

Türkiye Klinikleri

MEDİTEST Dergisi

EDİTÖR

Prof.Dr.Hikmet AKGÜL (Ankara)

YAYIN SEKRETERİ

Dr.İbrahim ERSOY (Ankara)

SORU HAZIRLAYAN ÖĞRETİM ÜYELERİ

Prof.Dr. Adnan ABASIYANIK (Meram)	Prof.Dr. Mahmut BAYKAN (Meram)	Prof.Dr. Nurhan ENGİNAR (İstanbul)
Prof.Dr. Ercan ABAY (Trakya)	Doç.Dr. Merih BAYKAN (Karadeniz)	Yrd.Doç.Dr. Yaşar ENLİ (Pamukkale)
Doç.Dr. Ali ACAR (Meram)	Doç.Dr. Dilek BAYRAMGÜRLER (Kocaeli)	Prof.Dr. Deniz ERBAŞ (Gazi)
Prof.Dr. Mehmet Yücel AĞARGÜN (Yüzcüncü Yıl)	Prof.Dr. Ahmet BELCE (Cerrahpaşa)	Doç.Dr. M.Teoman ERDEM (Atatürk)
Doç.Dr. İlknur AK (Osmangazi)	Yrd.Doç.Dr. Ümit BELET (Ondokuz Mayıs)	Prof.Dr. Fatma ERDİNÇ (İstanbul)
Prof.Dr. Muhsin AKBABA (Çukurova)	Doç.Dr. Uğur BERBEROĞLU (Ankara Onkoloji Hst.)	Prof.Dr. Haydar ERDOĞAN (Cumhuriyet)
Yrd.Doç.Dr. Hayati AKBAŞ (Ondokuz Mayıs)	Yrd.Doç.Dr. Öcal BERKAN (Cumhuriyet)	Yrd.Doç.Dr. Bülent ERDUR (Pamukkale)
Uz.Dr. Özgür AKBAYIR (SSK Bakırköy Hst.)	Prof.Dr. Cengiz BEYAN (GATA)	Doç.Dr. Ergin EREN (Siyami Ersek GKDCM)
Doç.Dr. K.Gonca AKBULUT (Gazi)	Doç.Dr. Nilgün BİLEN (Kocaeli)	Uzm.Dr. Kübra EREN BOZDAĞ (İzmir Atatürk Eğ.Hst.)
Yrd.Doç.Dr. Füsün Zeynep AKÇAM (Süleyman Demirel)	Prof.Dr. Ayhan BİLİR (İstanbul)	Doç.Dr. Mine ERGUN (Hacettepe)
Prof.Dr. Tülay AKÇAY (Cerrahpaşa)	Doç.Dr. Levent Sinan BİR (Pamukkale)	Doç.Dr. Yamaç ERHAN (Celal Bayar)
Doç.Dr. Sedat AKDENİZ (Dicle)	Doç.Dr. N.Bülent BOYACI (Gazi)	Prof.Dr. Necile ERKAM (Ankara)
Prof.Dr. Doğan AKŞİT (Hacettepe)	Doç.Dr. Serpil BULUT (Fırat)	Yrd.Doç.Dr. Erol EROĞLU (Süleyman Demirel)
Prof.Dr. Sadık AKŞİT (Ege)	Prof.Dr. Mahmut BÜLBÜL (Süleyman Demirel)	Yrd.Doç.Dr. Lütfi EROĞLU (Ondokuz Mayıs)
Prof.Dr. Z. Aslı AKTAN İKİZ (Ege)	Yrd.Doç.Dr. Mehmet Akif BÜYÜKBEŞE (K.Siitçü İmam)	Prof.Dr. Lütfiye EROĞLU (İstanbul)
Doç.Dr. Zekeriya AKTÜRK (Trakya)	Doç.Dr. Suna BÜYÜKÖZTÜRK (İstanbul)	Prof.Dr. İhsan ERTEMLİ (Hacettepe)
Prof.Dr. Ömer AKYOL (Hacettepe)	Prof.Dr. Münevver BÜYÜKPAMUKÇU (Hacettepe)	Doç.Dr. Mete ERTÜRK (Ege)
Doç.Dr. Yakut AKYÖN YILMAZ (Hacettepe)	Yrd.Doç.Dr. Sevgi CANBAZ (Ondokuz Mayıs)	Prof.Dr. Teksin ERYILMAZ (Ankara)
Prof.Dr. Ruhî ALAÇAM (Hacettepe)	Yrd.Doç.Dr. Suat CANBAZ (Trakya)	Yrd.Doç.Dr. Özgen ESER (Hacettepe)
Yrd.Doç.Dr. Aşşın ALAĞÖL (Trakya)	Prof.Dr. Aykan CANBERK (İstanbul)	Doç.Dr. Bora FARSAK (Hacettepe)
(Prof.Dr. Emre ALHAN (Çukurova)	Prof.Dr. Yurdağul CANBERK (İstanbul)	Uz.Dr. Turgay FEN (Ankara Onkoloji Hst.)
Yrd.Doç.Dr. Alpaslan ALP (Hacettepe)	Prof.Dr. M.İpek CİNGİ (Osmangazi)	Doç.Dr. Orhan GELİŞEN (Ssk Ank. Doğumevi)
Yrd.Doç.Dr. M.Ufuk ALUÇLU (Dicle)	Prof.Dr. Emre CİNGİ (Osmangazi)	Doç.Dr. Remisa GELİŞEN (Cerrahpaşa)
Doç.Dr. Yavuz ANACAĞ (Ege)	Doç.Dr. Teoman COŞKUN (Celal Bayar)	Doç.Dr. Hakan GERÇEKOĞLU (Siyami Ersek GKDCM)
Yrd.Doç.Dr. İsmail APAK (Dicle)	Prof.Dr. Meserret CUMHUR (Hacettepe)	Doç.Dr. Mehmet Faruk GEYİK (Dicle)
Doç.Dr. Rebiya APAYDIN (Kocaeli)	Prof.Dr. Mehmet ÇAĞLIKÜLEKÇİ (Mersin)	Yrd.Doç.Dr. Sadullah GİRGIN (Dicle)
Yrd.Doç.Dr. Şule APRAŞ BİLGİN (Hacettepe)	Prof.Dr. Meral ÇALGÜNERİ (Hacettepe)	Prof.Dr. Hasan GÖK (Meram)
Yrd.Doç.Dr. Cavidan ARAR (Trakya)	Doç.Dr. Çetin ÇELENK (Ondokuz Mayıs)	Doç.Dr. Erol GÖKA (Ankara Numune Hst.)
Doç.Dr. O.Kadir ARIBAŞ (Meram)	Prof.Dr. Fahrettin ÇELİK (Ondokuz Mayıs)	Prof.Dr. Ayşe Sevim GÖKALP (Kocaeli)
Doç.Dr. Sema ARICI (Cumhuriyet)	Prof.Dr. Hamdi ÇELİK (Hacettepe)	Yrd.Doç.Dr. M.Fatih GÖKÇE (Aibü Düzce)
Prof.Dr. Fikret ARPACI (GATA)	Prof.Dr. Semra ÇELİK (Cumhuriyet)	Doç.Dr. Faruk GÖNENÇ (Pamukkale)
Prof.Dr. Metin ARSLAN (Gazi)	Prof.Dr. Cengiz ÇELİK (Kardiyoloji Enst.)	Doç.Dr. Engin GÖNÜL (GATA)
Prof.Dr. Sevilhan ARTAN (Osmangazi)	Yrd.Doç.Dr. Celal ÇERÇİ (Süleyman Demirel)	Prof.Dr. Mustafa GÖNÜLLÜ (Cumhuriyet)
Prof.Dr. Mevlüt ASAR (Akdeniz)	Prof.Dr. M.Turan ÇETİN (Çukurova)	Prof.Dr. Adnan GÖRGÜLLÜ (Trakya)
Prof.Dr. Diler ASLAN (Pamukkale)	Doç.Dr. Ahmet Türkler ÇETİN (GATA)	Prof.Dr. Figen GÖVSA GÖKMEN (Ege)
Yrd.Doç.Dr. Hüseyin ASLAN (Gaziosmanpaşa)	Doç.Dr. Ziya ÇETİNKAYA (Fırat)	Prof.Dr. Fahrettin GÖZE (Cumhuriyet)
Yrd.Doç.Dr. Mehmet ATILGAN (Akdeniz)	Dr. Yeşim ÇETİNTAŞ (T.Y.İ.H.)	Yrd.Doç.Dr. Gülen GÜLER (Erciyes)
Yrd.Doç.Dr. Emel AVCI (Harran)	Yrd.Doç.Dr. Remzi ÇEVİK (Dicle)	Yrd.Doç.Dr. Nil GÜLER (Ondokuz Mayıs)
Uz.Dr. Aslı AYAN (Meram)	Prof.Dr. Nusret ÇİFTÇİ (Ondokuz Mayıs)	Prof.Dr. M.Koray GÜMÜŞTAŞ (Cerrahpaşa)
Yrd.Doç.Dr. Hülya AYBEK (Pamukkale)	Doç.Dr. Özgür ÇOĞULU (Ege)	Prof.Dr. İlhan GÜNALP (Ankara)
Doç.Dr. Hasan AYDEDE (Celal Bayar)	Yrd.Doç.Dr. Cengiz ÇOKLUK (Ondokuz Mayıs)	Doç.Dr. Kamer GÜNDÜZ (Celal Bayar)
Prof.Dr. Ayşe Resa AYDIN (1 Ü İstanbul)	Prof.Dr. Mehmet ÇOLAKOĞLU (Meram)	Yrd.Doç.Dr. Ethem GÜNEREN (Ondokuz Mayıs)
Yrd.Doç.Dr. Berna AYDIN (Ondokuz Mayıs)	Yrd.Doç.Dr. Nergül ÇÖRDÜK (Pamukkale)	Prof.Dr. Ali Tahsin GÜNEŞ (Dokuz Eylül)
Uz.Dr. Süleyman AYDIN (Fırat)	Doç.Dr. Şennur DABAK (Ondokuz Mayıs)	Doç.Dr. Ali GÜR (Dicle)
Doç.Dr. Ercan Mustafa AYGEN (Erciyes)	Prof.Dr. Ramazan DEMİR (Akdeniz)	Prof.Dr. Asuman GÜRAKSIN (Atatürk)
Prof.Dr. Zuhar AYKAÇ (Siyami Ersek Gkdcm)	Prof.Dr. Ramazan DEMİR (Erciyes)	Prof.Dr. Mehmet GÜRBİLEK (Meram)
Prof.Dr. Ülkü AYPAR (Hacettepe)	Prof.Dr. Ergün DEMİRALP (GATA Haydarpaşa Hst.)	Uz.Dr. Alev GÜRGAN (İzmir Atatürk Eğ.Hst.)
Prof.Dr. Sema AYTEKİN (Dicle)	Doç.Dr. Cem DENK (Hacettepe)	Yrd.Doç.Dr. Dr. Yekta GÜRLERTOP (Atatürk)
Prof.Dr. Yener AYTEKİN (İstanbul)	Prof.Dr. Sibel DİNÇER (Gazi)	Prof.Dr. Bülent GÜRSEL (Hacettepe)
Prof.Dr. Hasan BAĞCI (Ondokuz Mayıs)	Prof.Dr. Hüseyin DİNDAR (Ankara)	Yrd.Doç.Dr. Sinan GÜRİSOY (Cumhuriyet)
Doç.Dr. Halil İbrahim BAĞÇECİOĞLU (Fırat)	Dr. Ali Evrim DOĞAN (Osmangazi)	Prof.Dr. M.Ferit GÜRSU (Fırat)
Doç.Dr. Mustafa BAK (Dr.Behçet Uz Çocuk Hst.)	Doç.Dr. M.Metin DONMA (Süleymaniye D.Evi)	Doç.Dr. Murat GÜVENER (Hacettepe)
Prof.Dr. Nuri BAKAN (Atatürk)	Doç.Dr. Cihad DÜNDAR (Ondokuz Mayıs)	Prof.Dr. Mehmet HARMAN (Dicle)
Prof.Dr. Şükri BALEVİ (Meram)	Prof.Dr. Munis DÜNDAR (Erciyes)	Prof.Dr. İclal HATİPOĞLU (İstanbul)
Prof.Dr. Kunter BALKANLI (Trakya)	Yrd.Doç.Dr. M. Akif DÜZENLİ (Meram)	Yrd.Doç.Dr. Murat İKİZLER (Osmangazi)
Doç.Dr. Sibel BARIŞ (Ondokuz Mayıs)	Yrd.Doç.Dr. Turan EGE (Trakya)	Prof.Dr. Güliz İKİZOĞLU (Mersin)
Yrd.Doç.Dr. İbrahim BARUT (Süleyman Demirel)	Prof.Dr. Ayten EGEMEN (Ege)	Doç.Dr. Atilla İLHAN (İnönü)
Prof.Dr. Ruğün BAŞAR (Hacettepe)	Prof.Dr. Reyhan EĞİLMEZ (Cumhuriyet)	Doç.Dr. Sevinç İNAN (Celal Bayar)
Doç.Dr. Figen BATIOĞLU (Ankara)	Doç.Dr. H. Meral EKŞİOĞLU (Ankara Eğitim Hst.)	Yrd.Doç.Dr. Işıl İNANIR (Celal Bayar)
Uz.Dr. Cem BATUKAN (Erciyes)	Doç.Dr. Şahade ELAĞÖZ (Cumhuriyet)	Prof.Dr. Lütfi İNCESU (Ondokuz Mayıs)
Prof.Dr. Süleyman BAYKAL (Karadeniz Teknik)	Prof.Dr. Hüseyin ENDOĞRU (Meram)	Prof.Dr. Mehmet İSBİR (Akdeniz)

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

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

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

-İsimler Soyadı sırasına göre alfabetik olarak sıralanmıştır.

-Soru Hazırlayan Öğretim Üyeleri, 23. Ulusal Tıp Bilimleri Yarışması'na soru gönderen ve katkıda bulunan Öğretim Üyeleri tarafından oluşturulmuştur.

BİLİMSEL YAZIŞMA

Bilimsel tüm yazışmalarınız için;

Prof.Dr.Hikmet Akgül

Editör

Türkiye Klinikleri Meditest Dergisi

Talatpaşa Bulvarı No:102/1 06230 Hamamönü

Ankara/Türkiye

Tel : +90 312 309 36 66

Faks : +90 312 312 67 41

e-posta : info@turkiye-klinikleri.com

web : www.turkiye-klinikleri.com

YAYIN PERİYODU VE TÜRÜ

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

ABONE İŞLEMLERİ

Derginin 1 yıllık abone fiyatı (2005 için)

KDV dahil 60,00 YTL (60.000.000 TL)'dir.

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

Abonelik işlemleri ile ilgili tüm sorularınız için:

Habibe Atay

Abone ve Halkla İlişkiler Servisi

Türkiye Klinikleri Meditest Dergisi

Talatpaşa Bulvarı No:102/1 06230 Hamamönü

Ankara/Türkiye

Tel : +90 312 309 36 66/120

Faks : +90 312 312 67 41

ADRES DEĞİŞİKLİKLERİ

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

REKLAM İŞLEMLERİ

Dergiye reklam vermek isteyen tüm kişi ve kurumlar için:

Dr.Deniz Akagündüz, Sultan Çuhadar

Reklam Servisi

Türkiye Klinikleri Meditest Dergisi

Talatpaşa Bulvarı No:102/1 06230 Hamamönü

Ankara/Türkiye

Tel : +90 312 309 36 66/117-144

Faks : +90 312 312 67 41

e-posta : denizaa@turkiye-klinikleri.com

YAYIN HAKKI

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

BASIM-YAYIM-DAĞITIM

Ortadoğu Reklam Tanıtım ve Yayıncılık A.Ş.

