

# Türkiye Klinikleri

## MEDİTEST Dergisi

### TÜRKİYE KLİNİKLERİ MEDİTEST DERGİSİ

#### Hekimler Birliği Vakfı Adına Sahibi

Prof.Dr.Hikmet AKGÜL

(Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Onkoloji BD Başkanı)

#### Türkiye Klinikleri Tıp Dergileri

##### Editörler Kurulu

Prof.Dr.Adnan GÜVENER (Başkan)

Prof.Dr.Hakkı AKALIN, Prof.Dr.Hikmet AKGÜL,

Prof.Dr.Tansu ARASIL, Prof.Dr.Leyla ATMACA,

Prof.Dr.F. Işık BÖKESÖY, Prof.Dr.Selçuk BÖLÜKBAŞI,

Prof.Dr.Abdülkadir ÇEVİK, Prof.Dr.Ayşegül DEMİRHAN ERDEMİR,

Prof.Dr.Semra V. DÜNDAR, Prof.Dr.Alaittin ELHAN,

Prof.Dr.Selim EREKUL, Prof.Dr.İ. Hakkı GÖKHUN,

Prof.Dr.Nimet Ünay GÜNDOĞAN, Prof.Dr.Haldun GÜNER,

Prof.Dr.Mehmet Ali GÜRER, Prof.Dr.Orhan GÜVEN,

Prof.Dr.Enver HASANOĞLU, Prof.Dr.A.Atilla HINCAL,

Prof.Dr.Erkan İBİŞ, Prof.Dr.Uğur KANDİLCİ,

Prof.Dr.Gülşay KINIKLI, Prof.Dr.Bahattin KORUCU,

Prof.Dr.Zeynep MISIRLIĞIL, Prof.Dr.Nermin MUTLUER,

Prof.Dr.İlker ÖKTEN, Prof.Dr.Ülken ÖRS,

Prof.Tbp.Tuğa.Yalçın ÖZKAPTAN, Prof.Tbp.Alb.Yücel PAK,

Prof.Dr.İrfan SABAH, Prof.Dr.Cankat TULUNAY,

Prof.Dr.Arslan TUNÇBİLEK, Prof.Dr.Ersöz TÜCCAR,

Prof.Dr.Nurten TÜRKÖZKAN, Prof.Dr.Filiz TÜZÜNER

(İsimler Alfabetik Sıralanmıştır.)

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

##### Genel Müdür

Dr.Mehmet AKGÜL

##### Genel Yayın Koordinatörü

Dr.Sinan KORUKLUOĞLU

##### Müessese Müdürü

Recep ÇELEN

##### Reklam Koordinatörü

Dr.Deniz AKAGÜNDÜZ

##### Reklam Koordinatör Asistanı

Nuray SOYDEMİR

##### Kitabevleri Koordinatörü

Dr.İbrahim ERSOY

##### Kongre Koordinatörü

Muharrem ÇAPACIOĞLU

##### Muhasebe

Murat ÇİFTER

##### Dizgi Operatörleri

Kader KAYABAŞ, Mehtap DAYI

##### Yazı Takip Sekreterliği

Gülbin ÖZTEKİN TÜRKMEN, Ayfer USTAOĞLU

##### Abone ve Halkla İlişkiler Sekreteri

Habibe ATAY

##### Özel Kalem

Sema BİLASA

##### Ankara Kitabevi

Kazım ERCAN, Hakkı KAHVECİ

\*Ortadoğu Reklam Tanıtım ve Yayıncılık A.Ş.  
Hekimler Birliği Vakfı Kuruluşudur.

#### Yönetim Merkezi: Talatpaşa Bulvarı No:102

06230 Hamamönü/ANKARA

Tel : (0312) 309 36 66 pbx.

Faks : (0312) 312 67 41

E-mail: t.klinik@superonline.com

#### Kitabevi: Tuna Cad. 11/10 Kızılay/ANKARA

Tel: (0312) 435 43 50

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

**Abone Ücretleri ve Koşulları:** Bir yıllık abone ücreti (2000 için) posta ücretleri ve KDV dahil:

**Şahıs** : 9.000.000 TL

**Kurum** : 18.000.000 TL

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

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

#### Reklam konusunda tüm görüşmeler;

Reklam Koordinatörü : Dr.Deniz Akagündüz

Tel : (0312) 309 36 66 pbx.

Faks: (0312) 312 67 41

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

ISSN: 1300-0276

Baskı: Türkiye Klinikleri, ANKARA

Türkiye Klinikleri  
**MEDİTEST Dergisi**

---

Cilt 9

Sayı 6

Temmuz-Ağustos 2000

---

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

## İÇİNDEKİLER

291

Genel Cerrahi

322

Kadın Hastalıkları ve Doğum

ISSN: 1300-0276

**C i l t : 9 • S a y ı : 6 • T e m m u z - A ğ u s t o s 2 0 0 0**

# Türkiye Klinikleri

## MEDİTEST Dergisi

### EDİTÖR

Prof.Dr.Hikmet AKGÜL (Ankara)

### YAYIN SEKRETERİ

Dr.İbrahim ERSOY (Ankara)

### SORU HAZIRLAMA KOMİSYON ÜYELERİ

Dr.Adnan ABACI (Erciyes)  
Yrd.Doç.Dr.Zehra ABDULKADİROĞLU (Selçuk)  
Prof.Dr.M.Alpaslan ACAR (Çukurova)  
Doç.Dr.Turan ACICAN (Ankara)  
Yrd.Doç.Dr.Mustafa Kemal ADALI (Trakya)  
Doç.Dr.Erdal AĞAR (Ondokuz Mayıs)  
Dr.Rengin AHISKALI (Marmara)  
Prof.Dr.Erol AKAN (Çukurova)  
Yrd.Doç.Dr.Ahmet AKAR (GATA)  
Doç.Dr.Eyüp S. AKARSU (Ankara)  
Prof.Dr.Çağatay AKÇALI (Çukurova)  
Doç.Dr.Fatih AKÇAY (Atatürk)  
Doç.Dr.Fehmi AKÇİÇEK (Ege)  
Uz.Dr.Sedat AKDENİZ (Dicle)  
Prof.Dr.Ahmet AKER (Cumhuriyet)  
Prof.Dr.Handan AKER (Cumhuriyet)  
Doç.Dr.Azem AKILLI (Ege)  
Prof.Dr.Mustafa AKIN (Ege)  
Prof.Dr.Asım AKİN (Ankara)  
Prof.Dr.Alpaslan AKMANDİL (İstanbul)  
Yrd.Doç.Dr.Hülya AKSOY (Atatürk)  
Yrd.Doç.Dr.Yılmaz AKSOY (Atatürk)  
Prof.Dr.T.Aslan AKSU (Akdeniz)  
Doç.Dr.Z.Aslı AKTAN (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.Şebnem AKTAN (Pamukkale)  
Doç.Dr.Davut AKTAŞ (İnönü)  
Prof.Dr.Serdar AKYAR (Ankara)  
Doç.Dr.Mahir AKYILDIZ (Ege)  
Prof.Dr.Cemalettin AKYÜREK (Selçuk)  
Doç.Dr.Bülent ALAĞÖL (Trakya)  
Yrd.Doç.Dr.Ayşin ALAĞÖL (Trakya)  
Yrd.Doç.Tbp.Kd.Bnb.Ali ALBAY (GATA)  
Doç.Dr.Behnan ALPER (Çukurova)  
Prof.Dr.Doğanay ALPER (Ankara)  
Doç.Dr.Sibel ALPER (Ege)  
Prof.Dr.Muhlise ALVUR (Ondokuz Mayıs)  
Prof.Dr.Özdem ANĞ (İstanbul)  
Yrd.Doç.Dr.Memnune ARANDAÇ (Cumhuriyet)  
Prof.Dr.Gülseren ARAS (Ankara)  
Prof.Dr.Ertekin ARASIL (Ankara)  
Doç.Dr.Serap ARBAK (Marmara)  
Yrd.Doç.Dr.İlknur ARI (Uludağ)  
Doç.Dr.Mustafa ARICA (Dicle)  
Yrd.Doç.Dr.Sema ARICI (Cumhuriyet)  
Doç.Tbp.Kd.Bnb.Fikret ARPACI (GATA)  
Prof.Dr.Nazım ARSLAN (GATA)  
Prof.Dr.Suat ARTVİNLİ (Akdeniz)  
Dr.Emin ASAN (Dicle)  
Doç.Dr.Diler ASLAN (Pamukkale)  
Yrd.Doç.Dr.Neslihan ASTAM (Atatürk)  
Doç.Dr.Meral AŞÇIOĞLU (Erciyes)  
Prof.Dr.Özcan AŞÇIOĞLU (Erciyes)  
Doç.Dr.Özcan ATAHAN (Pamukkale)  
Yrd.Doç.Dr.Çiğdem ATAİZİ ÇELİKEL (Marmara)

Uz.Dr.Sevda ATALAY (Osmangazi)  
Doç.Dr.Yıldız ATAMER (Dicle)  
Doç.Dr.Haluk ATAÖĞLU (Ankara)  
Doç.Dr.Ali AVANOĞLU (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.Semih AYAN (Cumhuriyet)  
Yrd.Doç.Dr.Zafer AYBEK (Pamukkale)  
Prof.Dr.Sevgen AYDAR (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.Nazan AYDIN (Atatürk)  
Prof.Dr.Belkis AYDINEL (Dicle)  
Prof.Dr.Olcay AYDINTUĞ (Ankara)  
Prof.Dr.İ.Hakkı AYHAN (Ankara)  
Doç.Dr.Sema AYTEKİN (Dicle)  
Doç.Dr.Mustafa AYYILDIZ (Ondokuz Mayıs)  
Prof.Dr.Funda BABACAN (Marmara)  
Prof.Dr.Mete BABACAN (Atatürk)  
Dr.Cenk BABAYİĞİT (Dicle)  
Doç.Dr.Sait BAĞCI (GATA)  
Yrd.Doç.Dr.Faruk BAĞIRICI (Ondokuz Mayıs)  
Doç.Dr.Meral BAKA (Ege)  
Prof.Dr.Ebubekir BAKAN (Atatürk)  
Doç.Dr.Mustafa Zahir BAKICI (Cumhuriyet)  
Doç.Dr.Sevtap BAKIR (Cumhuriyet)  
Prof.Dr.Zeki BAKIR (Atatürk)  
Doç.Dr.Çiğdem BAL (İstanbul)  
Prof.Dr.Erol BALIK (Ege)  
Dr.Abdülkerim Kasım BALTACI (Selçuk)  
Prof.Dr.Ramiz BANOĞLU (Atatürk)  
Doç.Dr.Nadir BARINDIK (GATA)  
Doç.Dz.Tbp.Kd.Bnb.A.Celal BAŞUSTAOĞLU (GATA)  
Prof.Dr.Salih BATTAL (GATA)  
Doç.Dr.Sevim BAVBEK (Ankara)  
Doç.Dr.Can BAYKAL (İstanbul)  
Prof.Dr.Tülin BAYKAL (Cumhuriyet)  
Prof.Dr.Mehmet BAYKARA (Akdeniz)  
Uzm.Tbp.Kd.Yzb.Orhan BAYLAN (GATA)  
Dr.Hasan BAYRAM (Dicle)  
Doç.Tbp.Kd.Bnb.Mehmet BAYSALLAR (GATA)  
Yrd.Doç.Dr.Cem Şeref BEDİZ (Selçuk)  
Prof.Dr.Yaşar BEDÜK (Ankara)  
Prof.Dr.Rahmiye BERKİTEN (İstanbul)  
Doç.Dr.Bülent BEŞİRBELLİOĞLU (GATA)  
Prof.Dr.Sait BİLGİÇ (Ondokuz Mayıs)  
Prof.Dr.Ayhan BİLİR (İstanbul)  
Prof.Dr.Banu Ç. BİLKAY (Ege)  
Prof.Dr.Önel BİLKAY (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.Ayşe BİNGÖL (Ankara)  
Yrd.Doç.Dr.Levent Sinan BİR (Pamukkale)  
Prof.Dr.T.Arda BÖKESÖY (Ankara)  
Doç.Dr.Adem BOYACI (Erciyes)  
Doç.Dr.Hacer BOZDEMİR (Çukurova)  
Doç.Dr.Nafiz BOZDEMİR (Çukurova)  
Doç.Dr.Gülhal BOZKIR (Çukurova)  
Yrd.Doç.Dr.Ekin BOZKURT (Adnan Menderes)  
Prof.Dr.Yusuf BUDAK (Dicle)

Yrd.Doç.Dr.Nail BULAKBAŞI (GATA)  
Yrd.Doç.Dr.H.Eray BULUT (Cumhuriyet)  
Doç.Dr.Zeynep BURAK (Ege)  
Prof.Dr.Münir BÜKE (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.A.Çağrı BÜKE (Ege)  
Dr.Canan BÜTÜNER (Cumhuriyet)  
L. CAN (Ege)  
Doç.Dr.Ercan CANBAY (Cumhuriyet)  
Prof.Dr.Yurdagül CANBERK (İstanbul)  
Doç.Dr.Naime CAN ORUÇ (Dicle)  
Prof.Dr.Sema CANTEZ (İstanbul)  
Doç.Tbp.Yb.Bülent CELASUN (GATA)  
Prof.Dr.M.İpek CİNGİ (Osmangazi)  
Yrd.Doç.Dr.Okan COŞAR (GATA)  
Prof.Dr.Hasan CÜCE (Selçuk)  
Prof.Dr.Güven ÇAĞATAY (Ege)  
Prof.Dr.Nail ÇAĞLAR (Ankara)  
Yrd.Doç.Tbp.Bnb.Kayser ÇAĞLAR (GATA)  
Doç.Dr.Erol ÇAKIR (Trakya)  
Prof.Dr.Mehmet ÇAKMAK (İstanbul)  
Yrd.Doç.Dr.Okan ÇALİYURT (Trakya)  
Doç.Dr.Metin ÇAPAR (Selçuk)  
Doç.Dr.Filiz ÇAY ŞENLER (Ankara)  
Yrd.Doç.Dr.Fatma ÇELİK (Dicle)  
Prof.Dr.Fahrettin ÇELİK (Ondokuz Mayıs)  
Yrd.Doç.Dr.Çetin ÇELİK (Selçuk)  
Yrd.Doç.Dr.Nilgün ÇERİKCİOĞLU (Marmara)  
Prof.Dr.Ağah ÇERTUĞ (Ege)  
Prof.Dr.M.Turan ÇETİN (Çukurova)  
Yrd.Doç.Dr.Celalettin ÇETİN (GATA)  
Prof.Dr.Öge ÇETİNKAYA (Cumhuriyet)  
Yrd.Doç.Tbp.Yzb.Süleyman CEYLAN (GATA)  
Prof.Dr.Nusret ÇİFTÇİ (Ondokuz Mayıs)  
Uzm.Dr.Aykut ÇİLLİ (Akdeniz)  
Doç.Dr.Mehmet ÇİMEN (Cumhuriyet)  
Doç.Dr.Mahmut ÇOKER (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.Yaşar ÇOKESER (İnönü)  
Doç.Dr.Bekir ÇOKSEVİM (Erciyes)  
Doç.Dr.Mehmet ÇOLAKOĞLU (Selçuk)  
Prof.Dr.Tolga E. DAĞLI (Marmara)  
Yrd.Doç.Dr.Hülya DALGİÇ (Selçuk)  
Prof.Dr.Şenol DANE (Atatürk)  
Doç.Dr.Şükran DARCAN (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.Dursun DEDE (Atatürk)  
Doç.Dr.Esen DEMİR (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.Hüseyin DEMİR (Erciyes)  
Doç.Dr.Orhan DEMİR (Selçuk)  
Prof.Dr.Ergün DEMİRALP (GATA)  
Yrd.Doç.Dr.Sema DEMİRÇİN-KARAGÖZ (Akdeniz)  
Doç.Dr.Azam DEMİREL (Atatürk)  
Doç.Dr.Emine DEMİREL YILMAZ (Ankara)  
Prof.Dr.Orhan DEMİRELİ (Selçuk)  
Doç.Dr.Serdar DEMİRGÖREN (Ege)  
Doç.Dr.Ahmet DEMİRKAZIK (Ankara)

Yrd.Doç.Dr.Meltem DEMİRKIRAN (Çukurova)  
Prof.Tbp.Tuğra.Ertan DEMİRTAŞ (GATA)  
Prof.Dr.Şengül DERBENTLİ (İstanbul)  
Prof.Dr.Fahri DERE (Çukurova)  
Yrd.Doç.Dr.Ayşe DİCLE TURHANOĞLU (Dicle)  
Uzm.Tbp.Tgm.Hasan DİN (GATA)  
Prof.Dr.Dilek DİNÇOL (Ankara)  
Prof.Dr.Günçay DİNÇOL (İstanbul)  
Prof.Dr.Fuat DİNİZ (İstanbul)  
Prof.Dr.Fethi DOĞAN (Ege)  
Prof.Dr.Necdet DOĞAN (Selçuk)  
Doç.Dz.Tbp.Yb.L. DOĞANCI (GATA)  
Prof.Dr.İsmet DÖKMECİ (Trakya)  
Dr.Nuri DÖNMEZEL (Osmangazi)  
Prof.Dr.Yusuf DUMAN (Ege)  
Prof.Dr.Selçuk DUMAN (Selçuk)  
Doç.Dr.Behice DURGUN YÜCEL (Çukurova)  
Doç.Dr.Reyhan EĞİLMEZ (Cumhuriyet)  
Yrd.Doç.Dr.Şahane ELAĞÖZ (Cumhuriyet)  
Dr.Mehmet EMİRZEOĞLU (Ondokuz Mayıs)  
Prof.Dr.Güner ERBAY (Ankara)  
Prof.Dr.Sezer ERBOZ (Ege)  
Prof.Dr.Birsel ERDEM (Ankara)  
Prof.Dr.Ergün ERDEM (Pamukkale)  
Doç.Dr.Serdar ERDEM (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.Teoman ERDEM (Atatürk)  
Prof.Dr.İrfan ERDEMLİ (Atatürk)  
Prof.Dr.Ata ERDENER (Ege)  
Prof.Dr.Fatma ERDİNÇ (İstanbul)  
Yrd.Doç.Dr.Levent ERDİNÇ (Dicle)  
Prof.Tbp.Kd.Alb.D. ERDURAN (GATA)  
Yrd.Doç.Dr.Suat EREN (Atatürk)  
Doç.Dr.Aydın ERENMEMİŞOĞLU (Erciyes)  
Prof.Dr.Neyhan ERGENE (Selçuk)  
Yrd.Doç.Dr.Gürkan ERKULA (Pamukkale)  
Doç.Dr.M.Özcan ERSOY (İnönü)  
Doç.Dr.Ekin ERTEM (Ege)  
Prof.Dr.Mine ERTEM YURTSEVEN (Ege)  
Prof.Dr.Ümit ERTÜRK (Ege)  
Dr.Namık Kemal ERYOL (Erciyes)  
Prof.Dr.Akgün EVİNÇ (Ege)  
Doç.Dr.Can Polat EYİĞÜN (GATA)  
Prof.Dr.Celal GENÇ (GATA)  
Yrd.Doç.Dr.Osman GENÇ (Pamukkale)  
Yrd.Doç.Dr.Bülent O. GENÇ (Selçuk)  
Dr.Devran GERÇEKER (Ankara)  
Doç.Dr.Hakkı GÖKBEL (Selçuk)  
Yrd.Doç.Dr.Gökhan GÖKÇE (Cumhuriyet)  
Doç.Dr.Erdem GÖKER (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.H.Murat GÖKSEL (Cumhuriyet)  
Yrd.Doç.Dr.Uğur GÖNLÜGÜR (Cumhuriyet)  
Doç.Dr.Levent GÖRENEK (GATA)  
Prof.Dr.Adnan GÖRGÜLÜ (Trakya)  
Doç.Dr.Ali Metin GÖRGÜNER (Atatürk)  
Yrd.Doç.Dr.Hüseyin GÖRKEMLİ (Selçuk)  
Doç.Dr.Şefik GÖRKEY (Marmara)  
Prof.Dr.Fahrettin GÖZE (Cumhuriyet)  
Yrd.Doç.Dr.Fatih GÜÇER (Trakya)  
Prof.Dr.Şendoğan GÜLEN (Trakya)  
Prof.Dr.Adem GÜLER (Ege)  
Prof.Dr.Gülşen GÜLLÜLÜ (Atatürk)  
Doç.Dr.Mustafa GÜLŞEN (GATA)  
Prof.Dr.E. Yener GÜLTEKİN (Cumhuriyet)  
Prof.Dr.Gürbüz GÜMÜŞDİŞ (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.İ.Gürsel GÜNAYDIN (Selçuk)  
Prof.Dr.İşıl GÜNDAY (Trakya)  
Prof.Dr.Kemal GÜNDÜZ (Selçuk)  
Uzm.Dr.Ethem GÜNEREN (Ondokuz Mayıs)  
Yrd.Doç.Vet.Hek.Yb.Çakır GÜNEY (GATA)  
Doç.Dr.Çiğdem GÜNGÖR (Ankara)  
Prof.Dr.Salim GÜNGÖR (Selçuk)  
Prof.Dr.Cahit GÜNHAN (Ege)

Yrd.Doç.Dr.Filiz GÜNSEREN (Akdeniz)  
Prof.Dr.Ali Rıza GÜR (GATA)  
Doç.Dr.Asuman GÜRAKSIN (Atatürk)  
Doç.Dr.Oya GÜRBÜZ (Marmara)  
Doç.Dr.Hakan GÜRDAL (Ankara)  
Yrd.Doç.Dr.Fuat GÜRKAN (Dicle)  
Prof.Dr.Bülent GÜRLER (İstanbul)  
Prof.Dr.Nezahat GÜRLER (İstanbul)  
Prof.Dr.Erdoğan GÜRSOY (Cumhuriyet)  
Doç.Dr.Sara HABİF (Ege)  
Prof.Dr.Sebahattin HACIYAKUPOĞLU (Çukurova)  
Prof.Dr.Yahya HAKGÜDENER (Cumhuriyet)  
Prof.Dr.Nuran İ. HARİRİ (Ege)  
Prof.Dr.Kenan HAŞPOLAT (Dicle)  
Prof.Dr.Ersoy İŞİK (GATA)  
Doç.Dr.Recep İŞİK (Dicle)  
Doç.Dr.Nihal İÇTEN (Ondokuz Mayıs)  
Prof.Dr.Nurhan İLHAN (Selçuk)  
Prof.Dr.Candan JOHANSSON (Marmara)  
Doç.Dr.Yasemin KABASAKAL (Ege)  
Prof.Dr.Oktay KADAYIFÇI (Çukurova)  
Doç.Dr.Hakan Hadi KADIOĞLU (Atatürk)  
Prof.Dr.Serpil KALKAN (Selçuk)  
Prof.Dr.Beki KAN (Marmara)  
Yrd.Doç.Dr.Lütfiye KANIT (Ege)  
Doç.Dr.Murat KAPKAÇ (Ege)  
Doç.Dr.Abdurrahman KAPLAN (Dicle)  
Prof.Dr.Hasan KAPLAN (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.C.Sinan KARA (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.Aydın KARAARSLAN (Ankara)  
Prof.Dr.Necmettin KARAEREN (GATA)  
Doç.Dr.Hayrettin KARAEREN (GATA)  
Doç.Dr.Güngör KARAGÜZEL (Akdeniz)  
Prof.Dr.Güney KARAKARTAL (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.Deniz KARAKAYA (Ondokuz Mayıs)  
Doç.Dr.Serdar KARAKÖSE (Selçuk)  
Yrd.Doç.Dr.Ali KARAKUZU (Atatürk)  
Yrd.Doç.Dr.Göksun KARAMAN (Adnan Menderes)  
Doç.Dr.Yahya KARAMAN (Erciyes)  
Doç.Dr.Beyhan KARAMANLIOĞLU (Trakya)  
Prof.Dr.Onur KARAN (Ankara)  
Yrd.Doç.Dr.Nurettin KARAOĞLAN (Atatürk)  
Doç.Dr.Melda KARAVUŞ (Marmara)  
Doç.Dr.Kaan KAVAKLI (Ege)  
Prof.Dr.Mehmet KAYA (Çukurova)  
Uz.Dr.Handan KAYA (Marmara)  
Yrd.Doç.Dr.Tijen KAYA TEMİZ (Cumhuriyet)  
Yrd.Doç.Dr.Hasan KAYNAR (Atatürk)  
Prof.Dr.Sabri KEMAHİ (Ankara)  
Doç.Dr.Mustafa KENDİRÇİ (Erciyes)  
Prof.Dr.Rıza KESER (Ankara)  
Doç.Dr.Ayşeğül KETENCİ (İstanbul)  
Doç.Dr.B.Alper KILIÇ (Pamukkale)  
Yrd.Doç.Dr.Cumhur KILINÇER (Trakya)  
Prof.Dr.Gülşen KINIKLI (Ankara)  
Doç.Dr.Mehmet KIRNAP (Erciyes)  
Doç.Dr.Mehmet KIYAN (Ankara)  
Prof.Dr.Kenan KOCABAY (Abant İzzet Baysal)  
Prof.Dr.Hikmet KOÇAK (Atatürk)  
Doç.Dr.Ayşeğül KOÇBEKER (Selçuk)  
Prof.Dr.Emel KOPTAGEL (Cumhuriyet)  
Doç.Dr.Cem KOPUZ (Ondokuz Mayıs)  
Doç.Dr.Adnan KORKMAZ (Ondokuz Mayıs)  
Doç.Dr.Mustafa KORKUT (Ege)  
Prof.Dr.Sezen KOŞAY (Ege)  
Prof.Dr.Sabahat KOT (Atatürk)  
Doç.Dr.Esin KOTILOĞLU (Marmara)  
Prof.Dr.Ali KOYUNCU (Ege)  
Yrd.Doç.Tbp.Bnb.Şeref KÖMÜRCÜ (GATA)  
Doç.Dr.Kamil KUMANLIOĞLU (Ege)  
Doç.Dr.Zafer KURUGÖL (Ege)

Doç.Dz.Tbp.Yb.Zafer KURUMLU (GATA)  
Prof.Dr.Fatma KUTAY (Ege)  
Prof.Dr.Mustafa KÜÇÜKAYDIN (Erciyes)  
Prof.Dr.Selçuk KÜÇÜKOĞLU (Uludağ)  
Prof.Dr.Hakan KÜLTÜRSAY (Ege)  
Prof.Dr.Nilgün KÜLTÜRSAY (Ege)  
Doç.Dr.Akın LEVENT (Atatürk)  
Prof.Dr.Bekir Aydın LEVENT (Çukurova)  
Prof.Dr.Latife MAMIKOĞLU (Akdeniz)  
Doç.Dr.Aliye MANDIRACIOĞLU (Ege)  
Prof.Dr.Cafer MARANGOZ (Ondokuz Mayıs)  
Dr.Abdullah MARANGOZ (Ondokuz Mayıs)  
Prof.Dr.Mustafa MELİKOĞLU (Akdeniz)  
Prof.Dr.Mehmet MELLİ (Ankara)  
Yrd.Doç.Dr.Dilek MEMİŞ (Trakya)  
Prof.Dr.Hamdi R. MEMİŞOĞLU (Çukurova)  
Prof.Dr.Gülriş MENTEŞ (Ege)  
Doç.Dr.Ufuk Ö. METE (Çukurova)  
Prof.Dr.Nuriye METE (Dicle)  
Doç.Dr.N. Arzu MİRİCİ (Atatürk)  
Doç.Hv.Tbp.Kd.Bnb.Haydar MÖHÜR (GATA)  
Dr.Dilşad MUNGAN (Ankara)  
Doç.Dr.M.İşıl MUTAF (Ege)  
Doç.Dr.M.Hamdi MUZ (Fırat)  
Prof.Dr.İstemi NALBANTGİL (Ege)  
Doç.Dr.Meliha NALÇACI (İstanbul)  
Yrd.Doç.Dr.Kemal NAS (Dicle)  
Prof.Dr.Yusuf NERGİZ (Dicle)  
Prof.Dr.Mehmet Uğur NEŞŞAR (Pamukkale)  
Prof.Dr.Necla NİŞLİ (Ege)  
Prof.Dr.Numan NUMANOĞLU (Ankara)  
Doç.Dr.Nurettin OĞUZ (Akdeniz)  
Doç.Dr.Özkan OĞUZ (Çukurova)  
Yrd.Doç.Dr.Fahrettin OKSEL (Ege)  
Prof.Dr.Nezih OKTAR (Ege)  
Prof.Dr.Ahmet OKTAY (Marmara)  
Doç.Dr.Adnan OKUR (Atatürk)  
Prof.Dr.Güray OKYAR (Atatürk)  
Prof.Dr.İşık OLCAY (Çukurova)  
Doç.Dr.Ongun ONARAN (Ankara)  
Doç.Dr.Bilge ONARLIOĞLU (Cumhuriyet)  
Prof.Dr.Ergün ONUR (Ankara Menderes)  
Doç.Dr.Handan ONUR (Ankara)  
Prof.Dr.Ertan ONURSAL (İstanbul)  
Prof.Dr.Halit OSMANOĞLU (Ege)  
Prof.Dr.Ali OTLU (İnönü)  
Doç.Dr.Hasan OZAN (GATA)  
Prof.Dr.İhsan ÖGE (Ondokuz Mayıs)  
Yrd.Doç.Dr.Candan ÖĞÜŞ (Akdeniz)  
Prof.Dr.Atilla ÖKTEK (İstanbul)  
Prof.Dr.Ümit ÖLMEZ (Ankara)  
Prof.Dr.Kenan ÖMÜRLÜ (Ankara)  
Prof.Dr.Semih ÖNCEL (İnönü)  
Prof.Dr.M.Remzi ÖNDER (Ege)  
Doç.Dr.Arif ÖNDER (Ondokuz Mayıs)  
Doç.Dr.Betigül ÖNGEN (İstanbul)  
Yrd.Doç.Dr.Ufuk ÖVER (Marmara)  
Prof.Dr.İzzet ÖVÜL (Ege)  
Prof.Dr.Güzin ÖZARMAĞAN (İstanbul)  
Prof.Dr.Orhan ÖZBAL (Ege)  
Prof.Dr.Mustafa Rıza ÖZBEK (Ankara)  
P.Kur.Alb.Sirri ÖZBEK (GATA)  
Yrd.Doç.Dr.İsa ÖZBEY (Atatürk)  
Doç.Dr.Cemal ÖZCAN (İnönü)  
Prof.Dr.Kadri ÖZCAN (Çukurova)  
Doç.Dr.Zehra ÖZCAN (Ege)  
Prof.Dr.Emin ÖZDEDELİ (Ege)  
Doç.Dr.Fezal ÖZDEMİR (Ege)  
Doç.Dr.Özlem ÖZDEMİR (Ankara)  
Prof.Dr.Şevki ÖZDEMİR (Atatürk)  
Doç.Dr.Tülay ÖZDEMİR (Akdeniz)  
Doç.Tbp.Yb.Ahmet ÖZET (GATA)

Doç.Tbp.Yb.İ.Y. ÖZGÖK (GATA)  
Yrd.Doç.Dr.Hülya ÖZGÜR (Çukurova)  
Prof.Dr.Olcay ÖZKAN (Akdeniz)  
Doç.Dr.Mustafa ÖZKAN (GATA)  
Doç.Dr.Esen ÖZKAYA BAYAZIT (İstanbul)  
Prof.Dr.Hayal ÖZKILIÇ (Ege)  
Prof.Dr.Ferda ÖZKINAY (Ege)  
Prof.Dr.Cihangir ÖZKINAY (Ege)  
Doç.Dr.Dilek ÖZMEN (Ege)  
Doç.Dr.Geylani ÖZOK (Ege)  
Doç.Dr.Murat ÖZSAN (Ankara)  
Doç.Dr.Sıtkı ÖZTAŞ (Atatürk)  
Yrd.Doç.Dr.Cemile ÖZTİN ÖĞÜN (Selçuk)  
Dr.A. Yasemin ÖZTOP (Cumhuriyet)  
Doç.Dr.Orhan ÖZTURAN (İnönü)  
Prof.Dr.Günseli ÖZTÜRK (Ege)  
Uzm.Dr.Hatice ÖZYILDIZ GÜZ (Ondokuz Mayıs)  
Prof.Dr.Özden PALAOĞLU (Ankara)  
Doç.Dr.Ali PAMİR (Ankara)  
Doç.Dr.Gülğün PAMİR (Ankara)  
Prof.Dr.İsmet PAMİR (Atatürk)  
Prof.Dr.Zafer PALAOĞLU (Trakya)  
Prof.Dr.Aytül PARLAR (Ege)  
Doç.Dr.Sıtkı PERÇİN (Cumhuriyet)  
Doç.Dr.Efşin PINAR (Ankara)  
Prof.Dr.Şakire PÖĞÜN (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.Özkan POLAT (Atatürk)  
Doç.Dr.Sait POLAT (Çukurova)  
Doç.Dr.Ömer POYRAZ (Cumhuriyet)  
Doç.Dr.Aziz POLAT (Pamukkale)  
Prof.Dr.Mehmet PUL (Trakya)  
Prof.Dr.Cemil RAKUNT (Ondokuz Mayıs)  
Prof.Dr.Fatih REEL (Çukurova)  
Doç.Dr.Mustafa R. SAATÇI (Ankara)  
Doç.Dr.Cemal SAG (GATA)  
Yrd.Doç.Dr.Leyla SAĞLAM (Atatürk)  
Prof.Dr.Selahattin SANAL (Ege)  
Doç.Dr.Ahmet SANIÇ (Ondokuz Mayıs)  
Prof.Dr.Ayşegül Jale SARAÇ (Dicle)  
Uzm.Tbp.Kd.Yzb.M.Ali SARAÇLI (GATA)  
Doç.Dr.Rıfkiye SARICA (İstanbul)  
Doç.Dr.Binnur SARIHAN (Ondokuz Mayıs)  
Yrd.Doç.Dr.Ali SARIKAYA (Trakya)  
Prof.Dr.Yusuf SARIOĞLU (Cumhuriyet)  
Prof.Dr.Sevgi SARYAL (Ankara)  
Doç.Dr.İsmail SAVAŞ (Ankara)  
Hv.Yer.Kd.Alb.Metin SAVAŞÇI (GATA)  
Doç.Dr.Levent SAYDAM (İnönü)  
Prof.Dr.Dilek SELÇUKİ (İstanbul)  
Prof.Dr.Ergin SENCER (İstanbul)

Prof.Dr.Demir SERTER (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.Levent SEVİNÇOK (Adnan Menderes)  
Doç.Dr.Zehra SEYFİKLİ (Cumhuriyet)  
Dr.CebraİL SINIR (Dicle)  
Doç.Dr.Betül Ayşe SİN (Ankara)  
Doç.Dr.Muzaffer SİNDEL (Akdeniz)  
Prof.Dr.Suna SOLMAZ (Çukurova)  
Yrd.Doç.Dr.A.Serdar SOYKAN (Cumhuriyet)  
Doç.Dr.Necdet SOYKAN (Ege)  
Prof.Dr.Refik SOYLU (Selçuk)  
Prof.Dr.Ayla SÖNMEZDAĞ (Ege)  
Prof.Dr.Güner SÖYLETİR (Marmara)  
Doç.Dr.Eser Y. SÖZMEN (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.Hasan SUNAR (Trakya)  
Yrd.Doç.Dr.Selma SÜER GÖKMEN (Trakya)  
Yrd.Doç.Dr.Ayşe Saide ŞAHİN (Selçuk)  
Yrd.Doç.Dr.Bünyamin ŞAHİN (Ondokuz Mayıs)  
Yrd.Doç.Dr.Murathan ŞAHİN (Ondokuz Mayıs)  
Prof.Dr.A.Haydar ŞAHİNOĞLU (Ondokuz Mayıs)  
Doç.Dr.Neslihan ŞENDÜR (Adnan Menderes)  
Doç.Dr.Kazım ŞENEL (Atatürk)  
Yrd.Doç.Dr.Özden ŞENER (Ankara)  
Yrd.Doç.Dr.Abdurrahman ŞENYİĞİT (Dicle)  
Prof.Dr.Kurtuluş ŞUTMAN (GATA)  
Prof.Dr.Üner TAN (Atatürk)  
Prof.Dr.Remziye TANAÇ (Ege)  
Doç.Dr.Tijen TANYALÇIN (Ege)  
Doç.Tbp.Bnb.Mehmet TANYÜKSEL (GATA)  
Doç.Dr.Özgül TAP (Çukurova)  
Doç.Dr.Niyazi TAŞÇI (Ondokuz Mayıs)  
Doç.Tbp.Kd.Bnb.H.Bülent TAŞTAN (GATA)  
Dr.Alper TEKELİ (Ankara)  
Prof.Dr.Sedat TELLALOĞLU (İstanbul)  
Yrd.Doç.Dr.Mustafa TERCAN (İnönü)  
Prof.Dr.Ahmet TEREK (Ege)  
Doç.Dr.Süleyman TETİK (Ondokuz Mayıs)  
Doç.Dr.Yaman TOKAT (Ege)  
Prof.Dr.Nizamettin TOPRAK (Dicle)  
Prof.Dr.Hasan Fehmi TÖRE (GATA)  
Prof.Dr.Nurdan TÖZÜN (Marmara)  
Doç.Dr.Bilal TRAK (Akdeniz)  
Yrd.Doç.Dr.Tuncer TUĞ (Fırat)  
Prof.Dr.İşık TUĞLULAR (Ege)  
Prof.Dr.Emel TÜMBAY (Ege)  
Doç.Dr.Levent TUNCAY (Pamukkale)  
Yrd.Doç.Dr.Tahir TURAN (Pamukkale)  
Doç.Dr.Nevbahar TURGAN (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.Günfer TURGUT (Pamukkale)  
Prof.Dr.Aylâ TÜR (Ondokuz Mayıs)

Prof.Dr.Cüneyt TÜRKÖĞLU (Ege)  
Prof.Dr.Sarenur TÜTÜNCÜOĞLU (Ege)  
Doç.Dr.İbrahim ULMAN (Ege)  
Doç.Dr.Ali Uğur URAL (GATA)  
Prof.Dr.Sebahattin USLU (Atatürk)  
Prof.Dr.Ufuk UTKU (Trakya)  
Yrd.Doç.Dr.Ahmet UYGUN (GATA)  
Yrd.Doç.Dr.H.Can UYGURER (GATA)  
Doç.Dr.Ayşegül UYSAL (Ege)  
Doç.Dr.Hüseyin UYSAL (Selçuk)  
Doç.Dr.Sibel ÜLKER (Ege)  
Doç.Dr.İdil ÜNAL (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.Yahya ÜNLÜ (Atatürk)  
Yrd.Doç.Dr.Mehmet ÜNLÜ (Cumhuriyet)  
Yrd.Doç.Dr.Gülhan ÜNLÜ (Cumhuriyet)  
Prof.Dr.F.Emre ÜSTÜN (Ondokuz Mayıs)  
Doç.Dr.Yılmaz ÜTKÜR (Dicle)  
Doç.Dr.Erkan VARDARELİ (Osmangazi)  
Doç.Dr.Füsün G. VAROL (Trakya)  
Doç.Dz.Tbp.Alb.Abdülgaffar VURAL (GATA)  
Yrd.Doç.Dr.Ayşegül YAĞCI (Marmara)  
Doç.Dr.Birkan YAKAN (Erciyes)  
Prof.Dr.Şinasi YALÇIN (Fırat)  
Prof.Dr.Rıfat YALIN (Marmara)  
Prof.Dr.Özdemir YARARBAŞ (Ege)  
Prof.Dr.Turgut YARDIM (Trakya)  
Prof.Dr.Yıldız YEĞENOĞLU (İstanbul)  
Prof.Dr.Enis YETKİN (Ege)  
Dr.Şahin YILDIRIM (Cumhuriyet)  
Dr.M.Kemal YILDIRIM (Cumhuriyet)  
Dr.Engin YILDIRIM (Osmangazi)  
Yrd.Doç.Dr.Esin YILDIZ (Cumhuriyet)  
Dr.Tekin YILDIZ (Dicle)  
Prof.Dr.Rasih YILMAZ (Ege)  
Prof.Dr.Mustafa YILMAZ (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.Yener YÖRÜK (Trakya)  
Doç.Dr.Ahmet H. YÜCEL (Çukurova)  
Yrd.Doç.Dr.Fatma YÜCEL (Cumhuriyet)  
Prof.Dr.Nezih YÜCEMEN (Ankara)  
Doç.Dr.Betigül YÜRÜTEN (Selçuk)  
Prof.Dr.Mehmet ZİLELİ (Ege)  
Doç.Dr.Orhan ZİYLEN (İstanbul)  
Doç.Dr.Gürkan ZORLU (Akdeniz)

- İsimler Soyadı sırasına göre alfabetik olarak sıralanmıştır.

