi, s.181-183*)

142.Dişi fetusta genital tüberkülden hangi organ gelişir?

- a) Overler
b) Klitoris
c) Vajina 2/3 alt kısım
d) Tuba uterina
e) Labia minora

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM

Cevap B (*Current Obstetri ve Jin. -Türkçe, s.66*)

143.Aşağıdakilerden hangisinin gebelikte yükselmesi beklenmez?

- a) Glomerüler filtrasyon hızı
- b) Fibrinojen
- c) SGOT, SGPT
- d) Sedimentasyon hızı
- e) Tidal volüm

Cevap C (*Williams Obstetrics, 1997*)

144.Kemoterapiye en duyarlı tümör hangisidir?

- a) Endometrial karsinom
- b) Serviks karsinomu
- c) Gestasyonel trofoblastik neoplazi
- d) Disgerminom
- e) Over seröz adenokarsinom

Cevap C (*DiSaia, 3.baskı, s.223*)

145.Y kromozom anomalileri en sık hangi over tümöründe görülür?

- a) Koryokarsinom
- b) Disgerminom
- c) Poliembryom
- d) Gonadoblastom
- e) Embryonal karsinom

Cevap D (*Danforth, Obstetrics, 1994*)

146.Aşağıdakilerden hangisi maternal mortalitenin en az görülen nedenlerindendir?

- a) Toksemi
- b) Tirotoksikoz
- c) Hipertansiyon
- d) Enfeksiyon
- e) Kanama

Cevap B (*Williams Obstetrics, 17.baskı, s.3*)

147.Puerperal mastitin en sık nedeni hangisidir?

- a) Streptokokkus pneumonia
- b) Escherichia coli
- c) Proteus mirabilis
- d) Klebsiella pneumonia
- e) Stafilokokkus aureus

Cevap E (*Pernoll, Obstetrik ve Jinekoloji, 6.baskı, s.316*)

148.Hangisi RIA'nın kesin kontrendikasyonudur?

- a) Geçirilmiş pelvik enfeksiyon
- b) Dış gebelik hikayesi

c) Nulliparite

d) Sezaryen ile doğum

e) Servikste Nabothian kisti varlığı

Cevap B (*Pernoll, Obstetrik ve Jinekoloji, 6.baskı, s.595-599*)

149.Bir kız çocuğunda gelişmemiş genitalia, birbirinden ayrı göğüsler, inik saç çizgisi vardır. Bu olguda kromozom analizi sonucu nedir?

- a) 46 XX
- b) 46 XY
- c) 69 XXY
- d) 45 XO
- e) 45 XY

Cevap D (*Pernoll, Obstetrik ve Jinekoloji, 6.baskı, s.71,94*)

150.36 gebelik haftasında, 170/110 mmHg kan basıncı, epigastrik ağrı ve trombositopeni ile gelen bir gebede, non stress test reaktif olarak saptanmıştır. Tanınız ve tedavi için uygun yöntem hangisidir?

- a) Ağır preeklampsi, doğum
- b) Eklampsi, doğum
- c) Hafif preeklampsi, doğum
- d) Ağır preeklampsi, takip
- e) Hafif preeklampsi, takip

Cevap A (*Türk Jinekoloji Derneği (TJD) Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi, Cilt 2, Sayı 2, 1999*)

151.Gebelikte insüline bağımlı diabetes mellitus için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Artmış konjenital anomali riski vardır.
- b) Gebelikte insülin ihtiyacı azalmaktadır.
- c) Üçlü tarama testi değerlendirilirken AFP ve estriol yönünden dikkatli olmak gerekir.
- d) İntrauterin gelişme geriliği riski bulunmaktadır.
- e) 7'li kan şekeri takipleri ve 4'lü insülin enjeksiyon protokolleri ile sıkı takip perinatal morbiditeyi azaltmaktadır.

Cevap B (*Türk Jinekoloji Derneği (TJD) Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi, Cilt 2, Sayı 2, 1999*)

152.Aşağıdakilerden hangisi östrojenin kardiyovasküler etkilerinden değildir?

- a) İnsülin direnci azalır
- b) Antioksidan etki gösterir
- c) Trigliseridler azalır

- d) Nitrik oksitin endotel hücrelerinden salınımını artırır
e) Lipoprotein (a) azalır

Cevap C (*Türk Jinekoloji Derneği (TJD) Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi, Cilt 1, Sayı 4, 1999*)

153.Over fonksiyonlarındaki azalmanın hormonal olarak ilk belirtisi hangisidir?

- a) Östradiol düzeyinde düşme
b) Östradiol düzeyinde yükselme
c) İnhibin düzeyinde düşme
d) İnhibin düzeyinde yükselme
e) FSH düzeyinde azalma

Cevap C (*Türk Jinekoloji Derneği (TJD) Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi, Cilt 2, Sayı 1, 1999*)

154.Aşağıdakilerden hangisi ovülasyon belirteci değildir?

- a) Endometrial biyopsi
b) Follikülometri
c) LH tayini
d) FSH tayini
e) Progesteron tayini

Cevap D (*Türk Jinekoloji Derneği (TJD) Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi, Cilt 1, Sayı 1, 1998*)

155.Postkoital testte progresif hareketi olmayan titreyerek hareket eden spermatozoidlerin varlığı neyi düşündürür?

- a) Oligozoospermi

- b) Antisperm antikorları
c) Yetersiz servikal mukus
d) Yetersiz LH salınımı
e) Servikal yetmezlik

Cevap B (*Türk Jinekoloji Derneği (TJD) Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi, Cilt 1, Sayı 1, 1998*)

156.Anesinde insüline bağımlı diabetes mellitus olan 23 yaşındaki bir bayan ilk gebeliğinin 8. haftasında kontrole geliyor. Aşağıdakilerden hangisini önerirsiniz?

- a) İlk prenatal vizitte açlık kan şekereğine önerisi
b) 28. gebelik haftasında oral 1 saatlik 50 gram glukoz yükleme testi
c) İlk prenatal vizitte 3 saatlik 100 gram oral glukoz tolerans testi
d) 28. gebelik haftasında 3 saatlik 100 gram oral glukoz tolerans testi (oGTT)
e) İlk prenatal vizitte 1 saatlik 50 gram glukoz challenge testi

Cevap C (*Türk Jinekoloji Derneği (TJD) Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi, Cilt 3, Sayı 1, 2000*)

157.Aşağıdaki ultrasonografik bulguların hangisi Down sendromu'nu düşündürmez?

- a) Kısa femur ve humerus
b) Hiperekojenik bağırsaklar
c) Double-bubble görüntüsü (duodenal atrezi lehine)
d) İlk trimesterde nukal kalınlığının %95 persentilin üzerinde olması
e) Fetal böbreğin normalden daha ekojenik olması

Cevap E (*Türk Jinekoloji Derneği (TJD) Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi, Cilt 3, Sayı 1, 2000*)

GENEL CERRAHİ

1. Aşağıdakilerden hangisi masif splenomegali yapan nedenlerden değildir?

- a) Kronik myeloid lösemi
- b) Agnojenik myeloid metaplazi
- c) Malaria
- d) Leishmaniazis (Kala-Azar)
- e) İnfeksiyöz mononükleoz

AÇIKLAMA: Masif splenomegali yapan nedenler;

- 1. Kronik myeloid lösemi
- 2. Agnojenik myeloid metaplazi
- 3. Malign lenfoma
- 4. Hairy cell lösemi
- 5. Gaucher hastalığı
- 6. Talasemi Majör
- 7. Malaria
- 8. Leishmaniazis (Kala-Azar)

Cevap E (*Sayek, Temel Cerrahi, 1993*)

2. Aşağıdaki predispozan faktörlerden hangisinin akut pankreatit ile ilişkili olma ihtimali en azdır?

- a) Hiperparatiroidizm
- b) Hipotiroidizm
- c) Alkol
- d) Safra taşları
- e) Kabakulak

AÇIKLAMA: Akut pankreatitin gerçek patogenezi tam olarak bilinmemekle birlikte en sık kolelitiazis (Türkiye'de) ve/veya alkolizm (Amerika'da) ile birlikte görülür. Diğer beraber görülebildiği durumların çeşitliliği (peptik ülser, travma, cerrahi, hiperlipoproteinemi, hiperkalsemi, enfeksiyonlar, belirli ilaçlar) tek bir fizyopatolojik mekanizmayı düşündürmemektedir. Hipotiroidizmin akut pankreatit ile ilişkisi yoktur.

Cevap D (*Sayek, Temel Cerrahi, s. 999*)

3. Tedavi edilmemiş pankreatik psödokist komplikasyonları arasında yer almayan aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Gastrointestinal obstrüksiyon
- b) Pankreas nekrozu
- c) Serbest rüptür
- d) Abse
- e) İntrakistik kanama

AÇIKLAMA: Tedavi edilmemiş pankreatik psödokist komplikasyonları şunlardır:

- 1. İnfeksiyon veya abse
- 2. Gastrointestinal obstrüksiyon
- 3. Rüptür

4. İntrakistik kanama

Pankreatik nekroz, akut pankreatitin komplikasyonlarından olabilir. Ancak psödoksit sonucu nekroz meydana gelmez.

Cevap B (*Current, Surgical Diagnosis and Treatment, 1996, s. 527-528*)

4. Kronik pankreatitli hastaların tedavisinde uygulanabilecek metodlardan olmayan aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Pankreatikojejunostomi (Puestow prosedürü)
- b) %95 oranında distal pankreatektomi
- c) Alkol ve yağ alımının kısıtlanması (minimal fonksiyon bozukluğu olanlarda)
- d) Pankreatik sfinkteroplasti
- e) Lumbar sempatektomi

AÇIKLAMA: Kronik alkolik pankreatitli olgulardaki, kronik karın ağrısının cerrahi olarak tedavisi pek tatmin edici olmamasına rağmen, dilate pankreatik kanal görülen (8mm) hastalar distal pankreatik kanalın jejunuma anastomozundan fayda görmektedirler. Bu hastalarda görülen en önemli problemlerden bir tanesi organın baş kısmında meydana gelen sitriktür ve drenajın yetersizliğidir. Pankreatik kanal ile jejunum segmenti arasındaki bağlantı en uygun olarak Puestov prosedürü ile sağlanabilir. Distal pankreatikojejunostomi pankreatik drenajını yeeince sağlayamaz. Pankreas kronik hastalıklar sebebiyle diffüz tutulmuş fakat kanal da striktür oluşmamış ise %95 oranında bir distal pankreatektomi, ağrıyı sıklıkla giderir. Fakat bu hastalarda yüksek oranda diyabet ve ekzokrin pankreas yetersizliği görülür. Minimal fonksiyon bozukluğu olan olgularda alkol ve yağ alımınının kısıtlanması tedavide önemlidir. Sempatektomi kronik pankreatitteki ağrıyı giderici bir özelliği olmadığı için yapılması önerilmemektedir.

Cevap E (*Schwartz, 5. baskı, s. 1423-1424*)

5. Dalağın en sık görülen sekonder tümörleri arasında yer almayan aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Kronik lenfositik lösemi
- b) Kronik myelositik lösemi
- c) Prolenfositik lösemi
- d) Non-Hodgkin lenfoma
- e) Histiyositozis X

AÇIKLAMA: Dalak hem akut, hem de kronik lösemilerde sıklıkla tutulabilir. Kronik lenfositik lösemi, prolenfositik lösemi ve kronik megalositik lösemi masif

GENEL CERRAHİ

splenomegaliye neden olabilir. Malign lenfomalar dalağı sıklıkla tutan neoplastik hastalıklardır. Non-Hodgkin dışı lenfomalar da dalakta sıklıkla görülen neoplazmlardır. Nadiren bu tümörler ilk veya tek belirti olarak dalak tutulumu ile başlarlar. Seyrek olarak sistemik mastositozis veya histiyositozis-X grubu hastalıklar da dalak tutulumu ile belirebilir.

Cevap E (*Sayek, Temel Cerrahi, 1993, s. 1053*)

6. Aşağıdakilerden hangi damarın ligasyonunda karaciğer enzimlerinde bir yükselme beklenmez?

- Sağ hepatic arter
- Sol hepatic arter
- Gastroduodenal arterin distal kısmında ana hepatic arter
- Gastroduodenal arterinproksimal kısmında ana hepatic arter
- Hiçbiri

AÇIKLAMA: Sağ ve sol hepatic arter ligasyonu enzim yükselmesine yol açmakla birlikte genellikle tolere edilebilir. Hepatic arterin gastroduodenal arterin distalinden bağlanması daha risklidir. Proksimalinden bağlandığında ise kollateraller devreye girer.

Cevap D (*Shakleford's Surgery of the Alimentary Tract, Cilt 3, 1996, s. 447*)

7. Daha önce kolesistektomi geçirmiş bir hastada koledokolitiazis en iyi hangi şekilde tedavi edilir?

- Endoskopik sfinkterotomi
- Koledokoduodenostomi
- Mono-oktanoil ile dissolüsyon
- Koledokojejunostomi
- Açık koledok esplorasyonu

AÇIKLAMA: Koledokolitiazis en iyi endoskopik sfinkterotomi ile tedavi edilir. Sfinkterotomi için relatif kontrendikasyonlar distal koledok striktürü, duodenal divertikül, koagülasyon bozuklukları ve yakın zamanda geçirilmiş pankreatit sayılabilir. Mekanik olarak taşın çıkarılmadığı durumlarda kimyasal dissolüsyon önerilmektedir. Cerrahi tedavi nadiren önerilmektedir.