Talatpaşa Bulvarı No:102/1 06230 Hamamönü

Ankara/Türkiye

Tel : +90 312 309 36 66

Faks : +90 312 312 67 41

e-posta : info@turkiye-klinikleri.com



Türkiye Klinikleri

ISSN: 1300-0276

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

Dr.Mehmet Battin Akgül

Yönetim Yeri:

Talatpaşa Bulvarı No:102/1 06230 Hamamönü Ankara/Türkiye

Tel : +90 312 309 36 66

Faks : +90 312 312 67 41

e-posta : info@turkiye-klinikleri.com

web : www.turkiye-klinikleri.com

Türkiye Klinikleri

MEDİTEST Dergisi

Cilt 14

Sayı 5

2005

İÇİNDEKİLER

241
Anesteziyoloji ve Reanimasyon

248
Ortopedi ve Travmatoloji

256
KBB

263
Kalp ve Damar Cerrahisi

274
Göğüs Cerrahisi

279
Göz Hastalıkları

285
Nöroşirurji

295
Çocuk Cerrahisi

ISSN: 1300-0276

C i l t : 1 4 • S a y ı : 5 • 2 0 0 5

Cilt : 14 • Sayı : 5 • 2005 • Sayfa: 241-300

ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON

1. En sık görülen kan transfüzyonu reaksiyonu aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Hemolitik reaksiyon
- b) Febril reaksiyon
- c) Anafilaktik reaksiyon
- d) Post transfüzyon purpurası
- e) Parazitik enfeksiyonlar

AÇIKLAMA: a) Hemolitik transfüzyon reaksiyonları mortalitesi yüksek olmakla birlikte daha nadir görülür.

- b) **Febril reaksiyon en sık görülen reaksiyondur.** Sensitilasyonuna bağlı lökosit veya platelet olarak ortaya çıkar.
- c) Anafilatik reaksiyon 1/150.000 oranında görülür.
- d) Çok nadiren görülür, plateletlere karşı gelişen allo-antikorlara bağlıdır.
- e) Malaria, toksoplazma, chagas gibi hastalıklar çok nadiren gelişebilen parazitik enfeksiyonlardır.

Cevap B (*Morgan, Clinical Anesthesiology, 2002, s.637*)

2. Malign hiperterminin tedavisinde birinci seçenek ilaç hangisidir?

- a) Dantrolen
- b) Kalsiyum kanal blokerleri
- c) Furosemid
- d) Adrenalin
- e) Metamizol

AÇIKLAMA: Dantrolen malign hipertermi tedavisinin ana ilacıdır. Kalsiyum kanal reseptörlerine bağlanarak, sarkoplazmik retikulumdan Ca⁺⁺ iyonlarının salınımını inhibe eder ve kas kontraksiyonunu önler. **Kalsiyum kanal blokerleri özellikle dantrolenle birlikte kullanılırsa ciddi hiperkalemiye neden olabilir.** Furosemidin diürez amacıyla kullanılması uygun bir ajan olmakla birlikte seçenek değildir. Adrenalin ihtiyaç halinde kullanılması uygun bir ajandır, ancak ilk seçenek değildir, semptomatik tedavide önemlidir. Metamizolün tedavide yeri yoktur.

Cevap A (*Morgan, Clinical Anesthesiology, 2002, s.871*)

3. Aşağıdaki ajanlardan hangisi en fazla metabolize olan ve en potent inhalasyon anesteziğidir?

- a) Halotan
- b) Sevofluran

- c) Desfluran
- d) Metoksifluran
- e) Enfluran

AÇIKLAMA: Metoksifluran halojenli bir metileterdir. %50 oranında metabolize olur. **En potent inhalasyon anesteziğidir.**

Cevap D (*Morgan, Clinical Anesthesiology, 3. baskı, 2002, s.138-141*)

4. Aşağıdakilerden hangisi spinal anestezinin kontrendikasyonu değildir?

- a) Enjeksiyon yerinde lokal enfeksiyon
- b) Artmış intrakraniyal basınç
- c) Hastada koagülopati olması
- d) Cerrahi girişim alanının L1-L2 dermatom sahası içinde olması
- e) Hastanın spinal girişimi kabul etmesi

AÇIKLAMA: Hastanın olabilecek komplikasyonları düşünüp girişim istenmemesi ve beyin herniasyonuna sebep olabileceği için, artmış intrakraniyal basınç spinal anestezinin kesin kontrendikasyonlarındandır. Koagülopati, girişim yerindeki deri ve yumuşak doku enfeksiyonu, var olan nörolojik hastalıklar, ciddi hipovolemi spinal anestezinin rölatif kontrendikasyonlarındandır. Cerrahi alanın L1-L2 dermatom sahasında olması kontrendikasyon oluşturmaz.

Cevap D (*Miller, Anesthesias. Baskı, s.1492*)

5. Aşağıdakilerden hangisi intrakraniyal basıncı arttırmaz?

- a) Hipoventilasyon
- b) Hipoksi
- c) Pozitif basınçlı ventilasyon
- d) Ketamin
- e) Tiyopental

AÇIKLAMA: Hipoventilasyon oksijen parsiyel basıncının azalmasına ve karbondioksit parsiyel basıncının artışına neden olarak; hipoksi ise oksijen parsiyel basıncının azalmasına yol açarak solunum eforunu artırır ve intrakraniyal basıncın artışına neden olur. Tiyopental intrakraniyal basınç artışına neden olmazken ketamin intrakraniyal basınç artışına neden olur.

Cevap E (*Miller, Anesthesia, 3. baskı, s.255-256*)

6. Atropin zehirlenmesinde hangisi kullanılır?

- a) Fizostigmin
- b) Neostigmin
- c) Edrofonyum
- d) Betanekol
- e) Kalsiyum

AÇIKLAMA: Fizostigminin tedavide kullanıldığı durumlar; bağırsak ve mesane atonisi, glokom tedavisi, zehirlenmeler (atropin, fenotiyazinler ve trisiklik antidepressanların aşırı doz uygulamalarında).

Cevap A (*Goodman, The Pharmacology Basis of Therapeutics, 8. baskı, s.140*)

7. Malign hipertermi tanısında en doğru tanı yöntemi hangisidir?

- a) CPK artışı
- b) LDH artışı
- c) EMG
- d) Kafein kontraktür testi
- e) Kafein ve halotan kontraktür testi

AÇIKLAMA: Malign hipertermi genetik geçişli miyopati ve uygun tetikleyici ajan sonrasında hipermetabolik durum ile karakterize bir sendromdur. **Malign hipertermi gelişmesinden kuşkulanan hastalarda tek tanı koydurucu test halotan kafein kontraktür testidir.**

Cevap E (*Şahinoğlu, Yoğun Bakım, Türkiye Klinikleri, 2003, s.191*)

8. Organofosfat zehirlenmesinde hangi ilaç kullanılır?

- a) Atropin
- b) Pralidoksim
- c) Skapolamin
- d) Ekotiyopat
- e) Robinul

AÇIKLAMA: Organofosfat zehirlenmelerinde pralidoksim (PAM) kullanılır.

Cevap B (*Goodman, The Pharmacology Basis of Therapeutics, 8. baskı, s.140*)

9. İntravenöz anesteziklerden biri olan barbitüratların farmakokinetik özellikleri ile ilgili hangisi doğrudur?

- a) Esas olarak karaciğerden dağılır
- b) Santral sinir sistemine ve periferik sinir sistemine dağılır
- c) Ekstrasellüler sıvıya dağılır
- d) Vücut yağlarına dağılır
- e) Tüm doku ve vücut sıvılarına dağılır

AÇIKLAMA: Barbitüratların GİS'ten emilimi iyidir ve tüm vücuda dağılır.

Cevap E (*Goodman, The Pharmacology Basis of Therapeutics, 8. baskı, s.361*)

10. Epidural anestezinin düzeyini etkileyen faktörlerden yanlış olanı bulunuz?

- a) Enjeksiyonun yeri
- b) İlaç miktarı
- c) İlacın yoğunluğu
- d) İlacın ısısı
- e) Hastanın pozisyonu

AÇIKLAMA: Epidural analjezi-anestezi obstetride uygulanan en etkin ve zararsız yöntemdir. Bu teknikte, epidural iğne veya kateterin intravasküler ya da subaraknoid yerleşiminin ortaya çıkarılması amacı ile test doz uygulanmaktadır. Test doz, yanlış yerleşimlerin neden olacağı ciddi komplikasyonların önlenmesi için, lokalizasyona özel ve duyarlı olmalıdır.

Cevap D (*Kayhan, Klinik Anestezi, 1997, s.435-452*)

11. Yirmi dört yaşında bayan hasta acil servise getirildiğinde bilinç kapalı, pupiller izokorik, ışık ve kornea refleksi alınıyor, ağrılı uyarana yanıtı mevcut, solunum sayısı dakikada 16-18/dk ve yüzeyledir. Hastayı getiren kişilerden alınan anamneze göre hastanın yanında boş diazemi kodein ve parasetamol kutuları bulunmuş. Bu olgu sunumunda hastayı aşağıdaki antidotlardan hangileri verilmelidir?

- a) Flumazenil, naloksan, asetilsistein
- b) Flumazenil, neostigmin, asetilsistein
- c) Fentolamin, naloksan, asetilsistein
- d) Fenotiazin, pralidoksim, naloksan
- e) Fenotiazin, fentolamin, flumazenil

AÇIKLAMA: Diazem'in antidotu flumazenil, kodeinin antidotu naloksan, parasetamolün antidotu asetilsistein'dir.

Cevap A (*Kayhan, Klinik Anestezi, 2. baskı, 1997, s.754-758*)

12. Aşağıdakilerden hangisi hipernatremi nedeni değildir?

- a) Osmotik diürez
- b) ADH yetmezliği
- c) Akut böbrek yetmezliği
- d) Adrenal yetersizlik
- e) Hipertonik dehidratasyon

AÇIKLAMA: Hipernatremi nedenleri:

- Hipertonik dehidratasyon
- Osmotik diürez
- Aşırı tuz yüklenmesi
- ADH yetmezliği (Diabetes insipidus, beyin travması)
- Akut böbrek yetmezliği
- Na atılımında azalma (steroidler, aldesteronizm, hipotalamik lezyonlar)

Cevap D (*Şahinoğlu, Türkiye Klinikleri, Yoğum Bakım ve Sorunları ve Tedavileri, 2003, s.214-234*)

13. Aşağıdakilerden hangisi sinir-kas sistemi fizyolojisine göre doğru değildir?

- a) Depolarizan kas gevşeticiler asetilkoline benzer ve asetilkolin reseptörlerine bağlanırlar.
- b) Non-depolarizan kas gevşeticiler ise asetilkolin reseptör antagonistidirler
- c) Süksinikolin genel kullanımında olan tek depolarizan kas gevşeticidir
- d) Hipopotasemi ve hipokalsemi non-depolarizan bloğu artırır
- e) Hipotermi sinir-kas bloğu süresini kısaltır

Cevap E (*Lüleci, Klinik Anestezi, 2001, s.149-164*)

14. Aşağıdaki faktörlerden hangisi volatil anestezi-lerinin induksiyon hızını etkilemez?

- a) Kan/gaz partiyon katsayısı
- b) Kalp debisi
- c) Alveoler gaz ve venöz kan arasındaki parsiyel basınç farkı
- d) İnspire edilen volatil anestezi ajanının konsantrasyonu
- e) Volatil anestezi ajanın buhar basıncı

AÇIKLAMA: Volatil anestezi-lerle induksiyon sırasında, anestezi- ajanlar kan/gaz partiyon kat sayılarına göre alveolden kana geçerler. Kan/gaz partiyon katsayısı ne kadar küçükse, o kadar hızlı şekilde alveol ve kan arasında anestezi- ajan dengeye ulaşır ve anestezi- induksiyonu hızlı gerçekleşir. Kalp debisi ne kadar azalırsa pulmoner akım o kadar azalacağı için anestezi- ajanın vücut tarafından alımı azalır. Dolayısı ile kalp debisi azalınca induksiyon hızı düşerken, arttığında anestezi- induksiyon hızı da artar. Alveoler gaz ve venöz kan arasındaki parsiyel basınç farkı, anestezi- ajanın kana geçiş hızını doğru orantılı olarak etkileyeceğinden induksiyon hızını da etkileyecektir. İnspire edilen volatil anestezi- ajanın konsantrasyonu alveoler gaz parsiyel basıncını doğru orantılı olarak etkileyeceğinden induksiyon

hızını yine direkt olarak etkiler. Volatil ajanların buhar basıncı ise belli basınç altında, belli ısıda buharlaşma miktarları ile ilgili bir sayıdır, anestezi- induksiyon hızını etkilemez.

Cevap E (*Mongan, Clinical Anesthesiology, 3. baskı, 2002, s.129-130*)

15. Aritmi yapıcı etkisi en yüksek volatil anestezi- hangisidir?

- a) Desfluran
- b) İzofluran
- c) Sevofluran
- d) Halotan
- e) Metoksifluran

AÇIKLAMA: Halotan sinoatrial iletimi yavaşlatarak, junctional ritim veya bradikardi yapabildiği gibi epinefrinin disritmojenik etkisine karşı kalbin duyarlılığını artırır.

Cevap D (*Mongan, Clinical Anesthesiology, 3. baskı, 2002, s.139*)

16. Barbitüratların etkilerinin sonlanmasından primer sorumlu mekanizma nedir?

- a) Hepatik eliminasyon
- b) Böbreklerden atılım
- c) Ekstrahepatik resirkülasyon
- d) Redistrübisyon
- e) Plazma esterazları tarafından yıkılım

AÇIKLAMA: Barbitüratların etkilerinin sonlanmasından sorumlu temel mekanizma, metabolizma değil, santral sinir sisteminden, diğer dokulara redistrübisyonla olmaktadır.

Cevap D (*Mongan, Clinical Anesthesiology, 3. baskı, 2002, s.157*)

17. İnhalasyon anestezi-leri ile ilgili olarak doğru olmayan ifade hangisidir?

- a) Metoksifluran diğer nefrotik ajanlarla birlikte verilmemelidir
- b) Halotan ile birlikte kullanıldığında epinefrinin distritmojenik etkisi artar
- c) İzofluranın serebral kan akımını ve intrakraniyal basıncı artırıcı etkisi halotan ve enflurandan daha yüksektir.
- d) Desfluran solunum sayısında artışa, tidal volumde düşmeye neden olur
- e) Sevofluran ile sağlanan kas gevşekliği özellikle pediatrik olgularda entübasyon için yeterli olabilir

AÇIKLAMA: İzofluran intrakraniyal basıncı diğer anestezi-klere göre daha az artırır.

Cevap C (Morgan, Clinical Anesthesiology, 3. baskı, 2002, s.127-151)

18. Aşağıdakilerden hangisi tansiyon pnömotoraks bulgusu değildir?

- a) Pik inspiratuvar basınç artar
- b) Mediastinal çift olur
- c) Venöz dönüş artar
- d) Hipotansiyon olur
- e) Solunum sesleri eşit değildir

AÇIKLAMA: Tansiyon pnömotoraksta venöz dönüşün azalmasına bağlı hipotansiyon ve taşikardi olur. Venöz dönüş artmaz.

