

Türkiye Klinikleri

MEDİTEST Dergisi

EDİTÖR

Prof.Dr.Hikmet AKGÜL (Ankara)

YAYIN SEKRETERİ

Dr.İbrahim ERSOY (Ankara)

SORU HAZIRLAYAN ÖĞRETİM ÜYELERİ

Prof.Dr. Adnan ABASIYANIK (Meram)	Prof.Dr. Alper BAYSEFER (Meram)	Doç.Dr. Galip EKUKLU (Trakya)
Prof.Dr. Ercan ABAY (Trakya)	Yrd.Doç.Dr. Ufuk BERBEROĞLU (Trakya)	Yrd.Doç.Dr. Ömür ELÇİOĞLU (Eskişehir Osmangazi)
Prof.Dr. Işık ADALET (İstanbul)	Yrd.Doç.Dr. Öcal BERKAN (Cumhuriyet)	Prof.Dr. Gürol EMEKDAŞ (Mersin)
Prof.Dr. Mehmet Yücel AĞARGÜN (Yüzüncü Yıl)	Uz.Dr. Fikret BİLDİK (Gazi)	Prof.Dr. Hüseyin ENDOĞRU (Meram)
Doç.Dr. İlknur AK (Eskişehir Osmangazi)	Prof.Dr. Kamuran BİRCAN (Dicle)	Dr. Evren Doruk ENGİN (Gazi)
Doç.Dr. Figen AKALIN (Marmara)	Doç.Dr. Murat BİRTANE (Trakya)	Prof.Dr. Nurhan ENGİNAR (İstanbul)
Prof.Dr. Tülin AKAN (Hacettepe)	Yrd.Doç.Dr. Hüseyin BORA (Gazi)	Prof.Dr. Özgün ENVER (Cerrahpaşa)
Prof.Dr. Eyüp S. AKARSU (Ankara)	Yrd.Doç.Dr. Güldenam BOZDAYI (Gazi)	Prof.Dr. Deniz ERBAŞ (Gazi)
Yrd.Doç.Dr. Ali Ferruh AKAY (Dicle)	Prof.Dr. T.Arda BÖKESEY (Ankara)	Yrd.Doç.Dr. Hakan ERBAŞ (Trakya)
Doç.Dr. Yücel AKBAŞ (Mersin)	Prof.Dr. Gülden BURÇAK (Cerrahpaşa)	Prof.Dr. Sena ERDAL (Cumhuriyet)
Prof.Dr. Canan AKBAY (Ankara)	Prof.Dr. Özden BÜYÜKBABA BORAL (İstanbul)	Prof.Dr. Esra ERDEMLİ (Ankara)
Dr. K.Gonca AKBULUT (Gazi)	Yrd.Doç.Dr. Mehmet Akif BÜYÜKBEŞE (K.Sütçü İmam)	Yrd.Doç.Dr. Haydar ERDOĞAN (Cumhuriyet)
Uz.Dr. Sezin AKÇA (Başkent)	Uz.Dr. Selim BÜYÜKKURT (Çukurova)	Prof.Dr. Deniz ERDOĞAN (Gazi)
Yrd.Doç.Dr. Füsün Zeynep AKÇAM (Süleyman Demirel)	Prof.Dr. Alp CAN (Ankara)	Doç.Dr. Mustafa ERELEL (İstanbul)
Prof.Dr. Tülay AKÇAY (Cerrahpaşa)	Doç.Dr. Belgin CAN (Ankara)	Doç.Dr. K.Mine ERGUN (Hacettepe)
Prof.Dr. Sezin AKDAĞ KARADEDE (Harran)	Prof.Dr. İ.Ercan CANBAY (Cumhuriyet)	Prof.Dr. Sibel ERGÜVEN (Hacettepe)
Doç.Dr. İstemihan AKIN (Ankara Dışkapı EAH)	Prof.Dr. Aykan CANBERK (İstanbul)	Prof.Dr. Ömer Lütfi ERHAN (Fırat)
Uz.Dr. İmren AKKOYUN (Başkent)	Doç.Dr. Tıraje CELKAN (Cerrahpaşa)	Doç.Dr. Gül ERKİN (Hacettepe)
Doç.Dr. Hilya AKSOY (Atatürk)	Prof.Dr. Ziya CENİK (Meram)	Prof.Dr. Lütfiye EROĞLU (İstanbul)
Prof.Dr. Doğan AKŞİT (Hacettepe)	Doç.Dr. Sami CERAN (Meram)	Prof.Dr. Ünsal ERSOY (Hacettepe)
Doç.Dr. Zekeriya AKTÜRK (Trakya)	Prof.Dr. Lale CERRAHOĞLU (Celal Bayar)	Doç.Dr. Alparslan ERSOY (Uludağ)
Yrd.Doç.Dr. Güçhan ALANOĞLU (Süleyman Demirel)	Prof.Dr. M.İpek CİNGİ (Eskişehir Osmangazi)	Uz.Dr. Fatma ESKİOĞLU (Ankara Dışkapı EAH)
Uz.Dr. Necati ALKIŞ (Ank. Onkoloji Hst.)	Uz.Dr. Nejat Ali COŞKUN (İzmir Atatürk EAH)	Doç.Dr. Oya EVİRGEN (Ankara)
Doç.Dr. Zeliha Özer ALTUNKAN (Mersin)	Prof.Dr. Meseret CUMHUR (Hacettepe)	Prof.Dr. Duygu FİNDİK (Meram)
Yrd.Doç.Dr. M.Ufuk ALUÇLU (Dicle)	Doç.Dr. Mehmet ÇAĞLIKÜLEKÇİ (Mersin)	Doç.Dr. Esin FIRAT (SB Ulucanlar Göz Hst.)
Prof.Dr. Afıtap ANIL (Gazi)	Doç.Dr. Pınar ÇAKAR ÖZDAL (SB Ulucanlar Göz Hst.)	Uz.Dr. Şansal GEDİK (Başkent)
Yrd.Doç.Dr. İsmail APAK (Dicle)	Uz.Dr. F.Özlem ÇAPKIS (İzmir Atatürk EAH)	Doç.Dr. Remisa GELİŞGEN (Cerrahpaşa)
Prof.Dr. K.Cemil APAYDIN (Akdeniz)	Uz.Dr. Gül ÇEKİN NARDALI (İzmir Atatürk EAH)	Doç.Dr. Mehmet Faruk GEYİK (Dicle)
Dr. Burhan APILIOĞULLARI (Meram)	Doç.Dr. Cengiz ÇETİN (Eskişehir Osmangazi)	Prof.Dr. İsmail GÖÇMEN (GATA Haydarpaşa)
Yrd.Doç.Dr. Cavidan ARAR (Trakya)	Prof.Dr. Oğuz ÇETINKALE (Cerrahpaşa)	Doç.Dr. Adil GÖKALP (Meram)
Prof.Dr. Serap ARBAK (Marmara)	Doç.Dr. Remzi ÇEVİK (Dicle)	Doç.Dr. Faruk GÖNENÇ (TYİH)
Yrd.Doç.Dr. Nuriitin ARDIÇ (GATA Haydarpaşa)	Prof.Dr. Mehmet ÇİMEN (Cumhuriyet)	Prof.Dr. Bilge GÖNÜL (Gazi)
Doç.Dr. Arslan ARDIÇOĞLU (Fırat)	Prof.Dr. Selma ÇİVİ (Meram)	Prof.Dr. Adnan GÖRGÜLÜ (Trakya)
Doç.Dr. Olgun Kadir ARIBAŞ (Meram)	Doç.Dr. Tahsin ÇOLAK (Mersin)	Doç.Dr. Kemal GÖRÜR (Mersin)
Prof.Dr. Sevrap ARIKAN (Hacettepe)	Doç.Dr. Çağlar ÇUHADAROĞLU (İstanbul)	Prof.Dr. Ahmet GÜCÜKOĞLU (İstanbul)
Prof.Dr. Orhan ARSEVEN (İstanbul)	Prof.Dr. Güner DAĞLI (GATA Haydarpaşa)	Doç.Dr. Nadir GÜLEKON (Gazi)
Prof.Dr. Sevilhan ARTAN (Eskişehir Osmangazi)	Prof.Dr. Şenol DANE (Atatürk)	Yrd.Doç.Dr. Nil GÜLER (Ondokuz Mayıs)
Prof.Dr. Mevlüt ASAR (Akdeniz)	Yrd.Doç.Dr. Nuran DELIALIOĞLU (Mersin)	Prof.Dr. Meral GÜLTEKİN (Akdeniz)
Yrd.Doç.Dr. Talip ASİL (Trakya)	Doç.Dr. Necdet DEMİR (Akdeniz)	Dr. Mustafa GÜLTEKİN (Meram)
Doç.Dr. Gönül ASLAN (Mersin)	Prof.Dr. Ramazan DEMİR (Akdeniz)	Yrd.Doç.Dr. Sefa GÜLTÜRK (Cumhuriyet)
Prof.Dr. İ.Lale ATAHAN (Hacettepe)	Prof.Dr. Nurettin DEMİR (Harran)	Yrd.Dr. Erdem GÜMÜŞBURUN (Gaziantep)
Prof.Dr. Nilgün ATAKAN (Hacettepe)	Yrd.Doç.Dr. Ahmet DEMİRCAN (Gazi)	Prof.Dr. M.Koray GÜMÜŞTAŞ (Cerrahpaşa)
Uz.Dr. Mücahit ATALAY (İzmir Atatürk EAH)	Yrd.Doç.Dr. Birol DEMİREL (Gazi)	Yrd.Doç.Dr. Gürsel GÜNAYDIN (Meram)
Yrd.Doç.Dr. Enes Murat ATASOYU (GATA Haydarpaşa)	Prof.Dr. Emine DEMİREL YILMAZ (Ankara)	Prof.Dr. Işıl GÜNDAY (Trakya)
Doç.Dr. M.Kemal ATIKELER (Fırat)	Doç.Dr. Ferit DEMİRCAN (Mersin)	Yrd.Doç.Dr. Tarık GÜNDÜZ (Eskişehir Osmangazi)
Doç.Dr. Yağmur AYDIN (Cerrahpaşa)	Prof.Dr. Şengül DERBENTLİ (İstanbul)	Prof.Dr. M.Kemal GÜNDÜZ (Meram)
Prof.Dr. Yonca AYDIN AKOVA (Başkent)	Doç.Dr. Durmuş DEVECİ (Cumhuriyet)	Prof.Dr. Haldun GÜNER (Gazi)
Doç.Dr. Seçil AYDINÖZ (GATA Haydarpaşa)	Prof.Dr. Şükri DİLİGE (İstanbul)	Prof.Dr. Şafak GÜNGÖR (Ank. Onkoloji Hst.)
Prof.Dr. İ.Hakkı AYHAN (Ankara)	Prof.Dr. Sibel DİNÇER (Gazi)	Prof.Dr. Hakan GÜRDAL (Ankara)
Prof.Dr. Aydan BABÜL (Gazi)	Prof.Dr. Hüseyin DİNDAR (Ankara)	Prof.Dr. Bülent GÜRLER (İstanbul)
Doç.Dr. Celal BAĞDATOĞLU (Mersin)	Yrd.Doç.Dr. Ahmet DIRIER (Dicle)	Yrd.Doç.Dr. Sinan GÜRİSOY (Cumhuriyet)
Yrd.Doç.Dr. Meltem BAHÇELİOĞLU (Gazi)	Doç.Dr. Musa DİRLİK (Mersin)	Prof.Dr. M.Cengiz GÜVEN (Ankara)
Prof.Dr. Nuri BAKAN (Atatürk)	Prof.Dr. Nesrin DOĞRUEL (Eskişehir Osmangazi)	Prof.Dr. M.Zeki GÜZEL (Cerrahpaşa)
Prof.Dr. Şükri BALEVİ (Meram)	Dr. Funda DOĞRUMAN AL (Gazi)	Yrd.Doç.Dr. Hamza Aral HAKGÜDER (Trakya)
Prof.Dr. Kunter BALKANLI (Trakya)	Dr. İsa DÖNGEL (Meram)	Prof.Dr. İclal HATİPOĞLU (İstanbul)
Doç.Dr. Hikmet BAŞMAK (Eskişehir Osmangazi)	Yrd.Doç.Dr. Gülay DURMUŞ ALTUN (Trakya)	Prof.Dr. Tunçer HAZNEDAROĞLU (GATA Haydarpaşa)
Prof.Dr. Çağlar BATMAN (Marmara)	Doç.Dr. Dilek DURSUN (Başkent)	Prof.Dr. Sezgin İLĞİ (Hacettepe)
Prof.Dr. Cengiz BAYYI (Eskişehir Osmangazi)	Yrd.Doç.Dr. Polat DURUKAN (Fırat)	Prof.Dr. Mehmet Akif İNANCI (Marmara)
Prof.Dr. Mahmut BAYKAN (Meram)	Doç.Dr. Servet EBRİNÇ (GATA Haydarpaşa)	Doç.Dr. Selçuk İNANLI (Marmara)
Prof.Dr. Bülent BAYSAL (Meram)	Prof.Dr. Turhan ECE (İstanbul)	Prof.Dr. Oktay KADAYIFÇI (Çukurova)
Prof.Dr. Serpil Uğur BAYSAL (İstanbul)	Uz.Dr. Mehmet EKEN (Dr.L. Kırdar Kartal H.)	Prof.Dr. Göksel KALAYCI (İstanbul)

Prof.Dr. Metin KALE (*Eskişehir Osmangazi*)
Yrd.Doç.Dr. Ayşe KALKANCI (*Gazi*)
Prof.Dr. Gökhan KANDEMİR (*GATA Haydarpaşa*)
Yrd.Doç.Dr. Özlem KANDEMİR (*Mersin*)
Prof.Dr. İ.Safa KAPICIOĞLU (*Meram*)
Doç.Dr. Atilla KARAALP (*Marmara*)
Yrd.Doç.Dr. Özlem KARABUDAK (*GATA Haydarpaşa*)
Dr. Ramazan KARABULUT (*Gazi*)
Doç.Dr. Ferhan KARADEMİR (*GATA Haydarpaşa*)
Prof.Dr. Ayşen KARADUMAN (*Hacettepe*)
Doç.Dr. Eray KARAHACIOĞLU (*Gazi*)
Dr. Mustafa KARAKÖSE (*Gazi*)
Prof.Dr. Özkan KARAMAN (*Dokuz Eylül*)
Prof.Dr. Ahmet R. KARASALİHOĞLU (*Trakya*)
Prof.Dr. Melda KARAVUŞ (*Marmara*)
Doç.Dr. Zafer KARTALOĞLU (*GATA Haydarpaşa*)
Doç.Dr. Mukades KAVALA (*İstanbul Göztepe EAH*)
Prof.Dr. Salih KAVUKÇU (*Dokuz Eylül*)
Yrd.Doç.Dr. Gaye KAYA (*Trakya*)
Prof.Dr. Safiye KAYA (*Cerrahpaşa*)
Prof.Dr. Ahmet KAYA (*Çanakkale Onsekizmart*)
Doç.Dr. Ertuğrul KAYAÇETİN (*Meram*)
Uz.Dr. Mustafa KAYALIOĞLU (*İzmir Atatürk EAH*)
Dr. Bilgin KAYGISIZ (*Eskişehir Osmangazi*)
Doç.Dr. Ahmet KAZEZ (*Fırat*)
Prof.Dr. Celalettin KELEŞ (*Dicle*)
Prof.Dr. S.Sırrı KILIÇ (*Fırat*)
Prof.Dr. Zeki KILIÇASLAN (*İstanbul*)
Prof.Dr. Mehmet KILINÇ (*Meram*)
Yrd.Doç.Dr. Adem KIRIŞ (*Fırat*)
Uz.Dr. Gamze KIRKIL (*Fırat*)
Doç.Dr. Esen KIYAN (*İstanbul*)
Doç.Dr. Ercan KOCAKOÇ (*Fırat*)
Prof.Dr. Taner KOÇAK (*İstanbul*)
Prof.Dr. Dildar KONUKOĞLU (*Cerrahpaşa*)
Doç.Dr. Meliha KORKMAZ (*Ankara EAH*)
Prof.Dr. Fikret KÖLEMEN (*Hacettepe*)
Yrd.Doç.Dr. R.Doğan KÖSEOĞLU (*Gaziosmanpaşa*)
Prof.Dr. Cengiz KUDAY (*Cerrahpaşa*)
Doç.Dr. Erdoğan KUNTER (*GATA Haydarpaşa*)
Prof.Dr. Mehmet MELLİ (*Ankara*)
Doç.Dr. Dilek MEMİŞ (*Trakya*)
Prof.Dr. Faruk MERİÇ (*Dicle*)
Uz.Dr. Ali MERT (*Ankara Dışkapı EAH*)
Yrd.Doç.Dr. Ertan MERT (*Mersin*)
Prof.Dr. İnci MEVLİTOĞLU (*Meram*)
Prof.Dr. Ayşe MUDUN (*İstanbul*)
Yrd.Doç.Dr. Hamza MÜSLÜMANOĞLU (*Eskişehir Osmangazi*)
Doç.Dr. Kemal NAS (*Dicle*)
Prof.Dr. Ayhan NUMANOĞLU (*Marmara*)
Doç.Dr. Oğuzhan OKUTAN (*GATA Haydarpaşa*)
Doç.Dr. Lale OLCAY (*Ankara Onkoloji Hst.*)
Prof.Dr. Ongun ONARAN (*Ankara*)
Yrd.Doç.Dr. Nurper ONUK FİLİZ (*Gaziosmanpaşa*)
Yrd.Doç.Dr. Rahmi ONUR (*Fırat*)
Doç.Dr. İrfan ORHAN (*Fırat*)
Prof.Dr. Sibel OTO (*Başkent*)
Prof.Dr. Kemal ÖDEV (*Meram*)
Prof.Dr. Çağlar ÖĞÜTMAN (*Akdeniz*)
Prof.Dr. Ayşenur ÖKTEN (*Karadeniz*)
Prof.Dr. Ateş ÖNAL (*Fırat*)

Prof.Dr. Öztan ÖNCEL (*İstanbul*)
Prof.Dr. Selda ÖNDEROĞLU (*Hacettepe*)
Prof.Dr. Rahmi ÖRS (*Atatürk*)
Doç.Dr. Eser ÖZ (*Gazi*)
Doç.Dr. Rifat ÖZACAR (*İzmir Dr. Suat Seren GH*)
Doç.Dr. Cengiz ÖZCAN (*Mersin*)
Prof.Dr. Semra ÖZÇELİK (*Cumhuriyet*)
Uz.Dr. Y.Nadi ÖZDAMAR (*Ankara Onkoloji Hst.*)
Yrd.Doç.Dr. Ercan ÖZDEMİR (*Cumhuriyet*)
Yrd.Doç.Dr. Hüseyin ÖZDEMİR (*Fırat*)
Yrd.Doç.Dr. Mustafa ÖZDEMİR (*Meram*)
Doç.Dr. Ferda ÖZDEMİR (*Trakya*)
Yrd.Doç.Dr. Merih ÖZGEN (*Pamukkale*)
Prof.Dr. Şehribay ÖZKAN (*Cerrahpaşa*)
Uz.Dr. Halit ÖZKAYA (*GATA Haydarpaşa*)
Dr. Emine ÖZKUL (*Hacettepe*)
Uz.Dr. Ayşe ÖZSÖZ (*İzmir Dr. Suat Seren GH*)
Doç.Dr. Candan ÖZTÜRK (*Mersin*)
Yrd.Doç.Dr. Kayhan ÖZTÜRK (*Meram*)
Doç.Dr. Mustafa ÖZYURT (*GATA Haydarpaşa*)
Prof.Dr. Yücel PAK (*Gazi*)
Prof.Dr. Özden PALAOĞLU (*Ankara*)
Prof.Dr. Zafer PAMUKÇU (*Trakya*)
Yrd.Doç.Dr. Yavuz Selim PATA (*Mersin*)
Prof.Dr. Tuncay PEKER (*Gazi*)
Prof.Dr. Lamia PINAR (*Gazi*)
Uz.Dr. Murat POLAT (*İzmir Atatürk EAH*)
Prof.Dr. Mehmet PUL (*Trakya*)
Doç.Dr. Bizden SABUNCUOĞLU (*Ankara*)
Prof.Dr. Nursen SARAÇ (*Ankara*)
Prof.Dr. Yüksel SARAN (*Ankara*)
Prof.Dr. Mustafa F. SARGON (*Hacettepe*)
Prof.Dr. Yusuf SARIOĞLU (*Gazi*)
Prof.Dr. Ülkü SARITAŞ (*Süleyman Demirel*)
Doç.Dr. Alpay SARPEN (*Akdeniz*)
Yrd.Doç.Dr. Ümit Başar SEMİZ (*GATA Haydarpaşa*)
Yrd.Doç.Dr. Selami SERHATLIOĞLU (*Fırat*)
Yrd.Doç.Dr. Mehmet S. SERİN (*Mersin*)
Prof.Dr. Arzu SEVEN (*Cerrahpaşa*)
Prof.Dr. M.Behçet SEVİN (*Eskişehir Osmangazi*)
Prof.Dr. R.Erol SEZER (*Cumhuriyet*)
Doç.Dr. Gürsel Rasim SOYBİR (*Haseki EAH*)
Doç.Dr. Kaan SÖNMEZ (*Gazi*)
Prof.Dr. Hüseyin SÖNMEZ (*Cerrahpaşa*)
Prof.Dr. Erdoğan M. SÖZÜER (*Erciyes*)
Prof.Dr. Nedim SULTAN (*Gazi*)
Doç.Dr. Hasan SUNAR (*Trakya*)
Prof.Dr. Tayfun SUNAY (*İstanbul*)
Yrd.Doç.Dr. Selami SÜLEYMANOĞLU (*GATA Haydarpaşa*)
Prof.Dr. Selçuk SÜRÜCÜ (*Hacettepe*)
Prof.Dr. Hayrettin ŞAHİN (*Dicle*)
Prof.Dr. Sedef ŞAHİN (*Hacettepe*)
Prof.Dr. Mehmet Ali ŞEHİTOĞLU (*Marmara*)
Doç.Dr. Mehmet ŞENCAN (*Cumhuriyet*)
Doç.Dr. Abdurrahman ŞENYİĞİT (*Dicle*)
Prof.Dr. Levent TABAK (*İstanbul*)
Yrd.Doç.Dr. Arda TAŞATARGİL (*Akdeniz*)
Doç.Dr. Nebahat TAŞDEMİR (*Dicle*)
Prof.Dr. Oktay TAŞKAPAN (*GATA Haydarpaşa*)
Uz.Dr. Nurettin TAŞTEKİN (*Trakya*)
Doç.Dr. İbrahim TEKEOĞLU (*Yüzüncü Yıl*)

Yrd.Doç.Dr. Canan TIKIZ (*Celal Bayar*)
Uz.Dr. Gültekin TİBET (*İzmir Dr. Suat Seren GH*)
Yrd.Doç.Dr. Erdem TOĞROL (*GATA Haydarpaşa*)
Doç..Dr. Alper TOKER (*İstanbul*)
Yrd.Doç.Dr. Hüseyin TOL (*Meram*)
Yrd.Doç.Dr. Hüsamettin TOP (*Trakya*)
Prof.Dr. Füsün TOPÇU (*Dicle*)
Yrd.Doç.Dr. Ahmet TOPUZOĞLU (*Marmara*)
Prof.Dr. Ayşe Armağan TUĞRUL (*Trakya*)
Yrd.Doç.Dr. Hakan TUNA (*Trakya*)
Doç.Dr. İbrahim TUNCAY (*Meram*)
Prof.Dr. Mürvet TUNCEL (*Hacettepe*)
Prof.Dr. İnci TUNCER (*Meram*)
Doç.Dr. Gökhan TUNÇBİLEK (*Hacettepe*)
Prof.Dr. Fatma Ferda TUNÇKANAT (*Hacettepe*)
Prof.Dr. H.Basri TURGUT (*Gazi*)
Doç.Dr. Ayşe Dicle TURHANOĞLU (*Dicle*)
Prof.Dr. Alper TUTKUN (*Marmara*)
Uz.Dr. Cüneyt TÜRKMEN (*İstanbul*)
Prof.Dr. Ömer UĞUR (*Hacettepe*)
Prof.Dr. Hatice UĞURLU (*Meram*)
Doç.Dr. M.Zafer UĞUZ (*İzmir Atatürk EAH*)
Uz.Dr. Serap URAL (*İzmir Atatürk EAH*)
Prof.Dr. A.Dürdal US (*Hacettepe*)
Prof.Dr. Fatma Ezel USLU (*Cerrahpaşa*)
Prof.Dr. Şemsettin USTAÇELEBİ (*Hacettepe*)
Yrd.Doç.Dr. Yeşim Hülya UZ (*Trakya*)
Doç.Dr. Hafize UZUN (*Cerrahpaşa*)
Yrd.Doç.Dr. Kaan UZUNCA (*Trakya*)
Yrd.Doç.Dr. Ersin ÜLKÜR (*GATA Haydarpaşa*)
Prof.Dr. Ahmet ÜNAL (*Cumhuriyet*)
Doç.Dr. Murat ÜNAL (*Mersin*)
Prof.Dr. Seher Nilgün ÜNAL (*İstanbul*)
Prof.Dr. Cüneyd ÜNERİ (*Marmara*)
Doç.Dr. Zeliha ÜNLÜ (*Celal Bayar*)
Prof.Dr. İlhami ÜNLÜOĞLU (*Eskişehir Osmangazi*)
Yrd.Doç.Dr. Diclehan ÜNSAL (*Gazi*)
Prof.Dr. A.Yağız ÜRESİN (*İstanbul*)
Doç.Dr. İsmail ÜSTÜNEL (*Akdeniz*)
Uz.Dr. İlknur VARDAR (*İzmir Atatürk EAH*)
Uz.Dr. Raşan VARGÜN (*Ankara*)
Prof.Dr. Füsün VAROL (*Trakya*)
Prof.Dr. Orhan YALÇIN (*Fırat*)
Doç.Dr. Meltem YALINAY ÇIRAK (*Gazi*)
Doç.Dr. Ahmet YALINKAYA (*Dicle*)
Doç.Dr. Pınar YAMANTÜRK ÇELİK (*İstanbul*)
Prof.Dr. Cumhur Şevket YEĞEN (*Marmara*)
Prof.Dr. Yıldız YEĞENOĞLU (*İstanbul*)
Doç.Dr. Nuran YENER (*Hacettepe*)
Yrd.Doç.Dr. Altan YILDIRIM (*Cumhuriyet*)
Yrd.Doç.Dr. A.Mustafa YILDIRIM (*Fırat*)
Prof.Dr. Atilla YILDIRIM (*Eskişehir Osmangazi*)
Prof.Dr. Ahmet Turan YILMAZ (*GATA Haydarpaşa*)
Yrd.Doç.Dr. Remzi YILMAZ (*Harran*)
Uz.Dr. Özgür YILMAZ (*Eskişehir Osmangazi*)
Yrd.Doç.Dr. Hüseyin YÜCE (*Fırat*)
Doç.Dr. Akın YÜCEL (*Cerrahpaşa*)
Yrd.Doç.Dr. Fatma YÜCEL BEYAZTAŞ (*Cumhuriyet*)
Prof.Dr. Mustafa YÜKSEL (*Marmara*)
Prof.Dr. Emel ZENGİN (*Cerrahpaşa*)
Prof.Dr. Güler ZİLELİOĞLU (*Ankara*)
Uz.Dr. Orhan ZİLELİOĞLU (*Ulucanlar Göz H.*)

-İsimler Soyadı sırasına göre alfabetik olarak sıralanmıştır.

-Soru Hazırlayan Öğretim Üyeleri, 24. Ulusal Tıp Bilimleri Yarışması'na soru gönderen ve katkıda bulunan Öğretim Üyeleri tarafından oluşturulmuştur.

BİLİMSEL YAZIŞMA

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

YAYIN PERİYODU VE TÜRÜ

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

ABONE İŞLEMLERİ

Derginin 1 yıllık abone fiyatı (2006 için)
KDV dahil 20,00 YTL'dir.

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

ON-LINE ABONELİK

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

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

Abonelik işlemleri ile ilgili tüm sorularınız için:

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

ADRES DEĞİŞİKLİKLERİ

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

REKLAM İŞLEMLERİ

Dergiye reklam vermek isteyen tüm kişi ve kurumlar için:

Dr.Deniz Akagündüz, Sultan Çuhadar
Reklam Servisi

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

YAYIN HAKKI

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

BASILDIĞI YER-BASIMCI-YAYIMCI

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

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

Dr.Mehmet Battin Akgül

Yönetim Yeri:

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



Türkiye Klinikleri

MEDİTEST Dergisi

Cilt 15

Sayı 3

2006

İÇİNDEKİLER

121

Genel Cerrahi

147

Kadın Hastalıkları ve Doğum

170

Çocuk Cerrahisi

173

Göğüs-Kalp-Damar Cerrahisi

176

Göz Hastalıkları

ISSN: 1300-0276

C i l t : 1 5 • S a y ı : 3 • 2 0 0 6

Cilt : 15 • Sayı : 3 • 2006 • Sayfa: 121-180

GENEL CERRAHİ

1. Hangisi prerenal azotemi göstergesi değildir?

- a) İdrar osmolalitesi >500 mosm/lt
- b) İdrar Na<20 mEq/lt
- c) Sodyumun fraksiyonel itirahı < 1
- d) Bun/Kreatinin oranı > 20
- e) İdrar/Plazma kreatinin oranı > 20

AÇIKLAMA: Akut Böbrek Yetmezliğinde Tanısal Yardımlar:

	Prerenal Azotemi	Tübüler Hasar	Tıkanma
İdrar ozmolaritesi	>500	<350	Değişken
İ/P osmolaritesi	>1.25	<1.1	Değişken
İ/P üre	>8	<3	Değişken
İ/P kreatinin	>40	<20	<20
İdrar sodyumu	<20	>40	>40
Fraksiyonel Na atılımı	<1	>3	>3

Cevap E (Schwartz's Principles of Surgery. 7. Baskı, 1999. s. 73)

2. Bir haftayı geçmiş olan banka kanında hangi faktörler yetersizdir?

- a) Faktör 1
- b) Sadece Faktör VIII
- c) Faktör XIII-VIII
- d) Faktör V ve VIII
- e) Faktör X

AÇIKLAMA: Banka tam kanında transfüze edilen eritrositin en az %70'i 24 saat sirkülasyonda kalır. Banka kanı trombositler için iyi bir kaynak değildir. Çünkü depolanmadan 24 saat sonra trombositler yaşama yeteneğini kaybederler. Faktör II, VII, IX ve XI banka kanında stabildir. 21 gün içinde pH düşer ve laktik asit yükselir. Taze donmuş plazma yeni alınmış kandan veya faktör V ve VIII sağlamak için taze plazmadan hazırlanır. Diğer pıhtılaşma faktörleri saklanan ürünlerde vardır. Faktör V ve VIII'in yarı ömrü yaklaşık 24-36 saat olup bir hafta beklemiş kanda yetersizdir.

Cevap D (Schwartz's Principles of Surgery. 7. Baskı, 1999. s. 96)

3. Hangisi alkolozisin yan etkisidir?

- a) Doku hipoksisi
- b) Serebral kan akımı azalması
- c) Hipokalsemi

d) Hipokalemi

e) Hb-O₂ dissosiasyon eğrisinin sağa kayması

AÇIKLAMA: Şiddetli solunumsal alkalozun tehlikeleri potasyum eksikliği ile ilgilidir ve özellikle dijitalize veya daha önceden hipokalemisi olan hastalarda, ventriküler aritmi ve fibrilasyon gelişmesine neden olur. Diğer komplikasyonlar arasında, oksihemoglobin dissosiasyon eğrisinin sola kaydırılarak hemoglobinin dokulara oksijen verme kapasitesinin sınırlanması sayılabilir. Ayrıca kalsiyum düzeyi düşükse konvulziyonlara neden olabilir. Hipokaleminin gelişimi ani olabilir. Metabolik alkalozun yol açabileceği tehlikeler, solunumsal alkaloz ile aynıdır.

Cevap E (Schwartz's Principles of Surgery, 7. Baskı, 1999, s.65)

4. Tiroidde var olan kistik bir nodül için hangisi cerrahi endikasyon gerektirmez?

- a) Kist 4 cm.den büyük ise
- b) Aspire edildikten sonra altında solid bir komponent kalmazsa
- c) İki defa aspire edildikten sonra kist tekrarlamış ise
- d) Sitolojisinde folliküler hücre var ise
- e) Sitopatolojisinde atipi var ise

AÇIKLAMA: Tiroid nodüllerinde sitolojik olarak kolloidal nodül tanısı konursa, kozmetik bir neden veya bası bulguları yoksa tiroidektomi gereksizdir. Tiroid kisti üç aspirasyondan sonra tekrar ediyorsa, 4 cm.nin üzerinde ise veya USG'de kompleks yapıda ise o tarafa lobektomi yapılmalıdır. Bası, ses kısıklığı, disfaji, dispne ve tiroid nodülünde ani büyüme olan hastalara lobektomi yapılmalıdır. Ailede kanser anemnezi olan hastalarda tiroid nodülü saptanınca tiroidektomi yapılmalıdır.

Cevap C (Schwartz's Principles of Surgery. 7. Baskı, 1999. s.1706)

5. Aşağıdakilerden hangisi bir transuda özelliğidir?

- a) Bulanık görüntü
- b) 1016'dan daha büyük dansite
- c) 0.5'in üzerinde sıvı proteini/serum proteini oranı
- d) 11000/mm³ lökosit

e) 2gr/dl protein

AÇIKLAMA: Transuda ve Eksudanın Belirleyici Bazı Özellikleri:

	Transuda	Eksuda
Renk	Açık, serumlu bulanık	Kahverengi
WBC	<1000 /mm	>10.000 /mm
RBC	<10.000 /mm	>10.000 /mm kanlı renkte
Glukoz	Normal	Bazı şartlarda düşük
Protein	<3.0 g/dL	>3.0 g/dL
Plevral Prot. / Serum Prot.	<0.5	>0.5
Spesifik Gravite	<1.016	>1.016
LDH	Normal	Üst sınır >%67
Plevral LDH / Serum LDH	<0.6	>0.6
pH	Arteriyel ile aynı	<7.20 Ampiyeme göre
Kültür	Negatif	Pozitif olabilir (Ampiyem)
Sitoloji	Negatif	Pozitif olabilir (Malign)

Cevap E (Schwartz's Principles of Surgery. 7. Baskı, 1999, s.713)

6. Kan ve ürünlerinin tranfüzyonu ile ilgili aşağıdaki belirlemelerden hangisi yanlıştır?

- Hasta oligurik olmadığı sürece yapılan masif banka kanı transfüzyonundaki yüksek potasyum içeriği klinik problem yaratmaz.
- Faktör V ve VIII in en zengin kaynağı taze donmuş plazmadır
- Taze donmuş plazmanın en önemli özelliklerinden biri hepatit bulaştırma riskinin olmayışıdır
- Trombosit preparatları 120 saat içinde kullanılmalıdır
- Eritrosit süspansiyonlarında Na, K, laktik asid ve sitrat miktarları tam kana göre daha azdır.

AÇIKLAMA: Bir kerede 2500 ml üzerinde veya 24 saatte 5000 ml kan transfüzyonu masif transfüzyon olarak adlandırılır. Depo kanındaki artmış potasyum yükünün hasta oligurik olmadıkça klinik önemi yoktur. Taze donmuş plazma yeni alınmış kandan veya faktör V ve VIII sağlamak için taze plazmadan hazırlanır. Diğer pıhtılaşma faktörleri saklanan ürünlerde vardır. İnfeksiyon hastalığı riski, eritrosit süspansiyonu veya tam kanla aynıdır. Banka kanı trombositler için iyi bir kaynak değildir. Çünkü depolanmadan 24 saat sonra trombositler yaşama yeteneğini kaybederler.

Cevap C (Schwartz's Principles of Surgery. 7. Baskı, 1999, s.94-5)

7. Normal bir erişkinde akciğer ve deriden ortalama 600 cc olan günlük sıvı kaybı her bir derece vücut artışı ile ortalama ne kadar artar?

- 50
- 100
- 250
- 500
- 1000

AÇIKLAMA: Normal bir kişi günde ortalama 2000-2500 mL su tüketir. Günlük su kaybı, 250 mL gaytayla, 800-1500 mL idrarla, 600 mL gözlenemeyen yollarla olmaktadır. Gözlenemeyen su kaybı, deri ve akciğerlerden olur. Aşırı su üretimi ya da çevrenin aşırı ısınmasıyla derinin gözlenemeyen su kapasitesi aşılar, terleme oluşur. Bu kayıp bazen vücut ısısındaki 1 derecelik artış için günde 250 mL'yi aşabilir.