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

# GENEL CERRAHİ

1. Adinamik ileus ile ilgili aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- Adinamik ileus gastrointestinal sistemde muskuler inhibisyon, spastisite veya vasküler oklüzyona bağlı olarak gelişir.
- Adinamik ileusta tedavi sonrası mide dışında tüm gastrointestinal traktus segmentleri aynı zamanda motilitelerini kazanırlar.
- Kolonun psödoobstrüksiyonu direk batın grafileri ile mekanik kolon tıkanıklığından kolayca ayırılabilir.
- Adinamik ileusta direk grafilerde sadece ince bağırsak düzeyinde ılımlı bir gaz distansiyonu vardır.
- Çoğu olguda adinamik ileusun tedavisi cerrahidir ve doğrudan nedene yöneliktir.

Cevap A (*Economou, Rush University Review of Surgery, 2.baskı, 1994, s.225*)

Adinamik ileus cerrahi kliniklerinde çok karşılaşılan bir hastalıktır. Ameliyat sırasında yapılan manüplasyonlar, lokalize inflamasyon veya enfeksiyona bağlı intestinal sistemde görülen nöromüsküler inhibisyon nedeniyle gelişir (nörojenik ileus da denir). Tedavi sonrası intestinal motilite değişik segmentlerde farklı zamanlarda geriye döner (ince bağırsaklar: 8 saat, mide: 48 saat, kolon: 3-5 gün). Spastisite bağırsaklarda kordine olmayan hiperaktivitenin karşılığı olup, toksik ve anormal metabolik durumlarda görülür. Vasküler oklüzyona bağlı iskemi musküler hareketlerin ortadan kalkmasına neden olur. Adinamik kolonik ileusta (Ogilvie sendromu) direk batın grafileri, sol kolonda gelişen mekanik tıkanıklığa çok benzer. Ayırıcı tanı için kolonoskopi veya kontrastlı incelemeler gereklidir. Elektrolit dengesizliği ve ilaç kullanımı da adinamik ileus nedenleri arasında akla gelmelidir. Adinamik ileusta direk radyogramlarda tüm ince bağırsak ve kolon segmentlerinde ılımlı bir gaz distansiyonu vardır. Tedavi genellikle tıbbidir. Nazogastrik dekompresyon, sıvı-elektrolit dengesizliğinin düzeltilmesi ve rektal dekompresyon gibi yöntemlerle iyi sonuç alınabilir.

2. Klostridyal miyonekrosis (gas gangren) için aşağıdakilerden yanlış olanı işaretleyiniz.

- En etkili tedavi erken ve yeterli cerrahi yöntemin uygulanmasıdır.
- Tedavide 24 saat gecikme ölümlerle sonuçlanabilir.
- Klostridyum septikum miyonekrozu malignite olasılığının göstergesi olabilir.
- Tedavide antitoksin kullanılması mortalite ve morbiditenin düşürülmesinde önemlidir.
- Klinik pratikte yaraların %4-40'ının klostridya ile bulaşmış olmasına karşı gas gangreni insidansı %2'nin altındadır.

Cevap D (*Infections, Principles of Surgery, 5.baskı, s.201*)

Gas gangrende profilaktik veya tedavi amacıyla anti-toksin kullanılmasının hiçbir değeri yoktur, kullanılmamalıdır.

3. Yara bakımı için aşağıdakilerden yanlış olanı seçiniz.

- Bulaşmış bir yara yetenekli bir cerrah tarafından temiz bir yaraya dönüştürülebilir.
- Temiz bir jilette sakal traşı olurken oluşan yanak kesisi 48 saat sonra dikilebilir.
- Doku örneğinin birimi başına düşen bakteri sayısı kantitatif olarak saptanması, yaranın sekonder dikilmesi kararında önemli bir ölçüdür.
- Yaralı adale dokusu öncelikle kanamayı durdurmak ve ölü boşluğu kapatmak için dikilir.
- Nonabsorbabl sütürlerin en önemli sakıncaları fazla doku reaksiyonu yaratmalarıdır.

Cevap E (*Infections, Principles of Surgery, 5.baskı, s.320*)

Nonabsorbabl suture materyalleri genellikle daha az doku reaksiyonu uyardıkları için tercih edilmektedirler.

4. Aşağıdakilerden hangisi tekrarlayan venöz tromboembolilerden sorumlu değildir?

- Antitrombin III yüksekliği
- Hemosistini
- Heparinle ilişkili trombositopeni
- Dissemine intravasküler koagülasyon
- Disfibrinojenemi

Cevap A (*Infections, Principles of Surgery, 5.baskı, 1989, s.1013*)

Tekrarlayan venöz tromboemboli nedenleri arasında Antitrombin III eksikliği bulunmaktadır.

5. Zollinger-Ellison sendromu için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Hastaların üçte birinde sulu diyare mevcuttur.
- Olguların %60 kadarında malignite mevcuttur.
- Olguların bir bölümünde MEN-II mevcuttur.
- Tedavide en seçkin yöntem cerrahidir.
- Günümüzde tıbbi ve cerrahi tedavi yöntemlerini kombine kullanarak total gastrektomi uygulamaları aza indirilmiştir.

## GENEL CERRAHİ

Cevap C (*Infections, Principles of Surgery, 5.baskı, s.1437*)

Olguların bir bölümünde MEN-I mevcuttur.

6. Atipik lokalizasyon (anterior orta, posterior orta hat dışı) gösteren perianal veya rektovaginal fistüllerde;
- Ülseratif kolitisi
  - Hydradenitis süpürativa'yı
  - Crohn hastalığını
  - Kloakojenik tümörleri
  - Epidermoid tümörleri düşünmek gerekir.

Cevap C (*Cohen, Stricker, Schoetz, et al, Rectovaginal Fistula in Crohn's Disease. Dis Colon Rectum, 32:825*)

St. Marks Hospital'de 22 hastada yapılan araştırmalardan (10 tanesi rektovaginal fistül olan) hastaların %10'unda granülomatöz bağırsak hastalığı olduğu ve hastalığın sık sık Linea Dentata'dan yaklaşık 2 cm proksimaldeki olayın proctitis, sepsis şeklinde olduğu açıklanmaktadır.

7. Akut pankreatitin komplikasyonlarından psödo-kistlerin kist adenokarsinomadan ayrılmasında;
- CEA
  - CEA-CA 15.3
  - CA 15.3
  - CA 19.9
  - CEA-CA 125 araştırılması tanıda oldukça kıymetli sonuç verir.

Cevap E (*Bradley, Fifteen Year Experience with Open Drainage for Infected Pancreatic Necrosis. Surg Gynecol Obstet 1993; 177:215*)

Akut pankreatitin seyri esnasından oluşan psödo-kistler klinik seyirle paralellik gösterirken, bazen geç dönem veya atipik oluşan veya yerleşim gösteren matür olmayan psödokist veya çok genç ve çok ileri yaşlarda klinik seyirle paralel gitmeyen psödokistlerde pankreasta kist adenokarsinoma düşünülerek tüm tanı araçlarının yanında pankreas kist ponksiyon sıvısında CEA-CA 125 düzeylerindeki yükselmeler de tamamlayıcı olarak tanıda önemle başvurulmalıdır.

8. Sister Mary-Joseph nodülü için hangisi yanlıştır?
- Peripankreatik bölgede yerleşen lenfatiklerdir.
  - Mide kanserlerinde umblikusta, sert, nodüler tutulumdur, inoperabilite kriteridir.
  - Sol inguinal bölgede lenfatik kümelenmedir.
  - Sol supraklavikuler lenf nodülünün diğer adıdır.
  - Peritrakeal lenf nodudur.

Cevap B (*Kaihara, et al, Significance of Mass Survey for Gastric Cancer from the Standpoint of Surgery. Am J Surg 1991, s.142-543*)

Kaihama ve arkadaşları gastrik karsinomalı olgularının %20-25'inin Japonya'da bu nodülle geldiklerini belirtirler.

9. Massif kan transfüzyonunun en önemli elektrolit bozuklukları;
- Febril reaksiyonlar
  - Hepatitler
  - Cl<sup>-</sup> düşmesi
  - K<sup>+</sup> artışı Ca<sup>++</sup> düşmesi
  - Na<sup>+</sup>-K<sup>+</sup> yükselmesidir.

Cevap D (*Virgilio, et al, Crystalloid v.s. Colloid Resuscitation: Is one better, Surgery, 85:129*)

En önemlisi transfüzyon reaksiyonu olarak hiperpotasemi kardiyak, yine hipokalsemi ise (%7 mg altına düşme) hayatın bitimi anlamını taşıdığından bu elektrolit değişiklikler yerine konmamakla irreversible sürece girilebilir.

- 10.70 kg'lık erişkin normal bir insanda hücre içi sıvı miktarı ne kadardır?

- 4 litre
- 6 litre
- 16 litre
- 28 litre
- 42 litre

Cevap D (*Current Surgical Diagnosis, 1988, s.128*)

Vücut ağırlığının %40'ını hücre içi (28L), %20'sini hücre dışı (14L) sıvı oluşturur.

- 11.Tedaviye refrakter şiddetli metabolik alkalozisin günümüzde intravenöz en iyi tedavisi hangisidir?

- Amonyum klorid
- Arginin hidroklorid
- Hidroklorik asid
- Hipertonik sodyum klorid
- Potasyum karbonat

Cevap C (*Fluid and Electrolytes, 1986, s.229*)

Hidroklorikasid refraktör metabolik asidozun tedavisinde günümüzde en iyi seçenektir.

- 12.Transplantasyonda doku reddinden aşağıdakilerden hangisi sorumludur?

- Eozinofil
- Lenfosit
- Nötrofil
- Plazma hücresi
- Bazofil

Cevap B (*Organ Transplantation and Replacement, s.37*)

Lenfosit immunolojik cevabın temel hücresidir.



13. Gastrointestinal sistem kanamaları için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- Özofagus varis kanamasında ilk tedavi cerrahidir.
- Mallory-Weiss sendromu en sık GİS kanama nedenidir.
- Duodenal ülser kanaması en sık ön duvarda olur.
- Tüm GİS kanamalarının en az %80'i medikal ve konservatif yöntemlerle durdurulabilir.
- Mide orjinli kanamaların en sık nedeni adenokarsinomlardır.

Cevap D (*Current Surgical Diagnosis and Treatment*, s.421)

Kanamaların günümüzde en az %80'i cerrahi dışı medikal olarak kontrol altına alınabilmektedir.

14. Aşağıdaki hastalıklardan hangisi renal transplantasyon uygulanacak alıcı için kesin kontrendikasyon oluşturmaz?

- HIV enfeksiyonu
- Kronik aktif hepatit
- Tedaviye refraktör uyuşturucu alışkanlığı
- Sickle cell anemi
- Son 6 ayda geçirilmiş kolon kanseri ameliyatı

Cevap D (*Organ Transplantation and Replacement*)

Sickle cell anemi relatif kontrendikasyon oluştururken, diğerleri renal transplantasyon için kesin kontrendikedir.

15. Kolorektal kanser nedeniyle küratif cerrahi uygulanan olgularla ilgili hangisi yanlıştır?

- Üçte ikisinde tümör rekürrensi olabilir.
- Tümör rekürrensini %85'i ilk 2.5 yılda oluşur.
- Rekürrensler lokal, regional ve uzak olabilir.
- Lokal rekürrens oranı ancak %5'dir.
- CEA postoperatif takipte çok önemli değildir, ancak postoperatif seviye normale düşmüş, sonra artış göstermiş ise rekürrens göstergesidir.

Cevap D (*Feig, Anderson Surgical Oncology Handbook*, 2.baskı, 1999, s.206)

Lokal rekürrens oranı %20-30'dur.

16. Primer hepato-sellüler karsinoma tanısı ile ilgili yanlış olanı işaretleyiniz.

- Serum alfa-feto-protein düzeyi olguların %50-90'ında artmıştır.
- Ultrasonografi 3 cm'den küçük lezyonların belirlenmesinde daha sensitif ve spesifiktir.
- Arteriyel portografi ile tomografi, konvansiyonel tomografiye oranla karaciğerdeki kitlelerin belirlenmesinde daha iyi bir yöntemdir.

d) Perkütan ince iğne aspirasyon biyopsi ile histolojik tanı elde edilebilir.

e) Assit ve bir dereceye kadar koagülopati olması ince iğne aspirasyon biyopsi tanısı için engel değildir.

Cevap E (*Feig, Anderson Surgical Oncology Handbook*, 2.baskı, 1999, s.226-227)

Assit ve koagülopati İİAB için hemoraji riski taşır.

17. Kolorektal poliplerin malignite potansiyeli ile ilgili olarak yanlış olanı işaretleyiniz.

- Histopatoloji, polip boyutu önemli faktörlerdir.
- Displazi derecesi anlamlı değildir.
- Çapı 2 cm'den büyük poliplerde malignite potansiyeli %46'dır.
- Genellikle rektumda lokalize villöz adenomatöz polipler %35-40 maligndir.
- 60'ın üzerindeki yaş, bağımsız bir risk faktörü olarak belirlenebilir.

Cevap B (*Feig, Anderson Surgical Oncology Handbook*, 2.baskı, 1999, s.178-180)

Displazi derecesi poliplerin malignite potansiyelinin belirlenmesinde önemlidir.

18. Kolon kanseriyle ilgili hangisi yanlıştır?

- Ülseratif adenokarsinoma en sık görülen formudur.
- Assendan kolonda bulunan tümörler daha çok ülseratif adenokarsinoma formundadır.
- Eksofitik (polipoid) adenokarsinoma assendan kolon ve özellikle de çekumda en sık bulunur.
- Eksofitik adenokarsinomalı olgularda karın sağ tarafında kitle ve anemi vardır.
- Annüler (skiröz) adenokarsinoma kolon duvarında çevresel olarak invazyon yapma eğilimindedir.

Cevap B (*Feig, Anderson Surgical Oncology Handbook*, 2.baskı, 1999, s.185)

Ülseratif adenokarsinoma en sık assendan kolon ve sigmoidde bulunur.

19. Volvulus kolonun en sık hangi bölümünde görülür?

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

Cevap E (*Surgery of the Alimentary Tract*, 3.cilt, s.91)

Kolon volvuluslarının %85-90 oranında görülme yeri sigmoid kolondur.

20. Distal ileum rezeksiyonunda aşağıdakilerden hangisi görülmez?

- a) Vit B-12 eksikliği
- b) Diyare
- c) Megaloblastik anemi
- d) Demir eksikliği anemisi
- e) Safra emiliminde bozulma

Cevap D (*Surgery of the Alimentary Tract, 5.cilt, s.275*)  
Demir duodenum ve proksimal jejunumdan emilir.

21. Anorektal fistüllerden en sık hangisi görülür?

- a) İntersfinkterik
- b) Transsfinkterik
- c) Suprasfinkterik
- d) Ekstrasfinkterik
- e) At nalı fistüller

Cevap A (*Surgery of the Alimentary Tract, 5.cilt, s.600*)  
Tüm anorektal fistüllerin %70'ini intersfinkterik fistüller oluşturur.

22. Tek taraf için birden fazla sayıda memenin glandular dokusu olmasını hangisi ifade eder?

- a) Polimastia
- b) Politelia
- c) Atelia
- d) Amastia
- e) Hiçbiri

Cevap A (*Türkiye Klinikleri, A.Ü. Cerrahi, s.239*)

Tek tarafta ya da iki tarafta çok sayıda meme olmasına polimastia denir. Normalde silinmesi gereken süt çizgisinin gelişimini devam ettirmesiyle ortaya çıkar. Aksesuar meme adı da verilir. Tümüyle gelişmiş bir meme görüntüsünde olabilir. Normal yerleşimli memenin tüm fonksiyonel değişimlerini gösterir. Bazen de tam gelişmemiş olabilir. Süt çizgisi üzerinde herhangi bir yerde lobüler yapıyla palpe edilebilir. Politelia (Polythelia); normal yerleşimli meme üzerinde birden fazla meme başının bulunmasıdır.

23. Aşağıdakilerden hangisi mutlak splenektomi endikasyonu değildir?

- a) Mobil dalak
- b) Primer dalak maligniteleri
- c) Hodgkin hastalığı
- d) A. lienalis anevrizması
- e) V. lienalis trombozu

Cevap C (*Türkiye Klinikleri, A.Ü. Cerrahi, s.550*)

Splenektomi, Hodgkin hastalığında mutlak bir endikasyon değildir. Tanı ve evrelendirmede yardımcı olur.

24. Normal koşullarda plazma sodyum konsantrasyonunu ne kadardır?

- a) 138-145 mEq/L
- b) 10-127 mEq/L
- c) 162-167 mEq/L
- d) 153-159 mEq/L
- e) Hiçbiri

Cevap A (*Türkiye Klinikleri, A.Ü. Cerrahi, s.49*)  
Bkz. Tablo 1.

25. Aşağıdakilerden hangisi rektal prolapsus nedenleri arasında değildir?

- a) Uzun rektosigmoid kolon varlığı
- b) Kronik kabızlık rektal ülser varlığı
- c) Derin rektouterin fossa varlığı
- d) Perineal nöromusküler yetmezlik, geçirilmiş anorektal operasyon varlığı
- e) Diyare

Cevap E (*Sayek, Temel Cerrahi, 1.cilt, s.1153*)  
Bkz. Tablo 2.

26. En sık boğulan fıtık hangisidir?

- a) İndirekt inguinal herni
- b) İnsizyonel herni
- c) Rektus diastası
- d) Direkt inguinal herni
- e) Speigellen herni

Cevap A (*Türkiye Klinikleri, A.Ü. Cerrahi, s.581*)

Strangulasyon durumunda, fıtık kapsamı olan organın arteriel veya venöz dolaşımı engellenmiştir ya da organ duvarının beslenmesi bozulmuştur. Karın duvarı fıtıklarında en çok boğulanı indirekt inguinal fıtıklardır. Bunun sebebi bu fıtıkların en sık görülen fıtıklar olmasıdır. Sayı gözönüne alınmadığında sırası ile obturator fıtık, spigel fıtığı ve femoral fıtık en sık boğulan fıtıklardır.

**Tablo 1.** Vücut sıvılarında elektrolitler

	Plazma	HDB	HİB
Katyonlar (mEq/L)			
Sodyum	142	144	10
Potasyum	4	4	150
Kalsiyum	5	3	-
Magnezyum	3	2	40
Toplam	154	153	200
Anyonlar (mEq/L)			
Klorür	103	114	-
Bikarbonat	27	30	10
Fos. ve Sülf.	3	3	150
Organik asitler	5	5	-
Proteinler	16	1	40
Toplam	154	153	200

**Tablo 2.** Rektal prolapsusta birlikte görülen ya da rektal prolapsusa yol açan risk faktörleri

- Doğum yapmamış kadın olma
- Kronik kabızlık
- Uzun rektosigmoid kolon
- Derin rektouterin ya da rektovezikal fossa
- Gevşek rektal sfinkterler
- Pelvik taban gevşekliği ve levator ani diastazisi
- Rektumun sakruma fiksasyonunda eksiklik
- Nörolojik hastalık
- Geçirilmiş anorektal ameliyat
- Künt karın travması

**27. Günlük sodyum kaybı ne kadardır?**

- a) 30-40
- b) 50-70
- c) 80-90
- d) 90-100
- e) 100-150 mEq/L

Cevap B (*Türkiye Klinikleri, A.Ü. Cerrahi, s.53*)

Sodyumun 10-15 mEq'ı ter, 40-50 mEq/L'si ise idrarla atılır.

**28. Primer Karaciğer Malign tümörlerinin serolojik tanısı için en değerli serolojik testi işaretleyiniz?**

- a) CEA
- b) Ca 19-0
- c) Ca 15-3
- d) Ferritin
- e) Alfa Feto protein

Cevap E (*Lawrence, 6.baskı, s.480-481; Türkiye Klinikleri, A.Ü. Cerrahi, s.503*)

Serum AFP düzeylerinin tayini, primer hepatosellüler kanser için önemli ve basit bir markerdir.

**29. Rektum kanserli bir hastada aşağıdaki operasyonlardan hangisi yapılmaz?**

- a) Abdominoperineal rezeksiyon
- b) Anterior rezeksiyon
- c) Sağ hemikolektomi
- d) Lokal koruyucu operasyonlar
- e) Lokal eksizyon

Cevap C (*Current Surgical Diagnosis and Treatment, 8.baskı, 1988, s.599; Türkiye Klinikleri, A.Ü. Cerrahi, s.431*)

Rektum kanserleri, sfinkter koruyucu olan ve olmayan ameliyatlar olarak iki ana grupta incelenir.

- Sfinkter koruyucu olanlar;
- Anterior rezeksiyon
  - Low anterior rezeksiyon
  - Pull through
  - Koloanal anostomoz

- Transsakral rezeksiyon (Kraske)
  - Hartman operasyonu
- Sfinkter koruyucu olmayan;
- Abdomino-perineal rezeksiyon (Miles)

**30. Nörojenik şok aşağıdakilerden hangisinin varlığı ile karakterizedir?**

- a) Soğuk nemli deri
- b) Artmış kardiyak output
- c) Azalmış periferik vasküler direnç
- d) Azalmış kan hacmi
- e) Azalmış idrar çıkışı

Cevap C (*Schwartz, McGraw-Hill, 5.baskı, s.172; Türkiye Klinikleri, A.Ü. Cerrahi, s.113*)

Nörojenik şok ya da eski deyimi ile primer şok arteriyol ve venüllerin dengeli vazodilatasyon ya da vazokonstriksiyonlarındaki dengenin bozulması ile klinikte senkop olarak ortaya çıkar. Derin spinal anestezi spinal kord yaralanmaları ile de oluşabilir. Akut mide dilatasyonları sonrasında da oluşabilir. Nörojenik şokun klinik görünümü diğer şoklardan farklıdır. Arteriyel kan basıncındaki belirgin azalmaya rağmen nabız sıklıkla normalden yavaştır. Ekstremitelerde düşmüş olan sempatik tonusun etkisi ile kuru, nemli hatta kızarıklık ekstremitelere rastlanabilir. Kardiyak output düşmesi ile birlikte arteriyovenöz sistemdeki dirençte belirgin azalma söz konusudur. Sonuçta normovolemik evrede düşen sempatik tonusun etkisi ile rezervuar kapasiteleri oldukça yüksek olan arteriyol ve venüllerde kanın göllenmesi nedeni ile sağ kalbe dönen kan miktarı azaldığından sonuç olarak kardiyak outputun azalması kaçınılmaz olacaktır. Eğer nörojenik şok tedavi edilmezse beyin ve böbreklerdeki kan akımında azalmaya bağlı olarak klasik şok bulguları ortaya çıkacaktır. Nörojenik şok tedavisi oldukça açıktır. Etiyolojideki faktörlerin kaldırılması ile tedaviye başlanır. Mide dilatasyonlarında konulan NG sondaların derin spinal anestezide sıvı yüklenmesi ve Efedrin, fenilefrin infüzyonları ile kolayca tedavi edilebilirler. Kardiyak output artışı yanısıra artan vasküler rezistans kan basıncının yükselmesini sağlar.

**31. Krikofarinjeal spazm veya koordinasyonsuzluk aşağıdakilerden hangisinin etyolojisinde rol oynar?**

- a) Akalazya
- b) Hiatus hernisi
- c) Epifrenik divertikül
- d) Zenker divertikülü
- e) Parabronşiyal divertikül

Cevap D (*Schwartz, McGraw-Hill, 5.baskı, s.1132-3; Sayek, Temel Cerrahi, 1.cilt, s.1000*)

Zenker divertikülü krikofaringeus kasının hemen üzerinde transvers lifler ile inferior faringeal konstriktör kasların oblik lifleri arasında, arkada, genellikle sola doğru uzanır. 50 yaşın üzerinde ve erkeklerde daha

## GENEL CERRAHİ

sık görülen bu divertikül "pulsiyon" divertikülü özelliğindedir ve özofagusun sadece mukoza tabakasını içerirler.

Bu divertikülün üst özofagusta motilite bozukluğu sonucu geliştiği ileri sürülmektedir. Yapılan çalışmalarda krikofaringeus kasında bir motor inkoordinasyon olduğu ve bu kasın yutma sırasında prematür kontraksiyona uğradığı belirtilmektedir. Kontraksiyonların tekrarlayan biçimde olması sonucu giderek mukoza dışı doğru uzayarak bir poş halini alır.

Zenker divertikülünün semptomları arasında en sık görüleni yiyeceklerin üst özofagusta takılma hissidir. Geçici disfaji şeklinde olan bu semptom erken dönemde görülebilir. Divertikülün belirli bir büyüklüğe erişmesi ile sindirilmemiş yiyecekler pošta birikir ve hastalarda aspirasyon, akciğer komplikasyonları, su içme sırasında çalkantı sesi, boyunda bir şişlik ve yiyeceklerin ağıza regürjitasyonu ortaya çıkar. İleri evrede malnütrisyon, süpüratif akciğer hastalıkları ve ses kısıklığı görülebilir. Nadiren divertikül içinde skuamöz hücreli karsinom geliştiği de bildirilmiştir (%0.4).

### 32. Duker sınıflaması hangi kanserlerin evrelenmesinde kullanılır?

- Tiroid kanserleri
- Karaciğer kanserleri
- Mide kanserleri
- Pankreas kanserleri
- Kolon kanserleri

Cevap E (Cohen, s.908; Türkiye Klinikleri, A.Ü. Cerrahi, s.401)

Dukes sınıflaması kolon kanserlerinde yapılır.

Bkz. Tablo 3.

### 33. Primer hiperparatroidizm için hangi ifade doğrudur?

- Erkeklerde 4 kat fazladır.
- %87 oranında nedeni paratiroid hiperplazisidir.
- Nefrokalsinozis en sık rastlanan bulgudur.
- 60-70 yaşları arasında sık görülür.
- Tanısında selektif venöz kateterizasyon nüks olgularında tercih edilir.

**Tablo 3.** Duker sınıflamasının Aster-Coller modifikasyonu

Evre A:	Lezyon sadece mukozada
Evre B1:	Lezyon muskularis propriaya kadar uzanmış, lenf nodu metastazı yok.
Evre B2:	Lezyon muskularis propriayı da içine almış, lenf nodu metastazı yok.
Evre C1:	Serozaya kadar tüm bağırsak duvarı tutulmuş, lenf nodu metastazı var.
Evre C2:	Lezyon serozayı tutarak bağırsak duvarını aşmış lenf nodu metastazı var.

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi, 2.cilt, s.1592,1593, 1594,1596)

PTH'un tek veya birden fazla paratiroid bezi tarafından aşırı, otonom (mevcut hiperkalsemi tarafından baskılanamayan) salınımı sonucu primer hiperparatroidi gelişir.

Olguların %80-90'ında tek bezde adenom, %10-15'inde bezlerde hiperplazi, %1-2'sinde de karsinom hiperfonksiyon nedenidir.

Primer hiperparatroidi kadınlarda 2-4 misli daha sıktır. Gebelik, laktasyon ve belki uzun süreli düşük Ca<sup>++</sup> düzeylerinin diğer nedenlerinin paratiroid bezleri stimüle ederek adenom veya hiperplazi gelişmesine neden olması muhtemeldir. Her iki cinste yaşın ilerlemesiyle artar. En sık 30-50 yaşlarında görülür, çocuklarda nadirdir.

Nefrokalsinozis nadirdir, fakat oluşması irreversibl böbrek yetmezliğine yol açabilir.

İnvazif yöntemlerden digital substraksiyon arteriyografi ve selektif venöz kateterizasyon PTH ölçümü rekürren olgularda kullanılmalıdır. Bu yöntemler özellikle ektopik paratiroidlerin lokalizasyonunda yararlıdır.

### 34. Ranson'un prognostik skor sayısı 5-6 olan akut pankreatitli hastada mortalite oranı % kaçtır?

- 2
- 10
- 40
- 100
- 1

Cevap C (Türkiye Klinikleri, A.Ü. Cerrahi, s.475)

Ranson kriterlerinden ikisinin bulunduğu olgularda mortalite %5'den azken, üç veya dört risk faktörü bulunanlarda mortalite %15-20, 5-6 risk faktörü olanlarda %40 ve daha fazla olanlarda da mortalite %100'lere ulaşmaktadır.

### 35. Richter fitiği için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- Kanalis obturatorius yoluyla pelvisten çıkar.
- Meckel divertikülünün içeriye girdiği femoral fitikdir
- İnsidansı %0.15'dir.
- Bu fitiğe yandan sıkışma anlamında pincement lateral de denir.
- Bereberinde divertikül de bulunur.

Cevap D (Türkiye Klinikleri, A.Ü. Cerrahi, s.574)

Richter (Rihter) fitiği=Pincement lateral: Bağırsak duvarının bir kenarının fasyal defekt içerisinde sıkışması ve strangüle olmasıdır. Bu durumda ileus meydana gelmediği için doktoru yanıtlanabilir. Gangren ve perforasyon ile peritonite yol açabilir.

**36.Mide kanseri için yanlış ifadeyi seçeniz?**

- a) Sinsidir, geç belirti verir
- b) Belirtiler ortaya çıktıktan sonra tablo tipiktir
- c) Disfaji ve kusmaya sebep olabilir
- d) Hematmez nadir, gizli kanama sıktır
- e) Krukenberg tümörü over metastazını gösterir.

Cevap B (*Türkiye Klinikleri, A.Ü. Cerrahi, s.361,362*)

Mide kanserlerinin klinik tablosunu tanımlamak gerektiğinde sık olarak "müphem" ve "nonspesifik" semptomlardan ve belirtilerden bahsedilişi hastalığın çok değişik tablolarla karşımıza çıkacağını da ifade eder.

**37.Akut pankreatitte serum kalsiyum ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Yağ nekrozlarındaki sabunlaşmaya bağlı hipokalsemi gelişebilir.
- b) Hipoalbuminemiye bağlı hipokalsemi tespit edilebilir.
- c) Tirokalsitonin seviyesi artışı hipokalsemiye yol açabilir.
- d) 7.5 gr/dl altındaki Ca<sup>++</sup> kötü prognozu gösterir.
- e) Hipokalsemi akut pankreatit için diagnostiktir.

Cevap E (*Sayek, Temel Cerrahi, 2.cilt, s.1337*)

Akut pankreatitte hipokalsemi gelişebilir. Hipokalsemi yağ nekrozlarındaki sabunlaşma, hipoalbuminemi ve tirokalsitonin salgısının artmasına bağlıdır. Kalsiyum değerinin %7.5 mg'ın altına düşmesi kötü prognozun göstergesidir.

**38.Midenin tüm duvarını tutan ve diffüz yayılım gösteren karsinom tipine ne ad verilir?**

- a) Polipoid karsinom
- b) Adenoakantoma
- c) Lelyomyoma
- d) Linitis plastika
- e) İnfiltratif karsinom

Cevap D (*Sayek, Temel Cerrahi, 1.cilt, s.1050-1051*)

İlerlemiş mide karsinomu ise submukozayı aşmış tümörlerdir. Makroskopik olarak Borrmann sınıflandırmasına göre 4 tipe ayrılır. Tip I lezyonlar polipoid lezyonlardır. Karsinom mide lümeni içine karnıbahar şeklinde uzanmıştır. Tip II lezyonlar muhtemelen Tip I lezyonların ülserasyonu sonucu ortaya çıkarlar. Ülser kenarları mukozadan kabarıktır. Tip III lezyonlar ise ülseratif lezyonlardır, ancak ülser kenarları belirgin değildir. Tip IV ise yaygın lezyondur. Tip I ve II lezyonlar genellikle iyi diferansiye olmuş tümörlerdir. Tip III ve IV ise daha az diferansiye olmuş tümörlerdir ve mide duvarının dış yarısını tutma eğilimini gösterirler. Bu eğilimlerinden dolayı mide duvarında rijiditeye yol açarlar. İlerlemiş mide karsinomalarının duvar içinde diffüz yayılımı sonucu "linitis plastika" oluşur.

**39.Hemobilia'nın en sık görülme nedeni hangisidir?**

- a) Kolelitiazis
- b) Koledokolitiazis

- c) Safra kesesi kanseri
- d) Penetran peptik ülser
- e) Karaciğer travması

Cevap E (*Türkiye Klinikleri, A.Ü. Cerrahi, s.302*)

Hemobilia, karaciğerdeki bir travma sonucu veya herhangi bir sebepten kaynaklanan safra yolları içine kanama diye tarif edilmiştir.

Hemobiliyanın en sık sebebi non-penetran karaciğer travmalarıdır. Travma sonucu karaciğerde gelişen bir hematoma zamanla safra yollarına drene olması hemobiliya sebep olur. Karaciğerin non-penetran travmalarının sık görülmesine karşılık, hemobiliyanın görülmesi oldukça nadirdir. Olay karaciğerin sağ lobunda hemen daima daha sıktır.

**40.Caroli hastalığı için hangisi doğrudur?**

- a) Koledok distalinin kistik genişlemesidir.
- b) Koledok proksimalinin kistik genişlemesidir.
- c) Tüm koledogun kistik genişlemesidir.
- d) İntrahepatik duktal dilatasyondur.
- e) İntrahepatik, ekstrahepatik duktal dilatasyondur.