Cevap C (Morgan, Clinical Anesthesiology, 3. baskı, 2002, s.935)

19. Malign hipertermi bulgusu olmayan hangisidir?

- a) Masseter kas spazmı
- b) Azalmış karbondioksit yapımı
- c) Kas rijiditesi
- d) Hipermetabolik bulgular
- e) Isı artışı

AÇIKLAMA: Malign hipertermimin başlangıç klinik bulguları end-tidal CO₂ artışı, arteriyel oksijen saturasyonunun düşmesi, taşikardi, disritmiler, rijidite ve spontan soluyan hastalarda taşipne olarak sayılabilir. Genellikle açıklanamayan taşikardi ilk klinik bulgudur. Hipertermi ve siyanoz bu klinik bulguya eşlik eder.

Cevap B (Morgan, Clinical anesthesiology, 3. baskı, 2002, s.849-874)

20. Amid yapılı lokal anesteziklerden olmayan hangisidir?

- a) Bupivakain
- b) Lidokain
- c) Prilokain
- d) Prokain
- e) Ropivakain

AÇIKLAMA: Amid yapılı lokal anestezikler:

- Lidokain
- Bupivakain
- Levobupivakain
- Ropivakain
- Prilokain
- Kartikain
- Dibukain
- Mepivakain
- Etidokain

Prokain ester yapılı lokal anesteziktir.

Cevap D (Morgan, Clinical Anesthesiology, 3. baskı, 2002, s.233-241)

21. Flumazenil için hangisi doğrudur?

- a) Periferik ve santral sinir sistemi stimulanıdır
- b) Endojen ve ekzojen opioid bileşiklerinin agonistik etkisini revers eder
- c) İmidazobenzodiapin olup benzodiazepinlerin kompetitif antagonistidir
- d) 5 HT₃ reseptör blokerleri olup santral ve periferik etki gösterir
- e) Kafaiçi basıncının yüksek olduğu hastalarda tedavi amacı ile kullanılabilir

AÇIKLAMA: Flumazenil, bir imidazodiazepin türevidir olup benzodiazepin reseptör blokörüdür. Gerek benzodiazepin agonistlerinin ve gerekse ters agonistlerinin etkisini kompetitif bir şekilde antagonize eder. Flumazenil, kısa süreli cerrahi veya endoskopik girişimlerde hastayı sakinleştirmek için injekte edilen benzodiazepinlerin etkisinden hastayı girişim bittikten sonra hemen çıkarmak için ve benzodiazepin zehirlenmesinin teşhis ve tedavisi için kullanılır.

Cevap C (Morgan, Clinical Anesthesiology, 3. baskı, 2002, s.242-253)

22. Epidural bölgenin özellikleri açısından doğru olmayan hangisidir?

- a) Yağ dokusu, dural kılıfları ile birlikte spinal sinirler, damarlar ve lenfatikler bulunur
- b) Vertebral kanalın venleri geniş ve zengin bir venöz pleksus oluşturup epidural aralığın anterolateralinde bulunur
- c) Torasik bölgede en fazla sakral bölgede en az olmak üzere hastaların %80'inde epidural bölgede pozitif basınç vardır
- d) Spinal sinirlerin koruyucu dural kılıfları yitirdikleri intervertebral foramen esas etki yeridir
- e) Foramen magnum ile sakrokoksigeal membran arasında uzanır

Cevap C (Esener, Klinik anestezi, 1991, s.403-429)

23. Aşağıdakilerden hangisi spinal veya epidural anestezi için kesin kontraendikasyonlardan değildir?

- a) Enjeksiyon bölgesinde enfeksiyon
- b) Hastanın reddetmesi
- c) Koagülopati
- d) Hipovolemi
- e) Uzun cerrahi süre

AÇIKLAMA: Spinal anestezi kontrendikasyonları:

- Hipovolemi
- Dehidratasyon
- Enjeksiyon yerinde lokal enfeksiyon, sepsisemi
- Kanama diyatezi
- Kafa içi basıncın arttığı durumlar
- Hastanın reddetmesi

Cevap E (*Morgan, Clinical Anesthesiology, 3. baskı, s.262*)

24.Aşağıdakilerden hangisi inhalasyon anesteziklerinden değildir?

- a) Halotan
- b) İzofluran
- c) Fentanil
- d) Sevofluran
- e) Desfluran

AÇIKLAMA: Fentanil intravenöz anestezi olup, anestezi indüksiyonu için kullanılır.

Cevap C (*Morgan, Clinical Anesthesiology, 3. baskı, s.127-150*)

25.Aşağıda verilen anestezi ajanlarından hangisi katalepsi, hafif sedasyon, amnezi ve analjezi ile karakterize "dissosiyatif anestezi" tablosu oluşturur?

- a) Pentotal
- b) Ketamin
- c) Propofol
- d) Etomidat
- e) Midazolam

AÇIKLAMA: Ketaminin nörofarmakolojik etkileri "dissosiyatif anestezi" oluşturur. Talamus ile limbik sistem arasında dissosiasyona neden olur. Santral sinir sisteminde selektif olarak retiküler formasyonu deprese eder. Ağrının emosyonel komponentlerini yüksek merkezlere taşıyan afferent iletim sistemini deprese eder, bu yolla analjezi oluşturur. Hasta ağrıyı duymasına karşın bu duyguyu değerlendirme yeteneğini kaybeder.

Cevap B (*Kayhan, Klinik Anestezi, 2. baskı, s.98*)

26.En fazla karaciğer toksisitesine neden olan inhalasyon ajanı aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Halotan
- b) Sevofluran
- c) Desfluran
- d) İzofluran
- e) Azot protokisit

AÇIKLAMA: En fazla karaciğer toksisitesine neden olan inhalasyon anesteziği halotandır. Hafif hepatik disfonksiyon ve halotat hepatiti yapar.

Cevap A (*Kayhan, Klinik Anestezi, 2. baskı, s.75*)

27.Aşağıdakilerden hangisi endotrakeal tüpün yerinin doğruluğunu tanımlamak için en güvenilir yöntemdir?

- a) Solunum seslerinin duyulması
- b) Gastrik fokurdamanın olmaması
- c) Tüpün vokal kordlardan geçişinin görülmesi
- d) Ekshale edilen (end-tidal) gazda CO₂ olması
- e) Hastanın renginin pembe olması

Cevap D (*Morgan, Clinical Anesthesiology, 3. baskı, s.73*)

28.Ekstübasyon sonrası erken dönemde (0-72 saat) görülen en sık komplikasyon hangisidir?

- a) Glottik ödem
- b) Vokal kord paralizisi
- c) Boğaz ağrısı ve yutma güçlüğü
- d) Enfeksiyon
- e) Atektazi

AÇIKLAMA: Ekstübasyon sonrası erken dönemde (0-72 saat) en sık görülen komplikasyon boğaz ağrısı ve yutma güçlüğüdür.

Cevap C (*Esener, Klinik Anestezi, 2. baskı, 1997, s.243*)

29.Aşağıdakilerden hangisi genel anestezi triadıdır?

- a) Bilinç kaybı-reflekslerin baskılanması-duyu azalması
- b) Bilinç bulanıklığı-reflekslerin baskılanması-kas gevşemesi
- c) Bilinç kaybı-vital fonksiyonlarda değişiklik-kas gevşemesi
- d) Bilinç kaybı-reflekslerin baskılanması-kas gevşemesi
- e) Bilinç kaybı-vital fonksiyonlarda değişiklik-reflekslerin baskılanması

Cevap D (*Esener, Klinik Anestezi, 2. baskı, 1997, s.1*)

30.Aşağıdakilerden hangisi santral sinir bloğudur?

- a) İnterkostal sinir bloğu
- b) Spinal anestezi
- c) Çöliyak pleksus bloğu
- d) Brakial pleksus bloğu
- e) Femoral sinir bloğu

ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON

AÇIKLAMA: Spinal anestezi santral, diğerleri periferik sinir bloğudur.

Cevap B (*Esener, Klinik Anestezi, 2. baskı, 1997, s.477*)

31. Analjezik özeliği en fazla olan inhalasyon anesteziği hangisidir?

- a) Halotan
- b) Sevofluran
- c) Desfluran
- d) İzofluran
- e) Azot Protksit

AÇIKLAMA: Azot protoksitin genel anestezi etkisi zayıftır ancak **analjezik etkisi en güçlü inhalasyon anesteziğidir**. Azot protoksitin analjezik etkisi o kadar güçlüdür ki, %25-30 oranındaki karışımının inhalasyonu bilinç kaybı olmadan sadece analjezi meydana getirir ve hastanın hekimle kooperasyonuna olanak verir.

Cevap E (*Esener, Klinik Anestezi, 2. baskı, 1997, s.72*)

32. Aşağıdaki durumlardan hangisinde azot protoksit kullanımından kaçınılmalıdır?

- a) İntrakraniyal kitle
- b) Serebral kanama
- c) Kafa travması
- d) Yakın zamanda hava ensefalografisi çekilmesi
- e) Menenjiyom

Cevap D (*Clinical Anesthesiology, s.139*)

33. Aşağıdakilerden hangisi hava embolisinin belirtilerinden değildir?

- a) Aritmi
- b) Hipertansiyon
- c) Kalpte üfürüm
- d) Operasyon sahasında hava kabarcıkları
- e) End-tidal CO₂'in düşmesi

Cevap B (*Clinical Anesthesiology, s.574*)

34. Aşağıdakilerden hangisi serebral oksijen ihtiyacını azaltan en iyi ajanlardandır?

- a) Nöromusküler blokör ajanlar
- b) Glukoz solüsyonları
- c) Antikonvülzanlar
- d) Barbitüratlar
- e) Maske ile oksijen verilmesi

Cevap D (*Clinical Anesthesiology, s.562*)

35. Aşağıdaki anestezi ajanlarından hangisi en potenttir?

- a) Halotan
- b) Siklopropan
- c) Nitröz Oksit
- d) Enfluran
- e) Metoksifluran

AÇIKLAMA: Metoksifluran bilinen en potent ve uçucu inhalasyon anesteziğidir.

Cevap E (*Longnecker, Principles and Practice of Anesthesiology, 2. baskı, 1997, s.1021*)

36. Karbondioksit absorpsiyon sisteminde, aşağıdaki indikatörlerden hangisi kullanılabilir?

- a) Metilen blue
- b) Etil violet
- c) Bromtimol blue
- d) Fenolfitalein
- e) Kresol purple

Cevap B (*Miller, Anesthesia, 4. baskı, 1994, s.207-208*)

37. Hangisi kan transfüzyonu komplikasyonlarından değildir?

- a) Hemolitik reaksiyon
- b) Febril reaksiyon
- c) İnfluenza enfeksiyonu
- d) Anafilaktik reaksiyon
- e) Koagülopati

AÇIKLAMA: Kan transfüzyonu komplikasyonları

- Akut hemolitik transfüzyon reaksiyonu
- Gecikmiş hemolitik transfüzyon reaksiyonu
- Febril reaksiyon
- Ürtikeriyal reaksiyon
- Anafilaktik reaksiyon
- Non immün kökenli transfüzyon reaksiyonları

Cevap C (*Morgan GE, Mikhail MS, Murray MJ (eds): Clinical Anesthesiology, 3rd ed. 2002, s. 636*)

38. Hangi intravenöz anestezi ajan kafaiçi basınç artışına sebep olur?

- a) Propofol
- b) Tiopental
- c) Ketamin
- d) Etomidat
- e) Midazolam

AÇIKLAMA: Ketamin beyin kan akımını, oksijen

tüketimini ve intrakraniyal basıncı arttırdığından beyin ameliyatları için genellikle sakıncalıdır.

Cevap C (Morgan GE, Mikhail MS, Murray MJ (eds): *Clinical Anesthesiology*, 3rd ed, 2002, s. 560)

39.Kardiyopulmoner arrest sırasında hangisi görülmez?

- a) Aritmi
- b) Asistoli
- c) Ventriküler fibrilasyon
- d) Apne
- e) Arteriyel kanama

Cevap E (Kayhan Z: *Klinik Anestezi*, 2. baskı, 1997, s. 309)

40.Hangisi entübasyon güçlüğü nedenlerinden değildir?

- a) Ağızın açılmasında kısıtlılık
- b) Boyun hareketlerinde kısıtlılık
- c) Klippel-Feil sendromu
- d) Total diş protezi
- e) Boyunda yanık skarı

Cevap D (Kayhan Z: *Klinik Anestezi*, 2. baskı, 1997, s. 229)

41.Aşağıdakilerden hangisi intrakranial basıncı azaltmaz?

- a) Meperidin
- b) Remifenatil
- c) Tiopental
- d) Midazolam
- e) Ketamin

Cevap E (Morgan, *Clinical Anesthesiology*, 3.baskı, 2002, s.171)

42.Aşağıdakilerden hangisi major inhibitör ağrı nörotransmitteri değildir?

- a) Substans P
- b) Somatostatin
- c) Asetilkolin
- d) Adenozin
- e) Glisin

Cevap A (Morgan, *Clinical Anesthesiology*, 3.baskı, 2002, s.316)

43.Aşağıdakilerden hangisi spinal anestezi komplikasyonu değildir?

- a) Kardiyopulmoner arrest
- b) Hipotansiyon
- c) Postural başağrısı
- d) Mide atonisi
- e) Araknoidit

Cevap D (Morgan, *Clinical Anesthesiology*, 3.baskı, 2002, s.274)

ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ

1. Poliomyelitis için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Virütik bir hastalık olup etken medulla spinalisin ön boynuz motor nöron hücrelerini etkiler
- b) Cerrahi tedavi iyileşme döneminde uygulanmalıdır
- c) Omuzda en sık adduksiyon ve iç rotasyon deformitesi oluşur
- d) Cerrahide uygulanan tekniklerden biri tendon transferidir
- e) Kalçada en sık deformite abduksiyon dış rotasyon ve feleksiyondur

AÇIKLAMA: Cerrahi tedavi bu hastalıkta sekel döneminde yapılır.

Cevap B (Terry S, Canale B, Campbell's Operative Orthopaedics, 9. baskı, 1998)

2. Aşağıdaki kemiklerin hangisinde en sık nonunion oluşur?

- a) Fibula
- b) Tibia
- c) Küboid
- d) Skafoid
- e) Humerus

AÇIKLAMA: Skafoid kemiğin dolaşımından dolayı bu kemiğin kırıkları kolay kaynamaz.

Cevap D (Terry S, Canale B, Campbell's Operative Orthopaedics, 9. baskı, 1998)

3. Aşağıdakilerden hangisi travmatik omuz çıkığının spesifik klinik bulgusudur?

- a) Hareket kısıtlılığı
- b) Elastiki fiksasyon
- c) Ağrı
- d) Şişlik
- e) Apolet belirtisi

AÇIKLAMA: Diğer bulguların tümü tüm çıkıkların ortak belirtisidir.

Cevap E (Terry S, Canale B, Campbell's Operative Orthopaedics, 9. baskı, 1998)

4. Aşağıdakilerden hangisi tipik gelişimsel kalça çıkığı için doğrudur?

- a) Adduksiyon kısıtlılığı bulunur
- b) Yürümeden sonra Ortolani ve Barlow testleri müsbettir

- c) Tek taraflı çıkıklarda cetvel belirtisi negatiftir
- d) İlk 6 aylık çocukta çıkık pavlik bandajıyla tedavi edilebilir
- e) İlk 4-6 aylık dönemde en değerli görüntüleme yöntemi düz grafilerdir

AÇIKLAMA: Başka bir nedene bağlı olmadan oluşan tipik kalça çıkıklarında ortolani ve barlow testleri genellikle bu yaşlarda pozitiftir. Bu testlerin pozitifliğinde tedavi pavlik bandajıdır.