Cevap C (Schwartz's Principles of Surgery. 7. Baskı, 1999, s.58)

8. Hangi etiyolojik neden özofagus kanserlerinde sorumlu tutulmamaktadır?

- Akalazya
- Çinko eksikliği
- Nitröz bileşikler
- İnsan papilloma virüsü
- Pernisiyöz anemi

AÇIKLAMA: Özofagus kanserlerinde sorumlu tutulan etkenler; lokal yiyeceklerdeki katkı maddeleri (yanmış etler ve salamura sebzelerdeki nitröz bileşikler) ve mineral yetersizlikleri (çinko ve molibden), sigara ve alkol, tilozis, akalazya, striktürler ve human papilloma virüs enfeksiyonudur.

Cevap E (Schwartz's Principles of Surgery. 7. Baskı, 1999, s.1158)

9. Tetanoz immünizasyonunun 4 doz toksoid ile daha önceden yapıldığını ifade eden, kirli yaralanması olan bir erişkinde tetanoz profilaksisi politikamız nasıl olmalıdır?

- Bu hastaya geçen süreye bakmaksızın tetanoz toksoid rapeli ve immünglobulin uygulanmalıdır.
- Son toksoidinden bu yana 10 yıldan az süre geçmişse hiçbir şey yapılmaz
- Son toksoidinden bu yana 5 yıldan fazla süre geçmişse bir doz toksoid yapılır.
- Son toksoidinden bu yana 10 yıldan fazla süre geçmişse toksoid aşı ve immünglobulin uygulanır

- e) Son toksoidinden bu yana 5 yıldan fazla süre geçmişse toksoid aşı ve immünglobulin uygulanır

AÇIKLAMA: Rutin Cerrahi Yaralarda Tetanoz Profilaksisi:

Tetanoz toksoidi Öyküsü (doz)	Temiz minör yara		Diğer tüm yaralar	
	Td	TIG	Td	TIG
Bilinmiyor veya 3'ten az	Evet	Hayır	Evet	Evet
3 veya 3'ten çok	Hayır(a)	Hayır	Hayır(b)	Hayır

(a): Evet, eğer son dozdan sonra 10 yıl süre geçmişse

(b): Evet, eğer son dozdan sonra 5 yıl süre geçmişse

Cevap C (*Schwartz's Principles of Surgery. 7. Baskı. 1999. s.133*)

10.Üst GiS kanaması için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Duodenal ülserlerde kanama genellikle gastroduodenal arterin dalarından birinden olur
- Akut gastrik mukozal lezyonlarda mukozal periferik dolaşım bozulmakta, iskemik hasar olmakta ve mukoza dökülmektedir.
- Mide mukozası kendini 48-72 saatte yenilemektedir.
- Aspirin, hidrojen iyonlarının geri emilimini arttırarak, mukozanın hasarına yol açar.
- Yanıklardan sonra midede görülen akut ülser ve erozyonlara Cushing Ülserleri denir.

AÇIKLAMA: Üst GiS kanamasının nedenleri; özofajit, varis, mukoza yırtıkları, gastrit ve ülserler olarak sayılabilir. Gastritlerde genellikle mukozal periferik dolaşım bozulmakta, iskemik hasar olmakta ve mukoza dökülmektedir. Peptik ülserde kanayan ülser genellikle arka duvardadır ve gastroduodenal arter dallarından kanar. Stres ülseri; şok, sepsis, cerrahi, travma, yanıklar (curling) ve intrakraniyal patoloji veya cerrahi (cushing) sırasında veya sonrasında ortaya çıkan akut gastroduodenal lezyonları içerir.

Cevap E (*Schwartz's Principles of Surgery. 7. Baskı. 1999. s.1083*)

11.GiS kanaması için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- GiS kanamalarında endoskopik yöntemlerle hastaların yaklaşık %90'ında nonoperatif olarak kanama durdurulabilir

- Vasküler ektaziler özellikle çocukluk yaş grubunda alt GiS kanamalarına yol açmaktadır.
- 40 yaş üzerinde alt veya üst GiS kanaması olan hastalarda endoskopik muayene yapılması gerekir.
- Melena oluşması için kalın bağırsak içinde 8 saat veya daha fazla beklemesi gereklidir.
- Üst GiS kanamalarında endoskopik skleroterapi ile kanama durdurulabilir.

AÇIKLAMA: Sıklık sırasına ve yaş grubuna göre alt GiS kanama sebepleri Tablo 1'de verilmiştir.

Cevap B (*Schwartz's Principles of Surgery. 7. Baskı. 1999. s.1087*)

12.Aşağıdaki ifadelerden yanlış olanı işaretleyiniz.

- Amip abselerinin tedavisinde metronidazol kullanılmaktadır
- Amip absesinde muhteva koyu kahverengi, et rengindedir
- Amip abseli hastaların yaklaşık %5'inde cerrahi drenaj gerekmektedir.
- Piyojenik karaciğer abselerinde mikroorganizmalar vakaların yarısına yakın bir kısmında hepatic arter yolu ile karaciğere gelirler.
- Piyojenik karaciğer abselerinde acil abse drenajı uygulanmalıdır.

AÇIKLAMA: Amibik karaciğer absesi orta yaşlı erişkin hastalığıdır. Amipler karaciğere bağırsak duvarındaki bir ülserden portal venöz sistemle ulaşır. Karaciğer tutulumu genellikle karakteristik kırmızı-kahverengi görünümünde lifeyi materyal içeren tek büyük bir abse şeklindedir. Tedavide genellikle metranidazol kullanılmakta olup %5'de cerrahi drenaj gereklidir.

Cevap D (*Schwartz's Principles of Surgery. 7. Baskı. 1999. s.1421*)

13.Akut pankreatitli bir hastanın takibinde Ranson kriterleri göz önüne alındığında aşağıdakilerden hangisi önemli değildir?

- Açlık kan şekeri
- Kan kalsiyum düzeyi
- Kan laktik dehidrogenaz seviyesi
- Kan alkalin fosfataz düzeyi
- Bazı defisitinin takibi

AÇIKLAMA: Akut Pankreatitte Ranson'un Prognostik Kriterleri:

Tablo 1.

Yenidoğan ve Çocuklar	Adolesan-Genç Erişkin	60 yaş altı erişkin	60 yaş üzeri
Meckel divertikülü	Meckel divertikülü	Divertikülozis	Vasküler ektaziler
Polipler	İnf.bağırsak hastalığı	İnf.bağırsak hastalığı	Divertikülozis
Ülseratif kolit	Polipler	Polipler	Maligniteler
Duplikasyonlar	Maligniteler	Konj.AV malformasyonlar	

GENEL CERRAHİ

Yatışta Bakılanlar	İlk 48 saatte Gelişenler
Yaş>55 WBC>16000 /mL Glukoz>200 mg/dL Serum LDH>350 İ.U/dL AST>250 İ.U/dL	Hematokritteki düşme>%10 Kan BUN>8 mg/dL Serum Ca<8 mg/dL Arteriyel PO ₂ <60 mmHg Baz eksikliği<4 mEq/L Hesaplanan sıvı sekestrasyonu>6000 mL

Cevap D (Schwartz's Principles of Surgery. 7. Baskı. 1999. s.1500)

14.Akut pankreatit ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Akut pankreatitli hastalarda tipik kolik tarzında karın ağrısı olur.
- Kusma hastaların %90'ında görülen bir bulgudur.
- Ciddi akut pankreatitli mayi kayıplarına bağlı olarak gelişen şok tablosunun düzeltilmesi tedavinin en önemli aşamasıdır.
- Epigastriuma isabet eden künt travmalardan sonra akut pankreatit gelişebilir.
- Tüm akut pankreatit formları göz önüne alındığında mortalite yaklaşık %10 civarındadır.

AÇIKLAMA: Tipik A. pankreatit atağı şiddetli ve sürekli epigastrik veya sırta yayılan üst abdominal ağrı ile başlar. Karın muayenesinde en fazla epigastriumda belirgin ancak tüm karında olabilen hassasiyet vardır. Ateş komplike olamayan vakalarda hafifçe yüksektir. Özellikle sol tarafta plöral efüzyon bulguları olabilir. Hastalık daha şiddetli olduğunda ödem sıvısının ve/veya kanın peripankreatik retroperitoneal boşluklara veya peritoneal boşlukta birikmesi nedeniyle hasta şiddetli sıvı kaybı belirtilerini gösterebilir.

Cevap A (Schwartz's Principles of Surgery. 7. Baskı. 1999. s.1497)

15.Aşağıdaki ifadelerden yanlış olanı işaretleyiniz?

- Akut apandisitli bir hastanın idrar analizinde lökosit ve eritrosit görülebilir
- Tanı zorluğu olan akut apandisit vakalarında tanısız laparoskopisi uygulanabilir.
- 0-2 yaş grubundaki akut apandisitlerde perforasyon oranı %80'in üzerindedir.
- Akut apandisitinin seyrinde organ perfore olduğunda ağrı bir müddet hafifleyebilir.
- Akut apandisitli bir hastada karın ağrısı şiddetli olmasına karşılık, hastanın iştahı genellikle yerindedir.

AÇIKLAMA: Akut apandisitinin temel semptomu karın

ağrısıdır. Klasik olarak ağrı epigastriumda başlar ve sağ alt kadrana iner. İştahsızlık hemen hemen tüm apandisit vakalarında görülmektedir. O denli sabit bir bulgudur ki eğer hastanın iştahı bozulmamışsa o hastada akut apandisit tanısını tekrar gözden geçirmek gerekir.

Cevap E (Schwartz's Principles of Surgery. 7. Baskı. 1999. s.1404)

16.Aşağıdaki hasta grubundan hangisi kolon kanseri için yüksek risk taşıyan ve yıllık kolonoskopik tetkik gerektiren hastalardır?

- 10 yıldan fazla süren ülseratif kolitli hastalar
- Striktürlü Crohn hastalığı olan kişiler
- Anorektal hastalığı olan kişiler
- Ailede ve anemnezinde polip ya da kanser öyküsü olan hastalar
- Ailede FAP veya HNPCC olan hastalar

AÇIKLAMA: Yüksek Kolorektal Kanser Riski:

- 1.50 yaş üzeri
- 2.Premalign durumlar
 - 10 yıldan fazla ülseratif kolit
 - Striktürlü Crohn hastalığı
 - Familiyal adenomatöz polipozis
 - HNPCC sendromu
 - Kolonda polip hikayesi
- 3.Aile hikayesinde kolorektal kanser yada polip

Cevap C (Schwartz's Principles of Surgery. 7. Baskı. 1999.s.1358)

17.Diferansiye rektum kanseri olan bir hastada minimum güvenli alt sınır tümörden kaç cm. uzak olmalıdır?

- 6 cm
- 10 cm
- 2 cm
- 3 cm
- 7 cm

AÇIKLAMA: Diferansiye rektum kanserinde cerrahi literatürde uygun distal uzaklığın ne olması gerektiği konusunda büyük bir tartışma mevcuttur. Sınır 2-5 cm arasında değişmektedir. Bu ölçü, tümörün palpabl ucunun distalinde kanserin mikroskopik yayılımının değerlendirilmesinin yapıldığı çalışmalara göre belirlenmiştir.

Cevap C (Schwartz's Principles of Surgery. 7. Baskı. 1999.s.1373)

18.Aşağıdakilerden hangisi koruyucu meme cerrahisi (MKT) yapmaya engel oluşturmaz?

- a) T₃ tümör varlığı
- b) Değişik kadrarlarda birden çok tümör olması
- c) Önceden meme bölgesine uygulanmış radyoterapi
- d) Kollajen damar hastalığı varlığı
- e) Erken hamilelik

AÇIKLAMA: İnvaziv duktal kanserli hastalarda meme koruyucu cerrahi kararı verilirken göz önünde bulundurulması gereken önemli hususlar:

1. Hastanın tercihi
2. Tıbbi nedenler
3. Kozmetik sonuçlar
4. Hastanın yaşı (35 yaştan genç olması)
5. Tümörün boyutu ve sayısı (T1 ve T2 tm olması)
6. Aksiller lenf nodlarının durumu
7. Histopatolojik bulgular
8. Mammografik bulgular
9. Ameliyat sonrası radyoterapi
10. Adjuvan kemoterapi ve radyoterapi

Cevap A (Sayek, 3.Baskı.2004. s.960)

19.Aşağıdaki prognostik faktörlerden hangisi meme tümör için iyi göstergedir?

- a) Tümör çapı
- b) Lenf nodu tutulumu
- c) Histolojik grade
- d) Hormon reseptörü
- e) Tümörün iç kadranı tutması

AÇIKLAMA: Meme kanserinde prognostik faktörler:

1. Histopatolojik tip (İnfiltratif duktal ca→kötü prognoz)
2. Aksiller lenf nodlarının tutulumu (Tutulunun olması kötü prognoz)
3. Tümör boyutu
4. Tümör diferansiyasyon derecesi
5. Hastanın ileri yaşta olması ve aile anamnezi kötü prognoz
6. Östrojen ve progesteron reseptörlerinin pozitif olması iyi prognoz göstergesidir.

Cevap D (Sayek, 3.Baskı.2004. s.954-956)

20.Aşağıdakilerden hangisinin meme tümörü evrelendirmesinde yeri yoktur?

- a) Akciğer grafisi
- b) Üst batin USG
- c) Tümör markerleri
- d) Abdominopelvik BT
- e) Kemik sintigrafisi

AÇIKLAMA: Meme tümörü evrelemesinde kullanılan ölçütler:

- a. Anamnez ve FM
- b. Bilateral meme görüntülemesi
- c. Akciğer grafisi
- d. Kemik sintigrafisi (İleri lokal hastalık, LN metastazı, uzak metastaz, kemik semptomları varsa)
- e. Üst batin USG
- f. CT/MR (Anormal karaciğer fonksiyonları, hepatosplenomegali varsa)

Cevap C (Schwartz's Principles of Surgery. 7. Baskı. 1999. s.569)

21.Yüksek debili fistül demek için günlük fistül debisi minimum ne kadar olmalıdır?

- a) 100 cc
- b) 200 cc
- c) 500 cc
- d) 800 cc
- e) 1000 cc

AÇIKLAMA: Gastrointestinal fistüller tedavi, morbidite ve mortalite oranlarının belirleyicisi olan buldukları yerler ve günlük çıkartıkları hacme göre sınıflandırılırlar. Genel olarak proksimaldeki fistüller daha problemlidir. Proksimal fistüllerde sıvı ve elektrolit kaybı, drenajın sindirim kapasitesi daha fazladır ve önemli bir kısmında gıda absorpsiyonu yapılamamaktadır. Yüksek debili fistüllerin günlük çıkarttığı miktar 500 ml veya üstündedir.

Cevap C (Schwartz's Principles of Surgery. 7. Baskı. 1999. s.1271)

22.Aşağıdakilerden hangisi eviserasyonun doğru tanımıdır?

- a) Karın duvarının tüm tabakalarının rüptürü
- b) Operatif yaranın tüm tabakalarının kısmen açılması
- c) a+organların açığa çıkması
- d) b+veya tamamen açılmasıdır
- e) a+organların batin içinde kalması

AÇIKLAMA: İnsizyonel fitik iyatrojenik bir fitik şeklidir. Abdominal ameliyat yapılan hastalarda oranı %2-12 arasındadır. Bu fitikler giderek büyür ve karın duvarı cildinin kan akımının bozulmasına neden olur. Cilt ülserasyonu gelişir ve karın duvarının tüm tabakaları yırtılır. Bu duruma **evantrasyon** denilir. Rüptüre olan kısımdan organların dışarı çıkmasının eşlik ettiği duruma ise **eviserasyon** denilir.

Cevap C (Sayek, 3.Baskı.2004. s.1518)

23. Aşağıdaki meditörlerden hangisi en güçlü kemotaksi özelliğine sahiptir?

- a) LT A4
- b) LT B4
- c) LT C4
- d) LT D4
- e) LT E4

AÇIKLAMA: İnflamasyon esnasında nötrofillerin olay yerine yönelmesine **kemotaksi** denir ve bunu uyaran faktörlere **kemotaktik faktörler** denilir. Fagositler normal endotele yapışmazlar. Ancak, endotelin travma veya enfeksiyona ikincil harabiyeti sonrası nötrofiller hemen etkilenecek endotele yapışırlar. Lökositler kompleman C5a, lökötrien B4 ve interlökin-8 tarafından endotele çekilirler.

Cevap B (Sayek, 3.Baskı.2004. s.268)

24. Aşağıdakilerden hangisi Littre fitığının tanımına uyar?

- a) Bağırsak duvarının bir kısmının fitik kesesi içinde sıkışması
- b) Fitik kesesi içinde meckel divertikülü bulunması
- c) Fitik kesesi bir duvarını karın içi organlardan birinin yapması
- d) Fitığın geri itilememesi
- e) Fitik kesesi içinde organların arteriyel dolaşımının bozulması

AÇIKLAMA: Meckel divertikülü omfalomezenterik kanalın kalıntısıdır ve kanama, obstruksiyon, inflamasyon ve perforasyona neden olurlar. Obstruksiyon yapma nedenleri ise volvulus, intussusepsiyon, herni kesesinde inkarserasyon (Littre hernisi) ve striktür oluşumdur. **Littre fitığı fitik kesesinin tek içeriğinin Meckel divertikülü olduğu fitiklerdir.** Fitik kesesi bir duvarını karın içi organlardan birinin yapmasına **sliding herni** denilir.

Cevap B (Sayek, 3.Baskı.2004. s.1506)

25. MI geçirmiş bir hastada umbilikal herni operasyonu kaç ay sonra yapılmalıdır?

- a) 3-6 ay
- b) 1-2 ay
- c) Hemen
- d) 7-9 ay
- e) 12 ay

AÇIKLAMA: Cerrahide geçirilmiş miyokard infarktüsünün hikayeden ve EKG bulgularından saptanması önemlidir. Miyokard infarktüsünden 6 ay sonra yapılacak elektif cerrahiyi takiben tekrar infarktüs geçirme şansı %30 dolaylarındadır. Bu nedenle MI'dan en az 6 ay sonra elektif cerrahi planlanmalıdır.

Cevap A (Sayek, 3.Baskı.2004. s.117)

26. Travma sonrası iskelet kaslarından salınan başlıca aminoasitler hangileridir?

- a) Glutamin-arjinin
- b) Arjinin-alanin
- c) Arjinin-laktat
- d) Laktat-alanin
- e) Alanin-glutamin

AÇIKLAMA: Travma sonrası çeşitli aminoasitlerin kas hücreesindeki konsantrasyonları eşzamanlı olarak düşer. Kasın salınan glutamin ve alanin miktarı beklenenden daha fazladır, bu da salınımdan önce bir sentezin olduğunu göstermektedir. Özellikle stresin arttığı hallerde glutamin; lenfositler, fibroblastlar ve gastrointestinal sistem için major enerji kaynağıdır.

Cevap E (Schwartz's Principles of Surgery. 7. Baskı. 1999. s.36)

27. Hangisi TPN endikasyonu değildir?

- a) Gastrointestinal fistüller
- b) Kısa bağırsak sendromu
- c) Akut böbrek yetmezliği
- d) İnflamatuvar bağırsak hastalıkları
- e) Divertikülit

AÇIKLAMA: TPN Endikasyonları:

1. Gastroözofageal fistül, gastroşizis ve omfalosel ve anomalili yenidoğan infantlar.
2. Kısa bağırsak sendromu, malabsorbsiyon v.b. durumlara sekonder gelişim geriliği olan infantlar.
3. Cerrahiye sekonder kısa bağırsak sendromu olan hastalar
4. Akalazya, striktür v.b. üst sindirim sistemi obstruksiyonu olan hastalar.
5. Malabsorbsiyonun eşlik ettiği inflamatuvar hastalıklar
6. Ciddi metabolik dengesizlikler, SSS bozukluğuna bağlı yutma problemi olan hastalar.
7. Ciddi elektrolit dengesizliği olan hastalar
8. Geniş yanıklar, major kırıklar v.b. metabolik ihtiyacın arttığı durumlar.

Cevap E (Seymour I. Schwartz. Schwartz's Principles of Surgery. 7. Baskı. 1999. s.44)

28. Kan transfüzyonlarından sonra en sık gelişen komplikasyon hangisidir?

- a) Allerjik reaksiyon
- b) Anafilaksi
- c) DIC
- d) Hepatit
- e) Purpura

AÇIKLAMA: Transfüzyon reaksiyonlarının sınıflandırılması Tablo 2'de verilmiştir.

Sağ bacak	%18

Tablo 2.

Reaksiyon	Akut	Gecikmiş
İmmünolojik	Hemolitik (1/12.000-33.000) Febril non-hemolitik (1/100-200) Ürtikeryal (1/33-100) Anafaktik (1/18.000-170.000) Transfüzyon ilişkili akciğer yaralanması	Alloimmünizasyon (1/100) Hemolitik (1/5.000-11.000) Trombosit refrakterliği GVHD (nadir) İmmünmodülasyon
İmmünolojik olmayan	Hemolitik Septik Metabolik (koagülopati, hipotermi, sitrat toksisitesi, hiperkalemi) Embolik	İnfeksiyöz (viral, bakteriyel, paraziter) Metabolik (Demir yüklenmesi)

Cevap A (Seymour I. Schwartz. *Schwartz's Principles of Surgery*. 7. Baskı. 1999. s.100)

29.Kortikosteroidlerin, yara iyileşmesini bozucu etkilerini ortadan kaldırmak için hangi vitamin kullanılabilir?

- Vit A
- Vit B12
- Vit C
- Vit D
- Vit E

AÇIKLAMA: Yara iyileşmesinde glukokortikoidler başlangıçta inflamatuvar hücre sayısını azaltırlar. Kollajen sentezini engellerler. Bu hastalarda kovalan agregasyon gösteren kollajen birikimi olmamasına bağlı iyileşme bozukluğu ortaya çıkar. Vit A ile bu bozuklukların kısmen antagonize edildiği tespit edilmiştir.

Cevap A (Sayek, 3.Baskı.2004. s.325)

30.Gövdenin önü, boynu ve sağ kolu yanmış olan hastanın yanık %'si kaçtır?

- %25
- %30
- %28
- %35
- %36

AÇIKLAMA: Yanık Yüzdeleri:

Baş	%9
Boyun	%1
Ön gövde	%18
Arka gövde	%18
Sağ kol	%9
Sol kol	%9

Cevap C (Sayek, 3.Baskı.2004. s.499)

31.Aşağıdaki tanımlardan hangisi sellülite uyar?

- Apokrin ter bezlerinin iltihabıdır
- Kıl folliküllerinin iltihabıdır
- Ligamanların iltihabıdır
- Gözeli bağ dokusunun iltihabıdır
- Kemik iliğinin iltihabıdır.

AÇIKLAMA: Sellülit, genellikle streptokoklara bağlı olarak gelişen, deri ve deri altı dokusunun difüz enfeksiyonudur. Akut inflamasyon bulguları gösterir. Nadiren üzerinde hemorajik büller gelişebilir. Bazen sellülit plağından proksimale doğru eritemli bir şerit yani lenfanjit uzanabilir. Bakteriler için bir giriş noktasına gereksinim vardır. Bu giriş noktası burunda kıl çekme veya ayak parmak arasındaki mantar enfeksiyonu (tinea pedis) sonucu oluşabilir. Bu nedenle, sellülit sıklıkla yüz, ayak ve bacakta yerleşir.

Cevap D (Akgül, Çağdaş cerrahi tanı ve tedavi, s.152)

32.Üst gastrointestinal sistem kanaması olan bir hastada melena görülmesi için en az ne kadar kanama olması gereklidir?

- 10 ml
- 50 ml
- 100 ml
- 250 ml
- 500 ml

AÇIKLAMA: Gastrointestinal sistem kanamaları 5 değişik biçimde görülürler. Hematemez, hematokezya, melena, gaytada gizli kan ve masif kanama. **Melena** parlak siyah, kötü kokulu katrana benzeyen cıvık özellikteki gaytaya verilen isimdir.

GENEL CERRAHI

Melena oluşması için en az 50 ml kanama olması gereklidir.

Cevap B (Sayek, 3.Baskı.2004. s.1059)

33.Erişkinde en sık disfaji nedeni nedir?

- a) Özofagus Ca
- b) Akalazya
- c) Sliding hiatal herni
- d) Paraözofageal herni
- e) Özofageal divertikül

AÇIKLAMA: Akalazya alt özofageyal sfinkterdeki normal reseptif relaksasyon yetmezliği neticesi oluşur. En sık rastlanan belirti disfajidir (%82-100), bunu regürjitasyon (%56-97), kilo kaybı (%30-90), göğüste yanma ve göğüs ağrısı takip eder. Yutma güçlüğü başlangıçta aralıklı iken sonradan devamlı hal alır.

Cevap B (Sayek, 3.Baskı.2004. s.1104)

34.Mide karsinomunda 5 yıllık yaşam oranı hangisidir?

- a) %78
- b) %72
- c) %30
- d) %15
- e) %2

AÇIKLAMA: Mide karsinomalarının prognozu oldukça kötüdür. 5 yıllık yaşam oranı %25 dolaylarındadır. Midenin distal kısımlarında yerleşik kanserlerinde prognoz proksimaldekilere oranla dahiyidir.

Mide kanserinin yerleştiği yere göre 5 yıllık yaşam oranı

Evre	Proksimal Mide	Distal Mide
Tüm evreler	%14.3	%26.0
Lokalize hastalık	%40.5	%68.5
Bölgesel hastalık	%13.6	%24.6
Uzak metastatik hastalık	%2.3	%1.4

Cevap D (Sayek, 3.Baskı.2004. s.1149)

35.Midede bikarbonat sekresyonu hangi hücreler tarafından yapılmaktadır?

- a) Pariyetal hücreler
- b) Müköz boyun hücreleri
- c) Endokrin hücreler
- d) Yüzey epitel hücreleri
- e) Esas hücreler

AÇIKLAMA: Mide sekresyonları:

Pariyetal Hücreler :Mide asit salgısını yaparlar.

Esas Hücreler :Pepsinojen salgılarlar.

Müköz Boyun Hücreleri :Yüzey koruyucu etki yaparlar.

Yüzey Epitel Hücreleri :Sodyumdan zengin alkalın

sekresyonun kaynağıdır. Ayrıca bikarbonat salgılarlar.

Cevap D (Schwartz's Principles of Surgery. 7. Baskı. 1999. s.1203)

36.Kolonun arteriyel kanlanması en az olduğu bölge hangisidir?

- a) Çekum
- b) Hepatik fleksura
- c) Transvers kolon
- d) Splenik fleksura
- e) Sigmoid kolon

AÇIKLAMA: Kolon superior mezenterik arter ve inferior mezenterik arter tarafından beslenir. Splenik fleksura hizasında superior ve inferior mezenterik arter arasında kollateraller bulunur. İleokolik, sağ, orta ve sol kolik arterler bir seri anastomoz damarları ile birbirlerine bağlanarak Drummond'un marjinal arterini oluştururlar. O nedenle kolonda splenik fleksura diğerlerine göre daha az kanlanır.

Cevap D (Schwartz's Principles of Surgery. 7. Baskı. 1999. s.1285)

37.Kırk yaşında bayan hasta tenezm ve günde 20 kez kan pü'lü gaita şikayeti ile hastaneye başvuruyor. Ateş 40 derece ise ön tanınız nedir?

- a) Divertikülit
- b) Kolon kanseri
- c) İskemik kolit
- d) Ülseratif kolit
- e) Crohn hastalığı

AÇIKLAMA: Ülseratif kolitli hastaların büyük çoğunluğunda en önemli yakınma gece-gündüz devam eden kanlı, mukuslu ve cerahatli ishaldir. Yaygın lezyon bulunan olgularda, ataklar sırasında günde 10-20 arasında değişen defakasyon sayısı ile hastaları sıkıntıya sokar. Ülseratif kolitte ateş çok hafif yükselir, ancak akut fulminant tiplerde 38 derecenin üstüne çıkabilir.

Cevap D (Sayek, 3.Baskı.2004. s.1205)

38.Yetmiş yaşında hastada tıkanma sarılığı teşhisinde tercih edilecek ilk yöntem nedir?

- a) USG
- b) ERCP
- c) PTK
- d) BT
- e) Sintigrafi

AÇIKLAMA: USG, kolelitazis tanısında en güvenilir

metoddur. Ayrıca non-invaziv olması, karaciğer içi ve dışı safra yollarının bu yolla değerlendirilebilmesi en büyük avantajıdır. Bu nedenle **yaş gözetmeksizin safra yolları ile ilgili patolojilerde ilk tercih edilen yöntem ultrasonografidir.**

Cevap A (Sayek, 3.Baskı.2004. s.1375)

39.Safra kesesinin boşalması için majör uyarı nedir?

- a) Vagal uyarı
- b) Sempatik uyarı
- c) Kolesistokinin salınımı
- d) Sekretin salınımı
- e) HCl asit salınımı

AÇIKLAMA: Safra kesesinin boşalması ve safra akımı süreklilik gösteren olaylardır. Safra kesesinin dolması ve boşalmasını hormonal, nöral ve mekanik faktörler belirler. **Yemek yenmesini takiben salgılanan kolesistokinin safra kesesi boşalması için temel uyarıdır.** Yemekten 90-120 dakika sonra maksimum boşalma sağlanır. Primer hormonal uyarı kolesistokinin olmasına rağmen motilin, sekretin, histamin ve PG de safra kesesi kontraksiyonuna neden olur.

Cevap C (Sayek, 3.Baskı.2004. s.1372-1374)

40.Hangi meme Ca tipinin bilateral olma ihtimali en fazladır?

- a) Medüller
- b) Papiller
- c) İnfiltratif duktal
- d) Lobüler
- e) Komedo

AÇIKLAMA: Lobüler karsinom, meme kanserlerinin %10'unu oluşturur. Lobüler karsinomlarda mikrokalsifikasyon görülmez. Lobüler karsinomların bilateral olma olasılığı yüksektir. Lobüler karsinoma in-situnun %90'a varan oranda istatistiksel anlamda bilateral olma ihtimali vardır. Duktal CIS'da bu oran %10-15'dir.

Cevap D (Schwartz's Principles of Surgery. 7. Baskı. 1999.s.574)

41.Otuziki yaşında kadın hasta, kanlı meme başı akıntısı şikayetiyle başvuruyor. Fizik muayenede küçük, ağrılı ve areola altında hareketli bir nodül saptanıyor. Meme başı normal görünüyor. Olası ilk tanınız nedir?

- a) Fibrokistik hastalık
- b) Fibroadenom
- c) İntraduktal papillom

MEDİTEST Cilt 15, Sayı 3, 2006

d) Cystosarcoma phylloides
e) Meduller karsinom

AÇIKLAMA: Neoplastik meme başı akıntısı genellikle tek taraflıdır. Akıntı sıvısı kanlı, seroanjinoz olabileceği gibi başka renklerde de olabilir. Bu akıntının nedeni genellikle benign meme hastalıklarıdır. En sık nedenler intraduktal papillom ve papillamatozistir. İntraduktal papillom genellikle orta yaşlarda sık görülür ve areola altında hareketli bir nodül şeklinde muayene bulgusu verir.

Cevap C (Sayek, 3.Baskı.2004. s.944)

42.En sık görülen tiroid Ca tipi hangisidir?

- a) Papiller Ca
- b) Meduller Ca
- c) Folliküler Ca
- d) Hurtle hücreli Ca
- e) Metastatik Ca

AÇIKLAMA: Papiller Karsinom; Bütün tiroid karsinomlarının %80'ini oluşturur. Boyuna radyasyon alanlarda görülen tiroid malignansilerinin %90'ı papiller karsinomdur. İçinde kalsiyum depolanan Psammoma Cisimcikleri vardır ve **en iyi prognoza sahip tiroid karsinomudur.**

Cevap A (Sayek, 3.Baskı.2004. s.1600)

43.Anal fissür triadı nedir?

- a) Hipertrofik papilla, anal ülser, sentinal pili
- b) Anal ülser, hemoroid, anorektal abse
- c) Hipertrofik papilla, anal ülser, anal fistül
- d) İnternal hemoroid, anal ülser, eksternal hemoroid
- e) Hiçbiri

AÇIKLAMA: Anal fissür, dentat çizginin hemen distalinde ön ya da arka orta hatta yerleşmiş anoderm çatlağıdır. %90 arkada %10 önde yerleşmiştir. Posterior orta hattaki anodermal kan akımı, anal kanalın diğer segmentlerine göre daha azdır. Fissürdeki ağrı ve irritasyon alttaki internal sfinkter kasında spazma yol açar ve fissürün derinleşerek anal ülser haline gelmesine neden olur. Böyle bir anal ülser kronik fissür varlığını gösterir, olgun şeklinde eksternal deri çıkıntısı (skin tag) ve hipertrofiye olmuş anal papilla eşlik eder.

Cevap A (Schwartz's Principles of Surgery. 7. Baskı. 1999. s.1316)

44.Perianal fistüller içinde en sık görüleni hangisidir?

- a) Transsfinkterik
- b) Suprasfinkterik
- c) Ekstrasfinkterik

- d) İntersfinkterik
e) Hiçbiri

AÇIKLAMA: Anal fistül, perianal derideki bir dış ağızın rektum veya anal kanaldaki bir iç ağızla normalde olmayan bir traktüs veya kavite aracılığıyla birleşmesiyle oluşur. Anal fistüller anatomik yerleşimine göre sınıflandırılırlar: İntersfinkterik, transsfinkterik, suprasfinkterik ve ekstrasfinkterik fistüller.

İntersfinkterik fistüller çoğunlukla perianal abselerden kaynaklanır. Anal fistüllerin %70'i bu tiptir. Transsfinkterik fistüller genellikle iskiorektal abselerden kaynaklanır. Bunlar fistüllerin %23'ünü oluşturur. Suprasfinkterik fistüller supralevatör abselerden kaynaklanır ve fistüllerin %5'ini oluşturur. Ekstrasfinkterik fistüller ise %2 oranında görülür.

Cevap D (Sayek, 3.Baskı,2004. s.1265)

45.Hangisi en sık görülen kolon polipidir?

- a) İnflamatuvar polip
b) Juvenil polip
c) Hiperplastik polip
d) Peutz-jenger polipleri
e) Psödopolip

AÇIKLAMA: Hiperplastik polip; en sık görülen kolon polipleridir. Hiperplastik polipler, adenomlar gibi en sık rektosigmoid bölgede görülür. Neoplastik olmamalarına rağmen kolon kanserli hastalarda daha sık görülürler. Hemen her zaman asemptomatik olup çok sayıda olduklarında rektal kanamaya neden olurlar.

Psödopolipler ülseratif kolitte görülürler. Peutz-jenger polipleri ise hamartamatöz poliptir.

Cevap C (Sayek, 3.Baskı, 2004, s.1239)

46.Tüberküloz enteritinin en sık tuttuğu gastrointestinal sistem bölümü hangisidir?

- a) Mide
b) Jejunum
c) Rektosigmoid
d) İleoçekal
e) Duodenum

AÇIKLAMA: Tüberküloz enterit, abdominal tüberkülozun en sık görülen şeklidir. Tüberküloz enterit gastrointestinal sistemin herhangi bir yerinde görülebilirse de en çok ileum ve ileoçekal bölgede karşılaşılır. Hastaların %75-90'ında bu bölge tutulur. En sık görülen yakınmalar karın ağrısı, kilo kaybı, iştahsızlık, halsizlik, aralıklı ateş, gece terlemeleri ve ishal-kabızlık ataklarıdır.

Cevap D (Sayek, 3.Baskı, 2004, s.1167)

47.Karaciğerin en sık görülen tümörü hangisidir?

- a) Adenom
b) Hepatoma
c) Hemanjiyom
d) Hepatosellüler karsinom
e) Metastatik tümörler

AÇIKLAMA: Karaciğerde en sık görülen benign tümör hemanjiomlardır. Ayrıca hemanjiyomunda en sık etkilediği organ karaciğerdir. Tanıda ilk basamakta USG kullanılır ancak kesin tanı anjiyografi ile konulur. En sık görülen malign tümörü ise metastazları olup primer tümörlerden ise hepatosellüler karsinomdur. Kural olarak her malign tümör karaciğere metastaz yapma eğilimindedir. En sık karaciğer metastazı yapan primer tümörler; kolon kanseri, rektum kanseri, bronş kanseri, pankreas kanseri, meme ve mide kanseridir.

Cevap E (Sayek, 3.Baskı, 2004. s.1341)

48.Akut süpüratif kolanjit kliniğinde tanımlanan reynold pentadına dahil olmayan bulgu aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Tekrarlayan ateş
b) Sarılık
c) Sağ üst kadrans ağrısı
d) Kaşıntı
e) Şok ve konfüzyon-koma gibi merkezi sistem bulguları

AÇIKLAMA: Akut kolanjit kliniğinde Charcot triadı kullanılıp "Tekrarlayan ateş, sarılık ve karın ağrısı" ile karakterizedir. Kolanjitte ateş, titreme, karında hafif bir rahatsızlık hissi ve serum bilirubininde çok az bir yükselme söz konusu olabileceği gibi, nadir olarak daha ciddi Charcot triadı komponentleri yanısıra şok ve merkezi sinir sistemi bulguları (konfüzyon, koma v.s.) ile akut süpüratif kolanjit kliniği gelişebilir (Reynold pentadı).