Cevap E (*Türkiye Klinikleri, A.Ü. Cerrahi, s.492*)

Caroli sendromu safra yollarının multifokal ve segmental dilatasyondur. Multifokal ve segmenter safra kanalı genişlemeleri karaciğerin her iki lobunu tutacak şekilde yaygın olabilir. Genişlemiş segmentlerde taş ya da safra çamuru oluşması ve buna bağlı enfeksiyon karakteristiklerindedir.

**41.Caput Medusa'da suflı duyuluyorsa bu ne anlama gelir?**

- a) Alice in Wonderland belirtisidir.
- b) Cruveilhier-Baumgarten sendromudur.
- c) Grey-Turner belirtisidir.
- d) Penred's sendromudur.
- e) Aschoff-Rokitansky belirtisidir.

Cevap B (*Türkiye Klinikleri, A.Ü. Cerrahi, s.513*)

Göbek çevresindeki venöz genişlemeye caput medusa adı verilir. Bu venlerin oskültasyonunda Cruveilhier-Baumgarten üfürümü denen devamlı bir üfürüm duyulur. Bu bulgu portal hipertansiyon için patognomoniktir ve kuvvetle falsiform lig. kollateral dallarının varlığını gösterir.

**42.Meme Ca'da uygulanan aşağıdaki ameliyat şekillerinden hangisine mutlaka radyoterapi eklenmelidir?**

- a) Radikal mastektomi
- b) Lumpektomi
- c) Modifiye radikal mastektomi
- d) Basit mastektomi
- e) Genişletilmiş radikal mastektomi

Cevap B (*Türkiye Klinikleri, A.Ü. Cerrahi, s.265*)

Lumpektomi; Deri ve pektoral fasias eksizyonu yapmaksızın etrafından kanser içermeyen meme

dokusuyla birlikte tümörün eksizyonu yöntemi lumpektomi diye adlandırılır. Bu yöntem seçildiğinde tedavinin tamamlanması için postoperatif radyoterapi yapılır. Aksilla pozitif olan hastalarda sistemik kemoterapi tedaviye eklenir.

**43. Aşağıdakilerden hangisi mide ameliyatı sonrası kilo kaybı ve malabsorpsiyonu hazırlayıcı faktörlerden değildir?**

- a) Midenin küçük kalması
- b) Getirici ansta staz
- c) Tetrasiklin kullanımı
- d) Yağ absorpsiyonunun azalması
- e) Yemek sonrası sıkıntı korkusu

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 1.cilt, s.1073-1074)

Mide ameliyatlarından sonra, yağ ve protein malabsorpsiyonu olmasına rağmen, postprandial semptomların korkusundan, gıda alımındaki azalma kilo kaybının en sık nedenidir. Küçük gastrik bir poş kalmışsa bu da erken tokluğa neden olur. Billroth II yapılmış hastaların çoğunda yağ absorpsiyonunda azalma gözlemlenebilir. Normalde dışkı ile yağın %5'i atılırken bu hastalarda %10-15'i atılır. Bu derecedeki steatore genellikle kilo kaybı ve diyare ile birlikte gitmez ve hastaların çoğunda subklinik formda kalır. Steatorenin asıl nedeni, duodenum ve proksimal jejunum sindirim dışı bırakıldığından ve hızlı mide boşalımı nedeniyle yağ absorpsiyonunda rol oynayan safra ve pankreas enzimleri ile besinler koordineli olarak karşılaşamaz ve yağ absorpsiyonu bozulur. Ayrıca bu enzimatik etkiye maruz kalmayan kimus bağırsak mukozasını irrite eder, peristaltizm hızlanır ve diyare olur.

Bazı hastalarda afferent loopta staza bağlı bakteri kolonizasyonu (kör loop sendromu) da malabsorpsiyona neden olabilmektedir.

Kilo kaybı hastaların beslenme durumu yakın takip edilerek ve diyet eğitimi ile uygun kalori alımı sağlanarak önlenir. Eğer kör loop sendromu varsa antibiyotik tedavisi verilir.

**44. Meckel divertikülünün çocukluk çağında en sık yetişkinlerde ise ikinci en sık görülen komplikasyonu aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Akut divertikülitis
- b) Kanama
- c) İntestinal obstrüksiyon
- d) Divertikül perforasyonu
- e) Fıtık kesesi içinde bulunma (Littre fıtığı) ve inkarasyon

Cevap B (Schwartz, Principle of Surgery, 6.baskı, 1994, s.1179-1180; Sayek, Temel Cerrahi, 1.cilt, s.1084)

2 yaşın altındaki çocuklarda şiddetli alt gastrointestinal kanamaların en sık nedeni Meckel divertikülüdür.

**45. Künt karın travmalı hastada tanısız peritoneal lavaj endikasyonlarından olmayanı işaretleyiniz.**

- a) Laparotomi için kesin endikasyonu bulunmayan hemodinamik değerleri değişken hasta
- b) Acil kraniotomi gerektiren kafa travmalı hasta
- c) Kesin laparotomi endikasyonu bulunan hasta
- d) Kafa travması, ilaç veya alkol kullanımı nedeniyle şuurlu bulanıklığı olan hasta
- e) Karın muayenesinde şüpheli fizik muayene bulgularının saptandığı hasta

Cevap C (Pitzman, The Trauma Manual, 1998, s.226-264; Sayek, Temel Cerrahi, 1.cilt, s.418)

Peritoneal lavaj karın içi travmalarının değerlendirilmesinde standart metoddur. Güvenirliliği %98'dir. Endikasyonları:

1. Öykü alınmayan veya güvenilir fizik inceleme yapılamayan durumlar: kafa travması, spinal kord yaralanmaları, intoksikasyon, psikiyatrik bozukluklar gibi
  2. Açıklanamayan hipotansiyon
  3. Negatif parasentez
  4. Karın travması ile sıklıkla birlikte olan bulgular: hematüri, alt kosta kırıkları, lomber vertebra kırıkları ve pelvik kırıklar
  5. Abdomenin seri fizik incelemesinin yapılamayacağı durumlar: birlikte olan travmaların tedavisi için genel anestezi gerekmesi gibi.
- Peritoneal lavaj daha önceden multipl ameliyat geçirenlerde, intestinal obstrüksiyonu olanlarda kontrendikedir. Bu tip hastalarda yapılması gerekiyorsa göbek üzerinden ve açık teknikte yapılmalıdır. Gebelerde yapılmamalıdır.
- Periton lavajının retroperitoneal kanamalarda tanı sağlama şansı düşüktür.

**46. Ülseratif kolit gibi otoimmün hastalığı bulunan progressif seyirli yavaş gelişen tıkanma sarılığı saptanan kimsede öncelikle akla gelecek sarılık oluşturan hastalık hangisi olmalıdır?**

- a) Koledok taşı
- b) Ampulla vateri tümörü
- c) Kolanjio karsinoma
- d) Sklerozan kolanjit
- e) Kolesistit

Cevap D (Schwartz, Principle of Surgery, 6.baskı, 1994, s.1385; Sayek, Temel Cerrahi, 2.cilt, s.1302-1303)

Sklerozan kolanjit, yaygın veya yerel olarak genellikle ekstra hepatic ve nadir olarak intrahepatik safra yolları duvarının, inflamatuvar kalınlaşma ve lumenin düzensiz darlığı ile karakterize, nedeni bilinmeyen bir hastalıktır. Primer ve sekonder olmak üzere iki şekli vardır. Primer şekli nadir olup, ancak safra taşı, inflamatuvar bağırsak hastalığı, geçirilmiş ameliyat, safra yollarının yavaş ilerleyen sklerozan karsinomu son zamanlarda safra yollarının doğmalık anomalileri ve primer biliyer siroz ekarte edildikten sonra tanımlan-

bilir. Primer sklerozan kolanjitin sıklıkla ülseratif kolit başta olmak üzere inflamatuvar bağırsak hastalıkları, rektoperitoneal ve mediastinal fibrozis, pankreatik fibrozis, orbitanın psödötümörleri ile birlikte olabileceği bildirilmiştir. Hastaların 2/3'ünün yaşı 45'in altındadır, erkek/kadın oranı 2/3'tür.

**47. Tümör lokalizasyonu dikkate alındığında karsinoid tümörle uyumlu olmayanı işaretleyiniz.**

- a) %35'i ince bağırsaklarda
- b) %33'ü appendikste
- c) %14'ü rektumda
- d) %9'u bronşial sistemde
- e) %20'si kolon mide ve memede görülür.

Cevap E (Clark, *Textbook of Endocrine Surgery*, 1997, s.643-649; Sayek, *Temel Cerrahi*, 1.cilt, s.1092)

Karsinoidlerin %60'ı orta bağırsaktan (en sık appendiks ve terminal ileum), %10-20'si arka bağırsaktan (en sık rektum), diğerleri ön bağırsak kökenli organlardan (mide, duodenum) köken alır. Karsinoid tümörlerin %85'i gastrointestinal sistemden, %10'u akciğerlerden, diğerleri larinks, timus, böbrek, over, prostat ve cilt gibi organlardan köken alır.

**48. Hangisi piyojenik karaciğer abselerinin en sık nedenidir?**

- a) Biliyer sistem hastalıkları
- b) Crohn hastalığı
- c) Ülseratif kolitis
- d) Kolonda divertikülitis
- e) Periapendiküler abse

Cevap A (Mc Nally, *Liver Secrets, Liver Abscess*, 1996, s.210; Sayek, *Temel Cerrahi*, 2.cilt, s.1249)

Bkz. Tablo 4.

**49. Hangisi karaciğerde en sık görülen benign tümördür?**

- a) Hepatosellüler karsinoma
- b) Hepatoblastoma
- c) Nodüler hiperplazi
- d) Hemanjiyomlar
- e) Kolanjiyosellüler karsinoma

Cevap D (McNally, *Liver Secrets in Evaluation of focal liver masses. Hanley and Belfus*, 1996, s.148; Sayek, *Temel Cerrahi*, 2.cilt, s.1261)

Karaciğerin en sık görülen benign tümörü hemanjiomlardır. Diğer taraftan bu lezyonun en fazla görüldüğü organ da karaciğerdir.

Hemanjiomaların %10'u multipldir. Yetişkinlerde genellikle 30-40 yaşların arasında görülür ve kadınlarda erkeklerden 5 kat daha sık bulunurlar.

Hemanjiomalar genellikle kavernoöz veya kapiller tiptedir.

**Tablo 4.** Piyojenik karaciğer apselerinin nedenleri

Safra kesesi ve yolları Hastalıkları	%31-45
Portal ven yoluyla yayılım	<%30
Hematojen yayılım	%15
Doğrudan yayılım	%15
Kriptojenik/Kist hidatik	%15

Karaciğerde görülen hemanjiomalar hemen daima kavernoöz tiptedir. Tek veya multipl olabilirler, yalnız karaciğerde veya diğer organlarda da bulunabilirler. Çoğunlukla karaciğer ve pankreas kistleriyle birlikte görülürler.

**50. Pankreasın endokrin tümörlerindedir ve aklorhidri, sulu diyare, hipokalemi ile seyreder. Aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) İnsülinoma
- b) Glukagonoma
- c) VIPoma
- d) Somatostatinoma
- e) GRFoma

Cevap C (Tadaka Y, et al, *Endocrin neoplasms of the Pancreas. In: Handbook of Gastroenterology*, 1998, s.493-499; Türkiye Klinikleri, A.Ü. Cerrahi, s.488)

VIPoma 24 saatte 6-8 litreden fazla su kaybına sebep olan diyare ile beraberdir. Dışkı elektrolitlerden çok zengindir potasyum kaybı günde 300 meq geçebilir. Hipokalemi, dehidratasyon, konfüzyon, kilo kaybı ve abdominal kramplar sık görülür. Hipomagnesemi, hipo ve anasidite, hiperkalsemi, glukoz intoleransı vakaların hemen yarısında mevcuttur. Hastaların hepsinde eritemler, ürtikerler ve flushing atakları mevcuttur. Hiperkalsemiye rağmen bazı hastalarda (%10) hipermagnezemiye bağlı olarak tetani nöbetleri mevcuttur.

VIPomada tanı VIP seviyesi ile konur. Tedavide semptomatik sıvı ve elektrolit replasmanı gereklidir. Tümörün çıkarılması tabloyu dramatik bir şekilde düzeltir. Metastazlı olan vakalarda somatostatin analogları, streptozosin ve 5-FU faydalı olabilir.

**51. Akut apandisit tanısında kolon gazlarının distalden proksimale doğru sıkıştırılması sırasında sağ alt kadranda ağrı ortaya çıkmasını araştıran test hangisidir?**

- a) Rebound tendeness
- b) İleopsoas testi
- c) Obturator testi
- d) Rovsing testi
- e) Refleks rijidite

Cevap D (Sabiston, Textbook of Surgery, 14.baskı, 1991, s.888; Sayek, Temel Cerrahi, 1.cilt, s.1112)

Rovsing belirtisi: Sırt üstü yatan hastaya, sol alt kadrandan itibaren uygulanan derin-zorlu palpasyonla kolon gazı çekuma doğru itilir. Bu durumda çekumun artan gaz distansiyonu sağ alt kadranda ağrının uyarılmasına neden olur.

**52.Anjiyodisplazi kolonun en fazla hangi bölümünde görülür?**

- a) Çekum ve sağ kolon
- b) Transvers kolon
- c) Sol kolon
- d) Sigmoid kolon
- e) Rektum

Cevap A (Sabiston, Textbook of Surgery, 14.baskı, 1991, s.925; Sayek, Temel Cerrahi, 1.cilt, s.965)

Geleneksel yöntemlerle nedeni belirlenemeyen kronik, rekürren gastrointestinal kanamalarda, özellikle 60 yaş üzeri hastalarda tek ve en önemli kanama nedeni arteriovenöz malformasyonlardır. Vasküler displazi, anjiyodisplazi ve vasküler ektazi deyimleri de aynı anjiyografik ve histolojik oluşum için kullanılmaktadır. Arteriovenöz malformasyon, gastrointestinal sistemin bir bölgesinde submukozal venlerin ve buna bağlı olarak mukozal kapillerlerin ektazisidir.

Genellikle çekum ve/veya sağ kolondadırlar ve kazanılmış olduklarına inanılır.

**53.En sık görülen perianal fistül tipi hangisidir?**

- a) İntersfinkterik
- b) Transsfinkterik
- c) Suprasfinkterik
- d) İnfrafsfinkterik
- e) Ekstrasfinkterik

Cevap A (Sabiston, Textbook of Surgery, 14.baskı, 1991, s.966; Sayek, Temel Cerrahi, 1.cilt, s.1184)

Fistüller anatomik konumlarına göre 4 grupta toplanırlar.

İntersfinkterik fistül: En sık görülen fistül şeklidir (%70).

Transsfinkterik fistül: Bu tip fistüller bütün fistüllerin %20 kadarını teşkil eder.

Suprasfinkterik fistül: Bütün fistüllerin %3-4'ünü teşkil eder.

Ekstrasfinkterik fistül: Oldukça nadir görülür (%1).

**54.Kolon divertikülünde komplikasyon olarak en sık görülen internal fistül tipi aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Kolovajinal fistül
- b) Kolokolonik fistül
- c) Koloileal fistül

**d) Kolokutanöz fistül**

**e) Kolovezikal fistül**

Cevap E (Corman, Colon and Rectal Surgery, 3.baskı, 1993, s.834; Türkiye Klinikleri, A.Ü. Cerrahi, s.393,394)

Divertikülit komplikasyonları:

1. Perforasyon ve abseleşme: Divertiküldeki iltihabi olayın ilerleyerek divertikülün delinmesi neticesi meydana gelir. Bunlar açık perforasyondan ziyade kapalı perforasyon yani abse teşekkülü şeklinde seyreder.

Hastada sol alt kadranda ağrı, ateş, lökositoz, dehidratasyon ve taşikardi mevcuttur. Atak esnasında baryumlu kolon grafisi çekmek veya kolonoskopi yapmak kontrendikedir.

2. Fistül: Divertikülit komplikasyonu olarak olguların %5'inde, hasta kolon segmenti ile mesane, uterus, vajina, üreter ve ileum gibi komşu organlar arasında fistül teşekkül eder. Uterus ve vajene olan fistüllerde tanı vajenden gaz ve feçes gelmesiyle kolayca konulur. Ayrıca kolon ile ileum arasında gelişen fistüllerde fazla bir klinik belirti vermez. Bu fistüllerde diyare, steatore gibi bulgular ortaya çıkar. Divertikülit sonucu en sık fistülleşme mesaneye olur. Bu hastalarda üriner enfeksiyon bulguları dizürü, pnömatüri bulgusu vardır. Vakaların ancak 1/3'ünde fekalüri görülür. Bu semptom ve bulgularla tanı koymak kolay olmasına karşın fistülün kesin olarak yerini saptamak zordur.

3. Bağırsak tıkanması: Divertikülit vakalarının 2/3'ünde iltihap, ödem ve spazma bağlı olarak kısmi bir obstrüksiyon görülür. Tam obstrüksiyon ise vakaların %10'unda görülür.

4. Kanama: Peridivertiküler arteriolün divertikülit neticesi erozyonu ile kanama meydana gelir.

**55.Nüks kolon malignensisi için hangi tümör markerinin serum düzeyinin yüksekliği anlamlıdır?**

- a) CA 15-3
- b) CA 19-9
- c) CA 50
- d) CA 125
- e) CEA

Cevap E (Schwartz, Principles of Surgery, 1994, s.1272; Sayek, Temel Cerrahi, 1.cilt, s.1174)

Kolorektal karsinom hastalarında karsino embriyonik antijen (CEA) %97 oranında pozitif sonuç verir. Lezyonun Dukes evresi ile doğru orantılı olarak CEA pozitifliği ve düzeyi artar. Akut faz proteinleri ile beraber kullanıldığında CEA'nın duyarlılığının kolorektal karsinomların tanısında arttığı saptanmış ve preoperatif evrelendirmede önemli bir parametre olduğu ileri sürülmüştür. Preoperatif CEA değerlerinin bir prognostik değeri vardır. Yüksek CEA değerleri varlığında rekürrens oranının arttığı ileri sürülmektedir. Aynı zamanda CEA'nın postoperatif izlemede önemli bir yeri vardır.



56. Gram (-) sepsisin en sık nedenleri sırasıyla hangisidir?

- a) Genitoüriner sistem-solunum sistemi-intraabdominal enfeksiyonlar
- b) İntraabdominal-solunum sistemi-genitoüriner sistem enfeksiyonları
- c) Genitoüriner sistem-intraabdominal-solunum sistemi enfeksiyonları
- d) Solunum sistemi-genitoüriner sistem enfeksiyonları-kolanjitler
- e) Genitoüriner sistem enfeksiyonları-septik dükler-abseler

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi, 1.cilt, 1996, s.132-133)

Gram (-) sepsisin en sık nedenleri sırasıyla genitoüriner sistem enfeksiyonları, solunum yolları enfeksiyonları ve intraabdominal enfeksiyonlardır. Diğer sık nedenler deri ve yara enfeksiyonları, santral sinir sistemi enfeksiyonları ve intravenöz kateter enfeksiyonlarıdır. Etkin olan en sık mikroorganizmalar gastrointestinal sistemde bulunan bakterilerdir. Bunların başında E.coli gelir. Klebsiella, Pseudomonas aeruginosa, Proteus, Serratia ve Enterobakter türleri saptanan diğer aerobik etkenlerdir. Bacteroides türleri en sık karşılaşılan anaerobik bakterilerdir. Bacteroides bakteriyemisi daha çok intraabdominal ve jinekolojik enfeksiyonlarda ya da doku nekrozu ve iskemi ile komplike olan hastalarda görülür. Çoğu kez tek bakteri etken iken, özellikle intraabdominal enfeksiyonların neden olduğu sepsis polimikrobial olabilir. Gram (-) bakteriyeminin tanısı için kriterler geliştirilmiştir.

57. Geç dumping sendromu için yanlış işaretleyiniz.

- a) Semptomlar yemekten 1-3 saat sonra başlar.
- b) Gastrointestinal semptomlar görülmez.
- c) Jejunumdaki hiperosmolar materyal enteroglukagonun fazla salınımına, bu da insulinin fazla salınımına neden olarak olayı başlatır.
- d) Erken dumpinge göre daha seyrek görülür.
- e) Semptomlar glukoz alımından sonra artar.

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi, 1.cilt, 1996, s.1063-1070)

Geç veya hipoglisemik dumping daha seyrek görülür. Semptomlar yemekten 1-3 saat sonra başlar. Semptomlar erken dumping ile aynıdır ancak gastrointestinal semptomlar yoktur. Karbonhidratların mideden jejunuma hızlı boşalması postprandial serum glukozunda daha hızlı bir yükselmeye neden olur. Jejunumdaki hiperosmolar materyal enteroglukagonun fazla salınımına neden olur. Bu madde pankreas adacıklarındaki beta hücrelerini sensitize eder ve fazla miktarda insülin salgılanır. Bunun sonucunda hipoglisemi gelişir. Erken postprandial tipin aksine semptomlar glukoz alımından sonra geriler.

58. Malignleşme riski en fazla olan kolorektal polip hangisidir?

- a) İnflamatuvar polipler
- b) Hamartomatöz polipler
- c) Hiperplastik polipler
- d) Tübülovillöz adenomlar
- e) Villöz adenomlar

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi, 1.cilt, 1996, s.1157-1162)

Adenomların kansere dönüşme riski polipin çapı, sayısı, histolojik tipi ve atipi derecesi ile bağlantılıdır. Adenom boyutları arttıkça kanser riski büyür, genel olarak çapı 1 cm'den küçük adenomlarda kanserle karşılaşma olasılığı %1'den az olduğu halde 3 cm'den iri olanlarda risk %30'lara ulaşır.

Tübüler adenomlarda kanser riski diğer adenomların riskinden düşüktür. Çapı 1 cm'den küçük tübüler adenomlarda ortalama %0.5-1.3 cm arasında %1-7.3 cm'den büyüklerde ise %13 kadar kanser riski hesaplanır. Büyük villöz adenomlar için verilen oranlar ise %30-50 arasında değişmektedir.

En düşük kanser riski tübüler, en yüksek ise villöz adenomdadır.

59. Akut apandisit etyolojisinde en sık etken hangisidir?

- a) Lenfoid doku hiperplazisi
- b) Yabancı cisimler
- c) Parazitler
- d) Fekalitler
- e) Tümörler

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 1.cilt, 1996, s.1109-1110)

Akut apandisit oluşmasındaki etiyolojik faktörler 2 grupta toplanabilir:

1. Lümen obstrüksiyonu yapan nedenler
2. Obstrüksiyon dışı nedenler

Apendiks lümeninin obstrüksiyonu, akut apandisit etyolojisinde önemli bir rol oynar. Obstrüksiyon nedenleri arasında fekalitler başta gelir. Perfore akut apandisitlerin %90'ında, apendiks lümeninde fekalitlerin bulunduğu bildirilmektedir. Lenfoid doku hiperplazisi fekalitlerden sonra, en sık görülen tıkanma nedenidir.

60. Süperior mezenterik arterin tam çıkış yerinden tıkanması sonucu hangi bağırsak kısımlarında gangren görülür?

- a) Tüm ince bağırsaklar
- b) İnce bağırsaklar+çekum
- c) İnce ve kalın bağırsaklar
- d) Duodenum ve jejunum
- e) Jejunum, ileum, çekum, çıkan kolon, transvers kolonun proksimali

## GENEL CERRAHİ

Cevap E (Sayek, *Temel Cerrahi*, 2.cilt, 1996, s.1437-1442)

A.mezenterika superior, ilgili yerleri beslediğinden jejenumdan transvers kolonun proksimaline kadar bölgelerde gangren oluşur.

**61.Künt karın travmalarında en sık yaralanan organ hangisidir?**

- a) Karaciğer
- b) Dalak
- c) Aorta abdominalis
- d) Böbrek
- e) Kalın bağırsaklar

Cevap B (Sayek, *Temel Cerrahi*, 1.cilt, 1996, s.422-423)

Dalak künt travmada en çok yaralanan solid organdır. Önemli immünolojik ve retiküloendotelial fonksiyonları vardır. Bu nedenle minör yaralanmalarda çocuklarda, adölesanlarda ve genç erişkinlerde dalak korunmaya çalışılmalıdır. Dalağın korunması (splenorrhaphy) yüksek postsplenektomi sepsis riski yüzünden özellikle çocuklarda önemlidir ki bu oran 1 yaş altında %20-50 arasındadır. Erişkinlerde ise bu oran %1-2'dir.

**62.Sistemik inflamatuvar cevap sendromu, çeşitli ciddi klinik tahribatlara verilen sistemik inflamatuvar cevaptır. Bu cevap aşağıdaki koşullardan iki veya daha fazlasıyla belirlenmektedir. Bu koşullardan sistemik inflamatuvar cevap sendromunda belirleyici olmayı hangisidir?**

- a) Ateş >38°C veya 36°C
- b) Kalp hızı >90 atım/dakika
- c) Solunum hızı >20 solunum/dakika veya PaCO<sub>2</sub><32 torr (<4,3kPA)
- d) Tansiyon arteriyel <80 mmHg, oligüri (<0.5 ml/kg/saat) olması
- e) Beyaz küre >12000/mm<sup>3</sup>, 4000/mm<sup>3</sup> veya %10 band formu

Cevap D (Sayek, *Temel Cerrahi*, 1.cilt, 1996, s.132)

Sistemik inflamatuvar cevap sendromu: Çeşitli ciddi klinik tahribatlara verilen sistemik inflamatuvar cevaptır. Bu cevap aşağıdaki koşullardan iki veya daha fazlası ile belirlenir.

Ateş >38°C veya <36°C

Kalp hızı >90 atım/dak

Solunum hızı >20 solunum/dak. veya PaCO<sub>2</sub><32 torr (<4.3 kPa)

BK>12.000 hücre/mm<sup>3</sup>, 4000 hücre/mm<sup>3</sup>, veya >%10 band formu

**63.Özofagus perforasyonlarının en sık etyolojik nedeni hangisidir?**

- a) Spontan
- b) Yabancı cisimler
- c) İatrojenik

- d) Travma
- e) Enfeksiyonlar

Cevap C (Sayek, *Temel Cerrahi*, 1.cilt, 1996, s.996-996)

Özofagus perforasyonlarının en sık nedeni iatrojeniktir. Bundan sonra sırasıyla spontan perforasyon, yabancı cisimler ve travma nedeniyle oluşan perforasyonlar gelir.

Özofagus perforasyonlarının %75.5'ini iatrojenik nedenler oluşturur. Bunların çoğu da endoskopi ve dilatasyon gibi enstrümental girişimlere ikincildir. Krikofaringeus kas bölgesi özofagusun en dar yeridir ve bu tip perforasyonların çoğu burada olur. Bundan sonra torakoabdominal segment gelir. Perforasyon oranları fiberoptik endoskopide %0.018-0.093, rijid endoskopi ile %0.1-0.5, buji dilatasyonu ile %0.2-0.95 ve pnömotik dilatasyonla %1-5 olarak bildirilmektedir.

**64.Akut gastrik mukozal lezyonlardan olan üst gastrointestinal sistem kanamalarında aşağıdaki tedavilerden hangisi tercih edilmelidir?**

- a) H2 reseptör antagonistleri
- b) Oral magnezyum-alüminyum hidroksit tipi antiasitler
- c) Selektif arteriel kateterizasyon ile vazopressin verilmesi
- d) Gastrik lavajla soğuk serum fizyolojik irrigasyonu
- e) Argon veya Nd-Yag laserle fotokoagülasyon

Cevap D (Sayek, *Temel Cerrahi*, 1.cilt, 1996, s.953)

Gastrointestinal lavaj, soğuk serum fizyolojik irrigasyonu, irrigasyon sıvısı içine vazopressör ilaçlar (levarterenol) konulması önerilmişse de, bunların yararı şüpheli olup, mukozal lezyonların varlığında iskemiyi daha da arttırlar.

**65.60 yaş üzerindeki insanlarda en sık alt gastrointestinal sistem kanama nedeni hangisidir?**

- a) Kolon divertikülozisi
- b) Arterio-venöz malformasyonlar
- c) Meckel divertikülü
- d) Kolon kanseri
- e) Kolon polipleri

Cevap B (Sayek, *Temel Cerrahi*, 1.cilt, 1996, s.961)

Erişkinlerde, 60 yaşın altında kolon karsinomu ve polipler en sık görülen nedenlerdir, ancak majör kanamaya en sık yol açan hastalık divertikülozistir, ikinci sırada vasküler ektaziler gelir. Ancak 60 yaş üzeri erişkin grupta alt gastrointestinal kanamanın en sık görülen nedeni vasküler ektazilerdir. Divertikülozis ve malign hastalıklar vasküler ektazilerden sonra sık görülen alt gastrointestinal kanama nedenleridir.

**66.Özefagusun iyi huylu tümörlerinden en sık görüleni hangisidir?**

- a) Kistler
- b) Lipomlar
- c) Fibrom veya nörofibromlar
- d) Leiomyomlar
- e) Hemanjiomlar

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 1.cilt, 1996, s.1015-1015)

Leiomyoma; özofagusun iyi huylu tümörleri arasında en sık görüleni olup, bütün gastrointestinal kanal leiomyomalarının %10'unu kapsar. Organın orta ve alt bölümlerinde, nadiren de servikal bölgesinde rastlanır. Genellikle 20 ile 50 yaş arasında görülmektedir. Hastalığın klinik bulguları çok belirgin olmamakla birlikte disfaji, ağrı, yutkunmada huzursuzluk, kilo kaybı, retrosternal dolgunluk hissi, nadiren de ülserasyona bağlı kanama görülebilir.

**67.Multisentrik medüller tiroid karsinomu, feokromasitoma, paratiroid hiperplazisi bulunan bir hastada aşağıdaki multipl endokrin neoplazilerden hangisini düşündürür?**

- a) MEN-I
- b) MEN-IIA
- c) MEN-IIB
- d) Ailesel nonMEN medüller tiroid karsinomu
- e) Sporadik medüller tiroid karsinomu

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi, 2.cilt, 1996, s.1560)  
Bkz. Tablo 5.

**68.Kronik böbrek hastalığı sırasında paratiroid hormonu artmaktadır. Bu durumda paratiroid bezlerinde hiperplazi vardır. Bazen hiperplazi otonomi kazanmaktadır. Böyle bir durumda aşağıdakilerden hangisi düşünülür?**

- a) Primer hiperparatiroidizm
- b) Sekonder hiperparatiroidizm
- c) Tersiyer hiperparatiroidizm
- d) Ektopik paratiroid hormon sendromu
- e) Paratiroid bezlerinde karsinom

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 2.cilt, 1996, s.1601)

Tersiyer hiperparatiroidizm; sekonder hiperparatiroidizme yolaçan esas hücreli hiperplazinin "otonomi" kazanmasıdır. Diğer bir deyişle olay, sekonder hiperparatiroidizmin primer hiperparatiroidizme dönüşmesidir. Bu durum kronik böbrek yetmezliğinde sıklıkla görülür. Normal veya düşük olan serum kalsiyumu yükselir. Serum kalsiyumunun persistan olarak yüksek kalması paratiroidektomi için endikasyondur. Ancak hangi serum kalsiyum düzeyinde cerrahi tedavi endikasyonu olduğu bilinmemektedir. Böbrek transplantasyonu planlanan tersiyer hiperparatiroidizmi olan hastalarda transplantasyon öncesi paratiroidektomi önerilmektedir.

**Tablo 5. Tip II multipl endokrin neoplaziler**

MEN-IIA	- Multisentrik medüller tiroid karsinomu - Feokromasitoma - Paratiroid hiperplazisi
MEN-IIB	- Multisentrik medüller tiroid karsinomu - Feokromasitoma - Dil, dudak, göz kapakları, konjunktivalar ve orofarinkste mukozal nöromlar - Bağırsak ganglionöromları - Tipik yüz görünümü ve marfanoid vücut yapısı

**69.Aşağıdakilerden hangisi hipertiroidizm nedeni değildir?**

- a) Graves hastalığı
- b) Jodbasedow sendromu
- c) Propiltiourasil alımı
- d) De Quervain tiroiditi
- e) Toksik adenom

Cevap C (Cameron, Current Surgical Therapy, 1998, s.599-603)

Propiltiourasil hipertiroidinin tedavisinde kullanılır.

**70.Postoperatif infeksiyon riskinin en yüksek olduğu ameliyatlar hangisidir?**

- a) Gastroduodenal
- b) Özefagus
- c) Safra yolları
- d) Kolorektal
- e) İnce bağırsak

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, Cilt 1, s.258)

Ameliyat sonrası infeksiyon riski en yüksek olan ameliyatlar kolorektal girişimlerdir. Profilaktik antibiyotik verilmesinin kesin indikasyon olduğu ameliyatlardır. Bu tür ameliyatlarda profilaktik antibiyotik kullanımının yanında mekanik bağırsak temizliği yapılması da gerekir, zira bu uygulama gros fekal materyali ortadan kaldırır. Antibiyotiklerin ek olarak verilmediği ve etkin mekanik temizliğin yapılmadığı olgularda infeksiyon oranı %22-62 arasında (ortalama %40) olarak bildirilmiştir. En sık patojen ajanlar enterik gram negatif basiller, streptokoklar (grup D dahil) ve anaeroblardır (özellikle Bacteroides fragilis, klostridia, pepto-streptokok ve peptokoklar). Kolonda anaerob:aerob bakteri oranı 1000:1'dir.

**71.Gastrointestinal sistemin en fazla hangi bölgesinden sıvı sekresyonu olur?**

- a) Mide
- b) İnce bağırsak
- c) Safra
- d) Pankreas
- e) Kolon

## GENEL CERRAHİ

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi, Cilt 1, s.910 tablo 1)

	Gastrointestinal Sıvıların Günlük Miktarı	
	Günlük Volüm (ml)	pH
Türürük	1000	6.0-7.0
Gastrik sıvı	1500	1.0-3.5
Pankreatik sıvı	1000	8.0-8.3
Safra	1000	7.8
İnce bağırsak sekresyonu	1800	7.5-8.0
Brunner gland salgısı	200	8.0-8.9
Kolon sekresyonu	200	7.5-8.0
Total	6700	

72.Yağlar, gastrointestinal sistemin hangi bölgesinden emilir?

- Mide
- Duodenum
- Jejunum
- İleum
- Kolon

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi, Cilt 1, s.916 tablo 7)

Gıdaların Emilim Yerleri

Yer	Gıdalar
Proksimal ince bağırsak	Yağlar, karbonhidratlar, demir, kalsiyum
Orta ince bağırsak	folik asit, vitaminler
Distal ince bağırsak	Protein, karbohidratlar, folik asit
İnce bağırsak + kolon	Vit. B12, safra tuzları
	Su ve elektrolitler

73.Safranın bağırsaklardan ne kadar emilir?

- %15
- %25
- %50
- %95
- %100

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, Cilt 2, s.1283)

Safra asitler karaciğer tarafından kolesterolden yapılı ve safra kesesinde konsantrasyonu artar ve yemek yenildiği zaman itrah edilmek üzere depo edilirler. Safranın %95'i bağırsaklardan geri emilir ve %5'i dışkı ile dışarı atılır. Bu eksilen miktar karaciğer tarafından tamamlanır.

74.Safra kesesi kanseri için hangisi yanlıştır?

- En sık fundusta yerleşir.
- Prognoz genel olarak iyidir.
- En sık karaciğere metastaz yapar.
- En sık adenokarsinoma görülür.
- Erken evrede belirti vermez.

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi, Cilt 2, s.1288,1289)

Safra kesesi karsinomu az görülmesine rağmen prognozu kötüdür. Karsinom genellikle kolelitiazis ile birlikte bulunur (%90).

Genel olarak fundusta yerleşirler. Boyun kısmında yerleştikleri zaman duktus sistikus tıkanması ve akut kolisitite sebep olurlar. En sıklıkla skiröz tipte görülürler. Safra kesesi duvarı kalındır ve birçok taş ihtiva eder. Teşhis edildikleri zaman birçok hastada safra kesesinin duvarının tamamında tümöral invazyon vardır. Hastaların %80'inde komşu karaciğere ve %50'sinde portal ven, koledok kanalı ve diğer organlara (kolon duodenum, jejunum) infiltrasyon vardır. Bu yolla biliyer fistüller meydana gelir. Hematojen olarak en sık periton, over ve akciğerlere yayılır. En sık (%80) adenokarsinoma görülür.

Erken evreler çok az görülür.

Klinik belirtiler safra taşlarında olduğu gibidir. Ağrı, hal-sizlik, kusma bulunabilir. Safra yolları tutulmuşsa sarılık ve kolanjitin diğer belirtileri ve sağ üst kadranda kitle bulunur. %20 olguda asemptomatiktir. Erken tanı için tipik bir belirti yoktur.

75.Safra kesesi, en sık hangisine fistülize olur?

- Duodenum
- Jejunum
- İleum
- Transvers kolon
- Mide

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi, Cilt 2, s.1313)

Safra kesesi en sık duodenuma fistülize olur.

76.Bağırsak tıkanmalarından bağırsak segmentinde en fazla biriken gaz hangisidir?