Cevap D (Terry S, Canale B, Campbell's Operative Orthopaedics, 9. baskı, 1998)

5. Aşağıdakilerden hangisi Pes Ekinovarus için doğrudur?

- a) Bu hastalıkta ayak bileğinde ekin, topukta valgus ve ön ayakta valgus deformiteleri bulunur
- b) Tedaviye doğumdan üç ay sonra başlanır
- c) Konservatif tedavinin hastalığın herhangi bir döneminde yeri yoktur
- d) Ayak bileğinde ekin, topukta ve ön ayakta varus deformitesi doğumdan hemen sonra dikkati çeker
- e) Bu hastalıkta tibiotalar eklemde çıkık bulunur

AÇIKLAMA: Bu hastalıkta klinik olarak D şıkkında belirtilen bulgular vardır. Çıkık olan eklem ise talonaviküler eklemidir. Tedaviye ise hemen tanı konur konmaz başlanır.

Cevap D (Terry S, Canale B, Campbell's Operative Orthopaedics, 9. baskı, 1998, 937)

6. Fizyolojik genu valgum ayırıcı tanısında aşağıdakilerden hangisi düşünülmez?

- a) Femur distalinde subakut osteomyelit
- b) Spondiloepifizial displazi
- c) Tibia metafiz kırıkları
- d) Blount Hastalığı
- e) Renal osteodistofisi

AÇIKLAMA: Blount Hastalığı; proksimal tibial epifiz, fizis ve metafizin medial bölümünün büyüme bozukluğudur. Tibianın proksimal metafiziyal bölümünün akut medial rotasyon ve angulasyonu ile karakterizedir. Tibia vara olarak da adlandırılır. Blount Hastalığı genu varum ayırıcı tanısında önemlidir.

Cevap D (Mihran O, Tachdjian: Pediatric Orthopedics, 2. baskı, s. 2827)

7. Pes Ekinovarus için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Erkeklerde görülme insidansı daha fazladır
- b) Talus, medial ve plantar fleksiyondadır
- c) Radyografilerde ön-arka talokalkaneal açı 30-35 derecedir.
- d) Aşil tendonu ve fleksör kaslar kontrakte, peroneal kaslar atrofiktir.
- e) Tibialis anterior tendonu insersiyosu medialize olmuştur.

AÇIKLAMA: Pes Ekinovarusta; ayakta ekin, varus ve cavus deformitesi vardır. Tibia iç rotasyondadır. Metatarslar TMT eklemlerden itibaren içe dönüktür. Ayağın ön-arka grafilerinde; normalde talusun uzun ekseninden geçen çizgi 1. metatarstan geçer. Kalkaneus uzun ekseninden geçirilen çizgi de, 4-5. metatars uzun eksenini kateder. Normalde bu açı 20-40 derecedir. Talo kalkaneal yan açı ise ortalama 25-35 derecedir. Pes Ekinovarusta; ön-arka talokalkaneal yan açı ise kaybolmuştur, talus ve kalkaneus paralel hale gelmiştir.

Cevap C (Mihran O, Tachdjian: Pediatric Orthopedics, 2. baskı, 1990, s:2434)

8. Aşağıdakilerden hangisi Maisonneuve Kırığı'nı tanımlar?

- a) Pelvis halkasının bütünlüğünü bozmayan tek taraflı iliak kanat kırığı
- b) Pelvisin bütünlüğünü bozan çift kanatlı ischion pubis kırığı
- c) Radius başı çıkığı ile beraber ulna shaft kırığı
- d) Tek taraflı pubis ve ischium kırığı ile beraber sakroiliyak eklemden çıkık
- e) Fibula proksimal kırığı ile beraber ayak bileği medial lezyonu

AÇIKLAMA: Maisonneuve Kırığı; ayak bileği travmalarında Denis-Weber Klasifikasyonuna göre tip C kırıklardır. Fibulada sindesmoz seviyesinin üzerinde bir kırık vardır. Sindesmoz ayrılmıştır ve sıklıkla ayak bileği medialinde deltoid ligament rüptürü veya medial malleol kırığı da mevcuttur.

Diğer seçeneklerde açıklaması yapılan özel isimli kırıklar sırası ile; duverny kırığı, Stradelle kırığı, Monteggia kırığı, Malgaigne kırığı olarak bilinir.

Cevap E (Zuckerman JD: Handbook of Fractures, 2. baskı, s. 253)

9. Klippel-Feil Sendromu ile birlikte aşağıdakilerden hangisi görülmez?

- a) Tortikollis
- b) Barr Sendromu

c) Ovariyal agenezi

d) Servikal kosta

e) Alt ekstremitede angüler deformiteler

AÇIKLAMA: Klippel-Feil Sendromu; servikal vertebralardan bir veya daha fazlasında sinostoz olması durumudur. Doğuştan olup nedeni tam olarak bilinmemektedir. Boyunda ileri derecede hareket kısıtlılığı vardır. Pek çok olguda tortikollis deformitesi görülür. Bazen servikal vertebra sinostoz tablosuna ek olarak omurganın diğer bölgelerinde de gelişme anomalileri olabilir. Bu durum rahatsızlığın ağır bir tipidir; Bar Sendromu olarak bilinir. Klippel Feil sendromu ile birlikte, yüksek skapula, skolyoz, kifoz, servikal kosta, ovariyal agenezi, yarı damak gibi anomaliler de görülmektedir.

Cevap E (Mihran O, Tachdjian: Pediatric Orthopedics, 2. baskı, 1990, s:128)

10. Aşağıdakilerden hangi kriter radius distal kırıklarının kapalı redüksiyonu sonrasında kabul edilemez?

- a) Radiusta sağlam tarafa göre 5 mm kısalık
- b) Radiokarpal eklem yüzeyindeki 3 mm'lik basamaklanma
- c) 20 derecelik radial inklınasyon
- d) 12 derecelik volar tilt
- e) 15 derecelik dorsal tilt

AÇIKLAMA: Radius distal kırıklarının redüksiyonunda esas amaç radius uzunluğunu, distal radius eğilimini ve palmar tilti restore etmek, eklem yüzeyinde basamaklanma varsa ortadan kaldırmaktır. Normal radial inklınasyon 15-25 derece, palmar tilt 10-12 derecedir. Redüksiyon sonrası, radius sağlam tarafa göre 5 mm'den daha fazla kısa ise yada en az ulna seviyesinde değilse, eklem yüzeyinde 2mm'den fazla basamaklanma varsa, dorsal tilt 20 dereceden fazla ise; redüksiyon başarılı kabul edilemez.

Cevap B (D. E. Brown: Orthopedic secrets, 2. baskı, 1999, s: 153)

11. Aşağıdakilerden hangisi posterior interosseöz sinirin kompresyona maruz kalacağı potansiyel anatomik oluşumlardan değildir?

- a) Frohse'nin fibröz pasajı
- b) Radius boynu çevresindeki adezyonlar
- c) Rekürren radial arterin dallarının ayrıldığı nokta (The leash of Henry)
- d) Membrana interossei antebrachii
- e) Ekstansör karpi radialis brevis kasının orijini

AÇIKLAMA: Posterior interosseöz sinir; radial sinirin derin dalıdır. Radial sinir kolda humerus arka yüzeyini

çaprazlayarak gelir, lateral epikondil hizasında tricepsin lateral başını delerek öne doğru geçer ve burada yüzeysel ve derin dallarına ayrılır. Derin dalı; önkolun süpinatör kasının derin ve yüzeysel liflerin arasında Frohse'nin fibröz pasajından geçerek önkolun arkasına geçer. Önce yüzeysel ve derin ekstansör kasların arasında seyrederek, takiben derine dalarak interosseöz membranın arkasında bileğin sırtına kadar ilerler. Sinirin bu seyri sırasında kompresyona maruz kalacak 4 potansiyel anatomik oluşum mevcuttur; bunlar; a, b, c, e şikalarında belirtilmiştir.

Cevap D (D. E. Brown; *Orthopedic Secrets*, 2. baskı, 1999, s: 153)

12. Fleksör tendon primer tamiri sonrasında rehabilitasyon protokolü ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Ödemli parmakları kompanse etmeli
- İstirahatte iken MP eklem ve bilek fleksiyonda olmalı
- İstirahatte iken PIP eklem ve DIP eklem ekstansiyonda olmalı
- Bilek fleksiyonunda; pasif dijital fleksiyona izin vermeli
- Aktif hareket yapılacaksa; bileği ekstansiyonda tutmalıdır.

AÇIKLAMA: Fleksör tendon primer tamirlerinden sonra rehabilitasyon sırasında el bileği ekstansiyona gelmemelidir.

Cevap E (S. T. Canale, *Campbell's Operative Orthopedics*, 9. baskı, 1999 chapter 66)

13. Aşağıdakilerden hangisi, hangi hücreden kaynak aldığı bilinmeyen low-grade (G1) malign bir kemik lezyonudur?

- Ewing sarkomu
- Hemanjiyoendotelioyoma
- Adamantinoma
- Kordoma
- Sekonder kondrosarkoma

AÇIKLAMA: Hangi hücreden kaynaklandığı bilinmeyen tümörler; dev hücreli tümör, adamantinoma ve Ewing sarkomudur. Bunlardan, adamantinoma ve dev hücreli tümör; low-grade (G1) malign, Ewing sarkomu ise high-grade (G2) malign bir tümördür. Hemanjiyoendotelioyoma, sekonder kondrosarkoma ve kordoma da low grade malign tümörlerdir, ancak kaynak aldığı dokular bellidir. **Adamantinoma;** sıklıkla çene kemiğinde görülür. Uzun kemiklerde ise **en sık tibia diafizine** yerleşir. Radyolojik olarak;

trabekülasyon gösteren bal peteği şeklinde litik bir lezyondur. Kortekse yakın yerleşir ancak periost reaksiyonu yoktur. En sık 10-30 yaşlarda (cinsiyet ayırt etmeksizin) görülür. Tümör yavaş ilerler. Metastaz görülürse, **en sık lenf bezleri ve akciğere metastaz yapar.**

Cevap C (Brown DE: *Orthopedic Secrets*, 2. baskı, 1999, s: 66)

14. Stener lezyonu, aşağıdakilerden hangisi ile ilişkilidir?

1. metakarpofalengial eklem ulnar kollateral ligament yırtığı
- Bennet kırığı
1. metakarpofalengial eklem radial kollateral ligament yırtığı
- Scapholunat dissosiasyon
- Triangüler fibrokartilojinöz kompleksinin yırtığı

AÇIKLAMA: Gamekeeper's thumb olarak da bilinen; 1. metakarpofalengial eklem ulnar kollateral ligament kronik yırtıkları; rerrürren zorlayıcı 1. MCP eklem abduksiyonuna maruz kalan olgularda sık rastlanır. Bu olgularda adduktör pollicis aponevrozunun; avulse ligament ile ligamentin yapışma yeri arasına interpose olduğu gösterilmiştir. İşte bu interpozisyona bağlı olarak gelişen 1. MCP eklem medialindeki şişliğe Stener lezyonu denmektedir.

Cevap A (D. E. Brown; *Orthopedic Secrets*, 2. baskı, 1999, s. 151)

15. Aşağıdakilerden hangisi dirsek lateral kondil fizial kırıklarından sonra görülmez?

- Myozitis ossifikans
- Tardy ulnar sinir felci,
- Cubitis varus
- Cubitis psödovarus
- Osteonekroz

AÇIKLAMA: Lateral kondil kırıklarında çocuklarda kondilde spur formasyonu ve buna bağlı dirsekte yalancı bir varus deformitesi görülebilir. Myozitis ossifikans, osteonekroz, kaynamada gecikme gibi komplikasyonlarda gözlenebilir. Angüler deformite olarak; lateral kondilde fizial büyümenin durması sonucu, dirsekte valgus deformitesini sıklıkla görmekteyiz. Valgus deformitesinden sonra buna sekonder Tardy ulnar sinir felci tabloları ile de karşılaşılabilir.

Cevap C (Zuckerman JD: *Handbook of Fractures*, 2. baskı, s. 318)

16.Kemiğin kendisini etkileyen dış kuvvetlere cevap olarak yapısallık değişiklik göstermesi hangi kanunla düzenlenir?

- a) Henry kanunu
- b) Jefferson kanunu
- c) Wolff kanunu
- d) Neil kanunu
- e) Newton kanunu

AÇIKLAMA: Bu kanuna Wolff kanunu denir. Kemik üzerine binen yükler doğrultusunda konveks yüzden rezorbsiyon, konkav yüzde de kemik formasyonu oluşturarak strese en uygun şekillenmeyi oluşturur.

Cevap C (*Tachdjian Pediatric Orthopaedics, 2nd ed, Vol 2, 1990, pp 688*)

17.Hangisi vertebranın yana olan eğriliklerine verilen addır?

- a) Kifoz
- b) Lordoz
- c) Oblikite
- d) Skolyoz
- e) Hump-back

AÇIKLAMA: Vertebranın yana eğriliklerine skolyoz denir.

Cevap D (*Tachdjian Pediatric Orthopaedics, 3rd ed, Vol 1, 2002, pp 213*)

18.Zor bir vajinal doğum sonrası yenidoğanda klavikula kırığı ve aynı taraf üst ekstremitede total paralizi varsa en olası tanınız nedir?

- a) Serebral palsi
- b) Septik artrit
- c) Omuz çıkığı
- d) Osteomyelit
- e) Brakial Pleksus felci

AÇIKLAMA: Bu obstetrik brakial pleksus felcinin tipik hikayesidir.

Cevap E (*Tachdjian pediatric Orthopaedics, 3rd ed, Vol 1, 2002, pp 479*)

19.Doğuştan kalça çıkığının takip ve tedavisinde hangisinin yeri yoktur?

- a) MRI
- b) USG
- c) X-ray
- d) Artrografi
- e) DEXA

AÇIKLAMA: DEXA osteoporoz tanısında kullanılan bir yöntem olup, diğerlerinin hepsi DKÇ'de kullanılmaktadır.

Cevap E (*Tachdjian Pediatric Orthopaedics, 3rd, ed., Vol 1, 2002, p.527-534*)

20.Doğuştan kalça çıkığındaki Trandelenburg belirtisi neye bağlıdır?

- a) Abduktör adale güçsüzlüğüne
- b) Abduktör adale yokluğuna
- c) Ekstansör adale kısalığına
- d) İliopsoas güçsüzlüğüne
- e) Avasküler nekroza

AÇIKLAMA: Abduktör adalenin (gluteus medius) origo ve insertiyon noktalarının kalça çıkığı nedeniyle birbirine yaklaşmasına sekonder adalenin kasılma performansı düşmektedir. Dolayısıyla, hasta çıkık olan tarafta tek ayak üzerinde durduğunda, normalde abduktör adale tarafından dengelenen vücut ağırlığı nedeniyle yere paralellliğini devam ettiren pelvis karşı taraf deviyeye olmaktadır ve hasta ağırlık merkezini çıkık tarafa kaydırmak için o tarafa eğilmektedir (Trendelenburg belirtisi).

Cevap A (*Tachdjian Pediatric Orthopaedics, 3rd, ed, Vol, 1, 2002, p.527*)

21.Doğuştan kalça çıkığının etiolojisinde hangisi rol oynamaz?

