

Türkiye Klinikleri  
**MEDİTEST Dergisi**

---

# Türkiye Klinikleri

## MEDİTEST Dergisi

### TÜRKİYE KLİNİKLERİ MEDİTEST DERGİSİ

#### Hekimler Birliği Vakfı Adına Sahibi

Prof.Dr.Hikmet AKGÜL

(Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Onkoloji BD Başkanı)

#### Türkiye Klinikleri Tıp Dergileri

##### Editörler Kurulu

Prof.Dr.Adnan GÜVENER (Başkan)

Prof.Dr.Hikmet AKGÜL, Prof.Dr.Abdülkadir ÇEVİK,  
Prof.Dr.Fuat Aziz GÖKSEL, Prof.Dr.Haldun GÜNER,  
Prof.Dr.Mehmet Ali GÜRER, Prof.Dr.Orhan GÜVEN,  
Prof.Dr.Enver HASANOĞLU, Prof.Dr.A.Atilla HINCAL,  
Prof.Dr.Zeynep MISIRLIGİL, Prof.Dr.İrfan SABAH,  
Prof.Dr.M.Erol TURAÇLI, Prof.Dr.Nurten TÜRKÖZKAN,  
Prof.Dr.Abdülmuttalip ÜNAL  
(İsimler Alfabetik Sıralanmıştır.)

#### Ortadoğu Reklam Tanıtım ve Yayıncılık A.Ş.\*

##### Genel Müdür

Dr.Mehmet AKGÜL

##### Genel Yayın Koordinatörü

Dr.Sinan KORUKLUOĞLU

##### Müessese Müdürü

Recep ÇELEN

##### Reklam Koordinatörü

Dr.Deniz AKAGÜNDÜZ

##### Reklam Koordinatör Asistanları

Kerem ALPARSLAN, Nuray SOYDEMİR

##### Kitabevleri Koordinatörü

Dr.İbrahim ERSOY

##### Matbaa Koordinatörü

Muharrem ÇAPACIOĞLU

##### Muhasebe

Murat ÇİFTER

##### Dizgi Operatörleri

Kader KAYABAŞ, Mehtap DAYI

##### Yazı Takip Sekreterliği

Gülbin ÖZTEKİN TÜRKMEN, Ayfer USTAOĞLU

##### Abone ve Halkla İlişkiler Sekreteri

Habibe ATAY

##### Özel Kalem

Sema BİLASA

##### Ankara Kitabevi

Kazım ERCAN, Hakkı KAHVECİ

\*Ortadoğu Reklam Tanıtım ve Yayıncılık A.Ş.

Hekimler Birliği Vakfı Kuruluşudur.

**Yönetim Merkezi:** Talatpaşa Bulvarı No:102

06230 Hamamönü/ANKARA

Tel : (0312) 309 36 66 pbx.

Faks: (0312) 312 67 41

**Merkez Kitabevi:** Talatpaşa Bulvarı No:102/2

06230 Hamamönü/ANKARA

Tel : (0312) 309 36 66 pbx. Faks: (0312) 312 67 41

**Ankara Kitabevi:** Tuna Cad. 11/10 Kızılay/ANKARA

Tel: (0312) 435 43 50

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

**Abone Ücretleri ve Koşulları:** Bir yıllık abone ücreti (1999 için) posta ücretleri dahil:

**Şahıs** : 6.000.000 TL

**Kurum** : 12.000.000 TL

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

**Adres Değişiklikleri:** Derginin yayınlandığı tarihten en az 15 gün önce abone servisine yazılı olarak bildirilmelidir. Zamanında yapılmayan bildirimlerden dolayı derginin aboneye ulaşmamasından yayıncı sorumlu tutulamaz.

**Reklam konusunda tüm görüşmeler;**

Reklam Koordinatörü : Dr.Deniz Akagündüz

Tel : (0312) 309 36 66 pbx.

Faks: (0312) 312 67 41

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

ISSN: 1300-0276

**Baskı:** Türkiye Klinikleri, ANKARA

Türkiye Klinikleri  
**MEDİTEST Dergisi**

Cilt 8

Sayı 6

Temmuz-Ağustos 1999

*Tıp eğitimi, tıp fakültelerinde bitmez; ancak başlar.*  
*W.H.Welch*

## İÇİNDEKİLER

335	Nöroşürürji	378
Anesteziyoloji ve Reanimasyon		Nöroloji
	357	
338	KVC-Göğüs Cerrahisi	383
KBB		Nükleer Tıp
	360	
342	Çocuk Cerrahisi	
Ortopedi		
	363	385
346	Adli Tıp	Psikiyatri
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi		
	366	390
349	Dermatoloji	Radyoloji
Göz Hastalıkları		
	371	
351	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	
Üroloji		
	376	
354	Halk Sağlığı	

ISSN: 1300-0276

**C i l t : 8 • S a y ı : 6 • T e m m u z - A ğ u s t o s 1 9 9 9**

# KVC-GÖĞÜS CERRAHİSİ

1. Mitral kapağı mekanik kapak ile replasman yapıldığında hangi ilaç ömür boyu kullanılmalıdır?
- Dijital
  - Diüretik
  - Oral antikoagülan
  - Antiagregan
  - Anjiyotensin konverting enzim inhibitörü

Cevap C (Bave, 1996, s.1952-1953)

Mekanik kapağın trombozunun önlenmesi için postoperatif dönemde mutlaka protrombin zamanını 2-2.5 katına ulaştırılacak şekilde oral antikoagülan kullanılmalıdır. Diğer ilaç grupları her mekanik kapak replasmanı olan hastada kullanılması gerekmez.

2. Aşağıdakilerden hangisi siyanotik konjenital kalp hastalıklarında kullanılan palyatif operasyon değildir?
- Blalock-Taussing şanti
  - Pulmoner arterin bandlanması
  - Potts şanti
  - Waterson şanti
  - Glenn şanti

Cevap B (Bave, 1996, s.1073-1085)

Siyanotik kalp hastalıklarında pulmoner kan akımını arttırmak amacıyla sistemik dolaşımın pulmoner arter arasına konulur. (b) şıkkındaki pulmoner arterin bandlanması pulmoner kan akımını azaltmak amacıyla yapılan bir operasyondur. Diğer şıklardaki prosedürler pulmoner kan akımını arttırmak amacıyla yapılmaktadır.

3. Alt ekstremitelerde kronik arter hastalıklarının tedavisinde hangisinin yeri yoktur?
- Sigara alışkanlığının terk edilmesi
  - Hipertansiyon varsa kontrol altında tutulması
  - Ayak hijyenine uyulması
  - Yürüyüş egzersizleri ile kollateral dolaşımın artırılması
  - Antikoagülan tedavi

Cevap E (Hallett, 3.baskı, s.160)

Sigaranın bırakılması ile nikotinin vazokonstriktör etkisi ortadan kalkar. Bacaklara giden kan artar ve cilt ısısı yükselir. Hipertansiyonun kontrolü önem taşır. Çünkü arter duvarındaki stres yüksek kan basıncı ile doğrudan ilişkilidir. Yara iyileşmesi geciktiği için ayak bakımı önem kazanmaktadır. Düşük tempolu ve düzenli egzersiz kollateral dolaşımı artırır. Klodikan hastalarda antiagregan tedavi uygulanır. Antikoagülan verilmez.

4. Periferik tıkaçıcı arter hastalığı tanılı olgunun kol tansiyonu 150 mmHg (sitolik) dir. Alt ekstremitelerde segmenter arter basınçları ise aşağıda gösterilmektedir.

Sağ femoral : 100 mmHg	Sol femoral : 110 mmHg
Sağ popliteal : 95 mmHg	Sol popliteal : 80 mmHg
Sağ ayak bileği : 90 mmHg	Sol ayak bileği : 70 mmHg

Bu bulgulara göre arteriyel lezyon hangisidir?

- Sol femoral tıkanma
- Sağ iliak ve sol femoral tıkanma
- Bilateral iliak tıkanma ve sol femoral tıkanma
- Bilateral iliak ve sol femoral daralma
- Sağ iliak tıkanma ve sol femoral daralma

Cevap C (Hallett, 3.baskı, s.38)

Segmenter basınç ölçümlerinde birbirini izleyen iki segment arasında 20 mmHg ve daha fazla fark bulunması hemodinamik açıdan anlamlı bir arteriyel lezyon varlığını gösterir. Ancak diabetikler gibi arter kalsifikasyonları olan hastalarda ve yaygın femoral tıkanmalarda yanıltıcı sonuç alınabilir. Basınç ölçümü fizik muayene ile birlikte değerlendirilmelidir.

5. Perikardiyal tamponad için hangisi doğru değildir?
- Ventrikül diastolü kısıtlanmıştır.
  - Kardiyak atım volümü azalmıştır.
  - Hasta hipotansiftir.
  - İdrar çıkışı artar.
  - Boyunda venöz dolgunluk vardır.

Cevap D (Ho MT, 3.baskı, s.503)

Kardiyak tamponadın progresyonu sırasında santral ven basıncı 18 mmHg'den yüksek olur. Boyun venleri dolgun izlenir. Santral yükselmesi önce sağ, sonra sol ventrikülün doluşunu bozar. Atım volümü azalır. Hasta hipotansiftir. Böbrek kan akımı azaldığı için idrar çıkışı da azalır.

6. Aşağıdakilerden hangisi Ebstein Anomalisinde yoktur?
- Atriyalize Ventrikül
  - Triküsbitin septal ve posterior liflerinin kötü yerleşimi
  - Foraman ovale açıklığı
  - WPW Sendromu
  - Aort Stenozu

Cevap E (Glen's T.C.V. Surg, 1991, s.1273-1281)

Ebstein Anomalisi triküsbit kapağının septal ve posterior liflerinin anulusun altında ventrikül duvarına yerleşmesi ile karakterizedir. Anterior liflerin ise yapısal bozukluğu vardır. Sağ ventrikülün üst kısmı ince du-

varlı atrium yapısındadır. B tipi WPW sendromu bulunabilmektedir, ileti bozuklukları mevcuttur.

**7. Aşağıdakilerden hangisi atriyal septal defektin sınıflaması içinde kesinlikle bulunmaz?**

- a) Patent Foraman ovale
- b) Yüksek Venöz tipi (V.C.S tipi)
- c) İnförör V.C defekti
- d) Unrofer coroner sinüs
- e) Trabeküler (musküler) tip

Cevap E (*Glen's T.C.V. Surg. 1991, s.1007*)

Trebeküler tip defekt VSD'nin anatomik sınıflaması için geçerlidir. Diğer şıklar ise ASD'nin anatomik sınıflaması içinde yer almaktadırlar.

**8. Aşağıdakilerden hangisini sağ atriumun yapısı içinde yer almaz?**

- a) Koroner Sinüs
- b) Fossa ovalis
- c) Apendiks
- d) Euslachian valve (Vena Kava İnförör orifisi)
- e) Triküsbit kapağının papiller kasları

Cevap E (*Kirklin, Surgery, 1992, s.3-5*)

E şikkı hariç yukardaki tüm yapılar sağ atrium yapısını oluştururlar. Koroner sinüs kalbin venöz drenajının döküldüğü yerdir. Fossa ovalis patent foramen ovalenin kapanması ile oluşan bir kalıntıdır. Euslachian valv IVC'nin orifisinde bulunan nonfonksiyonel bir kapaktır. Apendiks ise atriumun kör uçla sonlanan bir parçasıdır. Triküsbit kapağının papiller kasları sağ ventrikül içerisinde yer almaktadır.

**9. Küçük hücreli olmayan akciğer kanseri olgularında göğüs duvarı invazyonu ve mediastinal lenf nodu metastazı (T3N2M0) olduğunda şu anda tercih edilen tedavi şekli hangisidir?**

- a) Radyoterapi
- b) Kemoterapi
- c) Cerrahi
- d) Adjuvan kemoterapi
- e) Neoadjuvan tedavi

Cevap E (*Pearson, 1995, s.690*)

Göğüs duvarı invazyonu olan akciğer kanseri olgularında cerrahi rezeksiyon yapılmaktadır. Hiler veya mediastinal lenf nodu metastazı saptandığında sürvi kötü yönde etkilenmektedir. Tam rezeksiyon sonrası 5 yıllık yaşam %9 olmaktadır. Bu hastalarda neoadjuvan tedavi sonrası yapılan değerlendirme sonrası cerrahi tedavi yapıldığında sürvi %20-30 olmaktadır.

**10. Aşağıdakilerden hangisi toraks travmasının bir komplikasyonu değildir?**

- a) Bronkorhea
- b) Ampiyem
- c) Şilotoraks
- d) Bronş stenozu
- e) Bronkoplevral fistül

Cevap A (*Shields, 4.baskı, s.767*)

Ampiyem, hemotoraks, bronkoplevral fistül, bronş stenozu, ve şilotoraks travma sonrası görülen komplikasyonlardır.

**11. En çok görülen torasik ampiyem nedeni hangisidir?**

- a) Akciğer absesi
- b) Sepsis
- c) Pnömoni
- d) Tüberküloz
- e) Travma

Cevap C (*Shields, 4.baskı, s.684*)

Plevral efüzyon bakteriyel pnömonilerin 40%'ında görülmektedir. Bunların çoğu sterildir ve antibiyotik tedavisi ile geçmektedir. Yalnız büyük bir kısmı parapnömonik efüzyon veya ampiyeme dönüşmektedir.

**12. Aşağıdaki miyokard enfarktüsü komplikasyonlarından hangisi cerrahi müdahale endikasyonu değildir?**

- a) Papiller adale rüptürü
- b) Ventriküler prematür atımlar
- c) Ventrikül anevrizması
- d) Ventriküler septum rüptürü
- e) Ventrikül rüptürü

Cevap B (*Kirklin, Barratt-Boyes, Wiley, Sons, Cardiac Surgery, 1986, s.207*)

Çünkü tıbbi tedavi ile prematür atımları baskılamak mümkündür.

**13. 35 yaşında, mitral stenozu semptomları olan bir bayan hastada ekokardiyografide sol atriumda kitle tesbit edilirse, bu kitle muhtemelen aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Metastatik karsinoma
- b) Hemanjioma
- c) Rabdomyoma
- d) Miksoma
- e) Malign lenfoma

Cevap D (*Kirklin, Barratt-Boyes, Wiley, Sons, Cardiac Surgery, 1986, s.1393*)

En sık rastlanan kalp tümörü miksomadır. Ayrıca saplı oluşu nedeniyle mitral kapağa girip çıkarak mitral darlığı bulguları verir. Diğer adı geçen tümörler nadir görülen kalp tümörleridir.

**14. Aşağıdakilerden hangisi aort koartasyonunun spesifik postoperatif komplikasyonlarından değildir?**

- a) Mezenterik arterit
- b) Parapleji
- c) Paradoks hipertansiyon
- d) Aort diseksiyonu
- e) Nekrotizan arterit

Cevap D (Leval, *Surgery for congenital defects*, 2.baskı, 1994, s.285)

Aort koarktasyonunun spesifik komplikasyonu değildir. Herhangi bir majör aort cerrahisi ameliyatını takiben de ortaya çıkabilir.

**15.Aşağıdaki hastalıklardan hangisinde palyatif ameliyat olarak pulmoner banding yapılır?**

- a) Fallot tetralojisi
- b) Büyük arterlerin transpozisyonu
- c) Aort koarktasyonu
- d) Ventriküler septal defekt
- e) Ebstein anomalisi

Cevap D (Leval, *Surgery for congenital defects*, 2.baskı, 1994, s.285)

Çünkü ventriküler septal defekte sol-sağ şant mevcuttur. Bu nedenle akciğere aşırı kan akımını önlemek için pulmoner artere band konulur.

**16.Dessenden aorta ile pulmoner arter arasında yapılan sistemik-pulmoner şant ameliyatı aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Blalock-Taussing ameliyatı
- b) Blalock-Hanlon ameliyatı
- c) Glenn ameliyatı
- d) Waterstone
- e) Potts ameliyatı

Cevap E (Leonard, *Glenn's, Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 5.baskı, 1991, s.947)

Dessenden aorta ile pulmoner arter arasında 1946 yılında Potts tarafından uygulanan şant ameliyatı müellifin adıyla anılmaktadır.

**17.Lerich sendromu hangisidir?**

- a) Aksillo-brakiyal tıkanıklık
- b) Aksillo-iliyak tıkanıklık
- c) Femoro-popliteal tıkanıklık
- d) İlio-femoral tıkanıklık
- e) Mezenter arter tıkanması

Cevap B (Connor, *Surgery*, McGraw-Hill, Book Company, 1987, s.72)

Lerich sendromunda trombozis bir iliyak arterde başlar ve yukarı doğru ilerleyerek aortiliyak bifurkasyona doğru progresyon gösterir.

**18.Koroner dolaşım ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Koroner dolaşım diastolde maksimum seviyededir.
- b) Kollateral damarlar minimum seviyededir.
- c) A-V düğümü besleyen posterior desendan arter sol koroner arterden çıkar.
- d) İnsanda sol koroner arter dominanttır.
- e) Left anterior desendan arterin başlıca diagonal ve septal dalları verir.

Cevap C (Grondin, *Glenn's Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 5.baskı, 1991, s.1749)

Posterior desendan arter koroner arterin devamı niteliğindeki majör dalıdır.

**19.Patent Duktus Arteriozus cerrahi tedavisindeki aşağıdakilerden hangisinde duktusun kapatılması kontrendikedir?**

- a) Ventriküler Septal Defekt ile beraber olduğunda
- b) Hasta prematüre ise
- c) Aort koarktasyonu ile birlikte olduğunda
- d) Pulmoner atrezi ile birlikte olduğunda
- e) Artrial Septal Defekt ile beraber olduğunda

Cevap D (Levitsky, *Glenn's Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 5.baskı, 1991, s.1017)

Pulmoner atrezi, kritik pulmoner stenoz ve hipoplastik sağ ventrikül gibi azalmış pulmoner kan akımı olan siyanotik hastalarda PDA varlığı yaşam için gereklidir. Kapatılması mutlak ölümle sonuçlanır.

**20.Romatizmal kalp hastalığı olanlarda, benzatin penisilinle 21 günde bir tekrarlanan devamlı profilaksi hangi hastalığı önlemek içindir?**

- a) Konjestif kalp yetmezliği
- b) Kardiyomiyopati
- c)  $\beta$ -hemolitik Streptokoksik faranjit
- d) Akkiz İmmün Yetmezlik Sendromu (AIDS)
- e) Tbc Perikarditis

Cevap C (Nair, *Fortun, Current Therapy in cardiovascular disease*, 1987, s.54)

Romatizmal kalp hastalıklarının etyolojisinde A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonu rol oynamaktadır. Romatizmal kalp hastalığının aktive olması yeniden geçirilen  $\beta$ -hemolitik Streptokok enfeksiyonları ile olmakta ve hastalığın progresyonuna neden olmaktadır. Hastalığın profilaksisi sıklıkla tesbit edilen  $\beta$ -hemolitik Streptokoksik faranjiti'nin kontrolüne dayanmaktadır.

# NÖROLOJİ

1. Alzheimer hastalığının etiyopatogenezinde sorumlu tutulan kromozomal defektlerde 21 nolu kromozoma lokalize protein aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Amiloid prekürsör protein
- b) ApoApolipoprotein E
- c) Apoprotein E4
- d) Presenilin 1
- e) Presenilin 2

Cevap A (Samuel W. Alzheimer's Disease. Feienberg TE, Farah MJ, eds. Behavioral Neurology and Neuropsychology. Mc Graw-Hill Comp. New York, 1997, s.572-573)

ApoApolipoprotein E 19 nolu kromozoma, presenilin 1 14 nolu, presenilin 2 ise 1 nolu kromozoma lokalize olmaktadır. Apoprotein yoktur. Dolayısıyla diğer şıklar yanlıştır.

2. Aşağıdakilerden hangisi fizyolojik kalsifikasyon değildir?

- a) Pineal gland
- b) Koroid pleksusların bilateral
- c) Falks serebri
- d) Pitüiter gland
- e) Habenüler cisim

Cevap D (Merritt HH. Textbook of Neurology, Williams-Wilkins. Baltimore, 1995, s.194; Adams RD, Victor M. Principles of Neurology. McGraw-Hill Co. Singapore, 1989, s.322)

Pitüiter yani hipofiz adenomu sellar veya perisellar bir patolojinin olduğunu göstermektedir. Diğer şıklarda belirtilenler fizyolojik kalsifikasyondur. Hipofiz bölgesinde görülen kalsifikasyonlar normal değildir.

3. En erken dönemde bir serebral enfarktı gösterebilecek tanı metodu aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Bilgisayarlı beyin tomografi-BBT
- b) Magnetik Rezonans Görüntüleme-MRG
- c) Serebral anjiyografi
- d) Pozitron emisyon tomografi-PET
- e) Ultrasonografi

Cevap D (Mohr JP. Overview of Laboratory Studies in Stroke. In: Barnett HJM. Stroke. Churchill Livingstone, New York, 1992, s.152)

BBT ile serebral enfarktı hadisenin başlangıcından sonra 48-72 saatte en erken 12-24 saatte gösterebilmek mümkündür. MRG ile 24 saatte en erken 12 saatte görüntülemek mümkündür. Serebral anjiyografi ile vazospazm nedeniyle erken dönemlerde gösterebilme güçlüğü vardır, üstelik iyi bir kollateral gelişmiş

kişilerde tesbit edebilmek de mümkün değildir. Ultrasonografi ile arterlerde daralma ve tıkanmaları gösterebilmek erken dönemlerde mümkün olabilir ancak PET bir görüntüleme yöntemi değil serebral aktiviteyi, metabolik aktiviteyi ve beyin perfüzyonunu daha iyi göstermektedir. Eksperimental deneylerde enfarkt olduğu andan itibaren birkaç dak. hatta birkaç saniye içinde beyin perfüzyon bozukluğu gösterilmiştir.

4. Aşağıdakilerden hangisi pariyetal korteks lezyonları sonucu husule gelmez?

- a) Abulia
- b) Konstrüksiyonel apraksi
- c) Görme alanı defekti
- d) Duyusal uyarana ihmal
- e) Gerstman sendromu

Cevap A (Adams RD, Victor M. Principles of Neurology. McGraw-Hill Co. Singapore. 1989, s.362-363)

Abulia frontal korteks lezyonları sonucu görülür. Diğerleri pariyetal korteks lezyonları sonucu oluşur.

5. Aşağıdakilerden hangisi frontal fonksiyonlardan değildir?

- a) Akıcı konuşma
- b) Yazma ve okuma
- c) Anlama
- d) Konjuge göz hareketi
- e) Motor hareket

Cevap C (Adams RD, Victor M. Principles of Neurology. McGraw-Hill Co. Singapore. 1989, s.356-357)

Konuşma merkezlerinden alt frontal bölgedeki Broca alanını görevi konuşma çıkışını ve akıcılığını sağlamaktır. Frontal kontekste horizontal konjuge göz hareketleriyle ilgili bir merkez vardır. Kortikospinal trakt liflerinin çıkış yeri ise presantral frontal kortekstir yani motor hareketlerin merkezidir. Yazma ve okuma bozuklukları diğer hemisfer (temporal ve parietal korteks ile oksipital kortekse ait fonksiyonlardandır. Anlama ile ilgili alan 22.Brodman alanı olup temporal kortekstedir. Anlama fonksiyonu dominant temporal kortekse aittir. Brodman'ın 22. alanı bu fonksiyonla ilgilidir. Diğer şıklarda belirtilen fonksiyonlar frontal korteks aittir.

6. Status epileptikusun akut döneminde aşağıdakilerden hangisi pek görülmez?

- a) Taşikardi
- b) Hipertansiyon
- c) Hipoglisemi
- d) Hiperglisemi
- e) Laktik asidozis



Cevap D (*Shorvon S. Status Epilepticus. In: Hopkins A, Shorvon S. Epilepsy. Chapman-Hall Med. London, 1995, s.320-325*)

Akut dönemde hiperglisemi görülmez. Nöbetler devam ettiği sürece veya bir nöbetten 30-40 dak. sonra gelişmektedir. Diğer şıklardaki bulgular statusların ilk anlarında görülen özelliklerdir.

**7. EEG aşağıdakilerden hangi tip epilepsiler için daha spesifiktir?**

- a) Tonik klonik generalize
- b) Fokal motor epilepsi
- c) Kompleks parsiyel epilepsi
- d) Absans epilepsi
- e) Miyoklonik epilepsi

Cevap D (*Hopkins A, Shorvon S, Epilepsy. Chapman-Hall Med. London, 1995, s.137*)

Absans nöbetler için saniyede 3 diken keskin dalga deşarjlarının görülmesi spesifiktir.

**8. İntraserebral hipertansif hemoraji en fazla aşağıdakilerden hangisinin lezyonunda görülür?**

- a) Serebral hemisferik (lober)
- b) Talamus
- c) Putamen
- d) Pons
- e) Serebellar

Cevap C (*Schmidley JW. Vascular Diseases of the Nervous System. In: Bradley, WGB, Darofgf RB, Fenichel GM, eds. Neurology in Clinical Practice. Butterword-Heinemann. Boston, 1991, s.944-946*)

Putaminal kanamalar bütün intraserebral kanamaların %40'ını teşkil eder. Lober kanamalar %20-30 oranındadır. Pons kanamaları ise kanamaların %5-10'unu teşkil eder. Serebellar kanamalar da %10 civarındadır.

**9. Sağpupile parlak ışık tutulduğunda her iki gözde de pupiller konstrüksiyonun olmaması durumunda lezyon yeri için hangisi doğrudur?**

- a) Sağokulomotor sinir lezyonu
- b) Sağoptik sinir lezyonu
- c) Bilateral kronik iritis
- d) Bilateral Argyl Robertson pupili
- e) Bilateral Adie-Holmes pupili

Cevap B (*Cox TA. Pupillary and Eyelid Abnormalities. In: Bradley WGB, Darofgf RB, Fenichel GM, eds. Neurology in Clinical Practice. Butterword-Heinemann. Boston, 1991, s.179-182*)

Pupiller refleksin afferenti optik sinir, efferenti okulomotor sinirdir. Işık reaksiyonu verilen gözde optik sinir hasarıyla her iki göze de impulslar geri gelmeyecektir.

**10. Absans nöbetlerin tipik özelliği hangisidir?**

- a) En az 10 saniye şuur kaybı
- b) 25-30 yaşlarında başlaması

- c) Senkron olarak EEG'de saniyede 3 diken yavaş dalgaların olması
- d) Postiktal hemiparezi
- e) Birkaç saat postiktal uyku periodu

Cevap C (*Fish D. Electroencephalography. In: Hopkins A, Shorvon S. Epilepsy. Chapman-Hall Med. London, 1995, s.125-128*)

Absans nöbetlerde kısa süreli şuur kayıpları görülür ancak spesifik değildir. 20-30 yaşından daha erken dönemlerde başlar. Bu yüzden a ve b şıkları doğru değildir. Postiktal semptom görülmediği için d ve e şıkları da doğru değildir.

**11. Aşağıdakilerden hangisi kortikal duylardandır?**

- a) Parestezi
- b) Barestezi
- c) Sterognozi
- d) Pallestezi
- e) Thermestezi

Cevap C (*Gordon TR. Sensory abnormalities. In: Bradley WGB, Darofgf RB, Fenichel GM, eds. Neurology in Clinical Practice. Butterword-Heinemann. Boston, 1991, s.299-304*)

Diğer şıklarda belirtilenler yüzeysel ve derin duylardır. Parestezi: Bir duyunun yanlış algılanması durumudur. Barestezi: basınç duyu, Pallestezi: Vibrasyon duyu, Thermestezi ise: Isı duysudur.

**12. Aşağıdakilerden hangisi Parkinson hastalığında görülmez?**

- a) Bradikinezi
- b) Dişli çark rijiditesi
- c) Demans
- d) İstirahat tremoru
- e) Duyu bozukluğu

Cevap E (*Mc Dowell FH. The Extrapyramidal System and Disorders of Movement. In: Baker AB, Joynt RJ. Clinical Neurology. Harper-Row Pub. Philadelphia, 1987, Vol.3, Chapter.38, s.27-28*)

Bradikinezi, istirahat tremoru ve rigidite parkinson hastalığının spesifik bulgularıdır ve parkinson hastalığında %40 oranında demans gelişmektedir. Ancak duyu bozukluğu parkinson hastalığında görülmez.

**13. Aşağıdakilerden hangisi miyastenia gravis için spesifiktir?**

- a) Diplopi
- b) Gün boyu devam eden yorgunluk
- c) Antikolinesterazlara cevap vermesi
- d) EMG'de miyojenik tutulum bulguları ve decrement cevabı
- e) Timoma ile birlikte görülmesi

Cevap C (Swash M, Schwartz M. *Neuromuscular Disease. Springer-Verlag. London, 1988, s.233*)

Diplopi kas hastalıklarından dermatomyozit, m. müsküler distorfi ve okulomotor paralizilerde de görülebilir. Yorgunluk hissi ise bir kas hastalığına spesifik değildir, miyastenia graviste ise akşama doğru ve dinlenmekle azalan yorgunluk hissi vardır. EMG'de miyastenik hastalarda miyojenik tutulum olmaz ve miyastenia gravisin mutlaka timoma ile olması gerekmez, üstelik timus hiperplazisi daha fazla görülmektedir. Antikolinesteraz ilaçlara belirgin cevabın alınması miyastenia için spesifiktir.

**14. Aşağıdaki uyku dönemlerinden hangisi "derin uyku dönemi" olarak adlandırılır?**

1. dönem
2. dönem
- Non-REM dönemi
- REM dönemi
3. ve 4. dönemler

Cevap E (Williams and Wilkins press, Merrit's Textbook of Neurology, editör Lewis P Rowland 9. Baskı, sf. 875)

Uyku REM ve non-REM olmak üzere iki dönemde incelenir. Non-REM içinde yer alan 1, 2, 3 ve 4. dönemlerden 3 ve 4. dönemler derin uyku dönemi olarak adlandırılır.

**15. Brown Sequard Sendromu'nda lezyonun bir kaç segment üstü ve lezyon düzeyi altında hangisi bulunmaz?**

- İpsilateral parezi
- İpsilateral kortikospinal bulgular
- Kontrilateral kortikospinal bulgular
- Kontrilateral ağrı ve ısı duyu kaybı
- İpsilateral vibrasyon ve pozisyon duyu kaybı

Cevap C (Williams and Wilkins press, Merrit's Textbook of Neurology, editör Lewis P Rowland 9. Baskı, sf. 443)

Brown Sequard Sendromu medulla spinalis yarı kesilerinde gözlenen, lezyonun bir kaç segment üstü ve lezyon düzeyi altında ipsilateral parezi, ipsilateral kortikospinal bulgular, kontrilateral ağrı ve ağrı duyu kaybı ve ipsilateral vibrasyon ve vibrasyon duyu kaybı ile izlenen tablodur.

**16. Guillain-Barré sendromu için hangisi yanlıştır?**

- Hastalığın ilk birkaç günü içinde normal olabilen derin tendon refleksleri daha sonra alınmaz.
- Ense sertliği görülür.
- BOS'ta protein artmıştır.
- BOS'ta hücre sayısı genellikle normaldir.
- Ekstremitelerde çorap ve eldiven tarzında yüzeysel duyu ortaya çıkabilir.

Cevap B (Rowland 9. Baskı, sf. 657-676)

Ense sertliği bir meningeal irritasyon belirtisidir. Guillain Barre'de görülmez. Meningen ve Subaraknoid kanama'da sıklıkla ortaya çıkabilir.

**17. Tabes dorsalis'te hangisi görülmez?**

- Radiküler ağrı
- Derin tendon reflekslerinin kaybı
- İlerleyici ataksi
- Argyll-Robertson pupillası
- Hipertonik kaslar

Cevap E (Rowland, 9. Baskı, sf. 205-206)

Arka köklerin tutulmasına bağlı olarak kas tonusu azalır. Hipotoni mevcuttur.

**18. Aşağıdaki hastalıklardan hangisinde hipotoni görülmez?**

- Poliomyelit
- Parkinson hastalığı
- Polinöropati
- Sydenham koresi
- Guillain Barré sendromu

Cevap B (Rowland, 9. Baskı, sf. 713-730)

Parkinson hastalığında rijidite adı verilen kas tonusu artışı (hipertoni) söz konusudur.

**19. Santral fasiyal paralizide hangi klinik tablo görülür?**

- Lezyon tarafından alt yüz yarısında felç vardır.
- Lezyon tarafından üst yüz yarısında felç vardır.
- Lezyon tarafından yüz yarısında felç vardır.
- Lezyonun karşı tarafında yüz yarısında felç vardır.
- Lezyonun karşı tarafında alt yüz yarısında felç vardır.

Cevap E (Rowland, 9. Baskı, sf. 467-470)

Santral fasiyal paralizide lezyonun karşı tarafında, yüzün alt yarısında felç vardır. Yüzün üst yarısında ise aynı taraftan gelen liflerin sağlam olması nedeniyle korunmuştur. Periferik fasiyal paralizide ise lezyon tarafındaki yüz yarısının tamamında felç vardır.

**20. Aşağıdaki ilaçlardan hangisi migren profilaksisinde kullanılan antiserotonin ilaç değildir?**

- Siproheptadin
- Lisurid
- Metiserjid
- Mianserin
- Diltiazem

Cevap E (Olesen, Hansen, Welch, chap, 51-52, sf. 373-390)

Diltiazem migrenin profilaktik tedavisinde kullanılan kalsiyum antagonistlerinden birisidir.

**21. Fisher sendromunda aşağıdakilerden hangisi görülmez?**

- Ataksi
- Arefleksi
- Supranükleer oftalmopleji
- Statik tremor
- Distmetri

Cevap D (*De Jong, Sugar, Currier, Year Book Medical Publishers, Inc, sf. 186-188*)

Statik tremor parkinson hastalığının bir belirtisidir. Fisher sendromunda görülmez.

**22. Aşağıdaki belirtilerden hangisi Talamile sendromunda görülmez?**

- a) Hemianestezi
- b) Hemiataksi
- c) Hemiparezi
- d) Hemiballismus
- e) Hemiparezili tarafta şiddetli paroksizmal yanıcı ve kalıcı nitelikte ağrı.

Cevap D (*Samuels MA, Nörolojik Hastalıklarda Tedavi El Kitabı, (çev.), sf. 226-375*)

Hemiballismus, Vücudun bir yarısında sıçrayıcı nitelikteki koreik hareketlerle karakterizedir. Subtalamusun lezyonu sonucu ortaya çıkar.

**23. Fantom ekstremitte ağrısı, hangi durumda görülür?**

- a) Ekstremiteleri ampute edilen hastalarda
- b) Polievritte
- c) Poliomyelitte
- d) Poliradikülonevritte
- e) Dekubitus ülserli ekstremitelerde

Cevap A (*Samuels MA, Nörolojik Hastalıklarda Tedavi El Kitabı, (çev.), sf. 226*)

Ekstremiteleri ampute edilen hastaların %35'inde geçici olarak kesilmiş ekstremiterin ağrıdığı görülür. Hastaların %5-10'unda ise şiddetli, kronik fantom ağrısı husule gelir. Hastalar ağrıyı kramp, yanma veya ezilme şeklinde tarif ederler.