- Oksijen
- Karbondioksit
- Nitrojen
- Hidrojen
- Amonyak

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, Cilt 1, s.979,980)

Genellikle tıkanma olan bağırsak segmentinin proksimalinde sıvı ve gaz birikimi olur. Bağırsaklarda biriken gaz başlıca yutulan havadan gelir, daha az oranda da bağırsak hareketlerinin duraklaması, pasajın olmaması sonucu oluşan pütrefaksiyon olayına ikincil ortaya çıkan gazlara bağlıdır. Yutulan havadan gelen azot (N) gazı absorbe olmazken, CO2 ise hızla absorbe olur.

Bağırsak tıkanmalarında bağırsak segmentlerinde biriken gazların oranı

Nitrojen	%70
Oksijen	%12
Karbondioksit	%8
Kükürtlü hidrojen	%5
Amonyak ve aminler	%4
Hidrojen	%1

**77.Hangisi visseral ağrıda görülmez?**

- a) Otonom belirtiler
- b) Bulantı-kusma
- c) Hipotansiyon
- d) Lokalize ağrı
- e) Taşikardi

Cevap D (Sayek, *Temel Cerrahi, Cilt 2, s.1394*)

Karın ağrısı kaynağı, gelişimi ve algılanma mekanizması değişik iki belli başlı tip gösterir. Bunlardan bir tanesi karın organlarının dış yüzeylerini çevreleyen visseral peritondan kaynaklanır, otonom sinir sistemi aracılığı ile iletilir ve beyinde, talamusta algılanır. Bu tür karın ağrısı visseral ağrı olarak adlandırılır. Akut karın tablosuna yol açan rahatsızlıkların birçoğu, başlangıç evrelerinde serozal distansiyon yaratarak bu tür karın ağrısına neden olurlar. Visseral tipte karın ağrısı genellikle bulantı ve bazen de kusma ile birliktedir. Hasta tarafından pek iyi lokalize edilemez ve bazen oldukça şiddetli olmasına karşın, aslında çok da iyi tanımlanamaz. Hastaların bir bölümünün visseral ağrı döneminde huzursuz bir şekilde, kendilerini daha rahat hissedecekleri bir duruş aradıkları gözlemlenebilir.

İkinci tip karın ağrısı, bu tanımladığımızdan tümü ile farklıdır. Bu tip ağrıda, ağırlı uyaran karın boşluğunu örten parietal peritondan kaynaklanır, çevrel sinirler ile merkezi sinir sisteminden iletilir ve beyin korteksinde algılanır. Bu tip karın ağrısı somatik ağrı olarak tanımlanır. Şiddeti tıpkı visseral ağrıdaki gibi, değişken olabilir ama hasta tarafından çok belirgin bir şekilde lokalize edilir. Somatik ağrıyı tetikleyen etmenlerin belli başlıları temas, basınç ve ısı değişiklikleridir.

**78.Periferik anevrizmalar içinde en sık görüleni hangisidir?**

- a) Femoral
- b) Popliteal
- c) Tibial
- d) Karotis
- e) İliyak

Cevap B (Sayek, *Temel Cerrahi, Cilt 2, s.2130*)

Popliteal anevrizmalar:

Periferik anevrizmalar içinde en sık görülen anevrizmalardır. Arteriosklerotik değişikliklerin olduğu durumlarda dizin sık olarak fleksiyonu damarın dilatasyonunda predispozan rol oynar. Keza poststenotik dilatasyonlar yine anevrizma gelişmesinde rol oynarlar. Morfolojik olarak üç tipi vardır:

1. Proksimal: Multilobüler, geniş ve femur kondilinin arkasında yer alır.
2. Orta: Diz eklem mesafesinin proksimal ve distaline uzanır.
3. Distal: Genellikle ilk tipi tipinden daha küçüktür.

Popliteal arter anevrizmaları %25'e varan oranda bilateral olabilirler. Ayırıcı tanılarında Baker kistleri düşünülmelidir.

**79.Akut arter trombozu en sık hangi bölgede görülür?**

- a) Karotis arteri
- b) Orta serebral arter
- c) Mezenterik arter
- d) Aorta
- e) Fossa poplitea

Cevap E (Sayek, *Temel Cerrahi, Cilt 2, s.2111*)

Akut trombozun en sık görülen nedeni aterosklerozis obliteranstır. En sık görüldüğü yerler, femoral arterin Hunter kanalı içindeki bölgesi, fossa popliteadır.

**80.Hangisi pıhtılaşma sırasında tüketilir?**

- a) Faktör I
- b) Faktör II
- c) Faktör VI
- d) Faktör X
- e) Faktör XII

Cevap A (Sayek, *Temel Cerrahi, Cilt 1, s.93*)

Pıhtılaşmayı ilgilendiren önemli mekanizmalardan biri de fibrinolitik sistemdir. Bu sistem, normal fizyolojik düzen içerisinde istenmeyen veya gereksiz miktarlardaki intravasküler fibrin oluşumunu önler, hatta oluşmuş fibrini parçalayıp, eritir. Fibrinolitik sistemin etkili maddesi plazmin (fibrinolizin)'dir. Bu madde kuvvetli bir proteolitik enzim olup, fibrini çok ufak çözünebilir parçalara ayırır (fibrin yıkım ürünleri). Plazminin prokürsörü olan inaktif plazminojeni aktive eden maddeler, kanda, dokularda, çeşitli salgılarda ve özellikle vasküler endotelde bulunur. Çoğu kez bu aktivatörler prokürsör halindedir. Plazmin diğer serin proteazlar gibi rölatif olarak nonspesifiktir. Sadece fibrini değil (FI), faktör II, V, VIII ve muhtemelen IX ve XI'de parçalar. Fibrin ve fibrinojenin parçalanması sonucunda ortaya çıkan yıkım ürünleri suda erir ve heparin gibi antitrombin etkisi gösterirler. Trombosit fonksiyonlarını bozarlar, özellikle akciğerlerde olmak üzere kapiller endotelini zedelerler.

**81.Akut arter tıkanmasında en sık görülen semptom hangisidir?**

- a) Ağrı
- b) Solukluk
- c) Parastezi
- d) Atım yokluğu
- e) Şok

Cevap A (Sayek, *Temel Cerrahi, Cilt 2, s.2109*)

Akut arter tıkanmasında ilk belirti ve en sık rastlanan semptom ağrıdır.

**82.Hangisi yanlıştır?**

- a) Bakteriyemi dolaşımında canlı bakterinin bulunmasıdır.
- b) Absede fluktuasyon meydana gelmişse açılmalıdır.
- c) Lenfanjit sellülitin sınırlanmış şeklidir.
- d) Erizipelde etken A grubu β-hemolitik streptokoklardır.
- e) Septisemi, bakteriyeminin daha şiddetli halidir.

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 1.cilt, s.226,227)

Sellülit: Deri ve deri altı dokusunun yüzeysel yayılan eritematöz inflamasyondur. Bir kaç tipi olmasına rağmen en sık olanı erizelpeldir. Erizipelde etken grup A β-hemolitik streptokoktur (Strept. pyogenes).

Lenfanjit: Sellülitin daha şiddetli bir şekli olup septisemiye kadar ilerleyebilir. Etken genellikle streptokoktur.

Abseler ağrılı, kızamık bir şişlik olarak kendilerini gösterirler. Gaz yapan organizmalara ikincil iseler krepitasyon vardır. Halsizlik, titreme ve terleme ile beraber giden ateş ve lökositöz görülür. Absede fluktuasyon meydana geldiğinde açılmalıdır. Ancak yeterli drenaj sağlanmadığı takdirde kronik bir sinüs veya fistül gelişebilir.

Bakteriyemi dolaşımında canlı bakterinin bulunmasıdır. Septisemi, bakteriyeminin daha şiddetli klinik belirti veren şekli olup titreme, halsizlik, ateş, toksik tablo ve hipotansiyon klasik klinik belirtileridir (SIRS).

**83.Ameliyat sonrası ilk 48 saatte çıkan ve hızla ilerleyen yara infeksiyonlarından en sık hangisi sorumludur?**

- a) Psödomonas
- b) Clostridium
- c) Stafilokoklar
- d) Streptokoklar
- e) Bacillus cereus

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 1.cilt, s.241)

Özellikle ameliyattan sonraki ilk 48 saatte ateşin varlığı veya hastanın genel durumundaki bozulma yaranın infeksiyon açısından gözden geçirilmesini gerektirir.

Ameliyat sonrası ilk 48 saatte ortaya çıkan ve hızla ilerleyen infeksiyonlar, aksi ispat edilene kadar grup A hemolitik streptokoklara ikincil oldukları kabul edilmelidir. Vezikül ve bül oluşması en belirgin özellikleridir. Yara infeksiyonu varlığında nabız yükselmesi ve hastanın apatik olması "Clostridia" infeksiyonunu düşündürmelidir. Ödem ve beyaz-kahverengimsi bir akıntı genellikle vardır. Nekrotizan fasiitis hemolitik streptokok ve/veya stafilokoklar ile anaerobların birlikte olması sonucu ortaya çıkar ve derialtında nekroz belirgindir. Her üç türdeki infeksiyonlarda deri altı amfizemi vardır.

Ameliyat sonrası 4-7 günlerde ortaya çıkan infeksiyonlar stafilokoklar, gram negatif ve gram pozitif diğer organizmalara bağlı olarak gelişirler.

Pseudomonas yara infeksiyonları özel bir durum olup, genellikle yanık, lökopeni, diabetik ketoasidoz, lösemi, aerosol tedavisi ve trakeostomi gibi durumlarda etkindir.

**84.Memede en sık metastazların olduğu lenf grubu hangisidir?**

- a) Rotter lenf nodülleri
- b) Aksillar ven lenf nodülleri
- c) Skapular lenf nodülleri
- d) Supraklaviküler lenf nodülleri
- e) Santral lenf nodülleri

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi, 1.cilt, s.838)

Santral lenf nodülleri: Aksillanın ortasını oluşturan yağ dokusu içindeki ortalama 18-20 adet lenf nodülüdür. Aksillada en kolay palpe edilen lenf nodülü bunlardır. En çok sayıda, en belirgin ve metastazların en sık olduğu lenf nodülleri de bunlardır.

**85.Tromboanjitis obliterans en sık nerede görülür?**

- a) Üst ekstremité
- b) Serebral arterler
- c) Koroner arterler
- d) Alt ekstremité
- e) Visseral arterler

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 2.cilt, s.2114)

Tromboanjitis obliterans primer olarak periferik arterlerin hastalığıdır. En fazla alt ekstremitelerde görülür. Olguların 1/4'inde her dört ekstremité de hastalığa katılır.

En sık rastlanan lokalizasyonlar; alt ekstremitéde a. tibialis anterior, posterior ve plantar arterlerle, üst ekstremitéde radial, ulnar, palmar ve dijital arterlerdir.

Hastalık iltihabi bir karakter gösterir. Arterin bütün tabakalarında bu iltihabi reaksiyon görülür yani panarteritis vardır. Hasta arter kalın bir fibrozis tabakasıyla çevrilidir. Çoğunlukla yandaş ven ile sıkı bir şekilde yapışmış olup ven de hastalığa tutulmuştur ve bir panflebitis vardır. Bu panvaskulitise (panarteritis-panflebitis) sinirler de katılırlar. Bu görünüm, arteriosklerozis ile tromboanjitis arasındaki ayırıcı karakteristik bir bulgudur.

Tromboanjitis obliteransda patoloji segmenterdir. Hasta segmentler arasında normal bölgeler bulunur. Normal ve hastalıklı kısımlar birbirinden kolaylıkla ayırt edilebilir. Arter lümeni trombüle dolarak organik tıkanma meydana gelir ve bunu takiben hasta kısım çevresinde kollateral dolaşım gelişmeye başlar. Prognoz kollateral dolaşıma göre değişir.

**86.Arteriosklerozis obliterans en sık hangi bölgede görülür?**

- a) A. femoralis superfisialis
- b) İliyak arter
- c) Aorta
- d) A. mesenterica superior
- e) A. renalis

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi, 2.cilt, s.2098)

Arteriosklerozis obliterans aorta ve ana dallarının en çok bifürkasyon yerlerinde yerleşir. %33 oranında aorta ve iliak arterlerde, %45 oranında a. femoralis superfisialisde, %19 oranında a. poplitea ve distalinde lokalize olur. Üst ekstremitte arterlerinden a. karotis, a. vertebralis, a. subklavia, a.mezenterika superior ve a. renalis'te yerleşme oranları daha azdır.

En çok lokalize olduğu yer femoropopliteal bölgedir.

**87.Transfüzyona bağlı hemolitik reaksiyonlarda en sık karşılaşılan klinik bulgu hangisidir?**

- a) Dispne
- b) Sarılık
- c) Oligüri
- d) Siyanoz
- e) Allerjik reaksiyonlar

Cevap C (Türkiye Klinikleri, A.Ü.Cerrahi, s.91)

Hemolitik post transfüzyon reaksiyonlarının kliniği şöyle özetlenebilir: %58 oligüri, %56 Hb'üri, %50 hipotansiyon, %40 sarılık, %30 bulantı-kusma, %25 böğür ağrısı, %22 siyanoz-hipotermi, %20 dispne, %18 titreme, %16 diffüz kanamalar, %10 nörolojik bulgular ve %6 allerjik reaksiyonlar. Laboratuvar bulguları ise: serbest Hb>5 mg/dl Hb'üri, serum haptoglobülin <50 mg/dl, verici-alıcı kanı arası antijen uyumsuzluğunun serolojik tayini. Yapılacak en basit test ise bir idrar sondası koyup, çıkan idrarın renk ve volümüne bakmaktır. Ayrıca nakledilen hücrelerin hasta antikorları ile kaplandığını gösteren (+) bir Coombs testi de ilave delil sağlayabilir.

**88.Şilotoraksın en sık sebebi hangisidir?**

- a) Travma
- b) Tümörler
- c) İdiyopatik
- d) Siroz
- e) Filariyazis

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi, 2.cilt, s.1926)

En önemli şilotoraks nedeni (olguların %50'sinde) tümöral infiltrasyondur. En sık görülen tümör lenfomadır (%75). Ekstremsel tümör kompresyonuna, tümöral infiltrasyona veya tümöre yönelik radyoterapiden sonra da şilotoraks görülebilmektedir.

**89.Tiroidin medüller kanseri için hangisi yanlıştır?**

- a) Tiroid C hücrelerinden gelişir.
- b) Kalsitonin seviyesini yükseltir.
- c) İdeal tedavi total tiroidektomi ve santral boyun diseksiyonudur.
- d) Kanserin olduğu tarafa total, karşıya subtotal tiroidektomi yeterlidir.
- e) Radyasyon ve kemoterapi etkisizdir.

Cevap D (Clark, Textbook of Endocrin Surgery, 1.baskı, 1997, s.117; Sayek, Temel Cerrahi, 2.cilt, s.1561)

Medüller tiroid karsinomunun tedavisi cerrahi rezeksiyondur. Hastaların %85-90'ında tümör multisentrik ve bilateral olduğundan, kalan sporadik olguların da hangisinin gerçekten sporadik ya da bir ailesel tipin öncüsü olduğu ameliyat öncesinde saptanamayacağından ameliyatta mutlaka total tiroidektomi ve %50-65 oranda tiroid dışı yayılma ilk ameliyat sırasında da görüldüğünden, santral bölge lenf nodu diseksiyonu yapılmalıdır.

Ameliyat öncesi medüller tiroid karsinomu tanısı olan hastalarda mutlaka feokromasitomanın varlığı araştırılmalı ve varsa önce bilateral adrenaektomi yapılmalıdır. Yine serum kalsiyum ve parathormon düzeyleri kontrol edilmeli ve ameliyatta paratiroidler dikkatlice gözden geçirilmelidir. Bunlar normal bulunursa paratiroidleri korumak, aksi halde total ya da subtotal paratiroidektomi yapmak gerekir.

**90.Memedeki cystosarcoma phylloides'in özelliklerinden yanlış olanını işaretleyiniz.**

- a) Fibroadenomlara benzerler.
- b) Çok büyük boyutlara ulaşabilirler.
- c) Malign veya benign karakterde olabilirler.
- d) Ameliyatla tedavide aksiller diseksiyon mutlak yapılmalıdır.
- e) Lokal nüks oranı (ameliyattan sonra) %50'den fazladır.

Cevap D (Harvey, Cancer Surgery, 1996, s.543; Sayek, Temel Cerrahi, 1.cilt, s.864)

Cystosarcoma phylloides adenofibromanın bir türü olarak kabul edilir. Hızla büyüdüğü için hekime ilk başvuruşta bile büyüklüğü adenofibromalardaki mutad büyüklükten daha fazladır. Genellikle benign bir tümördür.

Klinikte sert, mobil, lobüllü bir kitle olarak ele gelir. Büyüklüğü 3-4 cm'nin üzerindedir.

Cystosarcoma phylloides'in tedavisi etrafında az miktarda meme dokusu ile birlikte tüm kitlenin çıkarılmasıdır.

**91.Aşağıdaki konjenital anomalilerden hangisi mekanik üst sindirim sistemi tıkanması yapabilir?**

- a) Ektopik pankreas
- b) Annular pankreas
- c) At nalı böbrek
- d) Polikistik böbrek
- e) Riedel lobu

## GENEL CERRAHİ

Cevap B (*Schwartz, Principles of Surgery, 6.baskı, 1994, s.1405; Türkiye Klinikleri, s.470*)

Annuler pankreas: ender rastlanılan bir anomalidir. Embriyonel hayatta pankreası oluşturacak olan ventral kısmın sola yani dorsal pankreas dokusuna rotasyonu esnasında duodenumu çepeçevre sarması ile ortaya çıkar, çoğu defa semptom vermez. Semptomlu seyredenlerde pilor stenozu belirtileri ortaya çıkar. Çoklukla karın ağrısı ve bulantı kusma ile seyreder.

### 92.Çocukluğunda hangi kromozomunda gen mutasyonu olanlar tiroid medüller karsinomu adaydırlar?

- a) 17
- b) 10
- c) 18
- d) 7
- e) 11

Cevap B (*Schwartz, Principles of Surgery, 1994, s.1639; Sayek, Temel Cerrahi, 2.cilt, s.1559*)

Diğer kalıtsal olabilecek tümörlerden farklı olarak, medüller tiroid karsinomu ani gelişen bir malign transformasyon değildir. Tümörün ilginç özelliği, tüm tiroid C hücrelerini kapsayan genel bir hiperplazi döneminin öncülük yapmasıdır. Medüller tiroid karsinomunun bu anormal hücrelerden multifokal ve multiklonal olarak geliştiği gösterilmiştir. Bütün bu bulgular onuncu kromozomun DNA'sı tarafından yönlendirilen ve hedef C hücrelerini etkileyen poliklonal hiperplastik bir büyüme uyarısı olması gerektiğini düşündürmektedir.

### 93.Hipertansiyonla birlikte başağrısı, terleme ve çarpıntı triadı aşağıdaki tümörlerden hangisi için karakteristiktir?

- a) İnsülinoma
- b) Glukagonoma
- c) Gastrinoma
- d) Feokromasitoma
- e) Vipoma

Cevap D (*Schwartz, Principles of Surgery, 6.baskı, 1994, s.564; Sayek, Temel Cerrahi, 2.cilt, s.1516*)

Feokromasitomada klinik belirtiler artmış katekolamin salgısına bağlıdır ancak hastaların çoğu semptomatiktir. En sık rastlanan belirtiler hipertansiyon, başağrısı, terleme ve çarpıntıdır. Hipertansiyon sürekli veya paroksizmal olabilir. Özellikle başağrısı, terleme ve çarpıntı triadının hipertansiyon ile beraber olması feokromasitoma için tipiktir. Daha nadir olarak sinirlilik ve anksiyete durumu, tremor, bulantı, kusma, yorgunluk, halsizlik, göğüs ve karın ağrısı, yüzde kızarma ve kilo kaybı görülür.

Yaklaşık %40 hastada safra kesesinde taş olduğu bildirilmektedir. Safra kesesinde taş oluşumunun nedeni katekolaminlerin serbest yağ asit salınımını artırmasıdır. Hastaların %25'inde katekolamin salınımına ikincil miyokardit görülür. Bu etki doğrudan kateko-

### Tablo 6. Modifiye Dukes sınıflandırılması (Aster-Coller)

A Evresi	: Mukozaya lokalize tümör
B Evresi	: B1-Lenf nodu metastazı olmadan muskularis propriaya kadar tümör tutulumu B2-Lenf nodu metastazı olmadan muskularis propriayı invaze eden tümör
C Evresi	: C1-tüm bağırsak duvarı tutulumu ile beraber lenf nodu metastazı C2-Bağırsak duvarını aşmış lezyon ile beraber lenf nodu metastazı

laminlere ve artmış periferik vazokonstriksiyona ikincildir.

### 94.Aşağıdaki seçeneklerden hangisi yanlıştır?

- a) **Familiyal adenomatöz polipozis otozomal dominant geçişli bir sendrom olup, kolonda 100'den fazla poliplerin varlığı ile karakterizedir.**
- b) **Hiperplastik polipler adenomatöz poliplerden 10 kat daha fazladır.**
- c) **Otozomal dominant geçişli Peutz-Jeghers sendromunda gastrointestinal kanser gelişme oranı %2-13'tür.**
- d) **Adenomatöz poliplerde çap büyüdükçe kanser riski artar, bu risk en az villöz tipteki poliplerde görülür.**
- e) **Herediter nonpolipozis kolon kanserine Lynch sendromu denir ve bu kişilerde kolon dışında endometrium, mide ve diğer organ kanserleri de gelişebilir.**

Cevap D (*Schwartz, Principles of Surgery Comparison Handbook, 6.baskı, 1994, s.456-457; Sayek, Temel Cerrahi, 1.cilt, s.1159*)

Kolorektal adenomlar histolojik görünümüne göre tübüler, villöz ve tübülovillöz olmak üzere üç ayrı tipe ayrılır. Genel nüfusun %5-10 kadarında kolorektal adenom bulunduğu hesaplanır. Bunların %75'i tübüler, %10'u villöz, %15'i de tübülovillöz adenomdur.

### 95.Hastanın kolon karsinomu muskularis propriaya kadar yayılmış fakat daha dışarıya taşmamıştır. Lenf nodu negatiftir. Bu durumda Dukes klasifikasyonunun Astler Coller modifikasyonuna göre hangi stage sözkonusudur?

- a) Stage A
- b) Stage B1
- c) Stage B2
- d) Stage C1
- e) Stage C2

Cevap B (*Sabiston, Textbook of Surgery, 14.baskı, 1991, s.948; Sayek, Temel Cerrahi, 1.cilt, s.1173*)

Bkz. Tablo 6.



**96.Kolon polipleri için doğru olan hangisidir?**

- a) Polipektomi yapılan kimsede yeni polip oluşum riski normale göre daha azdır.
- b) Çocuklarda polip en çok puberte çağında görülür.
- c) Polip oluşumunda otoimmünite rol oynar.
- d) En sık rastlanan polip tipi hiperplastik olanıdır.
- e) İfadeleri hepsi doğrudur.

Cevap D (Sayek, *Temel Cerrahi*, 1.cilt, s.1158)

Hiperplastik polip en çok görülen kolorektal polip tipidir. Günlük uygulamada sık karşılaşılmaması nedeni ile iyi bilinmesi gerekir. Alışılacağı konumu rektumdur. Kolon kesimlerinde de rastlanabilir. Otopsielerde 40 yaşın altında %40, üstünde %75 dolaylarında görülür. Sigmoidoskopilerde gözlenen poliplerin büyük çoğunluğu bu gruba girer. Küçük sesil oluşumlardır. Çapları 5 mm'yi nadiren geçer. Klinik belirti vermezler. Malignite potansiyeli yoktur.

**97.A. Thyroidea inferiorlar için hangi ifade doğrudur?**

- a) Arcus aortadan direkt çıkarlar.
- b) A. Carotis externalden çıkarlar.
- c) A. Subclavia'nın trosevikal trunkusdan çıkar.
- d) A. Thyroidea ima'nın dalıdır.
- e) Hepsisi yanlıştır.

Cevap C (Sayek, *Temel Cerrahi*, 2.cilt, s.1523)

Tiroid bezi ortalama ağırlığı 20 g olup bir istmusla birleşen iki loptan oluşur.

Kanlanması superior ve inferior tiroid arterler yoluyla olur. Superior tiroid arter eksternal karotid arterin dalıdır ve hyoid kemik düzeyinden çıkıp aşağı doğru inerek tiroidin üst kutbuna girer. Inferior tiroid arter subklavian arterden çıkan trunkus tirosevikalisin dalıdır ve genellikle orta lateral pozisyonda tiroide girer. Inferior tiroid arter, sağda %2, solda %5 oranında olmayabilir. Bazen (%1.5-12.2) bir aksesuar arter, tiroidea ima olabilir ve arkus aortadan çıkar ve inferiorun tiroide girer.

**98.Sıklıkla tiroidi simetrik büyüyen, lenfoid doku hakimiyeti olan, mikroskopide bazal membranda fragmantasyon ve degenerasyonla epitelial hücre karışıklığı ile oksifilik değişiklikler gösteren (askanazi) hücreleri olan patolojik durum?**

- a) Hashimoto hastalığı
- b) Graves hastalığı
- c) Hipertiroidi
- d) Hipotiroidi
- e) Hepsisi yanlış

Cevap B (Sayek, *Temel Cerrahi*, 2.cilt, s.1539,1540)

Hashimoto hastalığı; kronik lenfositik tiroidit, lenfadenoid guatr isimleriyle de anılan bu hastalık tiroid iltihaplarının en sık görülen şeklidir. Genellikle kadınlarda 40-50 yaş arasında görülür.

Hashimoto hastalığı bir otoimmün olaydır ve tiroid dokusu kendi tiroglobülin ve hücre yapısındaki mad-

delere karşı duyarlı görünmektedir.

Hashimoto hastalığında tiroid simetrik olarak büyür. Doku soluk renkli ve normal tiroid dokusundan daha serttir. Nodüllerin oluşması sık görülür, o nedenle basit guatr veya kanserle karıştırılabilir. Mikroskopik yapıda lenfoid doku hakimdir. Kalan epitel hücreleri geniştir ve oksifilik değişiklikler gösterirler. Bunlara Askenazy hücreleri denir. Zamanla tiroid dokusunun yerini fibröz doku alır.

Hastalar genellikle boyunda hassas bir kitleden şikayet ederler. Çoğunluğu 40-50 yaşlarında kadındır. Çok nadiren solunum güçlüğü gibi bası belirtileri bulunabilir. Hastanın müracaat dönemine göre hipertiroidi, ötiroidi veya hipotiroidi belirti ve bulguları görülebilir. Hastalığın başlangıç dönemlerinde serumda tiroid hormon seviyesi düşünce TSH salgısı artar, bu da tiroid bezini stimüle ederek hormon miktarını artırır. Buna bağlı olarak hipertiroidi belirti-bulguları oluşur. Genellikle hastalığın seyri esnasında ötiroidi olur. Bezde fibrozis artınca da hipotiroidi gelişir.

**99.Tümör stroması içinde amiloid bulunması ile diagnostik olan tiroid tümörü hangisidir?**

- a) Papiller Ca
- b) Folliküler Ca
- c) Medüller Ca
- d) Anaplastik Ca
- e) Hiçbiri

Cevap C (Sayek, *Temel Cerrahi*, 2.cilt, s.1558)

Tiroid karsinomları içinde %4-10, ortalama %6 oranında yer aldığı saptanan bu "medüller karsinom"ların tiroidin diğer neoplazmlarından bazı önemli farkları vardır:

1. Tiroidin tüm diğer tümörlerinden farklı olarak bu tipte stromada amiloid bulunur.
2. İndifferansiye görünümde olsalar bile tiroidin anaplastik karsinomlarına oranla prognozları çok daha iyidir.
3. Hem ailesel ve kalıtsal, hem de sporadik olabilirler.
4. En çok feokromasitoma olmak üzere, sıklıkla başka patolojilerle birlikte tip II multipl endokrin neoplaziler olarak sınıflandırılan sendromların bir parçası olabilirler.
5. Endokrin olarak aktiftirler ve birçok çeşitli peptid salgırlarlar.

**100.Aşağıdakilerden hangisinde hipopotasemi olmaz?**

- a) Kronik diyare
- b) Primer hiperaldosteronizm
- c) Addison hastalığı
- d) Kolon fistülü
- e) Villöz adenoma

Cevap C (Sayek, *Temel Cerrahi*, 1.cilt, s.38)

Serum potasyum düzeyinin 3.5 mEq/L'nin altına düşmesine hipopotasemi (hipokalemi) denmektedir.

## GENEL CERRAHİ

Cerrahi hastalarda sık rastlanılan bir problemdir. Genel olarak nedenlerini şöyle sıralayabiliriz: 1) Böbreklerden aşırı potasyum kaybı, 2) Potasyumun hücre içine geçmesi (hiperinsülinemi, beta adrenerjik aktivitenin artması, hiperaldosteronizm), 3) Potasyumdan fakir sıvıların uzun süre verilmesi, 4) Potasyum eklenmeksizin total parenteral hiperalimentasyon yapılması, 5) Gastrointestinal kayıplar (kusma, sürekli NG boşaltma, ileus, kolon fistülleri, ağır diyareler).

### 101.Cushing sendromu için hangi ifade yanlıştır?

- Nedeni %70 oranında cushing hastalığıdır.
- Kadınlarda 4-10 kat fazladır.
- Trunkal obesite en sık rastlanan klinik bulgudur.
- Nedeni %30 oranında ektopik ACTH sendromudur.
- Dexametazon supresyon testi tanıda yardımcıdır.

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 2.cilt, s.1506)

Cushing sendromunun bu etiolojik nedenleri arasında en sık rastlanılan, hipofizden aşırı ACTH salgılanmasına neden olan ve Cushing hastalığı olarak bilinen ve bunun sonucu gelişen böbrek üstü bezi hiperplazisidir. Cushing sendromu olgularının yaklaşık %70-72'sini oluşturur. Bunların %80-90'ı hipofiz adenomu sonucu ve geri kalan kısmı da aşırı CRF stimulusu sonucu gelişir. ACTH salgılayan ektopik tümörler oldukça seyrek görülmekte ve çoğunlukla akciğerde gelişen "Oat-cell" karsinomu buna neden olmaktadır. Ektopik ACTH sendromu olarak adlandırılan bu tip Cushing sendromu aşırı MSH (melanosit stimüle edici hormon) salgılanması ile birlikte olup, hiperpigmentasyon gösterir.

Cushing sendromu olgularının geri kalan %12-15'ini korteks adenomu, %2-6'sını ise nodüler adrenal displazi (hiperplazi) oluşturur.

Hastalık en çok 30-40 yaşlarında görülür. Bununla beraber 1 yaşından küçük çocuklarda ve 80 yaşın üzerinde de rastlanılmıştır. Kadınlarda erkeklerden 4-10 kat daha siktir.

### 102.Total parenteral beslenme yapılan bir hastada ideal nitrojen/kalori oranı ne olmalıdır?

- 1/50
- 1/100-150
- 1/200-250
- 1/500
- 1/1000

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi, 1.cilt, s.82)

Ekzojen glukoz ve/veya yağ, basit starvasyonda aminoasid mobilizasyonunu suprese eder. Eğer vitamin, elektrolit, mineral ve eser elementler ile birlikte aminoasidler verilirse hastada pozitif nitrojen dengesi ve kalorik denge sağlanabilir. Bu süreç günde yaklaşık 1 g/kg protein ile 150/1 nonprotein kalori/nitrojen oranı gerektirir.

### 103.Periampüller bölge kanserleri için hangisi doğrudur?

- Prognozu en iyi olan pankreas kanseridir.
- En sık ampulla vateri karsinomudur (%80).
- 3/4'ü tanı konulduğunda rezektablardır.
- CEA ve POA yüksekliği ile tanı konulabilir.
- Uzak metastaz olması cerrahi rezeksiyon için kontrendikasyon değildir.

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi, 2.cilt, s.1356,1357, 1359)

Periampüller bölge karsinomlarının %80'i pankreas, %10'u ampulla vateri, %5'i duodenum, %5'i de distal koledokus kökenlidir. Duktus hücrelerinin tüm pankreas hücrelerinin %4'ünü oluşturmalarına karşın, pankreasın ekzokrin kanserlerinin %90'ı duktus hücreleri kökenlidirler. Pankreasın ekzokrin kanserlerinin sadece %1'i asinar hücre kökenlidir.

Papilla duodeni major (ampulla vater), koledok ve pankreas duktus mukozaları ile duodenum mukozasının birleşme yeridir. Bunlardan herhangi birinden obstrüksiyon yapan kanser gelişebilir. Bu bölge kanserleri anatomik yerleşim yerlerinin özelliğinden dolayı erken belirti verdiklerinden olguların 3/4'ünde cerrahi olarak çıkarılmaları mümkündür. Pankreas kanserlerine göre daha az infiltratif ve metastatik potansiyel taşırlar. Papilla tümörleri ortalama 2 cm (1-6 cm) çapında, yumuşak polipoid yapıda ya da yuvarlak papiller pembe renkli, genellikle iyi diferansiye adenokanserlerdir.

Tümör belirleyicilerden CEA ve pankreatik onkofetal antijen (POA) özellikle ameliyat sonrası dönemde rekürrens ve metastazların izlenmesinde yararlı olurlar.

### 104.Meme kanserleri için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- %70-80 olguda tümör multisentriktir.
- %40-50 olguda tümör üst dış kadranda yerleşir.
- 35 yaş altında daha siktir.
- Memedeki kitle olguların %20'sinde vardır.
- Hiçbiri

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi)

### 105.Travmatik duodenal hematomlar için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- Genellikle komplet duodenal obstrüksiyona neden olur.
  - Ayakta direkt batın grafisinde double-bubble şeklinde bir imaj görülür.
  - Çoğu hastalarda hematom kendiliğinden rezorbe olduğundan konservatif yöntemlerle tedavi edilirler.
  - Şayet başka nedenlerle opere edilirse lümen girilmeden hematoma boşaltılmalıdır.
- 1, 2, 3
  - 2, 3, 4
  - 1, 3, 4
  - 1, 3

e) 3, 4 doğrudur.

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi)

106.Şok tablosu ile birlikte yaralının boyun venleri dolgunsa aşağıdakilerden hangisi düşünülmez?

- a) Perikard tamponadı
- b) Boyundaki büyük damar yaralanmaları
- c) Tansiyon pnömotoraks
- d) Hava embolisi
- e) Miyokard infarktüsü veya miyokard konfüzyonu

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi)

107.Vasküler kontraksiyon ve trombosit tıkaçının oluşması için geçen süre aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Kanama zamanı
- b) Pıhtılaşma zamanı
- c) Protrombin zamanı
- d) Trombin zamanı
- e) Parsiyel tromboplastin zamanı

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi)

108.Septik şokun tedavisinde sıvı kaybının düzeltilmesi için verilmesi gereken en uygun solüsyon hangisidir?

- a) Dengeli tüz solüsyonu
- b) Kolloid solüsyonlar
- c) % 5 dextroz solüsyonu
- d) Hipertonik salin solüsyonu
- e) Kan ve taze donmuş plazma

Cevap A (Türkiye Klinikleri, A.Ü.Cerrahi)

109.Serbest oksijen radikalleri hipoksik ortamda aşağıdakilerden hangisiyle ortadan kaldırılır?

- a) Süperoksit pepsidaz
- b) Süperoksit amilaz
- c) Süperoksit dismutaz
- d) Süperoksit oksidaz
- e) Hiçbiri

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi)

110.Strangülasyonlu bağırsak takınmalarında oluşan ağrı tipi hangisidir?

- a) İnflamatuvar
- b) Kolik
- c) İskemik
- d) Perforan
- e) Birleşik

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi)

111.Aşağıdakilerden hangisi meme kanserinde prognozun saptanmasında en önemli kriter kabul edilir?

- a) Tümörün Çapı
- b) Aksilla Lenf Düğümünün Metastatik Durumu
- c) Östrojen Reseptörü Durumu
- d) Elastozis
- e) Ki-67

Cevap B (Bland, 1991, s.342)

112.Pankreatikoduodenektomi ameliyatı endikasyonu olmayan aşağıdaki kanserlerden hangisidir?

- a) Ampulla Vateri
- b) Duodenum
- c) Antrum
- d) Koledok distal uç
- e) Pankreas başı

Cevap C (Schwartz, Principles of Surgery, 3.baskı, s.1371)

113.Primer peritonit için doğru olmayan hangisidir?

- a) En sık etken streptokok ve pnömokoklardır
- b) Solunum yolu enfeksiyonu sonrası görülebilir
- c) Kızlarda daha sıktır
- d) Cerrahi kontrendikedir
- e) Mortalitesi düşüktür

Cevap E (Schwartz, Principles of Surgery, 3.baskı, s.1413)

114.Karaciğer kist hidatiği için en uygun tedavi seçeneği hangisidir?