- a) Ligamentöz laksite
- b) Genetik
- c) İntrauterin postür
- d) Postnatal postür
- e) Travma

AÇIKLAMA: İlk 4 şık etiolojide sorumlu tutulmakla beraber, travmanın bu kronik olayda rolü yoktur.

Cevap E (*Tachdjian Pediatric Orthopaedics, 3rd ed, Vol 1, 2002, p.515*)

22.Legg-Calve-Perthes hastalığı hangisinin osteokond-rozudur?

- a) Skafoid
- b) Lunat
- c) Tibial tüberosite
- d) Femur başı
- e) Vertebral end-plate

AÇIKLAMA: Legg-Calve-Perthes hastalığı femur başının osteokondrozudur. Skafoidinki Preiser hastalığı; lunatinki Kienböck; tibial tüberositeninki

Osgood-Schlatter; vertebra end-plate'inki de Scheurmann hastalığı olarak adlandırılmaktadır.

Cevap D (*Tachdjian Pediatric Orthopaedics, 3rd ed, Vol 1, 2002, p.655*)

23.Sindaktili ne demektir?

- a) Parmakların sayıca normalden fazla olması hali
- b) Parmakların kısalığı
- c) Parmakların konjenital fleksiyon kontraktürü
- d) Parmak yokluğu
- e) Parmakların konjenital yapışıklığı

AÇIKLAMA: Parmakların fazla olması polidaktili; kısalığı brakidaktili, fleksiyon kontraktürü kamptodaktili; yokluğu ise aplazidir.

Cevap E (*Tachdjian Pediatric Orthopaedics, 3rd ed, Vol 1, 2002, p.433*)

24.Hangisi nörofibromatozisin tanı kriterlerinden değildir?

- a) Cafe-au-lait
- b) Anal atrezi
- c) Optik gliom
- d) Lisch nodülü
- e) Aile hikayesi

AÇIKLAMA: Anal atrezi bu hastalıkta tanı kriteri değildir.

Cevap B (*Tachdjian Pediatric Orthopaedics, 3rd ed, Vol 3, 2002, p.1625*)

25.Hangisi osteogenezis imperfekta için yanlıştır?

- a) Kemikler kolay kırılır
- b) Genetik değildir
- c) Mavi sklera vardır
- d) Dişler etkilenebilir
- e) Kollajen yapımı bozulmuştur

AÇIKLAMA: Osteogenezis imperfekta kollajen yapımında bozuklukla seyreden bir genetik hastalıktır.

Cevap B (*Tachdjian Pediatric Orthopaedics, 3rd. Ed., Vol 3, 2002, pp 1717*)

26.Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Kesin sinirin cerrahi dikiş ile uc uca dikilmesine nörorafi denir
- b) Sinirin cerrahi olarak kesilmesine nörektomi denir
- c) Kesik bir tendonun cerrahi dikiş ile tamirine tenotomi denir

- d) Tendonun kas gövdesine birleşme yerinden kesilerek kemiğe tespit edilmesine tenodez denir
- e) Eklemi oluşturan kemiklerin cerrahi olarak birbirine kaynatılmasına artrodez denir.

AÇIKLAMA: Kesik bir tendonun cerrahi olarak dikiş ile tamirine tenorafi denir. Tenotomi ise tendonun cerrahi olarak kesilmesidir.

Cevap C (*Çakmak, Ortopedi, 1. baskı, 1998, s.28-30*)

27.Aşağıdakilerden hangisi kırık iyileşmesi komplikasyonlarından biri değildir?

- a) Gecikmiş kaynama
- b) Nonunion
- c) Malunion
- d) Avasküler nekroz
- e) Kompartman sendromu

AÇIKLAMA: Kırık iyileşmesi komplikasyonları gecikmiş kaynama, nonunion yani kaynamama, malunion yani angüler deformite ile kaynama ve avasküler nekrozdur. Kompartman sendromu ise genel kırık komplikasyonlarından olup kompartman içi aşırı basınç sonucu kas ve yumuşak dokudaki dolaşımın bozulması sonucu nekroza kadar ilerleyen klinik tablodur.

Cevap E (*Miller, Review of Orthopaedics, 2000, s.461-62*)

28.Erişkinde akut osteomyelitin en sık görülen etkeni hangisidir?

- a) P.Aeruginosa
- b) S.epidermidis
- c) E.coli
- d) S.aureus
- e) Grup B Streptokok

AÇIKLAMA: Erişkinlerde görülen akut osteomyelitin en sık etkeni S.aureus'tur.

Cevap D (*Miller, Review of Orthopaedics, 2000, s.97*)

29.Çocukluk çağında en fazla görülen kırık aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Distal radius
- b) Femur diafiz
- c) Distal tibia
- d) Patella
- e) Proksimal humerus

AÇIKLAMA: Çocuklarda görülen kırıklar içinde distal radius bölge olarak ilk sırada gelmektedir. Daha sonra ise dirsek bölgesi ve el kemikleri sırayı almaktadır.

Cevap A (*James, Rockwood and Wilkin's Fractures in Children, 5. baskı, 2001, s.10*)

30. Aşağıdaki el bileği kemiklerinden en sık travma sonrası kırık oluşan hangisidir?

- a) Triquetral
- b) Lunat
- c) Psiform
- d) Scaphoid
- e) Hamate

AÇIKLAMA: El bileği kemiklerinde genel olarak travma sonrası kırık oluşumu çok sık görülmez. Fakat içlerinde **en sık olarak scaphoid kırığı** görülmektedir.

Cevap D (*James, Rockwood and Wilkin's Fractures in Children, 5. baskı, 2001, s.781*)

31. Septik artrit en sık hangi eklemden görülür?

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

AÇIKLAMA: Süpüratif artrit de denen septik artrit en çok diz ekleminde görülür. Çoğunlukla çocuklarda (4-8 yaş) görünürse de her yaşta görülebilir.

Cevap B (*Çakmak, Ortopedi, 1. baskı, 1998, s.265*)

32. Çocukluk çağı muskuloskeletal kemik tümörlerinden hangisi en sık görülen benign kemik tümörüdür?

- a) Soliter osteokondrom
- b) Anevrizmal kemik kisti
- c) Enkondrom
- d) Kondroblastom
- e) Kondromiksoid fibrom

AÇIKLAMA: Benign kemik tümörleri arasında %36-41 oranla en sık görülen soliter osteokondromdur. %50'den fazlası metafizde görülür. Distal femur, proksimal tibia, proksimal humerus en sık görüldüğü yerlerdir.

Cevap A (*Herring, Tachdjian's Pediatric Orthopaedics, 3. baskı, 2002, s.1917*)

33. Aşağıdakilerden hangisi dizde ekstansör mekanizmayı sağlayan kaslardan biri değildir?

- a) Rectus femoris
- b) Vastus medialis
- c) Biceps femoris
- d) Vastus intermedius
- e) Vastus lateralis

AÇIKLAMA: Dizdeki ekstansör mekanizma M. quadri-

ceps tarafından olmakta, bu kasda 4 adet kasın birleşmesinden meydana gelmektedir. Bunlar rectus femoris, vastus lateralis ve medialis, vastus intermedius'tur. M. biceps femoris ise dize fleksiyon yaptıran kaslardandır.

Cevap C (*Canale, Campbell's Operative Orthopaedics, 9. baskı, 1998, s.1114*)

34. Erişkinlerde en sık dislokasyon görülen eklem hangisidir?

- a) Diz
- b) Kalça
- c) Dirsek
- d) El Bileği
- e) Omuz

AÇIKLAMA: Omuz eklemi anatomisi nedeniyle en sık (yaklaşık tüm dislokasyonların %50'si) **dislokasyon görülen eklemdir.**

Cevap E (*Canale, Campbell's Operative Orthopaedics, 9. baskı, 1998, s.1354*)

35. Aşağıdakilerden hangisi erişkinde ve çocuklarda femur diafiz kırıklarında tercih edilen tedavi yöntemlerinden biri değildir?

- a) Alçılama
- b) Eksternal fiksator
- c) İntramedüller çivi
- d) Plak vida ile osteosentez
- e) Total eklem protezi

AÇIKLAMA: Erişkinlerde ve çocuklarda görülen femur diafiz kırığı genellikle yüksek enerjili travmalar sonrası ortaya çıkar. Özellikle küçük yaş çocuklarda (0-3 yaş) alçılama tercih edilen tedavi yöntemidir. Açık kırıklarda (özellikle Gr.III) eksternal fiksator tercih edilen seçeneği iken en sık kullanılan yöntem bugün için intramedüller çivilemedir. Plak vida ile osteosentez de tedavi için tercih edilebilir. Total eklem protezi ise daha çok femur baş ve boyun kırıklarında kullanılabilir.

Cevap E (*Beaty, Rockwood and Wilkin's Fractures in Adults, 5. baskı, s.1695*)

36. Çocuk femur kırıklarının en sık rastlanılan komplikasyonu hangisidir?

- a) Avasküler nekroz
- b) Nörolojik defisit
- c) Ekstremitte eşitsizliği
- d) Enfeksiyon
- e) Kompartman sendromu

AÇIKLAMA: Femur kırıkları sonrasında çocuklarda en sık rastlanılan komplikasyon topallama ve

kompanseuar skolyoza yol açan ekstremiteler eşitsizliğidir.

Cevap C (Green, *Skeletal Trauma in Children Volume Three*, 1994, s.365)

37.Ewing Sarkomu ile ilgili yanlış seçenek hangisidir?

- a) Sistemik bir hastalıktır
- b) Hastaların ilk başlangıç şikayeti ağrıdır
- c) Hastalık genelde uzun kemiklerin diafiz bölgesinde yerleşmiştir
- d) Histopatolojik olarak yuvarlak hücreli gruba dahildir
- e) Geç çocukluğun ve erken adult döneminin en sık rastlanılan kemik tümörüdür.

AÇIKLAMA: Geç çocukluk ve erken adult döneminde ait en sık rastlanılan kemik tümörü osteosarkomadır.

Cevap E (Francis, *Musculoskeletal Tumors*, 2002, s.195)

38.En sık rastlanılan uzun kemik kırığı hangisidir?

- a) Femur
- b) Ulna
- c) Humerus
- d) Tibia
- e) Fibula

AÇIKLAMA: Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan kapsamlı istatistiklerde en sık rastlanılan uzun kemik kırığının tibia olduğu gösterilmiştir.

Cevap D (Rockwood and Green, *Fractures in Adults*, bölüm 20, 1996, s.2127)

39.Osteosarkoma ile ilgili yanlış seçeneği bulunuz?

- a) Kemik diafiz kısmı en sık tutulan lokalizasyondur
- b) En sık hayatın ikinci dekadında görülür
- c) Metastazları genellikle hematojendir
- d) Osteosarkomlarda benign dev hücrelere sıklıkla rastlanabilir.
- e) Paget hastalığının bir komplikasyonu olarak da gelişebilir.

AÇIKLAMA: Osteosarkomların en sık yerleşim bölgesi uzun kemiklerin metafizel kısımlarıdır. Hastalık %10 oranında uzun kemiklerin diafiz kısmını tutar.

Cevap A (Unni, *Dahlin's Bone Tumors*, 52. baskı, 1996, s.14)

40.Konjenital musküler tortikollis ile ilgili doğru olmayan şıkki bulunuz?

- a) Deformite kızlarda daha sık görülür
- b) Hastaların %25'inde deformiteye gelişimsel kalça displazisi eşlik eder
- c) Deformite doğum travmasına bağlı gelişir.
- d) Hastalarda zamanla fasiyel asimetri gelişir
- e) Tedavide SCM kasını germe egzersizleri öncelikle başlanır.

AÇIKLAMA: Konjenital musküler tortikollis normal doğum ve sezaryen sonrası hemen doğumda mevcuttur ve doğum travmasına bağlı olarak gelişmez. Deformitenin genellikle intrauterin malpozisyona ve kompartman sendromuna sekonder gelişen lokal venöz oklüzyona bağlı olarak geliştiği düşünülmektedir.

Cevap C (Mihran, *Clinical Pediatric Orthopaedics*, 1997, s.264)

41.Osgood Schlatter hastalığının başlangıç yaş aralığı hangisidir?

- a) 3-6
- b) 6-9
- c) 9-14
- d) 14-17
- e) 17-20

AÇIKLAMA: Osgood Schlatter hastalığı tibial tüberkülün osteokondral stress kırığı ve sekonder olarak kemikleşmesi ile karakterize ağrılı bir hastalıktır. Hastalığa bağlı şikayetler en sık 9-14 yaşları arasında görülür.

Cevap C (*Clinical Pediatric Orthopaedics*, 1997, s.107)

42.Aşağıdakilerden hangisi travmatik kalça çıkıklarının geç komplikasyonlarından?

- a) Siyatik sinir perezisi
- b) Diz bağlarında zedelenmeler
- c) Traksiyonda gelişen tekrarlayan çıkıklar
- d) Kalçada ekimoz
- e) Post-travmatik artrit

AÇIKLAMA: Post-travmatik artrit, posterior travmatik kalça çıkık ve kırıklarının kapalı redüksiyonundan yıllar sonrasında gelişen geç bir komplikasyondur.

Cevap E (Rockwood and Green, *Fractures in Adults*, 1996, s.1791)

43.Kalça ameliyatları sonrası gelişen heterotropik ossifikasyonla ilgili yanlış seçeneği bulunuz?

- a) Daha ziyade bayanları etkiler
- b) Kalça hareketlerini kısıtlar
- c) Genellikle ağrıya yol açmaz
- d) Tedavisinde düşük doz RT ve indometazin

kullanılabilir.

- e) En sık olarak kalça replasman cerrahisi sonrasında görülür.

AÇIKLAMA: Heterotopik ossifikasyon en sık olarak kalça replasman cerrahisi sonrası erkek hastalarda görülen ve kalça eklem hareketlerinde kısıtlamaya yol açan bir hastalıktır.

Cevap A (*Mark Miller Review of Orthopaedics, 3. baskı, 2000, s.252-253*)

44.SLE'li erişkin hastalarda hangi enfeksiyöz ajana bağlı olarak gelişen enfeksiyöz artrit oranı oldukça artmıştır?

- a) Shigella
b) Neisseria
c) Gonokoklar
d) Salmonella
e) Staph aureus

AÇIKLAMA: Sistemik lupuslu hastalarda enfeksiyöz artrit aspiratlarından yapılan kültür çalışmalarında en sık olarak üretilen ajan **Salmonella** olarak saptanmıştır.

Cevap D (*Canale, Campbell's Operative Orthopaedics, 9. baskı, 1992, s.602*)

45.Osteogenesis imperfektada hangisi yoktur?

- a) Mavi sklera
b) Dentinogenesis imperfekta
c) Uzun kemiklerde yaygın osteoskleroz
d) Uzun kemiklerde bowing deformitesi
e) Multipl kemik kırıkları

AÇIKLAMA: Osteogenesis imperfekta; mavi sklera, dentinogenesis imperfekta ve kemiklerde yaygın osteoporozla birlikte yaygın kırıkların gözlemlendiği bir mezodermal doku kökenli hastalıktır.

Cevap C (*Canale, Campbell's Operative Orthopaedics,*

9. baskı, 1998, s.901)

46.Aşağıdakilerden hangisi kemiğin dev hücreli tümörü (Giant cell tumor) için yanlıştır?