Cevap A (*Sayek, Temel Cerrahi, 2. baskı, s. 979*)

8. Aşağıdakilerden hangisi intra ve ekstrahepatik safra yollarının birlikte değerlendirilmesi için en uygundur?

- Ultrason
- Tomografi
- Sintigrafi
- ERCP
- PTK

AÇIKLAMA: Kolestatik sarılık varlığında tıkanmanın

düzenini belirlemede en önemli iki araç ERCP ve PTK'Dır. PTK intra ve ekstrahepatik safra yollarını ve tıkanmanın proksimalini gösterir. ERCP biliyer ve pankreatik kanalları birlikte görüntüler. Aynı zamanda Ampulla Vateri'nin endoskopik değerlendirmesini sağlar, ancak kanallar daha az görüntülenir.

Cevap E (*Sayek, Temel Cerrahi, 2. baskı, s. 936*)

9. Kist hidatik hakkında aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Kist rüptürü anafilaksi meyana getirebilir
- Büyük kistler portal hipertansiyon oluşturabilir
- Pre- ve postoperatif mebendazol rekürrensleri azaltır
- BT sıklıkla kiste kalsifikasyonları gösterir.
- Taniyi doğrulamak için perkütan aspirasyonu yapılmalıdır

AÇIKLAMA: Kist hidatik, kistin içindeki oldukça antijenik sıvıdan dolayı anafilaksi veya diğer allerjik reaksiyonlara yol açabilir. Kistler portal hipertansiyona yol açabilir veya safra yolları ile ilişkide olabilirler. Cerrahi uygulanamayan durumlarda kullanılan mebendazol, pre-ve postoperatif dönemde de faydalıdır. Kistlerin bir kısmı kalsifiye olur ve ultrason ve BT'de gösterilebilir. Tanıda serolojik testler kullanılır (Casoni, Weinberg, EIJS, immün elektroforez). Kist aspirasyonu anafilaksi riski taşır.

Cevap E (*Sayek, Temel Cerrahi, 2. baskı, s. 905*)

10. Kist hidatığın yapısı aşağıdaki organlardan hangisinde diğerlerine göre farklıdır?

- Akciğer
- Karaciğer
- Beyin
- Kemik
- Böbrek

AÇIKLAMA: Vücutta bütün organlara yerleşebilen kist hidatik, her yerde klasik yapısını gösterir. En dışta fibröz bir doku tabakası olan perikist, onun içinde laminar membran ve iç yüzeyde germinatif membran vardır. Hepsinin içinde hidatik sıvı (kaya suyu) bulunur. Bu düzenli yapı kemikte yoktur.

Cevap D (*Sayek, Temel Cerrahi, 2. baskı, s. 903*)

11. Primer sklerozan kolanjit ile en sık birlikte bulunan hastalık aşağıdakilerden hangisidir?

- Pankreatit
- Romatoid artrit
- Crohn hastalığı
- Ulseratif kolit
- DM

AÇIKLAMA: Sklerozan kolanjit genellikle ekstrahepatik olmak üzere safra yolları duvarının inflamatuvar

kalınlaşması ve lümeninin düzensiz daralması ile karakterize etiolojisi bilinmeyen bir hastalıktır. Primer skerozan kolanjit başta ülseratif kolit olmak üzere inflamatuvar bağırsak hastalıkları, retro peritoneal ve mediastinal fibrozis, pankreatik fibrozis ve orbita psödotümörleri ile ilişkilidir. Sekonder şekli ise formaldehit ve yoğun tuzlu suya bağlıdır.

Cevap D (Sayek, Genel Cerrahi, 2. baskı, s. 966)

12. Aşağıdakilerden hangisi postkolesistektomi sendromunun sebeplerinden biri değildir?

- a) Koledok striktürü
- b) Koledokta rezidüel taş
- c) Duktus sistikusun kısa bırakılması
- d) Oddi disfonksiyonu
- e) Pankreas başı karsinomu

AÇIKLAMA: Kolesistektomi sonrası hastanın preoperatif şikayetlere benzer şikayetlerin devamı halinde postkolesistektomi sendromundan söz edilir. Bunlardan safra yollarına ait sebepleri; rezidüel koledok taşları, koledok striktürleri, duktus sistikusun uzun bırakılması veya safra kesesinin distal kısmının bırakılması sonucu güdük dilatasyonu, pankreas başı karsinomu gibi koledok alt ucuna ait tümörler, oddi fibrozisi, disfonksiyonu ve spazmidir. Safra yollarına ait lezyon bulunmadığında ayırıcı tanıda hiatus hernisi, peptik ülser, pankreatit, mide ve kolon karsinomları düşünülmelidir.

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 2. baskı, s. 954)

13. Total serum bilirubin düzeyi 2.6 ve direkt bilirubin 1.8 mg/dl olan hastada aşağıdaki testlerden hangisi tanıya ulaşmakta en az yardımcıdır?

- a) Oral kolesistografi
- b) Ultrason
- c) Transhepatik kolanjiyografi
- d) HIDA sintigrafisi
- e) ERCP

AÇIKLAMA: Safra kesesinin radyografik görüntülenmesi, boyanın safra yollarına atılması ve safra kesesinde konsantrasyonuna bağlıdır. Oral kolesistografide kullanılan boya bilirubin atılımı ile rekabete girdiğinden, T. Bilirubin düzeyi 1.8 mg/dl'nin üzerinde olduğu zaman kontrendikedir. IV. Kolanjiyografisinde de serum bilirubin düzeyinin 4 mg/dl altında olması gereklidir. Sarılık etiolojisinde yukarıdaki diğer testler endikasyonlara göre bilgi sağlar.

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi, 2. baskı, s. 933)

14. Cerrahi sırasında iyatrojenik koledok kesisi halinde ideal tedavi yaklaşımı aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Eksternal drenaj

- b) T-Tüpü üzerinde uç-uca anastomoz
- c) Proksimal ucun duodenuma ağzlaştırılması
- d) Roux-en-Y koledokojejunostomi
- e) Uç-yan koledokojejunostomi

AÇIKLAMA: Cerrahi sırasında iyatrojenik koledok zedelenmeleri hemen rekonstrüktif bir işlemle düzeltilmelidir. İdeal tedavi bir T tüpün üzerinde uç-uca anastomoz yapılarak bütünlüğün sağlanmasıdır. Eğer yaygın doku kaybı nedeniyle bu mümkün değilse proksimal uç Roux en-Y şeklinde jejunuma anastomoz edilir.

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi, 2. baskı, s. 976)

15. Safra taşı oluşumu ile aşağıdakilerden hangisinin ilişkisi bildirilmemiştir?

- a) Hemolitik hastalık
- b) Aort kapak replasmanı
- c) Doğum kontrol hapları
- d) İleal rezeksiyon
- e) Ülseratif kolit

AÇIKLAMA: Hemolitik hastalıkları sırasında artmış bilirubin oluşumuna bağlı pigment taşları görülür. Aort kapak replasmanında olduğu gibi mekanik travmaya bağlı hemolizde elde safra taşları artar. Östrojen kullanımı kolesterol düzeyini yükseltir ve safra kesesi boşalmasını baskılar. İleum rezeksiyonu safra emilimini engelleyerek, safrada kolesterol oranını yükseltir. Ülseratif kolitte ise kolonun safra metabolizması ile ilişkisi olmadığından safra taşlarında artış yoktur.

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahisi, 2. baskı, s. 947)

16. Bir akut kolesistit atağında, sistik kanal tıkanıklığından şüpheleniliyorsa, ilk tercih edilecek görüntüleme yöntemi aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Ultrason
- b) Tomografi
- c) Sintigrafi
- d) ERCP
- e) PTK

AÇIKLAMA: Sintigrafi safra yollarının görüntülenmesinde ilk tercih edilecek yöntemlerden biridir. Akut kolesistitte taşdan şüpheleniliyor ve genel değerlendirme yapılmak isteniyorsa ultrason, sistik kanal değerlendirilmek isteniyorsa sintigrafi ilk tercihtir. PTK aynı bilgiyi vermesine karşılık daha invaziv bir yöntemdir.

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 2. baskı, s. 935)

17. Beş yıldır oral kontraseptif kullanma öyküsü bulunan 31 yaşında bir kadın intraperitoneal kanama tablosu ile gelmektedir. Acil ultrasonda sağ lobda 3 cm'lik kitle mevcuttur. Kanamanın en

GENEL CERRAHI

muhtemel sebebi hangisidir?

- a) Hepatoma
- b) Hemanjiyom
- c) Fokal nodüler hiperplazi
- d) Adenom
- e) Metastatik tümör

AÇIKLAMA: Pekçok karaciğer tümörü spontan rüptür ve kanama yapmamakla birlikte en sık olarak adenomlarda görülmektedir. Hastaların %30'una varan kısmında bu ilk klinik tanı sebebi olabilmektedir. Ayrıca **oral kontraseptiflerle en sık adenom ve fokal noduler hiperplazi gözlenmektedir.** Oral kontraseptif süre ve dozu ile adenom nekroz ve rüptür riski artar. Hastaların %90'ında oral kontraseptif öyküsü vardır.

Cevap D (*Sayek, Temel Cerrahi, 2. baskı, s. 926*)

18.Hangi durumda splenektominin pek faydası yoktur?

- a) Agnojenik myeloid metaplazi
- b) Herediter sferositoz
- c) Splenik arter anevrizması
- d) Trombotik trombositopenik purpura
- e) Primer hipersplenizm

AÇIKLAMA: Trombotik trombositopenik purpurada splenektomiden pek fayda görülmez.

Cevap D (*Stillan, General Surgery, 3.baskı, s. 141*)

19.Onaltı yaşında ve pigmentli safra taşları olan bir kız hastada aşağıdakilerden hangisinin olması en muhtemeldir?

- a) Herediter sferositoz
- b) Sickle cell anemi
- c) Eliptositoz
- d) Akkiz hemolitik anemi
- e) Talasemi majör

AÇIKLAMA: Herediter sferositozlu erişkin hastaların %85'inde pigmentli safra taşı görülür. Pigmentli safra taşı olan çocukların büyük kısmında da herediter sferositoz vardır. Tedavi splenektomi veya kolesistektomidir.

Cevap A (*Stillman, General Surgery, 3. baskı, s. 139*)

20.Daha önce safra yolları ameliyatı geçirmemiş bir hastada pneumobilia (safra yollarında hava) en çok hangi patolojiyi düşündürmelidir?

- a) Akut kolesistit
- b) Süpüratif kolanjit
- c) Paraziter hastalıkları
- d) Biliyer enterik fistüller
- e) Safra yolları karsinoması

AÇIKLAMA: Safra yollarında hava amfizematöz

kolesistit ve bilioenterik fistüllerde görülür.

Cevap D (*Değerli Cerrahi-2, s. 334*)

21.Ranson kriterlerinden hangisine ilk başvuru anında bakılır?

- a) pO₂ mmHg
- b) Baz açığı > 4 mEq/L
- c) Glukoz >200 mg/dl
- d) Htc >%10'dan
- e) Ca <8 m olması

AÇIKLAMA: Ranson kriterleri: Hasta kabulünde: Yaş >55, BK >16.000, Glukoz >200 mg/dl, LDH J350IU, AST >250 IU

Kabulden 48 saat sonra: Htc > %10 mg'lik artış, Ca <8 mg/dl olması, Baz açığı >4 mEq/L, Sıvı sekrestresyonu >6L

Cevap C (*Current, Surgical Diagnosis, s. 531*)

22.Radyasyon enterokoliti ile ilgili olarak hangisi yanlıştır?

- a) Striktür formasyonu geç bir komplikasyondur
- b) Kanama yaygın vasküler ektazi nedeniyledir
- c) Arterit ve mukozal iskemide belirgin maruziyet seviyelerinde ortaya çıkar
- d) Hasar toplam doz 5000 radi geçince oluşur
- e) Cerrahi rutin olarak yapılmalıdır

AÇIKLAMA: Bu tür hastalarda cerrahi risklidir. Çünkü komşu bağırsak segmentleri de hasara uğradığından reanastomozlarda sorun çıkar. Konservatif yollar işe yaramadığında cerrahiye başvurulmalıdır.

Cevap E (*Cecil, Ch., s. 112*)

23.Lökositoz (35.000/mm) ve karın ağrısı olan yaşlı hastada en muhtemel tanı hangisidir?

- a) Retroçekal apendisit
- b) Ülseratif kolit
- c) Pelvik inflamatuvar hastalık
- d) Mezenterik infarktüs
- e) Divertiküler abse

AÇIKLAMA: İleri derecede lökositoz ve karın ağrısı olan hastada mezenterik infarktüs de düşünülmelidir.

Cevap D (*Stillman, General Surgery, 3. baskı, s. 72*)

24.Aşağıdaki yapılardan hangisi hem Hesselbach üçgeninin, hem de femoral üçgenin sınırını oluşturur?

- a) İnferior epigastrik damarlar
- b) Konjoid tendon
- c) Sartorius kası

- d) İnguinal ligament
e) Hiçbiri

AÇIKLAMA: İnguinal ligament, Hesselbach üçgeninin inferior sınırını ve femoral üçgenin süperior sınırı oluşturur.

Cevap D (*Stillman, General Surgery, 3. baskı, s. 215*)

25.Kolon kanserlerinde en sık hangi lokalizasyon görülür?

- a) Splenik fleksura
b) Desenden kolon
c) Çekum
d) Transvers kolon
e) Rektosigmoid

AÇIKLAMA: Kolon kanserlerinin %50'si rektosigmoid bölgeden kaynaklanır.

Cevap E (*Way, Current Surgical Diagnosis, s. 654*)

26.Aşağıdaki klinik bulgulardan hangisin ince bağırsak tümörlerinde görülme olasılığı en azdır?

- a) Kanama
b) Volvulus
c) Obstrüksiyon
d) Gizli kanama
e) İntussepsiyon

AÇIKLAMA: Obstrüksiyon ince bağırsak tümörlerinin en sık karşımıza çıkma şeklidir ve vakaların yaklaşık %50'sinde görülür. Benign yumuşak doku tümörleri daha çok kanamaya yol açarken, diğerlerinden gizli kan kaybı daha sıktır. İntussepsiyon yukarıdakiler arasında en az görülen klinik bulgudur.