Cevap D (Sayek, 3.Baskı,2004. s.1386)

49.Meme Ca en sık hangi lokalizasyonda yer alır?

- a) Üst dış
b) Üst iç
c) Alt dış
d) Alt iç
e) Aerola altında

AÇIKLAMA: Meme kanseri kadınlarda en sık görülen alana özgü kanser tipidir. Etiyolojisinde genetik faktörler, diyet, hormon kullanımı, obesite, emzirme ve menapoz, doğum yapma ve fertilitite ile radyasyon rol oynar. En sık %80 oranında üst dış kadranda görülür.

Cevap A (Schwartz, 6. baskı. s.532)

50. Trombosit replasmanından 7-10 gün sonra görülen ağır trombositopeni, peteşi ve kanama görülen hastada ne düşünülmelidir?

- Alloimmunizasyon
- Greft versus host reaksiyonu
- Posttransfüzyon purpurası
- Akut hemolitik transfüzyon reaksiyonu
- Nonhemolitik immün transfüzyon reaksiyonu

AÇIKLAMA: Tam kandan santrifügasyon yolu ile elde edilirler. Her bir ünite ortalama 50 mL (40-70 mL) hacminde ve herbiri en az $5,5 \times 10^{10}$ kadar trombosit içerir. Komponent, platellet saklama dolabında 20-24°C ısı aralığında 5 gün saklanabilir ancak fatal seyirli transfüzyona bağlı bakteriyel sepsislerin büyük çoğunluğu trombosit süspansiyonlarından kaynaklanmaktadır. Bu sebeple uzun süre saklanmadan kullanılması daha uygun bir yaklaşım olacaktır.

Trombosit replasmanından sonra nadiren trombosit antikoru nedeniyle derin trombositopeni ve peteşiyle karakterize tabloya **posttransfüzyon purpurası** adı verilir ve ağır kanamaya neden olabilir.

Cevap C (*Schwartz's Principles of Surgery, 7. Baskı, 1999. s.79*)

51. Hangisi en sık kanlı meme başı akıntısına neden olur?

- Fibrokistik hastalık
- Fibroadenom
- Sistosarkoma philloides
- Yağ nekrozu
- İntraduktal papillom

AÇIKLAMA: Meme başı akıntıları genel olarak üç grup altında incelenebilir;

- Galaktore
- Kansız akıntı
- Kanlı akıntı

Galaktore

Her iki memeden, spontan (kendiliğinden) olarak, tüm kanallardan sütlü akıntı gelmesi galaktore olarak adlandırılır. Memelerden sütlü akıntı gelmesi gebelik sırasında veya gebelik bittiğinde görülebilir. Bu yaklaşık iki yıl kadar sürebilir ve emzirme bittiğinde kesilir. Gebelik veya emzirme olmaksızın memelerden sütlü akıntı gelmesi fizyolojik, farmakolojik (ilaçlara bağlı) veya endokrinolojik (hormonal) nedenlere bağlı olabilir.

Kansız Akıntılar

Pürülan Akıntılar: Sıklıkla çocuk emzirme döneminde görülmekle beraber postmenopozal kadınlarda da görülebilir. Memede ağrı, huzursuzluk

ve bir çok kanaldan kaynaklanan, spontan, tek taraflı akıntı enfeksiyon belirtileri ile birlikte mevcuttur. Enflamasyona ait klinik ve laboratuvar bulguları ile tanı koyulabilir.

Tedavi için kültür alınarak uygun antibiyotik ve antiinflamatuvar verilir. Eğer abse oluşmuşsa insizyon ve drenaj gereklidir. Ayrıca inflamatuvar kanser açısından dikkatli olmak gerekmektedir.

Kanlı Akıntılar

Bu hastalarda sıklıkla %48.1 intraduktal papillom (en sık) %32.9 fibrokistik değişiklik %14.3 kanser %4.8 duktal ektazi saptanmıştır. İntraduktal papillomlar genellikle 20-40 yaşlarında görülürler. Çoğunlukla meme başına yakın bir kist ya da genişlemiş bir duktus içinde gelişen genellikle 1 cm.den küçük lezyondur. Bazen papillomlar birçok duktusda ve duktusun farklı yerlerinde de olabilir. Fizik muayene ile akıntının geldiği duktus saptanmaya çalışılır. Tanıda mamografi yalnız başına yetersizdir. Duktografi (kanallardan ilaç verilerek görüntüleme) ve histopatolojik (parçanın alınarak mikroskop altında incelenmesi) tanıda önemlidir.

Bu akıntılar sıklıkla kanserle veya prekanseröz mastopati ile birlikte. Akıntı tek taraflı, tek kanaldan kaynaklanıyor, kitle var ise sitolojik ve mamografik bulgular da değerlendirilerek kanser ayırıcı tanısına gidilmelidir.

Meme başı akıntısında hastaya yaklaşım ve tanı yöntemleri ne olmalıdır?

Eğer akıntı çamaşır üzerinde spontan fark edilmişse bu hastanın aktivasyonu örneğin jimnastik sonrası fark edilenden daha önemlidir. Akıntının menstruel siklus (adet kanamaları), ovulasyon ve mevcut gebelik ile ilişkisinin olması nonkanseroz (kanseri dışı) lezyon ayırımında önemlidir. Akıntının rengi, travma (hasara maruz kalma), cerrahi, herpes zoster gibi enfeksiyonlarda ayırıcı tanıda önemlidir. Hikayede ilaç kullanımı araştırılmalıdır.

Hasta yaşı ve ailede kanser hikayesi meme kanseri gelişiminde artmış bir risktir. Tüm menopoz sonrası akıntılar önemlidir.

Her iki memenin fizik muayenesi nazik ve dikkatli biçimde yapılmalıdır. Akıntının geldiği kadranın demonstrasyonu önemlidir. Akıntının rengi ve konsantrasyonu gözlenir. Sitoloji yapılabilir fakat yalancı negatif sonuç oranı yüksektir. Sitoloji şüpheli, kitle tespit edilememişse kesin tanı için akıntının geldiği meme duktusu çıkarılarak tanıya gidilmelidir. Tüm palpe edilen (ele gelen) kitlelerde ince iğne aspirasyon biyopsisi gereklidir. Histopatolojik tanı daha değerlidir ve bizi kesin tanıya götürür. Mamografi öncelikle yapılmalıdır. Duktografi özellikle intraduktal papillom tanısında

GENEL CERRAHİ

yardımcı
lır.

olabi-

Cevap E (Sayek, 1. cilt, s.523)

52.En iyi prognoza sahip tiroid kanseri hangisidir?

- a) Folliküler
- b) Papiller
- c) Papillofoliküler
- d) Medüller
- e) Anaplastik

AÇIKLAMA: Tiroid Malign Hastalıkları

- 1- Diferansiye tiroid karsinomları
 - a) Papiller karsinom (%80)
 - b) Foliküler karsinom (%10)
 - Hürthle hücreli karsinom %3
- 2- Medüller Karsinom (%5)
- 3- Anaplastik kanser (%1)
- 4- Lenfoma (%1)
- 5- Metastatik karsinomlar: Nadir (Böbrek, meme, akciğer, melanom) (Şekil 1).

Papiller Karsinom

Tiroid Ca'ların %75-85'i papiller karsinomdur. Tiroid follikül hücrelerinden köken alır. TSH bağımlı diferansiye tümörlerdir. Boyun bölgeleri radyasyona maruz kalmış hastalarda en sık görülen malignansidir, çocuklar ve gençlerde de sıklıkla görülen tiptir. 40 yaş altı sıktır, K:E oranı 2:1. Sıklıkla 30-40 yaşlar civarında görülür. Prognozu en iyi tiroid karsinomudur. 10 yıllık yaşam %90-95'tir. Tanı anında disfaji, dispne, disfoni gibi bulguların eşlik etmesi genelde lokal ilerlemiş hastalığı vurgular. %95 lenfatik, %5 hematojen yolla metastaz yapar (lateral aberran tiroid). Tanı TİİAB ile güvenilir

şekilde konulur. Tanı anında uzak metastaz nadirdir. %20 hastada metastazlar ortaya çıkar: en sık akciğer, sonra kemik, karaciğer ve beyin.

Prognostik Kriterler: Prognoz açısından çeşitli skorlama sistemleri geliştirilmiştir:

AGES: Yaş, Histolojik grade, Tiroid dışı invazyon veya metastazlar, Tümör boyutu

MACIS: Metastazlar, Yaş, Rezeksiyonun tam olması, Tiroid dışı invazyon, Tümör boyutu.

AMES: Yaş (Erkek < 40, kadın < 50), Metastazlar, Tiroid dışı yayılım, Tümör boyutu.

TNM: Yaygın kullanımı vardır. Papiller ve folliküler kanserler için en önemli belirleyici uzak metastazların varlığıdır.

Ayrıca anöploid, yüksek EGF bağlama oranı, N-ras, c-myc ve p53 mutasyonları varlığı kötü prognostik kriterler olarak kabul görmektedir.

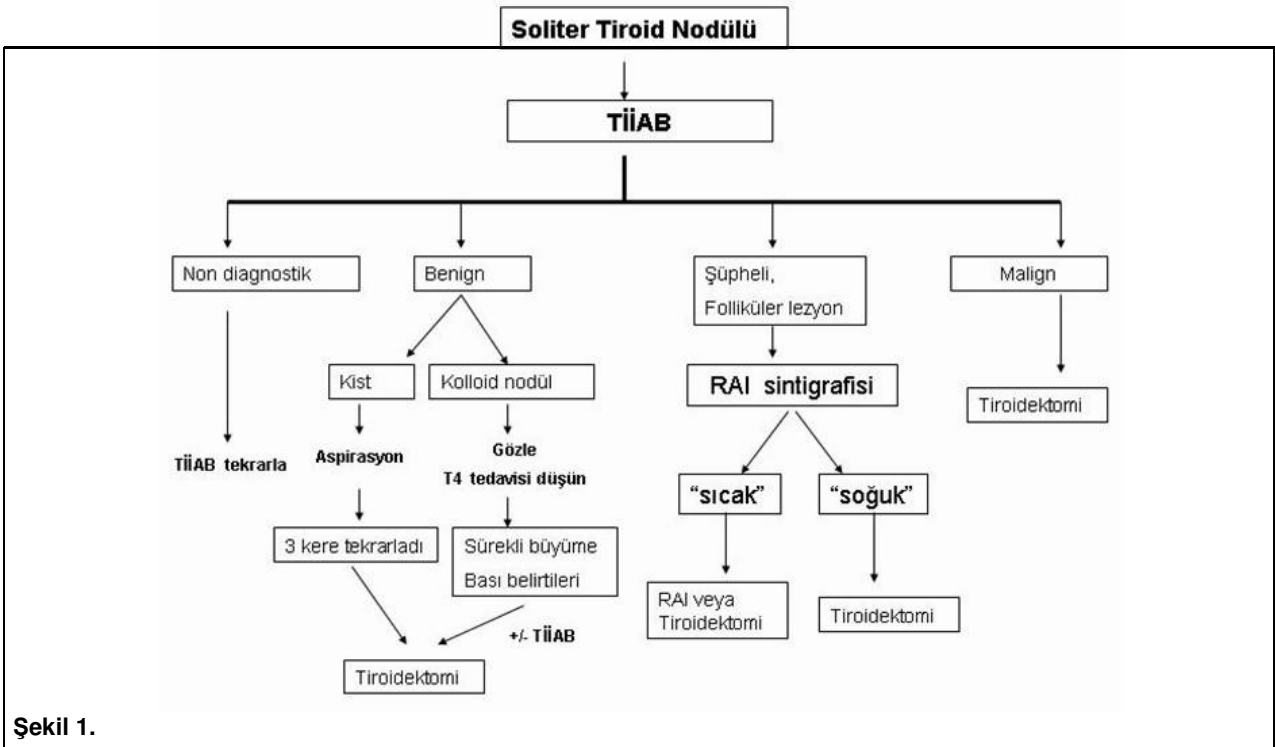
Genel kural olarak 40 yaşın altındaki hastalarda metastaz veya lokal invazyon da yoksa iyi prognoz olarak kabul edilir.

Tedavi: Cerrahi tedavide yüksek risk hastalarda (herhangi bir skorlama sistemi), bilateral ve multisentrik tümörlerde bilateral total tiroidektomi tercih edilir. İnsidental olarak tanı konan minimal/okkült PTK için, damar invazyonu, multifokalite ve cerrahi sınır pozitifliği olmadığı sürece lobektomi ve istemektomi yeterli olarak kabul edilmektedir. Düşük riski olan PTK'lara yaklaşımda total tiroidektomiye karşı lobektomi veya subtotal tartışması kısmen de olsa sürmektedir.

Cevap B (Ceylan, 1996. s.649)

53.Amiloid içeren tiroid kanseri hangisidir?

- a) Folliküler



Şekil 1.

- b) Papiller
c) Lenfoma
d) Medüller
e) Anaplastik

AÇIKLAMA: Aile hikayesi: Bazı ailevi kanser sendromlarında tiroid kanser riski artmıştır. MEN II ve ailevi medüller tiroid kanseri tipik örnekleridir.

SENDROM	GEN	TİROİD NEOPLAZM
Cowden hastalığı	PTEN	FTK, nadiren PTK, Hürthle
FAP	APC	PTK
Werner Sendromu	WRN	PTK, FTK, anaplastik

Medüller Tiroid Ca %7 sıklıkla karşılaşılan bir kanser türüdür. Parafoliküler veya C hücrelerinden kaynaklanır, kalsitonin salgılar. Bu hücreler nöral krest hücrelerinden gelişir. Bu hücreler 2/3 oranında tiroidin süperior bölgesinde bulunur. Makroskopik olarak tipik medüller tiroid karsinomu solid; sert kapsülsüz ancak sınırları belli nodüler yapıdadır. Mikroskopik olarak vasküler bağ dokusu, hiyalinize kollajen ve amiloid ile ayrılmış, yuvarlak poligonol sitoplazmalı, orta büyüklükte nükleusu olan hücreler tipiktir.

Cevap D (Austin, s.614)

- 54. Aşağıdakilerden hangisi primer hiperaldosteronizm'de görülmez?**
- a) Hipertansiyon
b) Poliüri
c) Tetani
d) Hipokalemi
e) Renin düzeyinde artış

AÇIKLAMA: Hiperaldosteronizm

Hipertansiyon, hipokalemi, hiporeninemi ve yüksek aldosteron düzeyleriyle karakterize olan primer hiperaldosteronizm ilk olarak 1955 yılında tanımlanmıştır. Hipertansif olguların %1'inden azında görülür.

Primer ve sekonder olmak üzere iki ayrı gruba ayrılır. Primer hiperaldosteronizmde, adrenal kortekste bir tümör veya hiperplazi vardır. Hastada hipertansiyon vardır ve ödem görülmez. Bu hastalık ilk olarak Conn tarafından tanımlandığından, **Conn Hastalığı** olarak da bilinir. Primer hiperaldosteronizmin %85'inde sebep, bir adenomdur. %15 vak'ada ise, bilateral nodüler hiperplaziye rastlanılmaktadır. Adenom multiple olabilir. Hiperaldosteronizmde, bilateral adrenal hiperplazi, unilateral adenom, glukokortikoidlerle baskılanan hiperaldosteronizm ve adrenokortikal karsinomun birbirinden ayırdedilme zorunluluğu vardır. Primer hiperaldosteronizmin %64'ü adenom, %32'si hiperplazili hastalardır. Uygun tedavi yöntemini seçebilmek için adenom ve

hiperplaziyi doğru olarak ayırmak gerekir. Bilateral hiperplazili vakalar için cerrahi tedavi uygun değilken; spironolaktondan fayda görürler. Adenomlu hastalarda ise adenom cerrahi olarak çıkarılması sonucu kan basıncı yüksekliği kontrol altına alınabilir.

Hiperaldosteronizmde, bilateral adrenal hiperplazi, unilateral adenom, glukokortikoidlerle baskılanan hiperaldosteronizm ve adrenokortikal karsinomun birbirinden ayırdedilme zorunluluğu vardır. Primer hiperaldosteronizmin %64'ü adenom, %32'si hiperplazili hastalardır. Uygun tedavi yöntemini seçebilmek için adenom ve hiperplaziyi doğru olarak ayırmak gerekir. Bilateral hiperplazili vakalar için cerrahi tedavi uygun değilken; spironolaktondan fayda görürler. Adenomlu hastalarda ise adenom cerrahi olarak çıkarılması sonucu kan basıncı yüksekliği kontrol altına alınabilir.

Sekonder hiperaldosteronizm, genellikle artmış anjiotensinin zona glomerulozayı uyarması sonucudur. Damar içinde dolaşan kan hacminde bir azalma ya da sodyum miktarında düşüş, renin salgılanmasını artırır. Ayrıca böbreklerden geçen kan akımında azalma (örneğin: renal arter stenozu) yine renin salgısını artırır.

Tanı: Hastalarda hipervolemi, hipertansiyon, alkaloz (aldosteronun K⁺ ile birlikte H⁺ iyonunu da fazla atmasına bağlı olarak gelişir; metaboliktir), poliüri, noktüri, bağırsısı ve adale zayıflığı olur.

Cevap E (Akgül, Çağdaş cerrahi tanı ve tedavisi, s.774)

- 55. Aşağıdakilerden hangisi A. Pankreatit nedeni değildir?**

- a) Alkol
b) Hiperürisemi
c) Hiperkalsemi
d) Hiperlipidemi
e) Familyal

AÇIKLAMA: Akut pankreatit pankreasın inflamasyonu olarak tanımlanır.

Etiyoloji:

- safra taşları ve alkolizm (en sık)
- travma
- hiperkalsemi,
- hipertriglisideremi, hiperkolesterolemi gibi metabolik nedenler yanı sıra
- toksik ve allerjik nedenler
- bazı ilaçlar
- viral etkenler
- Herediter pankreatit de tanımlanmıştır.

%15'inde neden saptanamayabilir. Sindirim enzimlerinin asiner hücrede aktivasyonu ve retansiyonu pankreasta lokal harabiyetin (otodigesyon) ortaya çıkmasına neden olur. Bu süreç

GENEL CERRAHI

vasküler permeabilitede artışa yol açarak pankreasta ödem, iskemiye neden olarak pankreas yaralanmasını artırırlar.

Ağır bir yemek veya alkol alımı sonrası şiddetli epigastrik ağrı, kuşak tarzında sırta doğru yayılır. Bulantı, kusma vardır. **Tanı klinik şüphe ile konur ve laboratuvar bulguları ile desteklenir.** Serum amilazı yüksekliği (izoenzim) anlamlıdır, ancak spesifik değildir. Ultrasonografi safra taşı pankreatitleri tanısında yardımcıdır ancak hastalığın takibinde de kullanılmalıdır. Bilgisayarlı karın tomografisi 2-3 günde iyileşme eğilimi göstermeyen akut pankreatitlerde hastalığın şiddetini ve komplikasyonlarını, özellikle nekroz açısından, izlemek ve tedavisi planlamak için en duyarlı yöntemdir. Nekroz varlığında infeksiyon varlığı perkütan iğne aspirasyonu ile saptanır. Pankreatitin şiddetinin tayininde APACHE II, Ranson kriterleri gibi skorlama sistemleri kullanılabilceği gibi akut faz reaktanları (CRP gibi) ölçümleri de kullanılmaktadır.

Cevap B (Akgül, Çağdaş cerrahi tanı ve tedavisi, s.604)

56.Heterotropik pankreas dokusunun en çok yerleştiği yer neresidir?

- Mide fundusu
- Büyük kurvaturda antrum distalinde
- Özofagus
- Duodenum
- Meckel divertikülü

AÇIKLAMA: Aksesuar Pankreas Dokusu: Genellikle sıklık sırasına göre mide (büyük kurvaturda), duodenum, ileumda veya "Meckel Divertikülü" duvarında bulunur.

Cevap B (Sayek, 2. cilt, s.1018)

57.Pankreas psödokistlerinin en sık nedeni nedir?

- Travma
- Neoplastik
- Pankreatit
- Peptik ülser
- A. kolesistit

AÇIKLAMA: Akut pankreatitin Komplikasyonları:

1. Sistemik komplikasyonlar: ARDS ve solunum yetmezliği, böbrek yetmezliği, myokard depresyonu.

2. Lokal komplikasyonlar:

Pankreatik nekroz: Nekroze dokular enfekte olabilir, genelde mikst flora hakim (E.coli, Bacteroides). Pankreasın %50'den fazla nekrozunda veya enfekte olduğunda cerrahi planlanır.

Pankreatik abse:

Psödokist: Alkolik tipte daha sık görülür. Akut

dönemde psödokist geliştiği tespit edilirse 6 hafta kadar izlemek gerekir. Bu süre içerisinde kist küçülebilir veya cerrahi girişim için duvarı yeterince olgunlaşır.

Pankreatik asit: Pankreas salgısının psödokist gibi sınırlanamayarak peritona serbest şekilde akması sonucu gelişir. Drenaj yapılır.

Akut pankreatitin en sık komplikasyonu psödokist oluşumudur. Alkolik pankreatitlerde daha sık rastlanan psödokistlerde fibröz duvar ile çevrelenmiş pankreatik doku ve salgı vardır. Psödokist genellikle akut ataktan sonraki 2. hafta ortaya çıkar. İdrar amilazının yükselmesi bu komplikasyonu akla getirmelidir. Regresyona uğramayan psödokistler 6 haftanın sonrasında opere edilmelidir.

Cevap C (Sayek, 2. cilt. s.1004)

58.Spontan dalak rüptürü sebebi olmayan hastalık aşağıdakilerden hangisidir?

- EMN
- Lösemi
- Sıtma
- PCV
- Hiçbiri

AÇIKLAMA: Dalak rüptürü infeksiyöz mononükleozun çok nadir, ancak akılda tutulması gereken bir komplikasyonudur.

Dalak rüptürü nadirdir ama dramatik bir tablodur. Kapsül, trabeküller ve vasküler yapıların lenfositik infiltrasyonu rüptüre zemin hazırlar. Rüptür tehlikesi hastalığın 2-3. haftasında en yüksektir. Bazen EMN' nin ilk bulgusu olabilir. Abdominal ağrı dalak rüptürünü akla getirmelidir. Nadir olgularda dalak rüptürüne ağrı eşlik etmeyebilir ve şok tablosuyla ortaya çıkabilir. Dalak rüptürü kan tablosunu tersine çevirip, nötrofiliye sebep olabilir. Acil splenektomi genellikle seçilecek yöntemdir. Dalak rüptürü %50 olguda travmadan kaynaklandığından dolayı; temas gerektiren sporlar, kabızlık ve dikkatsiz palpasyondan kaçınmak gerekmektedir.

Splenektomi endikasyonları:

- Hastalığın kontrolü ve evreleme amacıyla: Herediter sferositoz ve eliptositoz, otoimmün anemi, Hodgkin lenfoma, dalak rüptürü (spontan veya masif travma), ITP, TTP, primer kist veya tümörler (dalak absesi, ekinokokkal kist).
- Kronik ve ciddi hipersplenizm nedeni ile splenektomi nedenleri: Hairy cell lösemi, lenfoproliferatif hastalıklar (KLL, non-Hodgkin lenfoma), Felty sendromu, agnojenik myeloid metaplazi, talasemi majör, Gucher hastalığı, hemodializ splenomegalisi, splenik ven trombozu (kanayan ösofagogastrik varisler), orak hücreli anemi, Hb S/C hastalığı, AIDS

Cevap D (Sayek, 2. cilt. 1993. s.1047)

59.Splenektominin sık görülen postoperatif komplikasyonu nedir?

- Sol alt lobta pnömoni
- Plevral effüzyon
- Subfrenik abse
- Mide travması
- Fistül

AÇIKLAMA: Splenektominin postoperatif komplikasyonları:

- Howel-jolly cisimcikleri
- Lökositoz ve artmış trombosit sayısı
- En sık görülen komplikasyonu sol alt lob ateletazidir.
- Subfrenik hematom ve abse
- Fistül
- Pankreatite neden olma pankreas hasarı
- Tromboflebit
- Enfeksiyon ve sepsis
- Pnömoni, menenjit

Cevap B (*Schwartz, cerrahi, s.1532*)

60.Meme kanserlerinde östrojen reseptörleri nerede bulunur?

- Kanda
- Lenf düğümünde
- Kanserli dokuda
- Sağlıklı meme dokusunda
- İdrarda

AÇIKLAMA: Bazı meme kanseri hücreleri, içerdikleri hormon reseptörleri (algılayıcıları) aracılığı ile dışılık hormonu olan östrojene duyarlı olabilir. Yani, östrojen hormonu bu kanser hücrelerinin büyümelerine ve artmalarına neden olabilir. Hormon tedavisinde amaç, bu şekilde östrojen reseptörü içeren ve bu hormona duyarlı olan kanser tiplerinde, östrojen etkisinin ortadan kaldırarak kanserin gelişmesinin önlenmesidir. Bu amaçla günümüzde kullanılan ilaç, tamoksifenidir. Tamoksifen tedavisi, genellikle en az iki yıl ve en fazla beş yıl sürmektedir.

Cevap C (*Sabiston, 14. baskı, s.540*)

61.Kolonun arteriyel kanlanması en az olduğu bölge neresidir?

- Çekum
- Hepatik fleksura
- Transvers kolon
- Splenik fleksura
- Sigmoid kolon

AÇIKLAMA: Kolon anatomisi:

Gestasyonun 4. haftasında gelişen primitif bağırsak;

ön bağırsak (foregut), orta bağırsak (midgut), son bağırsak (hindgut) olarak üç parçaya ayrılır.

Orta bağırsak; ince bağırsaklar ve transvers kolonun orta kısmının proksimalinde kalan kalın bağırsaklar gelişir. Bu kısımdaki bağırsakları süperior mezenterik arter besler.

Son bağırsaktan; transvers kolonun orta kısmından anüsün proksimaline kadar olan kalın bağırsaklar ve alt ürogenital trakt oluşur. Bu bağırsak segmentlerini inferior mezenterik arter besler.

Çekum kolonun en geniş kısmını oluşturur. Sigmoidde en dar yeri 2.5 cm.dir. Bu neden ile çekum tümörleri çok büyük boyuta ulaştığında semptom verirken sigmoide ait tümörler çok küçük boyutta iken bile semptom verir. **Çekum distal tıkanıklıklarda en sık rüptüre olan bölümlerdir.**

Kolon duvarı içten dışa doğru; mukoza, submukoza, içte sirküler kaslar, dışta longitudinal kaslar ve serozadır.

Apendiks epiploikalar tenyalara tutunan yağ çıkıntılaridir.

Omentum transvers kolonun üst ön kısmına tutunur.

Çıkan kolon, inen kolon, hepatic ve splenic fleksurın arka yüzleri retroperitoneal iken çekum, transvers kolon ve sigmoid kolon intraperitonealdir.

Volvulus en sık sigmoid kolonda görülsede transver kolonda da görülebilir.

SMA (süperior mezenterik arter); aortanın önünde, çölyak aksın aşağısında seyreder. Duodenumu önden çaprazlar.

SMA; çekum, çıkan kolonu, transvers kolonu besler.

İMA(inferior mezenterik arter); inen kolonu, sigmoid kolonu, üst rektumu besler.

Splenik fleksurada SMA ve İMA arasında kollateraller bulunur. İleokolik, sağ, sol, orta kolik arterler birbirine bağlanarak Drummond'un marjinal arterini oluşturur.

Cevap D (*Sayek, 1. cilt. S.858; Schwartz, 7. baskı, s.1284*)

62.Aşağıdaki hastalıklardan hangisi mide kanseri ile ilişkilidir?

- Düodenal ülser
- Kronik gastrit
- Pellegra
- Pernisiyöz anemi
- Hiatus hernisi

AÇIKLAMA: A- Kesin/tarama önerilenler risk faktörleri

- Familyal adenomatöz polipozis (FAP)
- Gastrik adenom
- Displazi

B- Kesin risk faktörleri

GENEL CERRAHI

1. H.pylori enfeksiyonu
2. Kronik atrofik gastrit
3. İntestinal metaplazi
4. Hereditör nonpolipozis kolorektal kanser (HNPPC)
5. Postgastrektomi
6. Mide kanserli hastaların 1. derece yakınları

C- Olası risk faktörleri

1. Peutz-Jeghers sendromu
2. Sigara içilmesi
3. Düşük doz aspirin kullanımı
4. Yüksek tuz içerikli beslenme
5. Yeşil meyve ve sebzenin az yenilmesi
6. Pernisöz anemi
7. Düşük askorbat alımı

D- Düşük olasılıklı risk faktörleri

1. Düşük sosyoekonomik durum
2. Menetrier hastalığı
3. Gastrik ülser

E- Tartışmalı/şüpheli risk faktörleri

1. Yüksek alkol tüketimi
2. Hiperplastik/fundik polipler

Cevap D (Schwartz, s.1159)

63.Primer gastrointestinal lenfoma en sık hangi organda yerleşir?

- a) Mide
- b) Özofagus
- c) İnce bağırsak
- d) Kolon
- e) Rektum

AÇIKLAMA: Primer gastrointestinal sistem lenfomaları, Non-Hodgkin lenfomaların %5'ini, tüm gastrointestinal sistem malignitelerinin ise yaklaşık %1'ini oluşturmaktadır. Yerleşim yerinin sıklığına göre, **mide, ince bağırsak, rektum ve kolon** en fazla tutulan bölgeler olup, literatürde appendiksın primer lenfomasına oldukça nadir rastlanmaktadır.

Mide lenfomaları primer yada sekonder olabilir. Sıklıkla epiteliyal ruga katlantılarında, submukozal lenfositik birliktedir. İştahsızlık ve kilo kaybı en erken bulgulardır.

Non-Hodgkin lenfoma (NHL) sıklıkla lenfatik sistemden kaynaklanır. Gastrointestinal sistem lenf nodu dışı tutulumun en sık olduğu bölgedir. Lenfomada pankreas tutulumu nadir olup ektranodal lenfomalarda pankreas tutulumu tüm yaş grupları için Freeman ve arkadaşları tarafından %0.6 (9/1467) olarak bildirilmiştir. Pankreatik tümörlerin yalnızca %0.2'sini (8/5057) malign lenfomaların oluşturduğunu bildirmişlerdir. Primer pankreatik lenfoma ve buna

bağlı pankreatit gelişmiş erişkin ve çocuk yaş grubu olgular literatürde bulunmakla birlikte, pankreasta NHL tutulumu sonrası psödokist gelişimi sadece erişkin yaşta bir olguda bildirilmiştir. Çocukluk çağı pankreas psödokistleri konjenital olabildiği gibi daha sık akut pankreatite sekonder gelişmektedir.

Cevap A (Sayek, s.630)

64.Masif transfüzyon sonrası hangisinin gelişmesi olası değildir?

- a) Trombositopeni
- b) Asidoz
- c) Hipokalemi
- d) Hipopotasemi
- e) Pulmoner yetmezlik

AÇIKLAMA: Kan transfüzyonunun yan etkileri

Kan tranfüzyonu yararlı olduğu kadar aynı zamanda tehlikeli bir tedavi yöntemidir. Mortalite oranı küçük cerrahi girişimlere oranla daha yüksektir.

Başlıca ölüm nedenleri

- Grup uyumsuzluğu
- Akut kalp yetmezliği
- Hepatit
- Gr(-) bakteri sepsisleridir

Masif kan transfüzyonuna bağlı komplikasyonlar

Düşmüş oksijen taşıma kapasitesi

Pıhtılaşma defektleri (en sık dilüsyonel trombositopeni)

Hipotermi

Hiperkalemi

Asidoz ve sitrat toksisitesi

Hipokalsemi

Solunum yetmezliği

Cevap D (Sabiston, s.97)

65.Femoral herni ile ilişkili açıklamalardan doğru olanı seçiniz?

- a) Kadınlarda daha sıktır
- b) Nadiren strangülyasyona uğrar
- c) İnguinal ligamenin üstünden fossa ovalise ilerler
- d) Hasselbach üçgeninden çıkar
- e) İndirekt herni tipidir.

AÇIKLAMA: Femoral herni;

Abdominal organların femoral kılıf içinden femoral kanala geçmesi ile oluşur.

Herni içeriği:

- İnguinal ligament arkasında
- Cooper ligament önünden
- Femoral damarların medialinden ortaya çıkar.

Herni femoral kanal boyunca ilerler ve foramen ovale seviyesinde bir kitle olarak ele gelir. Femoral herniler kadınlarda daha sıktır. Çok doğum yapmış kadınlarda sıktır. Skarpanın femoral üçgenin medial tabanında oluşan ceviz büyüklüğünde irre-dükte kitle olarak belirirler. **Strangülasyon riski yüksektir.**

Femoral herniler çocuk yaş grubunda oldukça nadirdir ve tüm çocukluk çağı kasık bölgesi fitiklarının %0.5 inden azını oluştururlar. Çocuklarda tekrarlayan kasık şişliği şeklinde kendini gösterir ve sıklıkla redükte edilebilir. Ameliyat sonrası dönemde bile doğru femoral fitik tanısı sıklıkla gözden kaçırılır. En sık 5-10 yaşlar arasında karşılaşılr. Yanlış tanımlar inguinal herni, lenfadenit ve lenfanjiyom şeklindedir. Olağan inguinal herni bölgesinin lateralinde ve inferiorunda şişlik varsa ameliyat öncesi tanı koymak mümkündür. Fitik kesesinin eksizyonu ve femoral kanalın tamiri tedavi edicidir. Cooper ligamanı tamiri (Mc Vay) cerrahi tedavi seçeneğidir. Ancak femoral kanalın basitçe kapatılmasında iyi sonuçlar verir.

Cevap A (Akgül, Çağdaş cerrahi tanı ve tedavisi, s.763)

66.Post-operatif dönemde motilitesi en erken başlayan organ hangisidir?

- a) Mide-duodenum
- b) Çekum
- c) Sigmoid kolon
- d) Çıkan kolon
- e) İnin kolon

AÇIKLAMA: İleus mekanik obstrüksiyon olmaksızın bağırsak motilitesinin bozuk olması veya hiç olmaması durumudur. **En sık görülen tipi adinamik veya paralitik ileustur.** Nadiren spastik ileus ve iskemik ileus görülebilir. Spastik ileus ağır metal (kurşun) zehirlenmesi ve porfiride görülür.

Adinamik ileus en sık postoperatif hastalarda görülür. Ameliyat sonrası mide motilitesi 2. günde, kolon motilitesi 3-4. günde geri döner. Eğer ileus uzarsa muhtemel nedenler araştırılmalıdır. Bunlar; metabolik, septik, mekanik veya inflamatuvar olabilir. İlaçlardan en sık narkotik analjezik ler ileus yapar. Hipokalemi, hiponatremi, hipomagnezemi araştırılmalıdır. Ayrıca intraabdominal enfeksiyon, abse, fistüller, retro-peritoneal hematoma, spinal kırıklar, kaburga kırıkları ve pelvik hematoma da ileusa yol açabilir. Önemli olan ayırıcı tanıyı yapmaktır. Adinamik ileus tanısı konmuş ise yaklaşım primer nedene göre yapılır. Parenteral sıvı-elektrolit desteği verilir.

Cevap A (Akgül, Çağdaş cerrahi tanı ve tedavisi, s.35)

67.Hangi cerrahi tipi temiz-kontamine grubuna girmez?

- a) Peptik ülser cerrahisi
- b) İntestinal rezeksiyon
- c) Kolesistektomi
- d) Histerektomi
- e) Fitik onarımı

AÇIKLAMA: Hastane Enfeksiyonları

Yara enfeksiyonunun en önemli belirleyicisi kontamine eden mikroorganizmanın cinsi ve miktarıdır.

Cerrahi yaraların sınıflandırılması:

a. Temiz yaralar: Ameliyat yaralarıdır. Meydana geldiği anda herhangi bir içi boş viskusta ilişki olmamış (bağırsak, GIS, RT, GUS) ve asepsi şartlarında bir bozulma olmamışsa, bu cerrahi yara, temiz yara olarak gruplandırılır (tiroid ameliyatı, fitik ameliyatı, kalça eklemi protez ameliyatı vb.'dir).

b. Temiz- kontamine yaralar: Operasyon anında GIS, RT, GUS veya diğer sahalarla kontrollü temas olursa (Örneğin, bağırsak açılması, safra kesesi açılması, bronşların açılması...vb.), sınırlı ve kısa süreli bir kontaminasyon olur ve buna temiz kontamine yara denir.

c. Kirli yaralar (kontamine yaralar): Doğrudan doğruya perforasyon olur. Bıçakla kalın bağırsak yaralanması, peritonit, akut appendisit...vb. kirli yaralardır. Bütün travmatik yaralar kontamine yaralardır.