- a) Medikal
- b) İgne aspirasyonu
- c) Cerrahi
- d) Kemoterapi
- e) Radyasyon

Cevap B (Schwartz, Principles of Surgery, 3.baskı, s.1281)

115.Trafik kazası sonrası uzun zamandır komada olan hastanın en uygun beslenme yolu aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Nazogastrik tüp
- b) Gastrostomi tüpü
- c) Jejunostomi tüpü
- d) Periferik venöz beslenme
- e) Santral venöz beslenme

Cevap C (Schwartz, Principles of Surgery, 5.baskı, s.93-

99)

116.Aşağıdakilerden hangisi elemental diyet için doğru değildir?

- a) Yüksek yerleşimli ince barsak fistüllerinde kullanılabilir
- b) Hiperosmolar nonketotik koma sebebi olabilir
- c) Total mide rezeksiyonu geçiren hastaların büyük çoğunluğunda kullanılmalıdır
- d) Minimum residuel kalır
- e) Beslenme tüpü olmaksızın ağız yoluyla alınabilir

Cevap C (Schwartz, Principles of Surgery, 5.baskı, s.97)

117.MVB yükselmişken ve SGOT ve serum bilirubin düzeyleri normalken laktik dehidrogenazın yükselmesi hangisini akla getirir?

- a) Akut pankreatite işarettir.
- b) Pulmoner enfarktüse işaret eder
- c) Obstrüktif sarılık ilerliyordur
- d) İntestinal akut obstrüksiyon gelişmiştir
- e) Apendiksin perforasyonu andır

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi)

118.Akut pankreatitin en sık görülen komplikasyonu hangisidir?

- a) Apse gelişmesidir
- b) Psödokistlerdir
- c) Respiratuvar komplikasyonlardır
- d) Hipokalsemidir
- e) Hepsi eşit oranda görülür

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi)

119.Karsinoid TM'ler için hangi ifade yanlıştır?

- a) En sık appendiks'de rastlanırlar
- b) İleumda jejunuma kıyasla 8 kat fazla görülürler
- c) İnce bağırsak karsinoidlerin %10'u asemptomatiktir
- d) Karsinoid sendrom %10 olguda görülür
- e) Hindgut karsinoidleri karsinoid sendrom oluşturmazlar

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi)

120.Primer bakteriyel peritonit için hangi ifade yanlıştır?

- a) Gram (-) organizmalar sıklıkla nedendir.
- b) Enfeksiyon polimikrobiyaldir
- c) Sirozlu hastalarda insidans %18'dir.
- d) Asit sıvısının gram boyamasında gram (+) kok varsa tanı kesine yakındır
- e) Tedavisi konservatiftir.

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi)

121.Meme derisi rektaksiyonu hangisinde görülmez?

- a) Meme kanseri
- b) Yağ nekrozu
- c) Fibroadenom
- d) Mandor hastalığı
- e) Duktal ektazi

Cevap C (Türkiye Klinikleri, A.Ü.Cerrahi)

122.Pelvis aşağı kısmında derinden duyulan ve kınkımla artan ağrı varlığında hangisi düşünülmelidir?

- a) Tromboze hemoroid
- b) Derin anorektal abse
- c) Anal fissür
- d) Transsfinkterik fistül
- e) Rektum kanseri

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi)

123.Aşağıdakilerden hangisi meme sarkomuna uyar?

- a) Sık meme tümörüdür
- b) Lenfatik yolla yayılır
- c) Radikal cerrahi tedaviye rağmen prognozu kötüdür
- d) Yumuşak kitle şeklindedir
- e) Hepsi yanlıştır

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi)

124.Karaciğer tümörlerinin karaciğer içi oluşumlarla ilgisini hangi yöntem daha iyi belirler?

- a) Endoskopik USG
- b) Preoperatif USG
- c) İntraoperatif USG
- d) Bilgisayarlı tomografi
- e) Anjiyografi

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi)

125.Hidatidoz konusunda yanlışı işaretleyiniz?

- a) Antihelmintik tedavi cerrahi alternatif değildir.
- b) Medikal tedavi hem pre hem postoperatif kullanılabilir.
- c) Süpüratif kistlerde de medikal tedavi gereklidir.
- d) İnoperabl kistlerde medikal tedavi endikasyonu vardır.
- e) Kistlerin aspirasyonunda önce medikal tedavi uygulanır.

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi)

126."Lit" son eki hangi anlama gelir?

- a) Çamur
- b) Safra
- c) Taş
- d) Sıvı
- e) İltihap

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi)

127.Anal bölge anatomisi ile ilgili açıklamalardan yanlış olanı seçiniz?

- a) Anüs'ün tamamını çok katlı yassı epitel döşer.
- b) İntersfinkterik mesafede bulunan glandlar anüsü nemli tutarlar
- c) İnternal sfinkter bağırsağı saran sirküler liflerin kalınlaşması ile oluşur.
- d) Ekstrenal sfinkter çizgili kas yapısındadır. İstemli kontrol edilir.
- e) Anüsün kanlanması inferior hemoroidal arterden sağlanır.

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi)

128.Ameliyat sonrası devrede hangisi yanlıştır?

- a) Yara enfeksiyonu gelişirse cilt, ciltaltı doku açık bırakılmalıdır.
- b) Kortikosteroid almakta olan hastalarda yara problemi beklenmelidir.
- c) Daha fazla iz bırakmaması için drenler mümkünse ameliyat kesisinde çıkarılmalıdır
- d) İlk 24 saatte görülen ateşin en sık sebebi atelektazidir.
- e) Laparotomiden sonra peristaltizmin dönüşü sırası ile ince bağırsak mide ve kolon şeklindedir.

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi)

129.Bağırsak tıkanmasının nonoperatif tedavisi için yanlış ifadeyi seçiniz?

- a) Fıtık boğulmasının bebeklerde redüksiyonu uygundur.
- b) Yaşlılarda ameliyattan kaçınıp boğulmuş fıtık redükte edilir.
- c) Fıtık redüksiyonundan sonra hasta takip edilmelidir.
- d) İnvajinasyon lavman barite ile düzeltilebilir.
- e) Sigmoid kolon volvulusunun tüple ameliyatsız detorsiyonu mümkündür.

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi)

130.Yaralanmada yanlış ifadeyi seçiniz?

- a) Kafa travması şok sebeplerindedir.
- b) Pelvis kırıkları şok sebeplerindedir.

- c) Femur kırığı şok sebeplerindedir.
- d) Karaciğer yaralanması şok sebeplerindedir.
- e) Dalak yaralanması şok sebeplerindedir.

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi)

131.Krukenberg tümörü nedir?

- a) Meme kanserinin vertebra metastazı
- b) Mide kanserinin over metastazı
- c) Karaciğer kanserinin akciğer metastazı
- d) Prostat kanserinin akciğer metastazı
- e) Kolon kanserinin karaciğer metastazı

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi)

132.Familiyal polipozisli hastaya yapılan diagnostik polipektomide hangi tip polip gelmesi muhtemeldir?

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

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi)

133.İki haftadır devam eden sarılık öyküsü olan ve karın ağrısı anamnezi olmayan 60 yaşında bir hastada ultrasonda görülen safra kesesi hidropsu aşağıda hangisine sekonder olarak gelişmiş olabilir?

- a) Taş nedeniyle koledok kanalı tıkanması
- b) Pankreatit nedeniyle koledok kanalı tıkanması
- c) Pankreas başı kanseri nedeniyle koledok kanalı tıkanması
- d) Akut kolesistit
- e) Alkolik hepatit

Cevap D (Türkiye Klinikleri, A.Ü.Cerrahi)

134.Safra taşının duodenumu eroze ettiği hastalarda ADBG'deki karakteristik bulgu aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Duodenumda genişleme
- b) Safra kesesinde kalsifikasyon
- c) Retroperitoneal mesafede gaz görüntüsü
- d) Biliyer sistemde gaz görülmesi
- e) Rektosigmoid bölgede dolma defekti

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi)

135.Posterior duvarda yerleşen duodenal ülserlerde en çok kanama olasılığı olan arter hangisidir?

- a) Sağ gastroepiploik arter
- b) A. hepatica komunis
- c) Gastroduodenal arter
- d) Sup. mezenterik arter

GENEL CERRAHİ

e) A. kolika media

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi)

136.Heller ameliyatı aşağıdakilerden hangisine uygulanır?

- a) Megakolon
- b) Özofagus kanseri
- c) Akalazya
- d) Regional enteritis
- e) Diyafragmatik herni

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi)

137.Kolon yaralanmaları sıklıkla hangi bölgede oluşur işaretleyiniz.

- a) Sağ kolon ve çekumda
- b) Transvers kolonda
- c) Sol kolonda
- d) Sigmoid kolonda
- e) Rektumda

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi)

138.Kolorektal poliplerle birlikte olmayan klinik sendrom hangisidir?

- a) Familial adenomatöz polipozis
- b) Gardner
- c) Jüvenil polipozis koli
- d) Peutz-Jeghers sendromu
- e) Turcot sendromu

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi)

139.Pankreasta pseudokistin etyolojisinde en sık neden hangisidir?

- a) Pankreatik kanal taşı
- b) Pankreatit
- c) Pankreas travması
- d) Sistoadenokarsinoma
- e) Pankreas tümörü

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi)

140.Pankreatit oluşumuna en çok hangisi neden olur?

- a) Operasyonlar
- b) Virüsler
- c) Travma
- d) Safra taşları
- e) Parazit

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi)

141.Aşağıdaki faktörlerden hangisi torbada bankalanmış kanda bulunmaz?

- a) II
- b) II ve VII
- c) V ve VIII
- d) IX ve X
- e) XI ve XII

Cevap C (Türkiye Klinikleri, A.Ü.Cerrahi)

142.Aşağıdakilerden hangisinde splenektomi yapılmaz?

- a) ITP
- b) Herediter sferositoz
- c) Primer hipersplenizm
- d) Splenik abse
- e) Glikoz-6-fosfat dehidrogenaz eksikliği

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi)

143.Karaciğer kist hidatiği nedeniyle cerrahi girişim geçirecek olan ve diğer yönleri sağlıklı 35 yaşında kadın bir hasta için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Girişim sonrası baldır venlerinde derin ven trombozu gelişme olasılığı %0-2 arasındadır.
- b) Halbuki aynı hasta elektif diz cerrahisi ameliyatı geçirse uyluk venlerinde derin ven trombozu gelişme olasılığı %20 dolaylarındadır.
- c) Aynı hasta kist hidatik cerrahisi geçirdiğinde uyluk venlerinde derin ven trombozu gelişme olasılığı %0.5'den fazla değildir.
- d) Hastada eski miyokard enfarktüsü hikayesinin olması derin ven trombozu riskini en fazla 2 misli artırır.
- e) Bu hastanın akciğer embolisi riski %0.02 dolaylarındadır.

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi)

144.Anemnezinde familiyal polipozis hikayesi olan bir hastanın yapılan diagnostik kolonoskopisinde birkaç adet polipektomi yapıldığında aşağıdakilerden hangisi en sık görülür?

- a) Villöz adenom
- b) Hiperplastik polip
- c) Adenomatöz polip
- d) Retansiyon polipleri
- e) Pseudopolip

Cevap C (Sayek, Temel Cerrahi)

145.Safranın karaciğerden direkt safra kesesine akmasını sağlayan (Hepatokolesistik) duktusa ne ad verilir?

- a) Duktus koledokus
- b) Duktus hepatikus
- c) Pecquet kanalı
- d) Luschka kanalı
- e) Wirsung kanalı

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi)

146.Cushing'te aşağıdakilerden hangisi görülmez?

- a) Hipoglisemi
- b) Aydede yüzü
- c) Osteoporozis
- d) Buffalo hamp
- e) Sentripedal yağlanma

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi)

147.Behçet sendromu için yanlış olanı işaretleyiniz.

- a) Nedeni belli değildir.
- b) Esofagusta perforasyon yapabilir.
- c) Normal kolon mukozasında multipl derin ülser oluşturur.
- d) Retinal vaskülit yapar.
- e) Erken yaşta saç dökülmesi sıktır.

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi)

148.Vagotomiden sonra aşağıdakilerden hangisi görülmez?

- a) Gastrin azalır.
- b) İntrensek faktör azalır.
- c) HCl azalır.
- d) Diyare
- e) Safra kesesi taşı

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi)

149.Gizli kanama ile en sık anemiye sebep olan aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Rektum Ca
- b) Sol kolon Ca
- c) Transvers kolon Ca
- d) Meckel divertikülü
- e) Sağ kolon Ca

MEDİTEST Cilt 9, Sayı 6, 2000

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi)

150.Aşağıdakilerden hangisi hepatosellüler karsinom için inoperabilite kriteri değildir?

- a) Uzak metastaz
- b) İki lobun birlikte tutulumu
- c) Porta hepatisteki yapıların invazyonu
- d) Tıkanma sarılığı
- e) Yoğun asit

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi)

151.Kronik karaciğer hastasında aşağıdakilerden hangisi daha büyük tanınal öneme sahiptir?

- a) Alkalen fosfataz
- b) LDH
- c) Protrombin zamanı
- d) Albumin
- e) AFP

Cevap D (Türkiye Klinikleri, A.Ü.Cerrahi)

152.Hangisi hidatik kistlerin komplikasyonu değildir?

- a) Sarılık
- b) Biliyer fistül
- c) Nüks hidatik kist
- d) Eozinofili
- e) Anafaksi

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi)

153.Aşağıdaki bilgilerden hangisi yanlıştır?

- a) USG'de safra yolları genişliğinde hastaya ERCP endikasyonu doğar.
- b) USG'de genişlemiş safra yolları olan hastaya tanı için PTK yapılır.
- c) PTK bir direkt kolanjiografi yöntemidir.
- d) PTK, tıkanmanın yerini ve tedavi yöntemini pre-operatif dönemde belirleyebilir.
- e) PTK'da safra örneğinden sitopatolojik tetkikle tanıya gidilebilir.

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi)

154.Hangi halde karaciğer biyopsisi kontrendike değildir?

- a) Hemanjiom
- b) Ekinokokal kist varlığında
- c) Eş grubtan kan bulmadaki güçlük
- d) Koopere olmayan hasta

e) Fibrolameller tip hepatosellüler Ca

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi)

155. Hangisi kolon polipleri için doğrudur?

- 1) Sol kolon distalinde daha çok rastlanır.
  - 2) 4. level'deki malignleşmede submukozaya ulaşan malign hücre vardır.
  - 3) Epitelial poliplerin yaklaşık %10'u villöz adenomdur.
  - 4) Büyük villöz adenom hipopotasemik alkalozaya sebep olabilir.
  - 5) Malignite potansiyeli polip büyüklüğü ile doğru orantılıdır.
  - 6) Tübülovillöz adenomların yaklaşık %20'si maligndir.
- a) 1-2-5-6
  - b) 2-3-5-6
  - c) 3-4-5-6
  - d) 1-3-5-6
  - e) 1-4-5-6

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi)

156. Baryumlu çift kontrast kolon tetkikinin 1 cm'den küçük poliplerin tanınmasındaki duyarlılığı ne kadardır?

- a) %10-25
- b) %30-40
- c) %45-60
- d) %60-75
- e) %80-90

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi)

157. Akut mezenter iskemisinde hangisi ana etyolojik faktör olarak düşünülmemelidir?

- a) Atriyal fibrilasyon
- b) Koroner arter yetmezliği
- c) Mitral stenozu
- d) Aorta valvülü replasmanı
- e) Miyokart enfarktüsü

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi)

158. Hemen hemen travmanın tamamına yakınında organizma endokrin yanıt olarak ilk cevabı hormonlardan bir tanesiyle başlatır. Diğerleri ise onun peşi sıra salgılanır. Bu hormon hangisidir?

- a) ADH
- b) TSH
- c) LH
- d) ACTH

e) FSH

Cevap D (Schwartz, Principles of Surgery, 1974, 1.cilt, s.7)

159. Hangisi sarılık oluşturmaz?

- a) Koledokta taş
- b) Periampuller tümör
- c) Sistik kanalda taş
- d) Koledokta striktür
- e) Primer sklerozan kolanjit

Cevap C (Maingot, Abdominal operation, 5.baskı, Gallbladder and bileducts, 6.baskı, s.928-1184)

160. Akut apandisitte semptom sıralaması nasıldır?

- a) Bulantı-kusma-ağrı-lökositoz-ateş
- b) Lökositoz-ateş-ağrı-bulantı-kusma
- c) Ateş-bulantı-lökositoz-ağrı-kusma
- d) Ağrı-ateş-lökositoz-bulantı-kusma
- e) Ağrı-bulantı-kusma-ateş-lökositoz

Cevap E (Bumin, Sindirim Sistemi Cerrahisi, 2.cilt; Jones, Emergency Abdominal Surgery, 2.baskı; Cameron, Current Surgical Therapy, 4.baskı, 1992, s.217; Cameron, Current Surgical Therapy, 5.baskı, 1996)

161. Hangisi rektum kanseri için yanlıştır?

- a) Çoğu adenokanserdir.
- b) Tümörün tanı, değerlendirme ve sınıflandırılmasında rektal tuşe, rektosigmoidoskopi, komputere tomografi ve transrektal ultrasonografi önemlidir.
- c) Hastaların hepsine abdomina perineal rezeksiyon ve kalıcı kolostomi (miles operasyonu) uygulanır.
- d) Karaciğer metastazı varlığı kötü prognozu gösterir.
- e) Operasyon sonrası 5 yıllık sağ kalım %50 civarında olup, ölümlerin %20-30'u lokal nüks veya uzak metastazlar sonrasındır.

Cevap C (Schwartz, Principles of Surgery Comparison Handbook, 6.baskı, 1994, s.458-461)

162. Kolonun akut psödoobstrüksiyon tablosu için hangisi yanlıştır?

- a) Bu tablo Ogilvie sendromu olarak da bilinir.
- b) Mekanik bir obstrüktif lezyon olmadan masif kolonik distansiyon söz konusudur.
- c) Cerrahi girişim tek tedavi seçeneğidir.
- d) İlk bulgu ağrı ve hassasiyet olmaksızın abdominal distansiyondur.



- e) Çekum perforasyon riski dekompresyon yapılmaz ise yüksektir.

Cevap C (Way, *Current Surgical Diagnosis and Treatment*, 10.baskı, 1994, s.652)

- 163.Tiroid papiller karsinomalı hastada AGES sistemine göre yüksek riskli hasta grubuna dahil olmayanı işaretleyiniz.

- a) 50 yaşının üstünde kadın hasta  
b) Papiller karsinomanın Tall Cell tipi  
c) Komşu dokuların invazyonu  
d) 40 yaşından genç erkek hasta  
e) Maksimal çapı 4 cm'den büyük tiroid papiller karsinoması

Cevap D (Clark, *Textbook of Endocrine Surgery*, 1997, s.643-649)

- 164.80 yaşındaki obstrüktif ikteri olan hastada nedeni belirlemede ilk müracaat edilecek tanı yöntemi hangisidir?

- a) ERCP  
b) Ultrasonografi  
c) CT  
d) Biliyer sintigrafi  
e) Perkütan transhepatik kolanjiyografi

Cevap B (Schwartz, *Principles of Surgery*, 7.baskı, 1999)

- 165.Aşağıdaki fizik muayene bulgularından hangisi, obstrüktif biliyer hastalıktan ziyade kronik karaciğer hastalığı bulgusu değildir?

- a) Asit  
b) Ciltte ksantomalar  
c) İleri derecede sarılık  
d) Splenomegali  
e) Spider anjiomata

Cevap C (Schwartz, *Principles of Surgery*, 7.baskı, 1999)

- 166.Hangisi ileri evre mide kanseri anamnez ve muayene bulgusu değildir?

- a) Palpabl supraklavikuler (Virchow) lenf nodu  
b) Rektal muayenede palpabl kitle (Blummer rektal şelfi)  
c) Palpabl peri-umbilikal (Sister Mary Joseph) lenf nodu  
d) Assit  
e) Süratli kilo kaybı

Cevap E (Feig, *Anderson Surgical Oncology Handbook*, 2.baskı, 1999, s.141)

- 167.Aşağıdaki hastalıklardan hangisi kolanjite neden olmaz?

- a) Koledolitiazis  
b) Safra yollarının malign tümörleri  
c) Benign striktürleri  
d) Biliyoenterik anastomozlar  
e) Portal hipertansiyon

Cevap E (Sabiston, *Textbook of Surgery*, 14.baskı, 1991, s.966)

- 168.Karaciğer transplantasyonunda en iyi sonuç hangi hastalıkta alınmaktadır?

- a) Hepatosellüler karsinom  
b) Akut fulminan hepatit  
c) Primer biliyer siroz  
d) D hepatiti  
e) C hepatiti

Cevap C (Alican, *Transplantasyon*, 1.baskı, 1993, s.133)

- 169.Karaciğer metastazlarını belirlemede en yüksek duyarlılık ve özgüllüğü olan biyokimyasal testler aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Alkalen fosfataz ve gama glutamil transferaz  
b) Alkalen fosfataz ve aspartat amino transferaz  
c) Alanin amino transferaz ve aspartat amino transferaz  
d) Karsinoembriyjenik antijen ve Ca 19-9  
e) CA 15-3 ve CA-125

Cevap A (Garden, *Hepatobiliary and Pancreatic Surgery*, 1.baskı, 1997, s.116)

- 170.Pankreatik abse ve enfekte nekrozundan en fazla sorumlu olan etkenler aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Staf. aureus  
b) E.coli  
c) Candida  
d) Psödomonas  
e) Strep. bovis

Cevap B (Garden, *Hepatobiliary and Pancreatic Surgery*, 1.baskı, 1997, s.285)

- 171.Aşağıdakilerden hangisi mide kanseri için risk faktörlerinden biri değildir?

- a) Adenomatöz polipler

GENEL CERRAHİ

- b) Kronik atrofik gastrit
- c) Pernisiyöz anemi
- d) Uzun süreli H2 reseptör blokörü kullanımı
- e) Alkalen reflü gastrit

Cevap D (Feig, Anderson Surgical Oncology Handbook, 2.baskı, 1999, s.140)

172.Yara iyileşmesinde kollajen yapısını oluşturan en önemli aminoasit hangisidir?

- a) Hidroksiprolin
- b) Histidin
- c) İzolösin
- d) Fenilalanin
- e) Treonin

Cevap A (Sabiston, Textbook of Surgery, 1997, s.212)

173.Erişkin kemiğindeki kollajen en çok hangi tiptedir?

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

Cevap A (Sabiston, Textbook of Surgery, 1997, s.212)

174.Serum CA 15-3 yüksekliği hangi organ malignensisini akla getirir?

- a) Mide
- b) Pankreas
- c) Kolon
- d) Meme
- e) Tiroid

Cevap D (Sabiston, Textbook of Surgery, 1997, s.536)

175.Laparoskopik insuflasyonda en çok tercih edilen gaz hangisidir?

- a) Karbondioksit
- b) Ortam havası
- c) Oksijen
- d) Nitrojen
- e) Helyum

Cevap A (Sabiston, Textbook of Surgery, 1997, s.792)

176.Hangisinde kolon kanseri gelişme riski en yüksektir?

- a) Familial polipozis

- b) Juvenil polip
- c) Peutz-Jeghers Sendromu
- d) Hiperplastik polip
- e) İnflamatuvar polip

Cevap A (Schwartz, Principles of Surgery, 1997, s.1266-1267)

177.Semilunar çizgiden çıkan fitiklar ne ad alırlar?

- a) İnsizyonel herni
- b) Umbilikal herni
- c) Epigastrik herni
- d) Spigel herni
- e) Lumbar herni

Cevap D (Schwartz, Principles of Surgery, 1997, s.1536-1537)

178.Aşağıdaki durumlardan hangisinde kolelitiyazis insidansı normal popülasyona göre artmış değildir?

- a) Hızlı kilo kaybı
- b) Kısa bağırsak sendromu
- c) İleum hastalığı olanlar
- d) Ürolitiyazis
- e) Total parenteral beslenme alanlar

Cevap D (Cameron, Current Surgical Therapy, 1998, s.403-405)

179.Aşağıdakilerden hangisi akut pankreatit etiyolojisinde rol almaz?

- a) Safra taşları
- b) Alkol
- c) ERCP
- d) Hiperparatiroidizm
- e) Ülseratif kolit

Cevap E (Cameron, Current Surgical Therapy, 1998, s.487-493)

180.Aşağıdaki organ hastalıklarından hangisi sağ omuz ağrısı yapmaz?

- a) Diyafragma
- b) Safra kesesi
- c) Dalak
- d) Karaciğer
- e) Safra yolları

Cevap C (Zinner, Maingot's Abdominal Operations, 10.baskı, 1997, s.351-359)

181.Mide kanserlerinin en sık rastlanan histopatolojik tipi hangisidir?

- a) Skuamoz karsinom

- b) Adenokarsinom
- c) Adenoskuamöz karsinom
- d) Leiomyosarkom
- e) Lenfoma

Cevap B (Zinner, Maingot's Abdominal Operations, 10.baskı, 1997, s.999-1028)

- 182.Aşağıdakilerden hangisi vitellin kanal kalınlığıdır?
- a) Pankreas divisum
  - b) Duodenal duplikasyon
  - c) Meckel divertikülü
  - d) Çekum duplikasyonu
  - e) Rektovajinal fistül

Cevap C (Zinner, Maingot's Abdominal Operations, 10.baskı, 1997, s.289-313)

- 183.Kalıcı kolestomi uygulaması en sık hangi hastalık için uygulanır?
- a) Çekum tümörü
  - b) Çıkan kolon tümörü
  - c) Transvers kolon tümörü
  - d) Sigmoid kolon tümörü
  - e) Rektum tümörü

Cevap E (Zinner, Maingot's Abdominal Operations, 10.baskı, 1997, s.427-460)

- 184.Aşağıdaki tedavi şekillerinden hangisi soliter rektal ülser tedavisinde en kabul edilebilir olanıdır?
- a) Lokal eksizyon
  - b) Koterizasyon
  - c) Rektopeksi
  - d) Skleroterapi
  - e) Anal dilatasyon+ülserin sütüre edilmesi

Cevap C (Cameron, Current Surgical Therapy, 1998, s.202-205)

- 185.Hemoroid tedavisinde uygulanan band ligasyonu için hangisi yanlıştır?
- a) Başka bir perianal hastalık varlığında uygulanabilir.
  - b) Tek seansta en çok 1-2 band uygulanır.
  - c) Hastada meme implantı varsa uygulanmamalıdır.
  - d) Band uygulamasından sonra 10-14 gün sonrasına kadar dikiş gerektiren kanamalar olabilir.
  - e) Bu uygulamalardan sonra cerrahi gerektiren nekrotizan selülit gelişebilir.

Cevap A (Cameron, Current Surgical Therapy, 1998,

s.267-272)

- 186.İnguinal fitik ameliyatlarından sonra kronik ağrının varlığı neyi düşündürür?

- a) N. ilioinguinalis yaralanması
- b) N. iliohipogastrikus yaralanması
- c) N. genitofemoralis yaralanması
- d) N. iliohipogastrikus yaralanması
- e) XI. interkostal sinir yaralanması

Cevap C (Hardy, Surgery, 2.baskı, 1988, s.784-807)

- 187.Yaralanma sonrası katabolizmayı azaltmak için hangisi kullanılabilir?

- a) Kortizol
- b) İnsulin ve insulin like growth faktor
- c) Glukagon
- d) Katekolaminler
- e) Antidiüretik hormon

Cevap B (Nyhus, Mastery of Surgery, 3.baskı, 1997, s.3-21)

- 188.Travmaya ve enfeksiyona karşı nöroendokrin cevapta uyarıcı olarak rol oynamayan hangisidir?

- a) Kanama
- b) Üçüncü boşluğa sıvı kaçıışı veya akut ısı artışı
- c) Ağrı
- d) pH, pO<sub>2</sub>, PCO<sub>2</sub> değişikliği
- e) Aşırı idrar atımı

Cevap E (Nyhus, Mastery of Surgery, 3.baskı, 1997, s.3-21)

- 189.Karaciğer fokal nodüler hiperplazisi için yanlışı işaretleyiniz.

- a) Hastaların %90'ı asemptomatiktir.
- b) Oral kontraseptifler etyolojide en önemli faktördür.
- c) Elektif cerrahi tedavi nadiren endikedir.
- d) Spontan rüptür sık değildir.
- e) %20 vakada multipl kitleler vardır.

Cevap B (Zinner, Maingot's abdominal operations, 10.baskı, 1997, s.1447-1460)

- 190.Karaciğer adenomları için yanlışı işaretleyiniz.

- a) Hastaların %80'i lezyonla ilişkili semptomlara sahiptir.

- b) Oral kontraseptif kullanımı ile yakın ilişkilidir.
- c) Oral kontraseptif kullanan hastalarda ilaç ke-silse bile lezyon gerilemez.
- d) Rüptür riski %30'lara kadar yükselir.
- e) Malign transformasyon olabilir.

Cevap C (Zinner, Maingot's abdominal operations, 10.baskı, 1997, s.1447-1460)

191.Mide kanseri için yanlışı işaretleyiniz.

- a) %95'ten fazlası adenokarsinomdur.
- b) Son yıllarda proksimal tümör oranı yükselmiştir.
- c) Erken mide kanserinde 5 yıllık sürvi %85'ten fazladır.
- d) Proksimal mide tümörlerinde prognoz distal tümörlerden daha iyidir.
- e) Radyoterapi surviyi genellikle çok az etkiler.

Cevap D (Zuidema, Shackelford's Surgery of the Alimentary Tract, 4.baskı, 1996, s.88-96)

192.Memenin fibroadenomunu için yanlışı işaretleyiniz.

- a) Otuz yaş altındaki kadınlarda en sık benign meme hastalığıdır.
- b) Gebelik esnasında küçülme eğilimindedirler.
- c) 2 cm'den büyük veya büyüme eğilimindeki fibroadenomlar eksize edilmelidir.
- d) Menopozdan sonra involüsyona uğrar.
- e) Mammografi ve ultrasonografide keskin sınırlı olarak görülürler.

Cevap B (Schwartz, Principles of Surgery, 1997, s.531-594)

193.Gastrik ülserler için yanlışı işaretleyiniz.

- a) Pik insidans 55-65 yaş arasındadır.
- b) Tıbbi tedaviye direnç cerrahi endikasyonudur.
- c) Vakaların 2/3'ünde ülser incisura angulariste veya üzerindedir.
- d) Vakaların önemli bir kısmında hiperasidite vardır.
- e) %10 vakada altta yatan malignensi vardır.

Cevap D (Zuidema, Shackelford's Surgery of the Alimentary Tract, 4.baskı, 1996, s.80-87)

194.Kalın bağırsak tıkanmaları için yanlışı işaretleyiniz.

- a) En sık neden kolorektal kanserlerdir.
- b) Perforasyon riski en çok çekumdadır.
- c) En sık sol kolon tıkanır.
- d) Oglivie's sendromu bilinenin aksine oldukça sık obstrüktif bir nedendir.
- e) Vakaların büyük bir çoğunluğunda cerrahi müdahale uygun tedavi şeklidir.

Cevap D (Cameron, Current Surgical Therapy, 1998,

s.186-191)

195.Akut pankreatit için yanlışı işaretleyiniz.

- a) Yaklaşık %85'i hafif formdadır.
- b) Safra yolları hastalığı ve alkol vakaların %80'inde nedendir.
- c) ERCP (endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi) sonrası %10-15 pankreatit oluşur.
- d) Safra taşı pankreatitinde amilaz seviyesi alkol pankreatitinden daha yüksek seyeder.
- e) Hastaların %95'inde amilaz yüksektir.

Cevap C (Zuidema, Shackelford's Surgery of the Alimentary Tract, 4.baskı, 1996, s.18-35)

196.Akut apandisit için yanlışı işaretleyiniz.

- a) Appendiks lümenini tıkayan gaita en sık nedendir.
- b) Ultrasonografinin spesifite ve sensitivitesi %50'nin altındadır.
- c) Cerrahi aciller arasında en yüksek yanlışı teşhis oranına sahiptir.
- d) Popülasyonda en düşük apandisit gelişme oranı bebeklerde dir.
- e) Tüm cerrahi operasyonların %1'ini oluşturur.

Cevap B (Zuidema, Shackelford's Surgery of the Alimentary Tract, 4.baskı, 1996, s.140-149)

197.Kolorektal polipler için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Juvenil polipler malignleşmez.
- b) Villöz adenomlar malignite potansiyeli en yüksek olanlardır.
- c) Polip sapındaki invazyon radikal cerrahi gerektirir.
- d) Polibin malignleşmesi ile çap arasında doğrudan bir ilişki yoktur.
- e) Tübüler adenomlar en az malignite riski olan adenomatöz poliplerdir.

Cevap D (Schwartz, Principles of Surgery, 1997, s.1191-1306)

198.Adullarda en sık alt gastrointestinal kanama nedeni hangisidir?

- a) İskemik kolit
- b) Kanser/polip
- c) Hemoroidler/fissürler
- d) Anjiodisplaziler
- e) Divertikülozis

Cevap C (Schwartz, Principles of Surgery, 1997, s.1191-1306)

199. Aşağıdakilerden hangisi profilaktik kolesistektomi endikasyonu değildir?

- a) Sickle cell anemi
- b) Kalsifiye safra kesesi
- c) Non fonksiyone safra kesesi
- d) İleri yaş
- e) 2.5 cm'den büyük çaplı taşların varlığı

Cevap D (Schwartz, Principles of Surgery, 1997, s.1367-1400)

200. Aşağıdaki faktörlerden hangisi postoperatif rekürrent ülser oluşumundan sorumludur?

- a) Kısa afferent ans
- b) Primer hipertiroidizm
- c) Gastrinoma
- d) Absorbabl sütür materyalinin kullanımı
- e) Antral G-cell hipofonksiyonu

Cevap C (Schwartz, Principles of Surgery, 1997, s.1123-1152)

201. Aşağıdakilerden hangisi gastrik kanser gelişimi için predispozan bir faktör değildir?

- a) Kronik atrofik gastrit
- b) Hipoklorhidri
- c) Adenomatöz polip
- d) Geçirilmiş gastrik cerrahi
- e) Pernisiyöz anemi

Cevap D (Schwartz, Principles of Surgery, 1997, s.1123-1152)

202. Aşağıdakilerden hangisi ince bağırsağın adenokarsinomları için predispozan faktör değildir?

- a) Çöliyak sprue
- b) Crohn hastalığı
- c) Gardner sendromu
- d) Meckel divertikülü
- e) Familial adenomatöz polipozis

Cevap D (Schwartz, Principles of Surgery, 1997, s.1153-1189)

203. Karsinoid tümörler için aşağıdakilerden hangisi doğru değildir?

- a) İnce bağırsak tümörlerinin yaklaşık %20'sini teşkil ederler.
- b) Nöroendokrin tip tümörlerdir.
- c) Yaklaşık %90'ında plazma serotonin düzeyi artmıştır.
- d) Karsinoid tümörlerin en etkili tedavisi somostatindir.
- e) Hepatik metastazlı olgularda ortalama sürvi 3 yıldır.

Cevap C (Zinner, Maingot's Abdominal Operations, 10.baskı, 1997, s.1173-1187)

204. Deri flepleri için hangisi yanlıştır?

- a) Mikrocerrahi yöntemiyle yapılan deri flebi nakilleri daima aksiyel patternlidir.
- b) Random patternli flepler bilinen bir arterce beslenirler.
- c) Aksiyel patternli flepler arteriyel beslenme açısından bilinen bir arter içermezler.
- d) Deri flepleri avasküler aktarımlardır.
- e) Deri flepleri aktarım sonrası 4. veya 5. günde revaskülarize olurlar.

Cevap A (Türkiye Klinikleri, A.Ü.Cerrahi)

# KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM

## 1. Doğru cümleyi işaretleyiniz.

- Primer oositler, primordiyal follikül içinde yer alırlar.
- Tek sıra epitelle çevrili folliküle, primer follikül denir.
- İkinci kutup cismi kapasitasyon esnasında atılır.
- Overin yalnız üç tarafı peritonizedir.
- Graf follikülü ileri yaşta kalan folliküllerdir.

Cevap A (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.37*)

Primordiyal folliküller, kortekste ve hemen tunika albuginea altında yer alırlar. Doğumda ovaryumda bulunan tek follikül türü bunlardır. Gonadotropinlerin, özellikle FSH stimülasyonu ile gelişerek primer follikülleri yaparlar. Primordiyal follikülde, primer oosit bazal lamina üzerine oturmuş, tek katlı yassı epitelle sarılıdır.

## 2. Doğru cümleyi belirtiniz.

- Makadi gelişte servikal yırtıklar fazla olur.
- Simfizis pubis üst kısmı ile promontoryum arasına konjugata obstetrika denir.
- Bacakların atel gibi vücudun önünde uzandıkları gelişte tam makat gelişte denir.
- Kolların çıkımında leopold manevrası yapılır.
- Makad gelişte fetus pelvise inter trokanterik çapla prezentasyon yapar.

Cevap E (*Ersoy, Türkiye Klinikleri Kadın-Doğum Ders Notları, 2000, s.173*)

Doğumların %3-4 kadarı makadi doğumdur. En sık görülen prezentasyon anomalisidir. Bu oran 5. ayda %40, 7. ayda %9-15, 8. ayda %6, 40. haftada %3 olarak gerçekleşir.