Cevap E (*Sayek, Temel Cerrahi, 2. baskı, s. 752*)

27.Postoperatif izlem ile ilgili aşağıdaki bilgilerden hangisi yanlıştır?

- a) İdrar yolu enfeksiyonu postop 3 ile 6. günler arasında ateş sebebidir.
b) Yara enfeksiyonu postop 5 ila 8. günlerde ortaya çıkar.
c) Hastanın erken mobilizasyonu önemlidir.
d) Pulmoner komplikasyonlar ilk günlerde en sık ateş sebebidir.
e) Postop 3. günde üçüncü boşluğa sıvı sekest-rasyonu olgusu için IV. sıvı verilmelidir.

AÇIKLAMA: Postoperatif izlemde ateşin ortaya çıktığı zaman ile en sık sebepleri şıklarda doğru olarak verilmiştir. Kateter enfeksiyonları IYE ile eşzamanlı dönemde görülür. Cerrahi sonrası üçüncü boşluğa sıvı sekest-rasyonu olduğu için dehidratasyon sıktır, ancak postop 3-4. günlerde bu sıvı mobilize olduğu için sıvı kısıtlanmasına geçilmelidir.

Cevap E (*Akgül, Çağdaş cerrahi, 2. baskı, s. 43*)

28.Pankreas yaralanması ile gelen bir hastada ciddi pankreas yaralanmasını en çok düşündüren bulgu aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Serum amilazın 250 Ü'nin üzerinde olması
b) Majör pankreatik kanal yaralanması
c) Majör pankreatik kanal intakt iken pankreas kontüzyonu
d) Serum Ca<8mg/dml
e) Hiperglisemi

AÇIKLAMA: Pankreas yaralanmalarının %30'u künt, %70'i penetran travmalara bağlıdır. İzole künt pankreas travmalarında semptomlar hafiftir ve geç çıkabilir. Bulgular yoktur veya minimaldir. İyi fizik muayene ve takip gereklidir. CT yardımcı olur. Serum amilaz yüksekliği yalnız başına cerrahi endikasyon değildir. Lavajda saptanan serum amilaz yüksekliği pankreasdan çok ince bağırsak yaralanmasına bağlıdır. Serum amilaz tayini pankreatik travma için güvenilir değildir. Pankreatik yaralanmada ERCP faydalı olabilir. Ancak akut durumda uygulamak çok güçtür. Majör duktal yaralanma bize ciddi pankreas yaralanmasının varlığı veya yokluğu sürveyin uzun olup olmamasında en önemli determinanttır. Herşeye rağmen %20 pankreatik yaralanma atlanabilir.

Cevap B (*Sayek, Temel Cerrahi, 1993, s. 247*)

29.Karın grafilerinden retroperitoneal travmayı düşündüren bulgular arasında yer almayan aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Psoas kenarlarının saptanmaması
b) Psoas boyunca retroperitoneal hava alması
c) Sağ böbrek üstünde hava olması
d) Mide havasının yer değiştirmesi
e) Double buble görünümü

AÇIKLAMA: Künt karın travmaları veya penetran travmalarında karın grafilerinde retroperitoneal travma bulguları da dikkatle incelenmelidir. Bunlar;

1. Psoas boyunca retroperitoneal hava olması
2. Psoas kenarlarının saptanamaması
3. Sağ böbrek üstünde hava olması
4. Mide havasının yer değiştirmesidir.

Double buble görünümü ise duodenal atrezili çocuklarda karın grafilerinde izlenen bir bulgudur.

Cevap E (*Sayek, Temel Cerrahi, s. 242*)

30.Abdominal travmalarda meydana gelen dalak yaralanmalarının tedavisinde uygulanan dalağı koruyucu operasyonların kontrendikasyonları arasında bulunmayan aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Ağır hiler vasküler yaralanma varsa

GENEL CERRAHI

- b) Splenik hemostaz girişimi başarısız ise
- c) Splenik kopma veya çok parçalanma varsa
- d) Yanı sıra majör yaralanma nedeni ile hastanın durumu stabil değilse
- e) 2 cm ve daha küçük laserasyonlarda

AÇIKLAMA: Dalak yaralanmalarında hemen açılan hastalarda ölüm oranı %0.06 iken nonoperatif yaklaşımlarda bu oran %0-26 arasındadır. Dalak koruyucu operasyon için:

1. Kanamayan kapsüller laserasyonlarda tedavi gerekmez.
2. Minimal kanamalı, minimal laserasyonlarda (2cm) mikrofibriller kollajen ve diğer hemostatik organlar kullanılır.
3. Daha büyük yaralanmalar dikiş ile tamir edilirler.
4. Hilusu içine almayan yaralanmalarda parsiyel splenektomi yapılabilir.

Dalak korucuyu operasyon kontrendikasyonları:

1. Dalak yanısıra majör yaralanma nedeni ile hastanın durumu stabil değilse
2. Dalak kopmuş veya çok parçalanmış ise
3. Ağır hiler vaksüler yaralanma varsa
4. Splenik hemostaz girişimi başarısız ise

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi, s. 245)

31.Aşağıdakilerden hangisi abdominal hernileri önlemede en önemli oluşumdur?

- a) Scarpa fasyası
- b) Transversus abdominis kası
- c) Fascia transversalis
- d) Pariyetal periton
- e) Inguinal ligament

AÇIKLAMA: Abdominal (veya transversalis) fasciasının bütünlüğü abdomen duvarının bütünlüğü için esastır. Eğer bu tabaka bozulmamışsa, herni yoktur. Gerçekte bir herni transversalis fascia'da bir delik olarak tanımlanabilir. Periton ara kapanmasında çok az görev yaparken enfeksiyonun yayılmasına karşı önemli koruma sağlar.

Cevap C (Sayek, temel Cerrahi, 1994, s. 1090)

32.Richter fitiklarında en sık bulunan bağırsak segmenti aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Duodenum
- b) Jejunum
- c) Distal ileum
- d) Sigmoid
- e) Transvers kolon

AÇIKLAMA: Richter fitiklarında kalın veya ince barsak segmentleri bulunabilir. Fakat en sık distal ileum bulunur. Bu fitik karın duvarındaki herhangi bir fitik

orifisinde oluşabilir. Tipik olarak 60-70 yaşlarında ve femoral fitiği olan kadınlarda görülür.

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 1993, s. 1095)

33.Aşağıdakilerden hangisi pelvik bölgede görülebilen fitiklar arasında yer almaz?

- a) Obturator fitiklar
- b) Parastomal fitiklar
- c) Siyatik fitiklar
- d) Perineal fitiklar
- e) Rektum prolapsusu

AÇIKLAMA: Obturator, perineal ve siyatik fitiklar ile rektum prolapsusu pelvik bölgenin fitiklarıdır. Parastomal fitiklar ise iyatrojenik fitiklardır. Bu fitik kolostomi veya reileostominin karın duvarında çıkarıldığı yerde oluşan fitiktir. Kolostomilerin %20'sinde ileostomilerin ise %10'unda parastomal fitiklar görülür.

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi, 1993, s. 1117)

34.Aşağıdakilerden hangisi mide Ca'da inoperabilite kriteri değildir?

- a) Karında asit varlığı
- b) Karaciğerde solid 2x2 cm boyutlarında metastaz
- c) Wirchof nodülü
- d) Krukenberg tümörü
- e) Epigastrik LN tutulumu

AÇIKLAMA: Epigastrik lenf nodu tutulumu stage 2'de meydana gelir. Bu uzak metastaz sayılmayacağı için inoperabl sayılmayacaktır. Fakat diğerlerinin hepsi uzak metastazı sayılacağı için inoperabl sayılırlar.

Cevap E (Sayek, 1995, s. 709)

35.Meme Ca'da survive'i en çok etkileyen aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Aksiller lenf nodlarının tutulması
- b) Tümörün boyutları
- c) Histolojik grade
- d) Östrojen miktarı
- e) Hastanın yaşı

AÇIKLAMA: Yukarıdakilerin hepsi survive'i etkilerken etkili prognostik faktör aksiller LN tutulum oranıdır.

Cevap A (Sayek, 1995, s. 543)

36.Karsinoembriyojenik antijen (CEA)'in en yararlı olduğu uygulama alanı aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Erken tanı
- b) Metastazların ortaya çıkarılması

- c) Lokal invazyonun araştırılması
 d) Operasyondan sonra rekürrens değerlendirilmesinde
 e) Kemoterapiye cevabı değerlendirmek için

AÇIKLAMA: CEA'nin ölçümlerinin en yararlı olduğu klinik uygulama ameliyattan sonra **erken rekürrenslerin tanınmasıdır**. Rekürrenslardan 1-2 ay önce CEA yükselmeye başlamakta ve bu rekürrensin erken yakalanmasında faydalı olmaktadır.

Cevap D (*Sayek, 1995, s. 372*)

37. Tiroidden alınan nodül biyopsisinin patolojik incelenmesinde gözlenen "Psammoma cisimleri" aşağıdaki kanserlerden hangisine spesifiktir?

- a) Papiller karsinom
 b) Folliküller karsinom
 c) Medüller karsinom
 d) Anaplastik karsinom
 e) Lenfoma

AÇIKLAMA: "Psammoma cisimleri" tiroidin papiller karsinomasında görülen spesifik patolojik değişikliklerdir. **Tiroid papiller karsinoması için patognomoniktir**. Papiller karsinomalar tiroidin malignensi-lerin %70'sinden fazlasının oluşturur. **Menenjiomda ve over seröz tümörlerinde** de görülebilen bu cisimler distrofik kalsifikasyon örnekleridir.

Cevap A (*Sayek, Temel Cerrahi, 1993, s. 1203*)

38. Aşağıdakilerden hangisi kolorektal polipler için doğru değildir?

- a) Malignensi riski büyüklükle ilgili olup > 3.5 cm adenomlar için risk %76'dır.
 b) Haggit seviyesi 1-2-3 lezyonlu poliplerde lenf nodu metastazı riski <%1'dir.
 c) Malign poliplerdeki olumsuz risk faktörleri arasında lenfovasküler invazyon, kötü diferansiyasyon, cinsiyet sayılabilir.
 d) Rektumda olan poliplerde lenf nodu metastazı riski düşüktür
 e) Alt üçte bir sesil rektal lezyonlarda tedavi tam kat per anal eksizyon ardından postoperatif adjuvan kemoradyoterapi olabilir.

AÇIKLAMA: Rektumdaki malign poliplerde lenf nodu metastazı diğer kolon bölgelerine göre yüksektir.

Cevap D (*Nivatvongs, Surg Clin N Am, 2002, s. 956-966*)

39. Aksesuar dalağın en az oranda görüldüğü yer aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Gastrosplenik ligament
 b) Splenokolik ligament
 c) Büyük omentum
 d) Pelvis

e) Splenorenal ligament

AÇIKLAMA: Aksesuar dalak en sık dalak hilusunda ardından sırayla; gastrosplenik ligament, splenokolik ligament, splenorenal ligament büyük omentum, ve nadiren pelvis ve skrotumda görülür.

Cevap D (*Schwartz, Principle of surgery, 7. baskı, s. 1501*)

40. Aşağıdakilerden hagnisi Hürtle hücreli karsinom için yanlıştır?

- a) Folliküler hücreli neoplazilerin bir çeşididir.
 b) Radyoaktif iyodu %60 oranında tutar.
 c) Sıklıkla multifokal ve bilateraldir.
 d) Hürtle hücreli karsinom demek için vasküler invazyon olması gereklidir.
 e) Bu hastalarda santral lenf nodlarının diseksiyonu gereklidir.

AÇIKLAMA: Hürtle hücreli karsinomlar radyoaktif iyodu %10 oranında tutarlar.

Cevap B (*Schwartz, Principles of Surgery, 7. baskı, 1999, s. 1685*)

41. Pankreas kanserinden şüphelenildiğinde ilk yapılması gereken tetkik hangisidir?

- a) USG
 b) Spiral BT
 c) Laparoskopi
 d) ERCP
 e) Tümör belirteçleri

AÇIKLAMA: Pankreas kanserinden şüphelenildiğinde en çok bilgi veren tetkik olarak spiral tomografi önerilmektedir.

Cevap B (*Schwartz, Principles of Surgery, 7. baskı, 1999, s. 1490*)

42. Aşağıdakilerden hangisi malign melanom risk faktörleri için yanlıştır?

- a) Küçük nevüslerin sayısı artıka melanom riski artar
 b) Melanositik nevüslerin bulunduğu yerde melanom riski daha fazladır.
 c) Melanomda ailesel yatkınlık çok yüksektir.
 d) Saç ve cilt rengi melanoma riski ile ilgilidir.
 e) Konjenital melanositik nevüslü kişilerde risk yüksektir.

AÇIKLAMA: Melanomda ailesel yatkınlık %6-14 arasındadır.

Cevap C (*Desmond, Surgical Clin N Am, 2003, s. 1-29(18)*)

43. Soliter veya dominant tiroid nodüllerinin değerlendirilmesinde aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

GENEL CERRAHİ

- Çocuk ve yaşlılardaki nodüllerin malign olma ihtimali daha fazladır
- Soliter nodüllerin yaklaşık olarak %15'i maligndir
- İnce iğne aspirasyon biyopsisinin yalancı pozitiflik oranı yalancı negatifliğinden daha fazladır
- Serum tiroglobulin düzeyi tayini malign nodülleri benign olanlardan ayırt etmek amacıyla kullanılmaz
- Nodüllerin yaklaşık olarak %85'i sintigrafik olarak soğuk nodüllerdir

AÇIKLAMA: Tiroid nodüllerinin değerlendirilmesi sırasında sıklıkla başvuru yöntemlerinden birisi olan ince iğne aspirasyon biyopsisinin yalancı pozitiflik oranı yaklaşık olarak %1'dir. Bu tekniğe ait daha önemli problem malign nodülleri atlama riskidir, yani yalancı-negatif sonuçlardır ve bu oran yaklaşık olarak %5'dir.