Enfeksiyon risklerine göre cerrahi girişimlerin sınıflandırılması

Enfeksiyon Riski

1. Temiz:

Enfekte organın açılmadığı, akut enflamasyonun olmadığı girişimler

< %5

2. Temiz-kontamine:

Belirgin kontaminasyon olmadan kolonize organın açıldığı girişimler

< %10

3.Kontamine:

Açık travmatik yaralar, belirgin kontaminasyon olan veya akut enflamasyon varlığında yapılan girişimler

%15-20

4.Kirli:

GENEL CERRAHI

Enfeksiyon, pü, abse varlığında yapılan girişimler
%30-40

Cevap E (Schwartz, s.156)

68.Aşağıdakilerden hangisi mide kanseri için predispozan faktör değildir?

- 2 cm'den büyüköz polip
- Pernisiyöz anemi
- Atrofik gastrit
- Gastrik ülser
- Gastrik rezeksiyon

AÇIKLAMA: A- Kesin/tarama önerilenler risk faktörleri

- Familyal adenomatöz polipozis (FAP)
- Gastrik adenom
- Displazi

B-Kesin risk faktörleri

- H.pylori enfeksiyonu
- Kronik atrofik gastrit
- İntestinal metaplazi
- Hereditör nonpolipozis kolorektal kanser (HNPCC)
- Postgastrektomi
- Mide kanserli hastaların 1. derece yakınları

C-Olası risk faktörleri

- Peutz-Jeghers sendromu
- Sigara içilmesi
- Düşük doz aspirin kullanımı
- Yüksek tuz içerikli beslenme
- Yeşil meyve ve sebzenin az yenilmesi
- Pernisiyöz anemi
- Düşük askorbat alımı

D-Düşük olasılıklı risk faktörleri

- Düşük sosyoekonomik durum
- Menetrier hastalığı
- Gastrik ülser

E-Tartışmalı/şüpheli risk faktörleri

- Yüksek alkol tüketimi
- Hiperplastik/fundik polipler

Cevap D (Sayek, s.691)

69.Yanığın komplikasyonlarından aşağıdakilerden hangisidir? olmayan

- Hipovolemik şok
- Akut böbrek yetmezliği
- ARDS
- Sepsis
- Hepsi

AÇIKLAMA: Yanık komplikasyonları:

- Göğüs duvarında çevresel yanığı olan hastalarda, gelişen ödem ile birlikte eskar dokusu kompresyona ve restriktif solunum yetmezliğine yol açar. Göğüs duvarı hasarı ve inhalasyon hasarı olmayan hastalarda hipovolemiye bağlı sık ve yüzeysel solunum gelişir.
 - Geniş hacimli yanıklarda günde toplam eritrosit hacminin %8-12'si kaybedilir.
 - Mikrovasküler trombozis gelişir.
 - Trombositopeni
 - Faktör 5-6 ve 2'de artış olur. Üçüncü günden itibaren Antitrombin-3 ve protein-C seviyeleri artar.
 - %25'in üzerindeki yanıklarda özellikle midede ileus gelişir. Mide mukoza hasarı ve ülserasyon gelişebilir. Bu ülserasyonların tedavisinde sukralfat kullanılır.
 - Erken dönemde kortizol, glukagon ve katekolamin düzeyi artar. İnsulin ve T3 düzeyleri azalır.
 - Özellikle elektrik yanıklarında özgül olmayan nörojenik değişiklikler meydana gelir.
 - Yanıktaki hücresel immün yanıtta baskılanma ve bunun sonucu olarak gecikmiş tip hipersensitivite reaksiyonlarında azalma, periferik kandaki lenfositlerin çoğalmasında azalma meydana gelir.
- Yanık sonrası erken dönemde B-lenfosit ve granülosit sayısında artma meydana gelir. Daha sonraki dönemde IgG seviyesinde azalma meydana gelir.
- PMNL fonksiyonlarında bozulma baskılanmaya ve enfeksiyona duyarlılığı artırır.
- En sık ortaya çıkan iskelet- kas değişiklikleri osteoporoz, osteomyelit ve kemik kırıklardır.

Cevap E (Schwartz, s.240)

70.Aşağıdaki ülseratif kolit komplikasyonlarından hangisinin tedavisinde acil cerrahinin yeri yoktur?

- Perforasyon
- İntraabdominal abse
- Toksik megakolon
- Önlenemeyen kanama
- Komplet obstüksiyon

AÇIKLAMA: Ülseratif kolitte cerrahi endikasyonlar:

- İnatçı Hastalık
- Fulminant Hastalık
- Toksik megakolon
- Kolon perforasyonu
- Masif kolon kanaması
- Kolon dışı hastalık
- Kolon tıkanması

Kolon kanser profilaksisi

Ülseratif kolitli olguların yalnızca %15'i ölümcül tabloda karşımıza gelir. Acil cerrahi girişim gerektiren birkaç durum;

- 1) Masif ve şiddeti azalmayan kanama,
- 2) Perforasyon riski taşıyan, ya da perfore olmuş toksik megakolon,
- 3) Steroid tedavisine yanıt vermeyen fulminan akut ülseratif kolit,
- 4) Darlığa bağlı akut bağırsak tıkanması,
- 5) Kolon kanseri varlığı veya şüphesi.

Cevap B (Sabiston, Textbook of Surgery, 17th ed, p.1401)

71.Aşağıdakilerden hangisi leyomyosarkomlar için yanlıştır?

- a) Mide LMS'ların %80'i distal midede yerleşir
- b) İntragastrik, ekstragastrik veya intramural yerleşebilir
- c) Yumuşak, lastik kıvamında, sınırlı fakat kapsülsüz tümörlerdir.
- d) Genellikle büyük boyutlara ulaşır.
- e) Sıklıkla sesil lezyonlardır. Pediküllede olabilir.

AÇIKLAMA: Leyomyomlar:

- * Submukozal veya intramural yerleşimli mide tümörleri arasında leyomyomlar ilk sırayı alırlar.
- * Genellikle tek olan bu tümörler midenin distalinde sıklıkla bulunurlar.
- * 4 cm'den büyük olduklarında semptom verirler

Leyomyosarkomlar;

- * Düz kas hücrelerinden kaynaklanır.
- * Mide dışına doğru gelişikleri için geç tanı konulur.
- * Distale yayılım geç dönemde olur.
- * RT ve KT'ye genelde cevap vermezler.
- * Genelde Üst GIS kanamasından sonra tanı konulur.
- * Hematojen yolla karaciğer ve peritona yayıldığı için lenfadenektomi gerekmez.
- * Sıklıkla midenin distal 1/3'ünde yerleşirler.
- * Genellikle ülser olurlar.
- * Bu tümörler mide içine veya dışına büyürler.
- * **Hastalık erken evrelerde genellikle asemptomatiktir. İleri evrelerde en sık semptomlar; karın ağrısı (%50-70), gastrointestinal sistemde kanama (%20-30) ve karında kitle palpe edilmesidir [1,2].**

Cevap A (Sabiston, Textbook of Surgery, 17th ed, p.1265)

72.Özofagus perforasyonunun en sık nedeni hangisidir?

- a) İyatrojenik
- b) Travma
- c) Spontan perforasyon
- d) Koroziv madde içimi
- e) Tümöral nedenler

AÇIKLAMA: Özofagus perforasyonlarının %40-60'ı servikal bölgede olur.

En sık nedeni iyatrojeniktir.

İyatrojenik perforasyon %60-75 özofagus perforasyonlarının sebebini oluşturur. Çoğu endoskopi gibi enstürmental girişimler ile olur. Krikofarengial kas bölgesi özofagusun en dar yeri olup perforasyonların çoğu bu bölgede olur.

2/3 torakal özofagus perforasyonları sağ pleural kaviteye, alt 1/3 torakal özofagus sol pleural kaviteye komşudur. Perforasyon ile birlikte hemotoraks ve pnömoni olur.

Cevap A (Sabiston, Textbook of Surgery, 17th ed, p.1901)

73.Acil, akut özofagus varis kanaması olan bir hastada tedavi yaklaşımı ilk resüsitasyon sonrası ne olmalıdır?

- a) TIPS
- b) Acil portokaval şant
- c) Skleroterapi
- d) DSRŞ (Warren şant)
- e) Sugiura prosedürü

AÇIKLAMA: Akut varis kanaması kontrolü:

- * **Direkt:** kanamanın olduğu bölgenin kontrolü
 - Tamponad (Sangstaken-Blackmore tüpü)
 - Özofagoskopik skleroterapi
 - Özofagoskopik band ligasyon
- * **İndirekt:** portal basıncın düşürülmesi
 - Vazopressin/Terlipressin
 - Propranolol
 - Somatostatin
 - Nitrogliserin
 - Parasentez
 - TİPSS

CERRAHİ:

- ***Direkt:** kanamanın kontrolü
 - Transözofageal ligasyon
 - Özofagus transeksiyonu
 - Devaskülarizasyon
 - Gastroözofageal rezeksiyon; kolon ve jejunum interpozisyonu
- ***İndirekt:** Portal basıncın düşürülmesi

GENEL CERRAHI

- Splenektomi
- Portosistemik shuntlar

Cevap C (Sabiston, Textbook of Surgery, 17th ed, p.1575)

74.Aşağıdakilerden hangisi Lauren intestinal tip mide kanserleri için yanlış bir tanımlamadır?

- a) Lauren intestinal tip mide kanseri sıklıkla alt 1/3 bölgede yerleşir
- b) Çevresel ve diyetel faktörler etkilidir
- c) Yaşlılarda sıktır
- d) İnsidansı azalmaktadır
- e) Genellikle fibroblast büyüme faktörü sisteminde mutasyonlar söz konusudur

AÇIKLAMA: Lauren mide kanserlerini histogenetik olarak intestinal ve diffüz olarak ayırmıştır.

İntestinal tip daha çok Borrmann Tip1-2'dir. Daha çok yaşlı kişilerde görülür. Hastalığın endemik olduğu bölgelerde görülür. H.Pylori ile yakından ilişkilidir. Polipoid-vejetan paternde gelişir.

Diffüz tip ise daha çok yüzük hücrelerinden oluşur. İnfiltratif yayılım daha sıktır. Daha genç yaşta görülür. Borrmann tip1-3-4 şeklindedir. Ülseroinfiltratif veya diffüz infiltratif paternde gelişir.

İntestinal tip karaciğere, diffüz tip peritona daha sık yayılım gösterir (Tablo 3).

Cevap E (Sabiston, Textbook of Surgery, 17th ed, p.1265)

75.Aşağıdakilerden hangisinde özofagus kanseri riski artmamıştır?

- a) Akalazya
- b) Koroziv özofajit
- c) Plummer Vinson sendromu

- d) Mallory Weiss yırtığı
- e) Barrett özofagus

AÇIKLAMA: Bkz. Tablo 4.

Cevap D (Sabiston, Textbook of Surgery, 17th ed, p.1901)

76.Aşağıdakilerden hangisi alkolün akut pankreatit fizyopatolojisindeki etkisidir?

- a) Pankreas ekzokrin sekresyonu artırır
- b) Gastrik asit sekresyonunu artırır
- c) Pankreatik kanal basıncını ve duktal permeabiliteyi artırır
- d) Hepsini
- e) Hiçbiri

AÇIKLAMA: Bkz. Tablo 5.

Alkoliklerde pankreatik duktuslarda protein tıkaçlar oluşur. Litostatin azalmasına bağlı olarak bunlar kalsifiye olur.

Alkol veya metabolitlerinden biri direkt veya indirekt toksik etkiye bağlı olarak pankreasta toksik etki yapar. Alkol oddi sfinkterinde spazm yapar ve pankreatik salgıyı artırır. Bu yolla pankreas duktusları içinde basıncı artırır.

Cevap D (Sabiston, Textbook of Surgery, 17th ed, p.1643)

77.Hastada SIRS ile birlikte dökümanite edilmiş bir enfeksiyon odağı var ve hastanın hipotansiyon ve hipoperfüzyonu yeterli sıvı ile düzeltilemiyor ise bu klinik durumun adı nedir?

- a) Sepsis
- b) Septik şok
- c) Ciddi sepsis

Tablo 3.

Lauren İntestinal tip	Lauren diffüz tip
Neoplastik gland (tubulus) yapıları	Gland yapısı oluşturmaz, bazen taşlı yüzük hücreleri
50 yaş sonrası daha sıktır.	Daha genç yaşlarda olur. A kan grubunda sıktır.
Erkeklerde daha sıktır.	Her iki cinste eşit sıklıktadır.
Kronik atrofik gastrit ve intestinal metaplazi ile birlikteliği sıktır.	Kronik gastrit ve intestinal metaplaziye eşlik eder.
Endemik bölgelerde daha sıktır	Prognozu daha kötüdür.

Tablo 4.

Diyet faktörleri	Yaşam tarzı	Özofagus hastalıkları	Genetik predispozisyon
Vit-A-B-C eksiklikleri	Alkol	Uzun süreli özofagit	Uzun süreli celiak hastalığı
Çinko-molibden eksikliği	Sigara	Akalazya	Ektodermal displazi
Aflotoksin, nitrit, nitrozamin	Şehir havası	Plummer-Vinson sendromu	Epidermolizis bülloza
Betel çiğnemek		Kostik striktürler	Palmoplantar Tylosis(%100) Genetik ırksal faktörler

Tablo 5. Akut pankreatit nedenleri.

Metabolik nedenler	Mekanik nedenler	Vasküler nedenler	Enfeksiyöz nedenler
Alkolizm	Safra taşları	Şok	Kabakulak
Hiperlipoproteinemi	Oxiyur	Trombozis	Coxsackievirus
Hiperkalsemi	Colonorchis sinensis	Tromboembolizm	Mycoplasma pnömonia
Thiazid diüretikleri	Cerrahi/endoskopik girişim, travma	Atheroembolizm	
Genetik		PAN, SLE, HSP	

d) Multi organ yetmezliği**e) SIRS****AÇIKLAMA: Sistemik inflamatuvar cevap sendromu (SIRS):**

- Ateş>38 C veya <36 C
- Kalp hızı>90/dk
- Solunum hızı>20/dk veya PaCO₂<32 mmHg
- Beyaz küre >12,000/mm³; <4000/mm³ veya > %10 immatür band

Sepsis, enfeksiyona ve enflamasyona olan sistemik bir yanıtıdır.

Şok, sepsisteki hastaların %40'ında meydana gelir. Septik şoka giren hastaların çoğu yetersiz organ perfüzyonu nedeni ile ölürlür. Hastalara yeterli sıvı replasmanına rağmen hipotansiyonun ve hipoperfüzyon bozukluklarının devam etmesidir.

Cevap B (*Sabiston, Textbook of Surgery, 17th ed, p.67*)

78.Aşağıdakilerden hangisi vazojenik şok sınıfında değildir?

- Anafilaktik şok
- Travmatik şok
- Nörojenik şok
- Septik şok

Ekstremiteler, hipovolemik ve kardiyojenik şoktakinin aksine genelde sıcaktır (Bkz. Tablo 6).

Cevap C (*Sabiston, Textbook of Surgery, 17th ed. p.67*)

79.Aşağıdakilerden hangisi sliding hiatal herninin komplikasyonu değildir?

- Özofajit
- Striktür
- Barret özofagusu
- Kanama
- Gastrik strangülasyon

AÇIKLAMA: Özofagial Hiatal Herniler:

Tip-1: **Sliding (kayıcı) tip herni:** Kardiyanın yukarıya doğru, posterior mediastene doğru yer değiştirmesi ile karakterizedir.

Tip-2: **Rolling (paraözofageal) herni;** Kardiyanın etrafındaki gastrik fundusun yukarıya doğru yer değiştirmesi ile karakterizedir.

Tip-3: **Mikst hiatal herniler (Sliding +rolling):** Hem gastrik kardiya hem de fundusun yukarıya doğru yer değiştirmesi ile gelişir.

Tüm hiatal hernilerde mide toraks boşluğuna yerleşir. Paraözofageal ve sliding herniler arasındaki temel

Tablo 6.

Şok tipi	CVP	Kalp debisi	Sistemik damardirenci	Venöz saturasyon
Hipovolemik	↓	↓	↑	↓
Kardiyojenik	↑	↓	↑	↓
Septik				
-Hiperdinamik	↓↑	↑	↓	↑
-Hipodinamik	↓↑	↓		↓↑
Travmatik	↓	↓↑	↑	↓
Nörojenik	↓	↓	↓↑	↓
Hipoadrenal	↓↑	↓	=↓	↓

e) Hipoadrenal şok

AÇIKLAMA: Nörojenik şok; yüksek servikal kord hasarı, spinal anestezinin yanlışlıkla başa doğru yer değiştirmesi ya da kafa travması sonucu vazomotor imputun kesilmesi şoka neden olur. Arteriyel dilatasyona ek olarak venöz dilatasyonda vardır.

fark; paraözofageal tipte kardiyanın preaortik fasya ve median arkuat ligamana posterior fiksasyonunun korunmasıdır (Bkz. Tablo 7).

GENEL CERRAHİ

Paraözofageal hernilerde disfaji ve postprandial dolgunluk semptomları sık görülür. Özofageal staz nedeni ile retrosternal yanma ve regurjitasyon da görülebilir.

1/3 olguda gastrik mukoza iskemik ülserasyonu sonucunda kanama ve hematemez daha sık görülür. Respiratuar komplikasyonlar ise dispne ve aspirasyon nedeni ile oluşan rekküren pnömonilardır.

Paraözofageal hernilerin %20'sinde masif kanama veya volvulus sonucu akut gastrik obstrüksiyon ve nekroz oluşabilir.

Paraözofageal hernilerin tedavisi hernin büyüklüğü ne olursa olsun cerrahidir.

Cevap E (Sabiston, *Textbook of Surgery*, 17th ed. p.1151)

80.Kolonun divertiküler hastalığında elektif cerrahi girişim aşağıdakilerden hangisinde uygulanmaz?

- İlk kez tespit edilen divertikülit ve kanama
- İlk aşamada perforasyon geliştiği klinik ve radyolojik olarak belirlenmiş vakalar
- Tıkanma gelişenler

Yalancı divertikül; Normal bağırsak duvarının herhangi bir katmanının divertikül duvarında olmamasıdır. Örneğin kolonda görülen divertiküller genellikle kolon duvarı adale tabakası arasından mukozanın balonlaşması şeklinde olur ve adele tabakası içermez. Dolayısıyla yalancı divertiküldür (Bkz. Tablo 8).

Ameliyat Endikasyonları

- Resusitasyon için 1500 ml kan gerekiyor ve hala kanama devam ediyorsa.
- Vital bulguları stabil tutmak için 24 saatde 2000 ml kan gerekiyorsa.
- Kanama 72 saatden fazla devam ediyorsa.
- Kanama durduktan sonra 1 hafta içinde kanama tekrarlıyorsa hastalar ameliyata alınmalıdır.

Ameliyatda kanama yeri tesbit edilmişse o bölge segmental rezeksiyonu yapılır.

Tedaviye başladıktan 48-72 saat sonra hala hastanın şikayetlerinde azalma yoksa, intraabdominal abse olasılığını ekarte etmek için CT çekilmelidir. Abse tesbit edilirse cerrahi drenaj yapılmalıdır.

- Alt GİS kanaması ile gelen hastalarda, hızlıca sıvı tedavisi, kolonoskopi veya arteriyografi yapılarak

Tablo 7.

Sliding Herni	Paraözofageal herni
<ul style="list-style-type: none">* 48 yaş* Kardia fiksasyonunun zayıflamasıyada kaybolmasına rağmen diğer bağlantılarının sağlam kalması sonucunda gelişir.* Özofagogastrik bileşke yukarı doğru kayar.* Tedavi gerektirmez* Sıklıkla reflü eşlik edebilir.	<ul style="list-style-type: none">* 61 yaş* Midenin abdominal bağları gevşer; buna karşılık kardiya ve özofagogastrik bileşkenin posteriorfiksasyonu (preaortik fasya ve median arkuat ligament sağlamdır)* Kum saati mide görüntüsü oluşur.* Retrosternal dolgunluk veya göğüs alt kısmında bir kitle hissinden şikayet eder.* Gastrik volvulus gelişebilir.* Rotasyonel volvulus gelişir ise, fıtıklaşan midenin lenfatik ve venöz drenajı bozulur. Bu olayın sonucunda mukozal konjesyon, minör kanama bazen de ciddi kanamalar olabilir.

d) Üriner sistem semptom ve bulguları gösterenler

e) 55 yaşın altındaki hastalar

AÇIKLAMA: Kolonun Divertiküler Hastalıkları

İçi boş organ duvarından (Kolon gibi) dışarı doğru anormal kese veya poş oluşmasıdır.

Gerçek divertikül; dışı doğru olan kesenin, bağırsak duvarının tüm katlarını içermesidir. Nadir görülür. Sağ kolon divertikülleri nadirdir. Genellikle çekum veya çıkan kolonda olur ve gerçek divertiküllerdir. Tüm bağırsak katmanlarını içerirler. Doğumsal olabilirler. %80'i ileoçekal valvden itibaren 2.5 cm.lik alanda bulunur. Apandisit taklid ederler.

kanama yeri tesbit edilmelidir. Kolonoskopi en iyi yöntemdir. Pıhtı veya aşırı kanama iyi sonuç alınmasını engelleyebilir. Bu durumda selektif anjiyografi gerekebilir. Bu işlem sırasında aynı zamanda, gerekirse vasopressin enjeksiyonu da yapılabilir. Koroner hastalığı hikayesi olanlarda vazopressin kullanılmamalıdır. Çünkü koroner arter spazmı yaparak myokardial infarktüse sebep olabilir. Vazopressin kontrendike olduğu zaman gelfoam embolizasyonu yapılabilir.

- Eğer kanama kontrol edilemezse veya tekrarlarsa, hastalıklı segmentin cerrahi eksizyonu yapılmalıdır. 24 saatte 6 ünite eritrosit suspansiyonu gerekirse veya hasta ikinci kez şiddetli kanama ile müracaat ediyorsa cerrahi uygulanmalıdır. Hastada divertikül

Tablo 8.

Komplikasyon	Belirtiler	Prognoz ve tedaviye etkisi
Perforasyon	Ağrı, Ateş, lökositoz, serbest hava, peritonit bulguları	Serbest perforasyon acil cerrahi girişim gerektirir
Abse	Abdominal kitle	Perkütan veya cerrahi drenaj
Fistül	Pneumatüri, vajinadan gaita gelmesi	Cerrahi
Bağırsak Obstruksiyonu	Gaz-gaita çıkartamama, bulantı-kusma, Abdominal distansiyon	Cerrahi gerektirebilir. Akut tıkanmalarda kolon kanseri akılda tutulmalıdır.

şüphesi varsa ve kanama yeri tesbit edilemiyorsa ne yapılmalı? Bu durumda sağ taraf anjiyodisplazi ve sol taraf divertikül varlığı kabul edilerek subtotal kolektomi yapılmalıdır.

7. İkinci divertikül atağı geçirenler
8. Perforasyona bağlı peritonit geçirenlere acil cerrahi prosedür uygulanır.
9. Abdominal abselerde perkütan drenaj uygulanabilir. Eğer laparotomi uygulanır ise rezeksiyon anostomoz + proksimal kolostomi veya Hartman operasyonu uygulanır.
10. Divertikül fistülü (vajina, üriner sistem)

Cevap A (Sabiston, Textbook of Surgery, 17th ed)

81.Safra kesesi kanseri için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) GİS de en sık görülen kanserdir
- b) İyi prognoz gösterirler
- c) Safra kesesi kanseri vakalarının %95'inde taş mevcuttur.
- d) Erkeklerde daha çok görülür
- e) Karaciğerin IV. ve VIII. Segmentine direkt invazyon yapar.

AÇIKLAMA: Safra kesesi Ca:

Biliyer sistemin en sık karsinomu safra kesesi karsinomudur. Tüm GİS tümörleri içinde ise 5. sırada görülür. E=K (bazı yayınlarda kadınlarda daha sık deniyor), %80 adeno Ca olup, prognozları kötüdür. %90 kolelithiazis ile birlikte. Porselen safra kesesinde %20 safra kesesi kanseri vardır. **En sık sağ üst kadranda ağrısı görülür.**

Lezyonların 2/3'ü kanalların proksimalinde yerleşmiştir. Sıklıkla sağ ve sol ana hepatik kanalların bileşkesinde (klatskin tm) yerleşir. Proksimal lezyonlar sıklıkla karaciğer parankimi içine uzanır.

Klasik başvuru şekli yeni başlamış kaşıntı, akolik gayta, koyu renkli idrar.

Cevap C (Değerli, Cerrahi, 2. cilt, s.343)

82.Adacık hücre tümörleri için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) İnsülinomaların %10'u maligndir
- b) Gastrinomaların %70'i maligndir
- c) Glukagonomaların %10'u maligndir.
- d) Somatostatinomaların hemen hepsi maligndir
- e) Vipomaların %50'si maligndir.

AÇIKLAMA:

A) İnsulinoma: en sık görülen adacık tümörüdür.

MEN-1 ile ilişkilidir.

%80-90 benign soliter adenom, %10 malign, %1-2 nesidioblastozisdir.

Whipple triadı: açlıkla ortaya çıkan hipoglisemi

Semptomlar esnasında kan şekeri<50mg/dl

IV glukoz verilmesi ile semptomların gerilemesi

Açlık hipoglisemisinin gösterilmesi en önemli tanı yöntemidir.

Plazma ins/glu oranı>0.3 olması tanı koydurucudur.

Tanı; 1) CT

2) Selektif anjiyografi ve selektif venöz örnekleme

B) Gastrinoma: Gastrin salınımına bağlı peptik ülser ile kendini gösterir.

En sık duodenumda görülür. Peptik ulkusa bağlı ağrı ile kendini gösterir.

Diğer semptomlar: GİS kanaması (perforasyon, pylorobstrüksiyonu); steatore; dehidratasyon; mal-nütrisyon.

Tanı:

1) Gecelik BAO>100mmol

Saatlik BAO>15mmol

BAO/MAO>0.6

2) Sekretin testi

3) Okreotit sintigrafisi

Lokalle tümör mutlaka çıkarılmalıdır. Malignensi riski %60'dır.

MEN-1 de medikal tedavi uygulanır.

Metastatik tümör varlığında total gastrektomi uygulanır.

C) VIPOMA: sulu ishal

Hipokalemi

Aklorhidri

%80 soliterdir.

Pankreas gövde ve kuyrukta yerleşir.

Malignensi riski %50'dir.

Çay rengi idrar vardır.

D) Glukagonoma:

Diyabet/ kilo kaybı/dermatit/ anemi/stomatit/ glossit

Nekrotizan migratuvar eritem

Alt ekstremitelerde tromboflebit

%65-70 maligndir.

E) Somatostatinoma:

GENEL CERRAHİ

DM/ malabsorbsiyon/ ishal/ kolelithiazis/ ciddi kilo kaybı, Pankreas baş kısmına yerleşir. Maligndir.

F) Diğer pankreas tümörleri:

- Ektopik ACTH sendromu
- CCKoma
- Ektopik PTH benzeri maddeler salgılayan tümör
- Carcinoid tümör
- GRFoma
- PPoma
- MSHoma

Cevap C (Sabiston, Textbook of Surgery, 17th ed)

83. Aşağıdakilerden hangisi anti-inflamatuvar sitokinenlerden değildir?

- a) IL-4
- b) IL-13
- c) IL-2
- d) IL-10
- e) IL-6

AÇIKLAMA:

IL-4; makrofaj MHC class-2 ekspresyonu ve molekül adhesion faktör artışını sağlar.

* IL-1, TNF, IL-6, IL-8 ve superoksitlerin yapımında azalma

B-lenfosit proliferasyonunda artış

Ig'lerin IgG4 ve IgE2 ye dönüşümünde artma

IL-13; MHC-1-2 makrofaj etkinliğinde artış.

* IL-1, IL-6, IL-8, IL-10, IL-12 ve NO yapımında azalma

T-hücreler üzerine etkisi yoktur.

IL-2; bağırsak bariyer immünitesinde artış

Genel immünkompetans

LAK (lenfokinler ile aktive edilen katil hücreler)larda artış.

T lenfosit proliferasyonunda artış

makrofajlar tarafından reaktif oksijen radikallerinin salınımında artış

B- hücre tarafından Ig sentezinde artış.

IL-6; fibroblast antiviral aktivitesinde artma

B-lenfosit diferansiyasyonunda ve Ig yapımında artma

AFR ve prostoglandin yapımında artma

IL-10, TNF α , IL-1, IL-6, IL-8, IFN- γ , PGE'nin inflamatuvar aktivitelerini modüle eder.

solubl TNFR'lerin salınımını artırır.

IL-2, IL-4 ve IL-10 T-lenfositleri glukokortikoidlerin başlattığı apoptozise karşı korur.

Cevap C (Sabiston, Textbook of Surgery, 17th ed)

84. Aşağıdakilerden hangisi sepsis kriterlerine uymaz?

- a) Vücut ısısı 38°C üzerinde olmalı

b) Vücut ısısı 36°C altında olmalı

c) Kalp hızı 120/dak. Üzerinde olmalı

d) Solunum sayısı 20/dak. Üzerinde olmalı

e) Beyaz küre 12000 üzerinde veya 4000'den az olmalı

AÇIKLAMA: Sistemik inflamatuvar cevap sendromu

- ateş >38°C veya <36°C

- kalp hızı >90/dk

- solunum hızı >20/dk veya PaCO₂ <32 mmHg

- beyaz küre >12,000/mm³; <4000/mm³ veya >%10 immatür band sepsis, enfeksiyona ve enflamasyona olan sistemik bir yanittir.

Cevap C (Sabiston, Textbook of Surgery, 17th ed)

85. Aşağıdakilerden hangisi preoperatif hazırlıkta kullanılmaz?

a) Hipertiroidili hastada tiroid hormonu ve lügol solusyonu

b) Cushing sendromlu hastalarda perioperatif dönemde kortizol tedavisi

c) Diabetli hastalarda diabet regülasyonu

d) Feokromasitoma hastalarda alfa blokörler ile hipertansiyon regülasyonu

e) Aspirin kullanan hastaların ameliyattan bir hafta önce aspirinin kesilmesi

AÇIKLAMA: Hipertiroidili hastalar ameliyattan önce ötiroid hale getirilmelidir. Genel anestezi altında girişim yapılacak tüm hastalarda hipertiroidizm tanınmalıdır.

Ameliyattan 10 gün önce antitiroid ilaçlar ile hasta ötiroid hale getirilmelidir. Bu amaçla lügol damla, bazı hastalara propranolol verilir. Tüm bu tedavinin amacı tiroid fırtınasına engel olmaktır. Tiroid fırtınası ortaya çıkar ise, akut fazda sıvı replasmanı, antitiroid ilaçlar, beta blokerler, sodyum iyodat solusyonu ve lügol solusyonu, hidrokortizon ve soğutucu battaniye ile tedavi edilmelidir. Aspirin kullanımı kesin kontrendikedir.

Cevap A (Sabiston, Textbook of Surgery, 17th ed)

86. Malign Karsinoid Sendrom için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

a) Vakaların çoğunda primer tümör ince bağırsak yerleşimlidir

b) Massif karaciğer metastazı bulunur

c) Diyare, ağrı, flaşing, astma ve kalp kapak hastalığı görülür.

d) Semptomlar salgılanan vazoaktif intestinal polipeptide (VIP) bağlıdır

e) Kalp kapaklarında oluşan fibrozis serotoninin direkt etkisine bağlıdır.

AÇIKLAMA: Bağırsağın karsinoid tümörleri teşhis

sırasında %70-90 arasında metastastiktir.

İlişkili **primer tümör en sık ince bağırsakta görülür.**

Hastaların; %80'inde hepatomegali; diyare ve flushing görülür. %50'sinde sağ kalp kapak hastalığı ve %25'inde astım görülür. Bazen malabsorbsiyon ve pellegra/dermatit, demans, diyare) görülebilir.

Diyare epizodiktir. Genellikle yemeklerden sonra olur. Serotonin seviyesinin yükselmesine bağlıdır.

Bazı hastalarda mekanik bağırsak tıkanıklığı olmaksızın şiddetli bağırsak krampları karakterizedir. Buna karsinoid abdominal kriz denilir. Bunun nedeni perivasküler fibrozis nedeni ile mezenterik kanın azalması ile birlikte tümörden yayılan vazoaktif maddelerin neden olduğu bağırsak iskemisidir.

Triküspit ve pulmoner kapakta olan sınırlı olan bu hastalık hepatic metastazi olan hastalarda görülür. Lezyonun sağ taraf ile sınırlı olmasının nedeni bu kapakların yüksek miktarda serotonine maruz kalmasıdır.

Bu hastalarda serotonin nedeni ile bronkokonstrüksiyon olur.

Tanıda en güvenilir tetkik: idrarda tekrarlayan 5-HIAA tespitleridir.

Pentagastrin, en güvenilir provake edici testtir.

Cevap D (*Sabiston, Textbook of Surgery, 17th ed*)

87.Klatskin tümörü için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Sıkça sağ ve sol ana hepatic kanalları tutar
- b) Adenokarsinom tipinde olup iyi diferansiyedir
- c) Belirgin fibrozis vardır
- d) Safra kesesi hidropiktir
- e) En çok görülen safra yolu kanseri lokalizasyonudur.

AÇIKLAMA: Bilier sistemin en sık karsinomu safra kesesi karsinomudur.

%90 kolelithiazis ile birlikte. Poraselen safra kesesinde %20 safra kesesinde kanseri vardır.

Tümörler genelde küçüktür fakat kanalın tüm kalınlığını tutup, çepeçevre skiröz vasıfta büyüyerek kanal tıkanıklığına yol açar. En sık sağ üst kadranda ağrısı görülür. Lezyonların 2/3'ü kanalların proksimalinde yerleşmiştir. Sıklıkla sağ ve sol ana hepatic kanalların bileşkesinde (klatskin tm) yerleşir. Proksimal lezyonlar sıklıkla karaciğer parankimi içine uzanır.

Karaciğerin IV. ve VIII. Segmentine direkt invazyon yapar. Karaciğer ve reyonel lenf nodları en sık metastaz bölgesidir.

Cevap E (*Sabiston, Textbook of Surgery, 17th ed*)

88.Kolonun divertiküler hastalığında perforasyon +

abse gelişmişse ameliyatta hangi yöntem tercih edilmelidir?

- a) Rezeksiyon+Anastomoz
- b) Hartmann tipi kolostomi
- c) Rezeksiyon+Anastomoz+Transvers Kolon Loop Kolostomi
- d) Anterior Rezeksiyon
- e) Sol Hemikolektomi

AÇIKLAMA:

Divertikülozis; akkiz ve konjenital olmak üzere 2 tipi vardır. Akkiz divertikülozis genellikle sol kolonda olup, multiple ve yalancı divertiküllerdir. Konjenital olanlar ise tek ve gerçek divertikül olup sağ kolonda görülür.

Yalancı divertikül duvarında kas tabakası yoktur. Yalnızca mukoza ve seroza bulunur.

Divertiküller genellikle damarların bağırsak duvarına girdiği zayıf noktalar olan lokus rezistansia minorislerde gerçekleşir. En sık sigmoid ve rektosigmoid bölgede olur. Etiyolojisinde konstipasyon ve düşük posalı besinler yer alır. Divertikülozis koli genellikle asemptomatiktir.

Komplikasyonlar:

- 1) **Kanama:** 1/4 olguda görülür. Masif GIS kanamalarının 60 yaş altı en sık nedenidir. Tedavide yalnızca vazopressin kullanılır.
- 2) **Divertikülit:** Divertikül ağzının tıkanması ile meydana gelir. Sol alt kadranda künt ve devamlı bir ağrı, düşük seviyeli bir ateş, iştahsızlık-bulantı, lökositoz, diyare ve konstipasyon görülür. Enflamasyonun devamı halinde fistüller, kapalı perforasyon ve abse gelişimi olabilir. Öncelikle tedavi medikaldir. 48 saat içinde düzelme olmaz ise cerrahi uygulanır.

- 3) **Fistül:** Divertikülit; sigmoid kolon kanseri ve Crohn hastalığına göre kolovezikal fistülün daha sık görülen bir nedenidir. Tedavi elektif cerrahidir.

Divertikülitin tedavisinde önemli bir gelişme abdominal abselerin perkütan drenajıdır.

Laporotomi sırasında periton boşluğunun diğer bölgeleride kontamine olabilir. Bu durumda geçici kolostomiye ihtiyaç duyabilecek hastalara Hartmann operasyonu uygulanır. Diğer bir seçenekte hasta segmentin rezeksiyonu, primer anostomoz ve proksimal kolostomi açılmasıdır.