**24. Aşağıdakilerden hangisi Huntington koresinin tedavisinde uygulanmaz?**

- a) Reserpin
- b) Penisilamin
- c) Haloperidol
- d) Tetrabenazin
- e) Propranolol

Cevap B (*Samuels MA, Nörolojik Hastalıklarda Tedavi El Kitabı, (çev.), sf. 373-374*)

Penisilamin Wilson hastalığının tedavisinde kullanılır.

**25. Parkinson hastalığı ile izlenen hastada aşağıdakilerden hangisinin varlığında tanı tekrar değerlendirilmelidir?**

- a) Postüral instabilite
- b) İstirahat tremoru
- c) Postural tremor
- d) Yukarı ve aşağı bakış kısıtlılığı
- e) Mikrografi

Cevap D (*Neurology in Clinical Practice: Principles of diagnosis and management, Bradley, Daroff, Fenichel, Marsden, 1996*)

Vertikal bakış etkilenimi supranükleer palsi için spesifik ve idiyopatik parkinsonizmde, parkinson hastalığında görülmez.

**26. 72 yaşında, kadın hasta; bir yıldır olan dengesizlik ve son beş aydır da unutkanlık ve idrar kaçırma şikayeti ile başvuruyor. Aşağıdakilerden hangisi en olası tanı olarak düşünülür?**

- a) Vertebro baziler sisteme ait yetmezlik
- b) Spinal arteriovenöz malformasyon
- c) Dejeneratif demans
- d) Parkinson hastalığı
- e) Normal basınçlı hidrosefali

Cevap E (*Neurology in Clinical Practice: Principles of diagnosis and management, Bradley, Daroff, Fenichel, Marsden, 1996*)

Ataksi+Demans+İdrar inkontinansı normal basınçlı hidrosefalinin triadıdır ve tedavi edilebilen nadir demans nedenlerindedir.

**27. 24 yaşında kadın hasta, son 15 gündür giderek artan zonklayıcı karakterde tüm başı içine alan baş ağrısı ve bulantı, kusma şikayeti mevcut. Nörolojik muayenesinde bilateral grade 2 papil stazi ve özgeçmişinde bir yıldır oral kullanımı saptandı. Bu hastada hangi tanıyı öncelikle düşünürsünüz?**

- a) Psödötümör serebri
- b) Migren
- c) Gerilim tipi baş ağrısı
- d) Hidrosefalus
- e) Baziler arter trombozu

Cevap A (*Neurology in Clinical Practice: Principles of diagnosis and management, Bradley, Daroff, Fenichel, Marsden, 1996*)

Papil stazi artmış kafa içi basıncını gösterir ve vakanın kadın olması, oral kontraseptif kullanması etyolojide önemlidir.

**28. Polinöropatisi olan bir hastada aşağıdaki nörolojik muayene bulgularından hangisi olmaz?**

- a) Derin tendon reflekslerinde azalma
- b) Karın cildi reflesinde azalma
- c) Motor kayıp
- d) Atrofi
- e) Duyu kaybı

Cevap B (*Neurology in Clinical Practice: Principles of diagnosis and management, Bradley, Daroff, Fenichel, Marsden, 1996*)

Alt motor nöron tablolarından en sık rastlanan polinöropatilerde karın cildi refleksleri değişmez, çünkü bu bulgu üst motor nöron lezyonlarına aittir.

**29.42** yaşında kadın hasta, içten gelen bir ürperti hissini takiben başta ve gözlerde sola deviyasyon tüm vucutta kasılma ile giden generalize tonik klonik nöbet tarif ediyor. Bu hastaya antiepileptik başlamaya karar verildiğinde nöbet tipi dikkate alınarak, en uygun ajan nedir?

- a) Karbamazapin
- b) Epdantoin
- c) Primidon
- d) Etosuksimid
- e) Valpronik asit

Cevap A (*Neurology in Clinical Practice: Principles of diagnosis and management, Bradley, Daroff, Fenichel, Marsden, 1996*)

Tarif edilen nöbet aurası da dikkate alındığında frontal lob kaynaklıdır ve açık olarak fokal başlayarak sekonder generalize olmuştur. Fokal nöbette seçilecek ilk ajan karbamazapindir.

**30.50** yaşındaki erkek hastada bir yıldır kollarda ve bacaklarda kuvvetsizlik şikayeti mevcut. Nörolojik muayenesinde bilateral deltoid kaslarda atrofi ve tüm ekstremitelerde yaygın fasikülasyonlar dikkat çekmekteydi. Derin tendon refleksleri hiperaktifdi. Hangi tetkikle tanıya gidebiliriz?

- a) Kraniyal magnetik rezonans görüntüleme
- b) Kraniyal tomografi
- c) Elektroensefalografi
- d) Elektromyografi
- e) Sisternografi

Cevap D (*Neurology in Clinical Practice: Principles of diagnosis and management, Bradley, Daroff, Fenichel, Marsden, 1996*)

Motor nöron hastalığında tanıda EMG en önemli yöntemdir.

**31.55** yaşındaki kadın hasta anlamsız konuşma, saldırgan davranış ve söylenenleri anlamama yakınmaları ile yakınları tarafından acil servise getiriliyor. Tansiyon arteriyeli 150/90 mmHg, nabız 96/dakika-aritmikti. Tablo aşağıdakilerden hangisi olabilir?

- a) Akut psikotik atak
- b) Konversiyon
- c) Reseptif afazi
- d) Kompleks parsiyel nöbet
- e) Hiçbiri

Cevap C (*Neurology in Clinical Practice: Principles of diagnosis and management, Bradley, Daroff, Fenichel, Marsden, 1996*)

Kardiyak aritmi varlığı şiddetli bir kardiyak emboli ve sol orta serebral arterin posterior temporal dalının etkilenmesine bağlı reseptif afazisi göstermekte, hastanın parezisi olmadığı için bazen psikiyatrik tablolarla karıştırılmaktadır.

**32.**Serebral posterior dolaşım vasküler olaylarda aşağıdakilerden hangisi tanıda en az yardımcıdır?

- a) Bilgisayarlı tomografi
- b) Magnetik rezonans görüntüleme
- c) Magnetik rezonans anjiyografi
- d) Doppler ultrasonografi
- e) Digital substraksiyon anjiyografi

Cevap A (*Neurology in Clinical Practice: Principles of diagnosis and management, Bradley, Daroff, Fenichel, Marsden, 1996*)

Posterior dolaşıma ait olaylarda kemik artefaktı nedeniyle bilgisayarlı tomografi beyin sapı ve serebellumu yeterli görüntüleyemez.

**33.**Parkinsonizm ile izlenen hastalarda L-dopa ya sekonder gelişen psikotik tabloları düzeltmek için hangi ajan en uygundur?

- a) Haloperidol
- b) Klozapin
- c) Alprazolam
- d) Diazepam
- e) Sertralin

Cevap B (*Neurology in Clinical Practice: Principles of diagnosis and management, Bradley, Daroff, Fenichel, Marsden, 1996*)

Atipik nöroleptik olan klozapin ekstrapiramidal yan etkisi olmayan ve özellikle yukarıda tarif edilen tablolar da seçilecek tek ajandır.

**34.**Temporal arterit tanısında aşağıdakilerden hangisi önemlidir?

- a) Tam kan sayımı
- b) Açlık kan şekeri
- c) Hemoglobin A1c
- d) Sedimentasyon hızı
- e) Protrombin zamanı

Cevap D (*Neurology in Clinical Practice: Principles of diagnosis and management, Bradley, Daroff, Fenichel, Marsden, 1996*)

Temporal arteritin tanısında sedimentasyon yüksekliği tanıyı destekleyen en önemli laboratuvar bulgusudur.

# NÖROŞİRÜRJİ

1. Aşağıdaki beyin tümörlerinden hangisine serebelo pontin açıda daha sık rastlanır?

- a) Astrositoma
- b) Akustik nörinoma
- c) Medulloblastoma
- d) Ependimoma
- e) Oligodendroglioma

Cevap B (Wilkins, Principles of Neurosurgery, 30.bölüm, 1993)

Serebello pontin açığı tümörleri içinde en sık olarak akustik nörinoma'ya rastlanır. Pontoserebellar açığı tümörlerinin %85.1 akustik nörinomalardır.

2. Epilepsi yakınması ile baş vuran 48 yaşındaki erkek hastanın çekilen direkt kafa grafilerinde sağ temporal lobda kalsifikasyonlar tespit edilmiştir. Aşağıdaki beyin tümörlerinden hangisi kalsifikasyonların en muhtemel nedenidir?

- a) Ependimoblastoma
- b) Glioblastoma multiforme
- c) Spongioblastoma polare
- d) Oligodendroglioma
- e) Anaplastik astrositoma

Cevap D (Wilkins, Principles of Neurosurgery, 26.bölüm, 1993)

Beyin tümörleri içerisinde erişkin çağda en sık patolojik kalsifikasyona rastlanılan tümör oligodendrogliomalardır. Oligodendrogliomaların %70 inde patolojik kalsifikasyona rastlanır. Cevap şıklarındaki diğer tümörler beynin en malign tümörleri olup, bunlarda kalsifikasyona rastlanma oranı çok düşüktür.

3. Trigeminal nevralsi tedavisinde ilk seçenek hangidir?

- a) Oral karbamazepin
- b) Perkütan retrogasserian termo koagülasyon
- c) Gasser ganglionuna gliserol enjeksiyonu
- d) Pontoserebellar açıda trigeminal sinirin kesilmesi (Dandy operasyonu)
- e) Pontoserebellar açıda trigeminal sinirin mikrovasküler dekompresyonu (Janetta operasyonu)

Cevap A (Wilkins, Principles of Neurosurgery, 47.bölüm, 1993)

Trigeminal nevralsinin ilk tedavisi oral karbamazepin verilmesidir. Bu tedavi ile ağrı düzelmez ise tedaviye oral baklofen eklenir. Bununla da düzelme olmazsa o takdirde cerrahi tedavi yollarından biri denir.

4. 17 yaşında bitemporal hemianopsisi bulunan bir erkek hastanın bilgisayarlı beyin tomografisinde suprasellar yerleşimli, duvarında kalsifikasyonlar bulunan kistik bir kitle tespit edilmiştir. Hastanın serum prolaktin seviyesi 25 ng/ml olarak bulunmuştur. Aşağıdaki beyin tümörlerinden hangisi en muhtemel tanıdır?

- a) Prolaktinoma
- b) Büyüme hormonu salgılayan adenom
- c) ACTH salgılayan adenom
- d) Optik gliom
- e) Kraniofarengiom

Cevap E (Rengachary SS, Principles of Neurosurgery, 1995, Ch.35)

Kraniofarengiomalar genellikle çocukluk ve gençlik çağında suprasellar bölgede, kalsifikasyon gösteren kistik kitlelerdir. Bu tümörler hipofiz sapına bası yaparak prolaktin inhibe edici faktörün adenohipofiz dokusuna erişmesini engellerler (stalk effect) ve bu mekanizma ile hastaların serum prolaktin düzeylerini hafifçe artırırlar.

5. Trigeminal nevralside aşağıdakilerin hangisi yanlıştır?

- a) Genellikle trigeminal sinirin alt iki dalı alanındadır.
- b) Ani, şiddetli ve kısa sürelidir.
- c) Tutulan dal alanında hipoaljezi, hipoestezi vardır.
- d) Genellikle karbamazepin ile tedavi edilir.
- e) Patolojiden genellikle sinirin ponstan çıkışına vasküler bir bası sorumludur.

Cevap C (Greenberg, Hand book of Neurosurgery, 3.baskı, 1994, s.387; Rangachary, Wilkins, Principles of Neurosurgery, 47.bölüm 1994)

Trigeminal nevralsili hastaların nörolojik muayeleri normaldir. Patolojiden genellikle sinirin ponstan çıkışına vasküler bir bası sorumludur. Trigeminal alanda duyu kusuru saptanırsa, nevralsi pontoserebellar açığı tümörü (%5-8) veya multipl sklerozun (%2-3) bir semptomu olarak ortaya çıkmıştır. Ağrı sıklıkla maksiller ve mandibüler alandan birinde görülür. Çakıcı bir ağrıdır.Kadınlarda daha sıktır. Karbamazepin tedavisinde yanıt alınamayan vakalarda mikrovasküler dekompresyon veya trigeminal rizolis girişimleri uygulanır.

6. AIDS'li bir hastanın BT'sinde halkasal boyanma gösteren lezyonlar hangisini düşündürür?

- a) *Listeria monositogene* absesi
- b) *Streptokok* absesi
- c) Multifokal meningeoma
- d) *Treponema pallidum* granüloması
- e) Toksoplazma granüloması

Cevap E (*Greenberg, Handbook of Neurosurgery, 3.baskı, 1994, s.279-282*)

AIDS'li hastaların %40'ında nörolojik bir semptom görülür. Otopsielerde ise beyni normal olan hasta oranı ancak %5'dir. AIDS'teki fokal serebral lezyonlar Toksoplazmozis, Lenfoma ve progresif multifokal lökoensefalopatidir. Bu kitlelerin %80'i toksoplazmozisdir. Toksoplazmozis BT'lerde ortası hipodens, çevresi ödemli ve halkasal boyanan abse benzeri lezyonlar olarak görülürler. Primetamin ve Sulfadiazin ile tedavi edilirler.

7. Aşağıdakilerden hangisi sıklıkla sirengomyeliye eşlik eder?

- a) Chiari I malformasyonu
- b) Sakrum agenezisi
- c) Lipomeningosel
- d) Dandy-Walker malformasyonu
- e) Korpus kallozum agenezisi

Cevap A (*Greenberg, Handbook of Neurosurgery, 3.baskı, 1994, s.156, 509*)

Chiari I Malformasyonlu hastaların %32'sinde sirengomyeli vardır.

8. Anevrizmal subaraknoid kanama geçiren hastalarda ilk üç gün içinde en sık görülen neden hangisidir?

- a) Vazospazm
- b) Akciğer ödemi
- c) Hidrosefali
- d) Yeniden kanama
- e) Hiponatremi

Cevap D (*Lindsay, Bone, Neurology and Neurosurgery Illustrated, 2.baskı, 1991, s.270-286; Rengachary, Wilkins, Principles of Neurosurgery, 11.bölüm, 1994*)

Anevrizmal subaraknoid kanama geçiren hastaların %15'i hastaneye yetiştirilmeden kaybedilir. Tedavi görmezse %15'i de izleyen 48 içinde ölür. Yeniden kanama ve serebral enfarkt en sık görülen ölüm nedenidir. Yeniden kanama en çok ilk günde görülür (%4.1). Üçüncü günde %1.5'a geriler. İskemik olaylar ise üçüncü günden sonra başlar.

9. ....'ların 2/3 beyne metastaz yapar.

- a) Bronş Ca
- b) Melanom
- c) Meme Ca
- d) Prostat Ca
- e) Sarkom

Cevap B (*Lindsay, Bone, Neurosurgery Illustrated, 2.baskı, 1991, s.310-311*)

Tüm habis tümörler beyne metastaz yapar. Orantısız olarak malign melanomlu hastaların %66'sında beyin metastazı vardır. Sayısal açıdan ise en fazla bronş ve meme kanseri metastazına rastlanır.

10.Kafa travması geçiren bir hastada en sık rastlanılanpatoloji aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Epidural hematoma
- b) Subdural hematoma
- c) İntraserebral hematoma
- d) Subaraknoid kanama
- e) Beyin ödemi

Cevap D (*Wilkins, Rengachary, 2.baskı, 1996, s.2645*)

Subaraknoid alana oluşan kanama özellikle kapalı kafa travmalarının en sık gözlenen lezyonudur. Zaman zaman çok şiddetli olabilirse genellikle hafif bir kanama oluşur. Kortikal kontüzyon veya laserasyon olmaksızın da subaraknoid kanama olabilir ancak şiddetli SAK daima serebral kontüzyonla beraber bulunur.

11.Şuur kaybı ile birlikte tek taraflı ileri geniş (8-9 mm) ve ışık reaksiyonu olmayan pupil aşağıdaki hangi anatomik oluşumun basısı sonucu gelişir?

- a) İpsilateral frontal lob basısı
- b) Kontralateral pontin tegmental basısı
- c) İpsilateral süperior servikal ganglion basısı
- d) Kontralateral mekel kavitesi basısı
- e) İpsilateral interpediküler sistern basısı

Cevap E (*Youmans, Neurological Surgery, 1994, s.48*)

Okulomotor sinirin mezensefalonun önünde veya interpediküler sistern içindeki basısı ile ileri derecede genişlemiş ve ışık reaksiyonu olmayan pupil görülür. Özellikle lateral supratentorial kitle lezyonlarında şuur kaybı ile birlikte ipsilateral tentorial herniasyonun tipik bir belirtisidir ve acil durum arzeder.

12.Glaskow Koma sonuç skalasında 4 puan (E 1, V 1, M 2) alan 24 saatlik bir hastanın ailesine ne dersiniz?

- a) Merak etmeyin tamamen iyileşir.
- b) Hastanız iyileşir ancak böyle giderse orta derecede sekel kalır.
- c) Böyle giderse ileri sekel kalır.
- d) Hastanız çok kötü devamlı vejetatif durumda kalabilir.
- e) Hastanız böyle giderse 24 saat içinde ölür.

Cevap B (*Greenberg, Hand Book of Neurosurgery, 3.baskı, 1994, s.2197*)

Sonuç kategorilerinin Glaskow koma skalasında değerlendirilmeleri sonucunda jennet ve Bond kafa travmalarının sonuçlarının gösterildiği bir koma sonuç skalası geliştirmişlerdir. Bu sonuç skalası 5 kategoriden olup, skor olarak 1:48 saat içinde ölüm;

2.Persisten vejetatif durum, 3.ileri sekel ile iyileşme; 4.orta derecede sekel ile iyileşme, ve 5. tam iyileşmedir.

**13.Amenore, galaktore ve sterilite şikayetleri olan 26 yaşındaki bir kadının Sella Gr:2, Prolaktin 2000 ng ve çekilen MRI de intrasellar 1 cm lik adenomu var. Aşağıdakilerden hangisi en doğru seçimidir?**

- a) Hastayı kendi haline bırakmak
- b) Parlodel ile ilaç tedavisi
- c) Şua tedavisi
- d) Transsfenoidal cerrahi
- e) Transkraniyal cerrahi

Cevap D (*Youmans, Neurological Surgery, 3.baskı, 1994, s.3480-3488*)

Prolaktin sekresyonu yapan tümörler için geçmişte farklı hormon tedavileri uygulanmıştır. Parlodel ile hastaların semptomları iyileşip hormon seviyeleri normale gelebilir. Ancak prolaktin tümör hücrelerine öldürücü etki yapmayı pahalı olan ilaç kesilince semptomlar %90 üzerinde bir oranla tekrar başlamakta ve ameliyat bu safhadan sonra fibrozis nedeniyle zor olmaktadır.

İlk olarak şua tedavisi yapılması yanlış olup hasta panhipopituiter hale gelir. Özellikle Transsfenoidal cerrahiden sonra şua tedavisinin popülaritesi kaybolmuştur.

Transkraniyal yaklaşım karşısında transsfenoidal yaklaşımın kesin endikasyonları: 1. Tümörün sfenoid sinüse uzanması, 2. İntrasellar mikroadenom, 3. Rinore ile gelen tümör ve 4. sfenoid sinüsü tahrip etmiş ve multiloküler intrakraniyal uzantılar gösteren tümör.

**14.Serebellar fonksiyon bozukluğu nedeni ile kraniyal MRI tetkiki yapılan bir hastada posterior fossada sağ serebellar hemisfer içinde tümöral bir kitle saptanıyor. Rutin kan tetkiklerinde eritrositozis (polistemi) saptanan hastada ilk akla gelen tümör cinsi ne olmalıdır?**

- a) Glioblastoma multiforme
- b) Oligodendrogliom
- c) Hemanjioblastom
- d) Medullablastom
- e) Serebellar astrositom

Cevap C (*Greenberg, 3.baskı, s.649-650*)

Hemanjioblastomlar erişkinde posterior fossada ensik görülen benign tümörlerdir. Von Hippel Lindau hastalığının bir bölümü olarak da karşımıza çıkabilirler. Salgıladıkları eritropoetin liberated faktör nedeni ile eritrositozis yapabilirler. Tedavileri cerrahidir.

**15.Yüksekten düşme sonucu üst servikal bölge ağrısı ve sağ tarafta 9, 10, 11, 12 kraniyal sinir felçleri bulunan hastanın tanısı aşağıdakilerden hangisi olabilir?**

- a) Sağ oksipital kondil kırığı
- b) Jefferson kırığı
- c) Hangman kırığı
- d) Atlanto-aksiyel dislokasyon
- e) C3-4 kompresyon fraktürü

Cevap A (*Bozboğa, Spine, 17, 1992; Hashimoto Neurosurgery, 1988*)

Oksipital kondil kırıkları kraniyoservikal travma ile ortaya çıkabilen nadir patolojilerdir. Sadece üst servikal boyun ağrıları olabildiği gibi alt kraniyal sinirlerin tümünün tutulduğu olgular da (Collet-Sickard sendromu) görülebilir. Tedavileri Philadelphia color ile immobilizasyondur.

**16.Servikal bölgeden kaç adet sinir çıkmaktadır?**

- a) 5
- b) 6
- c) 7
- d) 8
- e) 9

Cevap D (*Greenberg, 3.baskı, s.576*)

Servikal bölgede 7 adet vertebra olmasına karşılık bu bölgeden 8 adet spinal sinir çıkmaktadır.

**17.Trafik kazası sonucu acil servise getirilen 30 yaşındaki erkek hastanın yakınlarının verdiği anemnezde travma sonrası kısa bilinç kaybını takiben hastanın şuurunun açıldığı hastaneye getirilirken tekrar kapandığı bildirildi. Nörolojik muayenesinde bilincinin kapalı, sağ pupilinin fiks, dilate ve sol hemiparezisi olduğu saptanıyor Direkt kraniyografilerde sağ temporal fraktür görülen hastanın en muhtemel tanısı aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Sağ temporal epidural hematoma
- b) Sol temporal epidural hematoma
- c) Sağ temporal subdural hematoma
- d) Sağ temporal intraserebral hematoma
- e) Sol temporal subdural hematoma

Cevap A (*Greenberg, 3.baskı, s.536-538*)

Epidural hematoma %85 arteriyel kaynaklıdır. Temporal bölgeyi çaprazlayan fraktürlerde a.menengia media dallarının yırtılmasına bağlı epidural hematoma görülme insidansı yüksektir. Bunun yanında hastada lüsid interval olarak tanımlanan kısa süreli ilk bilinçli kaybı periodu ve bunu takip eden bilincin açıldığı bir dönem mevcuttur, daha sonra bilinç tekrar kapanmıştır. Bu klinik görünüm hastada öncelikle epidural hematoma düşündürmektedir.

# NÜKLEER TIP

## 1. Renal kortikal skarın ortaya konmasında en duyarlı yöntem hangisidir?

- Ultrasonografisi
- Bilgisayarlı tomografi
- İntravenöz piyelografi
- Tc-99 DMSA sintigrafisi
- Direk batın grafisi

Cevap D (Sandler, 1.baskı, sf. 491)

Bilgisayarlı tomografide dansite farklılığına göre tanı konulmaktadır ve ancak renal skarda dansite farkı görülmeyebilir. IVP'de tanı kriteri olarak kullanılan sekonder kaliksel değişiklikler vakaların çoğunluğunda görülmeyebilir. Direkt grafinin skar tanısında yeri yoktur. Ultrasonografi uygulayan hekime göre değişik sonuçlar vermekle birlikte en iyi ellerde bile %30'un üzerinde yanlış negatif sonuçlar alınabilir. Tc-99m DMSA sintigrafisinde kullanılan radyofarmasötik proksimal tüp hücrelerinde tutulan ajan olup, normal uptake için norma dokunun bulunması gerekmektedir. Skar tanısında %95 üzerinde duyarlılık göstermektedir.

## 2. Lenfomaların primer tedavisinden sonra rezidü tümör-fibrozis ayırımında en duyarlı yöntem hangisidir?

- Bilgisayarlı Tomografi
- Ultrasonografi
- Galyum-67 Sintigrafisi
- Manyetik Rezonans
- İnce İğne Aspirasyon Biyopsisi

Cevap C (Sandler, 1.Baskı, sf. 585)

Manyetik rezonans, Ultrasonografi ve Bilgisayarlı tomografi ile kitle varlığı saptanabilir ancak fibrozis-tümör ayırımı yapılamaz. Galyum-67 tümöral dokularda tutulum gösterirken fibrotik dokularda tutulum göstermemektedir. İnce İğne aspirasyon biyopsisinde örnekleme hatası ayırımı güçleştirebilir.

## 3. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Tiroid sintigrafisi için en yaygın olarak kullanılan radyonüklid Tc-99m perteknetattır.
- Tiroid sintigrafisinde kullanılan Tc-99m perteknetat tiroid bezi tarafından tutulduktan sonra organifiye olmaz.
- Radyoaktif Iyot-131 hastanın fazla miktarda radyasyon almasına neden olduğundan yaygın olarak kullanılmaz.
- Retrosternal guatr olgularında I-131 sintigrafisinin Tc-99m perteknetat sintigrafisine belirgin bir üstünlüğü yoktur.
- Tl-201 süprese olmuş tiroid dokusunun ve malign tiroid nodüllerinin gösterilmesinde kullanılan bir radyonükliddir.

Cevap D (R. Mc Lean, K. Endo: Nuclear Medicine in Clinical Diagnosis And Treatment, 1.Baskı, II. Cilt, sf. 667)

Retrosternal guatr şüphesi olan hastalarda I-131 sintigrafisi Tc-99m sintigrafisine tercih edilir. I-131 fotonları sternumda Tc-99m fotonlarına göre daha az atenué olur. Bundan dolayı Tc-99m ile görüntülenemeyen retrosternal tiroid dokusu, I-131 sintigrafisi ile gösterilebilir.

## 4. Aşağıdakilerden hangisi kemik sintigrafisindeki normal varyasyonlardan birisi değildir?

- Çocuklarda uzun kemiklerdeki metafiz ve epifiz bölgesindeki yoğun radyoaktif madde tutulumu.
- Sakroiliyak eklemlerin normale göre fazla radyoaktivite tutması.
- Kasların yapışma yerlerinde radyoaktivite tutulumunun rölatif olarak artmış olması
- Sternumun filorokartilojinöz birleşkelerinde radyoaktivitenin normale oranla fazla tutulması
- Radyoterapi alan hastaların, radyoterapi uygulanan bölgede radyoaktivite tutulumunun azalması

Cevap E (I.P.C. Murray: Nuclear Medicine in Clinical Diagnosis And Treatment. 1. Baskı, II. Cilt, sf. 909)

Kemik sintigrafisinde en sık görülen iatrojenik değişiklik radyoterapiye bağlı olarak radyoaktivite tutulumunda meydana gelen azalmadır. Bu görünüm radyoterapiden 4-6 ay sonra meydana gelip, 18 aya kadar devam edebilir. Bu nedenle sözü edilen bu görünüm normal varyasyon sayılmayıp, artefaklar içerisinde ele alınır.

## 5. Aşağıdakilerden hangisi Renal transplantasyonun bir komplikasyonu olan akut rejeksiyon için doğru değildir?

- Akut rejeksiyon genellikle operasyondan sonraki ilk hafta içerisinde görülür.
- Akut rejeksiyonda transplante böbreğin kanlanması bozulmuş olduğu halde, böbrekteki hipuran veya MAG3 tutulumu yeterli düzeydedir.
- Akut rejeksiyon en çok karıştığı akut tübüler nekrozdan, böbrekteki kanlanmanın akut tübüler nekrozda, akut rejeksiyona göre daha bozuk olması ile ayrılır.
- Transplantasyon sonra 2-3 gün aralıklarla yapılan sintigrafilerde kanlanmanın ve radyoaktivite tutulumunun giderek bozulması rejeksiyonu destekleyen bir bulgudur.
- Akut rejeksiyonun fizyopatolojisinde T-hücreleri, humoral antikorlar veya bu iki mekanizmanın kombinasyonu rol oynar.



Cevap C (*Henrik S. Thomsen: Nuclear Medicine in Clinical Diagnosis And Treatment. 1.Baskı, sf. 345*)

Akut tübüler nekrozda hipuren ve MAG3 tutulumu normal, bu maddelerin eliminasyonu bozulmuş olup, böbrek perfüzyonu yeterlidir. Akut rejeksiyonda ise hipuran ve MAG3'ün tutulum ve eliminasyon özellikleri akut tübüler nekroza benzediği halde, böbrek perfüzyonu akut tübüler nekroza göre belirgin şekilde azalmıştır.

**6. Talyum 201 ekzersiz miyokard perfüzyon sintigrafisi için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- Ekzersiz miyokard perfüzyon sintigrafisi miyokardiyal iskeminin, yeri, yayılımı ve şiddetini gösterir.
- Ekzersiz miyokard perfüzyon sintigrafisinde görülen reversibl perfüzyon defekti iskeminin gösterilmesinde, EKG deki ST segment depresyonundan daha düşük bir sensitiviteye sahiptir.
- İnfaktüs bölgesi etrafındaki rezidüel iskemi ekzersiz miyokarda perfüzyon sintigrafisi ile gösterilebilir.
- Ekzersiz sonrası geçici sol ventrikül dilatasyonu gelişmesi yüksek riskin bir göstergesi olup yaygın subendokardiyal iskemiği gösterir.
- Ekzersiz sonrası Akciğerlerde T1-201 tutulumunun artması, ekzersize bağlı sol ventrikül disfonksiyonunu gösterir.

Cevap B (*George A Beller:Nuclear Medicine in Clinical Diagnosis And Treatment 1.Baskı, II. Cilt, sf. 1161*)

Ekzersiz miyokard perfüzyon sintigrafisinde görülen reversibl perfüzyon defekti iskeminin gösterilmesinde EKG deki ST segment depresyonundan daha yüksek sensitiviteye sahiptir.

**7. Akut strokta görülen beyin SPECT bulguları için yanlış olanı işaretleyiniz?**

- Akut strokta ilk saatlerde gelişen serebral iskeminin gösterilmesinde beyin SPECT yöntemi CT ve MRI gibi anatomik yöntemlere göre daha başarılıdır.
- Bölgesel beyin kan akımı değişiklikleri yapısal değişikliklerden daha erken meydana gelir.
- SPECT ile gösterilen lezyonun büyüklüğü CT ve MRI ile gösterilenden daha küçüktür.
- Lakunar infaktüte SPECT'in sensitivitesi anatomik yöntemlere göre daha düşüktür.
- Cross-cerebellar diasizis genellikle kortikal strok ile birlikte görülür.

Cevap C (*Michael D. Verous, Lawrence M. Brass: Nuclear Medicine in Clinical Diagnosis And Treatment. 1.Baskı, I. Cilt, sf. 560*)

SPECT ile tespit edilen lezyon büyüklüğü CT ve MRI ile tespit edilenden genellikle daha büyüktür.

**8. Aşağıdakilerden hangisi dinamik böbrek sintigrafisi için kullanılan radyofarmasötiktir?**

- Tc99m-DMSA
- Tc99m-Sülfür kolloid
- Tc99m-HMPAO
- Tc99m-DTPA
- Tc99m-MDP

Cevap D (*Nuclear Medicine in Clinical Diagnosis and Treatment Vol:1, sf 198-19; R.P.C Murray, P.J. Ell. H.W. Strauss*)

Selätör bir ajan olan Dietilentriamin pentaasetikasid (DTPA) böbreklerin kanlanması, böbrek ve üriner sistem fonksiyonlarını görüntülemek için kullanılır. Böbrekler tarafından DTPA'nın %95'i glomerüler filtrasyon ile, %5'i ise tübüler sekresyon ile ekskrete edilir.

**9. Nöral krest tümörlerini (Feokromasitoma, Nöroblastoma) görüntülemek için kullanılan sintigrafik radyofarmasötik aşağıdakilerden hangisidir?**

- I-123-MIBG
- Tc99m-MIBG
- I-131
- Tc99m-MIBI
- Tc99m-perteknetat

Cevap A (*Nuclear Medicine in Clinical Diagnosis and Treatment Vol:1, sf 198-19; R.P.C Murray, P.J. Ell. H.W. Strauss Vol:2, s.745*)

MIBG (metaiodobenzylguanidine) molekülünün yapısı noradrenaline benzer. Bu yüzden noradrenalin gibi davranarak katekolamin depo veziküllerinde birikir. Bu mekanizmadan yararlanılarak katekolamin yapan tümörler ve bunların metastazlarını görüntülemeye kullanılmaktadır. Katekolamin salgılayan tümörler feokromasitoma, nöroblastoma, karsinoid tümör ve diğer nadir görülen türlerdir. MIBG, I-123 ve I-131 ile birleştirilerek radyofarmasötik haline getirilir.

**10.Aşağıdakilerden hangisi tiroid sintigrafisinde düşük uptake gösteren durumlardan değildir?**

- Akut tiroidit
- Kronik tiroidit
- Tiroid supresyonu ve antitiroid tedavi
- Hipertiroidi
- Hipotiroidi

Cevap D (*Practical Nuclear Medicine, sf. 269*)

Hipertiroidide tiroid uptake'i normalin çok üstünde olup, verilen radyonüklid ile artmış uptake gösterecektir.

# ORTOPEDİ

1. Aşağıdaki hastalıklardan hangisinde hareket kısıtlılığı ve eklem harabiyeti yapan artritine tedaviye yönelik olarak protez ile rekonstrüksiyon sakıncalıdır?

- a) Osteoartrit (Dejeneratif Eklem Hastalığı)
- b) Sistemik Lupus Eritematozis
- c) Nöropatik artropati (Charcot Eklemi)
- d) Romatoid artrit
- e) Ankilozan Spondilit

Cevap C (*Review of Orthopaedics, Mark D. Miller, 1992, sf. 65-66*)

Charcot eklemi, eklemin duysal innervasyonunda aksama neticesinde gelişen aşırı harabiyet ve osteoartrittir. Diabet, tabes dorsalis, sirengomiyeli, meningomiyelosel gibi sebeplerle oluşabilir. Radyolojik olarak eklemin her iki yüzeyinde aşırı harabiyet görülür. Tedavi aktivite kısıtlaması ve ortez ile destekleme şeklindedir. Charcot ekleminde total protez veya diğer ortopedik implantlar sıklıkla kontraendikedir.