- a) Uzun kemik orta diafizinde santral yerleşim gösterir
b) Epifizi de içeren litik lezyondur
c) Olguların %50'si diz çevresinde görülür
d) Agresif form gösterebilir, akciğerlere metastaz yapabilir
e) Tedavi küretaj veya kimyasal koterizasyon şeklindedir

Cevap A (*Miller, Orthopaedic Pathology, 2004, s. 485*)

47.Gelişimsel kalça displazisinde konsantrik redüksiyonu engelleyen yapı aşağıdakilerden hangisi değildir?

- a) İliopsoas kas tendonu
b) Pulvinar
c) Transvers asetabular ligament
d) Sartorius kas tendonu
e) Kontrakte inferomedial kalça eklem kapsülü

Cevap D (*Miller, Pediatric Orthopaedics. 2004, s.182*)

48.Üç aydır diz ağrısı ve şişlik şikayeti ile gelen bir hastada aşağıdakilerden hangisi ilk yapılacak tetkikten biri değildir?

- a) Fizik muayene
b) Laboratuvar
c) İki yönlü diz grafisi
d) Kemik Ortoröntgenografi
e) Manyetik rezonans görüntüleme

Cevap E (*Orthopaedic Knowledge Update 6, bölüm 42, s.548*)

KBB

1. Otuz yaş civarında zar görüntüsü normal, tuba blokajı olmayan, progresif iletim tipi işitme kaybı olan bayan hastada aşağıdakilerden hangisi düşünülmelidir?

- a) Presbiakuzi
- b) Seröz otitis media
- c) Akustik nörinom
- d) Otoskleroz
- e) Menier hastalığı

AÇIKLAMA: Bulgular otosklerozda görülür. **Presbiakuzi ve akustik nörinom sensörinöral tip işitme kaybı yapar.** Otosklerozda odyogramda 2000Hz de kemik yolu çentiği tipiktir (**Carhart çentiği**). Seröz otitis media iletim tipi bozukluk yapar fakat zar görünümü normal değildir.

Cevap D (*Kulak Hastalıkları ve Mikrocerrahisi, Prof. Dr. Necmettin Akyıldız s.447-458*)

2. En sık görülen malign tükrük bezi tümörü hangisidir?

- a) Adenoid kistik karsinom
- b) Asinik cell karsinom
- c) Mukoepidermoid karsinom
- d) Malign lenfoma
- e) Malign mikst tümör

AÇIKLAMA: Mukoepidermoid tümörlerdir. %90'ı parotiste, %10'u diğer tükrük bezlerinde gelişir. Genç yaşta görülebildiği gibi 40-50 yaş arasında siktir. **Epidermoid komponenti arttıkça prognoz kötüleşir. Kistik olanlar daha maligndir.**

Cevap C (*Tükrük Bezi Hastalıkları, Prof. Dr. Sefa Kaya, 1997, s.246-249*)

3. Allerjik nazal polipoziste aşağıdakilerden hangisi çok nadir görülür?

- a) Epistaksis
- b) Aspirin sensitivitesi
- c) Bilateral tutulum
- d) Astım öyküsü
- e) Multiple paranazal sinüs tutulum

AÇIKLAMA: Allerjik polipler genellikle bilateral yerleşir. Çoğunlukla beraberinde generalize allerjik rinit, astım ve aspirin sensitivitesi bulunur. Epistaksis çok nadirdir. Daha çok malign lezyonlarda ve inverted papillom gibi invaziv benign lezyonlarda görülür.

Cevap A (*Otolaringoloji, Baş Boyun Cerrahisi 2. baskı Op. Dr. Nihat Çakır s.170*)

4. Altı yaşındaki çocuk hastanın, boynunda orta hatta tek, ağrısız, yumuşak kıvamlı, düzgün yüzeyli bir kitlesi var. Dilin hareketleri ve yutkunma ile kitlesini yukarı doğru hareket ediyor. Olası tanınız nedir?

- a) Dermoid kist
- b) Tiroglossal kist
- c) İnflamatuvar lenf adenit
- d) Brankiyal yarık kisti
- e) Hiçbiri

AÇIKLAMA: Tiroglossal kist en sık görülen boyun kitlesidir. Genellikle hayatın ilk 10 yılı içinde görülür. **Brankiyal yarık** kisti genelde otuzlu yaşlarda ortaya çıkar. Yeni doğan ve erken çocukluk döneminde nadirdir. **Dermoid kist** ise, dil hareketleriyle ve yutkunma hareketi etmemesi ile tiroglossal kisten ayrılır. **İnflamatuvar lenf adenit** ise fizik muayenesinde hassastır.

Cevap B (*Kulak Burun Boğaz Hastalıkları, Prof. Dr. Onur Çelik 2002, s.872-875*)

5. "Büllöz mirinjit" etkeni olan mikroorganizma hangisidir?

- a) Mycoplasma pnömonia
- b) S. aureus
- c) Aspergillus niger
- d) Pseudomonas aeruginosa
- e) Branhemella catarrhalis

AÇIKLAMA: Büllöz mirinjitte etken mikoplazma bakterileri veya influenza virüsleridir. Şiddetli kulak ağrısı ve dış kulak yolu ve zarda hemorajik mor renkli büller mevcuttur.

Cevap A (*Otolaringoloji, Baş ve Boyun Cerrahisi Op. Dr. Nihat Çakır, 2. baskı, s. 53*)

6. Akut epiglottid hakkında aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Etken mikroorganizma H. İnfluenza tip B'dir
- b) Epiglot hiperemik ve ödemlidir, ödem nedeniyle başparmak bulgusu mevcuttur
- c) Yumuşak doku densitesinde lateral radyografi tanıda yardımcıdır
- d) Tanıda altın standart larinksin fiberoptik endoskopik muayenesidir
- e) Tedavisinde etkene yönelik antibiyotik tedavisi uygulanır

AÇIKLAMA: Epiglottidli hastada solunum yoluna uygulanacak her türlü girişim akut laringospazm ve asfiksi nedeni olabilir. Akut solunum yolu obstrüksiyonu gelişen hastada ödem nedeniyle entübasyon da zor

KBB

olacağından dikkatli olunmalıdır. Tedavi sırasında hospitalize edilerek solunum fonksiyonları yakın takip edilir.

Cevap D (*Charles W. Cummings, Otolaryngology Head & Neck Surgery, third ed., 1998, s.1897-8*)

7. Primeri bilinmeyen boyun kitlelerine yaklaşımda öncelikle yapılması yanlış olan aşağıdakilerden hangisidir?

- Hikaye ve tam bir KBB muayenesi
- Primer olabilecek bölgeleri taramak amacıyla BT, MRI görüntüleme yöntemleri
- Muayene ile saptanan primer bölgesinden biyopsi alınması
- Genel anestezi altında endoskopik muayene ve gizli malignansi riski fazla olan tonsil ve dil kökü gibi bölgelerden kör biyopsiler alınması
- Boyundaki kitleden insizyonel veya eksizyonel biyopsi

AÇIKLAMA: Primeri bilinmeyen boyun kitlelerine yaklaşımda boyundaki kitleden insizyonel ya da eksizyonel biyopsinin ilk tanıda yeri yoktur. Ancak **ince iğne aspirasyon biyopsisi kullanılabilecek etkin bir yöntemdir.**

Cevap E (*Myers EN, Suen JY, Cancer of the Head and Neck, second ed., 1989, s.228*)

8. Aşağıdakilerden hangisi en sık periferik fasiyal paralizi nedenidir?

- Travmatik
- İyatrojenik
- Bell's palsi
- Enfeksiyöz
- Kronik otitis media

AÇIKLAMA: Yukarıdakilerin herbiri periferik tipte fasiyal paralizi etkenidir. Ancak **en sık etken Bell's palsi** (spontan-idiopatik fasiyal paralizi)'dir.

Cevap C (*Charles W. Cummings, Otolaryngology Head & Neck Surgery, third ed., 1998, s.2767*)

9. Epistaksis için hangisi yanlıştır?

- İnfantlarda seyrek, yaşla birlikte artar
- Çocuklarda daha çok posterior epistaksis görülür
- Kış aylarında daha sıktır
- Epistaksislerin çoğu Little bölgesinden olur.
- Allerji, nazal inflamasyon, sinüs hastalığı olanlarda epistaksise eğilim artar

AÇIKLAMA: Burun kanamaları genellikle burnun ön tarafındaki Little bölgesinde olur. Little bölgesi septumda burun ön deliklerinin 1cm. arkasındadır ve

A. etmoidalis anterior. A. labialis superior, A. palatina majus, A. sfenopalatina burada anostomoz ağı yapar. **Çocuklarda da anterior epistaksis sık görülür. Posterior epistaksis sıklıkla yaşlı popülasyonda görülür.**

Cevap B (*Byron J. Bailey, Head & Neck Surgery- Otolaryngology, 1993, s. 428*)

10. Juvenil nazofarengeal anjiyofibromun bulgularından olmayan hangidir?

- Unilateral nazal tıkanıklık
- Epistaksis
- Boyunda kitle
- Burun akıntısı
- Yüzde şişlik

AÇIKLAMA: Hemen daima erkeklerde görülen bu tümör en sık ikinci dekatta başlar. Benign olmasına rağmen lokal invazyon gösterir. Boyunda kitle bulgularından değildir. Tedavisinde ilk seçenek cerrahidir.

Cevap C (*Lee KJ, Essential Otolaryngology Fifth edition, 1991, s. 811*)

11. Vestibuler nörint için hangisi yanlıştır?

- İşitme kaybı nörosensoriyal tiptedir
- Vertigo genellikle 2-3 haftada geçer
- Anamnezde respiratuvar enfeksiyon sıktır
- Bulantı, kusma akut dönemde görülür
- Tedavisi medikaldir

AÇIKLAMA: Vestibuler nörint etiolojisinde viral etkenlerin rol oynadığına dair bulgular mevcuttur. Bir ÜSYE'yi takip edebilir. Vertigo, bulantı-kusma, nistagmusla karakterizedir. Koklear fonksiyonlar normaldir.

Cevap A (*K.J. Lee, Essential Otolaryngology Fifth edition, 1991, s. 98*)

12. Aşağıdakilerden hangisi Akut süperatif otitis media'da görülmez?

- İşitmede azalma
- Timpatik membranda bülle
- Kulak ağrısı
- Antibiyotiğe cevap
- Geçirilmiş üst solunum yolu enfeksiyonu

AÇIKLAMA: Timpanik membranda bülle bülle mirenjitte görülür. Genellikle ÜSYE ile beraberdir. Membran üzerinde bülle görülür. Şiddetli ağrı mevcuttur. Diğer şıklar Akut süperatif otitis media'nın özellikleridir.

Cevap B (*N. çakır, Otolaringoloji Baş ve Boyun*)

Cerrahisi, 2. baskı, 1999, s. 53)

13. Supraglottik yerleşimli larenks kanserinde hangisi yanlıştır?

- a) Hasta boğazda yabancı cisim hissiyle başvurabilir
- b) Larenks kanserlerinin yaklaşık %40'ı buradan kaynaklanır
- c) Nadiren boyun metastazı yapar
- d) Hasta kulak ağrısıyla başvurabilir
- e) Ses kısıklığı yapabilir

AÇIKLAMA: Larenks kanserlerinin başlıca semptomu ses değişikliğidir. Larenks kanserlerinin yaklaşık %40'ı supraglottik yerleşimlidir. Özellikle supraglottik tümörlerde yutma zorluğu, otinofaji ve otalji olabilir.

Cevap C (*N. Çakır, Otolaringoloji Baş ve Boyun Cerrahisi, 2. baskı, 1999, s. 371*)

14. Akut difüz eksternal otit için doğru olmayan hangisidir?

- a) Şiddetli kulak ağrısı olur.
- b) Dış kulak yolu ödemlidir
- c) Yüksek ateş olur
- d) Hafif işitme kaybı olur
- e) En sık etken *Pseudomonas*'tir

AÇIKLAMA: Kaşıntı, ağrı, ödeme bağlı işitme kaybı eksternal otit bulgularıdır. İnfeksiyon lokalize olduğundan ateş gibi sistemik belirtiler görülmez.

Cevap C (*Byron J. Bailey, Head&Neck Surgery-Otolaryngology, s. 1544*)

15. Longitudinal tipte temporal kemik fraktürü için hangisi yanlıştır?

- a) Transvers fraktürlerden siktir
- b) Timpan membranda perforasyon görülebilir
- c) Fasiyal sinir paralizi görülebilir.
- d) Otoraji görülebilir
- e) İç kulak sıklıkla etkilenmiştir

AÇIKLAMA: Temporal kemik fraktürlerinin %70-80'i longitudinal tiptedir. Orta kulak yapıları longitudinal tipte hemen daima etkilenirler. İç kulak ise longitudinal fraktürlerden nadiren etkilenir. Transvers fraktürlerde iç kulak fonksiyonları genellikle bozulmuştur ve sensorinöral işitme kaybı ve vestibuler disfonksiyon vardır.

Cevap E (*Byron J. Bailey, Head&Neck Surgery-Otolaryngology, s. 1626*)

16. Radikal boyun diseksiyonunda hangisi çıkarılmaz?

- a) Spinal aksesuar sinir

b) Sternokleidomastoid kas

c) İnternal juguler ven

d) Eksternal karotis arter

e) Submandibuler gland

AÇIKLAMA: Boyun diseksiyonunda lenf nodları dışında sınıflamayı etkileyen yapılar spinal aksesuar sinir, sternokleidomastoid kas, ve V. Jugularis interna'dır. Radikal boyun diseksiyonunda submandibuler bezde çıkartılır. A. carotis eksterna ise çıkartılmaz.

Cevap D (*Byron J. Bailey, Head&Neck Surgery-Otolaryngology, 1993, s. 1200*)

17. Akciğerler, subglottik bölge, böbrekler ve nazal kaviteyi tutan otoimmün hastalık hangisidir?

- a) Lupus
- b) Wegener Granulomatosis
- c) Pemfigus
- d) Skleroderma
- e) Behçet

AÇIKLAMA: Wegener'in klasik diagnostik triadı; üst solunum yolları ve akciğerlerin granülomları, fokal glomerülonefrit ve dissemine vaskülitir. Nazal semptomları burun tıkanıklığı, sinüzit, epistaksistir. Larenkste ülsere lezyonlar subglottik stenoza yol açabilir.

Cevap B (*Byron J. Bailey, Head&Neck Surgery-Otolaryngology, 1993, s. 154*)

18. Unilateral kord vokal paralizisinde hangisi görülmez?

- a) Ses kısıklığı
- b) Aspirasyon
- c) Aspirasyon pnömonisi
- d) İspiratuvar stridor
- e) Güçsüz öksürme

AÇIKLAMA: Unilateral paraliziler solunum problemlerine yol açmazlar. Bilateral paralizilerde ise kord vokaller birbirine yeterli ses çıkmasını sağlayacak kadar yakındır. Bunlarda asıl problem solunum sıkıntısıdır.

Cevap D (*Byron J. Baliye, Head&Neck Surgery-Otolaryngology, 1993, s. 60*)

19. Aşağıdaki virüslerin hangisi nazofarenks kanserinin etiyolojisinde önemli bir yer tutar?

- a) Haemophilus influenza
- b) Epstein Barr virüsü
- c) Herpes Simpleks virüsü
- d) Sitomegalovirüs
- e) Varicella zoster virüsü

AÇIKLAMA: Nazofarenksli kanserli hastalarda EBV markerlarının araştırılması tüm dünyada yaygın olarak uygulanmaktadır. "Anti early antigen" (Ig G)

titresi %73, "anti viral capsid antigen" (IgA) titresi ise %68 oranında pozitif olarak bulunmuştur. Özellikle WHO Tip 2 nazofarenks kanserinde bu oran "Anti early antigen" (Ig G) için %94, "anti viral capsid antigen" için %89, WHO tip 3 nazofarenks kanserinde "Anti early antigen" (Ig G) için %83, "anti viral capsid antigen" için %84 oranında pozitifdir

Cevap B (Cummings CW, Fredricson JM, Harker LA, Krause CJ, Richardson MA, Schuller DE. *Otolaryngology Head&Neck Surgery. Third ed. 1998, vol 2, p. 1521*)

20.Aşağıdakilerden hangi hastalık tek taraflı sağırılığın en önemli nedenlerindendir?