Cevap B (*Sabiston, Textbook of Surgery, 17th ed*)

89.Anal sfinkterden hangisi kolonun sirküler tabakasının kalınlaşarak yaptığı sfinkterdir?

- a) External sfinkterin deri altı tabakası
- b) External sfinkterin yüzeyel tabakası
- c) External sfinkterin derin tabakası
- d) İnternal sfinkterin alt tabakası

e) İnternal sfinkterin üst tabakası

AÇIKLAMA: Rektal duvar, mukoza, submukoza ve içte sirküler ile dışta logitudinal olmak üzere iki tam kat muskuler tabaka içerir.

Rektumun 1/3 üst kısmı ön ve lateral yüzde periton ile kaplı, orta 1/3 ise sadece ön yüzde periton ile kaplıdır. Alt 1/3 ise sadece periton refleksiyonunun altında yer alır.

Waldeyer'in fasciası dördüncü sakral vertebra hizasından başlayan ve rektumun önüne doğru yayılan, sakrumun damar ve sinirlerini saran rektosakral fasciadır.

Ekstraperitoneal rektumun önünde Denonvilliers fasciası yer alır. Bu erkeklerde rektovesikal septum, kadınlarda rektovajinal septumdur. Endopelvik fascianın lateral ligamanları alt rektumu destekler fakat damar içermez.

Anal kanal, pelvik diyaframdan başlar, anal vergede sonlanır. Anal kanal, birlikte anal sfinkteri oluşturan internal ve eksternal sfinkterler ile çevrilidir. İnternal sfinkter rektumun iç sirküler düz kasının özelleşmiş devamıdır. İstirahatte kontakte kalan istemsiz düz kastır. Eksternal sfinkter U şeklinde tek fonksiyonel birim olarak çalışan istemli kastır.

Cevap D (Schwartz, 7.baskı s. 1305)

90. Anal sfinkterin fonksiyonunu aşağıdaki testlerden hangisi ölçmez?

- a) Digital muayene
- b) Anal manometri
- c) Anal EMG
- d) Transrektal USG
- e) Defekografi

AÇIKLAMA: İnspeksiyon ve rektumun parmak ile muayenesi ile anal inkontinans ve anal fissürde artmış anal tonus ve hemoroidler görülebilir.

Anal manometre rektumun istirahat basıncını ölçmede, rektumun minimal duyusal volümünü ölçmede, sfinkter boyutunu anlamada faydalıdır.

EMG; pudendal sinir terminal motor latent kalma süresi eldiven giymiş bir parmağın ucuna stimülatör bir elektrot yerleştirildikten sonra pudendal sinirin iskiyal çıkıntı üzerinde uyarılması ile ölçülebilir.

Transrektal USG; sfinkter haritalanmasında iğne elektromyografi kadar doğru bilgi verir. Puborektal kası, eksternal anal sfinkteri, internal anal sfinkteri ve bu kaslardaki defektleri belirleyebilir.

Cevap E (Schwartz, 7.Baskı s.1285)

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM

1. EMR'de tedavide ilk seçenek hangisi olmalıdır?

- Tokoliz
- Kortikosteroid uygulaması
- Serklaj uygulaması
- Uygun antibiyotik seçimi
- İndüksiyon ile doğum

AÇIKLAMA: Erken membran rüptürü (EMR): Spontan olarak gestasyonel yaşın herhangi bir döneminde meydana gelebilir. Bu olay 37. gebelik haftasından önce meydana gelirse preterm erken membran rüptürü (PEMR) adını alır. 37. gebelik haftasından sonra membranların rüptürü ile doğumun başlaması arasındaki sürenin uzaması durumunda ise tabloya term erken membran rüptürü (TEMR) adı verilir.

Membranların rüptürü ile travayın başlangıcı arasındaki süre 24 saati geçerse bu uzamış erken membran rüptürü adını alır.

EMR'de perinatal komplikasyonların artmasına neden olan en önemli faktör gebelik haftası olması nedeniyle tedavi yaklaşımlarının gebelik haftalarına bağlı olarak değişmesi uygun bir yaklaşım şeklidir. Bunun dışında tedavi yaklaşımında önemli olan diğer bir faktörde enfeksiyon varlığıdır. Soruda gebelik haftasından bahsedilmediği için cevap D seçeneği olmalıdır.

Cevap D (*Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s. 681*)

2. Her iki overin de tutulumu germ hücreli over kanserlerinden hangisinde sıktır?

- İmmatür teratom
- Disgerminoma
- Embriyonel karsinoma
- Endodermal sinüs tümörü
- Poliembrioma

AÇIKLAMA: DİSGERMİNOMA:

En sık adolesan ve genç erişkin yaşlarda rastlanır. Malign germ hücreli tümörlerin %50'si disgerminomadır. Bilateral eğilimi en yüksek olan (%20) germ hücreli bu tümördür. Radyoterapiye hassastır. **Gebelikte görülen en sık malign over tümörüdür. Gebelikte görülen en sık over tümörü kistik teratomdur.**

- En sık bilateral over tümörü ▶metastatik tümörler
- En sık bilateral malign over tm: Seröz kistadenokarsinom
- En sık bilateral primer over tm: Seröz kistadenom
- En sık bilateral primer benign over tm: Seröz

kistadenom

- En sık bilateral malign germ hücreli over tm: Disgerminom

Cevap B (*Berek, Practical Gynecologic Oncology. 4. baskı, 2005. s.516*)

3. Epiteliyal over kanserinin klinik prognostik faktörlerden olmayan hangisidir?

- Evre
- Hastanın yaşı
- İlk ameliyattan sonra kalan tümör miktarı
- Asit miktarı
- CA 125 düzeyi

AÇIKLAMA: CA 125; Glikoprotein yapısında olup epiteliyal over tümörlerinin %80'inde artmış olarak bulunur. Ancak over tümörlerine spesifik değildir. Diğer bazı jinekolojik tümörlerde de yükselir (germ hücreli tm, serviks adeno Ca, endometriyum adeno Ca gibi). Ayrıca endometriyozis, leiomyoma uteri, gebeliğin 1. trimesteri, PID, hepatit, myoma uteri, pankreatit gibi durumlarda da CA 125 artışı gözlenir.

Cevap E (*Berek, Practical Gynecologic Oncology. 4. baskı, 2005. s.454*)

4. Endometrium kanseri ile birlikte görülme riski daha fazla olan epiteliyal over kanseri hangisidir?

- Endometrioid
- Seröz
- Müsinöz
- Berrak hücreli
- Brenner tümörü

AÇIKLAMA: Endometrioid karsinom; Seröz over tümörlerinden olup overde endometriyozis alanlarından gelişebilir. Mikroskopik olarak endometrial adenokansere benzerler. Sıklıkla hemoraji ve nekroz alanları vardır. %20 vakada endometriyum kanseri ile birlikte görülür.

Brenner tümöründe transizyonel tipte epitel adacıkları (Walthard adacıkları) bulunur.

Cevap A (*Berek, Practical Gynecologic Oncology. 4. baskı, 2005. s.443*)

5. Serviks kanseri için risk faktörü olmayan hangisidir?

- Erken yaşta menarş
- Erken yaşta cinsel hayatın başlaması
- Sigara kullanımı

d) HPV enfeksiyonu

e) Birden fazla cinsel partner varlığı

AÇIKLAMA: Servikal Kanserde Majör Risk Etkenleri:

- Erken yaşta (20 yaştan önce) cinsel ilişkide bulunma,
- Birden fazla cinsel partnerin olması,
- Sigara,
- Kadının, erkek partnerinin cinsel davranışı (erkeğin başka eşlerinin olması),
- Serviksin Human Papilloma Virus (HPV) enfeksiyonu.

Sünnet, oral kontraseptif kullanımı ve Herpes Simpleks Virus tip II enfeksiyonu artık bir risk etkeni olarak kabul edilmemektedir.

Cevap A (*Robbins, Temel Patoloji, 5. baskı, 1995, s.171, 181, 612*)

6. Bir maddeye konsepsiyondan itibaren hangi günler arasında maruz kalınırsa teratojenik etki görülür?

a) İlk 7 gün

b) 7-14

c) İlk 14 gün

d) İlk 21 gün

e) 7-21 gün

AÇIKLAMA: Fertilizasyon (döllenme) oluştuktan sonraki iki haftalık dönemde bebeğe zarar veren etkenler bebeği ya hep, ya hiç kuralına göre etkiler. Yani eğer etkilenme olursa bebek düşer, etkilenmezse gebelik devam eder (bu durumun teorik olarak istisnaları olabilir).

Cevap C (*Gabbe, Obstetrics Normal and Problem Pregnancies. 4. baskı. 2002*)

7. Karında şişlik, asit ve sağ adnekte 8x9 cm'lik kütle nedeniyle opere edilen hastada over kanseri saptanmıştır. Ameliyat sırasında asit örnekleme, total abdominal histerektomi, bilateral salpingoofektomi, total omentektomi, bilateral pelvik ve paraaortik lenf nodu örnekleme yapılmıştır. Patolojik inceleme sonucunda sağ overde kapsülü invaze eden seröz kistadenokarsinom, omentumda yaygın tümör implantları, paraaortik lenf nodlarında makroskopik tutulum ve asitte malign tümör hücresi saptanmıştır. Bu hastada evre nedir?

a) 2b

b) 2c

c) 3b

d) 3c

e) 4

AÇIKLAMA: Over Kanseri FİGO Evrelemesi:

FİGO evreleri	
0	Primer tm değerlendirilemedi, primer tm yapılan tetkikler sonucu yok.
I	Tm overlere sınırlı IA: Tm tek overe sınırlı; kapsül intakt; asit sıvısında veya periton yıkama maisinde malign hücre yok IB: Tm her iki overde sınırlı; asit sıvısında veya periton yıkama maisinde malign hücre yok IC: Tm tek veya her iki overde ve aşağıdakilerden enaz biri var; - kapsül rüptüre - over yüzeyinde tm var - asit sıvısı veya periton yıkama maisinde malign hücre var
II	Tm tek veya her iki overi tutmuş ve pelvis içine uzanım var IIA: Uterus ve/veya tüpler üzerinde implantlar veya tümör uzanımı mevcut, asit sıvısında veya periton yıkama sıvısında malign hücreler yok IIB: Uterus ve tüpler dışındaki pelvik dokulara uzanım var, asit sıvısı veya periton yıkama sıvısında malign hücre yok IIC: IIA ve IIB'ye ek olarak asit sıvısında veya periton yıkama sıvısında malign hücre var.
III	Tm tek veya her iki overi tutmuş ek olarak pelvis dışındaki abdominal peritonda patolojik olarak ispatlanmış tm mevcut veya LN metastazı var IIIA: Pelvis dışında peritonda mikroskopik peritoneal metastazlar var IIB: Pelvis dışında peritonda en büyük çapı 2 cm ve altında makroskopik metastazlar var IIC: Pelvis dışında peritonda en büyük çapı 2 cm. den büyük makroskopik metastazlar var
IV	Uzak metastaz var (peritoneal metastazlar dışında). Malign hücre içeren plevral efüzyon varlığı veya karaciğer parankim tutulumu hastalığı bu evreye taşır.

Cevap D (*A. Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006 baskı, s.1247*)

8. Endometrium kanseri için risk faktörü olmayan hangisidir?

a) Obezite

b) Anovulasyon

c) Ailesinde polipöz olmayan kolorektal kanser vardır

d) Karşılanmamış östrojene maruz kalmak

e) 20 yaşından önce doğum yapmış olmak

AÇIKLAMA: Endometrium kanserinde etiyojisi:

- Heredite

- Diabetes mellitus

- Hipertansiyon
- Obezite
- Nulliparite
- Polikistik over sendromu
- Geç menopoz
- Karşılanmamış östrojen sendromu
- Östrojen stimülasyonu (tamoksifen kullanımı gibi)
- Sterilite/infertilite
- Bekarlık

Cevap E (*Berek, Practical Gynecologic Oncology, 4. baskı. 2005. s.254, 398*)

9. Aşağıdaki jinekolojik kanserlerden hangisinin taraması mümkündür?

- a) Endometrium
- b) Over
- c) Serviks
- d) Tuba
- e) Vajina

AÇIKLAMA: 1943'de Papanicolaou ve Traut'un yayınladığı uterus kanserlerinin vaginal smear ile tanısı konusundaki çalışmasından sonra, servikal lezyonların preinvazif (in situ) evrede saptanmasıyla serviks kanserinden ölüm oranları %50-70 azalmıştır. Neoplastik değişiklikler squamokolumnar bileşkedeki (junction) başlar.

Serviks kanseri gelişmesinde serviks epitelinde birbiri ardışına gelen değişiklikler olur, bu da serviks kanserinin erken tanısında önem taşır. Bu değişiklikler: Normal endoservikal kolumnar epitel → Squamoz metaplazi → Hafif-orta-ağır displazi → Carcinoma in situ → Mikroinvazif karsinom → Belirgin invazif karsinom biçimindedir.

Pap smear yalnızca hastanelerde yapılabilecek bir tarama testi değildir. Uygun bir yapılanma ve alınan smearlerin gönderilebileceği, kullanılabilir bir sevk sistemi (patolojik-sitolojik inceleme olanağı) olduğunda tüm birinci basamak sağlık kurumlarında da bu test yapılabilir.

Cevap C (*Berek, Practical Gynecologic Oncology, 4. baskı. 2005. s.337, 397, 445*)

10. Aşağıdakilerden hangisi endikasyonlu preterm örnekleme oluşturmaz?

- a) Şiddetli preeklampsi
- b) Rh izoimmünizasyonu
- c) Korioamniyonitis
- d) Basse insersiyonu
- e) Ablatio plasenta

AÇIKLAMA: Preterm eylem; düzenli doğum eylemi

kontraksiyonları ile birlikte ilerleyici servikal dilatasyon ve silinmenin 37'nci gebelik haftasından önce başlamasıdır. Prematürite perinatal mortalite ve morbitelerin yaklaşık %75-80'inden sorumludur.

Preterm eylem nedenleri:

Maternal nedenler (%31.9)

- Sistemik hastalıklar (HT, Kalp ve Böbrek hastalıkları, Hipertiroidi, Anemi, Enfeksiyonlar)
- Preterm eylem öyküsü
- Cerrahi girişimler
- Sık doğum
- Sigara, alkol
- Önceki gebeliklerde abortus öyküsü
- EMR
- Servikal patoloji
- Uterin anomaliler

Plasental nedenler (%11.2)

Fetal nedenler (%5.2)

- Konjenital fetal anomaliler
- Polihidramnios
- Oligohidramnios
- Multifetal gebelik

İdiopatik (%51.7)

Cevap D (*Danforth's Obstetrics and Gynecology, 9. baskı. 2003. s.369*)

11. Aşağıdakilerden hangisi enfeksiyonda, preterm doğuma neden olabilir?

- a) PGE2
- b) PGI2
- c) TxA2
- d) TxB2
- e) Araşidonik asid

AÇIKLAMA: Prostaglandin E2, amniyon ve koryon zarlarında yapılan ana prostaglandindir. Desidua'da ise hem prostaglandin E2, hem deprostaglandin F2α sentezlenir. PGE2'nin zarlardan desidua'ya ve myometriuma geçtiğini gösteren bulgular vardır. Bununla beraber uterus kasılmalarının öncelikle desidual ve myometrial prostaglandinlerce tetiklendiği tartışılmaktadır.

İnfeksiyon ile doğumun (özellikle preterm) başlaması arasındaki ilişki, membranlar ve desiduada bulunan araşidonik asidin bakteriel ortam tarafından (interlokin gibi faktörler ile) Prostaglandin E2'ye dönüştürülmesine bağlanabilir.

Dolayısıyla enfeksiyon varlığında PGE2 preterm doğuma neden olabilir.

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM

Cevap A (*Danforth's Obstetrics and Gynecology. 9. baskı. 2003. s.174*)

12. Omuz distosisi için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Fetus her zaman makrozomiktir
- McRobert uygulacak ilk manevradır
- Diabetik anne çocuklarında daha sıktır
- Brakial pleksus yaralanması olabilir
- Epizyotomi açarak omuz distosisi önlenemez

AÇIKLAMA: Omuz distosisi:

Görülme sıklığı, 4000-4499 g arasındaki bebekler için %23, 4500 g üstündekiler için %50'dir. Brakial pleksus zedelenmeleri C5-C7 seviyesinde (Erb paralizisi), veya C7-C8 seviyesinde olabilir (Klumpke paralizisi). Erb paralizisi daha hafif seyredir. Klumpke paralizisinde ise lezyonlar genellikle kalıcıdır. Daha ciddi brakial pleksus zedelenmelerinde diafragmatik paralizi veya Horner sendromu görülebilir. Diabetik anne bebeklerinde daha sıktır. Fetus her zaman makrozomik olmayabilir.

Cevap A (*Gabbe, Obstetrics Normal and Problem Pregnancies. 4. baskı. 2002*)

13. Çoğul gebelikler için hangisi yanlıştır?

- Çoğul gebeliklerin büyük kısmı ikizdir
- Yardımlı üreme teknikleri ile çoğul gebelik sıklığı artış göstermiştir
- Monoamniyotik ikizler anomali sıklığı artmıştır
- Erken doğum sıklığı artmıştır
- Zigotlar ilk 3 gün içinde ayrılıyorsa monokorionik diamniyotik ikiz gebelik olur.

AÇIKLAMA: Monokorionik diamniyotik ikizler:

Monozigotik ikizlerin en sık görülen şeklidir (yaklaşık %70). Postkonsepsiyonel 4-8. günler arasında, koryona dönüşecek iç hücre tabakası oluştuktan sonra bölünme olursa tek koryonik kavitede iki embriyo, iki amniyon ve iki yolk kesesi oluşacaktır. Bu ikizler tek plasentaya sahiptirler.

Cevap E (*Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.426*)

14. Kronik primer hipertansiyonun %90'ı gebelik öncesinde ve sırasında aşağıdaki patolojilerden hangisi ile birlikte olabilir?

- Esansiyel Hipertansiyon
- Aort koarktasyonu
- Renal arter stenozu
- Karaciğer sirozu
- Kolitit ülseroza

AÇIKLAMA: Gebelikte hipertansiyonun %90'ı altında herhangi bir patolojinin ortaya konulmadığı esansiyel HT'dur. Kalan %10'u ise renal yada endokrin patolojilere bağlı olarak gelişebilen sekonder

hipertansiyondur. **Sekonder HT nedenleri;**

- Renal hastalık (GN, interstisyel nefrit, polikistik böbrek, renal arter stenozu)
- Kollagen vasküler hastalıklar (SLE, skleroderma)
- Endokrin bozukluklar (diabet, feokromasitoma, tirotoksikoz, cushing hastalığı, hiperaldosteronizm)
- Aort koarktasyonu gibi durumlardır.

Cevap A (*Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.463*)

15. Aşağıdaki durumların hangisinde tokoliz yapılmaz?

- Çoğul gebelik
- Makat prezentasyonu
- Plasenta previa
- Situs transversus
- Eklampsi

AÇIKLAMA: Tokoliz kontrendikasyonları

Maternal sebepler:

- Eklampsi-şiddetli preeklampsi
- Sebebi bilinmeyen antepartum kanama
- Kalp hastalığı
- Gebeliğin uzatılmasının sakıncalı olduğu medikal-obstetrik hastalık varlığı

Fetal sebepler:

- Gestasyonel yaş 36. haftadan büyük
- Servikal açıklık 4 cm.den fazla ve silinme %80
- Bebeğin tahmini ağırlığı 2500 gr. dan fazla
- Yaşamla bağdaşmayan fetal anomali varlığı
- Koryoamniyonit
- Fetal distress
- İntrauterin gelişme geriliği
- İntrauterin ölü fetus

Cevap E (*Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.736*)

16. Doğumun 3. evresi için hangisi yanlıştır?

- Fetusun doğması ile plasentanın doğması arasındaki süreyi tanımlar
- Ortalama 20-30 dakika sürer
- Plasenta çıkmadan oksitosin yapılması 3. evreyi kısaltır
- Plasentanın çıkması için kuvvetli traksiyon uygulanması 3. evreyi kısaltır
- Plasenta doğduktan sonra fetal ve maternal yüzü incelenmelidir.

AÇIKLAMA: Doğumun dönemleri:

1. **Dönem:** Uterus kasılmaları ile başlar ve serviksin tam dilatasyonuna kadar sürer. Primigravidalarda 8-16 saat, multiparalarda 6-8 saat sürer. Bu dönem doğum eyleminin en uzun dönemidir. Bu dönemde oluşan latent fazda dilatasyon görülür. 4-9 saat arasında değişir. Sedatiflerin etkilediği fazdır.
2. **Dönem:** Tam dilatasyondan bebeğin doğumu arasındaki geçen süre olup, 1-2 saat sürer.
3. **Dönem:** Doğumdan plasenta ve eklerinin ayrılmasına dek geçen süredir. 30 dakika sürer.
 - Normal doğumda fetus başının hareketleri sırasıyla; 1) Angajman 2) Fleksiyon 3) İç rotasyon ve iniş 4) Defleksiyon 5) Dış rotasyon şeklindedir.
 - Plasenta çıkması için kuvvetli traksiyon uygulanmaz. Plasenta çıktıktan sonra fetal ve maternal yüzü incelenmelidir.

Cevap D (Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.234)

17. Aşağıdaki enfeksiyonlardan hangisi doğum kanalında bulunduğu zaman abdominal yolla doğum yapılması tercih edilmelidir?

- a) HSV II
- b) Rubella
- c) Toksoplazma gondii
- d) Varicella Zoster
- e) CMV

AÇIKLAMA: Antenatal vizitte ve doğum sırasında tüm gebe kadınlar ve seksüel partnerleri genital herpes açısından sorgulanmalıdır. Eylem sırasında tüm gebelere dikkatli bir genital muayene yapılmalıdır. Lezyon varlığında sezaryen doğum tercih edilmelidir. Eğer membranlar rüptüre ise ideal olarak sezaryen ilk 6 saat içinde yapılmalıdır. Membranların açılmasının üzerinden 6 saatten fazla geçmiş ise sezaryen kararı hastanın durumuna göre verilmelidir.

Cevap A (Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.714)

18. İntrauterin Parvovirus B19 enfeksiyonu için hangisi yanlıştır?

- a) Kemik iliği baskılanmasına yol açabilir
- b) Anemiye bağlı kalp yetmezliği, hidrops fetalis olabilir
- c) Solunum yoluyla bulaşır
- d) Fetustaki enfeksiyonun tanısı ultrasonografi ile konur
- e) Bir RNA virüstür

AÇIKLAMA: 5. hastalık veya eritema infeksiyozum olarak bilinen klinik tablonun etkeni olan parvovirüs B19, parvoviridea ailesinden, tek zincirli bir DNA

virüsüdür. Annede hafif bir enfeksiyona neden olurken fetus için bazen öldürücü olabilmektedir. Fetusta ağır hemolitik anemi ve sonuçta hidrops fetalise yol açar. Tanıda en geçerli test halen ELİSA'dır. Pozitif seroloji tesbit edilen gebeler USG yapılarak hidrops açısından değerlendirilmelidir. Hidrops varlığında fetal transfüzyon düşünülebilir.

Cevap E (Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.711)

19. Ablatio plasenta gelişimindeki risk faktörlerinden yanlış olan hangisidir?

- a) Travma
- b) Maternal hipertansiyon
- c) Umbilikal kordonun uzun olması
- d) Sigara içimi
- e) Prematür membran rüptürü

AÇIKLAMA: Ablatio plasenta doğumdan önce plasentanın ayrılmasıdır. Malprezantasyonlara neden olmaz. Plasenta previada ise prezantasyon anomalilerine neden olabilir.

Ablatio plasenta için risk faktörleri:

- Prematür erken membran rüptürü
- İleri yaş ve parite
- Kronik HT (en sık)
- Preeklampsi
- Sigara
- Trombofili
- Geçirilmiş ablatio
- Annenin kokain kullanımı
- Travma

	Plasenta previa	Ablatio plasenta
Ağrı	Yok	Şiddetli
Kanama	Hafif ve dışarı	Şiddetli ve içeri olabilir
Kanama sayısı	Pek çok	Tek
Kanama rengi	Açık kırmızı	Koyu kahverengi
Çocuk kalp sesleri (ÇKS)	Duyulur	Duyulmaz
Uterus	Yumuşak	Sert

Cevap C (Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.297)

20. Atipik eklampsi nedir?

- a) Postiktal dönemin olmadığı eklampsidir
- b) Doğumdan 48 saat sonra olan ya da gebeliğin 20. haftasından önce olan eklampsidir
- c) 3-4 dakika boyunca süren eklampsidir
- d) Fokal tarzda olan nöbettir
- e) Magnezyum tedavisi altındayken olan eklampsidir

AÇIKLAMA: Preeklampsi tablosuna konvülsiyonların eklenmesi durumuna **eklampsi** denir. Preeklampsiden eklampsiye geçişi sağlayan konvülsiyonların

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM

nedeni hala bilinmemektedir. Ancak konvülsiyonlara neden olan patofizyolojik olay serebral vazospazmdir. Konvülsiyonların yaklaşık %50 kadarı antepartum dönemde meydana gelir. İntpartum ve postpartum dönemde ise yaklaşık %25 oranlarında görülür. Postpartum dönemde görülenler geç ve erken olmak üzere ikiye ayrılır. 48 saatten sonra görülenler geç eklampsi olarak (atipik) adlandırılır.

Cevap B (*Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s. 460*)

21. Gestasyonel diabet için düşük risk grubuna dahil olmayan hangisidir?

- Yakın akrabalarında diabet öyküsünün olmaması
- Kötü obstetrik geçmişin olmaması
- Gebelik öncesi ağırlığının normal olması
- 35 yaşından küçük olması
- Anormal glukoz metabolizmasına ait öykünün olmaması

AÇIKLAMA: Gestasyonel DM için düşük risk kriterleri:

- < 25 yaş
- Düşük riskli ırksal veya etnik gruba dahil olmak (yerli Amerikan, siyah, G. Doğu Asya, Avusturya)
- Gebelik öncesi ve gebelikte alınan kilonun normal olması
- Anormal glukoz testi hikayesinin olmaması
- Kötü obstetrik öykünün olmaması
- Birinci derecede akrabalarda diabet öyküsünün olmaması

Cevap D (*A. Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006 baskı, S.438*)

22. Gebelikte fizyolojik değişikliklerden olmayan hangisidir?

- Gebelikte dilüsyonel anemi olur
- Plazma hacmi 30. haftaya kadar artış gösterir
- Eritrosit sayısı ve hacmi değişmez
- Çoğul gebeliklerde plazma hacmindeki artış daha fazladır
- Kemik iliğinde hafif derecede eritroid seri hiperplazisi olur

AÇIKLAMA: Gebelikte hematolojik değişiklikler:

- Kan hacminde artış olur (gebenin kilo almasından sorumlu en önemli faktördür). Kan hacmi %40-50 artar.
- Demir eksikliği anemisi meydana gelir. TIBC ve transferin konsantrasyonu artar.
- Retikülosit artar.
- Eritrosit ve plazma hacmi birlikte artar. Onun

için hematokrit düşük olur (gebeliğin fizyolojik anemisi)

- Fibrinojen ve faktör 8 artar.
- Hiperkoagülasyon vardır.
- Lökositöz olur.
- Sedimentasyon artar.

Cevap C (*Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.559*)

23. Doğumda analjezi için modern obstetrikte yeri olmayan hangisidir?

- Paraservikal blok
- Epidural analjezi
- İntravenöz meperidin injeksiyonu
- İntramüsküler meperidin injeksiyonu
- Lokal anesteziyelerle infiltrason analjezisi

AÇIKLAMA: Periferik lokal anestezi yöntemleri

İnfiltrasyon: Epizyotomi ve onarımı için %0.5-1 lidokain ile uygulanabilecek bir yöntemdir. Derin onarım için analjezi kalitesinin yeterli olmayacağı göz önünde bulundurulmalıdır.

Paraservikal blok: Serviksin iki yanına 5-10ml lokal anestezi ajanının injeksiyonu ile gerçekleştirilebilir. Doğumun birinci aşaması için mükemmel bir analjezi sağlar. **Fakat fetal bradikardiye neden olduğundan sıklıkla uygulanmaz.**

Pudendal sinir bloğu: Bu sinirin blokajı ile doğum kanalı ve perinede analjezi sağlanabilir. Kontraksiyon ve servikal dilatasyon ağrısına etkisizdir.

Nörsaksiyel Bloklar

Doğum analjezisi amacı ile uygulanan yöntemler içinde en etkin ve en az depresan etkiye sahip olanları epidural, spinal ve kombine epidural spinal anestezi yöntemleridir. Lipid eriyirliği yüksek bir opioid ajanla yapılan tek doz spinal anestezi çabuk ve basit fakat etki süresi sınırlı bir yöntemdir. Devamlı epidural blok mükemmel ağrı tedavisi ve uzatılabilir süresi ile cazip iken, etki başlama zamanının geç olması ve motor bloğa neden olması gibi dezavantajlara sahiptir. Kombine spinal epidural anestezi ise epidural ve spinal anestezinin çekici yönlerini birleştiren bir yöntemdir.

Parenteral Opioidler

Opioidlerin intravenöz ve intramusküler olarak sistemik kullanımları doğum ağrısını etkin bir şekilde ortadan kaldırabilir. Bununla birlikte; annede sedasyon ve solunum depresyonu, mide boşalma zamanı gecikmesi, postural hipotansiyon ile fetus ve yeni doğanda solunum depresyonu kalp hızı değişikliklerine neden olmaları doğum analjezisinde kullanımlarını sınırlamaktadır. Tüm bu etkiler nalokson ile (0.1-0.4mg anneye, 0.01-0.04mg yeni doğana) giderilebilir.

Cevap A (*Gabbe, Obstetrics Normal and Problem Pregnancies. 4. baskı. 2002*)

24. Gebelikte koagülasyon sisteminde değişikliklerden olmayan hangisidir?

- Gestasyonel trombositopeni gebeliğin son döneminde görülür
- Gestasyonel trombositopenide trombosit sayısı $50.000/mm^3$ 'e kadar düşer
- Faktör 13 düzeyi azalır
- Gebelik pıhtılaşmaya yatkın bir ortam yaratır
- Pıhtılaşma sisteminde gebelikte oluşan değişiklikler 2-3 haftada normalleşir

AÇIKLAMA: Gebelikte hiperkoagülasyon mevcuttur. Faktör 1,7,8,9,10,12 artar, faktör 11 ve faktör 13 ise azalır. Gebelikte trombosit sayısı değişmezken, hacimleri ve genişlikleri artar. Gestasyonel trombositopeni; özellikle 3. trimesterde görülür. Hemodilüsyona bağlı olduğu düşünülmektedir. Trombosit sayısı 150.000 'in altındadır, %4-7 oranında görülür.

Cevap B (*Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.563*)

25. Gebelikte görülen değişikliklerle ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Safra kesesi motilitesi yavaşlamıştır
- Hemodilüsyona bağlı albumin düzeylerinde azalma olur
- Kolon ve ince bağırsak motilitesi azalmıştır
- Peptik ülserle ait yakınmalar gebelikte azalır
- Gastroözofageal reflüye ait yakınmalar gebelikte azalır

AÇIKLAMA: Gebelikte görülen gastrointestinal değişiklikler:

- GİS motilitesi azalır, kabızlık görülür.
- Mide boşalması yavaşlar.
- Gastrin artışı görülür, gastrik mukus artar, gastroözofageal yakınmalar artar.
- Bulantı kusma görülür.
- Safra kesesi boşalma zamanı gecikir.
- Bağırsaklar yer değiştirir.
- Kolestatik sarılık görülür.
- Pyrozis meydana gelir.
- Plazma albümin miktarı azalır, globülin miktarı artar.
- Gebelikte peptik ülserle ait yakınmalarda azalma olur. Bu konuda çeşitli teoriler öne sürülse de kesin sebebi bilinmemektedir.

Cevap E (*Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.515-525*)

26. Anovülasyonun fizyolojik nedenlerinden yanlış olanı belirtiniz?

- Adolesans
- Perimenopoz
- Laktasyon

- Gebelik
- Otuzlu Yaşlar

AÇIKLAMA: Anovülasyon-oligomenore sınıflaması (WHO'ya göre):

- Hipotalamo-hipofizer yetmezlik:** Bu grupta prolaktin normal, kafa içi yer kaplayan lezyon yoktur.
 - Hipotalamik amenore
 - İzole gonadotropin yetmezliği
 - Kallman sendromu
 - Anoreksiya nervosa

Hipogonadotropik hipogonadizm vardır. Sonuçta östrojen seviyeleri düşük ve progesteron çekilme kanaması izlenmez.

- Hipotalamo-hipofizer disfonksiyon:** Normogonadotropik, normoöstrojenik ve anovuluar gruptur. Progesteron çekilme kanaması vardır. Örnek PCOS (polikistik overli hastalar).

- Ovarian yetmezlik:** Hipergonadotropik hipogonadizm bu gruptadır. Bunlara prematür over yetmezliği, rezistan over sendromu, Turner sendromu örnektir. Bu grupta östrojen seviyeleri düşük, FSH seviyeleri yüksektir.

- Konjenital veya akkiz genital yol bozuklukları:** Bu grupta çekilme kanaması sağlanamaz ama hastalarda endometrium vardır.

- Hipotalamo-hipofizer bölgede yer kaplayan lezyonu olanlar**

- Hiperprolaktinematik infertil hastalar** (yer kaplayan lezyon yok)

- Normoprolaktinematik hastalar** (yer kaplayan lezyon var)

Seçeneklerde adolesan, perimenopoz, gebelik ve laktasyon fizyolojik hormonal nedenlerle anovülasyona neden olurken, otuzlu yaşlarda anovülasyonun mutlaka alta yatan patolojik bir hadiseye bağlı olduğu düşünülmelidir.

Cevap E (*Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.1448*)

27. Gebelikte fizyolojik cilt değişikliklerinden olmayan hangisidir?

- Piyojenik granüloma
- Melazma
- Telogen efluvium
- İmpetigo herpetiformis
- Striae distensae

AÇIKLAMA: Gebelerde görülen fizyolojik cilt değişiklikleri:

- Linea alba, linea nigra
- Kloazma, melazma
- Telenjektazi

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM

- Hirsutizm (hafif ve orta derecede)
- Telogen efluvium (kıl folliküllerinde artış)
- Tırnak değişiklikleri (transvers oluklanma, kolay kırılma, distal onikoliz)
- Miliarya, hiperhidroz (artmış ekrin bez aktivitesi nedeniyle)
- Stria distensa (en çok karın, kalça ve glutealar, bazende meme üzerinde)
- Pyogenic granuloma

Gebelik dermatozları:

- Herpes gestasyones (gestasyonel pemfigoid)
- Prurigo gravidarum
- İmpetigo herpetiformis
- Gebeliğin polimorfik erüpsiyonu (ürtikeryal papül ve plaklar)

Cevap D (Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.507)

28.Gebe kalmayı arzu eden Polikistik over'li olguda yanlış olan tedavi seçeneği hangisidir?

- a) Klomifen
- b) Human menopozal gonadotropin
- c) Oral kontraseptifler
- d) Wedge reseksiyon
- e) Antidiyabetik ilaç kullanımı

AÇIKLAMA: PCOS'ta Ovulasyon indüksiyonu:

- **Cerrahi ovulasyon indüksiyonu:** Maliyeti azdır, çoğul gebelik ve ovaryan hiperstimülasyon riski yoktur. Spontan abortus riski daha azdır ve hastanın sürekli takibine gerek yoktur. Wedge rezeksiyonu veya overyan drilling (wedge rezeksiyonunun yerini almıştır) yöntemleri vardır. Wedge rezeksiyonunda over dokusu en kalın yerinden çıkarılırken; overyan drilling'te ise over stromasında laser veya elektrokoter ile termal hasar oluşturulur.
- **Klomifen sitrat ve gonadotropinler**
- **İnsülin duyarlılığını artırıcı ilaçlar** (metformin, thiazolidionlar)

Cevap C (Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.1506)

29.Anormal uterin kanamalı olguda başvuru laboratuvar testlerinden yanlış olanı hangisidir?

- a) Tam kan sayımı
- b) Beta HCG
- c) Açlık kan şekeri
- d) Koagülasyon profili
- e) Tiroid stimulan hormon

AÇIKLAMA: Anormal uterin kanamalar:

- Organik nedenler

- 1) Reprodüktif sistem hastalıkları
Gebelik komplikasyonları
Malignite
Enfeksiyon
Benign pelvik lezyonlar
- 2) Sistemik hastalıklar
Koagülasyon bozuklukları
Hipotiroidizm
Siroz

3) İyatrojenik nedenler ve yaşam biçimi

- Organik nedenin bulunmadığı durumlar

Yukarıdaki nedenlere yönelik düşünüldüğü zaman açlık kan şekeri ölçümünü istemenin gereksiz olduğu görülecektir.

Cevap C (Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.1562)

30.Erken doğum açısından risk faktörü olmayan hangisidir?