Cevap C (*Sadler, Principles of Surgery, Vol 2., 7.baskı, 1999, s.1678-81*)

44.Aşağıdakilerden hangisi hipertiroidizmin cerrahi tedavisi için doğru bir tanımlama değildir?

- Hasta operasyondan önce ötiroid hale getirilmelidir.
- Cerrahi tedavi ile hipertiroidizm hızla kontrol altına alınır.
- Malignite şüphesi varsa öncelikle tercih edilmelidir.
- Graves' oftalmopatisi olan hastalarda tercih edilmemelidir.
- Genç hastalarda tercih edilir.

AÇIKLAMA: Hipertiroidizm nedeniyle planlanan gerek radyoaktif iyot ve gerekse cerrahi tedavi öncesinde hasta mutlaka ötiroid hale getirilmelidir. Cerrahi tedavi genç hastalarda, malignite şüphesi olan olgularda, hipertiroidizmin süratle kontrol altına alınmaya çalışıldığı durumlarda ve eşlik eden göz bulguları olanlarda (Graves' oftalmopatisi) özellikle tercih edilmelidir. Hipertiroidizmin nüks etmesi varolan oftalmopatiyi daha da kötüleştirecektir.

Cevap D (*Sadler, Principles of Surgery, Vol 2., 7.baskı, 1999, s.1670-4*)

45.Aşağıdakilerden hangisi tiroidektomi operasyonu için doğru bir tanımlama değildir?

- Hastalar operasyon öncesi ötiroid hale getirilmelidirler.
- Superior laringeal sinirin eksternal dalı mutlaka görülmek zorunda değildir; superior tiroidal arter ve venin dalları tek tek ve tiroid dokusuna yakın olarak bağlanması yeterli olur.
- Total lobektomi yaparken nervus laringeus inferior yaralanması en sık Berry ligamanı düzeyinde olur.

- Rekürren sinir hasarının kalıcı olduğunu söylemek için en az 1 yıl beklemek gerekir.
- Tirotoksikozis için yapılan operasyonlardan sonra hipokalsemi daha nadir görülür.

AÇIKLAMA: Tirotoksikozis nedeniyle yapılan operasyonlar, sekonder ameliyatlara ve total tiroidektomiden sonra hipokalsemi daha sık görülür. Tirotoksikoziste bu komplikasyonun daha sık ortaya çıkmasının major nedeni tirotoksik osteodistrofidir. Tirotoksikoziste osteoklastik ve osteoblastik aktivite artar ve bunun sonucunda hiperkalsemi ve hiperkalsiüri gelişir. Operasyon sonrasında ise kemikler tarafından kalsiyum tutulumu artar ve geçici hipokalsemi daha sık olarak görülür.

Cevap E (*Atmaca, Temel Cerrahi, 2.baskı, 1996, s.1569-83*)

46.Aşağıdaki tanımlamalardan hangisi parathormonun (PTH) etkilerinden birisi değildir?

- Kemikte hem osteoklastik hem de osteoblastik aktiviteyi artırır.
- 1 α -hidroksilaz aktivitesini stimüle ederek böbreklerde 25-hidroksikolekalsiferol'ün 1,25-dihidroksikolekalsiferol'e dönüşümünü artırır.
- Vitamin D sentezini artırarak kalsiyumun GIS'den absorpsiyonunu artırır.
- Böbrekten bikarbonat atılımını artırır.
- Üriner fosfat atılımını azaltarak serum fosfat düzeyini yükseltir.

AÇIKLAMA: Parathormonun hedef organları başlıca böbrekler, iskelet sistemi ve bağırsaktır. Böbreklerin PTH'ya karşı olan major cevabı kalsiyumun tübüler absorpsiyonunu arttırmak, fosforun absorpsiyonunu ise azaltmaktır. Böylece fosfat atılımı artar ve serum fosfat düzeyinde azalma olur. Parathormonun kemikteki etkisi ise osteoklastların remodelling özelliği ve osteoblastik aktivite aracılığıyla olur. Osteoblastlarda PTH reseptörü vardır; bu reseptörlerin aktivasyonu siklik AMP oluşumu ile sonuçlanır. Osteoklastların ise PTH reseptörü yoktur ancak indirekt olarak osteoblastlardaki siklik AMP cevabı ile stimüle edilirler. Parathormonun bir diğer önemli fonksiyonu ise indirekt olarak, böbrekte 25-hidroksivitamin D3'ün, 1-25-dihidroksivitamin D3'e dönüşümünü arttırmaktır. Parathormonun kemik, böbrekler ve bağırsaktaki koordine etkileriyle kalsiyumun ekstrasellüler sıvıya geçişi artar ve serum kalsiyumu yükselir.

Cevap E (*Sadler, Principles of Surgery, Vol 2., 7.baskı, 1999, s.1698*)

47.Aşağıdakilerden hangisi primer hiperparatiroidizmde görülen bulgulardan biri değildir?

- a) Böbrek taşı
- b) Kemik hastalığı
- c) Hipertansiyon
- d) Peptik ülser hastalığı
- e) Ekzoftalmi

AÇIKLAMA: Ekzoftalmi Graves' oftalmopatisinde görülebilen bir bulgudur, primer hiperparatiroidizmde görülmez. Diğerleri ise semptomatik olgularda en sık karşımıza çıkan bulgulardır. Özellikle böbrek taşları (%20) ve osteoitis fibroza sistika olarak adlandırılan kemik hastalığı (%5) en sık karşılaşılan bulgulardır. Hipertansiyon ve kardiyovasküler sisteme ait olan diğer komplikasyonların mortalite ile direkt ilişkili olduğu saptanmıştır.

Cevap E (*Sadler, Principles of Surgery, Vol 2., 7.baskı, 1999, s.1699*)

48.Primer hiperparatiroidizmin tedavisi ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Semptomatik olgularda tedavi hemen her zaman cerrahidir.
- b) Asemptomatik olgularda dahi erken cerrahi girişimin bazı komplikasyonları önlemek bakımından faydalı olduğu görülmüştür.
- c) İyot¹³¹ ile yapılan sintigrafik inceleme paratiroid bezi patolojisinin lokalize edilmesinde oldukça faydalıdır.
- d) Hiperplazi olgularında lokalizasyon çalışmasına sıklıkla gerek yoktur.
- e) Adenom ve hiperplazi olgularında yapılması gereken cerrahi tedavi farklıdır.

AÇIKLAMA: Asemptomatik olgulardan hangilerinin cerrahi tedaviden fayda göreceği, hangi olgulara medikal tedavi verileceği veya sadece takip edilmelerinin yeterli olacağı konusu halen tartışmalıdır. Bu amaçla bazı konsensus kriterleri ortaya konmuştur. Genel olarak kabul gören yaklaşım ise semptomatik olgularda paratiroid eksplorasyonunun yapılmasıdır. Lokalizasyon çalışmasının endike olduğu durumlarda ise tercih edilmesi gereken incelemeler ^{99m}Tc-sestamibi sintigrafisi ve ultrasonografidir. Hiperparatiroidizm adenoma bağlı ise bu adenomu eksize etmek tedavide yeterli olur ancak bezlerde hiperplazi söz konusu ise subtotal paratiroidektomi (3.5 bezin çıkartılması) tercih edilmelidir.

Cevap C (*Krempf GA, Medina JE. Current issues in hyperparathyroidism. The Otolaryngologic Clinics of North America, Vol.36, No.1, 2003, s.207-215*)

49.İn situ meme kanserleri ile ilgili olarak aşağıdaki tanımlamalardan hangisi doğru değildir?

- a) Duktal karsinoma in situ gerçek bir premalign lezyondur
- b) Duktal karsinoma in situ %25-70 oranında invaziv kansere dönüşür
- c) Lobüler karsinoma in situ olgularının büyük kısmı postmenapozaldır ancak erkeklerde de %5 oranında görülebilir
- d) Lobüler karsinoma in situ sıklıkla multisentrik ve bilateraldir
- e) İn situ lezyonların teşhisinde mammografi çok önemli bir görüntüleme yöntemidir

AÇIKLAMA: Lobüler karsinoma in situ sıklıkla premenapozal dönemde ve sadece kadınlarda görülür.

	LCIS	DCIS
Yaş	44-47	54-58
İnsidans	%2-5	%5-10
Klinik bulgular	Yok	Kitle, ağrı, akıntı
Mammografik bulgular	Yok	Mikrokalsifikasyonlar
Premenapozal	2/3	1/3
Senkron invaziv kanser insidansı	%5	%2-46
Multisentrik yerleşim	%60-90	%40-80
Bilateral olma	%50-70	%10-20
Aksiller metastaz	%1	%1-2
Takiben karsinoma gelişimi		
İnsidansı	%25-35	%25-70
Yerleşim şekli	Bilateral	İpsilateral
Taniya kadar geçen süre	15-20 yıl	5-10 yıl
Histoloji	Duktal	Duktal

Cevap C (*Bland, Principles of Surgery, Vol.1, 7.baskı, 1999, s.561-4*)

50.Non-invaziv meme kanseri için aşağıdaki tanımlamalardan hangisi doğru değildir?

- a) Lobüler karsinoma in situ terminal kanal-lobül kompleksinden kaynaklanır.
- b) Duktal karsinoma in situ'da invaziv kansere dönüşüm her zaman duktal tiptedir.
- c) Lobüler karsinoma in situ genellikle daha erken yaşlarda, premenopozal dönemde görülür.
- d) Duktal karsinoma in situ'da memede ağrı, meme başı akıntısı veya kitle şikayeti olabilir.
- e) Lobüler karsinoma in situ'da invaziv kanser primer lezyonun saptandığı yerde ve aynı memede gelişir.

AÇIKLAMA: Lobüler karsinoma in situ belirleyici bir lezyondur yani o hastada invaziv meme kanseri gelişme riskinin 6-12 kat arttığını gösterir ancak gelişecek olan invaziv kanser aynı memenin veya diğer memenin herhangi bir bölgesinde olabilir.

Cevap E (*Bland, Principles of Surgery, Vol.1, 7.baskı, 1999, s.561-4*)

51. Aşağıdakilerden hangisi feokromasitoma için doğru bir tanımlama değildir?

- a) Nöral krestten köken alan kromaffin hücrelerden gelişmektedir
- b) Katekolamin salınımına bağlı hipertansif krizler ile seyreder
- c) Olguların yarısından fazlasında bilateral tutulum söz konusudur
- d) Ekstra-adrenal yerleşimli olanların malignite insidansı daha fazladır
- e) Tanıda idrarda katekolamin metabolitleri olan metanefrin, normetanefrin ve vanil mandelik asit değerlendirilmesi önemlidir

AÇIKLAMA: Feokromasitomanın etiyolojisi tam olarak açıklığa kavuşturulamamıştır. Bu tümör nöral krestten köken alan kromaffin hücrelerden gelişmekte, bu durum diferansiyasyonun herhangi bir aşamasında meydana gelebilmektedir. Tümör erişkinlerde; %80 unilateral adrenal (çoğu sağda), %10 bilateral adrenal, %10 ekstra-adrenal yerleşimlidir. Adrenaldeki feokromasitomaların %10'u, adrenal dışı olanların ise %30'u maligndir.

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 2.baskı, 1996, s.1515-9)

52. Aşağıdaki doğumsal anomaliler içerisinde görülme sıklığı en yüksek olan hangisidir?

- a) İnguinal herni
- b) Hipospadias
- c) Epispadias
- d) Mesane ekstrofisi
- e) Özofagus atrezisi

AÇIKLAMA: İnguinal herni çocuğun en sık karşılaşılan anomalilerinden birisidir. Görülme sıklığı miadında doğan bebeklerde yaklaşık %3-5, prematür bebeklerde ise %9-11 arasındadır. Listedeki diğer anomalilerden hipospadias yaklaşık 300 veya 500'de bir, özofagus atrezisi 4000'de bir, mesane ekstrofisi ve epispadias ise 40000 ve 60000'de bir görülür.

Cevap A (Rowe, Essentials of Pediatric Surgery, 1.baskı, s.397,446,770,748)

53. Aşağıdakilerden hangisi gastroözofajial reflü hastalığı tanısında en güvenilir tanı metodudur?

- a) Baryumlu özofagus, mide-duodenum grafisi
- b) pH-metri
- c) Ultrasonografi
- d) Sintigrafi
- e) Özofagogastroskopi

AÇIKLAMA: Gastroözofajial reflü hastalığının tanısında güvenilirliği en yüksek tanı metodu pH-metridir.

Cevap B (Boix-Ochoa, Pediatric Surgery, 5.baskı, 1998, s.1007)

54. Hiatus hernilerinde fitik kesesi içine girmeyen intraabdominal organ hangisidir?

- a) Kolon
- b) İnce bağırsak
- c) Dalak
- d) Duodenum
- e) Pankreas

AÇIKLAMA: Mide ile birlikte bağlantıları nedeniyle dalak ve pankreasın kuyruk kısmı fitik kesesi içine girebilmektedir. Retroperitoneal olmasından dolayı pankreas başı ve duodenum ise fitik kesesine girmez.

Cevap D (Ergüney, Current Surgical Therapy, 2001, s.1187)

55. Yirmi yaşında bir hastaya ailesinde kolon kanseri öyküsü nedeniyle total kolektomi uygulanıyor. Rezeke edilen kolonda makroskopik incelemede büyüklükleri 0.2-1 cm arasında değişen 200'den fazla tübüler adenom vardır. Hastanın bunun dışında bir lezyonu veya hastalığı yoktur. Aşağıdaki genetik hastalıklardan hangisi bu duruma en çok uymaktadır?