2. Osteosarkom vücutta en sık hangi eklemin çevresinde yerleşir?

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

Cevap B (*Tıp Öğrencileri ve Pratisyen Hekimler için Ortopedi ve Travmatoloji Ed: Güven Yüçetürk, 1996, sf. 204*)

Osteosarkom (osteojenik osteosarkom) en sık 10-20 yaş arası dönemde ortaya çıkan malign karakterli bir tümördür. Genellikle hızlı büyümenin gerçekleştiği büyük eklemlerin çevresine yerleşir. En çok tuttuğu bölgeler femur alt uç, tibia üs uç ve humerus üst ucudur. Belirlenen osteosarkomların yaklaşık %60'ı diz çevresinde yer alır.

3. Doğuştan çarpık ayak (talipes ekinovarus) tedavisine çocuk doğduktan ne kadar süre sonra başlamak gerekir?

- a) Hemen
- b) 3. ayda
- c) Yürüyünce
- d) 18. ayda
- e) 3 yaşında

Cevap A (*Tıp Öğrencileri ve Pratisyen Hekimler için Ortopedi ve Travmatoloji Ed: Güven Yüçetürk, 1996, sf. 97*)

Doğuştan çarpık ayak, ayağın en sık görülen doğuştan şekil bozukluğudur. Başlangıç tedavisi seri alçılar

ile deformitenin düzeltilmesidir. Tedaviye ne kadar erken başlanırsa, o kadar başarılı sonuçlar alınmaktadır. Bu nedenle doğuştan çarpık ayağın tedavisinde sekonder kontraktüel gelişmeden ilk fırsatta, mümkünse çocuğun doğumundan hemen sonra başlamak uygun olmaktadır.

4. Karpal tünel sendromunda basıya uğrayan sinir hangisidir?

- a) Aksiller sinir
- b) Muskulokutanöz sinir
- c) Radial sinir
- d) Median sinir
- e) Ulnar sinir

Cevap D (*Tıp Öğrencileri ve Pratisyen Hekimler için Ortopedi ve Travmatoloji Ed: Güven Yüçetürk, 1996, sf. 34*)

Çeşitli periferik sinirlerin değişik yerlerde basıya uğrayarak, nöropraksi şeklinde nöropati oluşturmasına sinir sıkışması veya tuzak sendromu adı verilmektedir. Karpal tünel sendromu, median sinirin el hizasında karpal tünel (fleksör retinakulum) içinde geçerken sıkışmasına bağlı belirtilerin ortaya çıkmasına verilen bir özel isimdir ve en sık görülen tuzak sendromudur.

5. İntravenöz ilaç kullanma bağımlılığı bulunan hastalar ve ayağa yabancı cisim batmasından sonra gelişen osteomyelitte en sık rastlanan etken mikroorganizma hangisidir?

- a) Staphylococcus aureus
- b) Staphylococcus albus
- c) Pseudomonas aeruginosa
- d) Salmonella typhii
- e) Clostridium welchii

Cevap C (*Manual of Rheumatology and Outpatient Orthopaedic Disorders Ed: Beary III JF, Christian CL, Johanson NA; 2.baskı, sf. 199*)

Kemik enfeksiyonu olan osteomyelitte bazı özel durum ve yaralanmalarla etkeni olabilecek mikroorganizma daha sık görülmektedir. Bunlardan öncelikle düşünülebilecek mikroorganizma, ayağa yabancı cisim batması veya intravenöz ilaç kullanma bağımlılığı olan kişilerde en sık etkenin Pseudomonas Aeruginosa olmasıdır.

6. Epifiz avasküler (iskemik) nekrozunun en sık görüldüğü yer hangisidir?

- a) Femur başı
- b) Tibia proksimali
- c) Kalkaneus
- d) Talus
- e) İkinci metatars başı

Cevap A (*Tıp Öğrencileri ve Pratisyen Hekimler için Ortopedi ve Travmatoloji Ed: Güven Yüceltürk, 1996, sf. 65*)

Kemiğin fokal lezyonu olarak kabul edilen epifiz avasküler (iskemik) nekrozu nedeni bilinsin veya bilinmesin, hangi yaşta ortaya çıkarsa çıksın en sık femur başı epifizinde görülmektedir.

**7. DKÇ (Doğuştan kalça çıkığı) için yanlış olanı işaretleyiniz.**

- Kız çocuklarda DKÇ görülme sıklığı erkek çocuklara göre 6-9 kez daha fazladır.
- Teratolojik DKÇ'de prognoz tipi DKÇ'den daha kötüdür.
- Ortolani testi yenidoğan döneminde yapılan dislokasyon (provokasyon) testidir.
- Gelişimsel kalça çıkığı DKÇ için risk faktörleri taşıyan çocuklardaki fizyolojik yönde normal bir gelişme olmadığı hallerde kalça çıkığı gelişeceğini ifade eder.
- Tipik DKÇ'de 18 aylıktan itibaren tedavide açık redüksiyonla beraber asetabulumun yeniden yönlendiren pelvik osteotomi ameliyatları edikasyonu başlar.

Cevap C (*Tachdjian M.O. Pediatric Orthopaedics, Philadelphia, WB Saunders Co. 1992; Bölükbaşı S: Doğuştan Kalça çıkığı, Ortopedi ve travmatoloji Ders Kitabı, Ankara 1996*)

Ortolani testi dislokasyon testi değil, redüksiyon testidir.

**8. Eklem snoviyal sıvısının rutin incelenmesinde hangisine bakılmaz?**

- Renk, viskosite
- Hücre sayısı
- Kristal varlığının araştırılması
- Bakteriyel kültür uygulanması
- Kompleman düzeyleri

Cevap E (*Weinstein SL., 1994, sf. 153*)

Snoviyal sıvısının rutin analizi;

- sıvısının renginin viskositesinin incelenmesinin
- hücre sayısına bakılmasını
- kültür yapılmasını
- Gram boyası ile boyanarak bakılmasını gerektirir.

Bazan uygulanan ek testler arasında ise; "Musin pıhtı testi" "Glukoz bakılması", "Protein bakılması" ve "kompleman düzeylerinin araştırılması" sayılabilir.

**9. Yerleşim bölgelerine göre adlandırılan Osteosarkomlara hangisi uygun değildir?**

- Periosteal Osteosarkom
- Parosteal Osteosarkom
- Kraniyal Osteosarkom
- Metafizer İntraosseöz Osteosarkom
- Ekstraosseöz Osteosarkom

Cevap C (*Joseph A. Buchwalter, 5.Baskı, sf. 324*)

Osteosarkomlar, en sık uzun kemik metafizini tutarlar. Az görülmekle birlikte, kemik yüzeyinde yerleşen osteosarkomlara "periosteal osteosarkomlar", ve kemiğe komşu yumuşak dokularda yerleşenlere "parosteal osteosarkomlar" ve kemikten uzakta kas yada diğer yumuşak dokular için yerleşen osteosarkomlara da "ekstraosseöz osteosarkomlar" adı verilir.

**10.Aşağıdaki kırıklardan hangisinde avasküler nekroz riski yoktur?**

- Femur boyun kırığı
- Talus boyun kırığı
- İntertrokanterik femur kırığı
- Proksimal skafoid kırığı
- Proksimal humerus kırığı

Cevap C (*Miller M.D., Review of Orthopaedics, 1992, sf. 236*)

Avasküler nekroz intraartiküler kırıklarda, özellikle femur başı/boynu, femoral kondiller, proksimal skafoid, proksimal humerus ve talus boynu kırıklarında sık olarak görülür.

**11.Aşağıdakilerden hangisi doğuştan kalça çıkığı için doğrudur?**

- Daha çok sağda görülür.
- Erkek çocuklarda daha sıktır.
- Etiyolojide mültifaktöriyel etkiler sorumlu tutulmuş fakat genetik bir ilişki bulunamamıştır.
- Berberinde tortikollis, metatarsus varus gibi deformiteler olabilir.
- Pavlik bandajı kullanımı 3 aydan sonra faydasızdır.

Cevap D (*Tachdjian, 2.baskı, s.297-303*)

Doğuştan kalça çıkığı iki ana grup altında toplanabilir: Teratolojik ve tipik. Teratolojik tip, şiddetli malformasyonlar, kromozom anomalileri ve nöromüsküler bozukluklar ile beraber olabilir. Doğumdan sonra çıkık ortolani manevrası ile redükte edilemez. Tipik DKÇ ise oluşum zamanına göre prenatal, perinatal ve postnatal olarak üçe ayrılır. DKÇ ilk doğumlarda, oligohidramniyozlularda, makat gelişlerinde ve kızlarda daha sık görülür. Sol kalça %60 tutulurken sağ kalça %20 civarında tutulur. Etiyolojisinde genetik faktörler de dahil olmak üzere mültifaktöriyeldir. Pavlik bandajı, gerekli koşulları karşılıyorsa, 6.aya kadar kullanılabilir.

**12.Omuz çıkıkları hakkında aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- Vücutta en sık çıkığı görülen major eklemdir.
- Büyük çoğunluğu anterioradır
- Çıkık sırasındaki yaş rekürrens ihtimali açısından önemlidir.
- Vakaların bir kısmında humerus veya glenoidde kemik defekt izlenebilir.
- Çıkığın redüksiyonunda Leadbetter manevrası da kullanılabilir.

Cevap E (*Rockwood, 3.baskı, s.1021-1142*)

Omuz çıkıkları, tüm çıkıkların yaklaşık %50'sini oluşturur. Anteriora çıkıkların görülme insidansı %90'ın üzerindedir. İlk çıkık sonrası nüks ihtimali 20 yaşın altında %90 civarında iken, bu oran yaşla birlikte azalır ve 40 yaşın üzerinde %10-15 civarına düşer. Anteriora çıkıklarda %15 sinir lezyonu, %40 oranında kemik lezyonu izlenebilir. Humerus posterolateralinde oluşan kemik lezyona Hill-Sechs lezyonu; kapsül, labrum ve glenoidde oluşabilen lezyona da Bankart lezyonu adı verilir. Redüksiyon tercihan genel anestezi altında yapılmalıdır. Redüksiyon manevraları arasında Hipokrat, Kocher, Stimson ve Milch teknikleri vardır. Leadbetter manevrası kalça kırık ve çıkıklarının redüksiyonunda kullanılır.

**13.Daha çok dirsek ve tibia kırıkları sonrası, erken dönemde, beklenenden şiddetli ağrı, pasif germe ile ağrıda artış, gergin ve şiş ekstremitte ile çıkan kırık komplikasyonu aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Damar yaralanması
- b) Sinir yaralanması
- c) Kompartman sendromu
- d) Sudek atrofisi
- e) Yağ embolisi

Cevap C (*Howard, 1992, s.285-6*)

Fasiyalarla çevrili ve içinde kas, damar ve sinir yapıları olan kompartmanların basıncı; volümlerinin azalması (Sıkı sargı, alçı...) veya içeriğinin artması (Kırık sonrası ödem, hematoma) nedeni ile artar ise dolaşım ve fonksiyon bozulur. Şiddetli ağrı ve pasif olarak o kompartman kaslarını geren hareketler ile ağrıda artış karakteristiktir. Parestezi, parezi ve çok ileri devrelerde nabızsızlık izlenebilir fakat bunlar çıktığında kaslarda irreversibl iskele gelişmiştir. Tedavide vakit geçirmeden fasiyotomi yapılır.

**14.Aşağıdakilerden hangisi radius distal uç kırıklarından değildir?**

- a) Colles kırığı
- b) Smith kırığı
- c) Barton kırığı
- d) Monteggia kırığı
- e) Şöför kırığı

Cevap D (*AAOS Orthopaedic Knowledge Update / Trauma, s.67-8*)

Radius distal, 3 cm bölümünün ekstraartiküler, dorsal angulasyon ve deplasmanlı kırığına Colles kırığı, volar angulasyon ve deplasmanlı kırığına Smith kırığı denir. Barton kırığı radius distal ucunun eklem içi kırığıdır. Şöför kırığı ise radius stiloid kırığıdır. Monteggia kırığı ise proksimal ulna kırığı ve radius-başı çıkığının birlikte olduğu özel bir dirsek kırığı tipidir.

**15.Osteomyelitler ile ilgili hangisi yanlıştır?**

- a) Akut, subakut veya kronik olabilirler.

- b) Yenidoğan döneminde etken genelde Gr (-) ajanlar ve B grubu Streptokoklardır.
- c) Daha büyük çocuklarda Haemophilus influenza da izlenir.
- d) Orak hücreli anemide Salmonella osteomyeliti siktir.
- e) Ayağa yabancı cisim batması sonucu oluşan osteomyelitlerde en sık etken E.Coli'dir.

Cevap E (*Howard, Synopsis of Orthopaedics, 1992, s.97-99*)

Ani başlayan ateş, lokalize edilebilen ağrı ve hassasiyet ile kendini gösteren kemik iltihabıdır. Daha çok kanlanmanın fazla olduğu metafizer bölgelerde izlenir. Sintigrafi, kan kültürü ve kemik kültürleri tanıda değerlidir. Etken yaşa göre değişir. Küçük çocuklarda Haemophilus influenza da görülebileceğinden menenjit riskine karşı BOS'a girebilen ilaçlar seçilir. Batma yaralarından sonra en sık Pseudomonas osteomyeliti izlenir.

**16.DKÇ'de erken radyolojik bulgulardan yanlış olanı işaretleyiniz.**

- a) Von Rosen II bulgusu
- b) Shenton-Menard hattının kırılması
- c) Wiberg CE açısı
- d) Asetabuler açı
- e) Perkins kadranı

Cevap C (*Turek, Ortopedi ilkeleri ve uygulamaları, 1980, s.260*)

Wiberg'in CE açısı 3-4 yaşından sonra femur başı tamamen kemikleşip, onun asetabulum ile olan ilişkileri tamamen gerçekleşince kullanılır.

**17.Aşağıdaki tümörlerden hangisi uzun kemiklerin epifizinde yerleşir?**

- a) Enkondrom
- b) Giant cell tm
- c) Osteokondrom
- d) Osteid osteoma
- e) Eozinofilik granülom

Cevap B (*Campanacci, 1986, s.118*)

Giant Cell olgularının %90'ı uzun kemiklerde görülür ve hemen daima metafizo-epifiz yerleşim gösterir.

**18.Akut hematojen osteomyelitin en sık nedeni hangisidir?**

- a) Stafilokok
- b) Streptokok
- c) Pseudomonas
- d) H. influenza
- e) Salmonella

Cevap A (*Edmonson, Grenshaw, Campbell's Operative Orthopaedics, 6.baskı, 1980, s.1037*)

Akut hematojen osteomyelitin en sık nedeni stafilokoklardır. Değişik merkezlerden bildirilen çalışmalarda görülme sıklığı %80-85 arasında değişmektedir.

19. Humerus distal 1/3 kırığını takiben hasta el bileğine ekstansiyon yaptıramıyorsa aşağıdakilerden hangisi düşünülmelidir?

- a) N. Medianus yaralanması
- b) N. Ulnaris yaralanması
- c) N. Radialis yaralanması
- d) N. Aksillaris yaralanması
- e) N. Peronealis yaralanması

Cevap C (Rockwood, Green, Fractures, 2.baskı, 1984, s.669)

Humerus cisim kırıklarında %5-10 oranında radial sinir paralizisi bildirilmektedir. Özellikle distal 1/3 kırıklarda radial sinir deplase fragmanlar arasına sıkışarak yaralanabilir.

20. Skolyoz için aşağıdakilerden yanlış olanı bulunuz.

- a) Vertebral kolonda laterale deviasyon vardır.
- b) Vertebral korpuslarında rotasyon vardır.
- c) Vertebral kolonda rotasyon konkav taraftadır.
- d) Fonksiyonel ve strüktürel olarak iki tiptir.
- e) Fonksiyonel skolyoz tedavi gerektirmez, skolyozu oluşturan neden ortadan kaldırılmalıdır.

Cevap C (Turek, 1980, s.1479)

Omurganın eğilmesi ilerlerse ve kalıcı duruma gelirse vertebralar rotasyona uğrar ve kamalaşır. Vertebra cisimlerinde konveks yana rotasyon olur.

# PLASTİK VE REKONSTRÜKTİF CERRAHİ

1. Apert sendromunu, Crouzon sendromundan ayıran özellik ve hastalığın en karakteristik bulgusu aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Psödomandibuler prognatizm
- b) Hipertelorizm
- c) Ekzoftalmi
- d) Sindaktili
- e) Multipl kraniyal sütür tutuluşu

Cevap D (*Kawamoto H K: Craniofacial Anomalies. Grabb and Smith's Plastik Surgery, 4 th Edition, Boston, Little, Brown and Company, 1991, sf. 164*)

Apert sendromu oldukça nadir görülen bir kraniyofasiyal anomali olup pek çok yönden Crouzon sendromu ile klinik benzerlik göstermesine karşı Sindaktili bu sendromu Crouzon sendromundan ayıran karakteristik bulgudur.

2. Üst ekstremitede en sık görülen kompresyon nöropatisi hangisidir?

- a) Karpal tünel sendromu
- b) Kübital tünel sendromu
- c) Radial tünel sendromu
- d) Torasik outlet sendromu
- e) Guyon kanalında Ulnar sinir sıkışması

Cevap A (*Eversmann W W: Entrapment and Compression Neuropathies. Operative Hand Surgery, 1st Edition, Newyork, Churchill Livingstone Publishing Company, 1982, 2: 963*)

Karpal tünel sendromu üst ekstremitenin en sık kompresyon nöropatisi olup kadınlarda erkeklere oranla iki kat sık görülür. Hasta elini kullandığında parmaklarda parestezi, bilek ve önkolda ağrı ile kendini gösterir.

3. Elde en sık rastlanan konjenital anomali aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Brakidaktili
- b) Polidaktili
- c) Polisindaktili
- d) Sindaktili
- e) A-V Malformasyon

Cevap C (*Congenital Anomalies of teh Thump. Plastik Surgery. 1st edition. Philadelphia, WB Saunders Company, 1990, 8:5121*)

Polisindaktili doğumsal el anomalileri içinde en sık görülendir.

4. Malign Melanomada tümör hücreleri histolojik olarak retiküler dermise invaze ise, Clark sınıflamasına göre tümör hangi seviyededir?

- a) I
- b) II
- c) III

- d) IV
- e) V

Cevap D (*Haskell C M: Cancer Treatment. Philadelphia, WB Saunders Company, 1990, 504*)

Malign Melanomda CLARK sınıflaması

I. Tümör epidermiste sınırlı

II. Papiller dermis penetrasyonu

III. Tümör papiller dermisi doldurmuş, ancak retiküler dermis invazyonu yok

IV. Retiküler dermis invazyonu

V. Derialtı dokusuna invazyonu

5. Aşağıda yer alan Parotis bezinin Malign tümörleri içinde 5 yıllık yaşam oranı en düşük olanı hangisidir?

- a) Mukoepidermoid ca
- b) Asinus hücreli ca
- c) Adenoid kistik ca
- d) İndiferansiye ca
- e) Malign mikst tümör

Cevap E (*Primary Tumors of the Salivary Gland an Neck. Grabb an Smith's Plastik Surgery, 4 th edition, Boston, Little, Brown and Company, 1991, 556*)

Parotis bezinin malign tümörleri içinde en agresif olup, hasta yaşam beklentisi en düşük olan malign mikst tümördür.

6. Yaraların küçülmesinden (yüzeylerinin azalmasından) sorumlu olan ve erken dönemde görülen hücreler hangisidir?

- a) Fibroblast
- b) Perisit
- c) Makrofaj
- d) Miyofibroblast
- e) Trombosit

Cevap D (*Cohen, K, WB, Diegelman, R.: 1. Baskı, 1992, sf. 99*)

1970'lerin başında Gabbiani taze yarada fibroblast benzeri olan ve yarada kontraktüre neden olan bir hücre grubunu tanımladı. Karakteri hem fibroblast hem de düz kas hücresi gibi idi. Bu nedenle miyofibroblast adı verildi. Ortalama 4. günler civarında yarada görülmeye başladığı belirlendi.

7. Yüz yaralanmalarında acil müdahaleler arasında ilk yapılması gereken şey hangisidir?

- a) Yüzdeki yumuşak doku kesilerini onarmak
- b) Kemik fragmanlarının hemen onarımı
- c) Küçük kanamaları durdurmak
- d) Solunum yolunu açık tutmak
- e) Nekrotik dokuların uzaklaştırılması

Cevap D (Gregory, S.G., 2.Baskı, 1992, sf. 399)

Yüz yaralanmalarında ilk yapılması gereken müdahale hava yolu açıklığının sağlanması ve bunun devam ettirilmesidir. Kanama kontrolü beraber yapılmalıdır ve yüzdeki kanamalar genellikle hayatı tehdit etmezler. Debridman, yumuşak doku onarımı veya kemik repozisyonunun hava yolu açıklığı ile kıyaslandığında hiç öncelik taşımazlar.

**8. Aşağıdakilerden hangisi malign melanomanın histogenetik tiplerinden değildir?**

- a) Nödüler Melanoma
- b) Yüzeysel yayılan melanoma
- c) Lentigo malign melanoma
- d) Akiz melanositik nevüsler
- e) Akral (uçlara ait) lentigo melanoma

Cevap D (Grabb ve Smith, 4.Baskı, sf. 762)

Malign melanomanın dört histogenetik tipi vardır. Herbirinin makroskopik (klinik) görünümü ve sürveleri farklılık arzederler. Akiz melanositik nevüslere malign potansiyeli henüz yoktur ve beyaz ırktaki en yaygın pigmentli lezyondur. Ayrıca tanıda bu lezyonu hatırlamak gerekir.

**9. Premalign lezyonlar açısından deri zengindir. Aşağıdakilerden biri hariç diğerleri premalign lezyondur?**

- a) Keratoakantoma
- b) Queyrat eritroplazisi
- c) Bowen hastalığı
- d) Aktinik keratozis
- e) Yüzeysel bazal cell Ca

Cevap E (Grabb ve Smith; 4.Baskı, sf. 735)

Yukarıda adı geçen dört lezyon premaligndir. Henüz epitelyal bölgede maligniteye gidiş vardır. Yüzeysel bazal hücreli kanser ise artık tümördür. Tümör tedavisi gereklidir.

**10. Damak yarığı olan çocuklarda yumuşak damağın kas bütünlüğü bozulmuştur. Hangi kas etkilenmez?**

- a) Levator veli palatini
- b) Tensor veli palatini
- c) Uvula
- d) Palatoglossus
- e) Superior konstriktör faringeus

Cevap D (Nguyen, P.N. Sullivan, P.K., 1. Baskı, 1993, sf. 673)

Damak yarığında üst konstriktör kasların bütünlüğü bozulduğu için velofarinks kapatamazlar. Bu kapanmada üst grup kaslar olan T.V. palatini, L.V. palatini ve uvula kasılarak, superior K. faringeus yardımıyla ve lofarinks kapatılırlar. Palatoglossus ise yandan indiğinden yarıktan çok fazla etkilenmez.

**11. Oral kanserlerin etiyolojik faktörleri arasında bulunmayan aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Sigara

b) Tütün çiçeği

c) Alkol

d) Asbestos

e) Betel nut (fındığa benzer bir yemiş) tüketimi

Cevap D (McCarthy, sf. 3417)

Sigara tüketiminin oral kanser görülme oranını, ayrıca pipo ve sigara kullanımının dudak kanseri artırdığı ortaya konmuştur. Alkol tüketiminde oral kanser görülme oranını artırır. Tütün çiğneyen yetişkin erkeklerde ve betel nut tüketen kişilerde ise oral kanser görülmektedir. Asbestos ise akciğer kanseri ile ilgili olup oral kanser ile ilgisi yoktur.

**12. Dudak kanserlerinin yüzde kaç alt dudakta yerleşir?**

- a) % 15
- b) % 30
- c) % 50
- d) % 70
- e) % 95

Cevap E (McCarthy, sf. 2012)

Alt dudak direk aktinik radyasyonun büyük bir kısmını alır. Bütün dudak kanserlerinin %95'i alt dudakta bulunmaktadır. Oral komissür tümörleri ise tüm dudak kanserlerinin %2 sini oluştururlar.

**13. Aşağıdaki cümlelerden hangisi doğru değildir?**

- a) Subungual melanoma, parmak ucunun volar yüzünde bulunan lezyonlara oranla daha agresif bir cerrahi girişim gerektirir.
- b) Subungual melanoma için ideal tedavi orta falanks hizasında amputasyondur
- c) Konjenital melanoma ile doğan bir bebeğin bir kaç aydan fazla yaşaması beklenmez.
- d) Kulağın primer maling melanomu için total kulak amputasyonu nadiren gerekli olmaktadır.
- e) Evre I subungual melanoma'da elektif lenf nodu diseksiyonunun yararı olmaktadır.

Cevap A (Byers, R.M., sf. 140-518; Papachristou, D.N., sf. 219; Woltering, E.A. sf. 229-232)

Parmak ucunda meydana gelen lezyonların pek çoğu orta parmak hizasından amputasyon gerektirmektedir. Evre I subungual lezyonlar da elektif lenf nodu diseksiyonu yapılmalıdır. Kulakta görülen melonomlar iyi bir prognoza sahiptir ve kısmi kulak amputasyonları genellikle yeterli olmaktadır. Hastalığı annelerinden alan ve konjenital melanom olan bebekler genellikle doğumdan bir kaç ay sonra ölürlar.

**14. Primer damağın kapanması (dudak, alveolus, insisiv foremen'e kadar olan damak ön kısmı) embriyolojik olarak kaçınıcı haftada meydana gelir?**

- a) İntra uterin 2-4. hafta
- b) İntra uterin 4-7. hafta
- c) İntra uterin 7-12. hafta
- d) İntra uterin 12-17. hafta
- e) İntra uterin 17-19. hafta

Cevap B (McCarthy, sf. 2541)

Embriyolik 4. haftadan 7. haftaya kadar olan dönemde iki lateral maksiller proses, nazal uterin hayatın 7-12 haftaları meydana gelir.

**15. Keloid ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi doğru değildir?**

- a) Hipertrofik skardan daha çok görülürler.
- b) Esas lezyon alanının dışına taşan kollajen plakları içerirler.
- c) Yaş ile ilgisi vardır.
- d) Cilt pigmentasyonu ile yakın ilişkisi vardır.
- e) Genellikle spontan gerileme olmaksızın büyümeye devam ederler.

Cevap A (Cohen, I.K., and McCoy, B.J., sf. 289-295; Grabb, W.C. sf. 33-3)

Keloid aşırı miktarda kollojen içeren ve normal sınırları dışına taşan skar dokusudur. Siyah ırkta ve 10-30 yaş arasında daha görülür. Yaralanmadan aylar sonra meydana gelir ve genellikle gerileme göstermeden büyümeye devam ederler. Hipertrofik skarlardan daha az görülen iyi huylu tümörlerdir.

**16. En sık görülen deri kanseri hangisidir?**

- a) Bazal hücreli karsinoma
- b) Epidermoid karsinoma
- c) Malign melanoma
- d) Kseroderma pigmentozum
- e) Keratoakantoma

Cevap A (Cohen, 1. Baskı, sf. 316)

Derinin en sık görülün kanseri bazal hücreli karsinomadır. Bazal hücreli karsinoma genellikle güneş gören bölgelerde (baş - boyun ve eller) görülmektedir. Primer etiyolojik faktör ultraviyole ışınlarıdır.

**17. Aşağıdaki sütür materyallerinden hangisi fagositoz ile absorbe olur?**

- a) Polidioxanom (PDS)

- b) Poliglactin-910 (Vicryl)
- c) Catgut
- d) Poliglikolik asit (Dexon)
- e) Prolen

Cevap C (Grabb and Smith, 4. Baskı, sf. 13-14)

Polidioxanon, Poliglactin-910 ve Poliglikolik asit gibi sentetik-eriyebilir sütür materyalleri vücutta enzimatik degradasyonla (hidrolizle) erimekte dirler. Prolen ise eriyebilir bir sütür materyali değildir. Vücutta fagositozla eriyen sütür materyali ise catgut'tür.

**18. Aşağıdakilerden hangisi patolojik bir olaydır?**

- a) Kontraksiyon
- b) Epitelizasyon
- c) Granülasyon dokusu oluşumu
- d) Kontraktür
- e) Fibroplazi

Cevap D (Cohen, 1. Baskı, sf. 5)

Kontraksiyon, epitelizasyon granülasyon dokusu oluşumu ve fibroplazi, yara iyileşmesinin aşamalarıdır. Kontraktür ise kontraksiyon sonucu oluşan ve eklem hareketlerinde kısıtlılığa neden olan patolojik bir olaydır.

**19. Normal deride en çok bulunan kollajen tipi hangisidir?**

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

Cevap A (McCarthy, 1. Baskı, sf. 169)

Normal deride %80 oranında tip-I kollajen, %20 oranında ise tip-III kollajen bulunur. Granülasyon dokusunda veya yeni skar dokusunda ise bu oran tersine dönmektedir.



# PSİKIYATRİ

1. Bağımlı birinin, yüksek dozda düzenli alımı durdurması halinde deliryuma yol açan madde hangisidir?

- a) Kokain
- b) Amfetamin
- c) Opioidler (eroin, morfin)
- d) Kannabis
- e) Benzodiazepinler

Cevap E (DSM-IV, 1994, sf.177)

Yukarıdaki maddelerin kullanımının durdurulmasıyla hemen hepsinde hafif ya da şiddetli kesilme belirtileri görülebilir. Ancak benzodiazepin dışında hiç biri kesilmeye bağlı deliryum oluşturmamaktadır.

2. Aşağıdakilerden hangisi şizofreni gidişi için iyi prognostik gösterge değildir?

- a) Kadın olmak
- b) Daha geç başlangıç
- c) Ailede şizofreni öyküsü
- d) Akut başlangıç
- e) Nonmal nörolojik muayene

Cevap C (DSM-IV, 1994, sf.283)

Ailede hastalık öyküsünün var olması, genetik komponentin güçlü olduğunu düşündüren bir ögedir. A, B, D ve E şıkları ise iyi prognoz lehinedir.

3. Aşağıdakilerden hangisi şizofreninin karakteristik ve tanı koymada önemli olan belirtilerinden değildir?

- a) Dezorganize konuşma
- b) Katatonik davranış
- c) Konfüzyonel hal
- d) Garip sanrılar
- e) Affektif küntlük

Cevap C (DSM-IV, 1994, sf.285)

Konfüzyon bilinç bulanıklığı ve dezoriyantasyonla karakterize bir tablo olup, karşılaşıldığı takdirde şizofreni vb. psikotik bozukluk tanıları konmamalıdır. Bu olgular başka bir medikal duruma bağlı psikotik bozukluk ya da eski ismiyle organik mental bozukluk adını almaktadır.

4. Otistik bozukluk içi yanlış olan ifadeyi işaretleyiniz?

- a) Tanım gereği otistik bozukluğun başlangıcı 3 yaşından öncedir.
- b) Bozukluğun seyri süreklilik göstermektedir.
- c) Olguların %75'inde orta derecede (IQ=35-50) zeka geriliği saptanır.

- d) Karşılıklı sosyal etkileşim pek etkilenmemiştir.
- e) Erkeklerde kızlara göre 4-5 kat daha sık görülmektedir.

Cevap D (DSM-IV, 1994, sf. 66-70)

Otistik bozukluk tanısı koyabilmek için sosyal etkileşimin belirgin biçimde etkilenmesi gereklidir. Tanı koyarken nonverbal davranışları göstermeme; akran ilişkisi kuramama; emosyonel karşılıklığın olmayışı gibi belirtiler insanlar arası etkileşimin ağır biçimde bozulduğunun kanıtları aranmaktadır.

5. Merkezi sinir sistemini tutmadığı halde duygudurum (mood) bozukluğuna en sıklıkla yol açan genel tıbbi durum aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Terminal dönem böbrek hastalığı
- b) Vitamin B<sub>12</sub> yetmezliği
- c) Enfeksiyöz mononükleoz
- d) Cushing hastalığı
- e) Hipotiroidi

Cevap D (DSM-IV, 1994, sf.368)

Yukarıdaki hastaların tümü mood bozukluğuna yol açmaktadır; ama bu oran Cushing hastalığında %60'ı aşmaktadır.

6. Depresyon tanısı alanlardaki intiharla ölüm oranını işaretleyiniz.

- a) % 5
- b) % 10
- c) % 15
- d) % 20
- e) % 25

Cevap C (Goldman HH: Review of General Psychiatry'de sf. 260)

Depresyonu bir aydan fazla sürenlerin yaklaşık %15'i intihar nedeniyle ölmektedir.

7. Depresyon tedavisinde yeri olmayan ilaç grubu hangisidir?

- a) Serotonin gerialım inhibitörleri
- b) Noradrenalin gerialım inhibitörleri
- c) Monoamino oksidaz inhibitörleri
- d) Antikonvülsanlar
- e) Dopamin antagonistleri

Cevap E (Goldman HH'de sf. 406)

A, B, C şıklarında belirtilen ilaçlar etkin antidepresanlardır. Dışıkında belirtilen antikonvülsanlar doğrudan antidepresan etkili olmamakla birlikte dirençli depresyonlarda ya da bipolar depresyonlarda sıklıkla tedaviyi güçlendirme veya profilaksi amaçlı kullanılmaktadırlar. Dopamin antagonistleri ise antipsikotik etkili ilaçlardır.

8. Günlük yaşamda yazı ve konuşma dilindeki nüansları, imaları, mecaz ve benzetmeleri kavramada önemli olan düşünce biçimi hangisidir?

- a) Gramer
- b) Sözel düşünme
- c) Soyut düşünme
- d) Eleştirel düşünme
- e) İmgesel düşünme

Cevap C (Öztürk, Ruh sağlığı ve Bozuklukları, sf. 114)

Soyut düşünce kavram oluşturma ve bunları yerliyerinde kullanabilme, kategorik düşünebilme yetisi olduğundan "c" şıkkı işaretlenmelidir.

9. Kişinin günlük etkinlikleri, okul ya da iş başarısı, performansının niteliği konusunda normalin üzerinde bir anksiyete ve kuruntulu bekleyiş (kötü bir şeyler olabilir beklentisi ya da "aşırı evhamlılık") halinde olması ve bunun abartılı olduğunu bilmesine karşın denetlenememesi hali hangi anksiyete bozukluğunu tanımlamaktadır?

- a) Panik bozukluk
- b) Yaygın anksiyete bozukluğu
- c) Akut stress bozukluğu
- d) Kompulsif kişilik bozukluğu
- e) Sosyal fobi

Cevap B (DSM-IV, 1994, sf.432-435; Goldman HH: Review of General Psychiatry'de sf. 280)

Tanımı gereği aşırı ve denetlenemez nitelikteki endişe ve kuruntu yaygın anksiyete bozukluğunun temel özelliğidir. Bu durumdaki kişi günlük işlerden dolayı bile anksiyete duyacağı için, süreklilik gösteren anksiyete halinde olacaktır.