- a) Anne yaşının 25'in üzerinde olması
- b) Sigara kullanımı
- c) Erken doğum öyküsünün olması
- d) Üriner sistem enfeksiyonunun olması
- e) Annede gebelik öncesi kaşeksi olması

AÇIKLAMA: Erken doğum için risk faktörleri:

- Yaş (<17, >35)
- Polihidramniyoz
- Plasenta previa
- Myoma uteri
- Travma
- Bakteriyel vajinozis/Trikomoniazis
- Klamidyal ve gonokokal enfeksiyonlar/ sifiliz
- Koriyoamniyonit
- Üriner sistem enfeksiyonları, kandidiyazis, apandisit/pnömoni
- Abort anamnezi
- Stresli yaşam (aile içi şiddet gibi)
- Kötü beslenme
- Gebelikte kilo alımının yetersiz olması
- Plasental anomaliler, uteroplasental yetmezlik
- Gebelikte hipertansiyon
- İnsülin bağımlı diyabet/ilaç kullanımı
- Alkol/sigara kullanımı

Cevap A (Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.729)

31.Amenore yakınması ile başvuran bir hastada değerlendirmeye alınmayacak olan aşağıdakilerden hangisidir?

- a) İkincil cinsiyet karakterlerinin varlığı
 b) Hastanın yaşı
 c) TSH ve prolaktin düzeyi
 d) Testosteron düzeyi
 e) Progesteron çekilme kanaması testi

AÇIKLAMA: AMENORE**1) Hipotalamik amenore**

- SSS-hipotalamik disfonksiyon (idiyopatik, medikasyon sonrası, stres sonrası olabilir)
- Egzersize sekonder SSS-Hipotalamik disfonksiyon/yetmezlik
- Kilo kaybına sekonder SSS-Hipotalamik disfonksiyon/yetmezlik (basit kilo kaybı, anorexia nervosa)
- SSS-Hipotalamik yetersizlik (lezyonlara sekonder, idiyopatik)
- SSS-Hipotalamo-adreno-ovarian disfonksiyon (PCOS)

2) Hipofizer amenore

- Destruktif –nonneoplastik lezyonlar (sheehan sendromu)
- Tümör

3) Ovarian amenore

- Prematür over yetersizliği
- Over fonksiyon kaybı (ooferektomi, infeksiyon, kistik dejenerasyon)

4) Uteri amenore

- Uterin sineşi (asherman sendromu)

Amenore nedenlerine bakılarak seçeneklerden testosteron düzeyinin değerlendirmeye alınmaması gerektiği anlaşılmaktadır.

Cevap D (Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.1482)

32.Tiroid ve üreme işlevleri hakkında hangisi yanlıştır?

- a) Gebelikte hipertiroidi olması preeklampsi riskini artırır
 b) Tirotoksikozu olan hastada doğum, sezaryen, enfeksiyon gibi nedenlerle tiroid fırtınası başlayabilir
 c) Gebedeki hipertiroidinin fetusa etkisi olmaz
 d) Hipotiroidi varlığında düşük riski artmıştır
 e) Postpartum tiroiditis doğumdan sonraki 3-6 ayda olur

AÇIKLAMA: Gebelikte hipertiroidizm tüm gebeliklerin %0,2'sinde gözlenmektedir. Gebelik sırasında tedavi edilmeyen hastalarda erken gebelik kaybı, preterm doğum, ciddi preeklampsi ve kalp yetmezliği riski yüksektir. Fetusta ise neonatal hipertiroidizm,

prematürite ya da gelişme geriliği gözlenebilir.

Gebelikte hipotiroidizm %2-5 oranında görülmektedir. Bu vakalarda tekrarlayan düşükler, gebelik komplikasyonları ve fetal anomaliler sık görülmektedir.

Postpartum tiroidit doğumdan sonra 3-6. ayda görülür. Bu vakaların çoğunda hipertiroidizm ve takip eden hipotiroidizm görülür.

Cevap C (Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.550)

33.Kontrasepsiyon için hangisi yanlıştır?

- a) Ertesi sabah hapları kontrasepsiyon yöntemi olarak kullanılamaz
 b) İntrautein araçlar dış gebelik riskini artırır
 c) Vazektomi, tüp ligasyonuna kıyasla cerrahi olarak daha kolay bir işlemdir
 d) Modern oral kontraseptifler düşük miktarda östrojen içerirler
 e) Aktif hepatiti olan hastada oral kontraseptif kullanılmaz

AÇIKLAMA: Kontraseptif yöntemlerin sınıflaması:**1) Hormon içermeyen yöntemler****A) Doğal yöntemler**

- Koitus interruptus (geri çekme)
- Ovulasyon ve takvim metodları
- Laktasyonel amenore

B) Bariyer yöntemleri ve spermisitler

- Erkek kondomu
- Kadın kondomu
- Diyafram
- Servikal başlık
- Spermisitler

C) Rahim içi araçlar (RİA)

- Progesteronlu RİA (hormonal)
- Levonorgestrelli RİA (hormonal)
- Bakırlı RİA

2) Hormonlu yöntemler**A) Sadece progesteron içerenler**

- Mini haplar
- Deri altı implantları
- Enjeksiyonlar

B) Kombine oral kontraseptifler**C) Erkeklerle uygulanan hormonlar****3) Sterilizasyon****A) Vazektomi****B) Tüp ligasyonu****4) Kontraseptif aşılar**

Cevap B (Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. 6. baskı, 1999. s.992)

34.Kadın infertilitesi hakkında hangisi yanlıştır?

- Yaş ilerledikçe over işlevleri azalır
- Over rezervi progesteron çekilme testiyle değerlendirilir.
- Tubal patolojilerin en sık nedeni endometriozis ve pelvik infeksiyondur
- Tubal patoloji varlığında in vitro fertilizasyon uygulanır.
- Ovulasyon kusurları ve tubal patolojiler kadın infertilitesinin en önemli nedenleridir.

AÇIKLAMA: İnfertilitede tanı ve tedavide çiftler bir bütün olarak değerlendirilir. Yaklaşık %40 sebep kadın, %40 sebep erkek ve kalan %20 her ikisindedir. **Ovulasyon kusurları ve tubal patolojiler kadın infertilitesinin en önemli nedenleridir.** HSG normal olan kadınların %20'sinde laparoskopide tuboperitoneal bir hastalık bulunur. Geçirilmiş salpenjit ve endometriozis bu faktörlerin en önemlilerindedir.

Progesteron çekilme testi endometriumun yeterli östrojene maruz kalıp kalmadığını anlama da yardımcı olur, overyan rezervin belirlenmesinde ise bazal FSH düzeyi, GnRH agonisti stimülasyon testi, bazal östradiol testi, klomifen sitrat uyarı testi gibi testler yapılabilir.

Cevap B (*Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.1428*)

35.Hirsutizm nedeniyle başvuran bir hasta için hangisi yanlıştır?

- Progesteron çekilme kanaması olmayabilir
- Cushing hastalığı açısından değerlendirilmelidir
- Glukoz intoleransı ve insülin salgılanması en iyi açıklık glukoz düzeyi ile ölçülür
- Androjen düzeyleri mutlaka değerlendirilmelidir
- Alopesisi olan hastada tiroid işlevleri değerlendirilmelidir

AÇIKLAMA: Hirsutizm nedenleri:

- Polikistik over sendromu %80
 - İdiyopatik hirsutismus %18
 - Androjen sekrete eden over tm < %1
 - Konjenital adrenal hiperplazi < %1
 - Cushing sendromu < %1
 - Androjen sekrete eden adrenal tm < %1
 - Eksojen androjenik etkili ilaç alımı < %1
- İnsülin ve insülin benzeri büyüme faktörü-1 (IGF-1)

5 α -redüktaz aktivitesini uyardığından, insülin rezistansı ve hiperinsülinemisi olan hiperandrojenik hastalarda hirsutizm artar. Glukoz intoleransı için OGTT yapılması en uygundur.

Cevap C (*Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.1488*)

36.Pelvik inflamatuvar hastalık için risk faktörü olmayan hangisidir?

- RİA kullanımı
- Oral kontraseptif kullanımı
- Konizasyon geçirmiş olmak
- Çoklu cinsel partner varlığı
- Daha önce pelvik inflamatuvar hastalık geçirmiş olmak

AÇIKLAMA: Pelvik inflamatuvar hastalık (PID) risk faktörleri:

- Genç yaş
 - Çoğul cinsel ilişki
 - Rahim içi araç (RİA) kullanımı
 - Vajinal duş
 - Sigara kullanımı
 - Klamidiyal ve gonokokkal servisit, vaginit hikayesi
 - Konizasyon, küretaj geçirmiş olmak
- Bariyer yöntemleri ve oral kontraseptif kullanımı ise PID oluşumunu engeller.

Cevap B (*Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.869*)

37.Yenidoğan bir bebekte ambigus genitalis aşağıdakilerden hangisinde mevcuttur?

- XO/XY gonadal disgenezi
- Turner sendrom
- Androjen insensitivite sendromu
- Testiküler feminizasyon
- X kromozom strüktürel anomalileri

AÇIKLAMA: Turner sendromu. 45, XO ile bağlantılı gonadal disgenezler spontan abortuslarda en sık rastlanan kromozomal anormalliklerdir. Etkilenmiş fetusların %0.3'den azı terme kadar yaşar. Bu nedenle 1/2000-1/3000 canlı doğumda bir görülme sıklığı vardır. Bu defekt genel olarak kalıtımla geçmez. Etkilenmiş bireyler primer amenore ve kısa boyları ile dikkat çekerler (Tablo 29.1). Tanı çalışmaları 46, X kromozomunu tek hücre serisi olarak doğrulayabilmek için karyotip analizini içermektedir. Y kromozomu ihtiva eden mozaikler klinik olarak Turner sendromu gibi ortaya çıkabilirler ancak tedavileri bölüm III. A.1.a(2) anlatıldığı gibi

gerçekleştirilir. Bu hastaların streak gonadları vardır.

Saf gonadal disgenez: 46,XY karyotip içerebilir (Swyer sendromu) veya 46,XX olabilir. Bu bozukluk kalıtlıdır. Hastalarda amenore, enükooid habitus, normal boy, infantil internal ve external dişi genitaler ve üçte birinde major kardivasküler veya renal anomallikler görülebilir. 46, XX içeren bazı hasatalarda birkaç ovaryan follikül, meme gelişimi, birkaç yıl için menstürasyon olabilir. Nörosensoryal sağırılık sıktır.

Kromozomal mozaikler. X/XXX; X/XXX; X/XX/XXX karyotipli bireylerde fiziksel işaretlerin insidansı düşüktür. Etkilenmiş kişiler kısa boya eğilimlidir. Ve prematür menopaza uğrayabilirler. %20'si menstürasyon için yeterli östrojene sahiptir. X0/XY; X0/XY veya X0/XY/XY karyotipli bireylerin kliniği tipik gonadal disgenezden **ambiguous genitalya** ve fenotip olarak erkekleşmeye kadar değişen sendromlar görülebilir.

Cevap A (A. Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.1415)

38.Aşağıdakilerden hangisi myom tedavisinde kullanılmaz?

- Kombine oral kontraseptifler
- Mifepriston
- Gonadotropin salgılatıcı hormon analogları
- Myomektomi
- Arteria uterina embolizasyonu

AÇIKLAMA: Myom tedavisi:

- Medikal tedavi:**
 - Progesteronlar
 - GnRH agonistleri
 - Mifepristone
 - Tamoksifen
- Cerrahi tedavi**
 - Histeroskopik rezeksiyon
 - Laparoskopik myomektomi
 - Myomektomi
 - Histerektomi
 - Myoliz
 - Uterin arter embolizasyonu

Kombine oral kontraseptiflerin myom tedavisinde yeri yoktur.

Cevap A (Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.840)

39.Myoma ait semptomlardan olmayan hangisidir?

- Anormal uterus kanaması
- Kabızlık
- Ağrı

- Sık idrar ihtiyacı
- Kilo kaybı

AÇIKLAMA: Myoma uteriye ait semptomlar:

- Anormal uterin kanama
- Ağrı ve bası semptomları
- İnfertilite ve gebelik kayıpları
- Üriner sisteme ait semptomlar (sık idrara çıkma)
- Kanama (ve buna bağlı kan kaybı)
- Kabızlık (rektuma bası sonucunda)

Cevap E (Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.840)

40.İki ayrı uterus, serviksin ayrı ayrı tubalara açıldığı Müller kanalı anomalisine ne ad verilir?

- Uterus didelfis
- Uterus unikollis, bikornis
- Uterus septus
- T şekilli uterus
- Uterus unikollis, unikornis

AÇIKLAMA: Uterus didelfis; müllerian kanalların tam olarak füzyon yapamamasının sonucu oluşur. Vagen, serviks ve/veya uterus duplikasyonu olur. Uzunlamasına vaginal septum bulunur. İki ayrı serviks ve iki ayrı endometriyal kavite vardır.

Cevap A (Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.829)

41.Aşağıdakilerden hangisi Müller kanalından gelişmez?

- Serviks uteri
- Over
- Tuba uterina
- Uterus
- Forniks vajına

AÇIKLAMA: Uterus, serviks, tuba uterine ve vagen 2/3 üst kısmı Müller kanalından gelişir. Vagen 1/3 alt kısmı ürogenital sinüsten, over ise primitif gonaddan gelişir.

Cevap B (Rock JA, Jones III HW. Te Linde's Operative Gynecology. 9. baskı. 2003. s.707)

42.Uterusu besleyen arterlerden olmayan hangisidir?

- A. uterina
- A. ovarica
- A. vaginalis'in çıkan dalı
- A. glutealis sup.
- A. iliaca int.

AÇIKLAMA: Uterusun arterleri: Uterusu esas olarak A. İliaca interna'nın dalı olan A. Uterina ve aorta

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM

abdominalis'in dalı olan **A. Ovarica**'lar besler. A. Uterinadan cerviks uteri kısmına giden dallar, vagina ön ve arka duvarında aşağı inerler ve A. Vaginalis ile anastomoz yaparlar.

Cevap D (*Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.30*)

43.Dış gebeliğin tedavisinde kullanılmayan aşağıdakilerden hangisidir?

- Sistemik metotreksat
- Salpenjektomi
- Segmental tuba rezeksiyonu
- Salpingotomi
- Mifepriston

AÇIKLAMA: Ektopik gebelik Tedavisi:

- Cerrahi tedavi**
 - Salpenjektomi
 - Parsiyel salpenjektomi
 - Salpingostomi
 - Fimbriyal operasyonlar
 - Segmental tubal rezeksiyon

2) Medikal tedavi

- Metotreksat

Metotreksat kontrendikasyonları:

- Peptik ülser
- İmmün yetmezlik
- Akciğer hastalığı
- Karaciğer hastalığı
- Böbrek hastalığı
- Kan diskrazisi
- Hemodinamik instabilite
- Bilinen metotreksat hassasiyeti
- Fetal kalp hareketlerinin izlenebildiği ektopik gebelikler veya >3.5 cm adneksiyal kitlelerde yüksek başarısızlık oranları nedeniyle
- Pelvik ağrının eşlik ettiği cul de sac'ta serbest sıvı varlığı

Cevap E (*Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.1019*)

44.Dış gebelik tanısında en duyarlı yöntem aşağıdakilerden hangisidir?

- Transvajinal ultrasonografi ve serum β -hCG düzeyi
- Kuldosentez
- İdrarda gebelik testi takibi
- Endometrium kürtajı
- Serum progesteron düzeyi

AÇIKLAMA: Ektopik gebeliğin tanısı:

- Serum progesteron ölçümü

- Serum hCG ölçümü
- Transvajinal USG
- Kuldosentez
- Dilatasyon ve küretaj (D&C)
- Laparoskopi: altın standart yöntemdir.

Seçeneklerden en uygun olanı transvajinal USG ve β hCG düzeyi ölçümüdür.

Cevap A (*Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.1021*)

45.Dış gebelik en sık nerede yerleşir?

- Serviks uteri
- Batın boşluğu
- Ampulla tuba uterina
- Over
- Eksi sezaryan skarı

AÇIKLAMA: Ektopik gebeliklerin yaklaşık %98'i fallop tüplerinde (**ampulla %93**, istmus %4) yerleşmektedir. Sonrasında **over (%0.5) (2. en sık)**, **serviks (%0.1)** ve **abdominal boşluk (%0.03)** olarak görülebilir.

Cevap C (*Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.1020*)

46.Endometriozisin sık yerleşim alanlarından olmayan hangisidir?

- Overler
- Douglas peritonu
- Lig. sakrouterina
- Lig. rotundum
- Plica vesicouterina

AÇIKLAMA: Endometriozisin dağılımı kendine özgüdür. Genellikle multipl lezyonlar halinde bulunur, nadiren tek lezyon halindedir. **En fazla over üzerinde** yer alır, ayrıca **douglas çukuru, sakro-uterin bağlar, uterus arka yüzeyi ve ligamentum latum ve pelvisin kalan kısımlarında** görülür. Bağırsak, mesane, üreterler üzerinde veya çeperinde yerleşir ve kanlı idrar ve feçes nedeni olabilir.

Cevap D (*Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.900*)

47.Endometriozis tedavisinde kullanılmayan hangisidir?

- Danazol
- Gonadotropin salgılatıcı hormon analogları
- Progesteron
- Cerrahi
- Siklik kombine oral kontraseptif

AÇIKLAMA: Endometriozis tedavisi:

- Gözlem

- 2) Medikal tedavi
3) Cerrahi tedavi
4) Kombine tedavi (cerrahi + medikal tedavi)

Medikal tedavi:

- Analjezikler (NSAİD)
- DES ve Testosteron
- Kombine oral kontraseptifler
(kontinue kullanılmalı sıklık değil)
- Danazol
- Progesteron
- Gestrinone (uzun etkili antiprogestin ajan)
- GnRH analogları

TUS-93: Tedavide **prostoglandinler** kullanılmaz.

Cevap E (Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.905)

48. Pelvik organ prolapsusu için risk yaratmayan aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Travmatik vajinal doğum
b) Pelvik enfeksiyon öyküsü
c) Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
d) İri bebek öyküsü
e) Morbit obezite

AÇIKLAMA: Pelvik organ propalsusunda etiyopatogenetik faktörler:

- Konjenital (mesane ekstrofisi, kollagen defektleri, beyaz ırk, anatomik (konjenital kısa vagen)
- Çocuk doğurma (travmatik doğum, iri bebek, denervasyon)
- Karın içi basıncın arttığı durumlar (KOA, konstipasyon, ıkınma, ağır kaldırma)
- Menopoz (östrojen eksikliği)
- İyatrojenik (pelvik cerrahi)

Cevap B (Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.1020)

49. Serviks kanseri nedeniyle ameliyat edilen bir hastanın patolojik incelemesi sonucunda tümör boyutu 3 cm, internal iliak zincirde 1 adet metastatik lenf nodu saptandı. Vajinaya cerrahi sınırda tümör yok, parametriumda infiltrason yoksa bu hastada evre nedir?

- a) 1a₂
b) 1b₁
c) 1b₂
d) 2a
e) 2b

AÇIKLAMA: Serviks kanserinde FİGO sınıflaması:

FIGO evre	Tanımlama
Evre-1	Karsinom kesinlik olarak servikse sınırlı (korpusa yayılım kabul edilmez)
1A:	İnvaziv kanser sadece mikroskopik olarak tespit edilir.
1A-I:	Stromal invazyon derinliği <3 mm ve genişliği <7mm
1A-II:	Stromal invazyon derinliği 3-5 mm, genişliği >7mm
1B:	Serviks ile sınırlı klinik lezyonlar veya evre 1A'dan büyük preklinik lezyonlar
1B-I:	En geniş tümör çapı <4cm klinik lezyonlar
1B-II:	En geniş tümör çapı >4cm klinik lezyonlar
Evre-2	Alt 1/3'ü haricinde vagen tutulumu veya yan duvarları haricinde parametrium infiltrasyonu
2A:	Vagen tutulumu var ancak parametrium tutulumu yok
2B:	Parametrial infiltrasyon var ancak pelvik yan duvarlara kadar infiltrasyon yok
Evre-3	Vagenin alt 1/3'ünün tutulumu veya yan duvarlarına infiltrasyon; başka sebeplere bağlı olmadığı sürece tüm hidronefroz veya böbrek olguları dahil
3A:	Vagenin alt 1/3'ü tutulur, ancak parametriumu içeriyorsa dışa, pelvis yan duvarlarına kadar değildir.
3B:	Pelvis yan duvarlarına yayılım veya hidronefroz ya da fonksiyon görmeyen böbrek
Evre-4	Gerçek pelvis dışına veya rektum ve/veya mesane mukozasına yayılım
4A:	Komşu organlara (rektum veya mesane mukozasına) yayılım
4B:	Gerçek pelvis dışına veya uzak metastaz

Cevap B (Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.1167)

50. Pelvik inflamatuvar hastalığın sık etkeni hangisidir?

- a) E. coli
b) M. tuberculosis
c) U. urealyticum
d) K. pneumoniae
e) C. trachomatis

AÇIKLAMA: C. Trachomatis; Cinsel yolla bulaşan en sık hastalık olup, pelvik inflamatuvar hastalığın sık görülen bir nedenidir. N. Gonore'nin görülme sıklığı giderek azalırken, C. Trachomatis en sık rastlanan etken olmuştur.

Cevap E (Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.869)

51. Hirsutizm tedavisinde kullanılmayan tedaviyi işaretleyiniz?

- a) 5 alfa redüktaz inhibitörleri
b) Antiandrojenik progesteron-siproteron asetat
c) Serotonin reseptör agonisti-simetidin
d) GnRH analogları-Lucrin
e) Oral kontraseptifler

AÇIKLAMA: Hirsutizm tedavisi

Eğer hirsutizm nedeni nadir görülen bir ovaryan veya

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM

adrenal tümör ise tedavi cerrahidir ve iyi cevap alınır. Sık görülen PCOS (polikistik over sendromu) veya idiyopatik hirsutizmde medikal tedavi verilir. Tedaviye yanıtta en erken belirtiler 6. ayda fark edilir.
Tedavide;

1) Androjen üretimi inhibitörleri:

- GnRH agonistleri
- Kombine oral kontraseptifler
- Deksametazon

2) Androjen reseptör antagonistleri

- Spironolakton
- Siproteron asetat
- Flutamid

3) 5 α -redüktaz inhibitörleri

- Finasterid

4) Zayıflama

5) Fizik metodlar (traş etme, epilasyon ve elektrolizis gibi)

Cevap C (A. Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.1487)

52. Aşağıda verilen pelvis girim çaplarından hangisi klinik muayene ile ölçülebilir?

- Konjugata obstetrika anatomika
- Konjugata obstetrika vera
- Konjugata transversalis
- Konjugata diagonalis
- Oblik konjugat

AÇIKLAMA: Pelvis çapları: Kadında pelvis çapları dış ve iç çaplar olmak üzere iki grupta incelenir.

1) Pelvis iç çapları

Diameter transversa: Linea terminalisin transvers yönde karşılıklı olarak birbirine en uzak iki noktayı birleştiren çaptır. Ortalama 13.5 cm uzunluktadır.

Diameter obliqua: Linea terminalis üzerinde bir tarafın eminentia iliopublicası ile karşı tarafın art. Sacroiliacasını birleştiren çapa denir. Ortalama 12.5 cm uzunluktadır.

Diameter vera: Orta hatta, arkada promontorium ile önde symphysis pubicanın arka yüzünün en kabarık noktası arasında uzanan çaptır. Pelvisin en dar çapı olup ortalama 11 cm uzunluktadır. Bu çapın 9 cm. den daha az olması halinde doğum zorlaşır, 6 cm den az olması halinde ise doğum imkansız hale gelir. Doğum açısından en önemli çaplardan birisidir.

Diameter anatomica: Orta hatta, arkada promontorium ile önde symphysis pubica'nın en üst noktası arasında uzanan çaptır. Ortalama 11.5-12 cm uzunluktadır.

Diameter diagonalis: Orta hatta, arkada promontorium ile önde symphysis pubica'nın en alt

noktası arasında uzanan çaptır. Ortalama 12.5-13 cm arasındadır. **Canlıda vaginal tuşe ile ölçülebilen tek iç çaptır.**

Diameter recta: Pelvis çıkımına ait bir çap olup, orta hatta arkada os coccygis tepesi ile önde symphysis pubica alt kenarı arasında uzanır. Ortalama 9.5-11.5 cm uzunluktadır.

2) Pelvis dış çapları:

Diameter externa, diameter interspinosa, diameter intercrystalis ve diameter intertrochanterica'dır.

Cevap D (A. Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.13)

53. Hangisi tokoliz tedavisi için kullanılan Ritodrin HCl'nin yan etkilerinden değildir?

- Pulmoner ödem
- Yetişkin RDS
- Maternal ve fetal taşikardi
- Kan glukoz düzeyi yükselir
- Serum K düzeyi yükselir

AÇIKLAMA: Tokolitik ajanlar

- Beta-mimetikler (terbutalin, ritodrin, salbutamol, izoksuprin hidroklorür)
- Magnezyum sülfat
- PG sentez inhibitörleri (indometazin)
- Kalsiyum kanal blokerleri (nifedipine)
- Nitrik oksit
- Oksitosin antagonisti (atosiban)
- Potasyum kanal açıcılar

Ritodrin protokolü: 500 ml %5 dekstroze içine 2 ampul (100 mg) ritodrin konur. Dekstorz kullanılamaz ise SF veya ringer laktat kullanılabilir. Bu solüsyonun konsantrasyonu 0.2 mg/ml'dir.

Komplikasyonlar:

- Tremor
- Sinirlilik
- Hiperglisemi
- Anksiyete
- Hiperkinezi
- Hipotansiyon
- Pulmoner ödem
- Myokard infarktüsü
- Fetal taşikardi

Kontrendikasyonlar:

- Aritmiler
- Kardiyak hastalık
- İyi kontrol edilmemiş HT
- İyi kontrol edilmemiş DM
- Tirotoksikoz

Cevap E (A. Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.734)

54. Aşağıdakilerden hangisi Fetal makrozomi için etiyolojik faktör olarak kabul edilemez?

- a) Anne-babanın özellikle annenin iri olması
- b) Nulliparite
- c) Maternal diyabet
- d) Maternal obezite
- e) Postmatürite

AÇIKLAMA: Fetal makrozomi

Fetal makrozomi ya da gestasyon yaşına göre iri bebek; doğum ağırlığının 90. persentilin yada 4000 g üzerinde olması olarak tanımlanır.

Risk faktörleri

- Postmatürite
- Erkek cinsiyet
- Yapısal nedenler
- Önceki kardeşle makrozomi
- Annede obezite
- Annede diyabet varlığı
- Beckwith-wiedemann sendromu

Makrozomik bebeklerde en sık görülen doğum travması **omuz distosisi**'dir. Neonatal dönemde ise makrozomik bebeklerde ve özellikle diyabetik anne çocuklarında hipoglisemi, hipokalsemi, polisitemi, sarılık ve respiratuar distres sendromu gelişebilir.

Cevap B (O. Neyzi, Pediatri, 2002, 3. baskı, cilt 1, s.340)

55. Aşağıdaki nörohormonlardan hangileri Arcuat nükleusta GnRH salgılayan nöronlar üzerine etkili değildir?

- a) Noradrenalin
- b) Endorfin
- c) Dopamin
- d) Estriol
- e) Katekolestrojen

AÇIKLAMA: GnRH yarı ömrü 2-4 dk olan bir decapeptitdir. GnRH salgılayan hücreler ön hipotalamustaki arcuat nükleus ve arka hipotalamustaki paraventricüler nükleus ile preoptik alanda yoğunlaşmıştır. GnRH estrojene duyarlı nörofizinle ön hipofize gelir ve gonadotropin (FSH, LH) salınımını uyarır. GnRH salınımı steroid ve peptid yapıdaki çeşitli maddeler ile kontrol edilir. Dopamin, serotonin, prolaktin, noradrenalin, endorfinde menstrüel siklus düzenlemesine katkı sağlar.

Cevap D (A. Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.102)

56. Böbrek hastalıklarında gebeliğin prognozunu belirleyen en önemli özellik hangisidir?

- a) Gebelikte alınan kilo
- b) Hipertansiyon
- c) Anemi
- d) Bir veya iki böbreğin etkilenmesi
- e) Proteinüri

AÇIKLAMA: Tüm gebelerin yaklaşık %7-10'unu etkileyen hipertansiyon gebelikte 4 şekilde görülür. Bunlar;

- 1) Preeklampsi
- 2) Kronik hipertansiyon
- 3) Hipertansiyona süperimpoze preeklampsi
- 4) Gestasyonel hipertansiyon'dur.

Gebelikteki hipertansiyonda maternal mortalite ve morbidite nedeni kalp yetmezliği, renal ve serebrovasküler bozukluklara yol açan yüksek kan basıncı değerleridir. Böbrek hastalıklarında gebeliğin prognozu da büyük ölçüde hipertansiyonun varlığına bağlıdır.

Cevap B (A. Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.463)

57. Aşağıda gebeliği düşündüren semptomlar verilmiştir. Yanlış olanı işaretleyiniz.

- a) Adet gecikmesi
- b) Fetal hareket
- c) Bulantı ve kusma
- d) Sık idrara çıkma
- e) Fetal kalp seslerinin duyulması

AÇIKLAMA: Gebeliğin şüpheli semptom ve bulguları:

1) Semptomlar:

- Bulantı-kusma
- Pollaküri (sık idrara çıkma)
- Halsizlik
- Fetal hareketin hissedilmesi (SAT'ı takiben yaklaşık 16-20. haftalarda)

2) Bulgular:

- Amenore
- Meme değişiklikleri
- Chadwick bulgusu: vagen mukozası konjesyonu
- Deride artmış pigmentasyon ve abdominal striae

Fetal kalp sesleri (ÇKS) gebeliğin pozitif bulgularından olup oskültasyon ile 17-20. haftalardan sonra duyulabilir.

Cevap E (A. Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.199)

58.Cilt altı implant (progestin) içeren kontrasepsiyon kullanan 22 yaşındaki kadında ara kanamaları olmaktadır. Hangi tip kanamadır?

- Estrojen kaçak kanaması
- Estrojen çekilme kanaması
- Progestin kaçak kanaması
- Progestin çekilme kanaması
- Estrojen+progestin çekilme kanaması

AÇIKLAMA: Disfonksiyonel uterin kanamalar:

- 1) Estrojen çekilme kanaması: Bilateral oofektomi, midsiklus kanaması, estrojen verip tedaviyi kesme gibi
- 2) Estrojen kaçak kanaması: uzun amenore periyodu sonrasında görülen kanama
- 3) Progesteron çekilme kanaması: adet kanaması gibi
- 4) Progesteron kaçak kanaması: P/E oranı çok artarsa (ör: depoprovera enjeksiyonu, progestin içeren implant kullanımı)

Cevap C (A. Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.1564)

59.Klinik özellikleri PID'ye en az benzeyen aşağıdakilerden hangisidir?

- Akut appendisit
- Adnex torsiyonu
- Ektopik gebelik
- Endometriozis
- Gebelik

AÇIKLAMA: Pelvik inflamatuvar hastalık (PID) sınıflaması:

- Akut salpenjit
- Rahim içi araç (RİA) bağlantılı pelvik sellülit
- Tuboovaryen abse
- Pelvik abse

Ayırıcı tanı:

- Akut apandisit
- Ektopik gebelik
- Ruptüre korpus luteum kisti
- Divertikülit
- Enfekte septik düşük
- Adneksiyal kitle torsiyonu
- Leyomyoma dejenerasyonu
- Endometriozis
- Akut üriner sistem enfeksiyonları
- Enterit veya ülseratif kolit

Cevap E (A. Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.869)

60.PID tanısında en güvenilir semptom/tanı aracını seçiniz:

- Ateş
- Alt kadran hassasiyeti
- Laparoskopi
- Servikal hassasiyet
- Beyaz küre ve sedimentasyon hızı artışı

AÇIKLAMA: Pelvik inflamatuvar hastalık (PID): sorumlu etkenlerin uterustan içeri girerek fallop tüpleri aracılığıyla overlere kadar asendan olarak ilerlemesi sonucunda gelişen akut adneksit, salpenjit ve endometritin yanında pelvik peritonitinde sözkonusu olduğu; akut, bazen tekrarlayan ya da kronik olabilen inflamatuvar bir hastalıktır.

PID'de tanı:

- Yüksek ateş
- Alt kadran hassasiyeti
- Bulantı-kusma
- Servikal hassasiyet
- Lökositöz ve sedim yüksekliği
- CRP yüksekliği
- Kuldosentezde bulanık yada pürülan materyal gelmesi
- Ultrasonografi
- **Laparoskopi:** oldukça güvenilir bir yöntemdir. Anamnez ve fizik muayene sonucunda tanıdan kuşulanılıyor ise yapılmalıdır.

Cevap C (A. Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.869)

61.Overde folikül gelişim sırası için hangisi doğrudur?

- Primordial folikül → preovulatuvar folikül → preantral folikül → antral folikül
- Primordial folikül → antral folikül → preantral folikül → preovulatuvar folikül
- Primordial folikül → preantral folikül → preovulatuvar folikül → antral folikül
- Primordial folikül → preantral folikül → antral folikül → preovulatuvar folikül
- Preantral folikül → primordial folikül → antral folikül → preovulatuvar folikül

AÇIKLAMA: Ovaryen siklus regülasyonu:

- 1- Folliküler faz
- 2- Ovulasyon
- 3- Luteal faz

Foliküler faz; 10-14 gün süren ve hormonların etkisiyle ovüle olacak follikülün **primordial folikül**'den **preantral, antral** ve **preovulatuvar folikül**'e kadar gelişimini ifade eder.

Cevap D (A. Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.1416)

62.Siklusları düzenli ve 28 günde bir adet gören son adet tarihi 24/09/2003 olan gebenin tahmini doğum tarihi nedir?

- a) 01/05/2004
- b) 31/05/2003
- c) 01/08/2004
- d) 01/06/2004
- e) 01/07/2004

AÇIKLAMA: Normal gebelik son adet tarihinden (SAT) sonra 280 gün veya 40 hafta sürer. Tahmini doğum tarihi Naegale kuralına göre hesaplanır. **Naegale kuralı: (SAT+ 7gün) – 3 ay**

Cevap E (A. Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.374)

63.Gebelikte aşağıdaki hormonların hangisinin sentezinde fetal adrenal kaynaklı prekürsörler gereklidir?

- a) Progesteron
- b) Estriol
- c) Human plasental laktojen
- d) Human koryonik gonadotropin
- e) Gonadotropin releasing hormon

AÇIKLAMA: 20. gebelik haftasından sonra gebedeki estirol'ün %90'dan fazlası fetal adrenal bezin DHEAS üretimi neticesinde sentezlenmektedir. Fetal adrenalde **3βOH steroid dehidrogenaz** aktivitesi olmadığı için estriol sentezi gerçekleşemez. Fetal adrenal DHEAS'ı plasental estron ve estradiol sentezinde kullanılır. Fetal karaciğerde ise 16-hidroksilasyon aktiftir ve estriol sentezi için gerekli olan 16OH-DHEAS'da fetal karaciğerden gelir.

Sonuç olarak estriol sentezi fetal karaciğerde gerçekleşir ve bunun için gerekli olan prekürsörler de fetal adrenallerden gelir.

Cevap B (A. Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.175)

64.Gebelikte sentezlenen aşağıdaki maddelerden hangisi tamamıyla fetal kaynaklıdır?

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

AÇIKLAMA: AFP (alfa-fetoprotein), ilk olarak yolk saktan, daha sonra ise gebelik süresince fetal karaciğerden sentezlenir. AFP fetal fetal kompartmandan küçük miktarda maternal kompartmana geçer.

Cevap E (A. Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.1575)

65.Aşağıdakilerden hangisi makat prezentasyon için predispozisyon teşkil etmez?

- a) Preterm gebelik
- b) Plasenta previa
- c) Polihidramnios
- d) Multipl fetüs
- e) Nulliparite

AÇIKLAMA: Prezentasyon anomalileri

Etiyoloji

Maternal

- Yüksek parite
- Pelvik tümör
- Pelvik kontraktür
- Uterin malformasyon

Fetal

- Prematurite
- Çoğul gebelik
- Hidramnios
- Makrozomi
- Hidrocefali
- Trizomi
- Anensefali
- Myotonik distrofi
- Plasenta previa

Cevap E (A. Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.483)

66.Seksüel temasla geçen aşağıdaki hastalık etkenlerinden hangisi endoservisite neden olur?