- Kızamık
- Kızıl
- Kabakulak
- Sifilis
- Lyme hastalığı

AÇIKLAMA: Kabakulakta işitme insidansı 5/10.00'dir. Başlangıçta anidir. Beraberinde tinnitus, vertigo, bulantı ve kusma olur. Bazen meningoensefalit yoluyla, bazen de meningoensefalit olmaksızın viremi anında stria vaskularis yoluyla iç kulağa atake etmesine bağlıdır.

Cevap C (Cummings CW, Fredricson JM, Harker LA, Krause CJ, Richardson MA, Schuller DE. *Otolaryngology Head&Neck Surgery. Third ed. 1998, pediatric volum, p. 524*)

21.Tıkayıcı uyku apnesi tanısı için apne indeksi (AI) ne kadar olmalıdır?

- AI, 5'in üzerinde ise uyku apnesidir
- AI, 30'un üzerinde ise uyku apnesidir
- AI, 10'un üzerinde ise uyku apnesidir
- AI, 1'in üzerinde ise uyku apnesidir
- AI, 5'in üzerinde ise uyku apnesidir

AÇIKLAMA: Apne solunumun en az 10 saniye süre ile kesilmesidir. Apne indeksi saatteki apne sayısıdır. Normalin üst sınırı 5 olarak kabul edilir. Ancak semptomlu hastaların çoğunda AI 20'nin üzerinde, genelde 20-30, bazen nadirde olsa 100'ün üzerindedir.

Cevap E (Cummings CW, Fredricson JM, Harker LA, Krause CJ, Richardson MA, Schuller DE. *Otolaryngology Head&Neck Surgery. Third ed. 1998, vol 2, p. 1547*)

22.Aşağıdaki damarlardan hangisi Little alanının oluşumuna katkıda bulunmaz?

- A. etmoidalis anterior
- A. etmoidalis posterior
- A. sfenoetmoidalis
- A. superior labialin septal dalları

e) A. palantina majusun dalları

AÇIKLAMA: Septum genelde oftalmik (A. karotis interna) ve maksiller (A. karotis eksterna) arterin dalları ile kanlanır. Bu alanı oluşturan damar yumağına **Kiesselbach's pleksusu** da denir. **Bu bölge burnun en çok kanayan bölgesidir.**

Cevap B (Cummings CW, Fredricson JM, Harker LA, Krause CJ, Richardson MA, Schuller DE. *Otolaryngology Head&Neck Surgery. Third ed. 1998, vol 2, p. 763*)

23.Kafa tabanındaki foramen ovaleden hangisi geçer?

- N. maksillaris
- N. mandibularis
- A. menengia media
- A. karotis interna
- V. Jugularis interna

AÇIKLAMA: N. maksillaris kafa tabanındaki foramen rotundumdan, N. Mandibularis foramen ovaleden, A. menengia media foramen spinosumdan A. karotis interna kendi adı ile bilinen kanalis karotikusdan, V. Jugularis interna ise yine kendi adı ile anılan foramen jugulareden kafa içini terkederler.

Cevap B (Cummings CW, Fredricson JM, Harker LA, Krause CJ, Richardson MA, Schuller DE. *Otolaryngology Head&Neck Surgery. Third ed. 1998, vol 4, p. 3359*)

24.Hangi tümör parotis bezinin en sık görülen benign tümördür?

- Warthin tümör
- Duktal papillom
- Pleomorfik adenom
- Onkositom
- Bazal hücreli adenom

AÇIKLAMA: Pleomorfik adenom parotis yerleşimli benign tümörlerinin %84, tüm tükrük bezli benign tümörlerinin %45'ini oluşturur. İkincisi en sık tümör Warthin tümördür.

Cevap C (Cummings CW, Fredricson JM, Harker LA, Krause CJ, Richardson MA, Schuller DE. *Otolaryngology Head&Neck Surgery. Third ed. 1998, vol 2, p. 1258*)

25.Hangi tükrük bezi tümörünün ayırıcı tanısında sintigrafiden faydalanılır?

- Pleomorfik adenom
- Salivar kanal kanseri
- Onkositom
- Lipom
- Siyaladenozis

AÇIKLAMA: Tükrük bezi tümörlerinin görüntülenmesinde “onkositom” ve “Warthin tümör”ün ^{99m}Tc perteknetat ile yapılan sintigrafik inceleme yararlıdır.

Cevap C (Cummings CW, Fredricson JM, Harker LA, Krause CJ, Richardson MA, Schuller DE. *Otolaryngology Head&Neck Surgery. Third ed. 1998, vol 2, p. 1261*)

26.Aşağıdakilerden hangisinde mikrositer hipokromik anemi (demir eksikliği anemisi) ana bulgulardan birisidir?

- a) Osler Rendu Weber sendromu
- b) Kartagener sendromu
- c) Heerfor sendromu
- d) Plummer-Winson sendromu
- e) Guillain Barre sendromu

AÇIKLAMA: Plummer-Winson veya Paterson-Brown-Kelly sendromu disfaji, hipofarengeal veya özofageal web, kilo kaybı ve demir eksikliği anemisinden oluşan ve daha çok 40-50 yaşlarında kadınlarda görülen bir kombinasyondur. Hastaların %85'i kadındır. Hipofarenks kanseri gelişme riski yüksektir. Postkrikoid kanseri olan 322 kadın üzerinde yapılan bir çalışma olguların 1/3-2/3'ünde Plummer-Winson sendromu tespit edilmiştir.

Cevap D (Cummings CW, Fredricson JM, Harker LA, Krause CJ, Richardson MA, Schuller DE. *Otolaryngology Head&Neck Surgery. Third ed. 1998, vol 3, p. 2131*)

27.Aşağıdakilerden hangi doğumsal hastalık infantlarda en sık stridor nedenidir?

- a) Vokal kord paralizisi
- b) Laringeal web veya atrezisi
- c) Subglottik stenoz
- d) Laringomalazi
- e) Posterior laringeal yarıklar

AÇIKLAMA: İnfantlarda stridorun en sık görülen sebebi laringomalazidir. Laringeal dokuların anormal flasitisesi vardır. Olguların çoğu 12-24 ayda spontan olarak düzelir. Vokal kord paralizisi konjenital laringeal anomalilerin %10'undan sorumludur. Subglottik stenoz ise ciddi solunum tıkanmasına yol açan 3. en sık doğumsal larinks anomalisidir.

Cevap C (Cummings CW, Fredricson JM, Harker LA, Krause CJ, Richardson MA, Schuller DE. *Otolaryngology Head&Neck Surgery. Third ed. 1998, p. 271*)

28.Hangisi “Eustachian” tüpü fonksiyonlarından

değildir?

- a) Ventilasyon
- b) Klerens
- c) Koruyucu
- d) Drenaj
- e) Rezonans

AÇIKLAMA: “Eustachian” tüpü orta kulağın havalanmasını sağlarken, mukozasını oluşturan silli epitel sayesinde orta kulaktan nazofarinkse aktif temizleme hareketi yapar(klerens). Bu arada eğimi ve yerçekimi etkisi nedeniyle pasif drenaj da mevcuttur. Bu fonksiyonundan özellikle efüzyonlu otitis media tedavisinde ventilasyon tüpü tatbiki yapılan hastalarda orta kulaktaki sıvının nazofarinkse atılması mekanizmasında faydalanılır. Ayrıca tüpün nazofarinks tarafından açıklığını çevreleyen lenfoid doku, orta kulağı koruyucu rol üstlenir.

Cevap E (Charles W. Cummings, *Otolaryngology Head &Neck Surgery, third ed., 1998, s.3003-22*)

29.Aşağıdakilerden hangisi akut otitis medianın çocuklarda daha sık görülmesinin nedenlerinden değildir?

- a) Viral ÜSYE sıklığının fazla olması
- b) Yuva, kreş gibi ortamlarda yakın temas nedeniyle damlacık enfeksiyonlarının artması
- c) “Eustachian” tüpünün erişkine nazaran daha kısa ve yatay olması
- d) Adenoid dokusunun mikrobiyolojik olarak rezervuar oluşturması
- e) Çocukta ortakulak mukozasının sekretuar özellik taşıması

AÇIKLAMA: Orta kulak mukozal yapısı çocukta ve erişkinde farklılık göstermez. Yukarıda sayılan diğer nedenler akut otitis medianın çocuklarda sık görülmesi ile ilişkilidir.

Cevap E (Charles W. Cummings, *Otolaryngology Head &Neck Surgery, third ed., 1998, s.461-4*)

30.Aşağıdakilerden hangisi ostiomeatal kompleks ile ilgili yanlıştır?

- a) Burunda en sık hastalanan bölgedir
- b) Nazal septum ile orta konka mediali arasında kalan bölgedir
- c) Mukozal yüzler birbirine çok yakın olduğundan minimal ödem obstrüksiyona neden olabilir
- d) Değerlendirmede anterior rinoskopi yetersizdir
- e) Bilgisayarlı tomografi ile görüntüleme bölge hakkında en iyi anatomik bilgiyi verir

AÇIKLAMA: Ostiomeatal kompleks medialinde orta konka lateral yüzü, lateralinde burun lateral duvarı ve

orbita, üstte kafa kaidesi tarafından sınırlanan bölgedir.

Cevap B (Prof. Dr. Metin Önerci, *Endoskopik Sinüs Cerrahisi*, 2. baskı, 1999, s.18-9)

31.Epistaksis ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Burun kanamaları en sık nazal septumda enterior yerleşimli Kiesselbach pleksusundan kaynaklanır
- Adrenalin, pantokain uygulanmış klavuz tamponlar kanamanın hızını yavaşlatır, yerinin belirlenmesini ve ileri burun müdahaleleri öncesi burun topikal anestezisini sağlar
- Nazal septum kaynaklı kanamalarda septumun bilateral olarak koterize edilmesi kanama kontrolü sağlar
- Anterior kaynaklı burun kanamaları gençlerde, posterior kaynaklı olanlar ise yaşlı, damar hastalığı olan bireylerde daha sıktır
- Posterior epistaksis en sık sfenopalatin arter dallarından olur.

AÇIKLAMA: Septumun aynı hizada bilateral koterizasyonu o bölgede kıkırdak yapının beslenmesini bozacağından septum perforasyonuna neden olur. Uygulanmamalıdır.

Cevap C (K.J. Lee, *Essential Otolaryngology Head & Neck Surgery*, seventh ed., 1998, s.781-2)

32.Aşağıdakilerden hangisi submandibuler glandda daha fazla taş oluşması ile ilgili nedenlerden değildir?

- Salgısının musin içeriği fazladır
- Salgı pH'sı alkalendir
- Duktusu diğer bezlere nazaran uzun ve düzensiz seyirlidir
- Salgısında organik içerik azdır
- Duktusunun orifisi yerçekiminin tersinedir

AÇIKLAMA: Submandibuler gland duktusu ağız tabanında yerleştiğinden, organik eleman içeriği fazladır. Ostiumdan nüve oluşturabilecek organik partiküller kanal içine kolayca girebilir.

Cevap D (Prof. Dr. Sefa Kaya, *Tükrük Bezi Hastalıkları*, 1. baskı, 1997, s.207)

33.Parotisin en sık benign ve malign tümörü aşağıdakilerden hangisidir?

- Pleomorfik adenom-Mukoepidermoid karsinom
- Pleomorfik adenom-Adenoid kistik Ca
- Warthin tümörü-Mukoepidermoid karsinom
- Monomorfik adenom-Yassı hücreli Ca
- Warthin tümörü-Adenoid kistik Ca

AÇIKLAMA: Parotis tümörlerinin %80'i benign

tümörleridir ve en sık pleomorfik adenom görülür. Malign olanlarda ise en sık mukoepidermoid karsinom karşımıza çıkar.

Cevap A (Prof. Dr. Sefa Kaya, *Tükrük Bezi Hastalıkları*, 1. baskı, 1997, s.231-47)

34.Pott's Puffy tümörü hangi paranasal sinüs enfeksiyonunun bir komplikasyonu olarak ortaya çıkar?

- Maksiller sinüs
- Anterior etmoid sinüs
- Posterior etmoid
- Frontal sinüs
- Sfenoid sinüs

AÇIKLAMA: Frontal sinüs enfeksiyonunun, sinüs ön duvarına yayılarak burada osteomyelite neden olması ve sinüs ön duvarını erode etmesi sonucu alında ortaya çıkan şişliğe **Pott's Puffy tümör** adı verilir. Etken sıklıkla **S. aureus**'tür.

Cevap D (Cummings, *Otolaryngology, Head and Neck Surgery*, 3. baskı, 1998, s.1135-45)

35.Yenidoğanda, stridor ve solunum obstrüksiyonuna neden olan en sık kongenital anomali aşağıdakilerden hangisidir?

- Yarık epiglot
- Laringeal atrezi
- Laringomalazi
- Laringosel
- Sakküler kist

AÇIKLAMA: Laringomalazi, inspirasyon sırasında larinks girişinin kollapsına ve stridora neden olan en sık kongenital anomali. Laringomalazi, tüm kongenital laringeal lezyonlu hastaların %50-75'ini ve stridorla başvuran hastaların %59.8'ini oluşturmaktadır.

Cevap C (Şenocak, *Otorinolaringoloji, Baş ve Boyun Cerrahisi*, 15. baskı, 1996, s.498-518)

36.Meniere hastalığı için yanlış olan aşağıdakilerden hangisidir?

- Epizodik vertigo
- Fluktuan iletim tipi işitme kaybı
- Tinnitus
- Kulakta dolgunluk hissi
- Bulantı-kusma

AÇIKLAMA: Meniere hastalığında fluktuan nörosensoryal tip işitme kaybı tipiktir.

Cevap B (Cummings, *Otolaryngology Head-Neck Surgery*, 3. baskı, 1998, s.2673)

37. Aşağıdakilerden hangisi otitis medianın intrakraniyal komplikasyonlarından birisidir?

- a) Mastoidit
- b) Labirentit
- c) Bezold absesi
- d) Lateral sinüs tromboflebiti
- e) Periferik fasiyal paralizi

AÇIKLAMA: Lateral sinüs tromboflebiti otitis medianın intrakraniyal komplikasyonlarından birisidir.

Cevap D (*Cummings, Otolaryngology Head-Neck Surgery, 3. baskı, 1998, s.3052-73*)

38. Trombet çalan bir erkek hastada, ses kısıklığı ve boyunda şişlik şikayeti mevcut. Kitle yumuşak kıvamlı olarak palpe ediliyor. Direkt boyun grafisinde kitlenin hava ile dolu olduğu tespit ediliyor. Muhtemel tanınız aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Eksternal laringosel
- b) Kistik higroma
- c) Brankial kist
- d) Tiroglossal kist
- e) Hemanjiyom

AÇIKLAMA: Eksternal laringosel özellikle pozitif basınç kullanan (Trombet çalma, cam sanayiinde çalışanlar v.b.) erkeklerde, ses kısıklığı, stridor, boyunun lateralinde içinde hava dolu kitle olarak tespit edilir.