10. Aşağıdakilerden hangisi somatoform bozukluklardan değildir?

- a) Somatizasyon bozukluğu
- b) Hipokondriazis
- c) Ağrı bozukluğu
- d) Konversiyon bozukluğu
- e) Panik bozukluk

Cevap E (Amerikan Psikiyatri Birliği; Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (Çeviri) 1994)

Panik bozukluk, tekrarlayan panik ataklarından sonra en az bir ay süreyle başka bir panik atağı olacağına dair sürekli bir kaygı duyma durumudur. Panik Bozukluk DSM-IV tanı kriterlerine göre Anksiyete bozuklukları içinde yer almaktadır (DSM-IV)

11. Aşağıdakilerden hangisi genellikle uykunun REM döneminde meydana gelir?

- a) Pavor nokturnus
- b) Somnanbulizm
- c) Kabus bozukluğu
- d) Bruksizm
- e) Somatizasyon bozukluğu

Cevap C (Amerikan Psikiyatri Birliği; Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (çeviri), 1994)

Kabus bozukluğu, uykudan uzun süreli ve ileri derecede korkutucu rüyaları ayrıntılarıyla anımsayarak tekrar uyanma şeklinde görülen, parasomnialar grubunda bir uyku bozukluğudur ve genellikle uykunun REM döneminde görülür.

12. Aşağıdakilerden hangisi antipsikotik ilaç değildir?

- a) Sertralin
- b) Haloperidol
- c) Pimozid
- d) Klorpromazin
- e) Züklopentiksol

Cevap A (Boyer WF, Felghner JP: Future Antidepressants: Current Psychiatric Therapy, Ed. Dunner DL. Saunders Company. Pennsylvania, 1993, sf. 535-544)

Sertralin, flueksetin, paroksetin, fluvoksamin ve sitalopram gibi selektif serotonin reuptake inhibitörü (SSRI) dır. Sertralin hem yan etkilerinin azlığı hem de aşırı dozlarda düşük toksisite gösteren, depresyon tedavisinde etkin bir antidepressandır.

13. Normal görüntülü birinin, görünümündeki bazı hayali kusurlarla düşünsel uğraşısına ne ad verilir?

- a) Somatizasyon bozukluğu
- b) Konversiyon bozukluğu
- c) Vücut dismorfik bozukluğu
- d) Hipokondriazis
- e) Panik bozukluk

Cevap C (Amerikan Psikiyatri Birliği; Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (çeviri), 1994)

Eskiden dismorfobi olarak adlandırılan vücut dismorfik bozukluğunun başlıca özelliği görünümdeki bir kusur ile uğraşıp durmadır. Bu kusur genellikle hayali bir kusurdur ya da küçük bir fiziksel anomali varsa bile kişinin bununla ilgili kaygısı belirgin olarak aşırıdır.

14. Aşağıdakilerden hangisi selektif serotonin reuptake inhibitörü değildir?

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

Cevap B (Depresyonun ilaçla tedavisi. Depresyon Monografı Serisi; 8:365-384, 1993)

Moklobemid monoamin oksidaz A-inhibitörü bir antidepressandır. Geriye dönüşlü olarak bağlandığı A enzimine seçicilik gösterir, bu yüzden yiyecek ve ilaçlarla etkileşimleri daha azdır.

**15. Aşağıdakilerden hangisi şizofreninin karakteristik semptomlarından değildir?**

- a) Hallusinasyonlar
- b) Sanrılar
- c) Sürenin en az altı ay olması
- d) Negatif semptomlar (affektif küntlük, aloji, avolisyon)
- e) Dezorganize konuşma

Cevap C (*American Psychiatric Association: 274-287, 1994*)

Şizofreni, psikotik bir bozukluktur. Bu bozuklukta, en az bir ay süreyle karakteristik semptomların bulunması gerekir. Bunlar sanrılar, hallusinasyonlar, dezorganize konuşma, dezorganize veya katatonik davranış ve negatif semptomlardır. Şizofreni tanısı konabilmesi için bozukluğun süresinin en az 6 ay olması gerekir. Yani C seçeneği, şizofreni tanı ölçütlerinden biridir. Ancak bu, semptom değil, bozukluğun süresi ile ilgili bir ölçüttür.

**16. Hangisi sanrısız bozukluk tiplerinden değildir?**

- a) Grandiyöz
- b) Bedenin dismorfik bozukluğu
- c) Somatik
- d) Erotomanik
- e) Persekütuar

Cevap B (*American Psychiatric Association: 296-301, 466-469, 1994*)

Sanrısız bozukluk, garip olmayan sanrılarının, tabloya egemen olduğu bir bozukluktur. Persekütuar, erotomanik, grandiyöz, kıskançlık, somatik, karışık ve belirlenmemiş tiplerde olabilir. Bedenin dismorfik bozukluğu ise, somatoform bozukluklar içinde değerlendirilir. Somatik tip sanrısız bozukluğa benzer yönleri vardır. Ancak bu bozuklukta, hastanın düşünceleri sanrısız düzeyde değildir.

**17. Tekrarlayan hipomanik epizodlar ve major depresif epizodlar tanımlayan, hiç miks ya da manik epizod öyküsü bulunmayan bir hastada, hangi tanıyı düşünürsünüz?**

- a) Bipolar I bozukluk
- b) Major depresif bozukluk
- c) Siklotimik bozukluk
- d) Bipolar II bozukluk
- e) Distimik bozukluk

Cevap D (*American Psychiatric Association, 317-366, 1994*)

Duygudurum bozuklukları, depresif bozukluklar ve bipolar bozukluklar olarak ayrılırlar. Depresif bozukluklarda hiçbir zaman manik, miks ya da hipomanik epizod bulunmaz. Bu nedenle, depresif bozukluklardan olan B ve E seçenekleri, sorunun doğru cevabı olmazlar. Bipolar I bozuklukta en az bir epizodun manik veya miks epizod şeklinde olması gerekir. Siklotimik bozuklukta, hipomanik ve depresif epizodlar vardır,

ancak buradaki depresif epizodlar, hiçbir zaman major depresif epizod ölçütlerini karşılayacak kadar ağır değildir.

**18. Asansöre binmekten korkan, zorunlu olarak asansöre binerse yoğun sıkıntı ve rahatsızlık yaşayan bir hasta için en doğru tanı hangisidir?**

- a) Özgül fobi
- b) Sosyal fobi
- c) Panik atak
- d) Panik bozukluk
- e) Agorofobi

Cevap A (*American Psychiatric Association, 393-417, 1994*)

Panik atak, bir bozukluk değil, semptomdur ve bir çok bozuklukta olabilir. Panik bozukluk tekrarlayan panik ataklarının olduğu bir bozukluktur. Ancak bu panik atakların, herhangi çevresel bir uyarı ile ilgisi yoktur, beklenmedik tarzda gelirler. Sosyal fobide önemli olan, kişinin başkaları yanında, onların olası incellemesine maruz kaldığında yaşadığı sosyal ya da performans durumlarından korkmasıdır. Agorofobi ise tek bir durumla sınırlı değildir. Asansör fobisinde olduğu gibi, özgül bir nesne ya da durum sözkonusu ise (diğer ölçütleride karşılamak koşuluyla) tanı, özgül fobi olmalıdır.

**19. İki haftadır antipsikotik tedavi gören, 32 yaşındaki erkek hastada, rijidite, yüksek ateş, terleme, kan basıncı düzensizlikleri ve bilinç bulanıklığı gözlemlenmektedir. Laboratuvar tetkikleri, hastada herhangi bir enfeksiyon bulgusu göstermiyor, ancak lökositöz ve serum kreatin fosfokinaz yüksekliği saptanmıştır.**

**Olası tanınız nedir?**

- a) Nöroleptik malign sendrom
- b) Tardif diskinezi
- c) Akut distoni
- d) Aketizi
- e) Parkinsonizm

Cevap A (*Kaufmann CA, Wyatt R.J. 1421-1430, 1987*)

Seçeneklerin hepsi antipsikotiklerin yan etkisidir. Tardif diskinezi, antipsikotik kullanımından üç ay ya da daha uzun süre sonra ortaya çıkar. Özellikle ağız çevresinde, bazen tüm bedende ortaya çıkan istemsiz hareketlerle karakterizedir. Akut distoni, ilk günlerde görülen tortikollis, opistotonus gibi semptomlara denir. Aketizi, hastadaki motor huzursuzluk halidir. Parkinsonizmde ise kas rijiditesi ve diğer parkinsoniyen belirtiler görülür, yüksek ve bilinç bozukluğu olmaz. Nöroleptik malign sendromda, otonomik disfonksiyon, bilinç bozukluğu ve yüksek ateş karakteristiktir, laboratuvarında lökositöz ve kreatin fosfokinaz yüksekliği en sık saptanan bulgulardır.

**20. Delirin (sanrı) en uygun tanımı hangisidir?**

- a) Özgün psikolojik gereksinimlerini karşılama yanlış inanışlar
- b) Duysal imgenin yanlış algılanması,
- c) Gerçekte ve olmayan ses yada objenin var olarak algılanması,
- d) Yanlış olduğuna yönelik kanıtlar sunulduğunda değiştirilebilir görüş
- e) Dissosiyatif tepki

Cevap A (*Michels, Psychiatry, 1992, sf. 1*)

Doğru olmayan ve mantıklı tartışma ve açıklamalarla değiştirilemeyen yanlış düşünceye delir (sanrı) denir. Delirler rastgele seçilmez ve oluşmazlar. Belli düşünce ve yaşantılara destek olmak ve onlara karşı savunmak amacıyla gelişir. Bu nedenle deliran düşüncenin mantığın kontrolünde olmasından öte duyguların kontrolü altında olduğu da söylenir. Bir kültürde deliran olduğu düşünülen bir düşünce başka kültür veya sosyal sistemlerde normal sınırlarda kabul edilebilir.

**21. Erik Erikson tarafından tanımlanan kimlik karmaşası hangi dönemde gelişir?**

- a) Bebeklik,
- b) Çocukluk,
- c) Ergenlik,
- d) Erişkinlik,
- e) Yaşlılık

Cevap C (*Kaplan, Textbook of Psychiatry, 5/e, 1995, s.478-486*)

Erikson, ergenlik karmaşasını uzunlamasına tartışmıştır. Kimlik hissinde katılmanın olduğu bir gelişim dönemi olarak tanımlanmıştır. Erikson'a göre kimlik geçmişi devamıdır, aynılıklı hissi yanı sıra katı benlik algısı amaçlar, eğilimler ve yaşam biçimini ve cinsel kimliği içerir. Tüm ergenlerde belirli derecelerde görülen kimlik difüzyonu sorumlu ergenlerde çok daha belirgin olarak görülür. Karmaşa, güvensizlik ve amaçsızlık tipik olan belirtilerdir.

**22. Frontal lobun hasar görmesi veya tümörlerinde görülen orbito frontal sendromda hangisi görülmez?**

- a) Apati
- b) İrritabilite
- c) Şakacı bir tavır ve öfori
- d) Dürtüsel davranışlar
- e) Duygusal değişkenlik,

Cevap A (*Yudofsky, American Psychiatric Press Textbook of Neuropsychiatry, 2/e, 1992, s.480-481*)

Orbito frontal sendromlu hastalar "psödopsikotik" olarak adlandırılırlar. Dezinhibe ve dürtüsel davranışlar duygusal değişkenlik ve irritabilite böyle adlandırılmanın sebebidir. Şakacı bir tavır ve öfori sık olarak görülür. Frontal konveksitelerin zarar gördüğü hastalarda apati, aldırılmazlık, psikomotor retardasyonun görüldüğü "psödodepresyon" denilen tablo görülür. Böyle farklı sendromların frontal bölge etkilen-

mesi ile görülmesinden dolayı frontal lob tümörlerinde de belirtiler çok karmaşıktır. Çünkü frontal lobun birçok parçası çekilme, basınç ve ödemden etkilenir.

**23. Çocukluk çağında kekemelik hakkında en doğru ifade hangisidir?**

- a) Kızlarda, erkeklerden daha sık görülür.
- b) Etkilenen çocuklar sıklıkla zaman içinde sorundan kurtulurlar.
- c) Aile öyküsünde kekemelik nadirdir.
- d) Sık olarak major mental hastalıklar tabloya eşlik eder.
- e) Etkilenen kişilerde genellikle histerik kişilik hataları vardır.

Cevap B (*Kaplan, Textbook of Psychiatry, 5/e, 1995, s.2272-2275*)

Kekemeliğin sebepleri bilinmemektedir. Etkilenmiş bireylerin yakınmalarında kekemelik oranı çok daha fazla görülse de genetik faktörler konusu açık değildir. Erkekler kızlara göre daha sık etkilenirler ve daha süregelen kekemelik görülür. Tipik bir kişilik organizasyonu yoktur. Major mental hastalıklarla bağlantılı değildir. Etkilenen kişilerin %40'ından fazlasının zaman içinde kekemelikten kurtulduğu bildirilmektedir.

**24. Şizofreni hastalarında ruhsal muayene sırasında en sık aşağıdakilerden hangisinde bozukluk saptanmaktadır?**

- a) Yönelim
- b) Bellek
- c) Mizaç
- d) Düşünce
- e) İçgörü

Cevap D (*DSM-IV, 1994, s.274-28*)

Şizofreni hastalarında ruhsal durum muayenesi sırasında düşünce bozuklukları sık görülen klinik bulgulardan biridir. Bu düşünce süreci, içeriği veya her ikisi ile ilişkili bir bozukluk olabilir. Sık görülen bulgular çağırışım çözüklüğü, otistik düşünce, soyutlama yeteneğinde bozukluk ve deliran düşüncelerdir. Mizaç bozuklukları ve içgörü yoksunluğu da görülebilir ancak bunlar tanıda çok önemli olmayan bulgulardır. Yönelim ve bellek bozuklukları görüldüğü bunlar hastanın ajitasyon, otizm ve düşünce bozukluklarına bağlı olarak görülür.

**25. Daha önceden psikiyatrik bozukluk olmayan 25 yaşında kadın hastada annesinin bir ay önce kronik kalp hastalığından ölmesinden sonra çabuk sinirlenme, dikkati toplamada güçlük, ani ağlama atakları ve uykuya dalma güçlüğü başlamıştır. En olası tanı hangisidir?**

- a) Major depresyon
- b) Distimi
- c) Travma sonrası stres bozukluğu
- d) Uyum bozukluğu
- e) Komplike olmamış yas

Cevap E (*Stoudemire, 1993, s.63-67*)

Sevilen birinin ölümünün ardından, kayba normal bir tepki olarak bir depresif sendrom ortaya çıkabilir. Genellikle bir kaç hafta sonra başlar ve bir yıl kadar sürebilir. Fakat çoğunlukla 4-6 aydan ortadan kaybolur. Major depresyondan değersizlik düşüncelerinin olmaması, işlevsel bozukluğun daha az olması veya belirgin psikomotor retardasyon veya delirlerin hiç görülmemesi ile ayırt edilir. Tanımlanan hasta için distimi düşünülemez çünkü daha önceden var olan depresif dönemden söz edilmemektedir. Belirtiler travma sonrası stres bozukluğuyla uyumlu değildir. Yas ile ilişkili durumlar, özellikle uyum bozukluğundan çıkartılmıştır.

**26. Kişilik bozukluklarının tipik özelliği hangisidir?**

- a) Tedaviye çok çabuk yanıt veren bozukluklardır.
- b) Uyum işlevlerinde çok az bozukluğa neden olur.
- c) Nadiren bir subjektif gerginliğe yol açar.
- d) Ergenlik döneminden itibaren belirgindir.
- e) Sıklıkta bir yıla kadar uzayabilen remisyon dönemleri görülür.

Cevap D (*Kaplan, Textbook of Psychiatry, 5/e, 1995, s.1440-1441*)

Kişilik bozuklukları derinlemesine yerleşmiş ve kolay kolay değişmeyen dünyayı ve ilişkili konuları algılamak ve düşünme biçimleridir. İlişkilerde sıkıntılara ve çatışmalara sebep olabileceği gibi uyma yönelik işlevlerde de genel bir bozukluğuna yol açarlar. Kişilik bozukluğunun anlaşılmasına öncülük eden kişilik hatları ergenlik dönemi ve daha öncesinde belirgin olup, tipik olarak erişkin yaşantıda süreklilik gösterir.

**27. Esrar kullanımı sonrasında hangisi görülmez?**

- a) Akut panik
- b) Deliryum
- c) Flashback
- d) Süregen psikoz
- e) Bradikardi

Cevap E (*Gelenberg, 3/e, sf. 303-306*)

Esrar kullanımından sonra anksiyete ve panik görülebilir. Bu tipik olarak taşikardi yanısıra gelişebilecek paranoid düşünceler nedeniyle de olabilir. Yüksek dozlarda şaşkınlık, yönelim bozukluğu, algı bozukluğu, sanrılar ve depersonalizasyonun görüldüğü toksik deliryum tablosu ortaya çıkar. Falshbacker tipik olarak hallusinojen kullanımda görülürse de en son esrar dozu kullanımından günler, haftalar sonra de benzer bir tablo görülebilir. Esrar kullanımına bağlı süregen psikoz nadir görülürse de çok güçlü esrar veya haşhaşın yoğun ve uzun süreli kullanımıyla ortaya çıkabileceği bildirmektedir.

**28. Psikoanalitik psikoterapilerle karşı-aktarımın (kontrtransferans) görülmesi**

- a) Süreç içinde kaçınılmaz bir durumdur.
- b) Hemen her zaman sürece olumsuz etkileri vardır.
- c) Hastanın başka terapistte gönderilmesi gerektiğinin bir işaretidir.
- d) Terapistin aşırı nevroitik yapıda olduğunun bir belirtisidir.
- e) Terapistin hastayı sevmediğinin göstergesidir.

Cevap A (*Kaplan, Textbook of Psychiatry, 5/e, 1995, s.1774-1775*)

Karşı-aktarım analiste hasta tarafından uyarılan, ortaya çıkartılan bilinç dışı arzu, istek ve çatışmalardır. Bu tepkiler hasta veya yanıtları karşısında olumlu veya olumsuz duygular biçimindedir. Nesnel yargılama ve neden sonuç ilikisini bozduğundan tedavide zararlı olabileceği bir çok yön vardır. Buna karşın psikoanalizde ve hemen hemen bütün tedavi biçimlerinde kaçınılmaz bir biçimde karşımıza çıkar. Sıklıkla analisti hastanın kurnaz ve gizli kapaklı davranışları karşısında uyarma gibi bir işlevi vardır. Aynı zamanda hastanın davranışlarına ve duygularına içgörü kazanmasına yardımcı olmada yararlıdır. Karşı aktarımlı ilgili olarak başka terapistte tek gönderme sebebi, terapistin tedavide zararlı olabilecek bir şekilde karşı aktarımı çözememesidir.

**29. Aşağıdakilerden hangisi trisiklik antidepressanların yan etkisi değildir?**

- a) Bulanık görme
- b) İshal
- c) Ağız kuruluğu
- d) İdrar tutukluğu
- e) Taşikardi

Cevap B (*Kaplan, 1995, sf. 2096-2212*)

Trisiklik antidepressanların antikolinergik özellikleri vardır. Bu nedenle bulanık görme, ağız kuruluğu, dengezsizlik, taşikardi ve çarpıntıya neden olurlar. Genellikle ishal yerine kabızlık oluştururlar. Daha ciddi yan etkileri idrar tutukluğu ve parolitik ileusdur.

**30. Hangisi Nöroleptik Malign Sendromunun karakteristik semptomu değildir?**

- a) Multizm
- b) Akinezik
- c) Distoni
- d) Kas rijiditesi
- e) Müsküler fleksibilite

Cevap E (*Kaplan & Sadock, Synopsis of Psychiatry sf. 883*)

Çünkü nöroleptik Malign Sendromunun karakteristik semptomları müsküler rijidite, distoni, akinezi, mutizm ve ajitasyondur. Fleksibilite olmaz.

# RADYOLOJİ

## 1. Aşağıdakilerden hangisi ekskretuar ürografi (eski adıyla İVP)'nin kontraindikasyonlarından değildir?

- a) Multipl myeloma
- b) Tirotoksikozis
- c) Hipertansiyon
- d) Gebelik
- e) Hastada önceden bilinen iyot allerjisi

Cevap C (Tuncel, Klinik Radyoloji, 1.baskı, 1994, s.373)

Gebelik: X-ışınlarının fetusa zararlı etkileri vardır. Ayrıca gebelikte ve doğumdan sonra onaltı haftaya kadar üriner sistem dilatedir. Bu nedenle röntgenogramları değerlendirmek zordur.

Miyelomatozis: "Bence-Jones" proteinürisi olanlarda, EÜ'de akut renal yetmezlik rapor edilmiştir. Yetmezlik büyük olasılıkla dehidratasyona bağlıdır. Miyelomatozisli hastalarda eğer kesin endikasyon varsa dehidratasyon yapılmadan EÜ yapılabilir. Tirotoksikoziste vücuda iyot girişinin tama yakın kısıtlanma gerekliliği olduğundan, bol miktarda iyot içeren kontrast madde verilmesiyle tirotoksik durumda alevlenme olmasından korkulur ve tiroid hormon düzeyleri normale düşüncüye kaadr iyotlu kontrast madde gerektiren radyolojik tetkikler yapılamaz. Hipertansiyon ise bir kontraindikasyon olmayıp, tam tersine zaman zaman renovasküler kökenli hipertansiyon araştırmasında, duyarlılığı düşük olsa da erken zamanlı (i.v. kontrast enjeksiyonu sonrası 1., 3., 5. dakikalarda alınan grafilerte) İVP incelemesi kullanılabilir. Zira renal arter darlıklarında o böbreğe kanla ulaşan kontrast madde gecikeceğinden, erken evrede böbreklerin nefrogram fazında vizualizasyonları arasında fark oluşacaktır.

## 2. Hangisi Bilgisayarlı Tomografi (BT) ile Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG)'nin farklarından değildir?

- a) BT iyonizan radyasyon kullanır; MRG kullanmaz.
- b) MRG'de tek pozisyonda yatırılan hastadan çok düzlemde kesitlerle görüntüler alınabilir; BT'de alınmaz.
- c) BT'de kontrast madde olarak iyot içeren preparatlar kullanılır; MRG'de Gadolinuym içeren preparatlar kullanılır.
- d) BT küçük kalsifikasyonları göstermede, MRG ise yumuşak doku detayını göstermede daha üstündür.
- e) BT ile anjiyografik çalışma yapılabilir; MRG ile yapılamaz.

Cevap E (Tuncel, Klinik Radyoloji, 1.baskı, 1994, s.40-68)

Hem Bilgisayarlı Tomografi hem de Manyetik Rezonans Görüntüleme temelde bilgisayar destekli

kesitsel görüntüleme yöntemleri olmakla birlikte kullandıkları dalgalar farklı olup, MRG'de radyofrekans (RF) dalgaları ve yüksek manyetik alan gücü, BT'de ise X-ışınları kullanılır. MRG'de RF pulsu sonrası hastadan gelen emisyon değerlendirildiğinden, bilgisayar sistemi sayesinde istenen tüm düzlemlerde görüntü oluşturulabilirken, BT'de verilen X-ışınının sadece hastanın yatırıldığı düzleme göre hemen arkasındaki dedektöre ulaşan atenüasyon miktarı ölçülerek bilgisayar hesaplaması ve görüntü oluşturulması tekniği kullanıldığından sadece o düzlemde (genellikle aksiyel, bazen de koronal) kesitsel görüntüler elde edilebilir. BT'de X-ışınları kullanıldığından, diğer konvansiyonel kontrastlı tetkiklerde olduğu gibi kontrast madde olarak iyot içeren preparatlar kullanılır. Halbuki MRG'de dokunun T1 relaksasyon zamanını modifiye eden bir atom olarak Gadolinuym kullanmak gerekir. Yumuşak dokuların T1 ve T2 relaksasyon zamanları arasında büyük varyasyonlar olduğundan, MRG ile bu özelliklerinden yararlanılarak belirgin yumuşak doku kontrastı elde edilebilir; halbuki yumuşak dokuların X-ışınını atenüasyon miktarı genelde çok hafif farklılıklar gösterdiğinden BT için aynı şey söylenemez. Buna karşılık, kalsifikasyonların içinde, MRG'nin görüntü oluşturmada kullandığı serbest proton atomları bulunmadığından, bu konuda MRG daha başarısız kalırken, X-ışınını belirgin şekilde attenüe ettiğinden BT ile görüntülenmesi daha kolaydır. Hem BT ile hem de MR ile anjiyografik inceleme, Bilgisayar teknolojisinin sağladığı "kesitlerden rekonstrüksiyon ve üç boyutlu görüntü elde etme" imkanı sayesinde mümkün olmaktadır. Ancak BT'de anjiyografik inceleme için vasküler yapılar içinde radyokontrast madde bulunma zorunluluğu varken, MRG ile gerçekleştirilen anjiyografilerde kontrast madde gerekli değildir; zira MRG'de damar yapısı içindeki proton kaynağı olan kan elemanlarının devamlı yer değiştirmesi prensibinden yararlanılarak bilgisayar analiziyle anjiyografi gerçekleştirilir.

## 3. Osgood-Schlatter hastalığı için aşağıdaki bilgilerin hangisi doğrudur?

- a) Femur proksimal epifizi'nin
- b) Os lunatum'un
- c) İkinci metatars distal epifizi'nin
- d) Tüberositas tibia'nın
- e) Os naviculare pedis'in avasküler nekrozudur.

Cevap D (Dahnert W. Radiology Review Manual 2.Baskı Williams-Wilkins Baltimore, 1993, sf. 77, 109, 305, 501, 592)

Osgood Schlatter, tuberositas tibianın avasküler nekrozudur.

**4. Akciğer radyogramında retikülo-nodüler pattern özelliği gösteren patoloji hangisidir?**

- a) Kerley çizgileri
- b) Pnömokonyozis
- c) Hemosiderozis
- d) Skleroderma
- e) Lenfoma

Cevap B (*Dahnert W. Radiology Review Manual 2.Baskı Williams-Wilkins Baltimore, 1993, sf. 77, 109, 305, 501, 592*)

Pnömokonyoziste retiküler görünümlere eşlik eden nodüler yapılar vardır. Kerley çizgileri yalnızca lineer-retiküler özellik gösterir. Sklerodermanın retiküler özelliği, lenfomanın ise çok daha farklı bir pattern görünümü vardır.

**5. Ülseratif kolonun radyolojik özelliği olarak aşağıdaki özelliklerden hangisi doğrudur?**

- a) Lezyon ayırım yapmaksızın tüm kolon segmentlerinde görülür.
- b) Haustra kaybolur, kolon segmenti kısalır ve kurşun boru görünümü oluşur.
- c) Fistül oluşabilir
- d) Lezyon daha çok submukozal değişikliklere neden olur.
- e) Abse oluşumu sıktır.

Cevap B (*Dahnert W. Radiology Review Manual 2.Baskı Williams-Wilkins Baltimore, 1993, sf. 77, 109, 305, 501, 592*)

Ülseratif kolon'u Crohn hastalığında ayıran en önemli özellik doğru cevap olarak kabul edilen (b) şıkkıdır. Ayrıca ülseratif kolonda mukozal tutuluş söz konusudur.

**6. Renal adenokarsinoma'nın radyolojik özelliği olarak aşağıdaki özelliklerden doğru olanı işaretleyiniz.**

- a) İntravenöz ürografide böbrekte sızma görülmez.
- b) Ultrasonografide tümör sıklıkla hiperekoik görünümündedir.
- c) Tümörün kalsifikasyon gösterme özelliği yoktur
- d) Anjiyografide hipervaskülerdir
- e) En sık diğer böbreğe metastaz yapar.

Cevap D (*Dahnert W. Radiology Review Manual 2.Baskı Williams-Wilkins Baltimore, 1993, sf. 77, 109, 305, 501, 592*)

Renal adenokarsinom en sık akciğere ve kemiğe metastaz yapar. Tümör kalsifikasyon gösterebilir.

**7. Kraniografide basiler invaginasyon görünümünü oluşturan patoloji hangisidir?**

- a) Osteomalazi
- b) Ankilozan spondilit

- c) Nörofibromatozis
- d) Myelofibrozis
- e) Osteopetrozis

Cevap A (*Dahnert W. Radiology Review Manual 2.Baskı Williams-Wilkins Baltimore, 1993, sf. 77, 109, 305, 501, 592*)

Kraniografide basiler invaginasyon sistemik distrofik ya da displazik hastalıklarda görülür. Kemiğin direncinin azalması söz konusu olmaktadır. Bu nedenle bir kemik yumuşaması olan osteomalazi doğru cevaptır.

**8. Böbreklerin süperior ve inferior polleri arasında alınan BT kesitlerinde aşağıdakilerden hangisi görülmez?**

- a) Süperior mezenterik arter çıkışı
- b) Mide korpusu
- c) Splenik ven
- d) Pilor
- e) Pankreas kuyruğu

Cevap E (*Radiographiy Anatomy, Wiley Medical Publication sf. 161*)

Pankreas kuyruğu bu seviyeler arasında görülmez. Çünkü kuyruk dalak hilusuna doğru uzanmaktadır. Dalak inferior polü dahi böbrek üst polünün süperiorunda kalır.

**9. Aşağıdakilerden hangisi PA akciğer filminde kardiyovasküler gölge sağ konturunun oluşumunda yer almaz?**

- a) Superior vena kava
- b) Brakiosefalik arter
- c) Sağ atrium
- d) Sağ ventrikül
- e) İnférieur vena kava

Cevap D (*Radiographiy Anatomy, Wiley Medical Publication sf. 131*)

Kardiyovasküler gölgenin sağ konturunu oluşturan yapılar yukarıda aşağıya sırayla:

Sağ brakiosefalik ven, süperior vena kava, asendan aorta, brakiosefalik arter ve sağ atriumdur.Sağ ventrikül ise kalbin sternokostal sınırını yapar.

**10.Aşağıdakilerden hangisi posterior mediasten yerleşimli değildir?**

- a) Trakea
- b) Vagus sinirler
- c) Özofagus
- d) Duktus
- e) Frenik sinirler

Cevap E (*Radiographiy Anatomy, Wiley Medical Publication sf. 132*)

Frenik sinir posterior mediasten seyirli değildir.

**11. PA Akciğer filminde, aort topuzu silüetinin kaybı, sol akciğerin hangi bronkopulmoner segmentinin konsolidasyonu sonucu oluşur?**

- a) Üst lob apikoposterior segment
- b) Üst lob süperior linguler segment
- c) Üst lob inferior linguler segment
- d) Alt lob apikal segment
- e) Alt lob medial basal segment

Cevap A (*Radiographic Anatomy, Wiley Medical Publication sf. 132*)

Sol akciğer üst lob apikoposterior segment aort topuzu ile direkt temastadır. Bu segmentin konsolidasyonu, PA akciğer filminde aortik topuzun obstrüksiyonuna yolaçar.

**12. Kardiyovasküler gölgenin sol konturunu oluşturan yapılar arasında aşağıdakilerden hangisi yer almaz?**

- a) Sol subklavian arter
- b) Desenden torasik aorta
- c) Sol ventrikül
- d) Sol atrium aurikulası
- e) Pulmoner trunkus

Cevap B (*Radiographic Anatomy, Wiley Medical Publication sf. 131*)

Desendan torasik aorta sol kalp gölgesi konturunda yer almaz.

**13. Aşağıdakilerden hangisi malign mide ülserlerinin radyolojik özelliklerinden birisi değildir?**

- a) Düzensiz Ülser Konturu
- b) Hampton Hattı
- c) Komşu mide duvarında rijidite
- d) Mukozal kıvrımların birbirlerinden uzaklaşması
- e) Ülserin yüzeyel olması

Cevap B (*Diagnostic Radiology' An Anglo-American Textbook of Imaging Second Edition Eds: R G Grainger D J Allison 1992 Churchill Livingstone sf. 845*)

Mide ülserlerinde gerçek ölçüt ödemden oluşan ve grafilerde tabanında radyolüsent bant olarak izlenen 'Hampton' hattıdır. Değişik şıklarda tanımlanan özellikler malign ülser ölçütleridir.

**14. Renal anjiomyolipoma tanısında en güvenilir radyoloji görüntüleme yöntemi hangisidir?**

- a) Direkt Üriner Sistem Radyografisi
- b) İntravenöz Pyelografi

- c) Ultrasonografi
- d) Bilgisayarlı Tomografi
- e) Selektif Renal Anjiyografi

Cevap D (*Diagnostic Radiology' An Anglo-American Textbook of Imaging Second Edition Eds: R G Grainger D J Allison 1992 Churchill Livingstone sf. 1241*)

Renal Anjiomyolipomda temel ayırtıcı özellik yağ dokusunun varlığıdır. Yağ dokusu varlığı BT ile kesin olarak ortaya koyulabilmektedir. Direkt grafiler ve i.v pyelografide kitle varlığı bile-yeterli boyutlarda değilse -gösterilemez. USG'de kitle gösterilebilir ancak spesifikasyona gidilmesi mümkün değildir. Anjiyografide ise vasküler komponent ölçüsünde vasküler bir kitle tanımlanabilir.

**15. Radyografilerde Osteoid osteoma'nın tipik bulgusu aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Ekzostoz varlığı
- b) Kortikal skleroz
- c) Lüsente ya da sklerotik nidus varlığı
- d) Kortikal erozyon
- e) Kortikal genişleme

Cevap C (*Diagnostic Radiology' An Anglo-American Textbook of Imaging Second Edition Eds: R G Grainger D J Allison 1992 Churchill Livingstone sf. 1506*)

Osteoid osteoma'nın tipik radyografik bulgusu 'nidus'tur. Kalsiyum içeriğine göre lüsente ya da sklerotik olabilir. Ekzostoz varlığı, erozyon ya da kortikal ekspansiyon söz konusu değildir. Kortikal yoğunluk artışı tek başına belirleyici olmamaktadır.

**16. Arka mediastinal kitle lezyonlarının tanısında öncelikle hangi patoloji düşünülmelidir?**

- a) Ektopik guatr
- b) Nörojenik tümörler
- c) Teratoma
- d) Timoma
- e) Lenfoma

Cevap B (*Diagnostic Radiology' An Anglo-American Textbook of Imaging Second Edition Eds: R G Grainger D J Allison 1992 Churchill Livingstone sf. 198-199*)

Nörojenik tümörleri tipik olarak arka mediastinumda yerleşirler. Diğer tümörlerin klasik bulunma yerleri ön mediastinumdur.



# ÜROLOJİ

1. Alt üriner sistem enfeksiyonlarında en sık görülen patojen mikroorganizma hangisidir?

- a) Klebsiella
- b) Pseudomonas
- c) E.Coli
- d) Stafilokok
- e) Neisseria gonore

Cevap C (Meares, Smith's General Urology, 1992, s.195)

Üriner sistemin nonspesifik enfeksiyonları sıklıkla aerobik, gram negatif bakterilerle meydana gelir. Bunların içinde en çok karşılaşılan E.Col iken, hastane enfeksiyonları söz konusu edildiğinde birinci sıraya pseudomonas yerleşmektedir.