- a) Trichomonas vajinalis
- b) N. gonorea ve C. trachomatis
- c) Hepatis B
- d) HIV
- e) Granüloma inguinale

AÇIKLAMA: N.gonore ve C. trachomatis seksüel yolla geçen hastalıklar arasında en sık görülenidirler. Yaptıkları bazı hastalıklar;

- Üretrit
- Epididimit
- Proktiti
- Endoservisit
- Endometrit
- Salpenjit
- Perihepatit
- Bartolinit
- Prepubertal vaginit
- Konjonktivit
- Koriyoamniyonit
- Erken membran rüptürü

Cevap B (A. Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.873)

67. Herediter over kanserinde aşağıdaki genetik özelliklerden hangisi yanlıştır?

- BRCA-1 mutasyonu
- BRCA-2 mutasyonu
- Lynch-II sendromuna bağlı gelişebilir
- İki adet birinci derecede akrabada premenapozal over kanseri varsa over kanseri riski artmıştır
- Mutasyonlar otozomal resesif geçiş gösterir

AÇIKLAMA: Over Ca'ya neden olabilecek risk faktörleri:

Over kanserlerinde genetik ve çevresel (beslenme, ilaçlar, talk pudrası, enfeksiyonlar vb) pek çok risk faktörü ortaya atılmıştır.

- Ailede 2 tane 1.derece akrabada (anne, kızkardeş) over kanseri varsa over kanserine yakalanma ihtimali %50'dir. Tek bir 1.derece akrabasında over kanseri olanlarda risk, ailesinde hiç kanser olmayanlara göre 2-4 kat artmaktadır.
- Evlenmemek, doğum yapmamak, gebe kalmamak veya geç çocuk sahibi olmak, çocuğunu emzirmemek riski artırmaktadır.
- Yumurtlama ilaçları kullanarak kısırlık tedavisi görenlerde riskin arttığını ileri süren araştırmalar vardır.
- Talk (pudra) kullananlarda daha fazla over kanseri görüldüğü bildirilmiştir.
- Bazı doğuştan var olan genetik bozukluklarda (46 XY kadın) 30'lu yaşlarda %25'e varan over kanseri görülmektedir.
- İlk gebelik yaşının erken olması ve emzirme riski azaltır.
- Doğum kontrol hapı kullanmak ve tüplerin bağlanması riski azaltmaktadır.
- Over kanserlerinin %5'inin ailesel geçişli olduğu kabul edilmektedir (Lynch-2 sendromu, herediter kolorektal kanser ailesi). Bu hastalarda çok sayıda organda kanserler (over, kalın bağırsak, rahim içi, meme) görülür. BRCA-1, BRCA-2 geni, meme ile birlikte over kanserine de yatkınlık sağlar. Bu geni taşıyan ABD deki kadınların 50 yaşına kadar %67 oranında meme yada over (yumurtalık) kanseri olma riski taşıdığı hesaplanmıştır.

Cevap E (A. Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.1243)

68. Aşağıdakilerden hangisi plasenta accreta /incretapercreta için risk faktörü değildir?

- Plasenta previa
- Ablatio plasenta
- Geçirilmiş uterin cerrahi öyküsü
- Geçirilmiş küretaj öyküsü
- Daha önce 6 ve üzerinde doğum yapmış olmak

AÇIKLAMA: Plasenta accreta, increata, percreata;

Plasentanın myometriyal duvar içerisinde invazyon yapması durumuna verilen isimlerdir. Minimal invazyon accreta, belirgin invazyon increata, serozaya kadar invazyon ise percreata'dır. Bu plasenta yapışma anomalileri nadir olmalarına rağmen gebeliğin ikinci ve üçüncü trimesterinde spontan uterin rüptüre yol açarak masif intraabdominal kanamaya yol açabilirler. Obstetrik acillerden olup hızlı tanı ve tedavi gerektirirler.

- Geçirilmiş uterin cerrahi
- Geçirilmiş küretaj öyküsü
- Plasenta previa
- Daha önce 6 ve üzeri doğum yapmış olmak risk faktörlerindedir ancak; ablatio plasenta risk faktörlerinden değildir.

Cevap B (A. Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.182)

69. Stress inkontinans şikayeti ile gelen bir hastaya yapılan ürodinamik tetkikler sonucu üretra kapanma basıncı normalin altında bulunuyor. Mesane duvar aktivitesi normal olan hastanın muayenesinde belirgin sistoüretrosel saptanıyor. Bu hastanın inkontinansı nasıl tariflenebilir?

- Detrüsör instabilitesi
- Tip I Anatomik Stres Inkontinansı (ASI)
- Tip II ASI
- Tip III ASI
- Üretral instabilite

AÇIKLAMA: Gerçek Stres inkontinans (GSİ); kadınlardaki üriner inkontinansın en sık görülen nedenidir. Uygulanacak tedavi yönteminin seçimine de yardımcı olması nedeniyle GSİ olanlar; istirahat anındaki ÜİB (üretra içi basınç), mesane boynu mobilitesi ve inkontinansın şiddetine göre 3 gruba ayrılır.

Tip 1 GSİ; istirahat anında normal ÜİB, minimal mesane boynu mobilitesi ve hafif inkontinansı olanlar.

Tip-2 GSİ; istirahat anında normal ÜİB, orta yada ileri derecede mesane boynu mobilitesi ve orta yada şiddetli inkontinansı olanlar.

Tip-3 GSİ; istirahat anında azalmış ÜİB, değişik derecede mesane boynu mobilitesi ve inkontinansı olanlar.

Cevap D (A. Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.952)

70. İlk trimesterde Toksoplazma Ig M (+) olarak saptanan bir gebenin tedavisinde aşağıdakilerden hangisi kullanılır?

- Primetamin
- Primetamin+Sulfometakzasol
- Spiramisin

- d) Folinik asit
e) Seftriakson

AÇIKLAMA: Konjenital toksoplazmozis 4 ayrı formda ortaya çıkabilir.

- 1) Semptomatik neonatal hastalık
- 2) Yaşamın ilk ayında ortaya çıkan hafif veya ağır hastalık
- 3) Daha önce tanısı konulamamış enfeksiyona bağlı olarak çocukluk veya adölesan dönemde ortaya çıkan sekeler
- 4) Subklinik enfeksiyon

Gebelik haftası ilerledikçe fetusun enfekte olma riski artar. İlk trimesterde oran %15, ikinci trimesterde %25 ve üçüncü trimesterde %60'dır. 1. trimesterde fetal enfeksiyon riski az olmasına karşın enfeksiyon oluştuğunda abortus ve ağır nörolojik sekeler oluşmaktadır. Toksoplazma Ig M'in (+) olması akut enfeksiyonu gösterir. Bu durumda 3 g/gün oral spiramisin başlanır. Primetamin ve sülfodiazin kombinasyonu akut vakalar için önerilmektedir ancak teratojenik etkilerinden dolayı 12. haftadan önce kullanılmamalıdır. İlk trimesterde fetal enfeksiyon tespit edilmişse gebelik sonlandırılması planlanabilir. Bir çok yazar maternal enfeksiyon tanısı konsepsiyon ile 24. hafta arasında olduğunda terminasyonu savunmaktadır.

Cevap C (A. Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.720)

71.Hangi gebelik haftalarında embriopati gelişebilir?

- a) 13-20 hf
- b) 04-20 hf
- c) 02-08 hf
- d) 08-24 hf
- e) 04-16 hf

AÇIKLAMA: Doğum öncesi döneminin ilk 8 haftası embriyo dönemidir. Bu sırada embriyo çok hızlı bir gelişme gösterir ve 8. haftanın sonunda hemen bütün organ taslakları tamamlanmıştır. Kalp-damar sistemi kalp atımını, kemik iliği kan hücreleri yapımını, endokrin bezleri hormon salgılarını başlatacak olgunluğa erişmiştir. 3-4 cm uzunlukta ve 18-20 g ağırlığında olan 8 haftalık bir insan embriyosunda ekstremiteler taslakları, hatta dış genitaler gözle fark edilebilecek kadar büyümüştür. 9 hafta-doğum arasındaki dönem ise fetal dönemdir.

Cevap C (O. Neyzi, Pediatri, 2002, 1. cilt, s.81)

72.Maternal hipertiroidizm fetusu ne şekilde etkileyebilir?

- a) Maternal TSAB bağlı olarak neonatal hipertroidizme neden olabilir
- b) Neonatal hipotroidizm

- c) Guatr
- d) Fetal ölüm
- e) Hepsi

AÇIKLAMA: Hipertroidizm tüm gebeliklerin %0.2'sinde görülmektedir. Etiyolojide sırasıyla Graves hastalığı (%90), nodüler tiroid hastalığı, subakut tiroidit, hiperemesis gravidarum ve molar gebelik sorumludur. Gebelik sırasında tedavi edilmeyen hastalarda erken gebelik kaybı, preterm doğum, ciddi preeklampsi ve kalp yetmezliği riski yüksektir. Fetusta ise neonatal hipotiroidi, prematürite, gelişme geriliği, guatr ve fetal ölüme neden olabilir.

Cevap E (A. Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.550)

73.Aşağıdakilerden hangisi maternal serum AFP testi için yanlıştır?

- a) Sonuç yüksek ise detaylı USG yapılmalıdır
- b) USG'de anensefali, açık spina-bifida, frontal baskılanma, ventrikülomegali, serebellar değişiklik gözlenebilir
- c) Perinatal mortalite ve morbidite değişmez
- d) Düşük doğum ağırlığı, oligohidroamniyoz, plesantal ablasyon ve fetal ölüm durumunda MSAFP yükselir
- e) 2. Trimesterde MSAFP yüksek ise PROM ve preterm eylem riski artmıştır

AÇIKLAMA: Epitelial defektlerin varlığında (ör: nöral tüp defekti), maternal AFP düzeyleri yüksek bulunur. Diğer yandan maternal serumda düşük AFP düzeyleri sıklıkla fetal Down sendromu ile birlikte bulunur. Daha sonraki bazı çalışmalarda Down sendromlu olgularda unkonjuge estriol ve hCG düzeylerinde de anormallikler saptanmıştır. Bu durumlarda detaylı USG yapılmalıdır.

Cevap C (A. Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.1575)

74.Gebelikte malformasyonlar, IUGR, abortus, makrozomi gibi fetal yan etki oluşturan hastalık aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Gestasyonel diabetes mellitus
- b) Hihpertiroidi
- c) SLE
- d) Pregestasyonel aşikar diabet
- e) Hipotroidi

AÇIKLAMA: Diabetik anne bebeklerinde görülen başlıca konjenital anomaliler;

Kardiyovasküler sistem

- Büyük arterlerin transpozisyonu
- VSD, ASD
- Situs inversus

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM

Santral sinir sistemi

- Anensefali
- Meningomiyelozel
- Mikrocefali

İskelet sistemi

- Kaudal regresyon sendromu
- Spina bifida

Genitoüriner sistem

- Potter sendromu
- Polikistik böbrekler
- Çift üreter

Gastrointestinal sistem

- Trakeözofageal fistül
- Bağırsak atrezisi
- İmperefor anüs

Bunların dışında İUGR, makrozomi, abortus ta görülür.

Cevap D (A. Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.446)

75.Preeklampsi için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Daha çok multiparlarda görülür**
- b) Korionik villus miktarı arttıkça sıklığı artar**
- c) Daha önceden vasküler hastalığı olanlarda daha siktir**
- d) Genetik hipertansiyona yatkın olanlarda daha sık görülür**
- e) Ailevi yatkınlık vardır**

AÇIKLAMA: Preeklampsi genel olarak genç ve nullipar kadınların hastalığı olarak bilinir. Gerçekten preeklampitik kadınların 2/3'ü primigravidadır. Bunun yanında bimodal dağılım gösterir ve 2. piki 35 yaşın üzerinde multiparlarda görülür. Preeklampsi için risk faktörleri

- Nulliparite
- Siyah ırk
- Anne yaşının 20'nin altı, 35'in üzerinde olması
- Düşük sosyo-ekonomik düzey
- Çoğul gebelikler, mol hidatiform
- 1. dereceden akrabalarda preeklampsinin varlığı
- Geçirilmiş preeklampsi öyküsü
- Kronik hipertansiyon, renal hastalık, diabet, kollagen doku hastalıkları
- Artmış body mass indeks

Cevap A (A. Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.452)

76.Aşağıdakilerden hangisi, Oral kontraseptiflerin (OKS) etki mekanizması değildir?

- a) GnRH salgısını azaltır**
- b) Gonadotropinleri inhibe eder**
- c) Servikal mukusu kalınlaştırır**
- d) Zona pellisudayı kalınlaştırır**

e) Endometriumda atrofiye neden olur

AÇIKLAMA: OKS'ler GnRH uyarımının hipofiz bezinden gonadotropin salgılatmasını engelleyerek bazal FSH ve LH düzeylerini düşürür. Follikül oluşumunu ve siklus ortasında LH'in pik yapmasını engellerler. Korpus luteum oluşmaz ve progesteron salgısı görülmez. Ayrıca içerdikleri progesterinler nedeniyle de servikal mukusu yoğunlaştırarak sperm geçişini engellerler.

Cevap D (A. Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.799)

77.Aşağıdakilerden hangisi Oral kontraseptiflerin kontrendikasyonu değildir?

- a) Tromboflebit ve tromboembolik hastalık**
- b) Tanı konulmamış anormal kanama**
- c) Konjenital hiperlipidemi**
- d) Hipoprolaktinemi**
- e) Antifosfolipid antikorların varlığı**

AÇIKLAMA: KOK (kombine oral kontraseptifler)'in kontrendikasyonları:

- Nedeni bilinmeyen vaginal kanama
- 35 yaş ve üstünde, günde 15 ve daha fazla sigara içen kadınlar
- Hipertansiyonu olan sistol 160 veya diastol 100 mmHg olanlar
- Şu anda veya geçirilmiş tromboembolik hastalığı olanlar
- Şu anda veya geçirilmiş iskemik kalp hastalığı olanlar
- Komplike olmuş kalp kapak hastalıkları
- Uzun süre immobilizasyon gerektiren major cerrahi veya bacak ameliyatları
- Geçirilmiş serebrovasküler olay (inme) öyküsü
- Fokal nörolojik semptomlu migren
- Şu anda meme kanseri olanlar
- Aktif viral hepatiti olanlar
- Ağır dekompanse karaciğer sirozu
- Benign veya malign karaciğer tümörleri
- Doğumdan sonra emziren kadınlarda postpartum ilk 6 hafta
- Gebeliği veya gebelik şüphesi olanlar
- Konjenital hiperlipidemi

Cevap D (A. Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.801)

78.Aşağıdakilerden hangisi tubal infertiliteye neden olmaz?

- a) Pelvik inflamatuvar hastalık**
- b) Genital tüberküloz**
- c) Endometriozis**

- d) Adenomyozis
e) Tubal sterilizasyon

AÇIKLAMA: Adenomyozis, endometriotik odakların myometriyum içinde görülmesine verilen addır. Diğer seçenekler tubal infertiliteye yol açarken adenomyozis yol açmaz. Endometriyozis en sık overlerde görülür, bunlara çikolata kistleri denir.

Cevap D (A. Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.909)

79. Adneksiyel kitlelerle ilgili ifadelerden yanlış işaretleyiniz?

- a) Düzenli adet gören kadınlardaki adneksiyel kitleler genellikle fizyolojik doğaldır
b) Germ hücreli tümörler dahil malign adneksiyel kitlelerin çoğu 45 yaşın üzerinde ortaya çıkar
c) Malign kitlelerin fikse veya diğer yapılarla yapışık olma olasılığı fazladır
d) Asit varlığı maligniteyi düşündürür
e) Benign kitleler 8cm'nin altındadırlar

AÇIKLAMA: Over kitlelerinin benign malign ayırımı patolojik değerlendirme sonucu olur. Benign over tümörleri genellikle düzgün yüzeyle, kistik, mobil, tek taraflı ve 8 cm.den küçüktür.

Malign tümörler ise genellikle solid veya semisolid, bilateral, fikse ve sıklıkla beraberinde cul de sac'ta nodüller bulunur. Prepubertal kız çocuklarında ve postmenopozal hastalarda overde aktif folliküler gelişim olmadığı için fonksiyonel kitleden bahsedilemez, bunların mutlaka ciddi olarak değerlendirilmesi gerekir. Özellikle pubertal yaşta kız çocuklarında gözlenen adneksiyel kitlelerin çoğunluğu germ hücreli tümörlerdir ve bunların %75'i maligndir. 30 yaşından sonra germ hücreli tümör nadir görülür. Disgerminom en sık görülen malign germ hücreli tümördür. Radyoterapiye hassas tek over tümörü disgerminomdur.

Cevap B (Bader TJ. Ob/Gyn Secrets. 3rd ed. 2003. s.133-4)

80. Adneksiyel tümörlerin tanısında yararlı olabilen tümör belirteçlerinden yanlış olanı işaretleyiniz.

- a) CA-125
b) Alfa Feto protein
c) Beta HCG
d) Ca 15.3
e) Laktat dehidrogenaz

AÇIKLAMA: AFP: overin endodermal sinüs tümörleri ve embriyonal karsinomlarında hastaların %90'ından fazlasında artar.

CA-125: Endometrium kanseri, overin benign kistlerinde artar.

β-hCG: Gestasyonel trofoblastik hastalıklar ve overin

germ hücreli tümörlerinin (özellikle koryokarsinom ve embriyonel karsinom) tanısında, prognozu ve nükslerini saptamada önemli bir belirteçtir.

LDH: Overin germ hücreli tümörlerinde LDH-1 düzeyleri %88 oranında yüksek bulunmuştur. Disgerminomda bu oran %95'e çıkmaktadır.

Ca 15-3: meme kanserinin yaygınlığını belirlemede kullanılır.

Cevap D (A. Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.1111)

81. Prematür servikal dilatasyon (PSD) için risk faktörlerinden yanlış olanı belirtiniz.

- a) Öyküde PSD bulunması
b) Konjenital serviks hipoplazisi
c) İntrauterin Des maruziyeti
d) Servikte oluşmuş obstetrik laserasyonlar
e) Servikal koterizasyon

AÇIKLAMA: Prematür servikal dilatasyon, preterm eylem ve 2. trimester gebelik kayıplarının en önemli nedenidir. Servikal hasar için en sık etkenler elektif küretaj, servikal intraepitelial neoplazilerin tedavisi için yapılan cerrahiler ve doğum esnasında oluşan hasarlardır. Servikse uygulanan soğuk konizasyon, kriokonizasyon, laser konizasyon preterm eylem ve servikal yetmezlik insidansını dramatik olarak artırır.

Cevap E (Bader TJ. Ob/Gyn Secrets. 3rd ed. 2003. s.284)

82. Oral kontraseptiflerin, kontraseptif dışı yararlarından doğru olanı işaretleyiniz?

- a) Benign meme hastalıklarında artışa yol açar
b) Endometrium kanserinde artışa yol açar
c) Menstrüel kan kaybını artırır
d) Over kanseri riskini azaltır
e) Primer dismenorede artışa yol açar

AÇIKLAMA: Oral kontraseptiflerin yararları:

Aile planlaması ile ilgili yararları

- İstenmeyen gebelikte ve kürtajda azalma
- Ektopik gebelik oranında düşüş
- Maternal mortalitede azalma

Jinekolojik yararlar

- Over kanserinde azalma
- Endometriyum kanserinde azalma
- Fonksiyonel over kistlerinde azalma
- Uterusta leiomyom oluşumunda azalma
- Oligoanovulatuvar kadınlarda düzenli menstrüel siklus elde etme
- Dismenorede azalma
- Endometriyozis oluşumunda azalma

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM

- Pelvik inflamatuvar hastalık oranında düşüş
- Jinekolojik olmayan yararlar**
- Kolon kanserinde azalma
 - Fibroadenom, kistik meme hastalıklarında azalma
 - Kemik mineral dansitesindeki azalmanın önlenmesi
 - Aknelerin ve hirsutizmin tedavisi
 - Romatoid artrit oluşumunda azalma
 - Menstrüasyon sırasında görülen migren ağrılarında azalma
 - Aterosklerozda azalma
 - Yoğun menstrüel kanamaya bağlı demir eksikliği anemisinin önlenmesi

Cevap D (A. Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.801)

83.Klomifenle ovülasyon indüksiyonu konusundaki ifadelerden yanlış olanı belirtiniz?

- a) Ovülasyon genellikle klomifenin son tabletinin alımından 5-12 gün sonra oluşur
- b) Hipotalemik amenorede kullanılabilir
- c) Klomifen tedavisinde günde 250mg'a kadar çıkılabilir
- d) Hipofizdeki estrogen reseptörleri düzeyinde estrogenle kompetisyona girer
- e) Klomifenle görülen en sık yan etki vazomotor flush'lardır

AÇIKLAMA: Non-steroid trifenil etilen grubundan bir selektif östrojen reseptör modülatörüdür. Hipotalamustaki östrojen reseptörlerine bağlanır ve östrojenin GnRH üzerindeki (-) feed back etkisini bloke ederek GnRH pulsatilitesi artırır. Sonuçta hipofizden gonadotropin sentezini artırır. 2. mekanizma ise hipofiz üzerindeki östrojen reseptörlerine direk olarak bağlanarak gonadotropin sentezini artırdığı kabul edilmektedir. Tedaviye 50 mg ile başlanır, yanıt alınmadığı durumlarda doz 200-250 mg'a kadar çıkılabilir. Tedaviye siklusun 2.-5. günlerinde başlanır. Son tablet alımını takiben gün aşırı koitus önerilir. En sık yan etkiler ateş basması, karında şişkinlik, baş ağrısı ve bulantı-kusmadır.

Cevap B (A. Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.1450)

84.Amenoreye yol açan ilaçlardan hangisi yanlıştır?

- a) Asetil salisilik asit
- b) Trisiklik antidepresanlar
- c) Benzodiazepinler
- d) Metoklopramid
- e) Antipsikotikler

AÇIKLAMA:

A. Primer Amenore. Sekonder seks karakterleri var olan ve 16.5 yaşına gelmiş kızlarda adetlerin yokluğunu veya sekonder seks karakterleri gelişmemiş ve 14 yaşına gelmiş kızlarda adetlerin yokluğunu belirtir. Primer amenore reproduktif yaştaki kadınlarda en fazla %0.1-2.5 oranlarında gözlenir.

B. Sekonder Amenore. Önceden adet gören kadınlarda 3-6 ay veya daha uzun süreyle adetlerin yokluğunu gösterir. Sekonder amenorenin genel popülasyondaki prevalansı %1-5 olarak rapor edilmiştir.

Alınan öykü şu soruları içermelidir.

1. Pubertedeki önemli gelişim evreleri ve menstrüel öykü
2. Büyüme ve gelişme anormallikleri
3. Diyek, egzersiz veya kilo değişiklikleri
4. **İlaç kullanımı (antipsikotikler, hormonal kontraseptifler, antihipertansifler, narkotikler, fenotiyazin, trisiklik antidepresanlar)**
5. Sistemik hastalıklar: hipotiroidizm, adrenal yetmezlik, büyüme hormonu (GH) fazlalığı
6. Geçirilmiş cerrahi
7. Galaktore, hirsutizm
8. Geçmişteki jinekolojik veya obstetrik problemler (hemoraji, dilatasyon ve küretaj, enfeksiyon)
9. Genetik anomaliler ile ilgili aile öyküsü

Cevap A (Bader T.J. Ob/Gyn Secrets. 3rd ed. 2003. s.26)

85.Preeklampsi ve eklampsi için risk faktörü olmayan hangisidir?

- a) Primigravida
- b) İntrauterin gelişme kısıtlılığı (IUGR)
- c) Aile hikayesi pozitif olanlar
- d) Daha önce preeklampsi hikayesi olanlar
- e) Çoğul gebelikler

AÇIKLAMA: Preeklampsi için predispozan faktörler:

- Nulliparite
- Siyah ırk
- Anne yaşının 20'nin altı, 35'in üzerinde olması
- Düşük sosyo-ekonomik düzey
- 1. derecede akrabalarda preeklampsi öyküsünün varlığı
- Geçirilmiş preeklampsi öyküsü
- Kronik hipertansiyon, DM, renal hastalık, kollajen doku hastalıkları
- Artmış body mass indeks

Preeklampitik kadınların 2/3'ü primigravidadır.

Cevap B (A. Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.453)

86.Uterin sarkomlarından hangisinin klinik davranışı en benignidir?

- a) Endometrial stromal sarkom
- b) Endolimfatik stromal myozis
- c) Leiomyosarkom
- d) Karsinosarkom
- e) Lenfosarkom

AÇIKLAMA: Uterus sarkomlarının Ober sınıflandırması

Homolog

Heterolog

Pür

- | | |
|-------------------|------------------|
| - Leiomyosarkom | - Rabdomyosarkom |
| - Anjiosarkom | - Kondrosarkom |
| - Fibrosarkom | - Osteosarkom |
| - Stromal sarkom: | |

1- Endolimfatik stromal myozis

Liposarkom

2- Endometriyal stromal sarkom

Miks müllerian tümörler

Miks

- Karsinom (miks mezodermal tümör)

Endometriyal stromal myozis düşük grade'li endometriyal stromal tümörlerdendir. Nüksler geç görülür ve daha çok lokal olma eğilimindedir.

Cevap B (A. Haberal, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2006, s.1212)

87.Peripartum kardiyomiyopati için hangisi yanlıştır?

- a) Önceden bilinen kalp hastalığı olmamalıdır
- b) Doğumdan önceki ay ya da sonraki ilk 5 ayda ortaya çıkmalıdır
- c) Enfeksiyöz, toksik, iskemik bir nedenin olmadığı ortaya konmalıdır
- d) Ejeksiyon fraksiyonu %45'den az olmalıdır
- e) Doğum şekli mutlaka sezaryen olmalıdır

AÇIKLAMA: Sezaryenle doğum sırasında üçüncü bosluga sıvı birikimi, endometrit ve pulmoner embolizmin daha sık görülmesi nedeniyle vajinal doğum tercih edilmelidir (3. bosluga kaçan sıvı 2 gün içerisinde rezorbe olup hacim yüklenmesi yaparak anneyi dekompanse hale getirebilir).

Cevap E (Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL. Obstetrics Normal and Problem Pregnancies. 4. baskı. 2002)

88.Progesteron, östrojenin aktivitelerinden hangisini azaltır?

- a) Kolesterol ve LDL'de azalma
- b) HDL ve trigliserid düzeylerinde artış

- c) Antioksidan aktivite
- d) Ateroskleozun inhibisyonu
- e) Fibrinolizde artış

AÇIKLAMA: Progesteronun estrojen aktivitelerinden HDL ve trigliserid artışı üzerinde azaltıcı etkisi yanında kardiyak inotropik aktiviteyi, maymunlarda koroner atheroskleroz üzerinde etkisini ve akut reaktivitenin ölçümünü (örn. Akut vazodilatasyon) azaltıcı etkisi vardır. Diğer seçeneklerdeki etkileri ve beraberinde anjiyotensin dönüştürücü enzim aktivitesindeki azaltıcı etkisini azaltmamaktadır.

Cevap B (Gordon JD, Speroff L: Handbook for Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. 2002 s.312)

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

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

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

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

90.Aşağıdakilerden hangisi ağır preeklampsi kriteri değildir?

- a) Trombositopeni
- b) Oligüri
- c) 5g/24 saat'den fazla proteinüri olması
- d) Yüzde, 4(+) ödem varlığı
- e) Bulanık görme

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

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

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM

Cevap D (*Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL. Obstetrics*

Normal and Problem Pregnancies. 4. baskı. 2002)

ÇOCUK CERRAHİSİ

1. Aşağıdaki patolojilerin hangilerinde direkt karın grafisinde bağırsak gazı görülmez?

- a) İzole özofagus atrezisi
- b) Duodenal atrezi
- c) Larengial atrezi
- d) Mekonyum ileusu
- e) Koanal atrezi

AÇIKLAMA: Özofagusun distali ile trakea arasında fistül olmaması nedeniyle midede gaz görülmez.

Cevap A (Ziegler, Operative Pediatric Surgery, 1. baskı. 2003. s.249-350)

2. İHPS için doğru değildir?

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

AÇIKLAMA: Hipokalemik hipokloremik metabolik alkaloz görülür.

Hipertrofiye olmuş pilor fizik muayene ile zeytin gibi palpe edilir.

Cevap E (Ziegler, Operative Pediatric Surgery, 1. baskı. 2003. s.583-8)

3. Kongenital aganglionik megakolon hastalığında klasik biyopsi nereden alınmalıdır?

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

AÇIKLAMA: Biyopsi Anal kanaldan dentat çizginin 2 cm üzerinden alınır.

Cevap E (Ziegler, Operative Pediatric Surgery, 1. baskı. 2003. s.617-45)

4. Özofagus atrezisinde aşağıdakilerden en sık görülen anatomik tip hangisidir?

- a) Distal ve proksimal fistül
- b) "H" tipi fistül
- c) İzole atrezi

- d) Proksimal fistül-distal atrezi
- e) Konjenital özofagial stenoz

AÇIKLAMA: Verilen şıklar içinde en sık %7-8 oranı ile izole atrezi görülür. proksimal atrezi-distal fistül (%75) şıklarda yer alsaydı. Doğru cevap proksimal atrezi-distal fistül olurdu.

Cevap C (O'Neill, Pediatric Surgery, 5th ed. 1998. p.941-61)

5. Duodenal atrezi ile ilişkili olmayan hangisidir?

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

AÇIKLAMA: Duodenal atrezili hastalarda amnion sıvısının doğal sirkülasyonunun olmaması nedeniyle polihidroamnios görülür.

Ayrıca duodenal obstrüksiyonun ampulla vaterin distal ve proksimal olmasına göre safralı veya safrasız kusma olabilir.

Down sendromuyla ilişkisi vardır.

Cevap A (Ziegler, Operative Pediatric Surgery, 1. baskı. 2003. s.589-90)

6. Göbek patolojileri için doğru olan hangisidir?

- a) Bir cm'den küçük fasya defektli umbilikal hernilerin çoğu ilk iki yaşta spontan iyileşir
- b) Urakus doğum sonrası lateral umbilikal ligamana dönüşür
- c) Omfalomezenterik kanal açıklığında göbekten idrar gelir
- d) Umbilikal granülom 1 cm'den fazla çapa sahiptir
- e) Umbilikal hernilerde inkarasyon riski yüksektir.

AÇIKLAMA: Umbilikal hernilerin 1 cm'den küçük çaplı defektleri %75 oranında ilk yaşında kapanır.

Cevap A (O'Neill, Pediatric Surgery, 5th ed, 1998. p.1035-6)

7. İnmemiş testisin aşağıdaki hangi sendrom/ patolojide görülmesi beklenmez?

- a) Prune-Belly
- b) VACTERL
- c) Artrogripozis multiplks konjenita
- d) Mesane ekstrofisi
- e) Omfalosel

ÇOCUK CERRAHİSİ

AÇIKLAMA: VACTERL dışındaki sendromlarda inmemiş testis görülmesi sıklıkla eşlik eden bir durumdur.

VACTERL birlikteliğinde tanımlanmış bir özellik değildir.

Cevap B (O'Neill, *Pediatric Surgery*, 5th ed, 1998. p.1087-99)

8. Hangisi duktus omfalomezenterikus artığı değildir?

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

AÇIKLAMA: Duktus omfalomezenterikus artığı şunlardır;

Meckel divertikülü; Vitellin bandı, Umbilikal granülom, Vitellin kisti

Urakus kisti ise urakus artığıdır.

Cevap A (Ziegler, *Operative Pediatric Surgery*, 1. baskı. 2003. s.539-42)

9. Aşağıdakilerden hangisi yenidoğan döneminin en sık karın içi malign tümörüdür?

- a) Rabdomiyosarkom
- b) Wilms tümörü
- c) Nöroblastom
- d) Teratom
- e) Hepatoblastom

AÇIKLAMA: Nöroblastom çocukluk döneminin en sık solid tümörlerindedir. İlk 3 ay içinde başka nedenlerle ölen bebeklerin 1/39'ünde in situ olarak saptanmıştır. Hepatoblastom 1-3 yaş arasında sıklıkla gözlenir. Sakrokoksigeal teratomlar yenidoğan döneminin en sık tümörü olmasına rağmen yerleşim yeri uygun değildir. Rabdomiyosarkom 8 yaş altında sıklıkla görülür. En sık genitouriner sistemi tutar (%80).

Cevap C (JA O'Neill, *Pediatric Surgery*, 5. baskı. 1998. s.405)

10. Beş yaşındaki erkek çocuğu boynun sol tarafında sternokleidomastoid kasın önünde zaman zaman şişlik ve akıntı şikayetiyle getiriliyor. Ön tanınız nedir?

- a) Birinci brankial yarık kalıntısı
- b) İkinci brankial yarık kalıntısı
- c) Piriform sinüs fistülü
- d) Tiroglossal kanal kisti
- e) Dermoid kist

AÇIKLAMA: Çocukluk çağında boyunda kist ve sinüs

oluşumunun en sık nedenleri tiroglossal kanal kisti ve ikinci brankial yarık kalıntısıdır. Tiroglossal kanal kisti boyun orta hat yerleşimli olup yutkunma ile hareketlidir. Brankial yarık kalıntılarının %90'ı ikinci brankial yarık kalıntısıdır. Tipik olarak sternokleidomastoid kasın 1/3 alt ucunun hemen önünden drene olan küçük bir fistül ağzı şeklinde bulgu verir.

Cevap B (JA O'Neill, *Pediatric Surgery*. 5. baskı. 1998. s.757)

11.20 günlük erkek bebek her besleme sonrası fıskırır tarzda kusma nedeniyle getirildi. Hangisi tanıda en önemli bulgudur?

- a) Oral mukozada kuruluk ve ön fontanel çöküklüğü
- b) Sağ üst kadranda derin palpasyonla ele gelen kitle
- c) Uzamış sarılık
- d) Doğum ağırlığının altında olması
- e) Kusmuğun safra içermemesi

AÇIKLAMA: Hipertrofik pilor stenozu bebeklik döneminde en sık mide çıkışı obstruksiyonu nedenidir. Erkek çocuklarında 2 ile 5 kat daha sıklıkla görülür. Fıskırır tarzda safrasız kusma şeklinde sıklıkla 3-5. haftada bulgu verir. Tanı %75 oranında palpe edilen hipertrofik pilor ile konabilir. Sarılık %2-5 oranında eşlik eder.

Cevap B (JA O'Neill, *Pediatric Surgery*. 5. baskı. 1998. s.1111)

12. Aşağıdakilerden hangisi yenidoğan döneminde gastrointestinal kanama nedeni değildir?

- a) Yenidoğanın hemerajik hastalığı
- b) Yutulmuş anne kanı
- c) Gastrit
- d) Nekrotizan enterokolit
- e) Ülseratif kolit

AÇIKLAMA: Yenidoğan döneminde en sık gastrointestinal kanama prematür veya distressli bebeklerde gözlenir. Yenidoğanın hemorajik hastalığı, koagülopati, stres gastriti kanamaya neden olabilir. Anal fissür, nekrotizan enterokolit ve volvulus diğer kanama nedenleridir. İnflamatuvar bağırsak hastalığı 2 yaş üstü çocuklarda görülen kanama nedenidir.

Cevap E (JA O'Neill, *Pediatric Surgery*. 5. baskı. 1998. s.1253)

13. Konjenital duodenal obstrüksiyonlu bir yenidoğanda en sık karşılaşılan diğer konjenital anomali hangisidir?

- a) Özofagus atrezisi
- b) İmperefor anus

- c) Malrotasyon
- d) Down Sendromu
- e) Safra kesesi agenezisi

AÇIKLAMA: Konjenital duodenal obstrüksiyonlarda kimi serilerde %50 ve %80 arası ek konjenital anomali bildirilmiştir. Down sendromu bu vakaların %30'unda görülmektedir ve üstteki şıklarda en sık görülendir. diğer şıklardan malrotasyon %20, özofageal atrezi ve imperfore anüs %10-20 arası görülmektedir.

Cevap D (*Oldham, Principles and Practice of Pediatric Surgery, 2. baskı. 2005. s.1165*)

14.Çocukluk çağında en sık görülen ekstrakranial ve 1 yaştan ufak çocuklarda en sık görülen malign tümör olan nöroblastomun en sık yerleşim gösterdiği iki bölge neresidir?

- a) Pelvis, mediastinum
- b) Servikal, adrenal
- c) Adrenal, mediasten
- d) Adrenal, pelvis
- e) Adrenal, retroperiton

AÇIKLAMA: Nöroblastom en sık (%75) abdominal kavitede (%50 adrenal ve %25 retroperiton olmak üzere) görülür. Daha sonra %20 mediasten, %4 pelvis ve %1 servikal bölgede yer alır.

Cevap E (*Oldham, Principles and Practice of Pediatric Surgery, 2. baskı. 2005. s.574*)

15.Doğumdan sonra gayet iyi beslenen ve kilo alan bebeğin son 10 gündür projtil kusması ve kan gazında alkalozu mevcuttur. Olası tanı nedir?