- a) Hereditör non-polipozis kolon kansinomu
- b) Gardner sendromu
- c) Peutz Jeghers sendromu
- d) Adenomatöz polipozis coli
- e) Multipl endokrin neoplazi

AÇIKLAMA: Hereditör non-polipozis kolon kansinomu adından anlaşılacağı gibi polipler içermez. Gardner sendromu familial adenomatöz polipozisin epidermoid kistler, osteomalar, desmoid tümörler ve duodenal veya ampuller adenomlar gibi üst gastrointestinal neoplazmlarla birlikte olan bir durumdur. Peutz Jeghers sendromu mukokutanöz pigmentasyon, tüm gastrointestinal sistemde intestinal düz kas hamartomları ile birlikte olan otozomal dominant geçişli bir sendromdur. Multipl endokrin neoplazi de intestinal ganglionöromalarla seyreden ancak beraberinde medüller tiroid kanseri ve feokromasitoma gibi patolojilerle seyreden bir sendromdur. Tablo sadece adenomatöz polipozis koloniy uymaktadır.

Cevap D (Schwartz, Principles of Surgery, 7.baskı, 1999, s.1332-44)

56. Cushing hastalığının sebebi nedir?

- a) Adrenal bez tümörü
- b) Pituitör bez tümörü
- c) Ektopik ACTH salgılayan tümör
- d) Adrenal kansinom (malign tümör)
- e) Her türlü ACTH salgılayan tümör

AÇIKLAMA: Cushing hastalığı pituitar bezdeki bir tümörden kaynaklanır. Diğer seçeneklerdeki tümörler ise Cushing sendromunu oluştururlar.

Cevap B (*Schwartz, Principles of Surgery, 7.baskı, 1999, s.1635*)

57.İnkarserasyon ve strangülasyon eğilimi en fazla olan fitik tipi aşağıdakilerden hangisidir?

- Spigelian herni
- Femoral herni
- Direkt inguinal herni
- İndirekt inguinal herni
- Umblikal herni

AÇIKLAMA: Strangülasyon, fıtığın en ciddi komplikasyonlarından biridir. Genellikle inkarsere hernilerde ve yaşlılarda gözlenir. **Kasık fıtıklarından femoral fıtıklar en sık strangüle olanlardır.** Kasık fıtıklarından sağda yerleşim gösterenlerde strangüleasyon daha sık gözlenir.

Cevap B (*Donahue, Surgery, 1.baskı, 2001, s.3.23.5*)

58.Aşağıdakilerden hangisi künt karın travması geçirmiş hastada tanınal peritoneal lavaj için kontrendikasyon oluşturur?

- Açık ve kesin laparotomi gereksinimi
- Derhal kraniyotomi gereksinimi
- Kanama nedeniyle forakotomi veya tarafın ambulasyonu için hemen ameliyata alınma gereksinimi
- Şüpheli fizik muayene bulguları
- Önceden aldığı ilaç veya alkol nedeniyle mental durumuna güvenilmeyen hasta

AÇIKLAMA: Yaralıda başka bir nedenle açık laparotomi yapıma kararı verildiğine göre peritoneal lavaj endikasyonu yoktur.

Cevap A (*Peitzman, The Trauma Manual, 1998, s.229*)

59.Seksen yaşındaki bir kadın karın ağrısı ve obstipasyonla geliyor. Muayenesinde afebril olduğu ve hafif taşikardik olduğu, abdomenin distande ve timpanitik olduğu fakat peritoneal bulguların da olmadığı görülüyor. Abdominal röntgende sigmoid volvulusu düşündüren bulgular var. Hasta yönetiminde ilk aşama hangisidir?

- Laksatif ve temizleyici enemalar uygulanması
- Baryum enema
- Rijid sigmoidoskopi
- Sigmoid rezeksiyon
- Transvers kolostomi

AÇIKLAMA: Sigmoidoskopi tıkanık alanın ötesine geçirmek dilate ve gazla dolu bağırsak segmentinin hızlı dekompresyonunu sağlar. Fakat hastalık tekrarlama eğilimindedir ve elektif kolon rezeksiyonu tehlikelidir ve yapılmamalıdır. Transvers kolostomi etkili değildir çünkü belirgin sigmoid distansiyonunu geçirmez.

Cevap C (*Schwartz, 1999, s.1265, 1383*)

60.Pyojenik karaciğer abselerinin en sık nedeni hangisidir?

- Bilier sistem hastalıkları
- Crohn hastalığı
- Ülseratif kolitis
- Kolonda divertikülitis
- Periapendiküler abse

AÇIKLAMA: Karaciğerin piyojenik abseleri karaciğerde santral olarak yerleşmiş tek veya multipl abse odakları halindedir. Enfeksiyon genel olarak distal safra yollarından gelmiştir. **Biliyer sistemden kaynaklanan sebep, karaciğerin piyojenik abseleri arasında %30-50 arasındadır.**

Cevap A (*McNally, Liver Secrets in Liv Apscess Hanley and Belfus Inc, Philadelphia, 1996, s.210*)

61.Kolanjitte bakterilerin safra yollarına girişi hangi yolla olmaz?

- Duodenal içeriğin reflüsü
- Karaciğer ve safra kesesi lenfatikleri
- Portal ven
- Bağırsaklardan translokasyon
- Koledok içi basıncın 30 mmHg'dan yüksek olması

AÇIKLAMA: Bakteriyel translokasyon intestinal iskemi sonrası veya splanknik alanda dolaşan kan hacminin azalması sonrası ortaya çıkar.

Cevap D (*Schwartz, Principles of Surgery, New York: Mc Graw-Hill, 1999, s.1454-5*)

62.Evre Erken meme kanseri olarak adlandırılmaktadır ve yapılabilecek en sınırlı cerrahi'dır ancak Mutlaka eklenmelidir.

- I ve II-modifiye radikal mastektomi-kemoterapi
- I, II ve III-modifiye radikal mastektomi-radyoterapi
- I, II ve III-modifiye radikal mastektomi-radyoterapi+kemoterapi
- I ve II-lampektomi+aksilla diseksiyonu-radyoterapi
- I ve II-lampektomi+aksilla diseksiyonu-kemoterapi

GENEL CERRAHI

AÇIKLAMA: Erken evre meme kanserleri evre I ve II kanserlerdir. Evre III ve IV kanserler ileri evre meme kanserleridir. Yapılabilecek en sınırlı cerrahi lumpektomidir ve evreleme yapabilmek için en azından level 1 aksilla disseksiyonu eklenmelidir. Lokal kontrolün sağlanması için bu cerrahiden sonra radyoterapi yapılmaktadır.

Cevap D (*Faig BW, The M.D.Anderson Surgical Oncology Handbook, 2.baskı, Philadelphia: LW&W, 1999, s.5-9*)

63.Aşağıdakilerden hangisi meme kanserlerinde yüksek risk grubu paramaterlerinden değildir?

- a) Tümör hücrelerinde anöploidi
- b) S faz fraksiyonunun yüksekliği
- c) Duktal karsinoma insitu
- d) Östrojen ve/veya progesteron reseptör negatifliği
- e) Multifokal yayılım

AÇIKLAMA: Diğer seçeneklerin tamamı ve tümör çapının >3 cm olması ve katepsin D düzeyinin yüksek olması yüksek risk taşır.

Cevap C (*Faig BW, The M.D.Anderson Surgical Oncology Handbook, 2.baskı, 1999, s.13-15*)

64.Hangisi hematobilia etiolojisinden sorumlu değildir?

- a) Karaciğer travması
- b) Kolelitiazis
- c) Hepatik arter anevrizma rüptürü
- d) Hepatik abse
- e) Oriental kolanjiyohepatitis

AÇIKLAMA: Diğer seçeneklere ek olarak ascaris lumbricoides, karaciğer tümörleri ve koledokolitiazis hematobilia etyolojisinde sorumlu olabilir.

Cevap B (*Schwartz, Principles of Surgery, 7.baskı, 1999, s.1454-5*)

65.Aşağıdakilerden hangisi diferansiye tiroid kanserlerinde prognoza etki eden faktörlerden değildir?

- a) Lenf nodülü metastazları
- b) Lokal tümör metastazı
- c) Kemoterapi
- d) Radyoaktif iyot tedavisi
- e) TSH supresyon tedavisi

AÇIKLAMA: Diferansiye tiroid kanserlerinde prognoza etki eden faktörler şöyle sıralanabilir: Yaş, cins, histolojik tip, lokal tümör invazyonu, lenf nodülü metastazları, uzak metastazlar, tümörün büyüklüğü, multifokal tümörler, cerrahi tedavi genişliği, TSH

supresyon tedavisi, radyoaktif iyot tedavisi. Diferansiye tiroid kanserlerinde antikanser ilaçların etkinliği çok az saptanmıştır. Bunun için diferansiye tiroid kanserlerinin prognozunda etkili bir faktör olarak gösterilmiştir.

Cevap C (*Ünal, Tiroid Hastalıkları, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, 2000, s.398-416*)

66.Aşağıdakilerden hangisi DPL endikasyonu değildir?

- a) Kapalı kafa travması
- b) Şuurun kapalı olması
- c) Şüpheli batın bulgusu
- d) Kolumna vertebralis yaralanması
- e) Gebelik

AÇIKLAMA: DPL'nin tek mutlak kontrendikasyonu laparotomi endikasyonunun konulduğu hastalardır. Geçirilmiş batın ameliyatı, gebelik, aşırı şişmanlık relatif kontrendikasyonlardır.

Cevap E (*Pusane, Karın Travmaları, 1.baskı, İstanbul: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, 1994, s.6*)

67.Aşağıdakilerden hangisi perianal fistül şekillerinden değildir?

- a) Sfinkterik
- b) İntersfinkterik
- c) Transsfinkterik
- d) Suprasfinkterik
- e) Ekstrasfinkterik

AÇIKLAMA: Fistül, epitel ile kaplı yüzey arasında anormal bağlantı olarak tanımlanır. Anal fistül ise anal kanal ve perianal cilt arasındaki anormal bağlantı olarak adlandırılır. Fistül çeşitleri:

-İntersfinkterik: Fistül kanalı intersfinkterik bölgede seyrederek.

-Transsfinkterik: Fistül kanalı eksternal sfinkterler arasından seyrederek iskiyorektal mesafeden cilde uzanır.

-Suprasfinkterik: Fistül kanalı sfinkterlerin üst kısmından levator bölge ile ilişkilidir.

-Ekstrasfinkterik: Sfinkterler ile fistül kanalının ilişkisi yoktur.

Cevap A (*İnceoğlu, Anüs ve Rektum Hastalıkları ve Tedavisi, 1.baskı, 1991, s.71*)

68.Yirmiiki yaşında erkek hasta, sağ alt kadransında ağrı şikayeti ile acile başvuruyor. Akut apandisit şüpheleniliyor. Hasta sol yana

yatırılarak ekstansiyona getirildiğinde ağrısının arttığını söyler. Hastaya hangi test uygulanmıştır?

- a) Obturatuvar testi
- b) Rovsing belirtisi
- c) Rebaund belirtisi
- d) Defans
- e) İleopsoas belirtisi

AÇIKLAMA: Akut apandisit düşünülen hastada tipik muayene oldukça önemlidir. Rovsing belirtisi sağ alt kadrandan sol tarafa doğru bası yapıldığında bağırsak gazlarının yer değiştirmesine bağlı olarak sağ alt kadranda ağrı duyması testin pozitif olduğunu gösterir. Psoas testinde hasta sol yana yatırılarak sağ bacak yavaşça ekstansiyona getirilir ve bu durumda ileopsoas kası gerilerek ağrı oluşturur. Obturatuvar testinde hasta sırtüstü yatırılır, sağ uyluk fleksiyonda iken pasif içe rotasyon yaptırılır, ağrı olursa test pozitif kabul edilir.

Cevap E (*Kalaycı, Genel Cerrahi, 1.baskı, 2002, s.260*)

69.Portosistemik şant yapılmış bir hastada hepatik ensefalopati gelişme riski en az olanı aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Proksimal splenorenal şant
- b) Uç yan portal şant
- c) Distal splenorenal şant
- d) Yan yana portokaval şant
- e) İnterpozisyon mezokaval şant

AÇIKLAMA: Distal splenorenal şantta erken dönemde portal akım %85'in üzerinden sürdürülebilir. Süperior mezenterik venden gelen kan akımı nedeni ile karaciğer kan akımı devam ederken kısa gastrik venler ve dalak üzerinden özofagial varisler dekomprese edilebilmektedir. Karaciğer kan akımının sürmesinden dolayı postoperatif ensefalopati riskinin daha az olduğu düşünülebilir.

Cevap C (*Sayek, Temel Cerrahi, 2.cilt, 2.baskı, Ankara: Güneş Kitabevi, 1996, s.1228*)

70.Herediter meme/over sendromu aşağıdaki genlerden hangisinin bulunmasında en yüksektir?

- a) p53 geni
- b) BRCA-1 geni
- c) BRCA-2 geni
- d) RAS geni
- e) Retinoblastom geni

AÇIKLAMA: BCRA-1 geni herediter meme/over kanseri sendromu ile yakından ilişkilidir. Bu sendroma sahip hastaların %75-90'ında BRCA-1 geni pozitifdir. Geriye kalan %10-25'inde ise BRCA-2 geni bulunur.

Cevap B (*Kalaycı, Genel Cerrahi, 1.baskı, 2002*)

71.Aşağıdakilerden hangisi absorblabl cerrahi sütün materyali değildir?

- a) Krome katgüt
- b) Poliglukolik asit
- c) Poliglaktik asit
- d) Polidiaksanon
- e) Polipropilen

AÇIKLAMA: Polipropilen sütün malzemeleri sentetik non-absorbable'dır. Krome katgüt doğal absorbable, diğerleri ise sentetik absorblabl sütün malzemeleridir. Sentetik absorbable sütün malzemeleri 50-180 gün arasında absorbe olurken, doğal absorblabl sütün malzemesi olan krome katgüt 21 günde absorbe olur.