2. Aşağıdakilerden hangisi Enürezis tedavisinde hatalı bir kombinasyondur?

- a) Antikolinerjikler + İmipramin
- b) Davranış terapisi + Antikolinerjikler
- c) Alarm cihazı + Desmopressin
- d) Genel önlemler + İmipramin
- e) Genel önlemleri + Desmopressin

Cevap C (Meares, Smith's General Urology, 1992)

Alarm cihazının kullanılması şartlı refleks gelişmesi prensibine dayanır. Oysa Desmopressin kullanarak, enürezisin engellenmesi, bu şartlı refleksin ortaya çıkmasına olanak vermeyecektir.

3. Aşağıdaki tümör belirleyicilerinden hangisinin testis tümörü tanısında yeri yoktur?

- a) AFP (Alfa-fetoprotein)
- b) CEA (Karsinoembriojenik antijen)
- c) LDH (Laktikdehidrogenaz)
- d) GGT (Gamma-glutamil transpeptidaz)
- e) hCG (Human Korionik gonadotropin)

Cevap B (Williamns-Wilking, Baltimore, Principles and Management of Urologic Cancer, 2.baskı, s.37-53)

AFP, hCG ve LDH, testis tümörü için çok değerli tümör belirleyicilerdir. GGT çok belirleyici olmamakla beraber gene de testis tümörleri için kullanılmış bir belirleyicidir. Ancak CEA testis tümörü için kullanılmamaktadır. Bu böbrek tümörleri için değerli bir belirleyicidir.

4. Aşağıdakilerden hangisi, erektil disfonksiyon için bir araştırma yöntemi değildir?

- a) Papaverin testisi
- b) Cavernosometri
- c) PBI (Penil Brakial İndeks)

- d) NPT (noktürnal penil tümessans)
- e) Semen analizi

Cevap E (Tanagho, Lue, McClure, Williams-Wilkins, Baltimore, Contemporary Management of Impotence and Infertility, 5-11.bölümler, s.55-128)

Semen analizi, infertil erkeklerin değerlendirilmesi için temel bir tetkiktir. Ancak erektil disfonksiyon hakkında bilgi vermez.

5. Yenidoğanda miksiyon refleksi bir mekanizmadır. İlk gelişen miksiyon refleksinin şuursuz inhibisyonudur. Şuursuz inhibisyonun başlaması hangi yaşta görülür?

- a) 3.ayda
- b) 6.ayda
- c) 1 yaşında
- d) 3 yaşında
- e) 4 yaşında şuurdu kontrolün başlamasından hemen önce.

Cevap B (Rushton, Wetting and functional voiding disorders, 1995, s.75-93)

Yenidoğanda miksiyon refleksi bir mekanizmadır ve mesanenin dolması ile miksiyonun başlaması tetiklenir. 24 saatte yaklaşık olarak 20 kez miksiyon yapılır. Daha sonra 6.aydan sonra miksiyonun şuursuz inhibisyonu gelişir ve bu sayı azalmaya başlar. 1-2 yaş civarında mesanenin dolumunun şuurdu hissi gelişir ve 2-3 yaş civarında miksiyonun istemli kontrolü başlar. 4 yaş civarında adult paterne sahip üriner kontrol sağlanır.

6. Hipospadias her 300 erkek doğumunda 1 oranında görülen konjenital bir anomalidir. Eksternal meatusun yerine göre gruplara ayrılır. Aşağıdakilerden hangisi bunlardan birisi değildir?

- a) Glandular
- b) Koronal
- c) Penil dorsal şaft
- d) Penoskrotal
- e) Perineal

Cevap C (McAninch, Smith's General Urology, 14.baskı, 1995, s.658-672)

Hipospadias intrauterin hayatta çeşitli etiyolojik ajanlara bağlı olarak ventral üretranın kapanmasındaki eksiklik sonucu ortaya çıkan bir anomalidir. Dolayısıyla üretral meatusun penis ventral yüzünde, skrotumda veya perinede oluşuna göre sınıflandırılır. Üretra meatusunun penis dorsalinde yer aldığı konjenital anomalisinin adı epispadiastır.

7. Potter sendromuna %100 eşlik eden ürener anomalisi nedir?

- a) Bilateral üreteropelvik darlık
- b) Ekstrofia vezikalıs
- c) Bilateral renal agenezi
- d) Hidronefroz
- e) Medullar sünger böbrek

Cevap C (Ronald, Ashcraft's Pediatric Urology, 1.baskı, 1990, s.77-115)

Potter sendromu, oligohidramniyoz, gevşek deri, klasik tipik görünümlü yüz bulguları (hipertelorizm, büyük ve düşük yerleşimli kulaklar, belirgin epikantus kıvrımları, mikrognati ve yassı burun), pulmoner hipoplazi, gastrointestinal ve genital anomalileri ve %100 bilateral renal agenezi ile seyreden bir sendromdur. Hayatla bağdaşmaz.

8. Aşağıdaki tümörlerden hangisinde sigara içimi bir risk faktördür?

- a) Mesane ve prostat
- b) Testis ve böbrek
- c) Mesane ve böbrek
- d) Mesane ve testis
- e) Testis ve epididim

Cevap C (Morrison, Advances in the etiology of urothelial cancer, 1984, s.557; Bennigton Laubscher, Epidermiologic studie on carcinoma of the kidney, s.1069)

Mesane ve böbrek karsinomlarını araştıran epidemiyolojik çalışmalarda saptanan sigara kanser ilişkisi diğer genitoüriner tümörlerde gösterilememiştir.

9. Testis tümörü saptanan bir olguda ilk yapılması gereken tedavi yöntemi nedir?

- a) Skrotal orşiektomi
- b) İnguinal orşiektomi
- c) Sistemik kemoterapi
- d) Radyoterapi
- e) Lenf nodu diseksiyonu

Cevap B (Üroloji, 1990, s.392)

Testis tümöründe ilk tedavi seçeneği inguinal yüksek orşiektomidir. Diğer tedavi seçenekleri orşiektomi sonrası yapılacak tedavilerdir. Skrotal orşiektominin tedavide yeri yoktur.

10.Çocuklarda en sık görülen testis tümörü hangisidir?

- a) Seminoma
- b) Koryokarsinoma
- c) Embriyonel karsinoma
- d) Leyding hücreli tümör
- e) Lenfoma

Cevap C (Teiluin, The cocept of endodermal sinus (yolk-sac) tumor, s.75)

Embriyonel karsinomun infantil tipi çocuklarda görülen tümörlerinin %75'ini oluşturur. Aynı zamanda yolk sak

tümörü veya endodermal sinüs tümörü olarak da bilinir.

11.Schistosomiasis ile ilgili tümör aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Mesanenin transizyonel hücreli tümörü
- b) Mesanenin skuamöz hücreli tümörü
- c) Prostat adenokarsinomu
- d) Böbrek adenokarsinomu
- e) Testis koryokarsinomu

Cevap B (Tanagho, Specific infections of the genito urinary tract, 14.bölüm, s.246-261; Smith's General Urology, 1988, s.256)

Schistosomiazisin en korkulan komplikasyonu skuamöz hücreli karsinomdur. Eğer tümör inoperabl değilse radikal sistektomi ve ürener diversiyon gerekir. Ancak tanı genellikle geç dönemde konulmaktadır.

12.Aşağıdakilerden hangisi böbrek transplantasyonu endikasyonları arasında en sık görülendir?

- a) Hidronefroz
- b) End-Stage glomerulo- veya pyelonefrit
- c) Tüberküloz
- d) Polikistik böbrekler
- e) Stag-horn taşları

Cevap B (Spirnak, Disorders of the testis, scrotum ad spermatic cord. 32.bölüm, s.589-597; Smith's General Urology, s.533)

Renal transplantasyon komisyonunun son raporuna göre renal transplantasyonla tedavi edilen hastalıklar sırayla kronik glomerulonefrit (%54), kr. pyelonefrit (%12), polikistik böbrek hastalığı (%5), malign nefroskleroz (%6) ve diğer hastalıklara bağlı kronik böbrek yetmezliğidir (%23).

13.Aşağıdaki ürener taşlardan hangisi radyolüsentdir?

- a) Kalsiyum oksalat taşları
- b) Triple fosfat taşları
- c) Sistin taşları
- d) Ürik asit taşları
- e) Karışık tip taşları

Cevap D (Spirnak,Resnick, Urinary Stones, 16.bölüm, s.275-301; Smith's General Urology, 1988, 278)

Ürener sistem taşlarının %90'ı radyopakdır. Kalsiyum taşları en radyopak tür olup, bunu kalsiyum oksalat-magnezyum ve sistin taşları izler. Ürik asit taşları radyolüsentdir ve direkt batın filmlerinde görülmezler.

14.Spermatik kord torsiyonu için hangisi doğrudur?

- a) Genç bireylerde görülür.
- b) Benign bir durumdur ve tedavi gerektirmez.
- c) Epididimit sebeplerinden biridir.
- d) Sıklıkla iki taraftadır.
- e) Hematüri ile birlikte dir.

Cevap A (*McAninch, Disorders of the testis, scrotum ad spermatic cord, 32.bölüm, s.589-597; Smith's General Urology, 1988, s.594*)

Spermatik kord torsiyonu genç bireylerde görülür. Testisin kan akımının bozulmasına sebep olur ve 3-4 saat içinde tedavi edilmediği takdirde testiküler atrofiye neden olur. Ayırıcı tanısında akut epididimit, akut orşit ve travma düşünülmelidir. Genellikle tek taraflı diğer testis de profilaktik olarak sabitleştirilir.

**15.Aşağıdakilerden hangisi benign prostat hiperplazisinde prostatektomi endikasyonlarından değildir?**

- a) Düşük idrar akımı
- b) Rahatsız edecek biçimde sık idrarda çıkma ve noktüri
- c) Enfekte, yüksek miktarda rezidüel idrar
- d) Büyümüş prostat
- e) Divertikül veya taş oluşumu

Cevap D (*Walsh, Benign prostatic hyperplasia, 25.bölüm, Campbells's Urology, 1992, s.1021*)

Azotemi, hidronefroz, akut idrar retansiyonu, artmış rezidüel idrar miktarına bağlı tekrarlayan üriner enfeksiyonlar, mesane instabilitesi ve aşağı idrar yolu semptomları BPH için tedavi endikasyonları arasındadır. Ancak rahatsız etmeyen ve bütün bu semptomlara sebep olmayan büyük prostat, tedavi endikasyonları arasında değildir.

**16.Böbrek için transabdominal cerrahi yaklaşım aşağıdakilerden hangisi için tavsiye edilir?**

- a) Pyelonefrit
- b) Tüberküloz
- c) Böbrek tümörü
- d) Kistik hastalık
- e) Hidronefroz

Cevap C (*Johsan, Swanson, van Eschenbach, Tumors of the genitourinary tract. 19.bölüm, s.330-434; Smith's General Urology, 1988, s.341*)

Metastaz yapmamış böbrek tümörü için, üzerinde görüş birliğine varılan tedavi yöntemi, radikal nefrektomidir. Radikal nefrektomi, renal vasküler pedikülün kontrolünden sonra tümörün, böbreğin ve Gerota kapsülünün bir blok halinde çıkarılmasıdır. Bu, torako-abdominal veya trans-abdominal yaklaşımla yapılır.

**17.Parankimal renal tümörde aşağıdakilerden hangisi daha sık görülür?**

- a) Abdominal kitle
- b) Hematüri
- c) Açıklanamayan ateş
- d) Anemi
- e) Akciğer metastazına bağlı hemoptizi

Cevap B (*Johsan, Swanson, van Eschenbach, Tumors of the genitourinary tract. 19.bölüm, s.330-434; Smith's General Urology, 1988, s.337*)

Hematüri, renal hücreli karsinomun en belirgin bulgusudur. Sıklıkla gros hematüri tarzındadır ve hastaların %60'ında hekime başvuru sırasında bulunur.

**18.Akut bakteriyel prostatit:**

- a) Sıklıkla prostatik abse gelişimi ile komplike olur.
- b) Prostat taşları ile birlektedir.
- c) Birçok antibiyotiğe dirençlidir.
- d) Başlangıç genellikle sinsidir.
- e) Hemen her zaman akut bakteriyel sistit eşlik eder.

Cevap E (*Lim, Schaeffer, Prostatitis syndromes, AUA Update Series, Volume XII, 1.ders, 1993, s.4*)

Akut bakteriyel prostatitte abse gelişimi veya prostat taşları her zaman rastlanan komplikasyonlar değildir. Başlangıcı dramatiktir. Genellikle bakteriyel sistit eşlik eder ve sebep olan mikroorganizmanın saptanmasında idrar kültüründen yararlanılır.

**19.Aşağıdakilerden hangisinde PSA (prostat spesifik antijen) serum düzeyi yükselmez?**

- a) Prostat kanseri
- b) Akut prostatit
- c) Prostat iğne biyopsisi
- d) Sistit
- e) Prostat masajı

Cevap D (*Kozlowski, Grayhack, Carcinoma of the prostate, 32.bölüm, s.1575-1713; Gillenwater, Grayhack, Howards, Duckett, Mosby, In Adult and Pediatric Urology, 1996, s.1611*)

Serum PSA düzeyinin prostat kanserinde, akut prostatitte iğne biyopsisinden sonra ve prostat masajından sonra yükselmesine rağmen sistitten sonra yükselmesine rastlanmaz.

**20.Detrusor adalesinin motor sinir kaynağı ile ilgili aşağıdakilerden hangisi doğrudur?**

- a) Sempatik sinir sistemi
- b) Parasempatik sinir sistemi
- c) Obturator sinir yoluyla gelenler
- d) Pudental sinir yoluyla gelenler
- e) Femoral sinir yoluyla gelenler

Cevap B (*Patrick, Retik, Stamey, Vaughan, Campbell's Urology, 6.baskı, 1992, s.45*)

Detrusor adalesinin motor sinir kaynağı pelvik parasempatik pleksustur.

# ADLİ TIP

## 1. Aşağıdakilerden hangisinde hayati tehlike yoktur?

- a) Akciğer yaralanması
- b) Kosta kırığı
- c) Büyük damar yaralanması
- d) Batına penetre yaralanma (organ lezyonu yok)
- e) Medulla spinalisin travmatik yaralanması

Cevap B (Polat, Adli Tıp Ders Kitabı, 1.baskı, 1997, s.180)

Kosta kırığında hayati tehlike yoktur. Ancak eşliğinde akciğer yaralanması varsa hayati tehlike söz konusudur. Diğer şıklardaki durumlarda hayati tehlike vardır.

## 2. Aşağıdakilerden hangi bulgu ölümün erken belirtilerindedir?

- a) Ölü katılığı
- b) Ölü morluğu
- c) Kas gevşekliliği
- d) Ölü çürümesi
- e) Ölü soğuması

Cevap C (Aykaç, Adli Tıp, 2.baskı, 1993, s.32-34)

Kas gevşekliliği ölümün erken belirtilerinden olup diğer bulgular ölümün geç belirtilerinde görülür.

## 3. Aşağıdakilerden hangisi kesici alet yarasının özelliği değildir?

- a) Yaranın boyu derinliğinden uzundur.
- b) Yaranın en derin yeri ortasıdır.
- c) Yara iki kuyrukludur.
- d) Yara tabanında ekimoz vardır.
- e) Yara kenarları muntazamdır.

Cevap D (Gök, Adli Tıp, 5.baskı, 1983, s.169)

Ekimoz, künt aletle oluşan bir bulgudur. Diğerleri ise kesici aletle oluşturulan yaranın özellikleridir.

## 4. Asıda görülen ip izinin özellikleri aşağıdakilerden hangisi değildir?

- a) İp izi çoğunlukla larinks ile çene arasındadır.
- b) İp izi boynun her tarafında vardır ve vücut eksenine diktir.
- c) İpin tazyik ettiği deri bölgesinde parşömenleşme görülür.
- d) İp, sicim, tel gibi keskin bir bağ ise oluşan iz en-siz, derin bir çukur şeklinde olur.
- e) Düğüm veya ilmik tarafına çıkıldıkça iz yüzeyelleşir ve tamamen kaybolur.

Cevap B (Gök, Adli Tıp, 5.baskı, 1983, s.115)

İple boğmada ip izi boynun her tarafında vardır ve vü-

cut eksenine diktir. Asıdaki ip izi halkanın geniş tarafında derin olur. Düğüm veya ilmiğe yaklaştıkça yüzeyelleşir, çıkıcı (yükseltici) vasıfıdır. Vücut eksenine paraleldir.

## 5. Aşağıdakilerden hangisi akut fiili livata bulgularından değildir?

- a) Fissür
- b) Ekimoz
- c) Kanama
- d) Ödem
- e) Sfinkter gevşemesi

Cevap E (Aykaç, Adli Tıp, 2.baskı, 1993, s.285-286)

Sfinkter gevşemesi kronik fiili livata bulgusudur. Diğerleri ise akut fiili livatada görülen bulgulardır.

## 6. Kokuşmuş bir cesette aşağıdakilerden hangisi görülmez?

- a) Ciltteki damarların görünür hale gelmesi
- b) Ölü sertliği
- c) Ciltte bül oluşumu
- d) İç organlarda kıvam değişikliği
- e) Zenci yüzü görünümü

Cevap B (Gök, Adli Tıp Ders Kitabı, 1984, s.4-21)

Diğer tüm seçeneklerde belirtilen durumlar kokuşmada görülür. Ancak ölü sertliği kokuşmanın başlaması ile kaybolmaktadır.

## 7. Normal zeka gelişimi gösteren çocuklarda kaç yaşın altında ceza sorumluluğu yoktur?

- a) 11
- b) 12
- c) 13
- d) 14
- e) 15

Cevap A (Gözübüyük, AP, TCK Açılması, Kazancı Hukuk Yayınları, Cilt 1, s.232-236)

Türk Ceza Kanunu 53. maddesine göre 11 yaşını doldurmamış çocukların ceza sorumluluğu yoktur. Bu çocuklara ceza verilemez.

## 8. Ötenazi TC Hukukuna göre nasıl bir eylemdir?

- a) Suç değildir.
- b) Kişinin ötenazi uygulanmasını istediğine dair bir belge bırakması durumunda suç değildir.
- c) Bileşik hallerden ölüme sebebiyet verme suçudur.
- d) Taksirli (ihmal) adam öldürme suçudur.
- e) Kasten adam öldürme suçudur.

Cevap E (*Hasta Hakları Yönetmeliğinin 13. maddesi*)

Ötenazi ülkemizde kasten adam öldürme kapsamındadır.

**9. Postmortem (ölüm sonrası) intervalin belirlenmesinde aşağıdakilerden hangisi kullanılmaz?**

- a) Ölü lekeleri
- b) Ekimozlar
- c) Kokuşma
- d) Vücudun soğuması
- e) Ölü sertliği

Cevap B (*Gök, Adli Tıp Ders Kitabı, 1984, s.188*)

Ekimozlar postmortem intervalin belirlenmesinde kullanılamaz, çünkü ekimoz yalnızca canlı kişilerde oluşan bir lezyondur.

**10. İsteğe bağlı olarak gebeliğin sonlandırılması hangi süre içinde yasal olarak yapılabilir?**

- a) 4. hafta doluncaya kadar
- b) 8. hafta doluncaya kadar
- c) 10. hafta doluncaya kadar
- d) 12. hafta doluncaya kadar
- e) 16. hafta doluncaya kadar

Cevap C (*Çobanoğlu, Sağlık Mevzuatı, 1997, s.57*)

Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanununun 5. maddesinde; yasal kürtaj süresi "gebeliğin 10. haftası doluncaya kadar" olarak belirlenmiştir.

**11. Aşağıdaki ölüm sebeplerinden hangisinde ölü lekeleri parlak kırmızı (kiraz kırmızısı) olur?**

- a) Kan kaybının çok olduğu hipovolemik ölümler
- b) Asfiksiye bağlı ölümler
- c) Kurşun ve kükürtlü hidrojen intoksikasyonuna bağlı ölümler
- d) Anilin ve karbondioksit intoksikasyonuna bağlı ölümler
- e) Düşük çevre ısısına ve karbonmonoksit intoksikasyonuna bağlı ölümler

Cevap E (*Gök, Adli Tıp, 6.baskı, 1991, s.14*)

Kan kaybı çok olursa ölü lekeleri soluk ve açık renkte olur.

Asfiksiye bağlı ölümlerde, cesedin pozisyonuna uygun şekilde alt kısımlarda koyu, mor renkli ölü lekeleri olur. Kurşun intoksikasyonunda soluk-sarı, kükürtlü hidrojen sarı-yeşilimsi görülür.

Anilin ve karbondioksit intoksikasyonunda siyanotik, mor ölü lekeleri oluşur.

Düşük çevre ısısına ve karbonmonoksit intoksikasyonunda ölü lekeleri parlak kırmızı, kiraz kırmızısı görülür, hipotermide oksihemoglobinin dissosiasyonu azaldığından dokular oksijeni alamaz, karboksihemoglobinde oksijenin dokulara taşınmasını önler ve her iki durumda da oksijen kullanımı azalmış olduğundan, kan ve ölü lekeleri açık, parlak kırmızı renkli olur.

**12. Bir kan lekesi için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Mide içeriği ve mide mukoza hücreleri mideden gelen kanda bulunur.
- b) 3 cm'den kısa, tarazlı ve sivri uçlu, eğri şekilli, 84 mikron kalınlıkta kıllar ve titrek tüylü epitel burun kanamasında olur.
- c) Himen yırtığına bağlı kanamada vajen-vulva epitel hücreleri ile bol fibrin bulunur.
- d) Vajen-uterus epitel hücreleri ve bol fibrin içeren kan mestruel kanıdır.
- e) Mekonyum, plasenta elemanları, lanugo, verniks kaseoza içeren kan doğum kanıdır.

Cevap D (*Gök, Adli Tıp Pratiği, 2.baskı, 1984, s.37-39,84*)

Mideden gelen kan, mide mukoza hücresi ve mide içeriği taşıyabilir.

Tarif edilen kıl yapısı burun kılı için tipiktir, burun epiteli ve burun kılı burun kanamasında bulunur.

Himen kanı içerikleri doğrudur.

Menstrüel kan fibrinden fakirdir.

Doğum sırasında oluşan kanama gebelik ürününe ait bu tür elemanları taşır.

**13. Etanol kullanımı için yanlış olan hangisidir?**

- a) Alkol iptilası olan kişi suç işlerse ceza indirimi ya da iptali yapılmaz.
- b) Halka açık yerlerde huzuru bozacak şekilde sarhoş olarak yakalanan kişi, mahkemece cezalandırılabilir.
- c) İhtiyari sarhoş kişi, suç işlerse ceza indirimi yapılmaz, hatta arttırım yapılabilir.
- d) Alkol iptilası olanlara mahkeme tarafından vasi ya da müşavir tayin olunabilir.
- e) Alkol iptilası olanlar mahkeme kararı ile iyileşene kadar tedaviye alınabilirler.

Cevap A (*Dinçmen, Adli Psikiyatri, 1984, s.34-38, 103-107, 156-57; Aykaç, Adli Tıp, 2.baskı, 1993, s.324-330*)

Kanunen iptila bağımlılığı anlatır ve bu tür kişilerin ceza ehliyeti durumlarına göre değerlendirilir, ya indirilmiş ceza uygulanır ya da ceza iptal edilebilir, ancak tedavi altına alınmaları sağlanır.

Halka açık yerlerde sarhoş olup halkın huzurunu bozmak suçtur.

İhtiyari sarhoşluk gelip geçici ve isteğe bağlı bir durumdur, bağımlılık yoktur, bu nedenle ceza indirimi yapılmaz.

Alkol iptilası olanlar, alkol alabilmek için tüm varlıklarını satabilir, ailelerine zarar verebilir, bu nedenle hem kendilerinin hem de ailelerinin çıkarlarını koruyabilmek için alkol iptilası olanlara vasi ya da müşavir tayin olunabilir.

Bu kişiler suç işlediklerinde ya da haklarında alkolikten dolayı şikayet olduğunda mahkeme tedavileri tamamlanana kadar hastaneye yatırılmalarına karar verir.

**14.Çocuk istismarı ile ilgili olarak hangisi yanlıştır?**

- a) Bu çocuklarda vitreus kanaması, retina dekolmanı ya da lensin yerinden ayrılması gibi göz bulguları ve ağızda frenulum yırtığı olabilir.
- b) Paravertebral oluklar hizasında kostavertebral bileşkelerde, boncuk dizisi şeklinde kallus oluşumu, yetişkin bir kişi çocuğun göğsünü elleriyle yanlardan sıkıştırdığı zaman oluşabilir.
- c) Kafatası içinde köprü venlerinde yırtılma, çocuğun omuzlarından tutulup ani sarsılması ile oluşamaz, daha güçlü bir travma gerektirir ve saçlı deri lezyonları ile birlikte olmalıdır.
- d) Uzun kemiklerde metafizyo-epifizyal kırıklar, epifiz kopmaları, metafiz köşesi kırıkları gibi kırıklar istismarı akla getirmelidir.
- e) Çocuk istismarı infantil kortikal hiperostoz, osteogenezis imperfekta tarda gibi kortikal kemik yapımının arttığı olgularla karışır.

Cevap C (Maio, Forensic Pathology, 1993, s.304-14, 321-25)

İstismara uğrayan çocuklarda adı verilen göz bulguları %70 oranında görülür, frenulum yırtığı dudaklara teğet gelen travmalarla oluşur.

Tarif edilen paravertebral oluklar hizasındaki boncuk dizisi şeklinde kallus oluşumları, önceden oluşan kırık yerlerinde görülür ve oluşum mekanizması erişkinin çocuğu göğsünden tutarak hızla sıkması şeklinde açıklanmaktadır.

İstismar olgularında saçlı deride ekimoz, sıyrık, ya da kontüzyon olmaksızın köprü venlerinin yırtılmasına bağlı subdural kanamalar olabilir. Bu durum, çocuğun omuzlarından tutulup sertçe sarsılması sırasında, kafatasının hareketine beynin ayak uyduramaması ile köprü venlerinin gerilmesi ya da bükülmesi sonucu yırtıldıkları şeklinde açıklanmaktadır.

İskelet kemiklerinde istismara ait bulgular arasında epifizyo-metafizyal kırıklar, epifiz kopmaları, spiral ya da lineer tarzda uzun kemikler kırıkları yer almaktadır.

Travma alınanda kırık ya da periostun kemikten ayrılması nedeni ile sub periostal ve kortikal kemik yapımları görülür. İstismar olgularında, %60 vakada olay tekrarlandığından, tekrarlayıcı travmaya bağlı değişik lokalizasyonlarda veya değişik kemiklerde müteaddit

kırık ya da periost ayrılmaları ve bunlara bağlı subperiostal ve kortikal kemik yapımı görülür. Adı geçen hastalıkların radyolojik incelemesinde benzer lezyonlar görülebilir.

**15.Yanlışı işaretleyiniz.**

- a) Ölü doğan gayrimeşru çocuk, anne sağ ise babanın mirasçısı olabilir.
- b) Çocuk sağ doğmak koşulu ile ana rahmine düştüğü andan itibaren medeni haklara sahiptir.
- c) Kanunen, evlilik tarihinden itibaren 180 gün geçmeden önce, kadının çocuğu olursa, çocuk o kocaya ait değildir.
- d) Kanunen, boşanma tarihinden sonra 300 gün geçene kadar doğan çocuk, boşanılan kocaya aittir.
- e) 0 grubu bir anne ve AB grubu bir babanın A veya B grubu kana sahip çocukları olabilir.

Cevap A (Gök, Adli Tıp, 6.baskı, 1991, s.266-7, 270-72)

Ölü doğan çocuk (gayrimeşru) mirasçı olamaz, ayrıca annenin sağ ya da ölü olması çocuğun miras hakkını etkilemez. Çocuk sağ doğmuşsa, anne ölü de olsa sağ da olsa çocuk, babanın mirasçısı olma hakkına sahiptir. Çocuk sağ doğup sonra öldü ise anne çocuğa ait miras hakkını kullanır, çocuk ölü doğarsa çocuk ve dolayısı ile anne mirastan hak alamaz.

Çocuk sağ doğdu ise her türlü medeni hakka sahiptir ve ana rahmine düştüğü andan itibaren hakları geçerlidir.

Kanunlarımıza göre yaşayabilirlik ancak 180 gün ve üstü gebelik süresinde mümkündür. Bu nedenle evlilik tarihinden itibaren 180 gün geçmeden çocuk doğarsa ve yaşayabilir nitelikte ise gebelik, evlilikten önce gerçekleşmiştir.

Gebelik süresi kanunen maksimum 300 gün olabilir. Bu nedenle boşanmadan sonra 300 geçmeden çocuk olursa, baba boşanılan kocadır. C ve D şıklarında mahkemeye başvurulursa babalık tayini yapılır.

Mendel kurallarına uygun olarak, 0 grubu anne çocuğa sadece 0 kan grubu substansını aktarabilir. AB grubu baba ya A ya da B substansını aktarabilir. Bu durumda doğacak çocuk ya A0 ya B0 olacaktır.

# ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON

1. Hangisi endotrakeal entübasyon sonrasında beklenen bir durum değildir?

- a) Kalp atım hızında artış
- b) Kan basıncında düşme
- c) İntraoküler basınçta artma
- d) İntrakraniyal basınçta artma
- e) Refleks larengospazm

Cevap B (Collins, Principles of Anesthesiology, 3.baskı, 1993 s.551)

Endotrakeal entübasyon sırasında sempatik sistem aktivasyonu olacağı için kan basıncında artma beklenir.

2. Erişkinler için anestezi öncesi oral alım kısıtlanması için hangisi doğrudur?

- a) 30 dakika
- b) 6 saat
- c) 12 saat
- d) 24 saat
- e) Oral alımın kısıtlanmasına gerek yoktur.

Cevap B (Collins, 3.baskı, s.236)

Dolu mide, anestezi başlangıcı ve erken postoperatif dönemde, hastanın henüz öksürük ve yutkunma refleksleri yeterli olmadığından regürjitasyon ve mide içeriğinin akciğerlere aspirasyonuna neden olur. Bunu önleyebilmek için midenin boşalmasına yetecek süre (4-6 saat) hastanın katı ve sıvı gıda alması engellenmelidir.

3. Aşağıdakilerden hangisinde plazma psödokolinesteraz seviyesi düşük değildir?

- a) Konjenital psödokolinesteraz eksikliği
- b) Karaciğer sirozu
- c) Hipoalbuminemi ilerlemiş karsinom
- d) İnsektisit zehirlenmesi
- e) Miyastenia Gravis

Cevap E (Morgan, Mikhail, 1.baskı, s.577)

Miyastenia Gravis sinir-kas ileti bölgesinde postsinaptik asetilkolin reseptörlerinin inaktivasyonuna bağlı gelişen otoimmün bir hastalıktır. Kas zafiyeti psödokolinesteraz eksikliğine bağlı değildir.

4. Lokal anestezikler içine vazokonstriktör olarak eklenen Adrenalin aşağıdakilerden hangi konsantrasyonu aşmamalıdır?

- a) 1:1000
- b) 1:10 000
- c) 1: 100 000
- d) 1:200 000
- e) 1:300 000

Cevap D (Aitkenhead, Smith, 2.baskı, s.265)

Lokal anesteziklerin emilimini yavaşlatmak, toksisitesini azaltmak, etki sürelerini uzatmak ve etkin blokaj sağlamak amacıyla ilave edilen Adrenalin konsantrasyonu 1:200 000'i ve total dozu 0.5 mg'ı aşmamalıdır. Sistemik kardiyak etkiler yanında kalıcı nörolojik hasara da yol açabilir.

5. Hastaya uygulanan lokal anestezi sonrası konvülsiyon, siyanoz, hipotansiyon ile kendini gösteren toksik reaksiyon oluştuğunda yapılması gereken acil tedavi ve önlemler aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Hasta düz yatırılır,ambu ile %100 oksijen solutulur, IV serum infüzyonu ve barbitürat verilir.
- b) Hasta düz yatırılır, entübe edilir, IV adrenalin verilir.
- c) Solunum uyarıcı ilaçlar kullanılır.
- d) Suni solunum, kalp masajı, ve IV adrenalin uygulanır.
- e) Trendelenburg pozisyonu verilir, nazal oksijen, IV barbitürat uygulanır.

Cevap A (Aitkenhead, Smith, 2.baskı, s.261)

Lokal anesteziklerin doz aşımı veya intra-arteriyel enjeksiyona bağlı olarak gelişen toksik reaksiyonlar konvülsiyon, şuur kaybı, solunum durması, ritm bozuklukları, kollaps şoka yol açabilir. Düz yatırılan hastayaambu ile %100 oksijen solutulurken IV yoldan serum verilerek konvülsiyonlar da barbitüratlarla kontrol altına alınır.

6. Oral yolla zehirlenmelerde, komada olan hastanın midesinin yıkanması aşağıdakilerden hangi şartı gerektirir?

- a) Zehirlenmeye neden olan maddenin antidotu verildikten sonra mide yıkanır.
- b) Tahriş edici, yakıcı, asit maddelerle veya petrol ürünleri ile zehirlenmelerde mide mutlaka yıkanmalıdır.
- c) Endotrakeal entübasyon yapılarak aspirasyon riski ortadan kaldırıldıktan sonra mide yıkanmalıdır.
- d) Hasta sırtüstü düz yatırılarak midesi yıkanır.
- e) İlk 6 saat içinde mide yıkanmalıdır.

Cevap C (Oh TE., 3.baskı, s.76)

Oral yolla zehirlenmelerde, ilk 1 saat içinde hastaya sol yan ve başaşağı pozisyon verilerek mide yıkanır. Şuur kaybı olan hastada hava yoluna aspirasyonu önlemek için entübasyon şarttır. Asit ve benzeri koroziv maddelerle zehirlenmelerde mide ve özofagus perforasyonuna neden olabileceğinden mide yıkanmamalıdır.

7. Asit-baz dengesinin sağlanmasında hücre dışı kompartmanın en önemli tampon sistemi hangisidir?

- a) Fosfat
- b) Hemoglobin
- c) Protein
- d) Bikarbonat-karbonik asit
- e) Sodyum-laktat

Cevap D (*Oh TE., 3.baskı, s.494*)

Karbonik asit- bikarbonat tampon sistemi sayesinde hidrojen iyonu bikarbonat anyonu ile birleşerek zayıf bir asit olan karbonik asit teşekkül eder. Buda karbonik anhidraz enziminin katalizörlüğünde su ve karbondioksit ayrılır. CO<sub>2</sub> akciğerlerden alır. Çift yönlü işleyebilen bu reaksiyon sayesinde hücre dışı kompartmanın pH'sı fizyolojik sınırlarda tutulur.