Türleri; saf makat gelişte, tam makat gelişte, gayri tam makat gelişte, tam ayak gelişte, gayri tam ayak gelişte, diz gelişte olarak sayılabilir. En çok görülen saf makat geliştedir.

## 3. Doğru olanı bulunuz.

- Testiküler feminizasyonda kusur reseptör yokluğudur.
- Polikistik over sendromlu hastanın overinde yüksek LH salımı vardır.
- Galaktore daima patolojik bir nedenden ileri gelir.
- Hipotalamik amenorede ovulasyon klomifen sitrata iyi cevap verir.
- Stein-Leventhal sendromunda luteal faz yetmezliği sık görülür.

Cevap A (*Ersoy, Türkiye Klinikleri Kadın-Doğum Ders Notları, 2000, s.25*)

Komplet testiküler feminizasyon; X'e bağlı, androjenin intrasellüler reseptöründen sorumlu reseptör geni ile genetik geçiş gösterir. Androjene tam duyarlılık ve MIF aktivitesi mevcuttur. Wolff kanalından meydana gelen yapılar mevcut değildir. Sadece ürogenital sinüsten köken alan yapılar mevcuttur. Gonadlar inguinal kanalda, abdomen, labiyum veya embriyonik testisin iniş yapabileceği her yerde olabilir. Uterus ve tüpler vardır. Vagina kısa ve kördür. Dış genital sistem ve fenotip dişidir. Plazma testosteron seviyesi normaldir. Primer amenorelerin %10 kadarını meydana getirir. Geç dönemde gonadal tümör meydana gelebilir. 16-18 yaşlarında gonadektomi ile endojen hormon değişikliği ve puberteye düzenli geçiş sağlanır.

## 4. Aşağıdakilerden hangisi meme Ca için risk faktörü değildir?

- Obezite
- Sigara kullanımı
- Geç doğum
- Akrabada meme Ca
- >40 yaş

Cevap B (*Danforth, Obstetrik ve Jinekoloji, s.711*)

Sigara ve kafein alımıyla meme Ca gelişimi arasında ilişki yoktur.

## 5. Rh profilaksisinde Anti D immun globulin yapımı için en uygun zaman aşağıdakilerden hangisidir?

- İlk trimester
- Doğumdan sonra 5.gün
- Doğumdan sonra ilk 72 saat
28. hafta gebelik
- c+d

Cevap E (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.1602*)

Ülkemizde genel olarak etkilenmemiş Rh negatif kadınlara, doğum sonrası alınan bebek kan grubu Rh (+) ve Direkt Coombs testi (-) ise ilk 72 saat içinde uygulama yapılması yaygınlık kazanmıştır. Gebenin ABO kan grubu Rh tayini yapıldıktan sonra periyodik antikor taramaları başlatılır, 28. gebelik haftasında Rh (D)-negatif gebenin antikor taraması negatif ise antenatal profilaksi için intramusküler 300 µg Rhlg yapılır.

**Tablo 1.** Prcilla White sınıflandırması

Sınıf A:	Herhangi bir yaşta başlayan ve süren, yalnızca diyet ile tedavi edilen, gebelikten önce tanı konmuş kimyasal diyabet.
Sınıf B:	20 yaşından sonra başlayan ve 10 yıldan daha az süren, gebelikten önce insülin tedavisi gerektiren diyabet.
Sınıf C:	10-19 yaşında başlayan (C1) veya 10-19 yıldır devam eden (C2)
Sınıf D:	10 yaşından önce başlayan (D1) veya 20 veya daha fazla yıldır süren (D2) veya kronik hipertansiyon (D5) veya zeminde retinopati (D3) veya bacak damar kalsifikasyonu (D4) bulunan
Sınıf E:	Pelvik vasküler hastalık (radyolojik olarak)
Sınıf F:	Renal hastalık (500 mg/gün'den fazla proteinüri)
Sınıf H:	Koroner arter hastalığı
Sınıf R:	Proliferatif retinopati
Sınıf RF:	Hem renal hastalık hem de proliferatif retinopati
Sınıf T:	Renal transplantasyon sonrası gebelik
Sınıf G:	Çoğul başarısız gebeliği olanlar (diğer sınıflar ile beraber kullanılır. CG, RG gibi)

**Tablo 2.** Preterm eylem nedenleri

Medikal nedenler
Hipertansiyon
Maternal kalp hastalığı
Maternal böbrek hastalığı
Maternal enfeksiyonlar
Şiddetli anemi
Hipertiroidi
Hepatit
Yanık veya travma
Cerrahi girişimler
Malnütrisyon veya obesite
Sigara-alkol içimi
Obstetrik nedenler
Sık doğum
Önceki gebeliklerde preterm doğum
Önceki gebeliklerde abortus anamnezi
Gebelikte yetersiz veya aşırı kilo alımı
Asemptomatik intrauterin enfeksiyonlar
Membranların rüptüre olması
Plasenta patolojileri
Konjenital fetal anomaliler
Polihidramnios veya oligohidramnios
Multifetal gebelik
Servikal patolojiler
Uterin anomaliler
Nedeni bilinmeyenler

**6. Aşağıdakilerden hangisi benign over tümörüdür?**

- Brenner tümörü
- Granuloza hücreli tümör
- Disgerminom
- Embriyonal karsinom
- Undiferansiye karsinom

Cevap A (*Danforth, Obstetrik ve Jinekoloji, s.1004*)

Transisyonel epitel ve fibröz stroma içerir. Nadiren maligndir.

**7. Aşağıdakilerden hangisi A grubu diyabet için doğrudur?**

- Diyetle regüle olabilir.
- Göz komplikasyonu olabilir.
- Böbrek komplikasyonu olabilir.
- Kalp komplikasyonu olabilir.
- b+c

Cevap A (*Ersoy, Türkiye Klinikleri Kadın-Doğum Ders Notları, 2000, s.165*)

Bkz. Tablo 1.

**8. Ektopik gebeliğin kesin tanısı aşağıda verilenlerden hangisi ile konur?**

- Serumda beta HCG ile
- D-C (dilatasyon ve küretaj) ile
- Serumda progesteron ile
- Laparoskopi ile
- Kuldosentez ile

Cevap D (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.1414*)

Ektopik gebelikte kesin tanı laparoskopi ile konur.

**9. Preterm eylem nedeni olmayan hangisidir?**

- Hipertansiyon
- Şiddetli anemi
- Hepatit
- Sık doğum
- Hipotansiyon

Cevap E (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.1466*)

Bkz. Tablo 2.

**10. Gardner kanalı kisti nerede bulunur?**

- Vajende
- Tuba uterinada
- Vulvada
- Üretrada
- Mons pubiste

Cevap A (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.786*)

Gardner kanal kisti vajende bulunur. Wolffian sistemin kalıntı kistleridir. Nadiren semptom verirler, bu nedenle pek çıkarılmaları gerekmez.

**Tablo 3.** Habitüel abortus sebepleri

1. Genetik faktörler (trizomi, monozomi, poliploidi)
2. Genital yapı anormallikleri (%15)
  - a. Konjenital uterus septaları
  - b. Servikal yetmezlik
  - c. Submuköz miyom
  - d. Asherman sendromu
3. Anneye ait çevresel faktörler
  - a. Tiroid fonksiyon bozukluğu
  - b. Lüteal faz defekti
4. Enfeksiyon
5. Sistemik hastalıklar
6. İmmünolojik faktörler
7. Beslenme bozuklukları

**11.Tekrarlayan erken gebelik kayıplarına neden olmayan faktör hangisidir?**

- a) Genetik faktör
- b) Anatomik faktör
- c) Enfeksiyöz faktör
- d) İmmünolojik faktör
- e) Metabolik faktör

Cevap E (*Erk, Klinik Jinekolojik Endokrinoloji ve İnfertilite, 5.baskı, 1996, s.842; Ersoy, Türkiye Klinikleri Kadın-Doğum Ders Notları, s.143*)

Bkz. Tablo 3.

**12.Basit endometriyal hiperplazinin kansere dönüş oranı yüzde kaçtır?**

- a) %15
- b) %20
- c) %1
- d) %50
- e) %100

Cevap C (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.959*)

Basit endometriyal hiperplazinin Ca'ya dönüşme oranı %1'dir.

**13.Endometriyum kanserinde prognostik faktör olmayan hangisidir?**

- a) Ovarian yayılım
- b) Histolojik tip
- c) Grade
- d) Myometriyal invazyon
- e) Tümör volümü

Cevap A (*Ersoy, Türkiye Klinikleri Kadın-Doğum Ders Notları, 2000, s.261*)

Prognoz; erken vakalarda gençlerde daha iyi, yaşlılarda daha kötüdür. Prognoz %90 başarıyı bulabilir. Uterus büyüklüğü, tümör grade'i, hastalığın evresi, invazyon derecesi, estrogen ve progesteron reseptör se-

viyeleri prognoza etkilidir. Histopatolojik tip de önemlidir. Miyometriyal invazyonda %70, serviks invazyonunda %50, metastazlarda %10 başarı bildirilmiştir.

**14.Fetusa en çok metastaz yapan maternal kanser hangisidir?**

- a) Akciğer kanseri
- b) Melanoma
- c) Serviks kanseri
- d) Mide kanseri
- e) Rektum kanseri

Cevap B (*Atasü, Jinekolojik Onkoloji, 1996, s.492; Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.516*)

En çok fetüs ve plasentaya metastaz yaptıkları saptanan maligniteler malign melanom, meme kanseri, lösemi ve lenfomadır.

**15.İntrauterin hayatta dış genital organların farklılaşması kaçınıcı haftada olur?**

- a) 9. hafta
- b) 12. hafta
- c) 18. hafta
- d) 20. hafta
- e) 22. hafta

Cevap B (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.28*)

Gelişmenin 8. haftasına kadar, dış genital her iki cins-te birbirine benzer. Cinsel özelliklerin ayırımı, 9. haftada başlarsa da, dış genital organlar, 12. haftaya kadar tam olarak farklanmazlar.

**16.Condyloma akuminatumun etkeni aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Hemofiliz Ducrei
- b) CMV
- c) HPV
- d) Clamidya trachomatis
- e) HSV

Cevap C (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.603*)

Condyloma acuminata (cinsel yolla geçen genital siğil) alt genital sistemin human papilloma virus tarafından enfekte edilmesi sonucu ortaya çıkar. Papiller çıkıntılar önceleri küçüktür, daha sonra birleşerek karnıbahar görünümüne büyük kitleler oluştururlar. Kuluçka dönemi 4-6 hafta ile birkaç ay arasında değişir. C. acuminatum'un standart tedavisi benzoin tentüründe %10-25'lik Podofilin reçinesi olmuştur. 7 gün aralarla 6 hafta boyunca devam edilir. Ancak podofilin reçinesi sistemik emilim ve bildirilmiş toksisite nedeniyle vajende kullanılmamalıdır. Gebelikte podofilin kullanımı sonrası düşük, erken doğum ve fetal ölüm bildirilmiştir.



17.IVF-ET protokollerinde fertilizasyon amacı ile genelde oosit başına ne kadar sperm ile inseminasyon yapılır?

- a) 50.000-100.000
- b) 1 milyon-2 milyon
- c) 5-10 milyon
- d) 5.000-10.000
- e) Herhangi bir sperm sayısı ile yapılabilir.

Cevap A (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.1308*)

Fertilizasyon amacı ile genelde oosit başına 50.000-100.000 sperm ile inseminasyon yapılır. Sperm parametrelerinde bozukluk olduğu durumlarda bu sayının artırılması yarar sağlayabilir.

18.Gebelikte en sık görülen iki benign over tümörü aşağıdaki seçeneklerin hangisinde doğru olarak verilmiştir?

- a) Granüloza hücreli tümör-Tekoma
- b) Tekoma-Fibroma
- c) Brenner tümörü-musinöz kistadenom
- d) Disgerminom-seröz kistadenom
- e) Müsinöz kistadenom-fibrom

Cevap D (*Atasü, Jinekolojik Onkoloji, 1996, s.112; Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.509-510*)

Gebelikte görülen ovarian neoplazmların çoğu benignidir. Bunlar arasında dermoid kist, seröz ve müsinöz adenomlar sayılabilir.

19.Vulvanın en çok görülen malign tümörü hangisidir?

- a) Malign melanom
- b) Squamöz hücreli karsinom
- c) Bartholin bezi karsinomu
- d) Lenfoma
- e) Sarkom

Cevap B (*Ersoy, Türkiye Klinikleri Kadın-Doğum Ders Notları, 2000, s.240*)

Histolojik tipleri; Squamöz (%92), melanom, bazal hücreli sarkom, Bartholin ve indiferansiye kanserlerdir.

20.Koilositoz hangi virütik enfeksiyonda karakteristik bulgudur?

- a) HSV
- b) CMV
- c) HPV
- d) Rabdomyovirus
- e) Sarkomyovirus

Cevap C (*Ersoy, Türkiye Klinikleri Kadın-Doğum Ders Notları, 2000, s.243*)

Kondiloma akuminata'da etken HPV (6-11)'dir. Kötü hijyen ve düşük immünitede sık olur. Dış genital sistemi tutar, vulva, vaginada meydana gelebilir. Soluk, beyaz, kabarık, düzensiz plak tarzında serviks vardır. Flat tarzı; kolposkopi ile görülür. Wart tarzı; karnıbahar gibi, yumuşak, kahverengidir. Koilositik hücreler mikroskopta görülebilir. Serviks kanseri iyi takip edilmelidir. Ufaksa %20 podofilin atuşmanı, büyüğe koterizasyon veya operasyon yapılır. Gebelikte varsa sezaryen endikasyonu olabilir. Aşırı kanama yapar veya enfekte çocuğa yol açabilir.

21.Aşağıdaki değişikliklerden hangisi normalde gebeliklerde görünmez?

- a) Venöz distansiyonda artma
- b) Faktör VIII seviyesinde artma
- c) Fibrinojen seviyesinde artma
- d) Kan volümünde azalma
- e) Hemoglobin seviyesinde azalma

Cevap D (*Lippincott, Obst. and Gyn., 5.baskı*)

Gebelikte ortaya çıkan venöz distansiyonun önemli nedenlerinden birisi progesteronun vasküler düz kaslara olan etkisidir. Kan volümü FVIII ve fibrinojen seviyeleri %50 oranında artar.

22.Gebelik sırasında uterus boyutları artar. Bunun nedeni hangisi olamaz?

- a) Fetusun büyümesi
- b) Kas hücrelerinin sayısında artma
- c) Kas hücrelerinde hipertrofi
- d) Kas liflerinde uzama ve gerilme
- e) Fibrinoid dokuda artma

Cevap E (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.239*)

Uterusun gebelikte büyümesinden mekanik ve hormonal mekanizmalar sorumludur. Gebeliğin ilk 6 haftasında uterus büyümesi daha çok yeni hücrelerin oluşması yani hiperplazi nedeniyledir. Hipertrofi ve kas liflerinin uzama ve gerilmesi ilk trimestr sonrasında görülür. Myometrium östrojenlere oldukça duyarlıdır. Östrojen uyumu sonucu, myometriumda kısa sürede protein sentezi belirgin ölçüde artar.

23.Gebeliğin kardiyovasküler sistem üzerinde oluşturduğu bazı değişiklikler vardır. Hangisi bu etkiler arasında kabul edilmez?

- a) Diastolik kan basıncında belirgin azalma
- b) Sistolik kan basıncında minimal azalma
- c) Plasental kan akımında artış vardır.
- d) Dolaşan kan hacmi ve atım volümü artar.
- e) Fetusun oluşturduğu ek yük ve atım volümünün artışı nedeniyle sol ventrikül hipertrofisi olur.

**Tablo 4.** Anne ve fetal kanda normal oksijen değerleri

Kan gazları	Uterin arter	Uterin ven	Umbilikal ven	Umbilikal arter
pO <sub>2</sub> (torr)	95	40	27	15
Hb O <sub>2</sub> saturasyonu (%)	98	76	68	30
O <sub>2</sub> content (ml/dl)	15.8	12.2	14.5	6.4
Hemoglobin (g/dl)	12.0	12.0	16	16

Cevap E (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.244-245*)

Gebelikte kan volümündeki artışa bağlı olarak atım hacmi genişler. Fakat sol ventrikül duvar kalınlığında anlamlı değişiklikler olmaz. Gebelikte ayrıca;

-%90 olguda sistolik üfürüm duyulabilir.

-EKG'de QRS kompleksinde sola sapma, nonspesifik ST-T değişiklikleri, Q dalgaları ve D3'de ters T dalgaları görülebilir.

-Kan hacmi artar.

-Sistolik kan basıncı minimal (10-15 mmHg) azalır.

-Diastolik kan basıncı belirgin (20-25 mmHg) azalır.

-Üst ekstremitte venöz basıncı değişmez.

-Alt ekstremitte venöz basıncı artar.

**24.Fetal dolaşımında, en düşük oksijen konsantrasyonu nerededir?**

- Vena cava superior
- Aorta
- Ductus arteriosus
- Umbilikal arterler
- Ductus venosus

Cevap D (*Williams Obstetrics, 17.baskı, s.149; Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.210*)

Bkz. Tablo 4.

**25.Fetal kafatasında yer alan sütürlerle ilgili eşleştirmelerden hangisi yanlıştır?**

- Koronal-frontal ve parietal kemikler arasında
- Sagittal-oksipital ve temporal kemikler arasında
- Lambdoid-parietal ve oksipital kemikler arasında
- Frontal-iki frontal kemik arasında
- Temporal-temporal ve parietal kemikler arasında

Cevap B (*Williams Obstetrics, 17.baskı, s.144*)

Sagittal sütürler iki parietal kemik arasında yer alır. Posterior ve anterior fontaneleri birbirine bağlar.

**26.Amniyon sıvısının özellikleri ile ilgili olarak hangisi yanlıştır?**

- Gebeliğin ilk yarısında miktarı oldukça değişkendir.

b) Fetusun mesanesinde 11.haftada idrar bulunmasına rağmen, bunun amniyon sıvısına katkısı daha geç dönemlerde olur.

c) Partiküllü materyal içermez.

d) Osmolaritesi, gebeliğin 1. yarısında, 2. yarısına oranla daha yüksektir.

e) Gebeliğin ilk yarısında elektrolit içeriği ve osmolaritesi maternal plazmadan daha yüksektir.

Cevap E (*Williams Obstetrics, 17.baskı, s.169; Türkiye Klinikleri Kadın-Doğum Ders Notları, s.1507*)

Gebeliğin ilk yarısında amniyon sıvısının elektrolit içeriği ve osmolalitesi fetal ve maternal kanla aynıdır. Bazı araştırmalar terme yakın amniyotik sıvıda varolan albuminin çoğunun anne kaynaklı olduğunu göstermektedir. Bu proteinler amniyotik sıvıya plasenta veya fetal membranlar yoluyla girerler. Gebeliğin erken döneminde yapılan amniyosentezle gelen açık sarı renkli amniyon sıvısı yanlışlıkla idrar olarak değerlendirilebilir ve mesane rüptürü sanılabilir. Fakat ayırıcı tanıda amniyon sıvısının alkali pH'sı önemlidir.

**27.Fetal eritrositlerin kendine has karakteristik özellikleri vardır. Özellikle erişkin eritrositleri ile karşılaştırıldığında, aşağıdakilerden hangisi fetal eritrositlerin özelliklerindedir?**

- Çekirdeklidirler.
- Daha uzun ömürlüdür.
- Aside rezistandırlar.
- Retikülosit sayısı azdır.
- Alkali ortama rezistandırlar.

Cevap A (*Williams, Obstetrics, 17.baskı, s.151*)

Fetal eritrositlerin ömrü erişkin eritrositlerin ömrünün 2/3'ü kadardır. Periferik yaymada fetal eritrositler, çekirdekli yapılarıyla kolayca tanınırlar. Bu çekirdek yapısı terme yakın evrede önemli ölçüde kaybolur. Büyük kısmı retikülosite dönüşürler. Fetal eritrositler alkali ortama dirençlidirler.

**28.Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- IgG'nin tam sentezi postnatal 3-4. haftalarda başlar.
- Fetus dalağında gebeliğin 20. haftasından sonra IgM ve IgG sentezlemeye başlar.
- IgM plasentayı geçemez.
- IgD ve IgA fetus dalağında 20. haftadan önce sentezlenmeye başlar.
- Fetus dalağı IgG'ye göre IgM'i relatif olarak daha fazla sentezler.

Cevap D (*Current, Obstetrics and Gynecology, 6.baskı, s.148*)

IgD ve IgA sentezi doğumdan haftalar sonra başlar.

**29.Doğum kanalı birçok doku tabakasından oluşmaktadır. Fetusun doğum sırasında geçtiği bu tabakaların içten dışa, en doğru sıralanımı hangisidir?**

- Levator ani, M. transversus perinei profundus, periton, bulbokavernöz kas, deri
- Periton, levator ani, bulbokavernöz kas, m. transversus perinei, profundus, deri
- Periton, m. transversus perinei profundus, levator ani, bulbokavernöz kas, deri
- Periton, levator ani, m. transversus perinei profundus, bulbokavernöz kas, deri
- Periton, bulbokavernöz kas, levator ani, m. transversus perinei profundus, deri

**Cevap D** (*Türkiye Klinikleri Kadın-Doğum Ders Notları, s.102*)

Yumuşak doğum yolu 2 kısımdan oluşur:

- İç doğum yolu; segment inferior (isthmus uteri), serviks, vajina ve vulvadan oluşur.
- Dış doğum yolu: Pelvis tabanıdır. Karın boşluğunu alttan kaparken doğum objesinin geçişine imkan sağlar.

**30.Fetal kalp hareketleri konsepsiyondan kaç gün sonra başlar?**

- 22 gün
- 36 gün
- 48 gün
- 52 gün
- 96 gün

**Cevap A** (*Ersoy, Türkiye Klinikleri Kadın-Doğum Ders Notları, 2000, s.62*)

Fetüste kalp ve periferik damar sistemi mezodermden gelişir. Kan damarları 13-19. günler arasında, plasenta villusları 15. günden itibaren oluşmaya başlar. Kalp taslağı 15-17. günlerde oluşur. 22-23. günde kasılmalarına başlar. Böylece 3. hafta sonunda fetal dolaşımın başlaması ile histiyotrofik beslenme sona erer, hematrofik beslenme başlar. Normalde fetüs kalbi dakikada 140 atış sayısına sahiptir.

**31.Aşağıdakilerden hangisi forseps uygulama şartlarından değildir?**

- Baş geliş
- Servikal dilatasyon en az 5 cm olmalıdır.
- Sütüra sagitalisin durumu bilinmelidir.
- Poş açık olmalıdır.
- Sefalopelvik uyumsuzluk olmamalıdır.

**Cevap B** (*Ersoy, Türkiye Klinikleri Kadın-Doğum Ders Notları, 2000, s.203*)

Başla geliş olmalıdır. Sefalopelvik uyumsuzluk olmamalı, servikal efasman ve dilatasyon tam (10 cm) olmalıdır. Baş küçük pelvise fikse olmalı, su kesesi açık olmalı veya tarafımızdan açılmalıdır. Çocuk canlı ol-

malıdır. Baş pozisyonu kesin bilinmelidir. Mesane boşaltılmış olmalıdır. Fetusun başı tutulamayacak kadar küçük veya büyük olmamalıdır.

**32.Aşağıdakilerden hangisi gebelikte kalp hastalığını göstermede en önemli bulgudur?**

- Efor dispnesi
- Ödem
- Diastolik üfürüm
- Taşikardi
- Sistolik üfürüm

**Cevap C** (*Ersoy, Türkiye Klinikleri Kadın-Doğum Ders Notları, 2000, s.158*)

Normal gebelikte meydana gelip kalp hastalığı ile karışan belirtiler fonksiyonel sistolik sufl, solunum eforu artışı (bazen dispneyi temsil eder), ödem (özellikle gebeliğin son yarısında ve alt ekstremitelerde) belirtileridir.

Gebelikte kalp hastalığı kriterleri diyastolik, presistolik veya sürekli kalp üfürümü, uygunsuz kardiyomegali, sert, gürültülü, sistolik sufl (özellikle trill ile beraber ise) ve şiddetli aritmidir.

**33.Gebelikte görülen üriner sistem enfeksiyonu ile ilgili olarak hangisi yanlıştır?**

- İdrar yolu enfeksiyonu sıklığı gebelikte artar.
- E.coli, klebsiella ve proteus grubu en sık idrar yolu enfeksiyonu yapan mikroorganizmalardır.
- Gebelikte asemptomatik bakteriüri varlığı tedavi gerektirmez.
- Gebelikte üriner sistem enfeksiyonunun en önemli komplikasyonu erken doğum eylemini başlatmasıdır.
- Tedaviye dirençli üriner sistem enfeksiyonlarında nefrolitiazis düşünülmelidir.

**Cevap C** (*Ersoy, Türkiye Klinikleri Kadın-Doğum Ders Notları, 2000, s.171*)

Asemptomatik bakteriüri; hastada hiçbir enfeksiyon belirtisi olmadığı halde idrarda bakteri vardır. Bu olay %2-12 gebelikte meydana gelir. Diabetli ve orak hücre anemisi olanlarda daha sık meydana gelir. Siyahlarda daha sıktır. Gebelikte asemptomatik bakteriürinin önemi, ilerleyen dönemde yüksek oranda semptomatik enfeksiyona neden olmasıdır. Tedavi edilmez ise %25 akut piyelonefrit gelişir. %80 E.koli, %20 klebsiella ve enterobakter etken olarak tesbit edilmektedir.

**34.Kronik hipertansiyonu olan bir gebede hangisinin kullanımı kesin kontraendikasyondur?**

- Kaptopril
- Metildopa
- Diüretikler
- Hidralazin
- Metoprolol

**Tablo 5.** Gebe hastalarda kronik hipertansiyonda anti-hipertansif tedavi**Alfa 2-adrenerjik reseptör antagonistleri**

Metildopa, gebelikte en çok kullanılan antihipertansif ilaçtır. Dozaj, 6 saatte bir, 250-500 mg'dır. Bu ilacın güvenliliği ve etkenliğini, rastgele deneyler ve bu ilacı kullanmış annelerin çocuklarının 7.5 yıl süreyle izlenmeleri kanıtlamaktadır.

**Alfa-adrenerjik reseptör ve beta-adrenerjik reseptör antagonistleri**

Labetalolun, metildopa kadar etken olduğu izlenimi vardır, fakat labetalol kullanmış olan annelerin çocuklarını izleyen herhangi bir çalışma yoktur ve bu ilacın maternal hepatotoksitesine ilişkin endişeler vardır.

**Beta-adrenerjik reseptör antagonistleri**

Bu ilaçlar ve özellikle atenolol ve metoprolol, gebeliğin ileri evresinde, güvenli ve etkenden, fetal bradikardiye yol açabilmektedir. Tedaviye gebeliğin erken evresinde veya ikinci üç ayında başlandığında, fetal büyüme geriliği bildirilmiştir.

**Angiotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri**

"Kaptopril" ve diğer birkaç dönüştürücü enzim inhibitörleri, oligohidramnios ve neonatal renal yetmezlikle ilişkili bulunmuştur. BU İLAÇLAR GEBELİKTE KULLANILMAMALIDIR.

**Diüretikler**

Döllenmeden önce başlanan diüretik tedaviye, genellikle gebelik boyunca devam edilir.

**Periferik vasodilatörler**

"Hydralazine", genellikle metildopa ve beta-adrenerjik reseptör antagonistleriyle birlikte kullanılır. Kalsiyum kanal blokerleriyle yapılan deneyler umut vericidir. "Minoxidil" ile deneyim kısıtlıdır ve bu ilaç önerilmemektedir.

Cevap A (Danforth, Obstetrik ve Jinekoloji, 7.baskı, s.363)

Bkz. Tablo 5.

**35.Trizomi 18'de en sık hangi organ anomalisi görülür?**

- Beyin
- Kalp
- Böbrek
- Akciğer
- Diyafragma

Cevap B (Kışnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.1463)

Trizomi 18'de en sık kalp anomalileri görülür. Olguların %99'unda görülen kalp anomalilerinin içinde en sık VSD ve komplet atriyoventriküler defekt vardır.

**36.En sık görülen nöral tüp defekti hangisidir?**

- Eksensefali
- Akranio
- Ensefalosel
- Anensefali
- Spina bifida

Cevap D (Kışnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.1445)

Nöral tüp defektleri bir çok ülkede en sık görülen major malformasyondur. En sık görülen nöral tüp defekti ise, hayatla bağdaşmayan, ağır bir anomali olan anensefalidir. Nöral tüp defektlerinin %50-65'ini oluşturur.

**37.Fetal kardiyotokografik incelemelerde fetal taşikardi saptandığında aşağıdakilerden hangisi olası değildir?**

- Fetal immatürite
- Maternal ateş
- Korioamnionit
- Postterm gebelik
- Betamimetik tokolitikler

Cevap D (Danforth, Obstetrik ve Jinekoloji, 1994, s. 277,278)

Fetal taşikardi, 160 atım/dakikanın üstündeki değerdir. Taşikardinin nedenleri, aşağıdakiler olabilir:

- Fetal immatürite
- Maternal ateş
- Fetal enfeksiyon (koryoamnionitis)
- Hafif hipoksi
- Uzun sürmüş bradikardinin normalleşmesi (refleks taşikardi)
- Fetal taşiaritmiler
- Maternal hipertiroidizm
- İlaçlar (atropin, beta-mimetik tokolitikler)

**38.Preeklampsi gelişiminde risk faktörü olmayan özellik aşağıdakilerden hangisidir?**

- Multiparite
- Çoğul gebelik
- Mol hidatiform
- Önceki gebelikte preeklampsi
- Diabetes mellitus

Cevap A (Danforth, Obstetrik ve Jinekoloji, 1994, s.353)

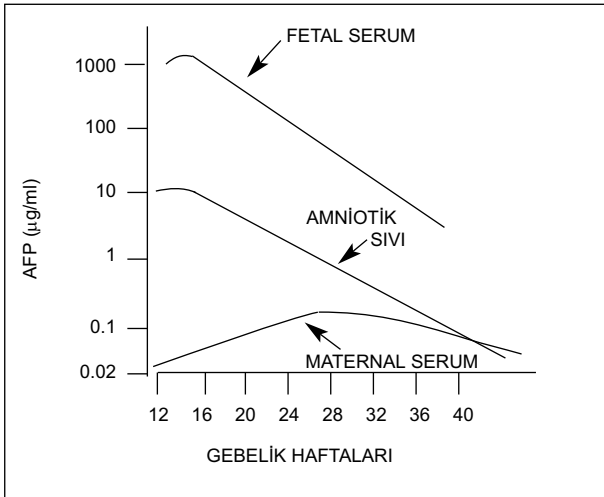
Bkz. Tablo 6.

**Tablo 6.** Preeklampsi için risk faktörleri

Primigravid olmak  
Aile öyküsünde preeklampsi veya eklampsi varlığı  
Önceden geçirilmiş preeklampsi veya eklampsi  
Yeni gebelik  
Maternal yaşın uç değerleri (20 yaşından genç veya 35 yaşının üstünde)  
Hipertansif vasküler, otoimmün veya renal hastalık varlığı  
Diabetes mellitus  
Çoğul gebelik  
İmmün olmayan veya alloimmün fetal hidrops  
Trisomi 13  
Hidatidiform mol

**Tablo 7.** Erken doğum için yüksek riskli nüfus

Alt sosyoekonomik kademe
Önceden erken doğum
Çoğul gebelik
Uterus şekil bozukluğu
Servikal yetmezlik
Bakteriyel vaginosis
Açıklanamayan, yüksek maternal alfa-eftoprotein düzeyleri
İdrar yolları enfeksiyonu

**Şekil 1.** Gebelik boyunca, fetal serum, amniyotik sıvı ve maternal serum alfa-fetoprotein (AFP) düzeyleri.**39. Preterm doğum riskinin arttığı durumlardan olmayan maddeyi belirtiniz?**

- Düşük sosyoekonomik seviye
- Önceki gebelikte preterm doğum
- Uterin malformasyon
- Çoğul gebelik
- Yüksek doz X ışınına maruz kalmak

Cevap E (Danforth, Obstetrik ve Jinekoloji, 1994, s.297)  
Bkz. Tablo 7.

**40. Gebelikte Alfafetoprotein (AFP) hakkında aşağıdaki şıklar içinde yanlış olanı işaretleyiniz.**

- AFP maternal serumda gebelik boyunca giderek artar ve 30 haftada en yüksek düzeydedir.
- AFP'nin fetal serumdaki yoğunluğu gebeliğin 15. haftasında en yüksektir, bu noktadan sonra giderek azalır.
- Amniyotik sıvıdaki AFP düzeyleri anne serumundakine benzer bir eğri ile gebelik boyunca giderek azalır.
- Maternal serum AFP değerleri nöral tüp defektli fetusların bulunduğu gebeliklerde yüksektir.
- Down sendromunun fetusların bulunduğu gebeliklerde AFP değerleri normalden düşük bulunabilir.

Cevap C (Normal gebelik ve prenatal bakım, Danforth Obstetrik ve Jinekoloji, s.84)

Bkz. Şekil 1.

**41. Hangi durumda atrofik vaginit görülmez?**

- Menopoz
- Laktasyon
- Oral kontraseptif kullanımı
- Genç kadında cerrahi kastrasyon
- Endometriozis tedavisinde yalancı menopoz

Cevap C (Beck, Obstetrics and Gynecology; Ersoy, Türkiye Klinikleri Kadın-Doğum Ders Notları, 2000, s.237)

Atrofik vajinit östrojen stimülasyonunun olmadığı durumlarda görülür.

**42. Ovulasyon olduğunu göstermeyen hangisidir?**

- Bazal vücut ısısı artışı
- Gebelik
- Progesteron seviyesinin 3 ng/ml'tnin üstüne çıkması
- Sekretuar endometrium
- Adet kanamasının olması

Cevap E (Beck, Obstetrics and Gynecology; Danforth, Obstetrik ve Jinekoloji, s.608)

BBT, sabah uyanır uyanmaz, herhangi bir aktiviteden önce saptanmış olan hasta vücut ısısıdır. BBT'nin, 0.3 °C-0.6 °C dereceleri arasında düzey değiştirmesi ve yüksekliğini koruması, progesteron salgısına bir reaksiyondur ve ovulasyonu belirler. Buna karşılık, buradaki ovulasyon yansıması, olayın gerçekleşmesinden sonradır ve hastanın ovulasyonu öngörmesine yardımcı olamamaktadır.

Diğer yöntemler, serum progesteron düzeylerinin saptanması veya ovulasyonu doğrulayıcı bir bulgu olarak sekretuar endometriumun bulunmasıdır.

**43. Aşağıdakilerden hangisi ablatio plasentanin olası nedenlerinden değildir?**

- Merkezi hipoksi
- Ani uterus dekompresyonu
- Uzun umbilikal kord
- Polihidramnios
- Çoğul gebelik

Cevap C (Ersoy, Türkiye Klinikleri Kadın-Doğum Ders Notları, 2000, s.146)

Umbilikal kordun kısa olması ablatio plasentanin nedenlerindedir.

**44. Müller sistem agenezisi ile birlikte en sık hangi sistem malformasyonları bulunur?**

- Gastrointestinal sistem
- Ürogenital sistem
- Hematopoetik sistem
- Solunum sistemi
- Kemik sistemi

Cevap B (*Danforth, Obstetrik ve Jinekoloji, s.22*)

Üriner ve genital yolların ortak embriyolojik kökeni nedeniyle, Müller gelişim anomalileri vakalarında idrar yolları anomalilerine oldukça sık rastlanır.

**45.Aşağıdakilerden hangisi HSG (histerosalpingografi) için doğru değildir?**

- iyot içeren kontrast madde kullanılması, iv olarak verilmemesi nedeni, iyot alerjisi olanlarda önemsizdir.**
- Siklusun 5.-10. günlerinde yapılır.**
- Genital sistemde enfeksiyon şüphesi varsa HSG yapılmaz.**
- HSG'de tespit edilen uterus bikornus ile supseptusun ayırıcı tanısı laparoskopi ile konur.**
- HSG'de tubada kurşun boru, golf sopası, pipo sopası görünümü tüberküloz açısından anlamlıdır.**

Cevap A (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.1252*)

Bazı hastalarda iyot alerjisi olabilir. Tetkikten önce hastaya iyot alerjisi olup olmadığı sorulmalıdır. Ancak böyle allerji olmasa bile, bazı vakalarda iyotun periton ile temasa geçmesi halinde allerjik veya peritoneal reaksiyon olabilir.

**46.Basit endometriyal hiperplazide endometrium kanser gelişme oranı nedir?**

- %8**
- %1**
- %29**
- %3**
- %100**

Cevap B (*Novak, Jinekoloji, s.1059*)

Endometriyal hiperplazinin karsinoma ilerleme riski sitolojik atipinin varlığına ve ağırlığına bağlıdır.

Karsinoma ilerleme oranı basit hiperplazili hastalarda %1, kompleks hiperplazili hastalarda %3, atipik basit hiperplazili hastalarda %8, atipik kompleks hiperplazili hastalarda %29 olarak tespit edilmiştir.