Cevap E (*Russell, Bailey&Love's Short Practice of Surgery, 23.baskı, 2000, s.849*)

72.Aynı türden fakat genetik eşitliği olmayan canlılar arasında nakledilen doku veya organa verilen isim aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Ototreft
- b) İzotreft
- c) Allogreft
- d) Ksenogreft
- e) Heterogreft

AÇIKLAMA: Ototreft; aynı kişide organın çıkartılıp başka yere transplante edilmesi,
İzotreft; aynı yumurta ikizlerinde (genetik olarak aynı) organ nakli,

Allogreft (=homogreft); aynı türde ancak genetik olarak aynı olmayan kişiler arasında yapılan organ nakli,

Ksenogreft; bir türden başka bir türe organ nakli,
Heterogreft=Ksenogreft

Cevap C (*Schwartz, Principles of Surgery, New York: Mc Graw-Hill, 1999, s.363*)

73.Aşağıdakilerden hangisi kolorektal kanserler için risk faktörü değildir?

- a) Villöz adenom
- b) Familiyal polipozis
- c) Ülseratif kolitis
- d) Crohn kolitisi
- e) Somatostatinoma

AÇIKLAMA: Villöz adenomalar tüm neoplastik adenomaların %10'unu oluştururlar ve klasik olarak kabul edilen malignite oranları %40'tır. Familiyal adenomatozis koli otozomal dominant bir hastalıktır ve değişmez bir şekilde ve özellikle 40 yaşından önce malign karakter kazanır. Ülseratif kolit premalign bir hastalıktır ve yüksek oranda kolon kanseri riski taşır. Bu hastalığın kronikliği ve kolonik mukozal tutulumun genişliğine bağlıdır. Crohn hastalığı, ülseratif

GENEL CERRAHI

kolondan daha az olmakla beraber malignleşme gösteren inflamatuvar bağırsak hastalığıdır. Somatostatinoma ise pankreasın adacık hücreli bir tümördür ve kolorektal kanser gelişimi için bir risk faktörü değildir.

Cevap E (Schwartz, Principles of Surgery, 1999, s.1314,1330,1342)

74.Aşağıdakilerden hangisi primer karaciğer tümörlerinde karaciğer rezeksiyonu kontrendikasyonlarından değildir?

- Operatif mortalitenin beklenen sağkalımdan daha fazla olduğu durumlar
- Erken evre siroz bulguları
- İleri derecede siroz varlığı
- Tümörün her iki lobu tutması
- Tümörün karaciğer dışına yayılması

AÇIKLAMA: B seçeneği dışındakilerin hepsi rezeksiyon için kontrendikasyon teşkil eder ve bunlara ilave olarak santral yerleşimli tümörlerde ve APACHE II skoru >10 olanlarda karaciğer rezeksiyonu kontrendikedir.

Cevap B (Corson, Surgery, 1.baskı, Mosby, 2001, s.3.11.17)

75.Aşağıdakilerden hangisi total parenteral nütrisyon endikasyonu değildir?

- Kısa bağırsak sendromu
- Anoreksia nervosa
- Bilinci kapalı hastalar
- Reversibl böbrek yetmezliği
- Deserebre hastalar

AÇIKLAMA: TPN'nin kontrendikasyonları şunlardır:

- Hemodinamik instabilite
- Enteral yolun kullanılabilmesi hastalar
- 8 cm'den kısa bağırsağı mevcut çocuklar
- Deserebre ve dehumanize çocuklar

Cevap E (Ceylan, Cerrahi, 1.baskı, Ankara: Türkiye Klinikleri, 1996, s.44)

76.Beslenme endikasyonu olan cerrahi bir hastada protein katabolizmasını en aza indirmek için verilecek olan "protein dışı kalori/azot oranı" ne olmalıdır?

- 10/1
- 50/1
- 150/1
- 250/1
- 500/1

AÇIKLAMA: Cerrahi bir hastada protein katabolizmasını en aza indirmek için yeteri kadar nonprotein kalori (karbonhidrat ve yağ) verilmelidir. Bu "protein dışı

kalori/azot oranı" 100-150/1 olmalıdır. Bu oranın altına inildiğinde verilen proteinler enerji kaynağı olarak kullanılır.

Cevap C (Özen N, Cerrahi hastalarda beslenme. Genel Cerrahi, 1996, s.58)

77.Retroperitoneal hematoma aşağıdakilerden hangisi hariç eksplore edilmelidir?

- Hematomda genişleme
- Pelvik kırıkla beraber olan hematomlar
- Küçük omentum arkası lokalize olanlar
- Hepatik fleksura laserasyonuna bağlı olarak gelişen hematomlar
- Splenik fleksura laserasyonuna bağlı olarak gelişen hematomlar

AÇIKLAMA: Pelvisteki hematomlar kırık sonucu meydana gelmiş ise ve iliak damarlarda hasar olmadığı anjiyo ile tespit edilmişse bu hematomları açmamak gerekir.

Cevap B (Schwartz, Principles of Surgery)

78.Epifrenik divertikül sıklıkla aşağıdakilerden hangisiyle ilişkilidir?

- Barret özofagus
- Tüberküloz
- Hiperasidite-reflü özofajit
- Hiatal herni
- Duodenal ülser

AÇIKLAMA: Epifrenik divertiküller özofagusun 10 cm'lik alt kısmında görülen divertiküllerdir. Çoğunlukla pulsiyon divertikülü şeklindedir. Oluşmalarında, artmış intraözofagial basıncın sorumlu olduğu düşüncesi yaygındır. Ayrıca bu tür divertikülü bulunan hastalarda difüz özofagus spazmı, kardiyospazm ve özofajit gibi patolojilere sık rastlanması bu düşüncüyü kanıtlar niteliktedir. **Olguların ¾'ünde hiatal herni divertiküle eşlik eder.**

Cevap D (Maingot's Abdominal Operations, 10th ed, s.852)

79.Aşağıdaki ifadelerden yanlış olanı işaretleyiniz.

- Dielafoy lezyonu, gastrik mukozal uç arterde basınç nekrozu sonucu oluşur.
- Menetrier hastalığında nadiren hipoproteinemi gelişir ve total gastrektomiye gerektirir.
- Mukus, mukoprotein özelliğinde organik bir maddedir.
- Gastrik epitelin hidrofobik yapısı akut gastrik mukozal zedelenmeyi önler.
- Parietal hücrelerde, prostaglandin ve somatostatatin reseptörleri de bulunur.

AÇIKLAMA: Mukus mukoprotein değil, fakat glikoprotein özelliğindedir. Diğer şıklar doğrudur.

Cevap C (Schwartz et al. Principles of Surgery, 7.baskı. New York: Mc Graw Hill, 1999, s.1187)

80.Kırkdört yaşında erkek hasta, üst GİS kanamasıyla başvurdu. 24 saat içinde 7 ünite kan transfüzyonu yapıldı. Endoskopide bulbus duodenide 3.5 cm çapında kanayan benign ülser tespit edildi, ancak kanama durdurulamadı. Aşağıdaki işlemlerden hangisi tercih edilir?

- Ülsere primer sütür+vagotomi+pilorooplasti
- Ülsere primer sütür+Helicobacter pilori tedavisi+Lansoprozol
- Ülsere primer sütür+vagotomi+antrektomi+ Bill-roth I ameliyatı
- Ülsere primer sütür+vagotomi+antrektomi+ Bill-roth II ameliyatı
- Ülsere primer sütür+PGV

AÇIKLAMA: Tıbbi tedaviye cevap şansı az olan, iyileşse dahi stenoza yol açabilecek bir ülser tarif ediliyor. Nüks şansı en düşük olan ve mide sıvısını jejunuma boşaltan ve D şıkkinında tarif edilen ameliyat tercih edilir.

Cevap D (Schwartz et al. Principles of Surgery, 7.baskı. 1999, s.1198)

81.Açlıkta nöroendokrin refleksi başlatan temel uyaran hangisidir?

- Hipoglisemi
- Proteoliz
- Serbest yağ asidi miktarında artma
- Keton cisimlerinde artma
- Adrenalin miktarında artma

AÇIKLAMA: Açlıkta nöroendokrin refleksi başlatan temel uyaran hipoglisemidir. İnjüri ve strese ise tam tersine hiperglisemi vardır.

Cevap A (Malazgirt Z, Travmaya Endokrin ve Metabolik Cevaplar, Genel Cerrahi, 1996, s.10)

82.İntestinal obstrüksiyon açısından aşağıdaki ifadelerden yanlış olanı işaretleyiniz.

- İntestinal obstrüksiyonla başvuran hastaların %60-80'inde sebep postoperatif adezyonlardır
- Bağırsak duplikasyonları, obsturasyon tipi obstrüksiyon nedenidir
- Afyon alkaloidleri, beta-adrenerjik agonistler ve antihistaminikler psödoobstrüksiyona yol açabilir
- İntestinal gazın %12'sini oksijen oluşturur
- Bağırsak distansiyonuna cevap olarak prostaglandin salgınımı artar, bu da tıkanmış bağırsakta sekresyonu artırır

AÇIKLAMA: Bağırsak duplikasyonları intraluminal (obsturasyon) değil, intramural obstrüksiyon nedenidir.

Cevap B (Schwartz et al. Principles of Surgery, 7.baskı. 1999, s.1054-1055)

83.Aşağıdakilerden hangisi kanama zamanının oluşumunda rol oynamaz?

- Trombosit
- ADP
- TF4
- Mg
- Faktör VIII

AÇIKLAMA: Faktör VIII düzeyindeki değişiklikler kanama zamanını etkilemez. Kanama zamanını belirleyen başlıca faktörler, damar duvarının yapısı, trombosit ve bunların agregasyonunda rol oynayan faktörler

Cevap E (Schwartz, Principles of Surgery, 7.baskı, 1999, s.77-9)

84.Peritonitte yanlış işaretleyiniz.

- Visseral periton ağrıya duyarsızdır.
- İnflamasyon sonucu 5-8 lt sıvı dolaşımdan kaybolur.
- Vücut adrenal yolla sıvı ve elektrolit kaybını önlemeye çalışır.
- Peritonitin teşhisinde fizik bulgular anamnezden daha değerlidir
- Karın oskültasyonunda artmış bağırsak gazları nedeniyle kalp sesleri yansıması duyulur

AÇIKLAMA: Visseral periton otonomik sinir sistemi ile innervedir ve ağrıya duyarsızdır. Peritonit sonucu intravasküler alandan üçüncü boşluğa 5-8 lt sıvı kaçıışı olur. Adrenal bezden salınan hormonlarla sıvı ve elektrolit kaybı önlenmeye çalışılır. Teşhiste fizik bulgular anamnezden daha değerlidir. Karın oskültasyonunda kalp seslerinin yansıma şeklinde duyulması yoktur.

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi, s.1057)

85.Aşağıdakilerden hangisi ülseratif kolitin özelliği olmaz?

- Psödopolipler
- Rektum tutulumu
- Terminal ileum tutulumu
- Mezorektum tutulumu
- Artralji

AÇIKLAMA: Ülseratif kolitin en tipik özelliği bağırsak mezosunun olaya katılmamasıdır.

Cevap D (Schwartz, Principles of Surgery, 7.baskı, 1999, s.1238-48)

86.Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Gardner sendromu premalign bir hastalıktır
- b) Kolon divertiküllerinin en önemli komplikasyonu kanama ve divertikülitir
- c) Divertikülitin teşhisinde en doğru bilgiye endoskopi ile ulaşılır
- d) Kolon tümörlerinin %55-60'ı rektosigmoid bölgede yerleşir.
- e) Kolon kanserlerinde hematojen yayılım sırasıyla karaciğer, akciğer, kemik, böbrek, merkezi sinir sistemi

AÇIKLAMA: Divertikülit esnasında perforasyon komplikasyonunu çok arttıracığından endoskopi yapılmaz.

Cevap C (Schwartz, Principles of Surgery, 7.baskı, 1999, s.1203-1207, 1259-1270)

87.Aşağıdakilerden hangisi GiS kanaması olarak değerlendirilmez?

- a) Burun kanaması
- b) Peptik ülser kanaması
- c) Kolon tümöründen olan kanama
- d) Divertikülozis
- e) Anal fissür

AÇIKLAMA: Burun kanaması GiS kanaması olarak değerlendirilmez.

Cevap A (Schwartz, Principles of Surgery, 1999, s.1061-7)

88.Portal hipertansiyon açısından aşağıdaki ifadelerden yanlış olanı işaretleyiniz.

- a) Accessory sappey venleri hepatopetal sirkülasyonu temsil eder.
- b) Çocuklardaki portal hipertansiyonda, kanamaların %90'ı yedi yaşından önce gerçekleşir.
- c) Warren ameliyatında genel portal basınçta bir düşme olmaz.
- d) Denver şantının portal basınç üzerine etkisi yoktur.
- e) Schistomiasise bağlı portal hipertansiyonda OHVP (oklusalif hepatik ven basıncı) yüksektir.

AÇIKLAMA: Çünkü, schistomiasise bağlı portal hipertansiyon presinüsoidal tiptedir. Bunlarda OHVQ yükselmez. Diğer şıklar doğrudur.

Cevap E (Schwartz et al. Principles of Surgery, 7.baskı, 1999, s.1427)

89.Hiperplastik polipler için aşağıdakilerden hangisi doğru değildir?

- a) Genellikle 5 mm'den küçüktür.
- b) Sesildir.
- c) Distal kolonda daha çok görülür.
- d) İnce bağırsakta daha çok görülür.
- e) Üzerinde normal mukozal alanlar bulunur.

AÇIKLAMA: Hiperplastik polipler kolonda görülür. Malignite riski yoktur.