8. Şuur kaybı olan hastada hipoksi ve hipoventilasyona yolaçan en sık rastlanan sebep aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Üst solunum yolu tıkanıklığı
- b) Alt solunum yolu tıkanıklığı
- c) Santral solunum depresyonu
- d) Göğüs duvarının yaralanması
- e) Akciğerin yaralanması

Cevap A (*Safar, 1.baskı, s.16*)

Şuur kaybı olan hastada kas tonusunun azalmasıyla dilin geriye doğru kayarak üst solunum yollarını tıkanması ve solunumu engellemesi hipoksi ve hipoventilasyona neden olur. Baş ekstansiyona alarak, mandibulayı öne çekecek tarzda hastanın başına pozisyon verilerek bu kolayca engellenir.

9. Şuur kaybı olan solunumu durmuş ve nabız alınmayan bir hasta ile karşılaştığınızda ilk yapacağınız müdahale ne olmalıdır?

- a) Yardım çağırırım
- b) Solunum yolu açıklığını sağlar, suni solunum ve kalp masajı uygulamam
- c) IV yol açar, serum takarım
- d) Ambu ile %100 Oksijen soluturum
- e) Yan yatırır, ağız ve boğazını temizlerim

Cevap B (*Safar, 1.baskı, s.81*)

Çeşitli kazalar, enfarktüs vs nedenlerle karşılaşılabileceğimiz yaşamı tehlikede olan acil durumdaki hasta karşısındaki ilk işlem; hastanın şuur, solunum, dolaşım durumunu değerlendirip hava yolu açıklığını sağlayarak uygun pozisyonu verdikten sonra tek başına iseniz ağızdan ağıza 2 suni solunumu takiben 15 sternal kompresyon ile kalp masajı uygulamak ve bu şekilde yardım gelene ve/veya hastanın durumu düzeleneye kadar devam etmektedir.

10. Aşağıdakilerden hangisi premedikasyonun amaçlarından değildir?

- a) Preoperatif anksiyetenin giderilmesi

b) Analjezi sağlanması

c) Hastanın solunum fonksiyonlarının düzeltilmesi

d) Amnezi sağlanması

e) Havayolu sekresyonlarının azaltılması

Cevap C (*Barash, Handbook of Clinical Anesthesia, 1991*)

Premedikasyonun amaçları; anksiyetenin giderilmesi, sedasyon, amnezi, analjezi, havayolu sekresyonlarının azaltılması, otonomik reflekslerin baskılanması, gastrik volümün azaltılıp pH'nın artırılması, antiemetik etki sağlanması, anestetik madde gereksiniminin azaltılması, indüksiyonun hızlandırılması ve allerjik reaksiyonlara karşı profilaksidir. Hastanın solunum fonksiyonlarının düzeltilmesi premedikasyonun amaçlarından değildir.

11. Aşağıdakilerden hangisi endotrakeal entübasyonun laringoskopi ve entübasyon aşamasındaki komplikasyonlarından değildir?

- a) Glottik ve subglottik ödem
- b) Mide içeriğinin aspirasyonu
- c) Diş hasarı
- d) Sempatik sinir sistemi aktivasyonu
- e) Bronkospazm

Cevap A (*Barash, Handbook of Clinical Anesthesia, 1991; Morgan, Clinical Anesthesiology, 1992*)

Endotrakeal entübasyonun erken komplikasyonları; Aspirasyon, dental hasar, dudak ve damak laserasyonları, larinkste hasar, ösefageal entübasyon, Ebdobronşiyal entübasyon, sempatik hiperaktivite ve bronkospazmdır. Glottik ve subglottik ödem ise ekstübasyon sonrası ortaya çıkabilen bir komplikasyondur.

12. Aşağıdakilerden hangisi ester grubu lokal anestetiklerdendir?

- a) Bupivakain
- b) Prokain
- c) Lidokain
- d) Mepivakain
- e) Prilokain

Cevap B (*Morgan, Clinical Anesthesiology, 1992*)

Bupivakain, lidokain, mepivakain ve prilokain amid grubu lokal anestetiklerdendir. Prokain, kokain ve tetrakain ise ester grubu lokal anestetiklerdendir.

13. 22 yaşında full term gebe hasta, fetal distres nedeniyle acil sezaryen ameliyatına alınıyor. Hasta anestezi indüksiyonu sonrası kusmaktadır. Aşağıdakilerden hangisi ilk yapılması gereken girişimlerden değildir?

- a) Operasyon masasının 30° Trendelenburg pozisyonuna getirilmesi
- b) Ağız ve farinksin aspire edilmesi
- c) Endotrakeal entübasyon yapılması
- d) i.v. steroid başlanması
- e) %100 oksijen verilmesi



Cevap D (Yao FSF: *Anesthesiology*, 3.baskı, 1993)

İndüksiyon sırasında aspire eden bir hastada hemen yapılması gerekenler; operasyon masasının başaşağı pozisyona getirilmesi, ağız ve farinksin aspire edilmesi, endotrakeal entübasyonun gerçekleştirilmesi, %100 O<sub>2</sub> verilmesi ve nazogastrik bir tüp ile mide içeriğinin boşaltılmasıdır. İntravenöz steroid kullanımı tartışmalıdır. İnflamasyonu azaltması ve lizozomal membranları stabilize etmesi gibi olumlu etkilerine karşın; enfeksiyonlara rezistansı azaltması ve normal iyileşme sürecini etkilemesi açısından kullanımı sakıncalı olabilmektedir.

**14.Aşağıdakilerden hangisi temel yaşam desteğine dahil değildir?**

- a) Havayolu açılması
- b) Ventilasyon
- c) i.v. yol açılması
- d) Göğüs kompresyonu
- e) Heimlich manevrası

Cevap C (Esener, *Klinik Anestezi*, 1991)

Temel yaşam desteğinin komponentleri; hava yolu açılması, solunumun sağlanması ve dolaşımın sağlanmasıdır. Heimlich manevrası, solunum yolunu tıkayan bir yabancı cisim çıkarılmasında kullanılan bir yaklaşımdır. i.v. yol açılması ise ileri yaşam desteğinin bir bölümüdür.

**15.Kardiyak arrest olan bir hastanın EKG'sinde aşağıdakilerden hangisi izlenmez?**

- a) Asistol
- b) Ventriküler fibrilasyon
- c) Ventriküler taşikardi
- d) Atriyal fibrilasyon
- e) Elektromekanik disosiasyon

Cevap D (Esener, *Klinik Anestezi*, 1991)

Kardiyak arrest, bilinci kapalı bir hastada büyük arterlerde nabız alınamaması hali olup, klinik olarak birbirinden ayrılması mümkün olmayan şu elektriksel olaylarla birlikte olabilir; asistol, ventriküler fibrilasyon, ventriküler taşikardi veya elektromekanik disosiasyon. Ayırıcı tanı ancak EKG veya kalbin direkt olarak görülmesi ile konabilir.

**16.Aşağıdakilerden hangisi depolarizan bir kas gevşeticidir?**

- a) Süksinil kolin
- b) d-tuboküarin
- c) Veküronyum
- d) Gallamin
- e) Atraküryum

Cevap A (Esener, *Klinik Anestezi*, 1991)

Süksinil kolin depolarizan bir kas gevşeticidir. d-tuboküarin, veküronyum, atraküryum, gallamin ve panküronyum nondepolarizan kas gevşeticilerdendir.

**17.Aşağıdaki intravenöz anesteziklerden hangisi serebral kan akımını artırır?**

- a) Diazepam
- b) Tiyopental
- c) Propofol
- d) Midazolam
- e) Ketamin

Cevap E (Barash, *Handbook of Clinical Anesthesia*, 1991)

Ketamin serebral kan akımını artıran bir anestetik ajandır. Diğer sayılan ajanlar ise serebral kan akımını değişik derecelerde azaltırlar.

**18.Aşağıdakilerden hangisi spinal anestezinin mutlak kontraendikasyonlarından?**

- a) Geçirilmiş spinal cerrahi öyküsü
- b) Hipovolemi
- c) Mini-doza heparin
- d) Koroner arter hastalığı
- e) Diabetes mellitus

Cevap B (Morgan, *Clinical Anesthesiology*, 1992)

Spinal anestezinin mutlak kontraendikasyonları; Sepsis, bakteriyemi, enjeksiyon yerinde cilt enfeksiyonu, hipovolemi, koagülopati, terapötik antikoagülasyon, demyeline santral sinir sistemi hastalığı, artmış intrakraniyal basınç, psikoz-demans ve hastanın rızasının olmamasıdır. Mini-doza heparin ve geçirilmiş spinal cerrahi öyküsü relatif kontraendikasyonlardır. KAH ve diabet ise herhangi bir kontraendikasyon teşkil etmez.

**19.Postoperatif tromboemboli riskinin azaltılmasında aşağıdaki yaklaşımlardan hangisinin yeri yoktur?**

- a) Erken ambülasyon
- b) Mini-doza heparin
- c) Rejyonel anestezi
- d) Dekstran infüzyonu
- e) Embolektomi

Cevap E (Barash, *Handbook of Clinical Anesthesia*, 1991)

Postoperatif tromboemboli riskinin azaltılmasında; erken ambülasyon, antikoagülasyon, dekstran infüzyonu, aspirin ve rejyonel anestetik yaklaşımlar uygulanabilmektedir. Embolektominin ise profilaksiste yeri yoktur.

# ÇOCUK CERRAHİSİ

1. Omfalosel olan bebeklerde yanlış olanı bulunuz.

- Abdominal duvar defekti umbilikal ringdedir.
- Bağırsakları örten bir zar bulunur.
- Abdominal kavite küçüktür.
- Yandaş anomali oranı %30-70'dir.
- İntestinal obstrüksiyon bulgusu sık görülür.

Cevap E (Rowe, *Essentials of Pediatric Surgery*, 1995, s.436)

Gastrointestinal obstrüksiyon bulgusu omfalosellerde mutad değildir.

2. Özefagus atrezisi (ÖA) ve trakeaözefagial fistül (TEF) tiplerinden hangisi en çok görülür?

- Proksimal ÖA+Distal TEF
- İzole ÖA
- İzole TEF
- Distal ÖA+Proksimal TEF
- Distal ÖA+Proksimal ve distal TEF

Cevap A (Rowe, *Essentials of Pediatric Surgery*, 1995, s.397)

Proksimal ÖA+distal TEF sıklığı %85-90, izole ÖA %5-7, izole TEF %2-6, diğerleri ise %1'den azdır.

3. Aşağıdakilerden hangisi nöroblastomada iyi prognoz kriterlerinden değildir?

- Hastanın 1 yaşın altında olması
- Tutulumun stage I, II ve IV-S'de olması
- Primer tümörün retroperitoneal bölgede olması
- Serum ferritin ve nöron spesifik enolaz düzeylerinin düşük olması
- N-myc onkogen kopye sayısının 3'den az olması.

Cevap C (Rowe, *Essentials of Pediatric Surgery*, 1995, s.258)

Nöroblastomalı çocuklarda primer tutulum bölgesine göre boyun ve pelvis %100, mediastinal olanlarda %81, retroperitoneal olanlarda daha çok daha düşüktür.

4. Aşağıdaki belirti ve hastalıklardan hangisinde gastroözefageal reflüden şüphe etmezsiniz?

- Demir eksikliği anemisi
- Rekürren otitis media
- Rekürren pnömoni
- Beslenme sırasında öksürme ve morarma
- Büyüme gelişme geriliği

Cevap D (Aktuğ, Akgür, *Çocuk Cerrahisi*, 1.baskı, 1994, s.38)

A,B,C,E şıklarında belirtilen bulguların tümü gastro-özefajial reflüde görülebilir.Oysa D şıkında belirtilen

beslenme sırasında öksürme ve morarma özefagus atrezisine özgü bir bulgudur.

5. 1-2 yaş arası çocuklarda en sık alt gastrointestinal kanama nedeni aşağıdakilerden hangisidir?

- Peptik ülser
- İnvajinasyon
- Nekrotizan enterokolit
- Rektal polip
- Anal fissür

Cevap D (Aktuğ, Akgür, *Çocuk Cerrahisi*, 1.baskı, 1994, s.93-97)

Bu yaş grubunda en sık alt gastrointestinal sistem kanama nedeni rektal poliplerdir.

6. Aşağıdaki durumlardan hangisi Nekrotizan Enterokolit için predispozan bir faktör değildir?

- Prematürite
- Hipoksi gelişimi
- Hipovolemi gelişimi
- Parenteral beslenme
- Enteral beslenme

Cevap D (Aktuğ, Akgür, *Çocuk Cerrahisi*, 1.baskı, 1994, s.93-97)

D şıkkı dışındakilerin tümü nekrotizan enterokolit için predispozan faktördür. D şıkında belirtilen parenteral beslenme ise nekrotizan enterokolitin nonoperatif tedavisinde kullanılan bir yöntemdir.

7. Malrotasyonda intestinal volvulusun sebebi aşağıdakilerden hangisidir?

- Çekumun normal yerinde olmaması
- Ladd bantlarının varlığı
- Duodenumun rotasyonunu tamamlayamaması olması
- İnce bağırsak mezo tabanının kısa olması
- Omfalomezenterik bant varlığı

Cevap D (Aktuğ, Akgür, *Çocuk Cerrahisi*, 1.baskı, 1994, s.47-49)

A,B,C şıklarında belirtilen patolojiler malrotasyonun komponentlerindedir, ancak volvulustan sorumlu değildir. E şıkında belirtilen patoloji ise malrotasyona bağlı değil, omfalomezenterik kanal artığıdır.

8. Konjenital hipertrofik pilor stenozu için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Daha çok kız bebeklerde olur.
- Hastada hipokloremik alkaloz gelişir.
- Kusma safrasız ve fişkırrı biçimdedir.
- Tanıda zeytin biçiminde kitle palpasyonu yeterlidir.
- Tedavi için piloromyotomi yapılır.

Cevap A (Aktuğ, Akgür, Çocuk Cerrahisi, 1.baskı, 1994, s.50-51)

Konjenital hipertrofik pilor stenozu daha çok erkek bebeklerde görülür.

**9. Testiküler feminizasyon için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?**

- a) 17 hidroksi redüktaz eksikliği vardır.
- b) MIF (Mullerian Inhibiting Factor) salgılanmaması sonucudur.
- c) Adreno genital sendromda gelişir.
- d) Dış vajinal orifis görülemez.
- e) End organ cevapsızlığı vardır.

Cevap E (Aktuğ, Akgür, Çocuk Cerrahisi, 1.baskı, 1994, s.149-167)

Testiküler feminizasyon erkek fetüste uç organların testosterona cevap vermemesi sonucu gelişir.

**10. Boyunda sternokleidomastoid adelesinin anterior kenarının 1/3 alt ucuna açılan bir fistülün internal ucu nerededir?**

- a) Dış kulak yolu
- b) Dil kökü (foramen çekum)
- c) Tonsiller fossa
- d) Nasofarenks
- e) Ağız tabanı

Cevap C (Aktuğ, Akgür, Çocuk Cerrahisi, 1.baskı, 1994, s.21-23)

Klinikte en sık görülen 2.brankiyal fistülün dış ağız sternokleidomastoid kasının ön kenarı boyunca herhangi bir noktaya en sık 1/3 inferioruna açılır. Bu fistülün internal ucu da tonsiller fossadır.

**11.Safralı kusan bir yeni doğan bebeğin ayakta direkt karın grafisinde double-bouble (iki adet hava-sıvı görünümü) mevcut ise tanınız nedir?**

- a) Prepilorik atrezi
- b) Konjenital pilor stenozu
- c) Duodenal atrezi
- d) Jejunal atrezi
- e) İleal atrezi

Cevap C (Aktuğ, Akgür, Çocuk Cerrahisi, 1.baskı, 1994, s.43-45)

Yenidoğan bebeklerde gastrointestinal sistemde gaz olmadığı için yutulan hava atrezinin proksimalinde birikecek, mide ve duodenumda olmak üzere iki adet hava-sıvı görünümü oluşacaktır.

**12.Ductus proliferasyonu+periportal fibrozis aşağıdaki hastalıklardan en sık hangisinde görülür?**

- a) Neonatal hepatit
- b) Glikoz 6 fosfat dehidrojenaz eksikliği
- c) Biliyer atrezi
- d) Caroli hastalığı
- e) Wilson siroz

Cevap C (Aktuğ, Akgür, Çocuk Cerrahisi, 1.baskı, 1994, s.64-68)

Ductus proliferasyonu ve periportal fibrozis en sık biliyer atrezide görülür ve bu görünüm neonatal hepatit ile biliyer atrezinin histopatolojik ayırıcı tanısında kullanılır.

**13.Bir yaşın altındaki çocuklarda en sık invajinasyon sebebi aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Meckel divertikülü
- b) Duplikasyon
- c) Lenfoma
- d) İdiyopatik
- e) Gastroenterit

Cevap D (Aktuğ, Akgür, Çocuk Cerrahisi, 1.baskı, 1994, s.52-54)

1 yaşın altındaki çocuklarda invajinasyonun en sık nedeni idiyopatiktir.

**14.Özofagusun kostik yanıklarından sonra oluşacak sirkumferensiyel ve uzun segment darlıkların tedavisinde en etkili yöntem aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) İlk üç hafta nazogastrik tüp uygulaması
- b) Üç haftada bir anterograd dilatasyon
- c) Üç haftada bir retrograd dilatasyon
- d) Bir yıl süre ile intraluminal kalıp uygulaması
- e) Bir yıl süre ile anti asid ve prokinetik ajan tedavisi

Cevap D (Mutaf, Journal of Pediatric Surgery, 1996, 31.cilt, s.681-685)

Yaranın epitelizasyonundan sonra nedbenin matürasyonu (remodelizasyon) insanlarda ortalama bir yıl sürmektedir. Remodelizasyon tamamlandıktan sonra nedbe artık şeklini değiştiremez. Bu görüşe dayanarak yapılan kalıp uygulamasından sonra özofagusta oluşacak olan matür nedbe açık bir lümen ile sonlanacaktır.

**15.Bir yıl süre ile intraluminal kalıp uygulamasına karşın iyileşemeyen bir kostik özofagusun iyileşememe sebebi hangisidir?**

- a) Gastro-özofageal reflü
- b) Skatriksin çok uzun segment olması
- c) Skatriksin sirkumferensiyel olması
- d) Kalıp uygulamaya geç başlanması
- e) İlk üç hafta hastanın kalıpsız kalmış olması

Cevap A (Mutaf, Journal of Pediatric Surgery, 1996, 31.cilt, s.1491-1495)

Özofagusun sirkumferensiyel yanıklarında striktür formasyonu üç boyutludur, yani daralmayı özofagusun kısalması da takip eder. Bu durumda alt özofagus sfinkter kompleksi bozulur ve reflü başlar. Asid reflü de iyileşmeyi kötü etkiler ve her türlü tedaviye refrakter bir striktür ile karşı karşıya kalınır.

16. Aşağıdakilerden hangisi prematüre bir bebekte Nekrotizan Enterokolit oluşumunda risk faktörü olarak kabul edilmez?

- a) Konjenital kalp hastalığı
- b) Respiratuvar distres sendromu
- c) Exchange transfüzyon
- d) Total parenteral beslenme
- e) Hiperviskozite

Cevap D (Marc, Rowe, *Essentials of Pediatric Surgery*, 1995, s.526)

Prematüre bebeklerde konjenital kalp hastalığı, solunum distres sendromu, exchange transfüzyonlar, hiperviskozite, hipoksi mezenter kan akımını azaltarak nekrotizan enterokolit gelişiminde rol oynayabilir.

17. Aşağıdakilerden hangisi yenidoğan bebekte duodenum obstrüksiyonuna neden olabilir?

- a) Mekonyum tıkaç sendromu
- b) Küçük sol kolon sendromu
- c) Mekonyum ileus
- d) Malrotasyon
- e) Nekrotizan enterokolit

Cevap D (Marc, Rowe, *Essentials of Pediatric Surgery*, 1995, s.499)

Malrotasyon anomalisi olan yenidoğan bebekte çıkan kolondan duodenuma uzanan bantlar duodenuma dıştan bası yaparak duodenumun obstrüksiyonu oluşturur.

18. Tortikollisli ve fasiyal hemihipoplazi gelişmiş olan 9 aylık bir bebekte aşağıdaki tedavi yöntemlerinden hangisini önerirsiniz?

- a) Hemen cerrahi tedavi
- b) 1 yaşından sonra cerrahi tedavi
- c) Yalnız fizyoterapi
- d) 1 yaşına kadar fizyoterapi, geçmezse cerrahi tedavi
- e) 2.5 yaşına kadar konservatif tedavi, iyileşme sağlanamazsa cerrahi tedavi

Cevap A (Rowe, O'Neill, Grosfeld, Fonkalsrud, Coran, *Essential of Pediatric Surgery*, 1995, s.332)

Fasiyal hemihipoplazi, tortikollisin en önemli komplikasyonudur. Oluşan fasiyal asimetri, cerrahi olarak tedavi edilirse ancak 18-20 yaşlarda düzelebilmektedir. Cerrahi tedavi yapılmazsa yüzdeki asimetri giderek ağırlaşan bir biçimde gelişmeye devam eder. Bu nedenle, fasiyal hemihipoplazi kesin bir cerrahi tedavi endikasyonudur.

19. Akut yanıklı olgulardaki hipovoleminin temel nedeni aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Yanıklardan sonra gelişen şiddetli diyare
- b) Kapiller permeabilitenin artması
- c) Artmış diürez
- d) Kardiyak debinin azalması
- e) Antidiüretik hormon seviyesindeki azalma

Cevap B (Başaklar, *Çocuklarda Travma ve Akut Karın*, 1994, s.206)

Yanığın oluşmasından hemen sonra hasarlanmış hücrelerden açığa çıkan vazoaktif maddeler kapiller permeabilitenin ileri derecede bozulmasına yol açar ve büyük miktarlardaki plazmanın ekstravazasyonuna neden olurlar. Bu nedenle yanıktan sonra gelişen hipovoleminin temel nedeni "artmış kapiller permeabilite"dir.

20. Çocukta, künt karın travması sonucunda en çok hasar gören organ hangisidir?

- a) Dalak
- b) Bağırsak
- c) Karaciğer
- d) Pankreas
- e) Büyük damarlar

Cevap A (Başaklar, *Çocuklarda travma ve akut karın*, 1994, s.175)

Çocuklarda künt karın travması sonrasında en sık yaralanan karın içi organ dalaktır. Dalağı sırasıyla böbrek, karaciğer, pankreas ve mesane izler.

21. İnfantil hipertrofik pilor stenozunda bazen görülebilen sarılığın nedeni aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Bilirubin yıkımının azalması
- b) Bilirubin yapımının artması
- c) Metabolik alkaloz
- d) Metabolik asidoz
- e) İmmatür karaciğer

Cevap E (Başaklar, *Çocuklarda travma ve akut karın*, 1994, s.139)

İnfantil hipertrofik pilor stenozlu bebeklerin karaciğer biyopsilerinde %40 oranında glukronil transferaz enzim etkinliğinin azaldığı saptanmıştır. Bu azalmanın nedeni tam olarak bilinmemektedir. Kalori alımının yetersiz olması ile enzim etkinliğinin az olması, olguların %2-8'inde sarılığa neden olmaktadır. Piloromiyotomiden 5-10 gün sonra sarılık yeterli kalori alımıyla birlikte kaybolur.

# DERMATOLOJİ

## 1. Aşağıdakilerden hangisi lepra için yanlıştır?

- a) Stres ve ameliyat tip 2 reaksiyonu provoke edebilir.
- b) Reaksiyon sırasında dapson kesilmelidir.
- c) Tip 2 reaksiyonda epididimoorsit gelişebilir.
- d) Tip 1 reaksiyonda hücrel immünite rol oynar.
- e) Tip 1 reaksiyon up/down grading olarak iki tipdir.

Cevap B (*Mat, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.139*)

Lepra reaksiyonu gelişen hastadan antilepra tedavisine devam edilir.

## 2. Psöriyazis için yanlış olanı işaretleyiniz.

- a) Köbner fenomeni ekseri pozitifdir.
- b) Alkol alınımı arttırabilir.
- c) Aşırı güneş yanıkları hastalığı arttırabilir.
- d) Genelde kışın artması
- e) Tzanck hücresinin pozitifliği

Cevap E (*Harry, Diseases of the Skin Clinical Dermatology, 1990, s.198-208*)

Psöriyazis; eritemli-skuamlı kronik bir hastalıktır. Köbner fenomeni pozitifdir. Alkol kullanımı ve aşırı güneş yanıkları lezyonlarda artışa neden olabilir. Kış aylarında lezyonlarda artış görülür. Tzanck smear: Büllü ve virütik hastalıkların tanısında kullanılan bir laboratuvar yöntemidir.

## 3. Bazal hücreli karsinom (BHK) için yanlış olanı seçiniz.

- a) En sık yerleştiği yer yüzün merkezi kısmıdır.
- b) Nodüloülseratif form en sık görülen tipidir.
- c) Morfea benzeri BHK'de kriyoterapi seçkin tedavidir.
- d) Tüm tiplerde gelişim yavaştır.
- e) İnisial lezyon inci tanesi şeklindeki papüldür.

Cevap C (*Harry, Diseases of the Skin Clinical Dermatology, 1990, s.763-774*)

Bazal hücreli karsinom; Başlangıç lezyonu inci tanesi şeklinde papül olan, yavaş seyirli, en çok yüzün merkezinde görülen, en sık görülen klinik formu nodüloülseratif tip olan bir deri tümürüdür. Tedavisinde cerrahi, elektrokoter, kriyoterapi gibi yöntemler kullanılabilir. Ancak morfea benzeri BHK'de cerrahi tedavi önerilir.

## 4. Kutanöz mastositozda (ürtikerya pigmentoza) lezyonların oğuşturulması ile ürtikeryal reaksiyon oluşması tanıda önemli rol oynar. Bu belirtiyeye ne isim verilir?

- a) Çivi belirtisi
- b) Darier belirtisi

- c) Gamze belirtisi
- d) Nikolsky belirtisi
- e) Sinatra belirtisi

Cevap B (*Arnold, Andrews' Diseases of the Skin, 8.baskı, 1990, s.720*)

Kutanöz mastositozda lezyonların travmatize edilmesi ile ürtikeryal reaksiyon gelişimine Darier belirtisi adı verilir. Çivi belirtisi Layşmanya kutis ve diskoid lupus eritematozusta, gamze belirtisi histiyositomda (dermatofibrom), Nikolsky belirtisi pemfigusta görülür. Dermatolojide Sinatra belirtisi diye bir belirti yoktur.

## 5. Hangi amiloidoz tipinde deri tutulumu olmaz?

- a) Primer sistemik amiloidoz
- b) Sekonder sistemik amiloidoz
- c) Maküler amiloidoz
- d) Liken amiloidoz
- e) Nodüler amiloidoz

Cevap B (*Arnold, Andrews' Diseases of the Skin, 8.baskı, 1990, s.614-617*)

Primer sistemik amiloidozda deride balmumsu papüller, hemorajik, ekimotik lezyonlar görülebilir. Primer kutane amiloidozun üç tipi vardır: maküler amiloidozda deride retiküle desende pigmentasyon, liken amiloidozda likenoid papüller, nodüler amiloidozda ise tek veya birkaç adet nodüler lezyon görülür. Sekonder sistemik amiloidozda deri tutulumu olmaz.

## 6. Hangi hücre epiderminin yapısında yer almaz?

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

Cevap E (*Arnold, Andrews' Diseases of the Skin, 8.baskı, 1990, s.2-7*)

Keratinosit epiderminin ana yapısını oluşturan hücrelerdir. Langerhans hücresi epidermiste yer alır ve başlıca görevi antijenleri T lenfositlere sunmaktır. Merkel hücresi nörosekretuar granüller içerir ve dokunma duyusunun algılanması ile ilişkilidir. Melanositler epidermiste yer alan pigment hücreleridir. Mast hücreleri ise dermiste yer alır.

## 7. Aşağıdakilerden hangisinde poikilodermik bir görünüm vardır?

- a) Kronik radyodermit
- b) Kaposi sarkomu
- c) Bowen hastalığı
- d) Ürtikerya pigmentoza
- e) Kontakt dermatit

Cevap A (*Arnold, Andrews' Diseases of the Skin, 8.baskı, 1990, s.43*)

Deride pigmentasyon değişikliği, atrofi ve telenjiektazi üçlüsünden oluşan poikilodermik görünüm kronik radyodermatit için tipiktir. Kaposi sarkomunda morumsu papül, nodül veya plak tarzı lezyonlar, Bowen hastalığında eritemli-skuamli net sınırlı plak, ürtikerya pigmentozada papülonodüler lezyonlar, kontakt dermatitte ise vezikül veya skuam, likenifikasyon görülür.

**8. Hangisi viral dermatozlar arasında yer almaz?**

- a) **Verruka vulgaris**
- b) **Bowenoid papüloz**
- c) **Molluskum contagiosum**
- d) **Herpes genitalis**
- e) **Ektima**

Cevap E (*Arnold, Andrews' Diseases of the Skin, 8.baskı, 1990, s.276*)

Verruka vulgaris ve bowenoid papülozda human papilloma virüsler, molluskum contagiosumda pox virüsler, herpes genitaliste herpes simplex virüsü et-kendir. Ektima ise streptokokkus pyogenesin sebep olduğu bakteriyel bir dermatozdur.

**9. Etken ilacın her alımıyla aynı yerde lezyon gelişme-siyle karakterize ilaç reaksiyonuna ne isim verilir?**

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

Cevap D (*Arnold, Andrews' Diseases of the Skin, 8.baskı, 1990, s.126*)

Numuler ve invers ilaç reaksiyonu diye ilaç reaksiyonu tipleri yoktur. Eritema multiforme ilaçlara bağlı olarak ortaya çıkabilir; hedef tarzı papüler lezyonlar tipiktir. Morbiliform tip en sık rastlanan ilaç reaksiyonu tipi olup kızamığı andıran bir döküntü ile karakterizedir. Etken ilacın her alımıyla aynı yerde lezyon gelişimi sadece fiks ilaç reaksiyonunda görülür.

**10. Hangisi uzun süre güçlü topikal kortikosteroid kullanımına bağlı yan etkiler arasında yer almaz?**

- a) **Purpura**
- b) **Telenjiektazi**
- c) **Atrofi**
- d) **Stria**
- e) **Hiperkeratoz**

Cevap E (*Arnold, Andrews' Diseases of the Skin, 8.baskı, 1990, s.127*)

Stratum korneumun kalınlaşması, yani hiperkeratoz topikal kortikosteroid kullanımının yan etkisi olarak gelişmez. Başlıca sebebi tekrarlayan fiziksel travmalardır (Örneğin: nasır).

**11. Hangisi skatrisyel alopesi nedenleri arasında yer almaz?**

- a) **Favus**
- b) **Tinea kapitis profundus (kerion celcii)**
- c) **Alopesi areata**
- d) **Diskoid lupus eritematosus**
- e) **Liken planus**

Cevap C (*Arnold, Andrews' Diseases of the Skin, 8.baskı, 1990, s.879-882*)

Favus, tinea kapitis profundus, diskoid lupus eritematosus ve liken planus skatrisyel alopesi nedenleri arasında yer alırken alopesi areatada saçlı deride skatrisin eşlik etmediği net sınırlı alopesik alanlar bulunması tipiktir.

**12. Tüberküloz basiline direncin çok düşük olduğu kişilerde görülen deri tüberkülozu tipi hangisidir?**

- a) **Lupus vulgaris**
- b) **Tüberkülozis kutis verrukoza**
- c) **Tüberkülozis kutis orifisiyalis**
- d) **Skrofuloderma**
- e) **Liken skrofulozorum**

Cevap C (*Arnold, Andrews' Diseases of the Skin, 8.baskı, 1990, s.381*)

Lupus vulgaris, skrofuloderma ve tüberkülozis kutis verrukoza immün direnci yerinde olanlarda görülen deri tüberkülozu tipleri iken tüberkülozis kutis orifisiyalis immün direnci düşük olanlarda görülen, mukokütane sınırlarda ülserasyonlarla giden ağır bir formdur. Liken skrofulozorum ise tüberküloidler arasında yer alan bir hipersensitivite reaksiyonudur.

**13. Hangisi konjenital sifilizin belirtileri arasında yer almaz?**

- a) **İnterstisyel keratit**
- b) **Hutchinson dişleri**
- c) **Sağırılık**
- d) **İntraserebral kalsifikasyon**
- e) **Semer burun**

Cevap D (*Arnold, Andrews' Diseases of the Skin, 8.baskı, 1990, s.425*)

İntraserebral kalsifikasyon konjenital sifiliz belirtileri arasında yer almazken, semer burun ile Hutchinson triadı olarak bilinen interstisyel keratit, Hutchinson dişleri ve sağırılık konjenital sifilizin başlıca belirtileridir.

**14. Herpes simpleks infeksiyonunda hangi laboratuvar yöntemi aktif hastalığı göstermek için kullanılmaz?**

- a) **Virüs kültürü**
- b) **Antikor tayini**
- c) **Antijen tayini**
- d) **Biyopsi**
- e) **Tzanck testi ile sitolojik inceleme**

Cevap B (*Akkaya, Dermatoloji El Kitabı, 2.baskı, 1998, s.89*)

Primer herpes simpleks infeksiyonu çoğunlukla asemptomatik olduğu için toplumda herpes antikoru pozitiflik oranı çok yüksektir. Bu antikörlerin varlığının gösterilmesi bu nedenle aktif hastalığa işaret etmez. Süratli tanı yöntemlerinden bir diğeri ise antijen tayinidir. Biyopsi hem histopatolojik hem de elektron mikroskopik inceleme yapılmasını sağlar. Kültür ise en spesifik tanı yöntemidir.

**15.Aşağıdaki klinik tablolardan hangisinin lenfoma ile ilişkisi yoktur?**

- a) Küçük plaklı (dijitiform) parapsöriyazis
- b) Büyük plaklı parapsöriyazis
- c) Pajetoid retiküloz
- d) Folliküler müsinöz
- e) Lenfomatoid papüloz

Cevap A (*Tüzün, Dermatoloji, 1994, s.685*)

Büyük plaklı parapsöriyazis premikozik eritemlerden olup MF'e dönüşüm gösteren bir klinik tablodur. Pajetoid retiküloz ve lenfomatoid papüloz tabloları derinin T hücreli lenfomalarındandır. Folliküler müsinöz tablosu ise lenfomalara öncülük veya eşlik eder.

**16.Aşağıdaki genital ülser hastalıklarından hangisinde lenfadenomegali beklenmez?**

- a) Lenfogradüloz venerum
- b) Sifiliz
- c) Yumuşak şankr
- d) Genital herpes
- e) Granüloz inguinale

Cevap E (*Robertson, Clinical Practice in Sexually Transmitted Disease, 2.baskı, 1989, s.447*)

Granüloz inguinale kliniğinde yaygın lezyon olduğu durumlarda dahi bölgesel lenf nodülü büyümesi olmaz. Klinik ana bulgu genital ülserdir.