- a) İdrar yolu enfeksiyonu
- b) Mekonyum ileusu
- c) Konjenital hipertrofik pilor stenozu
- d) İleal atrezi
- e) İnvaginasyon

AÇIKLAMA: Konjenital hipertrofik pilor stenozu mide çıkış obstrüksiyonlarının en sık nedenidir. 1-3/1000 oranında görülür. Erkeklerde 4 kat fazladır. Etkilenen bebek genelde ilk çocuktur ve ilk 3-6 hafta

arasında safrsız projtil kusmaları olur. Prematürlerde daha az ve daha geç yaşta görülür. Etiyolojisi pek bilinmemekle birlikte gastrik hiperasidetenin neden olduğu pilor kas spazmı ve hipertrofisi, anormal pilorik innervasyon, pilor pacemaker hücrelerinin zarar görmesi sonucu gelişen anormal motilite gibi nedenler sorumludur. Tanısı için fizik muayenede sağ üst kadranda oliv'in palpe edilmesi, ultrasonografik veya baryumlu çalışmalar tavsiye edilir. Devamlı safrsız kusmalar (asit ve sıvı kaybı) sonucu hipokloremik hipokalemik metabolik alkaloz gelişir.

Cevap C (*Aschcraft, Pediatric Surgery. 3rd ed. 2000. p.391-405*)

16.Doğum sonrası solunum stresi gelişen ve entübe edilen çocukta çökük karın ve göğüs ön-arka çapında artma mevcut olup oskültasyonda kalp tepe atımının sağa yer değiştirdiği tespit edilmiştir. Bu bebekte tanınız nedir?

- a) Bochdalek hernisi
- b) Amfizem
- c) Kronik bronşit
- d) Kistik fibrozis
- e) Pnömoni

AÇIKLAMA: Konjenital diafragmatik hernilerin en sık görüleni Bochdalek hernisidir. 1/2200-1/5000 oranında görülür. Çoğunlukla sol diafragmatik defekten sol hemitoraksa doğru intestinal organlar göç eder. Buna bağlı olarak etkilenen akciğer hipoplazik olarak gelişir. Çocuklar doğduklarında siyanoze ve respiratuvar yetmezliktedir. Karınları çökük göğüs ön arka çapı artmış ve kalp sesleri yer değiştirmiştir. Prognozu akciğer hipoplazisine bağlıdır. Bu çocuklar ağladıklarında, veya en ufak bir girişimde metabolik asidoza girme eğilimindedirler. Tanı için akciğer grafisi çekildiğinde intestinal organlar veya takılmış nasogastrik sonda mide toraksta ise (kötü prognozu gösterir) hemi toraksta gözüktür ve mediastinal şift gelişmiş şekilde görüntü elde edilir. Karın gaz dağılımı azalmıştır.

Cevap A (*Atwell, Pediatric Surgery, 1998. s.153-69*)

GÖĞÜS-KALP-DAMAR CERRAHİSİ

1. Aşağıdakilerden hangisi arkus aortanın ilk dalıdır?

- a) İnnominant arter
- b) Sol ana karotis arteri
- c) Sol subklavian arter
- d) Sol ana koroner arter
- e) Sağ ana karotis arteri

AÇIKLAMA: İnnominant arter diğer adıyla Brakiosefalik arter arkus aortanın ilk dalıdır. Manubrium sterninin orta seviyesinde arkus aortanın sağ konveks yüzünden çıkar. trakeanın sağ tarafından yukarı doğru ilerler. Sağ sternoklavikuler eklem arkasında sağ subklavian arter ve sağ karotis komunis olmak üzere iki dala ayrılır

Cevap A (Akar, Aort Anatomisi. Aort Cerrahisi. 2003. s.3-35)

2. Aort darlığında anjina gelişmesine yol açan nedenler arasında aşağıdakilerden hangisi yer almaz?

- a) Sol ventrikülde konsantrik hipertrofi gelişmesi
- b) Koroner perfüzyon basıncının azalması
- c) Aortadaki diastolik basıncın artması
- d) Sol ventrikül diastol sonu basıncın artması
- e) Koroner vazodilatör rezervin sınırlanması

AÇIKLAMA: Koroner damarların perfüzyonunu sağlayan koroner perfüzyon basıncını aort diastolik basıncı ile sol ventrikül diastol sonu basıncı arasındaki fark belirler. Sol ventrikül diastol sonu basıncının artması gradienti azaltarak koroner perfüzyon basıncını kısıtlar. Hipertrofi gelişmiş her gram miyokard dokusuna gelen koroner kan akımı yetersiz kalmaktadır. Koroner vasodilatör resev sınırlanmıştır.

Cevap C (Çorapçioğlu, Aort Kökü Patolojileri. Aort Cerrahisi. 2003. s.144-5)

3. Aortoiliak tıkaçıcı damar hastalığında aşağıdakilerden hangisi bulunmaz?

- a) Klodikasyon intermitant
- b) Seksüel empotans
- c) Ankle-Brakial İndeks'te (ABİ) artma
- d) Doku kaybı ve nekroz
- e) İstirahat ağrısı

AÇIKLAMA: Aortoiliak tıkaçıcı damar hastalığında Ankle-Brakial İndeks'te (ABİ) artma değil azalma olmaktadır. Bunun nedeni ise alt ekstremitedeki basınçların tıkanıklığa bağlı olarak azalmasıdır.

Cevap C (Pularhan, Aortoiliak Tıkaçıcı Damar Hastalığında Cerrahi Tedavi. Kalp ve Damar

Cerrahisi. 2004. s.758-9)

4. Aort lümeninde dışarıya doğru katmanları saydığımızda ilk sırada hangisi yer alır?

- a) Tunika interna
- b) Bağ dokusu tabakası
- c) Endotel
- d) Elastik hiperplazik tabaka
- e) Muskuloelastik tabaka

AÇIKLAMA: Tunika intimada yer alan, arter duvarının bütünlüğünün sağlanması ve sekresyon gibi çok önemli fonksiyonlara sahip hücrelerdir. Kan ile aort duvarının diğer yapıları arasında yarı selektif olarak çalışıp düfüzyon bariyeri görevi yaparlar.

Cevap C (Kıralı, İntratorasik Aort Anevrizmalarında Cerrahi Tedavi. Kalp ve Damar Cerrahisi. 2004. s.1592-3)

5. Hangisi Torasik Outlet Sendromunda kullanılan tanısal testlerden birisi değildir?

- a) Adson testi
- b) Kostoklavikular test
- c) Servikal kosta testi
- d) Hiperabduksiyon testi
- e) Kol kladikasyon testi

AÇIKLAMA: Torasik Outlet Sendromunda kullanılan tanısal testler şunlardır: Adson testi, Kostoklavikular test, Hiperabduksiyon testi, kol kladikasyon testi.

Cevap C (Shield's, Thoracic Outlet Syndrome. General Thoracic Surgery. 6th ed. 2005. p.690-1)

6. Aşağıdakilerden hangisi rijid bronkoskop için yanlıştır?

- a) Lokal anestezi ile uygulanır
- b) Segment görüntülenmesi zordur
- c) Lazer bronkoskopi uygulanmasına izin verir
- d) Yabancı cisim çıkarılmasında kullanılır
- e) Trakeal obstrüksiyonda kullanılır

AÇIKLAMA: Rijit bronkoskopi, yabancı cisim çıkarılmasında, masif hemoptizide, infant endoskopisinde, dilate strüktürlerde, trakeal obstrüksiyonlarda ve lazer bronkoskopi için oldukça uygun olmasına rağmen genel anestezi gerektirmesi, segment düzeyinde görüntülemenin iyi olmaması ve segment düzeyinde biyopsi yapılmasının zor olması en önemli dezavantajlarıdır.

Cevap A (Shield's, Bronchoscopic evaluation of the

GÖĞÜS-KALP-DAMAR CERRAHİSİ

lungs and tracheobronchial tree. General Thoracic Surgery. 6th ed. 2005. p.284-5)

7. Aşağıdakilerden hangisi supravavüler aort darlığına ait özelliklerden biri değildir?

- a) Williams Sendromu komponenti
- b) Elfin face görünümü
- c) Angiografide Hour-glass bulgusu
- d) Bikuspit aort kapak
- e) Lokalize darlık

AÇIKLAMA: D şıkkı valvüler aort darlığına ait özelliktir. Diğer şıklar supravavüler aort darlığına ait özellikleri içerir.

Cevap D (*Kirklin/Barratt-Boyes. Cardiac Surgery. 3. baskı. 2003. s.1265-315*)

8. Aşağıdakilerden hangisi yenidoğan konjenital kalp hastalıkları arasında en sık görülür?

- a) Patent Duktus Arteriyozus
- b) Atriyal Septal Defekt
- c) Fallot Tetralojisi
- d) Aort Koarktasyonu
- e) Ventriküler Septal Defekt

AÇIKLAMA: Yenidoğan konjenital kalp hastalıkları arasında en sık Ventriküler septal defekt görülür.

Cevap E (*Kirklin/Barratt-Boyes. Cardiac Surgery. 3. baskı. 2003. s.80*)

9. Aşağıdakilerden hangisi fallot tetralojisinin komponenti değildir?

- a) Ventriküler Septal Defekt
- b) Overriding aorta
- c) Pulmoner stenoz
- d) Atriyal septal defekt
- e) Sağ ventrikül hipertrofisi

AÇIKLAMA: Sadece D şıkkı hariç, diğerleri Fallot tetralojisinin komponentidir.

Cevap D (*Kirklin/Barratt-Boyes. Cardiac Surgery. 3. baskı. 2003. s.942-1062*)

10. Hangisi sekonder spontan pnömotoraks nedeni değildir?

- a) KOAH
- b) Tüberküloz
- c) Plevral boşluğa Kist hidatik rüptürü
- d) Akciğer kanseri
- e) Subclavian arter kateterizasyonu

AÇIKLAMA: Pnömotorakslar spontan ve kazanılmış olarak iki ana gruba ayrılır. Spontan pnömotorakslar primer ve sekonder spontan pnömotoraks olmak üzere ikiye ayrılır. Primer spontan pnömotorakslarda

altta yatan herhangi bir sebep bulunmazken sekonder spontan pnömotorakslarda KOAH, tüberküloz, kist hidatik rüptürü, kistik fibrozis, akciğer kanseri veya metastatik kanser gibi altta yatan ve pnömotoraksa neden olan bir hastalık bulunur. Subclavian arter kateterizasyonu iatrojenik bir girişim olup işlem esnasında gelişen pnömotoraks spontan pnömotoraks değil kazanılmış bir pnömotoraktır.

Cevap E (*Shield's, Pneumothorax. General Thoracic Surgery. 5th ed. 2000. p.676*)

11. En sık rastlanan göğüs duvarı deformitesi hangisidir?

- a) Pectus carinatum
- b) Pectus excavatum
- c) Sternal cleft
- d) Poland sendromu
- e) Kosta anomalileri

AÇIKLAMA: Pectus excavatum veya huni göğüs deformitesi çocuklarda görülen kongenital göğüs duvarı deformitelerinin en sık görülenidir.

Cevap B (*Robicsek, History of the operative management of pectus deformities. 2000. p.227*)

12. Küçük hücreli dışı akciğer kanserlerinde en etkili tedavi yöntemi hangisidir?

- a) Radyoterapi
- b) Kemoterapi
- c) Kombine kemoradyoterapi
- d) Cerrahi tedavi
- e) İmmünoterapi

AÇIKLAMA: Cerrahi rezeksiyon, küçük hücreli dışı akciğer kanserlerinde primer tümörün kontrol altına alınmasında düşük işlem riski ve kür imkanı sağlaması nedeniyle halen en etkili tedavi yöntemidir. Radyoterapi tek başına veya kemoterapi ile kombine şekilde palyasyonda oldukça etkili bir yöntemdir. Ayrıca nadiren kür şansı verebilmesine rağmen cerrahi tedavinin başarı oranına ulaşmamaktadır. Kemoterapi küçük hücreli dışı akciğer kanserlerinde ilerlemiş tümörlerin palyasyonu için etkili bir yöntem olmakla birlikte tek başına kür imkanı sağlamamaktadır. İmmünoterapi halen araştırma safhasındadır.

Cevap D (*Pearson, Non-small cell lung cancer surgical management. Thoracic Surgery, 2nd ed. 2002. p.837; Pearson, Biologic therapy of lung cancer. Thoracic Surgery, 2nd ed. 2002. p.837*)

13. Aşağıdaki semptom-bulgulardan hangisi tansiyon (basıncılı) pnömotoraks da görülmez?

- a) Mediastinal flutter

- b) Taşikardi
- c) Oksijenesyonun azalması
- d) Kardiyak strok volümün azalması
- e) Boyun venöz dolgunluk

AÇIKLAMA: Mediastinal flatter (mediasteninin her inpiryum ve ekspiryumda sağa-sola yer değiştirmesi) açık pnömotoraksta olur. Tansiyon pnömotoraksta mediastinal şift oluşur.

Cevap A (Pearson, Thoracic Surgery. 2. baskı, 2002. s.1197)

14.Aşağıdakilerden hangisi KHDAK (Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri)'nde prognozu en kötü etkileyen faktördür?

- a) Tümörün viseral plevraya invazyonu
- b) Tümörün mediastinal lenf nodlarına metastaz yapması
- c) Tümörün sol üst lobda yerleşmesi
- d) Hemoptizi şikayetinin varlığı
- e) Tümörün boyutunun 3 cm olması

AÇIKLAMA: Mediastinal lenf nodlarının tutulumu hastanın evresinin en azından IIIa olduğunu gösterir ve prognozu kötü yönde etkiler. Diğer şıklarda prognozu bu kadar etkileyen bir faktör bulunmamaktadır.

Cevap B (Pearson, Thoracic Surgery. 2. baskı, 2002. s.838)

15.Basit kosta fraktüründe aşağıdakilerden hangisi yapılmaz?

- a) İnterkostal sinir blokajı
- b) Solunum fizyoterapisi
- c) İstirahat
- d) Toraks duvarının alçı ile atele alınması
- e) Direkt grafi ile komplikasyonlarının araştırılması

AÇIKLAMA: Basit kosta fraktürlerinde tedavide analjezi, solunum fizyoterapisi ve istirahat uygulanır. Toraks duvarının atele alınması solunumu engellediğinden yapılmamalıdır.

Cevap D (Shields, General Thoracic Surgery. 5. baskı, 2000, s.818)

16.Primer özofagus tümörleri için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Özofagusun primer malign tümörleri en sık 1/3 alt bölümde görülür
- b) Opere edilen olgularda rekonstrüksiyon için en sık mide kullanılır
- c) Barret özofagusu adeno kanser için predispozan faktördür
- d) Histopatolojik olarak en sık yassı epitel karsinomu görülür
- e) En sık görülen semptom disfajidir.

AÇIKLAMA: Özofagusun primer tümörleri en sık orta 1/3'de görülür. Kardial tümörlerinin özofagusa invazyonları ile birlikte değerlendirilirse ki bunlar mide tümörüdür, o zaman alt 1/3'de daha fazla oranda görülürler.

Cevap A (Ökten, Göğüs Cerrahisi, 1. baskı, 2003. s.1247)

GÖZ HASTALIKLARI

1. Aşağıdakilerden hangisi meibomian bezlerinin kronik, steril, lipogranülatöz inflamasyonudur?
- İnternal hordeolum
 - Eksternal hordeolum
 - Sebase kist
 - Milia
 - Şalazyon

AÇIKLAMA: İnternal hordeolum meibomian bezlerinin akut stafilokokal enfeksiyonudur. Eksternal hordeolum kirpik folikülü ve ilgili Zeis ya da Moll bezlerinin akut stafilokokal enfeksiyonudur. Sebase kistler sıradan sebase bezlerinden kaynaklı kistlerdir. Milia kıl kökleri ya da sebase bezlerden kaynaklanan lezyonlardır. Doğru cevap şalazyondur.

Cevap E (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 5th ed, 2003. p.13)

2. Aşağıdakilerden hangisi göz kapaklarının en sık görülen malign tümörüdür?
- Bazal hücreli karsinom
 - Yassı hücreli karsinom
 - Melanom
 - Sebase bez karsinomu
 - Kaposi sarkomu

AÇIKLAMA: Bazal hücreli karsinom göz kapaklarının en sık görülen malign tümörüdür. Diğer şıklardaki lezyonlar da göz kapaklarında görülebilen malign tümörlerdir, ancak daha az sıklıkla görülürler.

Cevap A (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 5th ed, 2003. p.20)

3. Düz bakış yönünde iken, üst oblik adelesinin kasılması göze hangi hareketleri yaptırır?
- Ekstorsiyon, abduksiyon, depresyon
 - Ekstorsiyon, adduksiyon, depresyon
 - İntorsiyon, adduksiyon, elevasyon
 - İntorsiyon, abduksiyon, depresyon
 - İntorsiyon, abduksiyon, elevasyon

AÇIKLAMA: Üst oblik adelesi tek başına çalıştığı zaman göze abduksiyon, depresyon ve intorsiyon yaptırmaktadır. Diğer şıklarda hatalı hareket yönleri mevcuttur.

Cevap D (Snell, *Clinical Anatomy of the Eye*, 1989. p.228)

4. Göze gelen ışığın geçtiği ortamlardan kırıcılığı en fazla olan aşağıdakilerden hangisidir?
- Göz yaşı filmi

- Kornea
- Aköz hümör
- Lens
- Vitreus

AÇIKLAMA: Gözün optik ortamları içinde kırma gücü en fazla olan korneadır (43 Dioptri). Gözün tüm ortamlarının toplam kırıcılığı 58 dioptridir (akomodasyon yok iken). Korneadan sonra lens gelmektedir (akomodasyon olmadan 19, akomodasyon ile maksimum yaklaşık 33 dioptri).

Cevap B (Miller, *American Academy of Ophthalmology, Basic and Clinical Science Course 2003-2004. 2003. p.107*)

5. Aşağıdakilerden hangisi "semblefaron"u doğru olarak tanımlar?
- İris ile lens arasındaki yapışıklıklardır
 - Bulbar ve palpebral konjonktiva arasındaki yapışıklıklardır
 - Alt ve üst kapak arasındaki yapışıklıklardır
 - Ön kamera açısındaki yapışıklıklardır
 - Kirpikli kenarda ikinci sıra kirpik oluşumudur.

AÇIKLAMA: Sembefaron tanımı gereği bulbar ve palpebral konjonktivalar arasındaki yapışıklıklardır. "A" şıkkında belirtilen posterior sineşi, "C" şıkkında belirtilen ankioblefaron, "D" şıkkında belirtilen periferik anterior sineşi, "E" şıkkında belirtilen trikiyazis olarak tanımlanan durumlardır.

Cevap B (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 5th ed,2003. p.77)

6. Aşağıdakilerden hangisi Horner Sendromunun klinik özelliklerinden değildir?
- Midriyazis
 - Enoftalmus
 - Ptozis
 - Akomodasyon amplitudunda artış
 - Alt kapakta yükselme

AÇIKLAMA: Horner sendromunda pupilde midriyazis değil miyozis görülür.

Cevap A (Kanski, s.474-5)

7. Aşağıdakilerden hangisi anterior üveit bulgusu değildir?
- Keratit presipitat
 - Konjunktivada yüzeyel hiporemi
 - Aköz hümörde bulanıklık (flore)
 - Ön kamarada hücre

GÖZ HASTALIKLARI

e) Posterior sineşi

AÇIKLAMA: Anterior üveitlerde konjonktivada siliyer enjeksiyon görülür.

Cevap B (*Kanski, s.137-9*)

8. Aşağıdakilerden hangisi korneanın katlarından değildir?

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

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

Cevap E (*Kanski, Klinik Oftalmoloji, 3. baskı, 1994. s.26*)

9. Aşağıdakilerden hangisi Konjenital Glokomun muayene bulgularından değildir?

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

AÇIKLAMA: Konjenital glokomun bulgusu buftalmustur.

Cevap A (*Kanski, Klinik Oftalmoloji, 3. baskı, 1994. s.26*)

10.Fuchs Üveit Sendromu bulgularından değildir?

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

AÇIKLAMA: Bu hastalarda pupil diğer pupile göre daha geniştir.

Cevap B (*Kanski, Klinik Oftalmoloji, 3. baskı, 1994. s.188-9*)

11.Dalen-Fuchs nodülü hangi hastalıkta görülür?

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

AÇIKLAMA: Dalen-Fuchs nodülü nadir görülen Hipatik Spesifik Üveit sendromlarından olan sempatik Üveitin bir bulgusudur.

Cevap C (*Kanski, Klinik Oftalmoloji, 3. baskı, 1994. s.19*)

12.Konjonktivita hastalıklarında görülen folliküler reaksiyon yapan nedenlerden olmayan hangisidir?

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

AÇIKLAMA: Vernal hastalıkta papiller reaksiyon görülür.

Cevap D (*Kanski, Klinik Oftalmoloji, 3. baskı, 1994. s.72-43*)

13.Aşağıdakilerden hangisi orbitanın medial duvarını oluşturan kemiklerden değildir?

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

AÇIKLAMA: Orbitanın medial duvarını oluşturan 4 kemik vardır. bunlar: Maksiller, Lakrimal, Sfenoid ve Etmoid kemiktir.

Cevap D (*Kanski, Klinik Oftalmoloji, 2. baskı.1989. s.22*)

14.Aşağıdakilerden hangisi kornea hastalıklarının semptomlarından değildir?

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

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

Cevap C (*Kanski, 1989. s.88-9*)

15.Orbital varislerle ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) İntermittan proptozise neden olur
- b) Proptoziste pulsatildir
- c) Akut orbital hemorajiye neden olur
- d) Üfürüm duyulmaz
- e) Valsalva manevrası ile belirginleşir

AÇIKLAMA: Orbital varista proptozis pulsatil değildir. Direkt karotikokavernöz fistülde proptozis pulsatildir ve üfürüm duyulur.

Cevap B (*Kanski, Klinik Oftalmoloji, 4. baskı, 2001. s.569-70*)

16.Penetran göz yaralanmalarında aşağıdakilerden hangisi uygulanmaz?

- a) Sistemik antibiyotik uygulanır
- b) Tetanoz toksoidi uygulanır.
- c) Oral alım kısıtlanır.
- d) Metalik yabancı cisim varlığını ekarte etmek

için MR çekilir.

e) Mümkün olan en kısa zamanda cerrahi onarım yapılır.

AÇIKLAMA: Metalik yabancı cisim varlığında MR kontrendikedir.

Cevap D (*Rhee, The Wills Eye Manual, 3. baskı, 1999. s.48.50*)

17.Kornea epitel defekti olan hastada aşağıdakilerden hangisi uygulanmaz?

- a) Göze kapama
- b) Antibiyotikli pomat
- c) Sikloplejin damla
- d) Steroid damla
- e) Debridman

AÇIKLAMA: Epitel iyileşmesini geciktirdiği ve enfeksiyon riskini arttırdığından steroid kullanımından kaçınılır.

Cevap E (*Rhee, The Wills Eye Manual, 3. baskı, 1999. s.23*)

18.Ön kanamada belirgin seviye yapan kan görülmesine ne ad verilir?

- a) Hipopiyon
- b) Hifema
- c) Keratik presipita
- d) Kemozis
- e) Siliyer enjeksiyon

AÇIKLAMA: Ön kamarada seviye yapan kan bulunmasına "hifema" denir.

Cevap B (*Rhee, The Wills Eye Manual, 3. baskı, 1999. s.23*)

19.Primer açık açılı glokomda aşağıdakilerden hangisi görülmez?

- a) Görme alanı defekti
- b) Retina sinir lifi tabakasında defekt
- c) Optik sinir çukurlaşmasında artış
- d) Göz içi basıncında artış
- e) Maküler ödem

AÇIKLAMA: Glokomda hastaların göz içi basıncı genellikle yüksektir, görme alanında kayıp, cup/disk oranında artış ve lif tabakasında defekt görülür

Cevap E (*Rhee, The Wills Eye Manual, 3. baskı, 1999. s.227-8*)

20.Aşağıdakilerden hangisi üveitte görülmez?

- a) Hipopiyon
- b) Kemozis
- c) Keratik presipitat
- d) Ön kamarada hücre

e) Posterior sineşi

AÇIKLAMA: Kemozis konjonktivanın ödemlenmesidir. Üveitte görülmez.

Cevap B (*Rhee, The Wills Eye Manual, 3. baskı, 1999. s.393*)

21.Yakın görme için lensin kırma gücünün artmasına ne ad verilir?

- a) Miyopi
- b) Presbiyopi
- c) Hipermetropi
- d) Akomodasyon
- e) Psödofaki

AÇIKLAMA: Yakın görme için lensin kırma gücünün artmasına "akomodasyon" denir.

Cevap D (*Rhee, The Wills Eye Manual, 3. baskı, 1999. s.535*)

22.Aşağıdakilerden hangisi steroidlerin oküler yan etkilerindendir?

- a) GİB artışı
- b) Üveit
- c) Maküla ödemi
- d) Nefelyon
- e) Korneal ödem

AÇIKLAMA: KS kullanımı GİB artışına neden olur.

Cevap A (*Rhee, The Wills Eye Manual, 3. baskı, 1999. s.239*)

23.Optik nörit olan genç bir bayanda etiyoloji olarak aşağıdakilerden hangisi öncelikle düşünülmelidir?

- a) Kızamık
- b) Sinüzit
- c) Sfiliz
- d) Multipl skleroz
- e) Glandüler ateş

AÇIKLAMA: Multipl skleroz optik nöritli kadınların %70'i ve erkeklerin %35'inde görülebilir.

Cevap D (*Kanski, Oftalmoloji, 4. baskı. 2001. s.592*)

24.Mooren ülserin etiyolojisi aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Bakteriyel
- b) Viral
- c) Fungal
- d) Alerjik
- e) Otoimmün

AÇIKLAMA: Mooren ülseri otoimmün kökenli periferik bir ülerdir. Olguların %60-80'i tek taraflı, ağrılı, limbosa yakın, korneada ilerleyici erimeyle karakterizedir. Genellikle yaşlı insanlarda görülür. Tedavilere dirençlidir, genel ve yerel steroidler,

GÖZ HASTALIKLARI

Siklosporin A gibi immünosupresif ilaçlarla iyi sonuçlar alınmıştır. Delinme ve kornea ektazisi ile sonuçlanabilir. Son zamanlarda hastaların çoğunda hepatit C virüsü enfeksiyonu saptanmıştır.

Cevap E (*Özçetin H: Klinik Göz Hastalıkları, İstanbul, Nobel Matbaacılık, 2003 s: 92. Bengisu Ü: Göz Hastalıkları 4. baskı, Ankara, Palme Yayıncılık, 1998 s: 82*)

25. Erişkinlerin korneasında normal endotel sayısı olarak aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) 1000-1500 hücre/mm²
- b) 2000-3000 hücre/mm²
- c) 4000-4500 hücre/mm²
- d) 4500-5000 hücre/mm²
- e) 5000-5500 hücre/mm²

AÇIKLAMA: Ödemsiz ve saydam korneada endotel hücrelerin incelenmesi speküler mikroskop ile yapılır. 600 hücre/mm² altına inerse kornea fizyolojisi bozulur. Aşırı sıvı ile yüklenen kornea bulanıklaşır. Ağrılı büllöz keratopati meydana gelir.

Cevap B (*Özçetin, Klinik Göz Hastalıkları, 2003. s.66; Bengisu, Göz hastalıkları, 4. baskı, 1998. s.73*)

26. Basit episkleritte aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Fenilefrin damlası ile damarlar kaybolmaz
- b) Nüks eder
- c) 20-50 yaş arasında görülür
- d) Az ağrı ve fotofobi vardır
- e) Ayırıcı tanısı sklerit, iritis ve konjonktivit ile yapılır

AÇIKLAMA: Episkleritte limbus yakınında episklerada yaygın damarlanma ve ödem vardır. Damarlar ışınal düz çizgiler şeklinde göz küresinin arkasına doğru giderler. Damarlar skleritekilerin aksine, fenilefrin damlasından sonra kaybolurlar. Tek veya iki gözde görülür. Skleritte ağrı daha fazladır. Episklerit çoğunlukla idiyopatikdir. Bazı olgularda hastalarda romatoid artrit, poliarteritis nodoza gibi kollajen hastalıklar, gut, herpes zoster ve sifiliz görülebilir.

Cevap A (*Bengisu, Göz Hastalıkları 4. baskı, 1998 s.92*)

27. Posner-Schlossman Sendromu aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Akut glokom krizidir
- b) Glokomatosiklitik krizdir
- c) Akut iritistir
- d) Fakoanafilaktik üveittir
- e) Fakolitik glokomdur

AÇIKLAMA: Posner-Schlossman sendromu 20-60 yaşları arasında kişilerde tek taraflı olarak görülür. Görme bulanıklığı vardır ve ışıkların çevresinde renkli

halkalar görülür. Göz beyazdır veya çok az derin kanlanma ve kornea ödemi saptanabilir. Kornea arkasında az sayıda yuvarlak beyaz presipiteler ve ön kamarada iltihap hücreleri vardır. Pupilla orta derecede midriyatiktir, arka yapışıklık yoktur. İridokorneal açığı açıktır. Kriz sırasında göz içi basıncı 40-60 mmHg'ye çıkar. Etiyolojisi bilinmiyor, prostaglandinler kriz başlamasında aracı rol oynamaktadır.

Akut glokom krizinde ise kırmızı bir göz vardır, ödem fazladır. Ön kamara sıgıdır, açığı kapanmıştır. Göz içi basıncı 60-80 mmHg'ye çıkar. Şiddetli göz ve baş ağrısı vardır. Fakoanafilaktik üveit, lens kapsülünün yırtıldığı olgularda ön kamaraya dökülen lens proteinlerine karşı oluşan duyarlılık reaksiyonudur.

Fakolitik glokomda üveit yoktur. Lens materyalinin iridokorneal açıdaki trabekülumu tıkamasıyla glokom meydana gelir.

Akut iritiste gözde derin kanlanma, kornea arkasında ince presipiteler, ön kamarada tındal ve bazı olgularda hipopyon görülür. İris dokusu ödemli, pupilla miyotiktir. Pupilla ve iriste arka yapışıklık vardır.

Cevap B (*Bengisu, Göz Hastalıkları 4. baskı, 1998 s. 108-110*)

28. Penalizasyon tedavisinde aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Ambliyopi tedavilerinden birisidir
- b) Fiksasyon yapan göze atropin önerilir
- c) 0.2 ve üzerinde görme düzeylerinde tedavi başarılıdır
- d) Fiksasyon yapan göz kapama yapılır
- e) Optik yolla yapılır

AÇIKLAMA: Kapatma tedavisi yapılmadığı durumlarda ilaçlar (atropin) fikse eden göze damlatılır, böylece hastaların ambliyop göz ile yakını ve uzağı, ambliyop olmayan göz ile sadece uzağı görmeleri sağlanmış olur. Fakat atropinli gözün sikloplejiye rağmen akomodasyon yaptığı görülmüştür. Bu nedenle ancak 0,2 ve üzerindeki görme düzeylerinde tedavi başarılı olabilmektedir. Hastada belli bir düzelme sağlandıktan sonra intermitan tedavi başarılı olabilmektedir. Hastada belli bir düzelme sağlandıktan sonra intermitan uygulamaya geçilebilir, ya da fikse eden göz optik olarak bulandırılarak ambliyop göz görmeye zorlanır. Atropin ile penalizasyon, optik penalizasyon ile birlikte yapılabilir.

Cevap D (*Sanaç, Şaşılık ve Tedavisi, 2. baskı, 2001. s. 92-93*)

29. Tiroid oftalmopatiye aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Hastaların hepsi hipertiroididir

- b) Organa özgül otoimmün bir hastalıktır
 c) Ekzoftalmus ve göz hareketlerinde kısıtlılık vardır
 d) Alt rektus daha çok tutulur
 e) Kapak retraksiyonu vardır

AÇIKLAMA: Diğer adı Graves oftalmopati olan hastalıkta henüz tam açıklanmış olan patogeneziyle ödem, lenfositik infiltrasyon ve bunu takiben ekstraoküler kaslarda fibrozis ve yağ dejenerasyonu gelişir. Ekstraoküler kaslarda mukopolisakkarid birikir. Lezyonun ilerlemesiyle kollajen birikimi olur. Buna bağlı olarak çizgili kaslarda strangülasyon oluşmakta ve dejenerasyon görülmektedir. Ortaya çıkan bu patoloji ile adelelerdeki fibrozis ile hareket kısıtlılığı meydana gelir. Aynı zamanda, orbita içinde artan yumuşak doku hacmi de ekzoftalmus gelişmesine neden olur. Çift görme şikayeti olur. Kadınlarda daha sıktır. Üst kapak retraksiyonu olan hastalarda ayrıca kapaklar globu takip edemezler buna "lid lag" denilir. Hastaların büyük çoğunluğu ötiroiddir, çok az kısmında da hipotiroidi görülür.

Cevap A (*Sanaç, Şaşılık ve Tedavisi, 2. baskı, 2001 s. 163-165*)

30.Kornea ön distrofisi olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Reis-Bücklers
 b) Mesmann
 c) Cogan mikrokistik
 d) Makular
 e) Schnyder

AÇIKLAMA: Reis-Bückler distrofisi otozomal dominanttır. Tekrarlayıcı kornea erozyonları olur. Çocuklukta başlar, ilerleyicidir. Yüzeysel ince, yuvarlak ve poligonal opasitelerdir. Santralde daha kesiftir. Lamellar veya penetran keratoplasti gerekebilir. **Meesman**, otozomal dominanttır, nadirdir. İlk dekatta başlar, irritasyon ve hafif görme semptomları olur. Santralde ince epitel kistleridir. Tedavi gerektirmez. **Cogan mikrokistikleri:** harita gibi, mikrokistikler şeklinde, parmak izi ve benekler şeklindedir. Ne familyal ne de progresiftir. Bu dört tip tek tek veya birlikte olabilir. Tekrarlayıcı kornea erozyonları olabilir. Makular distrofi stroma distrofisidir. Metabolizmada doğumsal hatalardan dolayı değişen derecelerde keratan sülfat yapımında azalmayla karakterizedir. Otozomal resesiftir, ikinci dekatta başlar, ağrısız görme kaybı olur. Tekrarlayıcı erozyonlar yoktur. Penetran keratoplasti gerekir. **Schnyder distrofisi** otozomal dominant olup, ikinci dekatta başlayan ön distrofidir. Görmeyi bozan subepitelyal kristalin opasiteler meydana gelir. Bunlara Ekzimer lazer keratektomi yapılabilir.

Cevap D (*Kanski, Clinical Ophthalmology, a Systematic Approach, 1999. s: 138-133*)

31.Topikal kullanılan kortikosteroidlerin yan etkilerinden hangisi yanlıştır?

- a) Çeşitli enfeksiyonların aktivasyonları
 b) Glokom
 c) Kistoid makula ödemi
 d) Katarakt
 e) Midriyazis ve ptozis

AÇIKLAMA: Topikal steroidler, herpes simpleks enfeksiyonunun aktive ederek kornea perforasyonu yapabilir. Mantar enfeksiyonuna karşı oküler duyarlılık artar. Kültür (+) olan fungal keratit olgularında topikal steroid kullanımı predispozan faktörler arasındadır. Bakteriyel enfeksiyonların prognozunda da olumsuz gelişmelere neden olur. Saprofit bakterilerin patojen olmalarına yol açar. Tüberküloz üveitinde de sadece steroid tedavisi sakıncalıdır. Spesifik tedaviyle kombine edilmelidir. Topikal steroidler göz içi basıncını artırır. Glokom gelişimi reseptör düzeyinde olup, reseptörlerin dağılımı bireysel farklılıklar gösterir. İlaç bırakılınca basınç düşer. Katarakt gelişimi: kullanım süresi ve kullanılan doz ile orantılıdır.

Midriyazis ve ptozis; topikal steroid kullanımı sırasında dilatatör adele tonusunun artması sonucu pupilla bir milimetre kadar dilate olabilir. Ptozis ortaya çıkabilir. İkisi de ilaç bırakılınca düzelir.

Cevap C (*Oto, Topikal Kortikosteroidler: Oftalmik İlaçlar Göz Hastalıkları Tanı ve Tedavisinde Kullanım İçinde. 2003, s: 150-151*)

32.Konjenital katarakt nedenleri arasında intrauterin enfeksiyonlardan aşağıdakilerden hangisi en fazla etkilidir?

- a) Rubella
 b) Kabakulak
 c) Hepatit
 d) Toksoplazmozis
 e) Herpes simpleks

AÇIKLAMA: Gebeliğin ilk üç ayında anneden alınan sistemik hastalıklarla ilişkili konjenital katarakt, en fazla rubella enfeksiyonu ile görülmektedir. Bu virüslerin henüz koruyucu lens kapsülünün gelişmediği gebeliğin ilk beşinci ila sekizinci haftasında lens dokusuna girmesiyle kesifleşme başlar. **En sık katarakt nedeni olan rubella virüsü** doğumdan sonra üç yaşına kadar lens içinde kalır.

Cevap A (*Sezen, Göz Hastalıkları El Kitabı-Atlas, 2001, s. 185; Kanski, Clinical Ophthalmology, a Systematic Approach, 1999. s: 176*)