Cevap D (Gastroenteroloji, Colonic Polyps. s.1657)

90.Kolorektal kanserler için premalign oluşum en çok hangisidir?

- a) Familial adenomatöz polip
- b) Juvenil polip
- c) Hiperplastik polip
- d) Sesil polip
- e) Soliter polip

AÇIKLAMA: Kolorektal kanserlerin büyük çoğunluğunun etiyojisi ne olursa olsun adenomatöz poliplerden köken aldığına inanılır. Basit olarak mukozal yüzeyden lümeneye doğru gelişim gösteren ve çıplak gözle görülebilen oluşumlara polip denmektedir ve bunlar patolojik olarak; non-neoplastik hamartomalar (Juvenil Polip), hiperplastik polip ve adenomatöz polip olarak sınıflandırılırlar. Bunlar içerisinde adenomatöz polipler açıkça premalign lezyonlardır.

Klinik olarak adenomatöz poliplerin kanser olma ihtimalleri makroskopik görünümüne, histolojik tiplerine ve büyüklüklerine bağlıdır. Adenomatöz polipler saplı veya sapsız olabilirler. **Kanser gelişimi daha çok sapsız poliplerde görülür.** Histolojik olarak ise tübüler, villöz veya tübülovillöz olabilir. **Villöz adenomların çoğu sapsızdır ve tübüler adenomlara göre 3 kez daha fazla kanserleşme oranına sahiptirler.**

Cevap A (Gastroenteroloji, Malignant Tumors of the Colon. s.1780)

91.İnce bağırsakların en sık görülen sarkomu hangisidir?

- a) Fibrosarkom
- b) Kaposisarkom
- c) Anjiyosarkom
- d) Liposarkom
- e) Leiomyosarkom

AÇIKLAMA: İnce bağırsakta en sık rastlanan benign lezyonlar leiomyomlardır. En sık jejunumda görülür. Lipomlar ince bağırsaklarda ikinci sıklıkla görülen lezyonlardır. İnce bağırsağın malign lezyonlarının %20'si sarkomlardır. **En sık görülen sarkom**

leiomyosarkomlardır. En sık 50-60 yaşlarında görülür.

Cevap E (*Michael G Sarr. Small Bowel Tumors. Camarob Surgical Therapy, 4th ed., 1999*)

92.Akut pankreatitli bir hastanın tanı ve tedavisinde en yararlı olan yöntem hangisidir?

- a) Ultrason
- b) ERCP
- c) Magnetik rezonans tetkiki
- d) Kontrastlı bilgisayarlı tomografi
- e) Kolanjiyo MR

AÇIKLAMA: Akut pankreatitte ortaya çıkan paralitık ileus tablosu ultrasonografik incelemelerin başarısını büyük ölçüde azaltmaktadır. Diğer taraftan kontrastlı BT özellikle pankreatite bağlı nekrozların gösterilmesinde daha etkili olmaktadır.

Cevap D (*Mulvihill S. Pancreas. In: Norton JA, ed. Surgery Basic Science and Clinical Evidence. 2001, s.523-526*)

93.Trombosit sayısının en az kaç olması halinde cerrahi sırasında yeterli hemostaz olması beklenir?

- a) 20 000
- b) 50 000
- c) 100 000
- d) 140 0000
- e) 200 000

Cevap B (*Jarrell, surgery, 1996, s. 12*)

94.Kardiyak arrest gelişen bir hastada uygulanan kardiyopulmoner resüsitasyon başarılı olabilmesi için en önemli belirleyici aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Miyokard kan akımının miktarı
- b) Serebral perfüzyon yeterliliği
- c) Pulmoner oksijenasyonun düzeyi
- d) Böbrek kan akımının yeterliliği
- e) Pulmoner perfüzyonun miktarı

Cevap A (*Shoemaker, Textbook of Critical Care, 2001*)

95.Aşağıda tanımlanan yoğun bakım hastalarından hangisinde aspirasyon riski en azdır?

- a) Bilinci kapalı hasta
- b) Asidi olan hasta
- c) Trakeostomili hasta
- d) Nöromusküler hastalığı olan hasta
- e) Obstrüktif sarılığı olan hasta

Cevap C (*Shoemaker, Textbook of critical care, 2001*)

96.Kolorektal karsinomlarda prognostik açıdan en az

öneme sahip faktör aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Tümörün duvardaki derinliği
- b) Tümörün boyutu
- c) Bağırsak perforasyonu
- d) Yüksek karsinoembriyonik antijen (CEA) düzeyleri
- e) Venöz veya perinöral invazyon

Cevap B (*Schwartz Principle of Surgery, 7. baskı, s. 1350-1351*)

97.Travma nedeniyle splenektomi uygulanan postoperatif 7. günde bir komplikasyon gelişmeyerek taburcu edilen hastanın yapılan periferik yayması aşağıdakilerden hangi özelliği gösterir?

- a) Megakaryosit (trombosit) sayısında azalma
- b) Howell-Jolly cisimcikleri içeren eritrosit sayısında artış
- c) Granülositopeni
- d) Hipokromik eritrositler
- e) Lenfositoz

Cevap B (*Schwartz, Principles of Surgery, 7. baskı, 31. bölüm, s. 1502*)

98.Muayenede aşağıdaki bulgulardan hangisinin varlığı saptandığında üst gastrointestinal sistem kanaması tanısı kesin olarak konulabilir?

- a) Hematokezya saptanması
- b) Hemoptizi saptanması
- c) Hematemez saptanması
- d) Gaitada gizli kan saptanması
- e) Melena saptanması

Cevap C (*Schwartz, Principles of surgery, 7. baskı, 22. bölüm, s. 1061*)

99.Safra kesesi kanserleri için aşağıdakilerden hangisinin prognozu en kötüdür?

- a) Kese duvarının tam kat tutulması
- b) Musküler tabakanın tutulması ve sistik kanal lenf nodu metastazi
- c) Karaciğer invazyonu
- d) Submukoza tulumu ve çölyak lenf nodu tutulumu
- e) Karsinoma in situ

Cevap D (*Blumgart, Surgery of the Liver and Biliary Tract, 13. baskı, 53. bölüm, s. 1001*)

100.Lokal ilerlemiş meme kanseri için hangisi yanlıştır?

- a) Meme cildi tutulmuştur
- b) Kostalar tutulmuştur
- c) Pektoralis majör kası tutulmuştur
- d) Serratus anterior kası tutulmuştur
- e) Klinik olarak internal mamari lenf nodları

GENEL CERRAHI

tutulmuştur

Cevap C (Schwartz, Principle of Surgery, 7. baskı, 14. bölüm, s. 560)

101. Bir erkek hasta için tiroidektomi ameliyatından sonra sıvı gıdaları aspire etmektedir. Büyük olasılıkla ne olmuştur?

- a) inferior laringeal sinir yaralanması
- b) Trakea yaralanması
- c) Özegagus yaralanması
- d) Superior laringeal sinir yaralanması
- e) Hematom

Cevap A (Schwartz, Principle of Surgery, 7. baskı, 36. bölüm, s. 1692)

102. Aşağıdakilerden hangi sıvı aşırı miktarda kaybedilirse metabolik asidoz gelişir?

- a) Parotis salgısı
- b) Safra
- c) Mide sıvısı
- d) Pankreas salgısı
- e) İdrar

Cevap D (Schwartz, Principle of Surgery, 7. baskı, 2. bölüm, s. 62)

103. Aşağıdakilerden hangisi Ogilvie Sendromu'nun etiolojisinde yer almaz?

- a) Nöroleptik ilaçlar
- b) Opiatlar
- c) Ağır metabolik hastalıklar
- d) Ciddi akut hastalıklar
- e) Sol kolon tümörleri

Cevap E (Schwartz, Principle of Surgery, 7. baskı, 26. bölüm, s. 1275)

104. Aşağıdakilerden hangisi Crohn'un makroskopik bulgusu değildir?

- a) Bağırsak duvarında kalınlaşma
- b) Mezenter lenfadenopatiler
- c) Serozada inflamasyon
- d) Kolon çapının normal olması
- e) Kolonun mezenterik yağ tarafından sarılması

Cevap E (Schwartz, Principles of Surgery, 7. baskı, 26. bölüm, s. 1313)

105. Yirmidört yaşında bekar, indirekt inguinal hernisi olan profesyonel bir sporcuda hangi tedaviyi öncelikle tercih edersiniz?

- a) Posterior preperitoneal herniorafi
- b) Anterior greftli herniorafi
- c) Laparoskopik ekstraperitoneal greft herniorafi

- d) Laparoskopik intraperitoneal greft herniorafi
- e) Greftsiz ileopubik trakt onarımı

Cevap E (Nyhus, Cheapter 7-8, s. 137-184)

106. Akut karın ön tanısıyla acil serviste görülen henüz tanısı kesinleşmemiş bir hastaya aşağıda uygulananlardan hangisi veya hangileri doğrudur?

- I) Tam karın, tam idrar mutlaka bakılmalıdır
- II) Hastanın ağrısını rahatlatmak için analjezik yapılmalıdır
- III) Enfeksiyonun peritoneal kaviteye ve sistemik dolaşma erişmesi olasılığına karşılık derhal antibiyotik başlanmalıdır
- IV) Ayakta ve yatarak direkt karın grafisi çekilmelidir
- V) Tanı koymakta zorlanılırsa, hasta acil serviste gözleme alınıp ardışık fizik bakıyla kontrol edilip tanıya gidilmeye çalışılır

- a) I,II,III,IV
- b) I,IV
- c) I,IV,V
- d) IV,V
- e) I,II,V

Cevap C (Lange, Current Surgical Diagnosis and Treatment, 11. baskı, 22. bölüm, s. 510)

107. Akut pankreatitte mutlak cerrahi tedavi endikasyonu hangisidir?

- a) İnfekte nekroz varlığı
- b) Steril nekroz varlığı
- c) Psödokist gelişmesi
- d) Hafif ödemli alkolik pankreatit
- e) Karaciğer testlerinde bozulma

Cevap A (Schwartz, Principles of Surgery, 7. baskı, 30. bölüm, s. 1479)

108. Özofagus varis kanamalı Child-C evresinde hastada hangi tedavi şeklini önerirsiniz?

- a) Distal splenorenal şant
- b) Endoskopik skleroterapi + karaciğer nakli
- c) Konservatif tedavi
- d) Azigo-portal dekonneksiyon
- e) β -reseptör blokörü ilaç

Cevap B (Schwartz, Principles of Surgery, 7. baskı, 28. bölüm, s. 1422)

109. Hangisi strangülasyon tipi tıkanma değildir?

- a) Sigmoid volvulus
- b) Adeziv band tıkanması
- c) Safra taşı tıkanması
- d) İleo-ileal invaginasyon

e) Kesi fitiği boğulması

Cevap C (*Schwartz, Principles of Surgery, 7. baskı, 22. bölüm, s. 1057*)

110. Emergency room torakotomi (Acil odası torakotomisi) endikasyonları aşağıdakilerden hangisi değildir?

- a) Kalp masajı yapmak
- b) Kalp tamponadını boşaltmak
- c) Aorta kros klemp koymak
- d) Açık pnömotoraks tedavisi
- e) Massif hemotoraks tedavisi

Cevap D (*Cameron, Current Surgical Therapy, 8th ed, s. 910*)

111. Aşağıdakilerden hangisi şok takibinde kullanılan ileri hemodinamik ve spesifik parametrelerden değildir?

- a) Kan laktat düzeyi
- b) İntramukozal pH ölçümü
- c) Baz açığı
- d) Miks venöz oksijen satürasyonu
- e) CVP

Cevap E (*Cameron, Current Surgical Therapy, 8th ed 2004, s.957*)

112. Aşağıdaki hangi durumda, aksiller örnekleme veya küretaj gereklidir?

- a) Atipik duktal hiperplazi
- b) Lobuler karsinoma in situ
- c) Mikroinvaziv duktal karsinoma insitu
- d) High grade duktal karsinoma in situ
- e) Atipik lobuler hiperplazi

Cevap C (*Cameron, Current Surgical therapy 8th ed, 2004, s.633*)

113. Sağ fleksuradaki bir kolon kanseri için, ameliyatta proksimal sınır olarak hangisini seçersiniz?

- a) Tümör bitiminden itibaren 5 cm proksimal kolon
- b) Çıkan kolon ortası
- c) Çekum başlangıcı
- d) İleoçekal valv hizası
- e) İleoçekal valvden 10 cm. ileuma doğru

Cevap E (*Cameron Current Surgical Therapy 8th ed, 2004, s.213*)

114. Mide kanseri için yapılan sınıflamada, mide lenf bezlerinden hangi grup, N1 grubunda yer almaz ?

- a) Sol parakardiyak

b) Sağ parakardiyak

c) Çöliyak

d) Subpilorik

e) Supra pilorik

Cevap C (*Cameron, Current Surgical therapy 8th ed 2004, s.96*)

115. İnce bağırsak kapalı urve obstrüksiyonunda en belirgin başlangıç semptomu nedir ?

- a) Karın ağrısı
- b) Obstipasyon
- c) Karında distansiyon
- d) Karında rijidite
- e) Ateş

Cevap A (*Cameron, Current Surgical therapy 8th ed. 2004, s.154*)

116. Kırkbeş yaşında kadın hasta araç içi trafik kazası geçiriyor. Çekilen karın tomografisinde tesadüfen sağ adrenal bezde 2 cm'lik solid bir nodül saptanıyor. Adrenal fonksiyonlar değerlendirildiğinde anormal bir şey saptanmıyor. Aşağıdakilerden hangisi önerilir?