**17.Kan bağıışı sırasında yapılan inceleme ile RPR ve VDRL'nin pozitif olduğu görüldüğünde;**

- a) TPHA testi yaptırılmalıdır.
- b) Anti HIV antikörleri araştırılmalıdır.
- c) Erken latent sifiliz tedavisi uygulanmalıdır.
- d) Geç latent sifiliz tedavisi uygulanmalıdır.
- e) Aynı testler serebrospinal sıvıda yapılmalıdır.

Cevap A (*Frengi Savaş Yönetmeliği madde 12.4.1983 gün 18016 sayılı Resmi Gazete; Tüzün, Dermatoloji, 2.baskı, 1994, s.184*)

Nonspesifik (nontreponemal) testler tanı için yeterli değildir. Tanının spesifik testlerden biri ile doğrulanması gerekir.

**18.Hangisinde maligniteye dönüş riski bulunmaktadır?**

- a) Seboreik keratoz

b) Sellüler mavi nevüs

c) Cafe aulait

d) Lentigo solaris

e) Becker nevüs

Cevap B (*Champion, Textbook of Dermatology, 1998, s.1651-1654*)

Seboreik keratoz, cafe aulait, lentigo solaris ve Becker nevus epidermal değişiklikler ile karakterize benign lezyonlardır. Sellüler mavi nevus ise embriyonik defekt sonucu dermiste kalmış melanositlere bağlıdır ve nadir de olsa malign dejenerasyon gösterebilir.

**19.Hangisinde histopatolojik olarak nevüs hücreleri bulunmaz?**

- a) Spitz nevüs
- b) Reed nevüs
- c) Becker nevüs
- d) Halo nevüs
- e) Konjenital dev kıllı nevüs

Cevap C (*Champion, Textbook of Dermatology, 1998, s.1717-1752*)

Spitz nevüs, Reed nevüs, Halo nevüs ve konjenital dev kıllı nevüs, nevüs hücresi içeren selim tümörlerdir. Becker nevüs ise pigmente ve kıllı klinik görünümü ile konjenital dev nevüs ile ayırıcı tanıyı girmekle birlikte bir hamartomdur ve nevüs hücresi içermez.

**20.Neonatal lupus eritematozusda yüksek oranda (%85-90) pozitifliği dolayısıyla tanı açısından önemli otoantikörler hangisidir?**

- a) Anti Ro
- b) Anti PCNA
- c) Anti ss DNA
- d) Anti EBA
- e) Antihiston

Cevap A (*Baykal, Lupus Eritematozusda Otoantikörler, Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi, 1996, s.30:6-14*)

Neonatal lupus eritematozus transplasental yol ile geçen antikörler ile oluşur. Anti Ro, Anti La, Anti U1RNP anti dsDNA, anti Sm antikörleri bu hastalıkta pozitif olabilir. Tüm antikörler içinde anti Ro antikoru en sık bildirilendir. Anti-ss DNA, anti histon, anti PCNA ve anti EBA başka hastalıklarda pozitif olabilen antikörler olup neonatal lupus eritematozus tanısında yerleri yoktur.

**21.Hangisi psöriyazisin tipik histopatolojik özellikleri arasında değildir?**

- a) Hipogranüloz
- b) Suprapapiller inceleme
- c) Korneum tabakasında nötrofil kümeleri
- d) Dermisde bantsı yoğun mononükleer infiltrasyon
- e) Dermal kapillerlerde genişleme

Cevap D (*Creagh, Pathology of the Skin with Clinical Correlations, 1994, s.8.8-8.31*)

Psöriyazis tanısında histopatolojik inceleme önemlidir. Hipogranüloz suprapapiller incelme, korneumda nötrofil kümeleri, dermal kapillerlerde genişleme gibi birçok histopatolojik bulgu birarada görülür. Dermisde mononükleer hücre infiltrasyonu olabilmekle birlikte bu perivasküler veya interstisyel yerleşimli ve hafif şiddetlidir. Dermiste yoğun mononükleer hücre infiltrasyonu ise psöriyazisin değil, liken planusun bulgusudur.

## 22. Hangisinin pemfigus tedavisinde yeri yoktur?

- a) Plazmaferez
- b) Azothioprin
- c) Dapson
- d) D-Penisilamin
- e) Sodyum thiomolat (altın)

Cevap D (*Fine, Dermatology, 1992, s.656-672*)

Pemfigus tedavisinde başta kortikosteroidler ve immunosupresifler olmak üzere çeşitli ilaçlar kullanılmaktadır. Plazmaferez dirençli olgularda, azothiopirin adjuvan tedavide, dapson yüzeysel lezyonlu olgularda, altın adjuvan tedavide kullanılmaktadır. D-penisilamin ise kendisi pemfigusa yol açabilen bir ilaçtır ve hastalığın tedavisinde yeri yoktur.

## 23. Epidermiste aşağıdakilerden hangisi bulunmaz?

- a) Bazal membran
- b) Melanositler
- c) Vasküler pleksus
- d) Keratinositler
- e) Lengerhans hücreleri

Cevap C (*Tüzün, 1994, sf 19-28*)

Epidermis damarsal yapıları içermez, dermisteki damar ağından beslenir.

## 24. Stratum korneum hücrelerinin nüveli olmasına ne denir?

- a) Parakeratoz
- b) Ortokeratoz
- c) Hipergranüloz
- d) Spongiyoz
- e) Hiperkeratoz

Cevap A (*Tüzün, 1994, sf 29-31*)

Normalde stratum korneum hücreleri nüvesizdir. Parakeratoz, hücre çoğalmasının arttığı iltihabi ya da neoplazik hastalıklarda görülür.

## 25. Pitriyazis versicolor etkeni nedir?

- a) *Corynebacterium minutissimum*
- b) *Trichophyton rubrum*
- c) *Microsporum canis*
- d) *Epidermophyton floccosum*
- e) *Malassezia furfur*

Cevap E (*Champion 1992, sf. 1176*)

Deride kırmızı-kahverengi veya normal deri renginden daha açık olan maküler lezyonlardan yapılan deri

kazıntısının KOH ile incelenmesinde M. furfur'a ait spor ve miçeller görülür.

## 26. Aşağıdakilerden hangisi apokrin ter bezlerinin kronik, skatrisleşmeye giden enfeksiyöz bir hastalığıdır?

- a) Follikülitis dekalvans
- b) Hidradenitis süpürativa
- c) Fox-Fordyce hastalığı
- d) Miliyarya kristallina
- e) Ektima

Cevap B (*Champion, 1992, sf 981*)

Aksilla, inguinal, genital gibi apokrin ter bezlerinin bulunduğu bölgelerde, çoğu kez Staf. aureusa bağlı gelişen püstül, nodül ve abseler vardır.

## 27. Aşağıdakilerden hangisi II. devir sifiliz bulgusu değildir?

- a) Roseola sifilitika
- b) Sifiliz püstülosa
- c) Kondilomata akkümünata
- d) Şankr sifilitik
- e) Alopesi sifilitika

Cevap D (*Tüzün, Dermatoloji, 1994, sf. 161-172*)

Şankr sifilitik I. devir sifiliz bulgusudur.

## 28. Aşağıdakilerden hangisi atopik dermatinin özelliklerinden değildir?

- a) Serum IgE düzeyi yüksektir.
- b) Hücresel immünitede bozukluk vardır.
- c) Olguların %60'ında başlangıç yaşı 5 yaşın üstüdür.
- d) Deride kuruluk vardır.
- e) Sekonder bakteriyel enfeksiyonlar sıktır.

Cevap C (*Champion, Textbook of dermatology, 1992, sf. 589-610*)

Atopik dermatitlilerin %60'ın başlangıç yaşı I yaşın altı, %30'unda ise 1-5 yaş arasındadır.

## 29. Aşağıdakilerden hangisi psöriyaziste görülmez?

- a) Parakeratoz
- b) Omnibus belirtisi
- c) Auspitz belirtisi
- d) Koebner fenomeni
- e) Yüksek tırnak

Cevap B (*Tüzün, 1994, sf. 170*)

Omnibus belirtisi, kaşların dış yarısının dökülmesidir; daha çok lepra ve sifilizde görülür.

## 30. Madalyon belirtisi aşağıdakilerden hangisinde görülür?

- a) Pityriasis versikolor
- b) Lichen planus
- c) Numuler ekzema
- d) Pityriasis rosea
- e) Verruca vulgaris



## DERMATOLOJİ

Cevap D (*Champion, 1992, sf 949-50*)

Pityriasis rosea'da önce madalyon lezyon denilen tek büyükçe plak belirir, daha sonra çok sayıda küçük, birbirine paralel lezyonlar ortaya çıkar.

**31. Derinin primer lenfoması aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Hodgkin lenfoma
- b) Mikozis fungoides
- c) Burkitt lenfoma
- d) Mukormikozis
- e) Malign melanom

Cevap B (*Tüzün Dermatoloji, 194, sf 688*)

Mikozis fungoides derinin primer T hücreli lenfomasıdır.

**32. Aşağıdakilerden hangisi ürtikaryen vaskülit'in özelliklerinden değildir?**

- a) Artralji, artrit veya sistemik semptomların tabloya eklenmesi
- b) Lezyonların purpura, pigmentasyon, skuam gibi lezyonlar bırakarak kaybolması
- c) Sedimentasyon yüksekliği
- d) Hipokomplementemi
- e) Her bir lezyon 24 saatten kısa sürmesi

Cevap E (*Tüzün Y, 1994, sf. 286*)

Ürtikasyon vaskülitte her bir lezyon 24-72 saat sürer.

**33. Tzanck yayması aşağıdaki hastalıklarından hangisinde kullanılmaz?**

- a) Pemphigus Vulgaris
- b) Herpes Simplex
- c) Varicella
- d) Herpes Zoster
- e) İmpetigo

Cevap E (*Merck Manual 2.cilt 1987, sf. 1504; Tüzün Y., 1994, sf. 355*)

Herpes simplex, Herpes Zoster, Varicella enfeksiyonlarında Tzanck yaymaları tanıya yardımcıdır. Yayımda çok sayıda multi-nükleer dev hücre görülür.

Pemphigus Vulgariste Tzanck sitolojik muayenesi büller içindeki akantolitik epidermal hücrelerin gösterilmesini sağlar.

**34. Deri tüberkülozlarından en sık görüleni hangisidir?**

- a) Lupus Vulgaris
- b) Tüberkülozis Kutis Orifisyalis
- c) Skrofuloderma
- d) Tüberkülozis Kutis Verrukoza
- e) Tüberküloz şankırı

Cevap A (*Tüzün Y., 1994, sf. 123*)

Lupus Vulgaris deri tüberkülozlarının en sık görülen şeklidir.

**35. Koebner fenomeni aşağıdaki hastalıklardan hangisinde görülmez?**

- a) Verruca Plana
- b) Pityriasis Rosea
- c) Psöriyazis
- d) Vitiligo
- e) Liken Planus

Cevap B (*Tüzün Y., 1994, s.210*)

Verrukalarda, Psöriyazis, Liken Planus ve Vitiligo'da Koebner fenomeni pozitifdir.

**36. Heliotrop rash ve Gottron belirtisi hangi hastalarda görülür?**

- a) Sistemik Lupus Eritematozus
- b) Romatoid Artrit
- c) Dermatomiyoit
- d) Sleroderma
- e) Nörofibromatozis

Cevap C (*Tüzün Y., 1994, sf.432*)

Dermatomiyoitte göz kapakları etrafında heliotrop rash, ve özellikle ellerin ve diğer eklemelerin ekstansör yüzlerinde eritemli skuamlı döküntü (Gottron belirtisi) görülür.

**37. Aşağıdaki hastalıklardan hangisinde bül subepidermal yerleşimlidir?**

- a) Pemphigus Vulgaris
- b) Pemphigus Foliaceus
- c) Pemphigus Vegetans
- d) Bülloz Pemphigoid
- e) Pemphigus Eritematozus

Cevap D (*Tüzün Y., 1994, sf. 359*)

Kutanoz Leishmaniazis'de Hulusi Behçet'in çivi belirtisi saptanır.

# FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON

1. Aşağıdakilerden hangisi Reiter Sendromu için doğru değildir?

- a) Çoğunlukla küçük eklemleri tutar.
- b) Konjonktivit ve iritise neden olur.
- c) Peniste ağrısız ülserler görülür.
- d) Aktif dönemde perikardit gelişebilir.
- e) Çeşitli derecelerde kanlı diyare olabilir.

Cevap A (Mc Carty, 10. Baskı, sf. 843)

Reiter sendromunda artrit büyük eklemleri tutar, daha az olarak el ve ayak parmakları etkilenebilir.

2. B tipi Viral Hepatite bağlı Artritte öncelikle tutulan eklem hangisidir?

- a) Kalça eklemi
- b) Eldeki küçük eklemler
- c) Apofizer eklemler
- d) Sakroiliyak eklemler
- e) Temporomandibüler eklem

Cevap B (AC Steere, SE Malawista, Arthritis and Allied Conditions, sf. 1701)

Hastalık tipik olarak simetrik tutulum yapar. Bazen asimetrik ve gezici tipte de olabilir En çok etkilenen eklemler proksimal interfalangeal, metakarpofalangeal ve distal interfalangeal eklemlerdir. Bu eklemleri diz, omuz, ayakbileği, dirsek ve elbileği eklemleri izler.

3. Aşağıdakilerden hangisinde Romatoid faktör pozitif değildir?

- a) Sjögren sendromu
- b) Parazit enfeksiyonları
- c) Tbc (Tüberküloz)
- d) Ankilozan spondilit
- e) Romatoid artrit

Cevap D (Romatizmal Hastalıklar Ed: Necdet Tuna, sf. 91)

Sjögren sendromunda, parazit enfeksiyonlarında, tüberkülozda ve romatoid artritte romatoid faktör pozitif olduğu halde ankilozan spondilitte romatoid faktör pozitif değildir.

4. Aşağıdakilerden hangisi Akut Eklem Romatizmasının major bulgularından değildir?

- a) Kardit
- b) Artrit
- c) Eritema marjınatum
- d) Artralji
- e) Subkutan nodüller

Cevap D (Romatizmal Hastalıklar Ed: Necdet Tuna, sf. 297)

Kardit, artrit, eritema marjınatum ve subkutan nodüller

Akut eklem romatizmasının major bulgularından olduğu halde artralji major bulgu değildir.

5. Romatoid artritli bir hastalığın aktivitesini en iyi yansıtan laboratuvar bulgusu aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Sedimentasyon hızı
- b) CRP
- c) Romatoid faktör
- d) Kan hemoglobin düzeyi
- e) Antinükleer antikor

Cevap B (Romatizmal Hastalıklar Ed: Necdet Tuna, sf. 320-321)

Romatoid faktör, kan hemoglobin düzeyi ve antinükleer antikor'un hastalığın aktivitesi ile ilişkisi yoktur. Sedimentasyon hızı da romatoid artrit aktivitesini göstermekle birlikte CRP hastalık aktivitesini en iyi yansıtan laboratuvar bulgusudur.

6. Aşağıdaki romatoid artrit tedavisinde kullanılan ilaçlardan hangisi eklem kıkırdağındaki harabiyeti durduran etkiye sahip değildir?

- a) Hidroksiklorokin
- b) Klorokin
- c) Altın tuzları
- d) Non-steroid antienflamatuvar ilaçlar
- e) Sulfasalazin

Cevap D (Romatizmal Hastalıklar Ed: Necdet Tuna sf. 324-327)

Diğer şıklardaki ilaçlar hastalık aktivitesini durdurduğu halde non-steroid antienflamatuvar ilaçlar yalnızca semptomatik olarak etki göstermektedirler.

7. Meralgia Paresthetica hangisinin tutulumu ile ilgilidir?

- a) N. Tibialis posterior
- b) N. Genitofemoralis
- c) N. İlioinguinalis
- d) N. Cutaneus femoris letaralis
- e) N.Radialis

Cevap D (Romatizmal Hastalıklar Ed: Necdet Tuna sf. 671)

Meralgia paresthetica bu sinirin zedelenmesi ile ortaya çıkan bir tablodur.

8. Aşağıdakilerden hangisi koordinasyon eğitiminde kullanılan bir egzersizdir?

- a) Williams egzersizi
- b) Codman egzersizi
- c) Frenkel egzersizi
- d) Buerger-Allen egzersizi
- e) De Lorme egzersizi

Cevap C (Krusen- sf. 403, Ch. 19)

Koordinasyon eğitiminde Frenkel egzersizi kullanılır. Bu egzersizlerle özellikle alt ekstremitelerde proprioseptif kontrolü arttırmak amaçlanır. Bunlar yerçekiminin elimine edildiği sırtüstü pozisyondan başlayarak, daha sonra ayakta birkaç eklemi birden içine alacak şekilde devam eder. Kişi yeterli proprioepsiyon almaz ise, monitörde aktivitesini görecektir şekilde pozisyonlanır.

Williams egzersizleri omuz problemleri olan hastalarda, akut dönemde verilen mobilizasyon egzersizleridir.

Buergen-Allen egzersizleri alt ekstremitelerin dolaşım yetersizliklerinden kullanılan egzersiz çeşitlerindedir.

De Lorme egzersizi kasları güçlendirmeye yönelik, progresif rezistif egzersizler grubundadır.

**9. Ultrason enerjisinin en fazla absorbe eden doku aşağıdakilerden hangisidir?**

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

Cevap D (Sengir, Fizik Tedavi Kitabı Basım 1989, sf. 91)

Kapsam ısınması: Bu ultrason enerjisinin homojen bir dokudan geçerken absorbe edilmesi ve ısı enerjisine dönmesiyle ilgilidir. Bu ise dokuların protein içeriği ile ilgilidir. Bu nedenle en fazla ısınan doku kemiktir, daha sonra sinir ve tendonlar ısınır. En az ısınan ise yağ dokusudur.

Yapısal ısınma: Bu akustik özellikleri çok farklı iki komşu dokunun birleşme noktalarında görülür.

**10. Güneş ışığında infra-red ışınları hangi oranda bulunur?**

- a) % 10
- b) % 30
- c) % 40
- d) % 55
- e) % 80

Cevap D (Sengir, Fizik Tedavi Kitabı Basım 1989, sf. 91)

%55 oranında bulunur.

**11. Dirence karşı yapılan aktif egzersizlerin hangi türünde hem agonist hemde antagonist kasları aynı anda güçlendirmek mümkündür?**

- a) Progressif rezistif egzersizler
- b) Oksford tekniği ile sürdürülen izotonik egzersizler
- c) İzokinetik egzersizler
- d) Tek maksimal izometrik kontraksiyon egzersizleri
- e) Tekrarlanan submaksimal izometrik egzersizler

Cevap C (Exercise physiology, Chapter: 21, sf. 295; Tıbbi Rehabilitasyon 1995, Chapter: 19, sf. 308)

Kas kuvvetini geliştirmenin 3 yolu vardır. Bunlar progresif rezistif egzersizler, izometrik ve izokinetik egzersizlerdir. Herbiriyle kazanılan kuvvet, verilen programa özgüdür. İzokinetik egzersizlerde bütün ROM boyunca direnç verildiğinden, bu kuvvet eğitiminde diğer metodlara üstündür. Kas kuvvetini arttırmak için en iyi stimulus yüksek gerilim kabul edilse, izokinetik yöntem izotonik egzersizlerden iyidir; hem agonist hem de antagonist kasları aynı derecede kuvvetlendirebilen tek egzersiz izokinetik egzersizdir.

**12. Düzgün postüre sahip bir kişide yerçekimi çizgisi nereden geçmemektedir?**

- a) Lomber omurganın önünden
- b) Patello-femoral eklemin arasında
- c) Tibio-femoral eklemin önünde
- d) Kalça ekleminin önünde
- e) Tibia distal ucunun önünde

Cevap D (Saunders Manuel of Physical Therapy practice 1995 ch: 37, sf. 1087)

Kişiyeye yandan bakıldığında, sagittal planda yerçekimi şuralardan geçer:

- Koronal sütünün arkası
- Eksternal oditaur meatus
- Servikal vertebra çoğunun gövdesi
- Omuz eklemi
- Lomber omurganın önü
- Kalça eklemi arkası
- Patella femoral eklemin arkası
- Tibiofemoral eklemin önü
- Tibia distal ucunun önünden

**13. İki taraflı kalça çıkığı varlığında hangi tür yürüme tarzı görülecektir?**

- a) Petren yürüyüşü
- b) Makaslama tarzında yürüyüş
- c) Ördkvari yürüyüş
- d) Stepajla beraber yürüyüş
- e) Antaljik yürüyüş

Cevap C (Ortopedik Muayene Mehmet Çakmak 1989, ch:17, sf. 185)

Makaslama yürüyüşü addüktör kas spazmından dolayı olur. Bacaklar yeteri kadar yanlara açılmaz. Hasta yürürken bacakları birbirini çaprazlar. Spastik felçlerde görülür.

Ördkvari yürüyüşte, hastanın vücudu yürürken heriki tarafa doğru salınım yapar. İki taraflı gluteus medius yetersizliğine yol açan kalça çıkığı ve koksartriti varada görülür.

Antaljik yürüme, hastanın bastığı ekstremitenin üst kısmını çok kısaltmasıdır. Diğer bacağı üzerinde daha uzun süre durur. Kalça problemleri ve lateral distal hernilerde görülebilir.

Stepaj yürüyüşü düşük ayağa sebep olan sinir ve kas patolojilerinde ortaya çıkabilir. Ör: fibularis felci. Hasta ayak ucunu yerden kaldıramaz.

**14. Soğuk uygulama hangi durumda kontrendike değildir?**

- a) Gut artriti
- b) Raynaud sendromu
- c) Yaşlı hastalar ve çocuklar
- d) Buerger hastalığı
- e) Dermatomiyozit

Cevap A (*Tıbbi Rehabilitasyon 1995, ch:11, sf. 197*)

Soğuk uygulamanın kontrendikasyonları şunlardır:

- 1- Kalp hastalıkları: Koroner yetmezliği, hipotansiyon, bradikardi, dekompanse kalp yetmezliği
- 2 - Tıkayıcı artar hastalıkları: Vazokonstriksiyon nedeniyle kan akımı daha da azalabilir.
- 3- Duyu bozuklukları: Soğuk doku hasarı yapabilir.
- 4- Soğuğa duyarlı hastalıklar: Vaskülit, dermatomiyozit, lupus erimetatozus, Raynoud sendromu, soğuk ürtikeri, soğuk aglütinasyonu, kriyoglobülinemi
- 5- Yaşlılar, çocuklar, kaşektif kişiler
- 6- Peptik ülser: Karın bölgesine uygulanan soğuk mide krampları ve asiditeyi artırır.

**15. Alçak frekanslı akımlar kullanılarak yapılan elektroterapi hangi durumda kontrendikedir?**

- a) Uygulama alanında çimentolu metal protez varlığı
- b) Periferik sinir lezyonları
- c) Lokal dolaşımda azalma varlığı
- d) Mekanik tip akut ağrılı durumlar
- e) İskelet kası tonusunun azaldığı durumlar

Cevap A (*Tıbbi Rehabilitasyon 1995, ch:15, sf 264*)

Alçak frekanslı akımların kontrendikasyonları: Ateş, tümör, tüberküloz, lokal enflamasyonlar, tromboflebit, lenfanjit, kanama halleri, gebelik, pacemaker ve metal implant varlığı, eklem protezlerinde gevşeme olabileceği hayvan deneylerinde gösterilmiştir. Bunun için özellikle çimentolu protezlerde erken dönemde yapılmamalıdır. Çünkü bunlar motor sinirleri ve çizgili kasları uyararak stimülasyonu ve sonrası gevşemeye neden olurlar.

**16. Otonomik Disrefleksi gelişen paraplejik hastada ilk yapılacak tedavi hangisidir?**

- a) Alfa-Adrenerjik blokerler verilir.
- b) Antikolinerjik ilaçlar verilir.
- c) Mesane irritasyonu önlenir.
- d) Yüzeysel anestetik ajanlar verilir.
- e) Anti-inflamatuvar ilaçlar verilir.

Cevap C (*Good gold 1988 ch:10, sf 157*)

Otonomik disrefleksi T5 üzerindeki kuadriplejik ya da paraplejik hastalarda görülür. Kuadriplejiklerde görülme oranı yüksektir. Sempatik disrefleksi de denir.

Genellikle bir irritasyon söz konusudur. Omurilik yaralanmaları kişilerde en sık başlatıcı neden idrar ve retansiyonu ve mesanenin aşırı gerilmesidir. Bir başka neden kabızlığın yol açtığı barsak distansiyonudur. TA sistolik 200 mg Hg, diastolik 140-160 mm Hg üzerine çıkabilir. İlk yapılacak iş bu irritasyonun ortadan kalkması ve mesanenin boşaltılmasıdır. Alfa-Adrenerjik blokerlerin tedavi değeri olmadığı gösterilmiştir. Antienflamatuvar ajanların verilmesinin ise bir mantığı yoktur. Propantheline (pro-Banthine) veya oxybutinin (Ditropin) gibi antikolinerjikler ve mesane iç yüzünün anestetik jelle kaplanması tedaviye faydalıdır, ancak ilk seçenek değildir.

**17. Hangisi Osteoporozda risk faktörlerinden değildir?**

- a) Sedanter yaşam
- b) Yetersiz Ca ve aşırı P alınımları
- c) Kadın cinsiyet
- d) Obesite
- e) Aile öyküsü

Cevap D (*Hipokrat: 49 Prof. Dr. Nurten Eskiuyurt*)

Obesite kemik kaybına karşı koruyucu olma görevini, iskelete yüklemesini ve kemiğin paratiroid hormonu seviyesini, D vitaminine direncini androjenlerin östrojenlere periferik değişimini artırarak gerçekleştirir.

**18. Hangisi Romatoid Artrite sekonder osteoartritin radyolojik görünümünden değildir?**

- a) Eklem mesafesinde diffüz daralma
- b) Yaygın osteofit oluşumu
- c) Osteopeni
- d) Kemik erozyonlar
- e) Subkondral kist oluşumu

Cevap B (*Romatizmal ağrılar: 38-397 Hasan Oğuz*)

RA sekonder OA geliştiği zaman osteofit formasyonu ya çok azdır ya da hiç yoktur.

**19. Aşağıdakilerden hangisi osteoartritin radyolojik tanı kriterlerinden değildir?**

- a) Eklem mesafesinde daralma
- b) Subkondral skleroz
- c) Osteoporoz
- d) Osteofitler
- e) Subkondral kistler

Cevap C (*Romatizmal ağrılar: 268-362 H. Oğuz*)

Osteoporozda subkondral kemiğin elastikiyeti artar ve kemiğe binen yükler daha iyi absorbe edilir. Bundan dolayı osteoporoz osteoartritik değişiklikleri önler veya gelişim hızını yavaşlatır.

**20. Aşağıdakilerden hangisinde romatoid faktörün negatif olması beklenir?**

- a) Romatoid Artrit
- b) SLE
- c) Skleroderma
- d) Reiter sendromu

**e) Kr. Viral ve bakteriyel enfeksiyonlar**

Cevap D (*Klinik romatoloji: 68-175*)

Seronegatif spondiloartropatilerin ortak özelliklerinden birisi RF ve romatoid nodül yokluğudur.

**21. Aşağıdakilerden hangisi ankirozan spondilit için önerilen Modifiye New York kriterlerinden değildir?**

- a) Göğüs ekspansiyonunda azalma
- b) 3 aydan daha uzun süren, istirahatle azalmayan bel ağrısı
- c) Bel hareketlerinde kısıtlılık
- d) Periferik eklemlerde simetrik artrit
- e) Bilateral 2-4 derece sakroileit

Cevap D (*Ball G.V: Ankylosing spondylitis. In Arthritis and Allied Conditions (Ed: Mc Carty DJ) Philadelphia, Lea and Febiger, 1989, sf 935*)

Modifiye New York kriterlerine göre ankirozan spondilit için klinik kriterler 3 aydan uzun süren, egzersizle düzelen, istirahatle azalmayan bel ağrısı, sagittal ve frontal düzlemde lomber omurga hareketlerinin kısıtlanması, göğüs ekspansiyonunun yaş ve cinse göre değerlerin altında olmasıdır. Radyolojik kriterler ise bilateral 2-4 derece sakroileit, unilateral 3-4 derece sakroileittir. Radyolojik kriter ile birlikte en az bir klinik kriterin bulunması kesin AS tanısı koydurur.

**22. Forrestier hastalığı (Diffüz idiyopatik skeletal hiperostoz) ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) En az 4 komşu vertebrada ligaman kalsifikasyonu vardır.
- b) Disk araklıklarında daralma vardır.
- c) Daha çok torakal vertebraları tutar.
- d) Apofizer eklem ankirozunu yoktur.
- e) Patellar lig., iliolumber lig gibi ligamentlerde de kalsifikasyon görülebilir.

Cevap B (*Oğuz, Romatizmal Ağrılar, 1992, s.143-144*)

Forrestier hastalığında radyolojik kriterler en az 4 komşu vertebra seviyesinde akıcı tarzda kalsifikasyon veya ossifikasyon, vakum fenomeni ve vertebra cismi marjinal sklerozu gibi aşırı primer dejeneratif disk hastalığı değişikliğinin olmaması, tutulan seviyede disk yüksekliğinin relatif olarak korunması ve apofizer eklem ankirozunun ve sakroiliyak eklem erozyonu, sklerozu veya füzyonunun olmamasıdır.

**23. Aşağıdakilerden hangisi L<sub>5</sub>-S<sub>1</sub> diskopatini beklenen belirti ve bulgularından biri değildir?**

- a) Belden bacağa yayılan ağrı
- b) Achille refleksinin kaybı
- c) Topuk üzerinde yürüyememe
- d) Ayak bileği plantar fleksiyonunda güç azalması
- e) Ayağın ve parmakların dış kısmında his azalması

**ması**

Cevap C (*Rachlin Ed ard. S: Disorders of the lumbosacral spine. In Goodgal J: Rehabilitation Medicine. 1988, sf. 576*)

L5-S1 disk hernisinde S1 köküne bası olacağından Achille refleksi azalır veya kaybolur, baldırda, ayağın ve parmakların dış kısmında duyu azalır, ayak ve 1. parmak dorsifleksiyonu etkilenir ve hasta parmak ucunda yürümekte zorlanır. Topuk üzerinde yürümede zorluk ise L5 sinir köküyle ilişkilidir.

**24. Hangi seviyenin altındaki spinal kord yaralanmalarında hasta tamamen günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızdır?**

- a) Servikal 5
- b) Servikal 6
- c) Servikal 4
- d) Servikal 7
- e) Torakal 1

Cevap E (*Oğuz, Tıbbi Rehabilitasyon, s.426-427*)

Cervikal 8-Torakal 1 seviyesinden itibaren üst ekstremiteler fonksiyonel olduğu için günlük yaşam aktivitelerinde tam bağımsızlık vardır. Cervikal 4'de tam bağımlı 5 ve 6'da özel yapılmış yardımcı araçlarla günlük yaşam aktivitelerini yapabilir. Cervikal 7'de az yardımla yapabilir.

**25. Aşağıdakilerden hangisi spastisite tedavisinde kullanılmaz?**

- a) Dantrolen
- b) Tizanidin
- c) Diazepam
- d) Amitriptilin
- e) Baklofen

Cevap D (*Oğuz, Tıbbi Rehabilitasyon, s.437-440*)

Amitriptilin trisiklik antidepresandır, spastisite tedavisinde kullanılmaz.

**26. İntervertebral foramenin sınırları için hangisi yanlıştır?**

- a) Ön duvarını intervertebral disk ve komşu ikivertebranın korpus parçaları yapar.
- b) Tabanını Lamina yapar
- c) Tavanını pedikül yapar
- d) Arka duvarının artiküler çıkıntılar ve bunların birleşmesiyle oluşan faset eklemi yapar
- e) Arka duvarında ligamentum flavumda bulunur.

Cevap B (*Oğuz, Romatizmal Ağrılar, 1992, s 56*)

İntervertebral foramenin ön duvarının intervertebral disk ve komşu iki vertebranın korpus parçaları, tabanını ve tavanını pediküller, arka duvarını artiküler çıkıntılarının kapsüller bağlarla birleştirilmesiyle oluşan

faset eklemi ve ligamentum flavum yapar.

**27.Torasik çıkış için hangisi yanlıştır?**

- a) Torasik çıkışın ön kenarını anterior skalen kas yapar
- b) Torasik çıkışın arka kenarını posterior skalen kas yapar
- c) Torasik çıkış sendromunda en çok brakial pleksusun alt trunkusu basıya uğrar
- d) Torasik çıkışın tabanını birinci kosta yapar.
- e) Torasik çıkışta bulunan yapılar Subklavian arter, subklavian ven ve brakial pleksusdur.

Cevap B (Oğuz, Romatizmal Ağrılar, 1992, s.67-69)

Torasik çıkışın arka kenarını orta skalen kas yapar.

**28.Erb tipi brakial pleksus lezyonlarında hangi kasın tutulması beklenmez?**

- a) İnfraspinatus kası
- b) Deltoid kası
- c) Biceps kası
- d) Lumbrikal kas
- e) Rhomboid kas

Cevap D (Oğuz, Tıbbi Rehabilitasyon, s.668 ve 116)

Erb tipi brakial pleksus lezyonlarında en ağır bulgular Cervikal 5 ve 6 köklerinde görülür. Cervikal 7 kökü de etkilenebilir. Lumbrikal kas, Cervikal 8, Torakal 1 köklerinden innerve olur.

**29.Periferik sinir lezyonları için hangisi doğrudur?**

- a) Ulnar sinir lezyonunda adduktör pollicis kası çalışmadığı için bu kasın fonksiyonu başparmak fleksiyonu ile kompanze edilir.
- b) Median sinir lezyonlarında dördüncü ve beşinci lumbrikal kaslar fonksiyon göremez.
- c) Median sinirin dalı olan anterior interosseöz lezyonlarda elin palmar yüzünde ilk 3 parmakda ve 4.parmağın median yarısında duyu kaybı vardır.
- d) Muskulokutanöz sinir lezyonlarında biceps, supraspinatus, brakialis kaslarında güç ve fonksiyon kaybı vardır.
- e) Aksiller sinir lezyonlarında skapula alata gözlenir.

Cevap A (Oğuz, Tıbbi Rehabilitasyon, s.492-494)

Adduktör pollicis kasını innerve eden N. Ulnaristir. Bu durumda başparmak adduksiyonu yapılamadığından fleksiyonla kompanze edilir (Froment bulgusu). 1., 2. Lumbrikalleri Median; 3., 4. Lumbrikalleri Ulnar sinir çalıştırır. Anterior interosseöz sinir motor sinirdir. Duyu kaybı olmaz. Muskulokutanöz biceps, korokabrakialis, brakialis'i çalıştırır. Uzun torasik sinir lezyonlarında serratus anterior güç kaybıyla skapula alata görülür.