Endometriyal doku örneklemede atipik hiperplazi saptanan hastalarda histerektomi yapılırsa yaklaşık %25 oranında genellikle iyi diferansiye olmuş endometriyal karsinomun eşlik ettiği görülecektir.

**47.Borderline over tümörleri için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- Malign potansiyelleri düşüktür.**
- Premenopozal kadınlarda özellikle görülür.**
- Prognozları genellikle iyidir.**
- Tanıda stromal invazyonun görülmesi önemlidir.**
- Erken dönemde semptom vermezler.**

Cevap D (*Novak, Jinekoloji, s.1155-1156*)

Borderline tümörler çok uzun süre gizli kalma eğilimindedirler ve özellikle premenapozal grubu tutmaktadır. Uzun dönemli çok iyi prognoz gösterirler. En sık olarak 30-50 yaşlarında görülmektedir. İnvazif kanserlerde ise yaş sıklıkla 50-70 arasındadır.

Borderline tümörlerin tanı için kriterler:

-Papiller oluşumla birlikte epitelial proliferasyon ve psödostratifikasyon

-Nükleer atipi ve artmış mikotik aktivite

-Gerçek stromal invazyonun olmaması

Malign ovarian tümöre karşı malign borderline tümörün tanısı primer tümörün histolojik özelliklerine dayandırılmalıdır. Malign tümörlerde stromal invazyon vardır. Borderline malign tümörlerde nadir mikroinvazyon örnekleri bildirilmiştir.

**48.Aşağıdakilerden hangisi serviks Ca etyolojisinde rol oynar?**

- Gonorhea**
- Streptokok**
- Peptokok**
- HIV**
- HPV**

Cevap E (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.942*)

Bkz. Tablo 8.

**49.Tubal gebeliğin en sık yerleştiği yer neresidir?**

- Rithmus**
- Ampulla**
- Fimbrial bölge**
- İfundibulum**
- İnterstisyel bölge**

Cevap B (*Novak's, Gynecology, 1996, s.502; Ersoy, Türkiye Klinikleri Kadın-Doğum Ders Notları, 2000, s.122*)

Dış gebeliklerin en sık görülen tipi tübal ektopik gebeliklerdir (%97). Burada da en sık gözlenen yer ampullardır.

**Tablo 8. Serviks kanseri gelişiminde rol oynadığı düşünülen faktörler**

- 
- Herpes simpleks virusu
  - Human papilloma virus
  - Diğer seksüel geçişli hastalıklar
  - Sigara
  - Vitamin C, Beta karoten ve folat eksikliği
-

**50.Over tümörlerinde görülen mikroskopik yapılar-  
dan yandaki tümörüne uymayan hangisidir?**

- a) Psammoma cisimcikleri → Seröz tümörler
- b) Goblet → Müsinöz tümörler
- c) Taşlı yüzük hücresi → Krukenberg hücreli tümör
- d) Call-Exner cisimciği → Sertoli leydig sinüs tümörü
- e) Schiller-Duval cisimciği → Endodermal sinüs tümörü

Cevap D (Novak's, Gynecology, 1996, s.1155-1231)

Call-Exner cisimciği, overin granüloza hücreli tümörlerinde görülür.

**51.En sık görülen puerperal enfeksiyon hangisidir?**

- a) Mastit
- b) Üriner enfeksiyonlar
- c) Tromboflebit
- d) Endometrit
- e) Vajinit

Cevap D (Ersoy, Türkiye Klinikleri Kadın-Doğum Ders Notları, 2000, s.111)

Puerperal endometrit; En sık görülen puerperal enfeksiyondur. Risk faktörleri; erken membran rüptürü, uzamış eylem, operatif doğum (özellikle sezaryen) olarak sayılabilir.

**52.En sık puerperal mastit etkeni hangisidir?**

- a) E.coli
- b) Klostridiumlar
- c) Staph. aureus
- d) Strep. viridans
- e) Staph. epidermitis

Cevap C (Ersoy, Türkiye Klinikleri Kadın-Doğum Ders Notları, 2000, s.112)

En sık etken stafilokokkus aureusdur. Meme başı çatlaklarından köken alan ağrı, kızarıklık, şişme, ısı artışı ile karakterize bir durumdur. Aksiller lenfadenopati vardır. 38°C üzerinde ateş meydana gelir. Genellikle tek memede gelişir. Tedavi edilmezse meme absesi gelişebilir.

**53.Seksüel geçişli hastalıklardan en sık görüleni hangisidir?**

- a) Gonore
- b) Klamidya
- c) AIDS
- d) Toksoplazmozis
- e) Sifiliz

Cevap B (Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.1620)

Clamidya Trichomatis, en sık görülen seksüel geçişli hastalıktır. Kadınlarda üretrit, servisit ve pelvik inflammatuar hastalığa yol açar. Tüm klamidya enfeksiyonlarının %70'i subklinik, %30'u ise belirgindir. Gebelikte enfeksiyon prevalansı %2-37 arasındadır.

**54.Oositler, ovulasyon olduktan sonra ne kadar zamana kadar fertilize olabilirler?**

- a) 1-2 saat
- b) 6-12 saat
- c) 12-24 saat
- d) 3-4 gün
- e) 21. güne kadar

Cevap C (Novak, Jinekoloji, s.934)

Sperm eğer intravajinal ortamdan kurtulursa 24-48 saat boyunca fertilizasyon kapasitesini korur. Oositler ovulasyondan yaklaşık 12-24 saat sonrasında kadar fertilize olabilirler.

**55.55 yaşındaki bayan hasta, kliniğe anormal kanama nedeni ile başvurmuştur. Yapılan endometriyal biyopside, kompleks hiperplazi tesbit edilmiştir. Bu aşamadan sonra yapılacak ilk şey ne olacaktır?**

- a) Hemen tedaviye başlanmalıdır.
- b) USG yapılmalıdır.
- c) 6 ay sonra biyopsi tekrarlanmalıdır.
- d) Histeroskopi ve fraksiyonel küretaj yapılmalıdır.
- e) Histerektomi yapılmalıdır.

Cevap D (Novak, Jinekoloji, s.988)

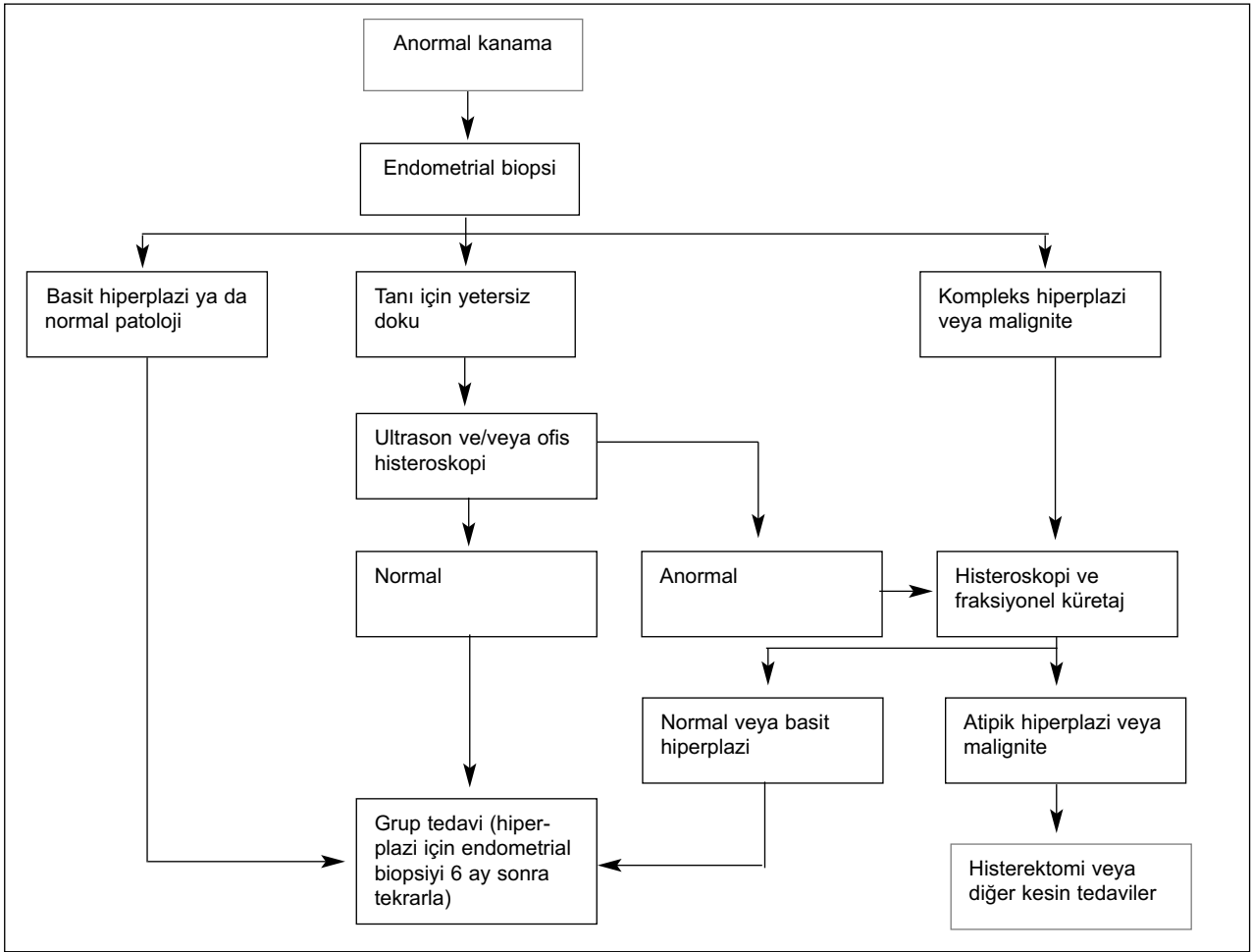
Bkz. Şekil 2.

**56.Menopoza geçişin en önemli bulgusu hangisidir?**

- a) Sıcak basmaları
- b) Östrojen azalışı
- c) FSH düzeyi artışı
- d) Düzensiz kanamalar
- e) Progesteron azalışı

Cevap C (Novak, Jinekoloji, s.990, 991)

Menopozal geçişin en tutarlı bulgusu serum FSH düzeylerinde artıştır. Menstruasyon olan normal over fonksiyonlu kadınlarda, üçüncü siklus günü FSH düzeyi 5-10 IU/l olmalıdır (65). Yüksek FSH düzeyleri (10-25 IU/l), estradiol düzeyleri normal sınırdan olsa bile menopozal geçişe uyan relatif ovaryan rezistansı gösterir. Fizyolojik olarak, menstruel fonksiyonların son on yılı boyunca ovaryan folliküllerden azalmış inhibin salgılamasının sonucu olduğuna inanılmaktadır. FSH düzeylerinin >40 IU/l olması ovaryan fonksiyonların tam kesilmesi ile beraberdur. Buna rağmen, ovaryan fonksiyonlar birkaç yıl boyunca artabilir ya da azalabilir. Bunun için, amenoreesi olan ve FSH >40 IU/l



Şekil 2. Menopoz sonrası anormal uterus kanamasının tedavisi

olan kadınlarda gelecekte kısa dönem için menstruasyon olabilir ve bazen gebelik oluşabilir.

57. Menopozda görülen “sıcak basmaları”nın nedeni hangisidir?

- a) Progesteron yetmezliği
- b) Östrojen yetmezliği
- c) LH pikinin olması
- d) Psikolojik
- e) Androjenlerin artışı

Cevap B (Novak, Jinekoloji, s.991)

Östrojen yetmezliğinin klasik semptomu sıcak basmasıdır. Tekrarlayan, geçici kızarma periyodları, terleme ve sıcak hissetme, sıklıkla çarpıntı ile beraber, korku hissi ve bazen titreme ile devam eden bir semptomdur. Günde 5-10 kez görülür ve 1-3 dak. devam eder.

58. Menopozda ortaya çıkan osteoporozda en önemli neden hangisidir?

- a) Hipoöstrojenemi
- b) Yaş
- c) Heredite
- d) Diyetle alınan kalsiyum
- e) PTH azalması

Cevap B (Novak, Jinekoloji, s.994)

Osteoporoz nedenleri multifaktöriyeldir. Osteoporozla eşlik eden primer faktörler heredite, yaş, östrojen durumu ve diyetle alınan kalsiyumdur. Yaş, kemik kaybı ile beraber olan faktörlerin en önemlisidir.

59. Hangi kemoterapötik ajan hücre siklusunun G1 dönemine etkilidir?

- a) Doksorubisin
- b) Bleomisin
- c) Vinkristin
- d) 5-Fluorourasil
- e) Aktinomisin-D



**Tablo 9.** Hücre siklusuna etki yeri

Hücre siklus dönemi	İlaçlar
G1	Aktinomisin D
Erken S	Hidroksiüre, Ara-C, 5-FU,
Metotreksat	
Geç S	Doksorubisin, Daunomisin
G2	Bleomisin, Etoposid, Teniposide
M	Vinkristin, Vinblastin

Ara-C, sitozin arabinozid; 5-FU, 5-fluorourasil

**Tablo 10.** Postmenopozal uterus kanaması sebepleri

Kanama sebepleri	Sıklık %
Endometriyal atrofi	60-80
Östrojen replasman tedavisi	15-25
Endometriyal polip	2-12
Endometriyal hiperplazi	5-10
Endometriyal kanser	10

Cevap E (Novak, Jinekoloji, s.1019)

Bkz. Tablo 9.

**60.Hangi kemoterapötik ilaç kardiyomiyopatiye neden olur?**

- a) Doksorubisin
- b) Siklofosfamid
- c) Sisplatin
- d) Bleomisin
- e) Metotreksat

Cevap A (Novak, Jinekoloji, s.1026)

Siklofosfamid genitoüriner sistemde toksik etkilidir. Sisplatin ototoksik ve periferik nörotoksisite nedenidir. Bleomisin, ciddi ateş reaksiyonu, anafaksi, Raynaud Fenomeni ve kronik skleroderma benzeri reaksiyonlara yol açar. Metotreksat ise karaciğere toksik etkilidir.

**61.Postmenopozal uterus kanamasının en sık nedeni hangisidir?**

- a) Endometriozis
- b) Endometriyal kanser
- c) Endometriyal atrofi
- d) Östrojen replasman tedavisi
- e) Endometriyal polip

Cevap C (Novak, Jinekoloji, s.1062)

Bkz. Tablo 10.

**62.Spermilerin ne kadarının hareketli olması normal kabul edilir?**

- a) %100
- b) %75
- c) %50
- d) %20
- e) %5

Cevap C (Novak, s.920)

WHO ve birçok laboratuvar spermilerin en az %50'sinin hareketli olmasını normal olarak kabul ederken, yardımcı üreme teknikleri ile ilgilenenler %40 değerini normal kabul etmektedirler.

**63.İnfertilitede servikal faktörün değerlendirilmesi için kullanılan test hangisidir?**

- a) ACTH stimülasyon testi
- b) Östrojen yükleme testi
- c) Postkoital test
- d) Q tip testi
- e) Shake testi

Cevap C (Novak, s.926,927)

Servikal faktör infertilitenin %5'inden daha az bir bölümünden sorumludur. Servikal faktörün değerlendirilmesinde kullanılan en klasik test postkoital test (PCT)'dir. PCT ile servikal mukus kalitesi, koitus sonrası üreme kanalındaki hareketli sperm sayısı ve servikal mukus ile sperm etkileşmesi değerlendirilebilir. PCT sperm kalitesinin değerlendirilmesi için kullanılan sperm sayısı, hareketi ve morfolojisi konusunda bize bilgi vermez.

Test ovulasyondan hemen önce yapılmalıdır. Koitusun testten ne kadar süre önce gerçekleşmesi gerektiği konusunda bir görüş birliği bulunmamaktadır. Optimal süre koitustan en fazla 2 saat sonra olmakla birlikte, 24 saat içerisinde uygulanabilir.

PCT oldukça basit uygulanabilen bir testtir.

Mukusta öncelikle spinbarkeit (esneklik), ferning ve şeffaflık değerlendirilir.

Anormal PCT'in en sık nedeni zamanlamanın iyi yapılamamasıdır.

**64.Hangisi fizyolojik hiperprolaktinemi nedeni değildir?**

- a) Gebelik
- b) Cinsel ilişki
- c) Menapoz
- d) Uyku
- e) Laktasyon

Cevap C (Kışnişçi, s.1210, tablo 2)

## KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM

### Fizyolojik hiperprolaktinemi nedenleri

- |              |                          |
|--------------|--------------------------|
| -Gebelik     | -Yemek sonrası           |
| -Laktasyon   | -Cinsel ilişki           |
| -Östrojenler | -Meme başının uyarılması |
| -Uyku        | -Stress                  |
| -Hipoglisemi |                          |

### 65. Hangisinde yeterli östrojen mevcut olmasına rağmen amenore gözlenir?

- Hipogonadotropik hipogonadizm
- Kallman sendromu
- Kraniyofarenjiyoma
- PCOS
- Over yetmezliği

Cevap D (*Kişnişçi, s.1180*)

PCOS oligomenore ve amenoreye en sık yol açan nedenlerdendir. Tüm amenoreik kadınlar içinde rastlanma oranı %26-37'dir. Etiyolojisinde hipotalamus, hipofiz, adrenal ve overe ait faktörlerin her birini teker teker ön plana çıkararak teoriler mevcuttur. Diğer amenore tiplerinin aksine PCOS'da yeterli östrojen mevcuttur. Ancak olayın kökünde yatan hiperandrogenemi sonucu ortaya çıkan anovulasyon, progesteronla karşılanmayan asiklik östrojen salgılanmasına yol açar. Bu da disfonksiyonel kanama, oligomenore ve sonunda sekonder amenoreye neden olur.

### 66. IVF'de normal bir fertilizasyon yakalamak için sperm morfolojilerinin en az ne kadarı normal olmalıdır?

- %100
- %75
- %50
- %15
- %5

Cevap D (*Novak, s.920*)

Normal formların oranı %15'in üzerinde ise IVF'de fertilizasyon normal olmakta, %4'ün altında ise fertilizasyon oranı büyük ölçüde düşmekte ve %4-14 ise her iki durumun arasında bir fertilizasyon oranı elde edilmektedir.

### 67. Gebelerde en sık görülen meme Ca türü hangisidir?

- İnfiltratif lobüler karsinom
- İnfiltratif duktal karsinom
- Paget hastalığı
- In situ karsinom
- Gebelerde hormonal değişikliklerden dolayı meme Ca görülmez.

Cevap B (*Kişnişçi, s.418,419*)

Meme kanserinin büyük oranda östrojen ve progesterona duyarlı olduğu düşünülmektedir. Bu durum

gebelikte meme kanserinin daha agresif olabileceğini akla getirir. Fakat gebelikte hakim östrojen komponenti estrioldür ve daha potent olan estradiolün yerini alır. Ayrıca gebelerdeki meme kanserlerinde büyük oranda östrojen reseptörü bulunmadığı bildirilmiştir. Meme kanserinin prognozuna gebeliğin belirgin bir etkisi yoktur ve terapötik abortus yapılması prognozu iyileştirmez. Bu kanserin prognozu gebe olmayanlardaki gibi hastalığın evresine bağlıdır. Ancak gebelerde tanıdaki gecikme nedeniyle meme kanseri genellikle daha ileri evrede saptanır. Ayrıca artmış meme vaskülaritesi nedeniyle kanser yayılımının daha hızlı olabileceği düşünülmektedir. En sık infiltratif duktal karsinoma rastlanır. İnfiltratif lobüler karsinom veya in situ karsinomlar da görülebilir.

### 68. Gebe tarafından fetal hareketlerin algılanması kaçınıcı haftada olur?

- 8-10 haftalar
- 10-16 haftalar
- 16-18 haftalar
20. haftadan sonra
24. haftadan sonra

Cevap C (*Danforth, s.77*)

Annenin fetal hareketi algılanması, gebelik süresi hakkında kaba bir fikir verebilir. Hareketler, multiparada genellikle 16-18. haftalarda, primiparlarda bu süreden birkaç hafta sonra gerçekleşir. Bu yöntem, diğer parametrelerin doğrulanmasında kullanılabilir, fakat tek başına sağlıklı bir ölçü oluşturmaz.

### 69. Gebelikte görülen bulantı ile ilgili hangisi yanlıştır?

- Gebelerin yaklaşık yarısında görülür.
- Tesbit edildiği anda ilaç tedavisine başlanır.
- Genellikle erken gebelik döneminde ortaya çıkar.
- Sabahları daha şiddetlidir.
- Bazen kusma eşlik edebilir.

Cevap B (*Danforth, s.75,76*)

Erken gebelik döneminde, kadınların yaklaşık yarısında, kusmayla birlikte veya yalnız olarak bulantı görülür. Bu belirti, genellikle gebeliğin 2-12. haftalarında ortaya çıkar ve 6-8 haftada geriler. Bazen, gebelik boyunca bulantı devam eder ve çok seyrek olarak da birinci trimesterden sonra ortaya çıkabilir. Sıklıkla, bulantı sabah uyanıldığında çok şiddetlidir ve gün ilerledikçe azalır. Genellikle, yataktan kalkmadan kraker yenmesi, sık olarak kuru yiyeceklerin alınması ve bulantıyı uyaran yiyeceklerden uzak durulması gibi basit önlemlerle yeterli tedavi sağlanabilir. Buna rağmen, bazen ilaç uygulaması gerekebilir.

**70. Gebe bir kadında üriner sistemde taş bulunması hangisini önemli kılar?**

- a) Spontan düşük
- b) İdrar yolları enfeksiyonunda artış
- c) Preterm eylem
- d) Preeklampsi
- e) Ektopik gebelik

Cevap B (Danforth, s.381)

Gebelik, taş oluşumunu veya bu hastalığın şiddetini artırmamaktadır.

İdrar taşlarının gebelikteki tek olumsuz etkisi, idrar yolları enfeksiyonu sıklığının artmasıdır. Taşı olan gebe kadınlarda, idrar yolları enfeksiyonunun insidansı %20-%45'dir. Spontan düşük, erken doğum ve hipertansif komplikasyonların insidansları, her zamankinden yüksek değildir.

**71. Gebelerde üriner sistem enfeksiyonuna yol açan en sık mikroorganizma hangisidir?**

- a) Stafilokoklar
- b) E. coli
- c) Klebsiella
- d) Proteus
- e) Streptokoklar

Cevap B (Danforth, s.379)

İdrar yolları enfeksiyonları, kadınların %10-%15'inde görülen, gebelikte sık rastlanan bir komplikasyondur ve akut piyelonefrit, gebelikte, sıklıkla hastanede tedavi gerektiren bir enfeksiyondur. Bu enfeksiyonlarda en sık rastlanan sorumlu organizmalar, "Esheria coli" (vakaların %75-%90'ı), "Klebsiella" (%10-%15) ve "Proteus" (%5)'dir. Diğer sorumlu organizmalar, "Pseudomonas", "Staphylococcus" ve grup D ve grup B streptokoklardır.

**72. Diabetik bir gebe ile ilgili hangisi yanlıştır?**

- a) İnsülin fetusa geçmez.
- b) Gebelikte oral hipoglisemik ilaçlar kullanılmalıdır.
- c) Gebelik ilerledikçe insülin dozu yükseltilmelidir.
- d) Diabetik olmayan bir kadının kan glukoz, gebelikte normalden yüksektir.
- e) Gebede kalori ihtiyacı artar.

Cevap D (Danforth, s.347)

Diabetik olmayan bir kadının kan glukoz düzeyleri, gebelikte normalden düşüktür. Aynı düzeyler, diabetikte de sağlanmalıdır. Buradaki amaç, annenin gebelik seyrini etkilemek değil, fetal komplikasyon olasılığını azaltmaktır.

Kadın, kan glukozunu normalde tutmaya yeterli insülin kullanmalıdır. İnsülin, fetusa geçmediğinden, kullanılan doz yeterli olduğu sürece, mutlak miktarı önemsizdir. Gebeliğin ileri evresinde, başlangıç dozu daha yüksektir. Bu nedenle, doktor, gebeliğin ilk

yarısında 0.5 ünite/kg ile başlayabilir ve ikinci yarısında 0.7 ünite/kg'a geçebilir. Bazı obes hastaların günlük insülin gereksinimleri oldukça fazladır. Genellikle, insülin ihtiyacı, 20-30 haftalık dönemde, iki-üç kat artar.

Gebelik esnasında, oral hipoglisemik ilaçlar kullanılmamalıdır.

**73. Hangisi diabetik bir annenin çocuğunda karşılaşılan sorunlardan değildir?**

- a) Makrozomi
- b) Hiperkalsemi
- c) Hiperbilirubinemi
- d) Respiratuvar distress
- e) Abortus

Cevap B (Danforth, s.346)

Diabetik annelerin çocukları aşağıda listelenmiş sorunlarla karşı karşıyadır:

- \*düşük
- \*konjenital anomaliler
- \*respiratuvar distress
- \*hipoglisemi
- \*makrosomi
- \*hipokalsemi
- \*hiperbilirubinemi
- \*perinatal mortalite

**74. Missed abortionla ilgili hangisi yanlıştır?**

- a) Gebelik belirtileri geriler.
- b) Gebelik testleri negatifleşir.
- c) Çoğu spontan düşükle neticeleşir.
- d) Kendiliğinden sonlanacağı için ek bir müdahale gerekmez.
- e) İlk trimesterde ise aspirasyon küretaj yapılır.

Cevap D (Danforth, s.179)

Embriyo/fetus uzun süredir ölmüş olduğu halde uterus kavitesinden dışarı atılmadığı takdirde, "missed abortion" da bahsedilir. Hastanın, gebelik belirtilerinin gerilemesi tipiktir; gebelik testleri negatifleşir ve fetal kalp aktivitesi saptanamaz. "Missed abortion" vakalarının çoğu sonunda spontan düşükle neticelenir ve ölü fetus sendromunun neden olduğu koagülasyon bozuklukları, gebeliğin ilk yarısında seyrek belirir. Yine de, sonucu spontan çözüme bırakmak, duygusal yük oluşturduğundan, "missed abortion" lu hastaların çoğu, gebeliğin bir an önce sonlandırılmasını ister. İlk trimesterde bu aspirasyon küretajıyla yapılır.

İkinci trimesterde, dilatasyon ve boşaltmayla veya intravajinal prostaglandin E<sub>2</sub> (PGE<sub>2</sub>) supozituarlarıyla eylem indüksiyonu sağlanarak uterus boşaltılır.

**75. Erken postpartum kanamanın en sık nedeni hangisidir?**

- a) Uterus inversiyonu
- b) Plasenta previa
- c) Plasenta acreata
- d) Uterus atonisi
- e) Pıhtılaşma bozuklukları

Cevap D (*Danforth, s.165*)

Vajinal doğumdaki ortalama kan kaybı, yaklaşık 500 ml'dir. 1000 ml'nin üstünde kanama, postpartum hemorajiyi oluşturur.

Erken postpartum hemorajinin en sık görülen nedeni, uterus atonisidir. Gebeliğin sonlarında, plasentaya giden maternal kan akımı, yaklaşık 500 ml/dakikadır. Eğer, plasentanın uterus duvarından ayrılmasından sonra miyometrium etkili olacak şekilde kasılmazsa, kısa sürede önemli kan kaybı görülür. Plasentanın doğumundan sonra, alışılagelmiş oksitosin uygulamasının amacı, uterus atonisi ve hemorajisinin önlenmesidir. Akut durumda, gevşek uterustan devamlı gelen kanı durdurmak için, uterusu bimanuel kompresyon uygulanabilir.

**76. Lepoldun ikinci manevrası ile hangisi anlaşılmaya çalışılır?**

- a) Fetal sırtın hangi tarafta olduğu
- b) Fetal kısmın fundusu doldurup doldurmadığı
- c) Sefalik çıkıntının hangi tarafta olduğu
- d) Başın pelvise girip girmediği
- e) Pelvis giriminde hangi fetal kısmın olduğu

Cevap A (*Danforth, s.82-83*)

Birinci manevrada "hangi fetal kısım fundustadır?" sorusu cevaplanır.

İkinci manevra, "fetusun sırtı hangi taraftadır?" sorusunu cevaplar.

Üçüncü manevra "pelvis giriminde hangi fetal kısım var?" sorusunu cevaplar.

Dördüncü manevra, "sefalik çıkıntı hangi taraftadır?" sorusunun cevabını verir. Bu manevra ancak başın yerleşmiş olması halinde geçerlidir; baş hareketliyse manevra uygulanamaz.

**77. Premenstrüel sendromla ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Östrojen-progesteron düzeylerindeki dalgalanmalara bağlı oldukları düşünülmektedir.
- b) Çoğu hastada dismenore de bulunur.
- c) Bromokriptinin faydaları çok kesin değildir.
- d) Sıvı tutulumu tabloda yoktur.
- e) Trankilizanlar bazı vakalarda faydalı olabilir.

Cevap D (*Manual, 1992, s.1791*)

PMS'de sıklıkla şişkinlik ve sıvı retansiyonu şikayetlerinin olması, PMS semptomlarının potansiyel bir nedeni olarak minerolokortikoid değişiklikleri olabileceği-

ni düşündürmüştür. Ayrıca, minerolokortikoidler ruh hali üzerine santral bir etkiye sahiptir.

**78. Serviks kanseri için risk faktörü olmayan hangisidir?**

- a) Irk
- b) Nulliparite
- c) Sigara
- d) Oral kontraseptif kullanımı
- e) Multiparite

Cevap B (*Atasü, Jinekolojik Onkoloji, 1996, s.276*)

Serviks kanseri gebelikle alakasızdır.

**79. Aşağıdaki sayılanlar arasında perinatal ölümün en sık sebebi hangisidir?**

- a) Hipoglisemi
- b) Enfeksiyon
- c) Konjenital malformasyonlar
- d) Travma
- e) Prematürite

Cevap E (*Williams Obstetrics, 17.baskı, s.4*)

Prematüritede, neonatal morbidite ve mortalite oranı %75'dir.

**80. Ektopik gebelik ile ilgili olarak aşağıdaki cümlelerden yanlış olanı işaretleyiniz.**

- a) En çok görüldüğü yer tuba uterinalardır.
- b) Adet rötarı, uterin kanama ve ağrı en sık rastlanan klinik semptomlardır.
- c) Kesin tanı ultrasonografi ile konur.
- d) Tedavide cerrahi ve medikal yol tercih edilebilir.
- e) Rüptüre ektopik gebelik ise mutlaka cerrahi tedavi yapılmalıdır.

Cevap C (*Danforth, Current*)

Kesin tanı laparoskopi ile konulur.

**81. En sık intrauterin gelişme geriliği (IUGR) yapan sebep hangisidir?**

- a) Maternal hipertansiyon ve preeklampsi
- b) İntrauterin TORCH grubu enfeksiyonlardır.
- c) Maternal beslenme bozukluğu
- d) Fetal konjenital anomaliler
- e) Maternal diabetes mellitus

Cevap A (*Danforth, Current*)

IUGR sıklıkla kronik hipertansiyon ile komplike olmuş gebeliklerde görülür. Risk, direkt olarak diyastolik kan basıncı düzeyleri ile ilişkilidir. Kronik maternal hipoksiyle ilişkili durumlardan Eisenmenger kompleksi veya Fallot tetralojisi de sıklıkla IUGR ile alakalıdır. Orak hücre anemisi gibi maternal hemoglobinopatiler de IUGR ile ilişkilidir.

82. Bir myom uteri olgusunda aniden başlayan şiddetli ağrı en büyük olasılıkla hangisini gösterir?

- a) Malign transformasyon
- b) Torsiyon
- c) Sekonder infeksiyon
- d) Metaplazi
- e) Dejenerasyon

Cevap E (Novak's, Gynecology, 1996, s.331; Ersoy, Türkiye Klinikleri Kadın-Doğum Ders Notları, s.255)

Bası, sap torsiyonu ve enfeksiyon sonucu ağrı meydana gelir. Komplike olmayanlar genelde ağrı yapmaz, ağrı genelde dejenerasyonlara bağlı ortaya çıkar.

83. 2-10 yaşlarındaki popülasyonda en çok görülen vagen tümörü hangisidir?

- a) Endodermal sinüs tümörü
- b) Squamöz karsinom
- c) Rabdomyosarkom
- d) Clear cell karsinom
- e) Botroid sarkom

Cevap E (Novak's, Gynecology, 1996, s.1111; Ersoy, Türkiye Klinikleri Kadın-Doğum Ders Notları, s.240)

Bothroid sarkom; 2-10 yaşları arasında en sık görülen vajen tümürüdür. Müller tüberküülü büyüme ucundan proliferen olan stromadan çıkan mikst mezodermal tümördür. Malign karakterli, üzüm salkımı tarzındadır. Genellikle 5 yaş altında görülür. Temelde rabdomyosarkom alt tipidir. Prognoz geniş cerrahiye rağmen kötüdür.

84. AFP üreten hücreler en sık hangisinde bulunur?

- a) İmmatür teratoma
- b) Endodermal sinüs tümörü
- c) Gonadoblastoma
- d) Sertoli-Leydig hücreli tümör
- e) Embriyonal karsinoma

Cevap B (Current Obstetrics and Gynecology, 8.baskı, s.958; Ersoy, Türkiye Klinikleri Kadın-Doğum Ders Notları, s.279)

En sık rastlanan ekstraembriyonik tümör tipidir. İkinci en sıklıkta görülen malign germ hücresi tümürüdür. Yolk kesesi kökenlidir. Genç kadınlarda görülür. Sağ over daha sık tutulur. Mikroskopisinde Schiller-Duval cisimcikleri görülür. Tümör AFP yapmaktadır. Hastalığın yaygınlık derecesi ile AFP düzeyi arasında korelasyon mevcuttur. Bu nedenle tedaviye cevapta AFP düzeyleri önem taşır. Prognoz iyi değildir. %80, bir yılda ölür.

85. Geç deselerasyonlar aşağıdakilerden hangisinde görülür?

- a) Başın Kompresyonu
- b) Utero Plasental Yetmezlik
- c) Makat Doğum

- d) Kordo Umblicusun Kompresyonu
- e) Plasenta Previa

Cevap B (Niswander, Manual of Obstetrics, 5.baskı, 1996, s.317)

86. Ultrasonografik incelemede obes bir olguda hangi frekanslı transducer daha uygundur?

- a) 3.5 mHz
- b) 5 mHz
- c) 6 mHz
- d) 7.5 mHz
- e) 7 mHz

Cevap A (Niswander, Manual of Obstetrics, 5.baskı, 1996, s.372)

87. Gestasyonel diabet için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Açlık kan şekeri normalin üstündedir.
- b) Fetal anomali riski vardır.
- c) Bu gebelerin ilerde kalıcı diabete sahip olma olma şansları normal popülasyondan farklılık göstermez.
- d) Gestasyonel diabet saptanan gebelerde hemen insülin tedavisine başlanır.
- e) Tüm gebelere 24.hafta civarında gestasyonel diabet için tarama yapılmalıdır.

Cevap C (Niswander, Manual of Obstetrics, 5.baskı, 1996, s.121)

88. Aşağıdakilerden hangisi Polihidramnios sebebi değildir?

- a) Çoğul gebelik
- b) Diabetes Mellitus
- c) Özefagus atrezisi
- d) Anensefali
- e) Potter sendromu

Cevap E (Niswander, Manual of Obstetrics, 5.baskı, 1996, s.467)

89. Ovarin steroidogenezde "iki-hücre, iki-gonadotropin" kavramıyla ilişkili olmayan hangi şikâta belirtilmiştir?

- a) Teka hücresi
- b) Östrojen
- c) Androstenedion
- d) DHEAS (dehidro epi androsteron sülfat)
- e) LH (luteinize edici hormon)

Cevap D (Frederickson, sf. 73)

90. Septat uterus ile bikornuat uterusu ayırmada kullanılabilir yöntem hangisidir?

- a) Histeroskopi
- b) Histerosalpingografi
- c) Laparoskopi
- d) Histerosalpingosonografi
- e) Kolposkopi

Cevap C (Frederickson, sf 93)

91. Gebelerde 50 gram glokoz yükleme testini hangi durumda yaparsınız?

- a) Makrozomik bebek öyküsü olanlara.
- b) Ailesel diabetes öyküsü olanlara.
- c) Gestasyonel diabetes risk faktörü olmayanlara
- d) Yaşı 30'un üzerinde olanlara
- e) Obes olanlara

Cevap C (Creasy, 3.Baskı, sf. 934-978)

92. Siklusları 28 günde bir olan kadında endometriyal reseptivite hangi günlerle sınırlı kabul edilir?

- a) 14-15 günler arası
- b) 16-19 günler arası
- c) 21-24 günler arası
- d) 23-25 günler arası
- e) 25-28 günler arası

Cevap B (Speroff, 5.Baskı, sf. 241)

93. Aşağıdakilerden hangisi luteal faz yetmezliğini ciddi şekilde düşündürür?

- a) Son adetten 14 gün sonra alınan endometriyal biyopsinin histopatolojik incelemesinde (Noyes kriterlerine göre) 12. gün ile uyumlu olması
- b) Son adetten 21 gün sonra alınan endometriyal biyopsinin histopatolojik incelemesinde (Noyes kriterlerine göre) 19. gün ile uyumlu olması
- c) Son adetten 24 gün sonra alınan endometriyal biyopsinin histopatolojik incelenmesinde (Noyes kriterlerine göre) 26. gün ile uyumlu olması
- d) LH piki ile izleyen ilk menstruasyonunun ortasında alınan kan progesteron değerinin 10 ng/ml'den az olması
- e) Siklusun ikinci yarısında alınan bazal vücut ısısının 37°C'den olması

Cevap D (Creasy, 3.Baskı, s.447)

94. Aşağıdakilerden hangi durum intrauterin gelişme geriliği riskine neden olmaz?

- a) Anne boyunun 155 cm'den az olması
- b) Tüm gebelik süresinde 9 kg'dan az kilo alımı
- c) Vasküler komplikasyonlarla birlikte olan kontrolsüz diabetes mellitus

- d) Trizomi 21 olan fetüs
- e) Çoğul gebelik

Cevap A (Creasy, 3.Baskı, s.560-565)

95. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Prematür membran rüptürü etyolojisinde seküel yolla bulaşan hastalıkların taşıyıcı olmak vardır.
- b) Prematür membran rüptüründe tanı için amniosentez yaparak intraamniyotik Evans mavisini uygulaması kullanılabilir.
- c) Gebelikte posterior vaginal forniksten alınan sıvıda "Fernig" fenomeninin varlığının değerlendirilmesi prematür membran rüptürü tanısını koydurur.
- d) 34. gebelik haftasında membranların rüptürü sonrasında 6. saate doğum olursa bu, bir preterm eylem ile gelişen doğumdur, preterm eylem tanısı almaz.
- e) Prematür membran rüptürü tanımı için sınır gebelik haftası 37'dir.