- a) Adrenalectomi
- b) 5 mg prednizolon ile supresyon testi
- c) 3 ay sonra karın tomografisi ile kontrol
- d) Laparoskopik yaklaşımla eksizyonel biyopsi
- e) Laparotomik kitle ekstirpasyonu

Cevap C (*Cameron, Current Surgical therapy 8th ed, 2004, s.568*)

117. Aşağıdakilerden hangisi Crohn hastalığında cerrahi gerektiren nedenlerden biri değildir?

- a) İnternal fistül ve abseler
- b) Perianal hastalık
- c) Şiddetli ishal atakları
- d) Bağırsak tıkanıklığı
- e) Toksik megakolon

Cevap C (*Schwartz, Principles of Surgery 7th ed, 1999, s 1324*)

118. Portal hipertansiyon etiyolojisinde aşağıdakilerden hangisi yer almaz?

- a) Budd Chiari sendromu
- b) Siroz
- c) Hemokramatozis
- d) Kolesistit
- e) Wilson hastalığı

Cevap D (*Schwartz, Principles of Surgery, 7th ed, 1999, s.1415*)

GENEL CERRAHI

119. Akut pankreatit etyolojisinde hangisi yer almaz?

- a) Alkol kullanımı
- b) Travma
- c) Hiperlipidemi
- d) Kalıtsal
- e) Gastroenterit sonrasında

Cevap E (Schwartz, Principles of Surgery, 7th ed, 1999, s.1473)

120. Aşağıdakilerden hangisi primer peritonit nedenleri arasında yer almaz?

- a) Çocuklarda spontan peritonit
- b) Ayaktan periton diyalizi gören hastalarda gelişen peritonit
- c) Tüberküloz peritonit
- d) Sirotik hastalarda gelişen peritonit
- e) Mantarlarla gelişen peritonit

Cevap E (Schwartz, Principles of Surgery, 7th ed, 1999, s.1531)

121. Aşağıdakilerde hangisi Sistemik İltihabi Yanıt Sendromu (SIRS) bulgusu değildir?

- a) Ateş>39
- b) Lökosit>12000
- c) Lökosit<4000
- d) Oligüri
- e) Nabız>90/dk

Cevap D (Sabiston Textbook of Surgery, 2004)

122. Özofagus kanserinden şüphelenen bir hastada en önemli tanısal çalışma aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Baryumlu özofagus pasaj grafisi
- b) Toraks tomografisi
- c) Abdomen tomografisi
- d) Endoskopi
- e) Motilite çalışması

Cevap D (Sabiston Textbook of Surgery, 2004)

123. PTK ile fare kuyruğu görünümü aşağıdakilerden hangisini düşündürür?

- a) Koledok taşı
- b) Biliyer striktür
- c) Pankreas başı tümörü
- d) Kronik pankreatit
- e) Mirizzi sendromu

Cevap C (Sabiston Textbook of Surgery, 2004)

124. Peutz-Jeghers sendromunda, ince bağırsak polipleri hangisi ile tanımlanabilir?

- a) Villöz adenom

- b) Hamartom
- c) İnflamatuvar polip
- d) Tübüler adenom
- e) Tübülovillöz adenom

Cevap B (Textbook of Surgery, 2004)

125. Acil, akut özofagus varis kanaması olan bir hastada tedavi yaklaşımı ilk resüsitasyon sonrası ne olmalıdır?

- a) TIPS
- b) Acil portokaval şant
- c) Skleroterapi
- d) DSRŞ (Warren şant)
- e) Sugiura prosedürü

Cevap C (Textbook of Surgery, 2004)

126. İnsidentalomalar için aşağıdaki bilgilerden hangisi doğru değildir?

- a) Herhangi bir sebeple tetkik yapılırken adrenal bezinde rastlantı sonucu saptanan kitlelerdir.
- b) İnsidentalomalarda malign-benign ayırımında en önemli parametre kitlenin boyutudur.
- c) Çapı 5 cm'nin üzerinde olan insidentalomalarda cerrahi tedavi endikasyonu vardır.
- d) Hormonal olarak aktif olan olgularda da adrenalectomi endikasyonu vardır.
- e) İnsidentalomadan şüphe edildiğinde tanı amacıyla ince iğne aspirasyon biyopsisi yapılmalıdır.

Cevap E (Schwartz, Principles of Surgery, 7. Baskı, s. 1643-44)

127. İn situ meme kanserleri için aşağıdaki bilgilerden hangisi doğru değildir?

- a) Duktal karsinoma in situ gerçek prekanseröz bir lezyondur.
- b) Lobüler karsinoma in situ sıklıkla premenopozal kadınlarda görülür.
- c) Lobüler karsinoma in situ zemininde gelişen invaziv tümörlerin %50-65'i duktal tiptedir.
- d) Lobüler karsinoma in situ varlığında bulgular sıklıkla kitle ve meme başı akıntısıdır.
- e) Duktal karsinoma in situ tanısında mammografideki mikrokalsifikasyonların varlığı önemlidir.

Cevap D (Schwartz, Principles of Surgery, 7. Baskı, 1999, s. 561-64)

128. Paratiroid bezi hastalıkları için aşağıdakilerden hangisi doğru değildir?

- a) Primer hiperparatiroidizm olgularının büyük kısmını tek bir paratiroid bezindeki adenomlar oluşturur.
- b) Günümüzde primer hiperparatiroidizm tanısı ko-

nan hastaların halen büyük kısmını semptomatik (böbrek taşları ve kas-iskelet sistemine ait problemler) hastalar oluşturmaktadır.

- c) Semptomatik primer hiperparatiroidizmde tercih edilmesi gereken tedavi şekli cerrahidir.
- d) Primer hiperparatiroidizmde tanı hiperkalsemi, kalsiüri ve parathormon değerlerinin yüksek olması ile konur.
- e) Sekonder hiperparatiroidizm sıklıkla kronik böbrek yetmezliği ve intestinal malabsorbsiyona bağlı olarak gelişir.

Cevap B (Schwartz, Principles of Surgery, 7.Baskı, 1999, s. 1699-1710)

129.Hipertiroidizm tedavisiyle ilgili aşağıdaki tanımlamalardan hangisi yanlıştır.

- a) Operasyon öncesinde hastaların mutlaka ötiroid hale getirilmesi gerekmektedir.
- b) Oftalmopatisi olan hipertiroidizm hastalarının tedavisinde total tiroidektomi tercih edilmelidir.
- c) Toksik multinodular guatr tedavisinde radyoaktif iyot tedavisi Graves hastalığındakinden daha iyi sonuç verir.
- d) Graves hastalığında propiltiourasil tedavisi kesildikten sonra 2 yıl içerisinde %50 oranında hipertiroidi nüksü görülmektedir.
- e) Gebelerde ve emzirenlerde radyoaktif iyot tedavisi kontrendikedir.

Cevap C (Schwartz, Principles of Surgery, 7.Baskı, 1999, s.1670-74)

130.Soliter tiroid nodülleri için aşağıda verilen bilgilerden hangisi doğru değildir?

- a) Büyük çoğunluğu benign özelliktedir
- b) Çocuk ve yaşlılardaki soliter nodüllerin malign olma ihtimali daha fazladır
- c) Baş-boyun bölgesine daha önce radyoterapi uygulanmış hastalarda malignite insidansı artar
- d) Kistik soliter nodüller 4 cm çapa ulaştığında operasyon endikasyonu doğar
- e) Hiperaktif nodüllerin kanserleşme potansiyeli hipoaktif nodüllere oranla daha fazladır

Cevap E (Schwartz, Principles of Surgery, 7.Baskı, 1999, s.1678-81)

131.Aşağıdakilerden hangisi meme kanserlerinde yüksek risk grubu parametrelerinden değildir?

- a) Tümör hücrelerinde anöploid
- b) S faz fraksiyonunun yüksekliği
- c) Duktal karsinoma in situ
- d) Östrojen ve/veya progesteron reseptör negatifliği
- e) Multifokal yayılım

Cevap C (Faig, Anderson Surgical Oncology Handbook, 2nd ed, 1999, s.13-15)

132.Kolanjitte bakterilerin safra yollarına girişi hangi yolla olmaz?

- a) Duodenal içeriğin reflüsü
- b) Karaciğer ve safra kesesi lenfatikleri
- c) Portal ven
- d) Bağırsaklardan translokasyon
- e) Koledok içi basıncın 30 mmHg'dan yüksek olması

Cevap D (Schwartz, Principles of Surgery, 7th ed, 1999, s.1454, 1455)

133.Aşağıdakilerden hangisi ülseratif kolitisin şiddet kriterlerinden biri değildir?

- a) Günlük defekasyon sayısı
- b) Kalp atım hızı
- c) Tansiyon arteriyel
- d) Ateş
- e) Albumin

Cevap C (Schwartz, Principles of Surgery, 7th ed, 1999, s.1320)

134.Ekstraadrenal feokromasitoma en sık nerede görülür?

- a) Zuckerandl organı
- b) Mesane
- c) Pankreas
- d) Böbrek
- e) Karotis bifurkasyonu

Cevap A (Schwartz, ,7th ed, 1999, s.1646)

135.Aşağıdaki sekonder peritonit nedenlerinin hangisinde enfeksiyon şiddeti daha fazladır?

- a) Mide perforasyonu
- b) Duodenum ülser perforasyonu
- c) Safra kesesi perforasyonu
- d) Meckel divertikülüti
- e)Terminal ileum tiroid perforasyonu

Cevap E (Schwartz, 7th ed,1999, s.1524)

136.Difüz peritonit nedeni ile ameliyat edilmiş bir hastada ameliyattan 7 gün sonra ateş, yan ağrısı, solunum güçlüğü, omuz ağrısı gibi klinik şikayetler saptanıp, PA akciğer grafisi çekiliyor. PA akciğer grafisinde ateletazi ile uyumlu görünüm saptanan hastada ileri tetkik olarak yapılması gereken hangisidir?

- a) Başka bir tetkiğe gerek yoktur
- b) Göğüs tomografisi
- c) Karın tomografisi
- d) İnce bağırsak pasaj grafisi
- e) Göğüs ultrasonografisi

Cevap C (Schwartz, 7th ed, 1999, s.1535)

137.Boyuna düşük doz radyasyon sonrası en sık gelişen tiroid tümörü hangisidir?

- a) Folliküler karsinom
- b) Anaplastik karsinom
- c) Medüller karsinom
- d) Hürthle Hücreli Ca
- e) Papiller karsinom

Cevap E (Schwartz, 7th ed, 1999, s.1682)

138.Guatrlı bir hastada ağırlı, son zamanda hızlı büyüyen bir nodül saptandığında tanıda aşağıdakilerden hangisi daha değerlidir?

- a) Tiroid sintigrafisi
- b) Tiroid fonksiyon testleri
- c) Serum tiroglobulin seviyesi
- d) İnce iğne aspirasyon biyopsisi
- e) Tiroid oto antikorlarının serum seviyesi

Cevap A (Schwartz, 7th ed, 1999, s.1677)

139.Heterotropik pankreas dokusu en sık hangi lokalizasyonda görülür?

- a) Safra kesesi
- b) İnce bağırsak
- c) Kolon
- d) Özofagus
- e) Meckel divertikülü

Cevap E (Current Surgical Diagnosis and Treatment, 1996, s. 518-519)

140.Aşağıdaki herni tiplerinden hangisi küçük çocuklarda asemptomatik ise cerrahi onarım gerektirmez?

- a) Umbilikal herni
- b) Omfalosel
- c) Femoral herni
- d) Sliding herni
- e) Direkt inguinal herni

Cevap A (Schwartz, 5. baskı, s. 1528)

141.Karaciğer fonksiyonları bozuk olan bir hastada kan transfüzyonu yaparken aşağıdaki komplikasyonlardan hangisi beklenir?

- a) Hiperpotasemi
- b) Hipernatremi
- c) Hiperkloremi
- d) Hipopotasemi
- e) Hipokalsemi

Cevap E (Sayek Temel Cerrahi, 2. baskı, s. 84)

142.Akut panreatitte hastanın prognozunu tahmin etmede hangisi önemsizdir?

- a) Yaş

- b) Amilaz düzeyi
- c) Beyaz küre sayısı
- d) Hemotokrit
- e) Serum glukoz düzeyi

Cevap B (Braunwald, Bölüm 247-248. Tintinalli bölüm 48)

143.Fleksibl özofagogastroduodenoskopi aşağıdakilerden hangisinde endike değildir?

- a) Koroziv alımından sonraki akut dönemde
- b) Gastrik ülserde
- c) Üst GİS kanamalarında
- d) Disfajide
- e) Normal röntgenogramla birlikteki epigastrik ağrıda

Cevap A (Maingot, s. 153-166)

144.Yirmidört saat önce total tiroidektomi yapılmış olan erkek hastada yaygın karıncalanma hissi ve kaslarda kramp ortaya çıkmıştır. Uygulanacak tedavi hangisini içerir?

- a) İntravenöz kalsiyum glukonat infüzyonu
- b) Maske ile oksijen tedavisi
- c) Antikonvülzan tedavi
- d) Sedasyon
- e) Nörolojik konsültasyon

Cevap A (Hardy, 1981, s. 309-310)

145.Bilateral olmaya eğilimli olan meme kanseri hangisidir?

- a) Paget hastalığı
- b) Kolloid karsinom
- c) Lobüler karsinom
- d) Medüller karsinom
- e) İntraduktal papilloma

Cevap C (Schwartz, s. 565)

146.Aşağıdakilerden hangisi mide Ca'da inope-rabilite kriteri değildir?

- a) Karında assit varlığı
- b) Karaciğerde solid 2x2 cm boyutlarında metastaz
- c) Wirchof nodülü
- d) Kurukenberg tümörü
- e) Epigastrik lenf nodu tutulumu

Cevap E (Sayek, 1995, s. 709)

147.En sık fonksiyon gösteren ektopik tiroid dokusu yerleşimi aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Over
- b) Dil

- c) Ön mediasten
- d) Arka mediasten
- e) Orta mediasten

Cevap B (*Current surgical diagnosos and Treatment, s. 240*)