**30.Aşağıdakilerden hangisi osteoartritin radyolojik**

**bulgularından biri değildir?**

- a) Subkondral kistler
- b) Eklem aralığında daralma
- c) Osteofit
- d) Subkondral kemik sklerozu
- e) Sindesmofit

Cevap E (Oğuz, Romatizmal Ağrılar, 1992, s.362)

Osteoartritin radyolojik bulguları eklem aralığında daralma, subkondral kemik sklerozu, osteofit, subkondral kemik kistleri, kemik kollapsı, intraartiküler osöz cisimler, deformite ve subluksasyondur.

**31.Aşağıdakilerden hangisi Seronegatif spondiloartitlerin ortak özelliklerinden değildir?**

- a) İnflamatuvar bel-kalça ağrısı
- b) Raynaud fenomeni varlığı
- c) Radyolojik olarak saptanan sakroileit
- d) HLA-B27 ile birliktelik
- e) Entesopati

Cevap D (Wollheim FA: Spondyloarthropathies. Textbook of Rheumatology (Ed. Kelley WN, Harris ED). W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1993, sf 943)

Raynoud fenomenin olmayışı bu grubu diğer patolojilerden ayırt ettirici bir özelliktir.

**32.Aşağıdakilerden hangisi doğru değildir?**

- a) Kas gücünü arttırmak amacıyla dirençli egzersizlerin fazla yüklenme az tekrar şeklinde verilmeleri uygundur.
- b) Kas endurasyonunu arttırmak için dirençli egzersizler az yüklenme fazla tekrar şeklinde uygulanmalıdır.
- c) Egzantrik kas kasılmasında kasın boyu kısalır.
- d) Germe egzersizleri kas kısalıklarında verilmelidir.
- e) İzometrik egzersizler kas gücünün korunmasında ve artırılmasında yararlıdır.

Cevap C (Oğuz, Tıbbi Rehabilitasyon, 1995, s.306-309)

Kasın başlangıcı ile bitişi arasındaki mesafenin azaldığı izotonik kontraksiyon tipi konsantrik kasılmadır. Egzantrik kasılmalarda kasın uzunluğu artar.

**33.Aşağıdakilerden hangisi osteoartrozun direkt grafi bulgularından değildir?**

- a) Eklem aralığında daralma
- b) Jukstaartiküler osteoporoz
- c) Subkondral kist
- d) Marginal osteofit oluşumu
- e) Subkondral kemik sklerozu

Cevap C (Rehabilitasyon Medicine, Sec. Ed. DeLisa Ja, J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1993, sf. 354)

Jukstaartiküler osteoporoz enflamatuvar eklem hastalıklarında (Romatoid Artrit) görülen bir bulgudur.



# GÖZ HASTALIKLARI

1. Aşağıdakilerden hangisi katarakt oluşumunu etkileyen faktörlerden değildir?

- a) Kinin kullanımı
- b) Steroid kullanımı
- c) Travma
- d) Üveit
- e) Miyotikler

Cevap A (Jack J., *Clinical Ophthalmology* 1989, 234)

Birçok faktör katarakt gelişimini etkiler. Bunlar Senilite, travma, metabolik ve toksik nedenler (kortikosteroidler, klorpromazin, miyotikler, Altın, Bisulfon, Amiodoran), Sekonder (üveit, glokom, v.s) maternal enf. (CMV, toxoplasma, rubella), maternal ilaç kullanımı, thalidomid, kortikosteroidler), heredite ve çeşitli sendromlardır. (Down, Werner, Lowe). Kinin kullanımı kornea ve retina değişiklikleri yapmakla birlikte katarakt gelişimine sebep olmaz.

2. Aşağıda isimleri yazılı olan ve toksik katarakta yol açan ilaçlardan hangisi arka subkapsüler katarakt nedenidir?

- a) Chlorpromazine
- b) Busulphan
- c) Prednisone
- d) Ecothiopate
- e) Demecarium bromide

Cevap C (Kanski JJ. *Glaucoma. In Clinical Ophthalmology*. 8:2-19 Butterworth & Co Ltd 1984)

Kortikosteroidlerin uzun süreli tedavide arka subkapsüler katarakt oluşturduğu bilinmektedir. Bu, çoğunlukla süre ve total doz ile ilişkilidir. Daha önce yapılan çalışmalarda 1 yıldan daha fazla orta ya da yüksek idame dozu alanlarda arka subkapsüler gelişebildiği gözlenmiştir. Erken opasitelerin ilacın kesilmesiyle de gerileyebildikleri belirtilmektedir.

3. Akut açı kapanması glokomunda aşağıdaki bulgularından hangisi gözlenmez?

- a) Miks hiperemi
- b) Kornea ödemi
- c) Işık ve akomodasyona cevap yokluğu
- d) Miyozis
- e) Ön kamara darlığı

Cevap D (Kanski JJ. *Glaucoma. In Clinical Ophthalmology*. 7:2-37 Butterworth & Co Ltd 1984)

Akut açı kapanması glokomunda iris damarları konjeste, iris bombe, açı kapalı, pupil oval, middilatedir. Miyozis gözlenmez.

4. Aşağıdakilerden hangisi Orbitanın Medial duvarını oluşturan kemiklerden değildir?

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

Cevap D (Kanski JJ. *Clinical Ophthalmology*, 2.Baskı, London, Butterworths 1989, sf. 22)

Orbitanın Medial duvarını oluşturan 4 kemik vardır. Bunlar, Maksiller, Lakrimal, Sfenoid ve Etmoid kemiktir.

5. Aşağıdakilerden hangisi kornea hastalıklarının semptomlarından değildir?

- a) Ağrı
- b) Görme azalması
- c) Pürülan Akıntı
- d) Fotofobi
- e) Lakrimasyon

Cevap C (Kanski JJ. 1989, sf. 88-89)

Kornea hastalıklarının semptomları, ağrı, görme azalması, halo ve lakrimasyondur. Pürülan akıntı ise konjonktiva hastalıklarının semptomudur.

6. Aşağıdakilerden hangisi primer açık açılı glokom özelliklerinden değildir?

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

Cevap E (Kanski sf. 206)

Ön kamara sığlığı primer kapalı glokomun bir özelliğidir.

7. Aşağıdakilerden hangisi Horner Sendromunun klinik özelliklerinden değildir?

- a) Midriyasis
- b) Enoftalmus
- c) Ptozis
- d) Akomodasyon amlitüdünde artış
- e) Alt kapakta yükselme

Cevap A (Kanski, sf. 474-475)

Horner Sendromunda pupilde midriyasis değil miyozis görülür.



## GÖZ HASTALIKLARI

8. Aşağıdakilerden hangisi anterior üveit bulgusu değildir?

- a) Keratik presipitat
- b) Konjonktivada yüzeysel hiperemi
- c) Aköz hümörde sulanılık (Flore)
- d) Ön kamarada hücre
- e) Posterior sineşi

Cevap B (*Kanski, sf. 137-139*)

Anterior üveitlerde konjonktivada siliyer enjeksiyon görülür.

9. Katarakt cerrahisinden sonra görmeyi artırmak için en ideal olan yöntem aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Gözlük
- b) Kontakt lens
- c) Ön kamara göziçi lens
- d) Arka kamara göziçi lens
- e) Refraktif cerrahi

Cevap D (*Kanski Jack J: Clinical Ophthalmology Second edition sf. 244-248, 1989*)

Günümüzde katarakt cerrahisinden sonra görmeyi artırmak için en uygun olan arka kamara göziçi implantasyonudur. Gözlük, kontakt lens ve ön kamara göziçi lens uygulaması ile refraktif cerrahi ideal olmayan yöntemlerdir.

10. Tek gözde miyozis, enoftalmus ve pitozis olan ayrıca aynı tarafta yüzde anhidrozis bulunan klinik tablo aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Morning - glory sendromu
- b) Millard - Gubler sendromu
- c) Gradenigo sendromu
- d) Horner sendromu
- e) Tolosa - Hunt sendromu

Cevap D (*Kanski Jack J: Clinical Ophthalmology Second edition sf. 274-275, 1989*)

Morning-glory sendromu çok nadir görülen, optik diskin displastik kolobomudur.

Millard-Gubler, n.abdusens fasikulusunun ventral lezyonu olup beraberinde piramidal traktus etkilendiğinden kontrilateral hemipleji mevcuttur.

Gradenigo sendromu, petroz kemik enfeksiyonlarında n.abdusens felci sağırılık ve şiddetli ağrı ile seyredir.

Tolosa-Hunt sendromu, ağrılı oftalmopleji olup, kavernöz sinus trombozlarında görülür. 3, 4, 5 ve 6. kranial sinir felçleri vardır.

Horner sendromu ise, gözün sempatik sinir sistemlerini etkileyen lezyonlarda ortaya çıkar ve kliniği soruda tarif edilen şekildedir.

11. Aşağıdaki ekstraoküler kas-kraniyal sinir ilişkilerinden hangisi yanlıştır?

- a) M. rektus medialis - N. oculomotorius
- b) M. rektus lateralis - N. abduzens
- c) M. obliquus superior - N. trochlearis
- d) M. rektus inferior - N. oculomotorius
- e) M. rektus superior - N. trochlearis

Cevap E (*Parsons Göz Hastalıkları, 1.Baskı, Ankara sf. 309-311, 1989*)

M. rektus superior, N. oculomotorius tarafından innerve edilmektedir. N. trochlearis sadece superior oblik kası innerve etmektedir.

12. Aşağıdakilerden hangisi korneanın ektatik distrofidir?

- a) Kornea guttata
- b) Lattice distrofi
- c) Keratokonus
- d) Reis-Bücklers' distrofi
- e) Fuch's endotelial distrofi

Cevap C (*Kanski Jack J: Clinical Ophthalmology Second edition sf. 113-119, 1989*)

Korneanın ektatik distrofileri keratokonus, keratoglobus, pellucid marginal dejenerasyon ve posterior keratokonus'dur. Diğer şıklarda yer alan cevaplar korneanın epitel, stroma ve endotel tabakasını ilgilendiren ektatik olmayan distrofilerdir.

13. Çocukluk çağının en sık görülen göz içi malign tümörü hangisidir?

- a) Rhabdomyosarkom
- b) Koroid malign melanom
- c) Retinoblastom
- d) Retinal astrositom
- e) Koroidal osteoma

Cevap C (*Kanski Jack J: Clinical Ophthalmology Second edition sf. 390-409, 1989*)

Rhabdomyosarkom, çocukluk çağında en sık görülen orbital tümördür. Koroid malign melanom ise, erişkin çağının en sık görülen göziçi tümürüdür. Retinal astrositom ve koroidal osteoma, oldukça nadir göziçi tümörleridir.

# HALK SAĞLIĞI

1. Kohort araştırmaları için doğru olanı işaretleyiniz.

- Etkenle karşılaşan-karşılaşmayanlarda hastalık prevalansı saptanır.
- Etkenle karşılaşan-karşılaşmayanlarda hastalık insidansı saptanır.
- Nadir grlen hastalıkların araştırılmasında en uygun yöntemdir.
- Bu tip araştırmalarda süre uzadıkça neden-sonuç ilişkisinin başka faktörlerle etkilenme olasılığı azalır.
- Neden-sonuç ilişkisini saptamada güvenilir bir yöntem değildir.

Cevap B (*Akdur, Sağlık Bilimlerinde Araştırma ve Tez Yapma Rehberi, 1996, s.27-35*)

2. Doğru olanı işaretleyiniz.

- Sindirim yoluyla bulaşan hastalıklarda vektörlerle mücadele edilmesi kaynağa yönelik önlemdir.
- Kemoprofilaksi, zoonotik hastalıklarda konakya yönelik bir korumadır.
- Kanserler, lkemizde 5 yaş altı çocuklardaki en sık ölüm nedenidir.
- Bir salgın hastalık durumunda ilk yapılması gereken salgın durumunun olup olmadığının saptanmasıdır.
- Hiç skarı olmayanlara tüberkülin testi olmaksızın BCG yapılmalıdır.

Cevap D (*Bertan, Halk Sağlığı Temel Bilgiler, 1995, s.344*)

3. İçme ve kullanma suları için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- Litresinde en az 1 gram serbest klor bulunmalıdır.
- İyi nitelikli bir suda Na<sup>+</sup> fazla olmalıdır.
- Su kaynağı hela ve gbreliklerden en az 30 metre uzakta olmalıdır.
- Suyun sertliği 28 Fransız derecesinden fazla olmalıdır.
- Santimetre küpte 10'dan fazla koliform bakteri bulunmamalıdır.

Cevap C (*Akdur, Halk Sağlığı, 1998, s.71-96*)

4. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- İşyeri risklerinin kontrolünde ilke riskin ortaya çıktığı yerde kontrol edilmesidir.
- Periyodik muayene (aralıklı kontrol), her iş koluna göre değişik srelerde olmak üzere işyer-

lerindeki belirli etkenlerin ve koşulların çalışanlar üzerine yapabileceği olumsuz etkileri erken dönemde tanımak ve tedavi etmek amacıyla yapılır.

- Organik tozlar, allerjik reaksiyon sonucu akciğer hastalığı yaparlar.
- Tozla alışan işçilerde periyodik muayene 6 ayda bir yapılmaktadır.
- MAK (Müsaade Edilen Azami Konsantrasyon) değeri genellikle kronik toksik etkili maddeler için, ESD (Eşik Sınır Değeri) ise akut toksik etkili maddeler için kullanılmaktadır.

Cevap E (*İş Hekimliği Ders Notları, 3.baskı, 1993, s.172-173*)

5. Oral kontraseptiflerin gebeliği nleme dışında da faydaları vardır. Aşağıdakilerden hangisi bu faydalardan değildir?

- Over ve endometriyum kanserlerinden korur.
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korur.
- İyi huylu meme tümörlerinden korur.
- Romatoid artritinden korur.
- Fonksiyonel over kistlerini azaltır.

Cevap B (*Kontraseptif Yöntemler Uluslararası Basım, 1990, s.14*)

6. Temel sağlık hizmetleri kavramı içinde yer alan En Az Bakım (Minimal Care) hizmetleri içinde yer almayan hizmeti işaretleyiniz.

- Halkın sağlık eğitimi
- Temiz su sağlama ve sanitasyon
- Ana ocuk sağlığı ve aile planlaması
- Sektörlerarası işbirliği
- Temel ilaçların sağlanması

Cevap D (*ztek, Temel Sağlık Hizmetleri, 1986, s.17*)

7. Aşıların yan etkileri aşağıda sayılmaktadır. Doğru olmayanı işaretleyiniz.

- En sık görülen aşi reaksiyonları ateş, ağrı gibi sistemik olanlardır.
- Enjeksiyon yerinde ağrı DT açısından sonra sık ortaya çıkmaktadır.
- Kızamık açısı olanların %2-5 kadarında 6-12 günler arasında egzantem görülebilmektedir.
- Tetanoz, poliomiyelit ve kızamıkçık açısından sonra ender de olsa Guillain-Barre sendromu ortaya çıkabilmektedir.
- Kızamıkçık eklem reaksiyonlarına yol açan tek aşıdır.

Cevap A (Ajjan, Bağışıklama, s.81-89)

**8. Silikozis için yanlış olanı işaretleyiniz.**

- a) Ülkemizde SSK kayıtlarına göre en sık görülen pnömokonyoz silikozistir.
- b) Erken veya basit silikoziste radyolojik bulgu daha çok üst loblarda yer alan küçük yuvarlak opasitelerdir.
- c) Silikozisten tıbbi korunmada fizik muayene dışında en geç 2 yılda bir standart büyüklükte akciğer radyografisi çekilmelidir.
- d) Korunma için toz sorunu olan yerlerde; ıslak çalışma, aspirasyon, havalandırma gibi yöntemlere başvurulabilir.
- e) İç Anadolu'da Aktoprak denilen toprak SiO<sub>2</sub> içerir ve silikozise yol açar.

Cevap E (İşyeri Hekimliği Ders Notları, 1996, s.119-123)

**9. Aşağıdakilerden hangisi bir bulaşıcı hastalıkla ilgili süreyansın aşamalarından değildir?**

- a) Hastalıkla ilgili veri toplanması
- b) Hastalığın tedavisi
- c) Toplanan verilerin analizi
- d) Verilerin yorumlanması
- e) Elde edilen bilgilerin ilgili birimlere dağıtılması

Cevap B (Bertan, Halk Sağlığı Temel Bilgiler, 1995, s.328)

# KBB

1. Akut süpüratif siyaloadenitide aşağıdakilerden hangisi kontrendikedir?

- a) Bilgisayarlı tomografi
- b) Antibiyotik
- c) Cerrahi drenaj
- d) Ultrasonografi
- e) Siyalografi

Cevap E (Cummings, *Otolaryngology - Head and Neck Surgery*, 2.baskı, 1993, s.1008-1017)

Akut süpüratif adenitis tedavisinde medikal olarak uygun paranteral antibiyotik;  $\beta$  laktamaz dirençli (dayanıklı) penisilinler ya da sefalosporinler, sıvı ve elektrolit desteği, ağız hijyeni ve siyalogog ilaçlar yer alır.

Nadiren konservatif önlemler yetersiz kaldığında lokalize absenin cerrahi drenajı gerekir.

Konservatif tedaviye yanıt vermeyen hastalarda 3-4. günlerde yapılacak bilgisayarlı tomografi ya da ultrasonografi abse oluşumunun saptanmasında yararlı olur.

Akut faz da uygulanacak siyalografi çok az bilgi saptanmasının yanı sıra mevcut enflamasyonu arttıracığı için kontrendikedir.

2. Aşağıdakilerden hangisi tonsillitin sistemik komplikasyonudur?

- a) Akut glomerülonefrit
- b) Süpüratif servikal adenitis
- c) Retrofarengeal abse
- d) Tonsil kisti
- e) Peritonsiller abse

Cevap A (Cummings, *Otolaryngology - Head and Neck Surgery*, 2.baskı, 1993, s.1180-1198)

Tonsillitin sistemik komplikasyonları çoğunlukla A grubu  $\beta$  hemolitik streptokoklar nedeniyle ortaya çıkar. Akut glomerülonefrit, ilgili serotiplerle meydana gelen enfeksiyonların ardından, %10-15 oranında görülür.

Tonsillitin lokal komplikasyonları peritonsiller abse, parafarengeal abse, süpüratif servikal adenitis, tonsillolit ve tonsil kistidir.

3. Süpüratif Otitis Media'nın en sık rastlanan intrakraniyal komplikasyonu hangisidir?

- a) Labirentitis
- b) Lateral sinüs tromboflebiti
- c) Mastoiditis
- d) Meningitis
- e) İntrakraniyal abse

Cevap D (Paperella, *Otolaryngology*, 3.baskı, 1991, s.1381-1403)

Menenjit pürülan otitis mediaların en sık rastlanan komplikasyonudur. Mortalite oranı dramatik bir şekilde azalmış olan bu komplikasyonda morbidite sıklığı hala yüksektir.

4. Aşağıdaki işitme testlerinden hangisi objektif test değildir?

- a) Elektrokokleografi
- b) Beyin sapı odyometrisi
- c) Empedans odyometri
- d) Pür ton odyometri
- e) Otoakustik emisyon

Cevap D (Brackmann, *Otolaryngology*, Cilt 2, 1991, s.993-1004)

Diğer testlerde sonuç hastanın isteğine bağlı olarak değişmemektedir.

5. Sekretuar otitis media için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Genellikle bilateral görülür.
- b) Çocuklarda sıktır.
- c) Ateş ve ağrı en sık görülen semptomlarındandır.
- d) Tek taraflı olması nazofarenks kanserini düşündürmelidir.
- e) Etyopatogeneizde orta kulağın ventilasyon problemi mevcuttur.

Cevap C (Paparella, *Otolaryngology*, Cilt 2, 1991, s.1317-1341)

Sekretuar otitis mediada lokal veya genel enfeksiyon belirtileri görülmez.

6. Epiglot kökünden başlayıp sol band ve kord vokali invaze eden malign tümör nasıl tanımlanabilir?

- a) Supraglottik
- b) Glottik
- c) Subglottik
- d) Transglottik
- e) Hipofaringeal

Cevap D (Sasaki CT, *Malignant neoplasms of the larynx*, In: Cummings CW, Friedrickson JM, Harker LA (Eds), *Otolaryngology Head and Neck Surgery*, Second Edition, Mosby Year Book, St Louis, 1993, sf. 1925)

Transglottiktir. Çünkü birden fazla anatomik bölgeyi (burada glottik ve supraglottik) tutan tümörler transglottik olarak sınıflandırılır.

**7. T2NOM1 olarak belirlenen bir dil karsinomunda en uygun tedavi hangisidir?**

- a) Cerrahi
- b) Radyoterapi
- c) Cerrahi + Radyoterapi
- d) Radyoterapi + Cerrahi
- e) Kemoterapi (± Radyoterapi)

Cevap E (*Baker SR, Malignant neoplasms of the oral cavity, In: Cummings CW, Fredrickson JM, Harker I.A (Eds), Otolaryngology Head and Neck Surgery, Second Edition, Mosby Year Book, St Louis, 1993, II: 1279*)

Çünkü uzak metastazı olan bir tümöre cerrahi veya tek başına radyoterapi uygulanması uygundur.

**8. Kafa travmasını takiben yüzünün sağ üst ve alt tarafından paralizi olan hastada Schirmer testi normal, stapez refleksi yok ve o tarafta tat testi bozulmuştur. Lezyon nerededir?**

- a) Sol serebral
- b) Sağ serebral
- c) Beyinsapı
- d) Fasiyal sinirin mastoid parçası
- e) Fasiyal sinirin petrozal parçası

Cevap D (*Dobie RA, Tests of facial nerve function, In: Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA (Eds), Otolaryngology Head and Neck Surgery, Second Edition, Mosby Year Book, St Louis, 1993, IV:2723*)

Yüzün hem alt hem üst kısmı periferik fasiyal paraliziyi gösterir. Schirmer testinin normal olması lezyonun petrozal parçada olmadığını, stapes refleksinin ve tat testinin bozulması da mastoid parçanın tutulduğuna işaret etmektedir.

**9. Aşağıdakilerden hangisinde odyometride, kemik yolu ile iletim normal olduğu halde hava yolu ile iletim bozulmuştur?**

- a) Meniere sendromu
- b) Ototoksik ilaca bağlı sağırılık
- c) Kronik otitis media
- d) Akustik nörinom
- e) Presbiakuzi

Cevap C (*Gulya AJ, Sensorineural hearing loss of adults, In: Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA (Eds), Otolaryngology Head and Neck Surgery, Second Edition, Mosby Year Book, St Louis, 1993, IV: 3133*)

Kronik otitis media'dır. Çünkü diğer şıklardaki hastalıkların hepsi iç kulağı tuttukları için nörosensoryel işitme kaybına yol açar.

**10. Aşağıdaki hastalıklardan hangisinde nazal smear da eozinofil sayısı artar?**

- a) Vazomotor rinit
- b) Aspirin duyarlılığı
- c) Viral enfeksiyonlar
- d) Rinitis medika mentoza
- e) Akut kataral rinit

Cevap B (*Bayran J. Bailay. Head and Neck Surgery Otolaryngology Cilt:1, sf 276, Tablo: 23/4*)

Nazal sitogramda eozinofilleri arttıran faktörler: allerji, eozinofili ile giden non allerjik rinit ve aspirin duyarlılığıdır.

**11. Aşağıdakilerden hangisi Rumsey Hunt sendromunda bulunmaz?**

- a) Dış kulak yolunda ve aurikulada veziküler döküntü.
- b) Herpes simpleks virüsü etiyolojide rol alır.
- c) Fasiyal sinirin genikulat ganglionu tutulumu sonucu periferik fasiyal paralizi vardır.
- d) Ağrıdır.
- e) Asiklovir ve destekleyici tedavi uygulanır.

Cevap B (*Paparella M.M Otolaryngoloji 3.Baskı, Philadelphia WB sounders Company 1991*)

Ramsey Hunt sendromu etyolojisinde herpes zoster virüsü rol alır.

**12. Aşağıdakilerden hangisi meniere hastalığında yanlıştır?**

- a) Fluktuan sensörinöral işitme kaybı vardır.
- b) Etkilenen kulakta dolgunluk hissi olur.
- c) Persistant vertigo vardır.
- d) Patoloji endolenfatik hidropsla ilgilidir.
- e) İşitme kaybı zamanla artar.

Cevap C (*Paparella M.M Otolaryngoloji 3.Baskı, Philadelphia WB sounders Company 1991*)

Meniere hastalığında tekrarlayan vertigo atakları vardır.

**13. Aşağıdakilerden hangisi tat kaybına sebep olmaz?**

- a) Viral üst solunum yolu enfeksiyonları
- b) Radyoterapi
- c) Sinüzit
- d) Kafa travması
- e) Lyme hastalığı

Cevap C (*Bayron J-Bailey Head and Neck surgery - Otolaryngology Philadelphia J.B. Lippincott Company 1993*)

Diğer 4 ü tat kaybına sebep olurken sinüzitte tat kaybı olmaz.

**14. Aşağıdaki arterlerden hangisi burun boşluğunun kanlanmasında rol almaz?**

- a) A. Sphenopalatina
- b) A. Ethmoidalis posterior
- c) A. Ethmoidalis anterior
- d) A. Faringea assendens
- e) A. Labialis superior

Cevap D (*Prof. Dr. Emre Cingi Kulak Boğaz Hastalıkları, 3.Baskı, 1995*)

Faringea assendens nazal kavitenin kanlanmasında rol almaz.

15. Aşağıdakilerden hangisi effüzyonlu otitis media (Seröz otitis media)'nın semptom veya bulgularından biri değildir?

- a) İşitme azlığı
- b) Kulak akıntısı
- c) Timpanik membranda kapiller vasküleritede artış
- d) Timpanik membranda retraksiyon
- e) Tinnitus

Cevap B (*Paparella sf. 1327-1328, cilt 2, 3.Baskı, 1991*)

Seröz otitis media (effüzyonlu otitis media)'da timpanik membran intakttır. Orta kulakta mayi birikimi mevcuttur, ancak perforasyon yoktur.

16. Aşağıdakilerden hangisi iletim tipi işitme kaybına yol açmaz?

- a) Akut otitis media
- b) Kronik otitis media
- c) Ototoksisite
- d) Otokleroz
- e) Dış kulak yolu atrezisi

Cevap C (*Paparella Cilt 2, sf. 1653, 3.Baskı, 1991*)

Ototoksisite korti organında destrüksiyona yol açarak sensorinöral tipte işitme kaybına yol açar.

17. Erişkinlerde en sık rastlanan parotis tümörü hangisidir?

- a) Mukoepidermoid karsinom
- b) Onkositoma
- c) Warthin tümörü
- d) Pleomorfik adenom
- e) Malign miksed tümör

Cevap D (*John Ballanger, Diseases of the nose, throat, ear and neck sf. 305, 14.Baskı, 1991*)

Erişkinlerde rastlanan parotis tümörlerinin %70'i pleomorfik adenom yada diğer adıyla benign miksed tümördür.

18. Aşağıdakilerden hangisi "Juvenil nozofarengel anjiyofibrom" için doğru değildir?

- a) Progresif nazal obstrüksiyon
- b) Erkek ve kadında görülme oranı aynıdır.
- c) Çoğunlukla 20 yaş altında görülür.
- d) Tekrarlayan şiddetli epistaksis görülür.
- e) Tedavisi kitlenin cerrahi eksizyonudur.

Cevap B (*Spnopsis of otolaryngology sf. 363, Roger F. Gray*)

Maurice Howthorne Juvenil nazofarengel anjiyofibrom kadınlarda çok seyrek görülür.

19. Vokal kordların abdüksiyonunu sağlayan kas hangisidir?

- a) M. cricoarytenoideus posterior.
- b) M. cricothyroideus
- c) M. cricoarytenoideus lateralis

- d) M. thyrohyoideus
- e) M. interarytenoideus

Cevap A (*Synopsis of otolaryngology sf. 424*)

Vokal kordların abdüksiyonunu sağlayan tek kas mevcuttur.

20. Malign eksternal otitte sorumlu mikroorganizma aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Hemophilus influenza
- b) Pseudomonas aeruginosa
- c) Proteus vulgaris
- d) Staphylococcus aureus
- e) Aspergillus niger

Cevap B (*Scott Brown's Otolaryngology, 5.Baskı, Cilt 3, sf. 168*)

Malign eksternal otit genellikle yaşlı diyabetik kişilerde görülen fulminan seyirli bir eksternal otit türüdür. Dış kulak yolunun sellülit şeklinde başlar ve hızla komşu yumuşak dokulara yayılır, beraberinde osteit mevcuttur. Etken mikroorganizma Pseudomonas aeruginosa'dır.

21. Çocuklarda ve gençlerde burun kanaması en sık hangi bölgeden olur?

- a) Konka arka uçları
- b) Burun tavanı
- c) Nazal septumun anterior kısmı
- d) Burun tabanı
- e) Nazal septumun posterior kısmı

Cevap C (*Paparella Otolaryngology, 3.Baskı, Cilt 3, sf. 1831*)

Çocuklarda ve gençlerde kanama genellikle septumun anterior kısmındandır. Yaşlı hastalarda ise genellikle kanamanın kaynağı nazal kavitenin posterior kısımlarındadır.

22. Maksilla kırıklarında en sık zedelenen sinir aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Anterior ethmoid sinir
- b) Supraorbital sinir
- c) İnfraorbital sinir
- d) Sfenopalatin sinir
- e) Mental sinir

Cevap C (*Paparella Otolaryngology, 3.Baskı, Cilt 4, sf. 2931*)

İnfraorbital sinir infraorbital forameninden çıkarak maksilla ön yüzünde seyredir. Özellikle Le Fort 2 maksilla kırıklarında infraorbital sinir dağılımına uyan bölgelerde, sinirin zedelenmesine bağlı olarak hipo veya anestezi görülebilir.

23. Parotis bezinin en sık görülen habis tümörü aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Warthin tümörü
- b) Mukoepidermoid karsinom
- c) Adenoid kistik karsinom
- d) Onkositik tümör
- e) Pleomorfik adenom

Cevap B (*Paparella Otolaryngology, 3.Baskı, Cilt 3, sf 2104*)

Mukoepidermoid parotis bezinin en sık görülen habis tümördür.

**24.Aşağıdakilerden hangisi otosklerozun özelliklerinden biri değildir?**

- a) Normal kulak zarı
- b) İletim tipi işitme kaybı
- c) Stapes refleksinin olmaması
- d) Dalgalanma gösteren sensorinöral işitme kaybı
- e) Tip As timpanogram

Cevap D (*Scott Brown's Otolaryngology, 5.Baskı, Cilt 3, sf. 306, 384*)

Otosklerozda işitme kaybı iletim tipi ve ileri dönemlerde ise mikst tiptedir, genellikle progresif olarak artar. Dalgalanma gösteren sensorinöral işitme kaybı ise endolenfetik hidropsun (Meniere hast., Sifilit labirentit vs.) bir özelliğidir.

**25.Otoskleroz hakkında aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Genellikle progresif iletim tipi işitme kaybına yol açar.
- b) İşitme kaybı hastaların %90'ından fazlasında bilateralidir.
- c) Erkeklerde daha sık olarak rastlanmaktadır.
- d) En sık olarak genç erişkinlerde görülmektedir.
- e) Otoskleroz otik kapsülün hastalığıdır.

Cevap C (*Cummings CW.; Otolaryngology-Head and Neck Surgery, Second Edition, St. Louis,Mosby Year Book Inc. 1993-sf. 2297-3016*)

Otoskleroz otik kapsülün tek hastalığıdır. En sık genç erişkinlerde 30-40 yaşları arasında görülmektedir. Genellikle iletim tipi işitme kaybına yol açar, zamanla mikst ve sensorinöral işitme kaybına ilerleme gösterebilmektedir. Kadınlarda 2 kat daha sık olarak görülmektedir. İşitme kaybı olguların %90'ında daha fazlasında bilateralidir.

**26.Temporal kemik fraktürleri hakkında aşağıdakilerden hangisi yanlış olarak verilmiştir?**

- a) En sık olarak longitudinal fraktürler gözlenmektedir.
- b) Transvers fraktürlerde fasiyal paraliziye daha sık olarak rastlanmaktadır.
- c) Longitudinal fraktürlerde gelişen fasiyal paraliziler genellikle travmaya sekonder olarak gelişen ödem neticesindedir.

- d) Longitudinal fraktürler daha sık olarak sensorinöral işitme kaybına yol açmaktadır.
- e) BOS otoresine transvers fraktürlerde daha sık oluşmaktadır.

Cevap D (*Cummings CW.; Otolaryngology-Head and Neck Surgery, Second Edition, St. Louis,Mosby Year Book Inc. 1993-sf. 2873-2884*)

Temporal kemik fraktürleri %70-90 longitudinaldir. Transvers fraktürlerde fasiyal paralizi daha sık olarak görülmektedir ve erken olarak başlangıç göstermektedir, longitudinal fraktürlerde ise geç başlayan ve travmaya bağlı ödeme sekonder olarak gelişen fasiyal paraliziler görülebilmektedir. BOS otoresine transvers fraktürlerde daha sık rastlanmaktadır. Longitudinal fraktürlerde kemik zincirde ayrılma neticesinde iletim tipi işitme kayıpları daha sık olarak görülmektedir.

**27.Radikal boyun disseksiyonunda aşağıdaki yapılardan hangisi çıkarılmamaktadır?**

- a) N. Accesorius
- b) N. Hypoglossus
- c) M. Sternocleidomastoideus
- d) V. Jugularis interna
- e) Boyun lenfatikleri

Cevap B (*Cummings CW.; Otolaryngology-Head and Neck Surgery, Second Edition, St. Louis,Mosby Year Book Inc. 1993-sf. 1649-1672*)

Klasik radikal boyun disseksiyon, primer olarak boyun lenfatik yapılarının çıkarılması için uygulanan n. accesorius, İnternal juguler ven, sternokleidomastoid kasın çıkarıldığı bir operasyondur. Ancak klasik radikal boyun disseksiyonunda hipoglossal sinir korunmaktadır.

**28.Aşağıdaki larenks kaslarından hangisi nervus larengus superior'un eksternal dalı tarafınca inerve edilmektedir?**

- a) M. Tiroaritenoides
- b) M.Krikotiroideus
- c) M. İnteraritenoides
- d) M. Ariepiglotidis
- e) M. Krikoaritenoides

Cevap B (*Harvey M. Tucker, the Larynx; Second edition, Thieme Medical Publisher, Inc, 1993: sf. 16-18*)

M. Krikotiroideus n. larengus superior tarafınca inerve edilen tek kastr.