Cevap E (Creasy, 3.Baskı, sf. 624-630)

96. Erken membran rüptürü tanı yöntemlerinden olmayanı belirtiniz?

- a) Transservikal sıvı akışının görülmesi
- b) Doppler ultrasonografi
- c) Nitrazin kağıdı ile pH tayini
- d) Amniyotik sıvının Fernig (eğrelti otu görünümü) özelliği göstermesi
- e) İntraamniyotik boya enjeksiyonu

Cevap B (Danforth's, 1994, s.307)

97. Major genital sistem anomalisi olan hastalarda aşağıdakilerden hangisi gebelik sonuçlarının iyileşmesinde faydalıdır?

- a) Progestasyonal ajanlar
- b) Beta mimetik ilaçlar
- c) Metroplasti
- d) Eksternal podalik versiyon
- e) Serklaj

Cevap C (Williams Obstetrics, A Study Guide, 2.baskı, s.150 (37-35))

98. Aşağıdakilerden yanlış olanı işaretleyiniz?

- a) Kadında uterus, tuba ve vagenin oluşumu 12-13 haftalarda tamamlanır.
- b) Genital tüberkülden kadınlarda klitoris gelişir.
- c) Kadınlarda bazen garther kisti denilen wolf kanal artıkları kalabilir.
- d) Bartholin bezleri ürogenital sinüsten oluşur.
- e) Hiçbiri

Cevap E (Berek, Novak's Gynecology 12.baskı)

99. Aşağıdakilerden yanlış olanı işaretleyiniz?

- Blastokist endometriyal kavitede üç gün kadar kaldıktan sonra implante olacağı endometrium bölgesinde tutunur ve implante olmaya başlar.
5. haftada ürogenital katlantının ortalarına yakın bir kısımda hücreleri toplanarak yaptığı kalınlığa gonadal katlantı denir.
- Gonadal katlantıya göç eden germ hücreleri, eğer ortamda iki X kromozom yoksa hızla atreziye uğrar. Buna disgenetik over denir.
- Germ hücrelerinin yolk kesesinden gonadal katlantıya göçü otozomal kromozomların kontrolü altında olur.
- Hiçbiri

Cevap E (Berek, Novak's Gynecology, 12.baskı)

100. Rahim içi araç taşıyan bir kadında oluşan pelvik inflamatuvar hastalığın en sık etkeni nedir?

- Chlamydia trachomatis
- Mycoplasma hominis
- Neisseria gonorrhoeae
- Bacteroides fragilis
- Actinomyces israelii

Cevap E (Beck, Obstetrics and Gynecology)

101. Luteal faz yetmezliğinde hangi tip menstruasyon anomalisi olur?

- Menoraji
- Menometroraji
- Polimenore
- Anovulatuvar kanama
- Metroraji

Cevap C (Beck, Obstetrics and Gynecology)

102. Radyoterapiye en hassas tümör hangisidir?

- Seröz kistadenoma
- Endometrioid tümör
- Gonodoblastoma
- Arrhenoblastoma
- Disgerminoma

Cevap E (Beck, Obstetrics and Gynecology)

103. Hangisi epiteliyal tümörlerinin görülme sıklığını verir?

- Musinöz, seröz, endometrioid
- Seröz, musinöz, endometrioid
- Seröz, endometrioid, musinöz
- Musinöz, endometrioid, seröz
- Endometrioid, musinöz, seröz

Cevap B (Beck, Obstetrics and Gynecology)

104. Pituiter kromofob adenomlu hastada hangisi bulunmaz?

- Amenore
- Hipotiroidi
- Galaktore
- Körlük
- Cushing 4S sendromu

Cevap E (Beck, Obstetrics and Gynecology)

105. Serviks kanseri evre IIa'da 5 yıllık sağ kalım süresi aşağıdakilerden hangisine uyar?

- % 91.5
- % 83.5
- % 45.0
- % 36.0
- % 14.0

Cevap B (Clinical Gynecologic Oncology, 4.baskı, s.76)

106. Ovarian seröz karsinomların, over karsinomları arasındaki yüzdesi aşağıdakilerden hangisidir?

- % 70-80
- % 50-55
- % 20-35
- % 10-15
- % 3-5

Cevap C (Hematology / Oncology Clinics of North America Vol. 6 Num 4. 1992, s.764)

107. İleri evre over kanserlerinde klinik tam cevap %50 oranında elde edilirken, aynı olgularda patolojik tam cevap % kaçtır?

- % 15
- % 25
- % 35
- % 45
- % 55

Cevap B (Hematology / Oncology Clinics of North America Vol. 6 Num 4. 1992, s.768)

108. Vajinitlerde vaginal akıntılardan yapılan taze preparatta "clue cells" (belirteç hücreleri) görülmesi hangi enfeksiyon için tipiktir?

- Trichomonas vaginalis
- Candida albicans
- Herpes simplex tip II
- Gardnerella vaginalis
- Human papilloma virus enfeksiyonu

Cevap D (Atasü, Jinekoloji, 1996, s.227)

109.Gronülosa hücrelerinde, aromataz enzim aktivitesini hangisi artırır?

- a) LH
- b) FSH
- c) HCG
- d) TSH
- e) PRL

Cevap B (*Speroff, Glass, Kas, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*)

110.Vulva Ca Grading sisteminde G 2'yi yazınız?

- a) Yüksek differansiye keratinize çok katlı yassı epitel ve yavaş gelişme
- b) Orta differansiye tam olmayan keratinize çok katlı yassı epitel stroma sınırı tam belirli değil
- c) Az differansiye keratinize olmayan çok katlı yassı epitel ve hızlı gelişme
- d) Orta differansiye tam olan keratinize çok katlı yassı epitel, epitel ve stroma sınırı tam belirli
- e) Az differansiye çok katlı yassı epitel az keratinizasyon orta derece gelişme hızı

Cevap B (*Gynololoji und Geburtshilfe 1994, Onkoloji Bölümü*)

111.Serviks uteri'de SMEAR değerlendirilmesinde doğru PAP III D'yi işaretleyiniz

- a) PAP III D şüpheli değil, kesin
- b) PAP III D CİN I- CİN II
- c) PAP III D CİN II
- d) PAP III D CİN II - CİN III
- e) PAP III D şüpheli İNVAZYON -CİN III

Cevap B (*Gynololoji und Geburtshilfe 1994, Onkoloji Bölümü*)

112.Serviks Ca'da sekonder lenf nodülü invazyonunda doğru olanı işaretleyiniz?

- a) Paraservikal, parametrium LN
- b) A. interna LN
- c) A. externa LN
- d) İnguinal LN
- e) Presakral ve sakral LN

Cevap D (*Gynololoji und Geburtshilfe 1994, Onkoloji Bölümü*)

113.Over Borderline tümörü için yanlış olanı işaretleyiniz?

- a) Proliferasyon
- b) Mitoz
- c) Hücre ve nükleus atipisi

- d) Minimal invazyon yok
- e) Prognoz ploidi ve S faza bağlı değil

Cevap E (*Gynololoji und Geburtshilfe 1994, Onkoloji Bölümü*)

114.ABO uygunsuzluğu aşağıdakilerden hangisinin en sık rastlanan nedenidir?

- a) Hidrops fetalis
- b) Neonatal hiperbilirubinemi
- c) Trombosit antigen uygunsuzluğu
- d) Kernikterus
- e) Konjestif Kalp yetmezliği

Cevap B (*Zurpan and Quilligan's Ob/Gyn, 2.baskı, s.153*)

115.Gebelikte diabetes mellitus'un artmasında OGTT (oral glukoz tolerans testi) aşağıdakilerden hangisinde gereklidir?

- a) Glukoz tarama testinde < 135 mg/dl altında olanlarda
- b) Hba1C (>10) olanlarda
- c) İnsüline bağımlı diabetes mellitusu olanlarda
- d) Glukoz tarama testi > 145 mg/dl üzerinde olanlarda
- e) Açlık kan şekeri > 180 mg/dl üzerinde olanlarda

Cevap D (*Zurpan and Quilligan's Ob/Gyn, 2.baskı, s.107*)

116.Down sendromunda karyotip nasıldır?

- a) Trizomi 13
- b) Trizomi 18
- c) Trizomi 21
- d) 45 XO
- e) 47 XXX

Cevap C (*Current Obstetric, Gynecologic Diagnosis Treatment, 1991, s.89-111*)

117.Sims-Huhmer testi nedir?

- a) Servikal mukus uzama testi
- b) Servikal mukus kristalleşme testi
- c) Günlük vücut ısısı takip testi
- d) Servikal mukusun post-koital değerlendirilmesi
- e) Donör spermi ile servikal mukus interaksyonu

Cevap D (*Current Obstetric, Gynecologic Diagnosis Treatment, 1991, s.1028*)



118.Karyotipi 46 XX, fenotip kadın, hipoplazik uterus, streak gonadlar, yüksek FSH-LH, düşük östrojen seviyesi, primer amenore ile karakterize durum aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Pure gonadal
- b) Turner sendromu
- c) Savage sendromu
- d) Prematüre overial yetmezlik
- e) Stein-Leventhal sendromu

Cevap A (*Current Obstetric, Gynecologic Diagnosis Treatment, 1991, s.1038-1039*)

119.Hirsutizmin en sık görülen etyolojik nedeni nedir?

- a) Cushing hastalığı
- b) Germ hücreli over tümörü
- c) Adrenal hiperplazi
- d) İdiyopatit hirsutizm
- e) Polikistik ovarium hastalığı

Cevap E (*Current Obstetric, Gynecologic Diagnosis Treatment, 1991, s.1046-1047*)

120.Hangisi rahim içi araç kullanımı için kontrendikasyon değildir?

- a) Geçirilmiş tromboflebit
- b) Ektopik gebelik anamnezi
- c) Akut veya subakut salpingitis
- d) Ciddi servisitisi
- e) Nedeni belirsiz uterin kanama

Cevap A (*Current Obstetric, Gynecologic Diagnosis Treatment, 1991, s.678*)

121.Ovulasyon LH pikinden yaklaşık kaç saat sonra meydana gelir?

- a) 34 - 48 saat
- b) 24 - 36 saat
- c) 10 - 12 saat
- d) 14 - 27 saat
- e) 48 - 72 saat

Cevap C (*Sperof, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, 5.baskı, 1994, s.209*)

122.Sekonder amenore de ilk yapılacak iş ne olmalıdır?

- a) PRL
- b) TSH
- c) Gebelik testi
- d) Progesteron challenge testi
- e) Östrojen - progesteron testi

Cevap C (*Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, 1994, s.404*)

123.Yalnızca adrenal korteksten üretilen androjen aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Testosteron
- b) Androstenedion
- c) DHA
- d) DHAS
- e) Dihidrotestosteron

Cevap D (*Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, 1994, s.487*)

124.Menopozda aşağıdakilerden hangisi ilk önce meydana gelir?

- a) FSH
- b) LH
- c) Östrojen
- d) Testosteron
- e) GnRH

Cevap A (*Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, 1994, s.589*)

125.Aşağıdakilerden hangisi şiddetli preeklampsi kriteri değildir?

- a) Epigastrik ağrı
- b) Pulmoner ödem, siyanoz
- c) Oligüri
- d) 24 saatte 5 g. fazla proteinüri
- e) TA 140/90 olması

Cevap E (*Maternal Fetal Medicine Principlon and Practice, 3.baskı, 1994, s.805*)

126.Aşağıdakilerden hangisinde fertilizasyon öncesi sperm ve yumurtanın geçirdiği aşamaların sırası doğrudur?

- 1) Pronükleus oluşumu ve singami
  - 2) Sperm dekondeksasyonu
  - 3) Akrozom reaksiyonu
  - 4) Kapasitasyon
  - 5) Spermin zonaya bağlanması
  - 6) Sperm yumurta füzyonu
  - 7) Sperm hiperaktivasyonu
- a) 4-7-3-5-6-2-1
  - b) 7-4-3-5-6-2-1
  - c) 4-7-6-3-5-2-1
  - d) 7-4-5-3-6-2-1
  - e) 3-7-4-5-6-2-1

Cevap A (*Williams Obstetrics*)

127. Polihidramniyozdaki fetal anomali insidansı ne kadardır?

- a) %5-10
- b) %15-20
- c) %25-30
- d) %35-40
- e) %45-50

Cevap B (*Williams, Obstetrik, 1993*)

128. Mesane boynunda dominant olarak bulunan adrenerjik reseptörler hangileridir?

- a) Nikotinik
- b) Muskarenik
- c) B1 reseptörleri
- d) B2 reseptörleri
- e) X-reseptörleri

Cevap E (*Copeland, Textbook of Gynecology, s.739*)

129. Gebeliğin agreve ettiği hipertansiyonda temel olay nedir?

- a) Proteinüri
- b) Vagospazm
- c) Oligüri
- d) Hemokonsantrasyon
- e) Trombositopeni

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

130. Skuamoz intraepitelyal düşük dereceli lezyon (L-SIL) hangisinin karşılığıdır?

- a) Hafif displazi
- b) Orta displazi
- c) Şiddetli displazi
- d) Karsinoma in situ
- e) Lökoplaki

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

131. Aşağıdakilerden hangisi estrojen-progesteron kombine oral kontraseptiflerin kontrasepsiyon dışı yararlarından değildir?

- a) Endometrium kanseri riski azalır.
- b) Overin epitelyal kanseri riski azalır.
- c) Fonksiyonel over kisti oluşumu azalır.
- d) Serviks yassı hücreli kanser riski azalır.
- e) Ektopik gebelik ve abortus oluşumu azalır.

Cevap D (*Speroff, Clinical Gynecology Endocrinology and Infertility, 5.baskı; Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.147*)

132.21 hidroksilaz defekti için prenatal tanı planlansa hastada aşağıdakilerden hangisinin yeri yoktur?

- a) Gebeliğin 5. veya 6. haftasında 1.5 mg/g dek-sametazon başlanır ve amniyosentez öncesi 5 gün tedavi kesilir.
- b) 16. haftada karyotiplendirme için amniyosentez yapılır.
- c) Amniyon sıvısında 17-hidroksiprogesteron bakılır.
- d) Amniyon sıvısında androstenedion bakılır.
- e) Amniyon hücre kültüründe, bilinen etkilenmiş fert ile HLA eşleştirmesi yapılır.

Cevap B (*Speroff, Clinical Gynecology Endocrinology and Infertility, 5.baskı*)

133. Aşağıdakilerden hangisi estrojenin kardiyovasküler sistem üzerine olan iyileştirici etkilerinden değildir?

- a) HDL azalır, LDL artar.
- b) Direk vazodilatatör etki eder.
- c) Direk inotropik etki eder.
- d) İnsülin seviyelerini azaltır.
- e) Lipoprotein oksidasyonunu azaltır.

Cevap A (*Speroff, Clinical Gynecology Endocrinology and Infertility, 5.baskı*)

134. Aşağıdakilerden hangisi klomifen sitrat ile yapılacak ovulasyon indüksiyonu için uygunsuzdur?

- a) Anovulasyona bağlı infertilite olguları
- b) Luteal faz yetmezliği olguları
- c) Oligoovulasyona bağlı infertilite olguları
- d) Açıklanamamış infertilite olguları
- e) Tubal faktör infertilite olguları

Cevap E (*Speroff, Clinical Gynecology Endocrinology and Infertility, 5.baskı*)

135. Aşağıdakilerden hangi dönem gonadotropin bağımsızdır?

- a) Prenatal follikül
- b) Antral follikül
- c) Preovulatuvar follikül
- d) Postmordial follikül
- e) Primordial follikül

Cevap E (*Speroff, Clinical Gynecology Endocrinology and Infertility, 5.baskı*)

136.1994-FIGO evrelemesine göre servikal kanser 3 mm derinlikten az ve 7 mm çaptan düşük ise evre kaçtır?

- a) Evre I a1
- b) Evre I a2
- c) Evre II b
- d) Evre III a
- e) Evre IV

Cevap B (Kasse, *Clinical Gynecologic Oncology Diseases*, 5.baskı)

137.Vulva kanseri histolojik tipi en sık hangisi olarak karşımıza çıkar?

- a) Yassı hücreli karsinoma
- b) Bazal hücreli karsinoma
- c) Melanom
- d) Verrüköz karsinom
- e) Sarkoma

Cevap A (Kasse, *Clinical Gynecologic Oncology Diseases*, 5.baskı; *Türkiye Klinikleri, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, s.265)

138.Turner sendromu olan bir kadın gebe kalmak isterse ne yapmalıdır?

- a) Ovulasyon indüksiyonuna başlanmalı
- b) Ov.ind.+IÜI yapılmalı
- c) Kiralık uterus bulunmalı
- d) Oosit bağışından faydalanmalı
- e) İCSİ yapılmalı

Cevap D (Pernoll, *Current Obstetric and Gynecology Diagnosis and Treatment*)

139.Aşağıdakilerden hangisinin OHSS'nin önlenmesinde rolü yoktur?

- a) Follikül aspirasyonu
- b) HCG uygulamasının ertelenmesi
- c) HCG'nin verilmemesi
- d) GnRH'in HCG yerine kullanılması
- e) Metotreaksat verilmesi

Cevap E (Pernoll, *Current Obstetric and Gynecology Diagnosis and Treatment*)

140.Hangisi hipogonadotropik hipogonadizm yapan nedenlerden değildir?

- a) Turner sendromu
- b) Swyer's sendromu
- c) Savage's sendromu
- d) Sheehan's sendromu
- e) Prematür ovarian yetersizliği

Cevap D (Pernoll, *Current Obstetric and Gynecology Diagnosis and Treatment*)

141.Endometriozis tedavisinde aşağıdakilerden hangisi kullanılmaz?

- a) GnRH agonistleri
- b) GnRH antagonistleri
- c) Progesteron
- d) Taxol
- e) Danazol

Cevap D (Pernoll, *Current Obstetric and Gynecology Diagnosis and Treatment*)

142.Aşağıdaki hangi dönem ve hastalıklarda anovulasyon görülür?

- a) Perimenopozal dönem
- b) PCOS
- c) Adölan dönemde
- d) Hiper prolaktinoma
- e) Menopozal dönem

Cevap E (Kışnişçi, *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, s.1218)

143.Aşağıdakilerden hangisi RIA için yanlıştır?

- a) %99 koruyuculuğu vardır.
- b) Ovum transportunu inhibe eder.
- c) Molar gebelik sonrası kullanılan en etkin yöntemdir.
- d) Fertilizasyonu inhibe eder.
- e) PID geliştiğinde antibiyotik tedavisinden 48 saat sonra çıkartılır.

Cevap C (Kışnişçi, *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, s.156)

144.Over granuloza hücre tümörlerinde yanlış olanı işaretleyiniz.

- a) %70 hormon prodüksiyonu
- b) %95 tek taraflı
- c) %5 premenarş dönemde
- d) %40 postmenopozal devrede
- e) %20 bütün ovarial tümörlerin

Cevap E (Frauenheilkunde und Geburtshilfe JW. Dudenhausen und PG. Schneider de Gruyter Lehrbuch mit Repetitorium Walter de Gruyter Berlin, Newyork 1994)

145.Servik Ca'da primer lenf metastazlarında yanlış olanı işaretleyiniz.

- a) A. iliaca communis
- b) Paraservikal
- c) Parametrial
- d) A. iliaca externa
- e) İnguinal

Cevap A (*Frauenheilkunde und Geburtshilfe JW. Dudenhausen und PG. Schneider de Gruyter Lehrbuch mit Repetitorium Walter de Gruyter Berlin, Newyork 1994*)

146.Over borderline tümörlerde yanlış olanı işaretleyiniz.

- Kuvvetli hücre proliferasyonu
- Hücre ve nükleus atipisi yok.
- Stroma invazyonu görülmez.
- %25'i 20 yıl sonra maligniteye dönüşür.
- Prognozda ploide ve S fazı önemlidir.

Cevap B (*Frauenheilkunde und Geburtshilfe JW. Dudenhausen und PG. Schneider de Gruyter Lehrbuch mit Repetitorium Walter de Gruyter Berlin, Newyork 1994*)

147.Myomlarda dejeneratif değişikliklerde yanlış olanı işaretleyiniz.

- Kırmızı dejenerasyon
- Kalsiyum dejenerasyonu
- Telenjiektazik dejenerasyon
- Lenfanjiektazik dejenerasyon
- Leukoplazik dejenerasyon

Cevap E (*Frauenheilkunde und Geburtshilfe JW. Dudenhausen und PG. Schneider de Gruyter Lehrbuch mit Repetitorium Walter de Gruyter Berlin, Newyork 1994*)

148.Gestasyonel trofoblastik hastalıklar tanımında yanlış olanı işaretleyiniz.

- Chorion villus trofoblast hücrelerinde hiperplazi
- Chorion villus stromada dejenerasyonlar
- Chorion villuslar da terminal arterlerde tıkanma
- Chorion villus trofoblast hücrelerinde atrofi
- Chorion villusların kistik (üzüm tanesi gibi) görünümü

Cevap D (*Frauenheilkunde und Geburtshilfe JW. Dudenhausen und PG. Schneider de Gruyter Lehrbuch mit Repetitorium Walter de Gruyter Berlin, Newyork 1994*)

149.Myomlarda pseudo kapsül hangisinde görülür?

- Saplı subseröz myomlarda
- Saplı submüköz myomlarda
- Intraligamenter myomlarda
- Serviks myomlarında
- Intramural myomlarda

Cevap E (*Frauenheilkunde und Geburtshilfe JW. Dudenhausen und PG. Schneider de Gruyter Lehrbuch mit Repetitorium Walter de Gruyter Berlin, Newyork 1994*)

150.Menopozla ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- Premenopozal ve postmenopozal dönem arasındaki yaklaşık 6 aylık bir süreye denilir.
- 50 yaşından önce gelişen menopozla prematür menopoz denilir.
- Sigara içenler menopozla normal popülasyondan daha erken yaşlarda karşılaşabilir.
- Aynı zamanda steroid tedavisi gören hastalar için osteoporoz önemli bir sorun yaratmaz.
- Deneyssel olarak histerektomi ile menopoz oluşturabilir.

Cevap C (*Currnet Obstetric and Gynecology, 1994*)

151.Serviks yetmezliği ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangileri yanlıştır?

- Serviks yapısında anormallik olabilir.
  - Uterus malformasyonları ile birlikte olabilir.
  - DES kullanımı etkili değildir.
  - Çoğul gebeliklerle birlikteliği yoktur.
  - Üçüncü trimesterde beraberinde uterus aktivitesi, kanama, konik eksizyon gibi nedenler olmadan gelişen düşükler için kullanılır.
- 1,4
  - 2,3
  - 3,5
  - 2,4,5
  - 3,4,5

Cevap E (*Zuspan, Quilligan's Manual of Obstetrics and Gynecology, 1990, s.137*)

152.Amenore ile başvuran hastada ilk etapta yapılması gereken tetkik aşağıdakilerden hangisi değildir?

- Gestagen challenge
- Plano bakılması
- Hipofiz MR
- TSH
- PRL

Cevap C (*Sperof*)

153.Aşağıdakilerden hangisi anovulasyon ile uyumlu değildir?

- FSH uyarısının kaybı
- Sürekli östrojen sekresyonu
- Anormal östrojen klirensi
- LH pulsatilitesinde artış
- Ekstraglandüler östrojen sentezi

Cevap D (*Sperof*)

154.Hirsutizm tedavisinde aşağıdakilerden hangisi kullanılmaz?

- a) Oral kontraseptif
- b) Danazol
- c) GnRH agonisti
- d) Spiranolakton
- e) Siproteron asetat

Cevap B (*Sperof*)

155.Ektopik gebelik en az hangi bölgede görülür?

- a) Ampulla
- b) Servikal
- c) Fimbrial uç
- d) Abdominal
- e) Kornual

Cevap B (*Sperof*)

156.Aşağıdakilerden hangisi postpartum tiroidit tari-  
fine en iyi uyar?

- a) Otoimmün hastalık olup, doğumdan birkaç hafta sonra çıkar, genellikle geçicidir, nadiren kronikleşir.
- b) Otoimmün değildir, bazen hem doğumdan önce hem doğumdan sonra çıkabilir.
- c) Doğumdan sonra çıkan, geçici olan ve otoimmün olup olmadığı belli olmayan tiroidittir.
- d) Doğumdan birkaç gün sonra oluşan ve en az 1 yıl devam eden otoimmün hastalıktır.
- e) Doğumdan birkaç gün sonra oluşan ve böbrekleri de birlikte tutan otoimmün hastalıktır.

Cevap A (*Pef. Rep. Endoc Surger., s.1327*)

157.Aşağıdakilerden hangisi gebelikte en az üriner enfeksiyon sebebidir?

- a) E. coli
- b) Klebsiella
- c) Proteus
- d) Chlamydia
- e) Stafilokok

Cevap D (*Fund. Obstet. Gynae., s.220*)

158.Aşağıdakilerden hangisi endometrial Ca için risk faktörü değildir?

- a) Nulliparite
- b) Geç menapoz
- c) >40 yaş
- d) Sigara kullanımı
- e) Diabet ve hipertansiyon

Cevap D (*Clinic. Gyne. Oncology, s.163*)

159.Aşağıdakilerden hangisi meme kanseri için risk faktörü değildir?

- a) Cinsiyet
- b) Yaş
- c) Diğer memede geçirilmiş kanser
- d) >50 yaş menapoz
- e) Aynı anda Krukenberg tümörünün varlığı

Cevap E (*Clinic. Gyne. Oncol., s.482*)

160.İmplantasyon zigot oluşumunda kaç gün sonra olur?

- a) 21 gün
- b) 7 gün
- c) 60 gün
- d) 30 gün
- e) 15 gün

Cevap B (*Williams, Obstetrik ve Gynecology*)

161.Aşağıdakilerden hanisi ektopik gebeliğin konser-  
vatif tedavi yöntemi değildir?

- a) Salpingotomi
- b) Methotreksat
- c) Tubal milking
- d) Bekleme
- e) Salpenjektomi

Cevap E (*Williams, Obstetrik and Gynecology*)

162.Gebelikte ilk tercih edilecek analjezik aşağıdaki-  
lerden hangisi olmalıdır?

- a) Salisilik asit
- b) Paracetamol
- c) Pyrazolan
- d) Pethidin
- e) Naproksen

Cevap B (*Briggs, Drugs in Pregnancy and Lactation, 2.baskı, 1996, s.2*)

163.FSH'nın etkili olabilmesi için intraovaryan regülasyonda etkisi olmayan hormon hangisidir?

- a) IGF-1
- b) IGF-2
- c) İnhibin
- d) VİP
- e) Aktivin

Cevap D (*Samuel, Neuroendocrin Regulation of Reproduction, 1990, s.742-765*)

164.36 haftalık gebe olan bir hastanın arteriyel kan basıncı 170/110 mmHg, spot idrarında (++) proteinüri ve karın ağrısı ile vaginal kanaması mevcuttur. Abdominal palpasyon ile uterusun kontrakte olduğu saptanmıştır. Olası tanınız nedir?

- a) Uterin rüptür
- b) Plasenta previa
- c) Plasenta circumvallata
- d) Ablatio plasenta
- e) Vasa previa

Cevap D (Pernoll, Current Obstetrics & Gynecology, 1.cilt, 1994, s.462-479)

165.Fetusta angiotensin I'in angiotensin II'ye dönüşümü esas olarak nerede gerçekleşir?

- a) Fetus böbrekte
- b) Placentada
- c) Amnio-chorionda
- d) Fetal akciğerde
- e) Fetal karaciğerde

Cevap B (Pernoll, Current Obstetrics & Gynecology, 1.cilt, 1994, s.176-206)

166.Adölesan dönem disfonksiyonel kanamaları için doğruyu belirleyiniz.

- a) Anovulasyon ile beraber giden bir bozukluktur.
- b) Mutlaka endometriyal biyopsi yapılmalıdır.
- c) Bu dönemde tedavi sıklıkla cerrahidir.
- d) Premarin bu dönemde sık kullanılan bir progestindir.
- e) Bu dönemde neden sıklıkla Botiroid sarkomdur.

Cevap A (Pernoll, Current Obstetrics & Gynecology, 1.cilt, 1994, s.790-822)

167.Cerrahiye yardımcı olmak üzere, preoperatif olarak uygulanan kemoterapiye ne ad verilir?

- a) Kombine terapi
- b) Adjuvan kemoterapi
- c) Neo-Adjuvan kemoterapi
- d) Salvage kemoterapi
- e) Palyatif kemoterapi

Cevap C (Novak's, Gynecology, 1996, s.1115-1157)

168.İnfertilitede erkek faktörü insidansı hangisidir?

- a) %50
- b) %30
- c) %20
- d) %10
- e) %25

Cevap A (Current Obstetrics and Gynecology, 8.baskı, s.1003)

169.Hangisi pulmoner fibrozise neden olabilir?

- a) Doksorubisin
- b) Vinkristin
- c) Bleomisin
- d) İfosamid
- e) Taksol

Cevap C (Current Obstetrics and Gynecology, 8.baskı, s.993)

170.Fetal kalp bloku hangisinde sık izlenir?

- a) Orak hücreli anemi
- b) Talassemi
- c) SLE
- d) Diabetes mellitus
- e) Hemolitik anemi

Cevap C (Danforth's, Obstetrics and Gynecology, 6.baskı, s.485)

171.Antifosfolipid antikorlar hangileridir?

- a) Anti DNA, antinükleer antikor (ANA)
- b) Antikardiyolipin antikor (ACA), ANA
- c) Lupus antikoagülan (LAC), anti DNA
- d) LAC, ANA
- e) ACA, LAC

Cevap E (Danforth's, Obstetrics and Gynecology, 6.baskı, s.216)

172.Postpartum hemoraji nedeniyle opere edilen olguda halojenli bileşiklerle genel anestezi hangi indikasyonla "mutlak" uygulanmalıdır?

- a) Uterin atoni
- b) Uterin rüptür
- c) Uterin inversiyon
- d) Plasental retansiyon
- e) Plasenta perkreta

Cevap C (Current Obstetrics and Gynecology, 8.baskı, s.581)

173.İnfertil çiftin araştırmasında ilk başvurulacak yöntem aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Spermogram
- b) Pelvik USG
- c) Histerosalpingografi
- d) Hormon profili
- e) Endometrium biopsisi

Cevap A (Speroff)

174. Aşağıdakilerden hangisi desiduada üretilen protein değildir?

- a) Prolactin
- b) Relaxin
- c) IGF-1
- d) Plasental protein
- e)  $\alpha$ -fetoprotein

Cevap E (Gabbe, s.41-42)

175. Meig's sendromu için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Primer bulgusu hidrotoraks ve asittir.
- b) Over fibromaları ile kombine olarak bulunurlar.
- c) Brenner tümörü ve tekoma ile birlikte gözlenir.
- d) Granüloza hücreli tümörle birlikte gözlenir.
- e) Sıklıkla geniş subseröz myomlarla birlikte gözlenir.

Cevap E (Disaia, Obstetrik and Gynecology, 6.baskı, 1990, s.1314)

176. Yanlış cümleyi işaretleyiniz.

- a) İlk 12 haftada olan düşüklere erken düşük denir.
- b) Perinatal dönem 28. gebelik haftasından lohusalık sonuna kadar olan devredir.
- c) Gebelik ürününe 8 haftadan sonra fetus denir.
- d) İnsanda gebelik süresi 266-280 gündür.
- e) Perinatal ölümün en sık sebebi erken doğumdur.

Cevap B (Danforth, Current)

177. Doğru cümleyi işaretleyiniz.

- a) Prematür menapoz 40 yaştan sonra meydana gelir.
- b) HRT için yalnız östrojen vermekle adenomiyozis riski artar.
- c) Gestagenler de menapozlu kadınlarda östrojen eksikliğini tamamlamakta kullanılırlar.
- d) Pelvik organlarda sarkmalar amenoreik kadınlarda siktir.
- e) Menopoz üzerinden yıllar geçtikçe enterosel çoğalır.

Cevap C (Danforth, Current)

178. 2 yıldır menapozda olan bir kadında kanama vardır. Doktora başvurunca öncelikle yapılması gereken aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Sedasyon yapmak
- b) Kolposkopi bakmak
- c) Acil histerektomi

- d) Endometriyal biyopsi
- e) Hormon tetkikleri

Cevap D (Danforth, Current)

179. Doğru olan cümleyi işaretleyiniz.

- a) Servikal kanserli hastalar en çok kanamadan ölürlür.
- b) En iyi sağkalım evre 2a'da elde edilir.
- c) Eskiden CIN yerine Bethesda sistem tasnifi kullanılıyordu.
- d) Servikal kanserler skuamo-kolumnar bölgeden gelişir.
- e) CIN-III olan kadına radyoterapi öncelikle tedavi yöntemidir.

Cevap D (Danforth, Current)

180. Doğru cümleyi işaretleyiniz.

- a) Endometriozis 40-60 yaş arasında sık görülür.
- b) Sekonder infertilitenin en sık sebebi endometriozisdir.
- c) GnRH analoglarının iştah açıcı etkileri yoktur.
- d) Histeroskopi, endometriozis tanısında sık kullanılır.
- e) Dişezi endometrioziste ender rastlanan bulgudur.

Cevap C (Danforth, Current)

181. Doğru cümleyi işaretleyiniz.

- a) İstmusta fertilizasyon gerçekleşir ve zigot 3-4 günde uterusu ulaşır.
- b) Klomifen sitrat servikal mukus miktar ve kalitesini düzeltir.
- c) Normal semende anormal sperm %50'nin altında olmalıdır.
- d) Erkek kaynaklı infertilitede en iyi çözüm GİFT'tir.
- e) IVF-ET için en az bir tuba açık olmalıdır.

Cevap C (Danforth, Current)

182. Hirsutizm tedavisinde yer almayan ilaç aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Spironolakton
- b) Prostaglandinler
- c) Siproteron asetat
- d) Dekametazon
- e) Flutamid

Cevap B (Erk, Klinik Jinekolojik Endokrinoloji ve Infertilite, 5.baskı, 1996, s.506)

183.Oral kontraseptiflerin kesin olmayan kontraendikasyonu hangisidir?

- a) Belirgin karaciğer bozukluğu olanlar
- b) Geçirilmiş tromboflebit öyküsü olanlar
- c) Hipertansiyon
- d) 35 yaşın üstünde sigara içen kadınlar
- e) Tanı konmamış uterin kanaması olan hastalar

Cevap C (*Erk, Klinik Jinekolojik Endokrinoloji ve Infertilite, 5.baskı, 1996, s.737*)

184.Memenin olgunlaşmasında etkisi olmayan hormon aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Östrojen
- b) Progesteron
- c) PRL
- d) Glukokortikoidler
- e) FSH

Cevap E (*Kişnişçi, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s.78*)

185.Gebelikte en sık görülen Ca türü hangisidir?

- a) Serviks Ca
- b) Vulva Ca
- c) Malign melanom
- d) Over tümörleri
- e) Meme Ca

Cevap E (*Atasü, Jinekolojik Onkoloji, 1996, s.487*)

186.Pelvik inflamatuvar hastalık (PID) ile ilgili olarak hangisi yanlıştır?

- a) Oral kontraseptifler önleyici etki gösterirler.
- b) Rahim içi araç varlığı PID riskini arttırır.
- c) En önemli komplikasyonlarından biri infertilitedir.
- d) Her zaman ayaktan oral tedavi yeterlidir.
- e) En çok asendan yolla enfeksiyon bulaşır.

Cevap D (*Danforth, Current*)