Cevap A (*Cummings, Otolaryngology Head-Neck Surgery, 3. baskı, 1998, s.2119*)

39. Ramsay Hunt sendromu için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Aurikula ve dış kulak yolunda ağrılı veziküller

mevcuttur.

- b) Periferik fasiyal paralizi vardır.
- c) Nörosensoryal işitme kaybı olabilir
- d) Herpes simpleks virüs tip-1 etkenidir
- e) Tedavide asiklovir kullanılır

AÇIKLAMA: Ramsay Hunt sendromu (Herpes Zoster fasiyal paralizi) aurikula ve dış kulak yolunda ağrılı veziküller lezyonlar, periferik fasiyal paralizi ile seyreden, nörosensoryal işitme kaybı gelişebilen, Herpes Zoster virüsünün neden olduğu bir sendromdur. Tedavisinde Asiklovir ana ilaçtır.

Cevap D (*Cummings, Otolaryngology Head-Neck Surgery, 3. baskı, 1998, s.2773*)

40. On iki yaşında kız çocuğu orta hatta 2 cm büyüklüğünde, üzerinde ciltte kızarıklık sıcaklık artışı olmayan, üfürüm alınmayan kitlenin dilin dışarı çıkarılmasıyla yukarı doğru hareket ettiği tespit edilmiştir. Hasta yakınları kitlenin doğumdan hemen sonra ortaya çıktığını, fındık büyüklüğündeki kitlenin zaman içinde çok az büyüdüğünü, kitlede akıntı olmadığını ifade etmektedir. Kitlenin en muhtemel tanısı aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Brankial yarı kisti
- b) Tiroglossal duktus kisti
- c) Tüberküloz lenfadenit
- d) Dermoid kist
- e) Lenfanjiyom

AÇIKLAMA: Dilin dışarı çıkarılması ile kitlenin yukarı hareket etmesi patognomiktir.

Cevap B (*Adams, Scott-Brown's otolaryngology, 6. baskı, 1997, s.6,30, 1-30*)

KALP VE DAMAR CERRAHİSİ

1. Klodikasyo intermitans ayırıcı tanısında hangisi dikkate alınmaz?

- a) Kronik kompartman sendromu
- b) Kalça osteoartriti
- c) Venöz klodikasyo
- d) Spinal kord kompresyonu
- e) Gut hastalığı

AÇIKLAMA: Atletlerde aşırı gelişmiş kaslar kompartman içi venöz dönüşü engelleyerek uylukta ve baldırda ağrıya sebep olabilir. Yakınma yoğun egzersiz sonrası ortaya çıkar. Genç, spor yapan kişilerde görülür. İstirahatte ağrının geçmesi yavaştır. Elevasyonla rahatlar. **Kalça osteoartriti** belirli bir egzersiz sonrası değil hareketle ortaya çıkar. Yürümeyi durdurmakla geçmez. Oturmak veya yatarak dinlenmek ile geçer. Ağrıyı doğuran hareket miktarı günden güne değişiklik gösterir. **Venöz klodikasyo rekanalizasyonu yetersiz kalan iliofemoral venöz tromboz hastalarında görülebilir.** Yürüme sırasında venöz dönüşün ihtiyacı karşılayamaması ile ortaya çıkar. Uyluk proksimalinde daha fazla hissedilir. Kalça-uyluk klodikasyosu ile karışır. Dinlenme ile ağrı daha yavaş düzelir. **Bacaklar yükseğe kaldırıldığında rahatsızlık hissinin hızla kaybolması venöz klodikasyonun özelliğidir.** Lomber vertebraların osteoartriti ve osteofitik değişiklikleri ile nörospinal kanalın daralmasına bağlı olarak dik pozisyonda durmanın ve lomber lordozun etkisi ile lumbosakral sinirler sıkışır. Kalça ve uylukta ağrı ortaya çıkar. His kaybı olabilir. Durmakla ağrı geçmez. Oturarak ve lomber vertebraları fleksiyona getirerek rahatlama sağlanır. Bu dört neden alt ekstremitte adale gruplarında hareketle ortaya çıkardıkları rahatsızlık hissi nedeniyle klodikasyon intermittant ile karışabilir. Gut hastalığında ise adale grubunda değil çoğunlukla ayak başparmak eklemlerinde ve hareketten bağımsız, dinlenmekle geçmeyen ağrı olur.

Cevap E (*Transatlantic Society Consensus (TASC). Management of Peripheral Arterial disease. J Vasc Surg 2000;31(Suppl):S54-135*)

2. Alt ekstremitte kronik arter tıkanıklığında hangisi fonksiyonel iskemiye gösterir?

- a) İskemik istirahat ağrısı
- b) Gangren
- c) İskemik ülser

- d) Yaşam kısıtlayan klodikasyo
- e) Blue toe sendromu

AÇIKLAMA: Alt ekstremitenin kronik iskemisi fonksiyonel ve kritik olmak üzere ikiye ayrılır. **Fonksiyonel iskemi** egzersizle artar kan ihtiyacına arteriyel ağacın darlık veya tıkanıklığı nedeniyle cevap verememe durumunu ifade eder. Klodikasyo intermittant olarak tanımlanır. **Kritik iskemi** ise ekstremitenin metabolik ihtiyacının altında kan aldığını ifade eder. Ekstremitayı tehdit edecek düzeyde ciddi iskemi söz konusudur. İskemik istirahat ağrısı, iskemik ülser ve gangren kritik iskemiye gösterir. Blue toe sendromu ise akut dijital iskemidir.

Cevap D (*Transatlantic Society Consensus (TASC). Management of Peripheral Arterial Disease. J Vasc Surg 2000;31(Suppl):S54-135*)

3. Lutembacher sendromu nedir?

- a) ASD ile birlikte romatizmal triküspit darlığının bulunması
- b) ASD ile birlikte pulmoner darlığın bulunması
- c) VSD ile birlikte romatizmal aort darlığının bulunması
- d) ASD ile birlikte romatizmal mitral darlığın bulunması
- e) ASD ile birlikte travmatik VSD bulunması

AÇIKLAMA: Atriyal septal defektli hastada, romatizmal mitral kapak darlığı gelişmesi ilk defa Lutembacher tarafından tanımlanmış ve onun adıyla anılmaktadır.

Cevap D (*Kirklin, Cardiac Surgery, 2. baskı, 1993, s.617; Fyler, Pediatric Cardiology, s.523*)

4. Aşağıdakilerden hangisi Dejeneratif Arteriopati değildir?

- a) Ateroskleroz
- b) Mönckeberg sklerozu (medial kalsinozis)
- c) Trombo-anjitis obliterans
- d) Fibromusküler displazi
- e) Kistik medial nekrozu

AÇIKLAMA: Ateroskleroz, Mönckeberg sklerozu, fibromusküler displazi ve kistik medial nekroz dejeneratif arter hastalıklarındandır.

Trombo-anjitis Obliterans ise, Buerger hastalığı olarak bilinir ve iltihabi damar hastalıkları grubunda yer almaktadır. Küçük ve orta boy damarları tutan, sıklıkla genç erkeklerde görülen ve sigara ile yakın ilişki

KALP VE DAMAR CERRAHİSİ

gösteren bir hastalıktır.

Cevap C (*Değerli, Damar hastalıkları, s.425-427*)

5. Kalbin ileti sisteminde önemli bir yere sahip olan atriyoventriküler nod'a kan sunan arter aşağıdakilerden hangisidir?

- Adamkiewichz arteri
- Koch arteri
- Kugel arteri
- Adson arteri
- Roger arteri

AÇIKLAMA:

Cevap C (*Kirklin, Cardiac Surgery, 3. baskı, s.27*)

6. Popliteal arter anevrizmaları için yanlış olanı seçiniz?

- En sık görülen nedenleri ateroskleroz ve popliteal entrapment sendromudur
- Periferik arteriyel anevrizmaların en sık görülen şeklidir
- Tromboz ve distal emboli sık komplikasyonlarıdır, rüptür enderdir
- Hastaların çoğunda popliteal arter anevrizması izoledir
- Yüksek komplikasyon riski nedeniyle semptom olsun olmasın safen ven bypass grefti ile anevrizmanın devre dışı bırakılması yapılmalıdır

AÇIKLAMA: Poplitea arter anevrizmaları periferik arteriyel anevrizmaların en sık görülen şeklidir ve ateroskleroz, travma enfeksiyon ve popliteal arter tuz-ağı sebepleri arasındadır. %60-70 vakada bilate-raldir ve %50'sinde diğer arterlerde anevrizma vardır. Genişleme, rüptür, emboli ve tromboz komplikasyonları arasındadır. Anevrizma tanısı alan her hastaya safen ven bypass grefti konulmalı ve kese proksimal ve distalden bağlanarak dolaşım dışı bırakılmalıdır.

Cevap D (*Hipertansif ve Vasküler Hastalıklarda Tedavi John P. Cooke, Edward D. Frohlich Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı 1998, s. 224*)

7. Ergotizm için yanlış olanı seçiniz?

- Migren sebebiyle ergot alkaloidi kullananlarda ilaç fazla alınınca oluşabilir
- Arteriyel yetmezlik, kladikasyo, soğuk ekstremite ve istirahat anjinası olur.
- Mezenter arter yetmezliği, anjina, görme bozuklukları tabloya eklenebilir
- Vazokonstriksiyonun oluşma mekanizması olarak adrenerjik ve serotoninerjik reseptörler suçlanır
- Tedavide nitrogliserin preparatları tercih edilir

AÇIKLAMA: Ergotizm, akut arter tıkanıklığı şeklinde de ortaya çıkabilen, ender görülen, ancak önemli bir arter yetmezliği nedenidir. Çoğu hastada migren nedeniyle Cafegot kullanımı öyküsü vardır. En sık görülen yakınma kladikasyo, soğuk ekstremite, istirahat ağrısı, intestinal anjina, mezenter yetmezlik, görme bozuklukları ve anjinadır. Ergot türevlerin vazokonstriksiyon oluşturma mekanizmaları karmaşıktır ve adrenerjik ile serotoninerjik reseptörler yoluyla olur. Hastaların çoğunda ilacın kesilmesi yeterlidir. Akut arter yetmezliği oluşunca tedavi sodyum nitroprusiddir.

Cevap E (*Hipertansif ve Vasküler Hastalıklarda Tedavi John P. Cooke, Edward D. Frohlich Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı 1998, s.221*)

8. Genel popülasyonda nonkardiyak cerrahi sonrası koroner olay oluşması ile ilgili hangisi yanlıştır?

- Çoğu miyokard infarktüsü ilk 4 gün içinde oluşur
- İlk 48 saatte non Q infarkt daha sıktır
- Preoperatif olarak belirlenebilen risk faktörleri sol ventrikül hipertrofisi, hipertansiyon, diabetes mellitus ve digoksin kullanımınıdır
- Sıklıkla klinik olarak gürültülü geçer
- Görülme sıklığı %1'in altındadır

AÇIKLAMA: Nonkardiyak cerrahi sonrası postoperatif miyokard infarktüsü insidansı genel popülasyonda %0-0.7, koroner arter hastalığı olanlarda %1 civarındadır. Çoğu ilk 4 günde olur ve sıklıkla klinik olarak sessizdir. İlk 45 saat içinde non Q infarkt daha sık görülür. Hohenberg ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışma erkeklerde postoperatif iskemi ile ilgili beş major preoperatif risk faktörü tanımlamıştır. Bunlar EKG'de sol ventrikül hipertrofisi, hipertansiyon öyküsü, diabetes mellitus, kesin koroner arter hastalığı tanısı, digoksin kullanımınıdır.

Cevap D (*Kardiyolojinin Sırları, Olivia Vynn Adair, s. 224*)

9. Postoperatif olarak nükseden miksomalar için yanlış olanı bulunuz?

- Miksomaların komplet rezeksiyonundan sonra nükslerin çoğu orijinal tümörün bölgesinde yada yakınında olur
- Rejenerasyon 3 ay ile birkaç yıl arasında oluşur
- Nükseden miksomalarda da cerrahi tedavi uygulanır
- Nüks sebebi olarak ekilme ve yetersiz rezeksiyon değil multifokal hastalık suçlanmaktadır
- Nüks eden miksomalarda tümör plop duyulmamaktadır

AÇIKLAMA: Atriyal miksomaların komplet rezeksiyonundan sonra tekrarların %85'i yakın yada orijinal bölgelerde gerçekleşir. Rejenerasyon 3 ay ile birkaç yıl arasında (ortalama 3.9 yılda) gerçekleşir. Literatürlerde nükslerin yetersiz rezeksiyona yada ekilmeye bağlı olmadığı, sebebin multifokal hastalık olduğu görülmektedir. Tedavi yine cerrahidir.

Cevap E (*Kardiyolojinin Sırları, Olivia Vynn Adair, s. 175*)

10.İdeal bir damar greftinin özelliklerinden olmayan hangisidir?

- a) Toksik olmamalı ve yabancı cisim reaksiyonu oluşturmamalıdır
- b) Teminin ve kullanımını kolay olmalıdır
- c) Kalıcı vasıfta olmalıdır
- d) Mümkün olan en düşük doku porozitesine sahip olmalıdır
- e) En az doku geçirgenliğine sahip olmalıdır

AÇIKLAMA: İdeal bir damar grefti kalıcı olmalı, toksik olmamalı, en düşük doku porozitesi, en fazla doku geçirgenliğine sahip olmalı ve mekanik kullanım kolaylığı olmalıdır.

Cevap E (*Göğüs Cerrahisi David C. Sabiston, Frank C. Spencer, Cilt 1 Sayfa 167*)

11.Postperikardiyotomi sendromu için yanlış olanı seçiniz?

- a) Kalp ameliyatı geçirenlerin %10-40'ında olur
- b) Perikard ve plevra ağrısı, pulmoner infiltrasyon, artralji, dispne, perikardiyal effüzyon, frotman belirtileri arasındadır
- c) Kortikosteroidler ilk tedavi seçeneğidirler
- d) Etiyolojisi kesin değildir ancak otoantikör oluşumu suçlanır
- e) Lökositöz, sedim yüksekliği, ateş olmaktadır

AÇIKLAMA: Kalp ameliyatı geçirenlerin %10-40'ında ateş, perikard ağrısı, plevra ağrısı, pulmoner infiltrasyon, artraljiler, dispne, perikardiyal effüzyon, perikard sürtünme sesi duyulmasını içeren bir sendrom gelişir. Sedimentasyon artar, lökositöz olur. Otoantikörler etiyolojide suçlanmaktadır. Genelde tedavi gerektirmeden kendi kendilerini sınırlarlar. Ağır olgularda salisilatlar verilir ve istirahatle hasta iyileşir. Steroidler son tercihlerdendir ve etkili olan en düşük dozda başlanmalı ve keserken kademeli olarak azaltılıp rebound fenomeni oluşması engellenmelidir.

Cevap C (*Göğüs Cerrahisi David C. Sabiston, Frank C. Spencer Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı Cilt 1, s. 170*)

12.Patent duktus arteriyozus için yanlış olanı seçiniz?

- a) Yüksek rakımda yaşayanlarda daha sık olarak görülür
- b) Kadınlarda daha sık görülür
- c) Maternal rubella enfeksiyonu ile ilişkisi kanıtlanmıştır
- d) Duktus 5. aort arkusundan çıkmaktadır
- e) Duktusun tamamen kapanması her yaşta olabilir ancak 6 aydan sonra nadirdir

AÇIKLAMA: Ductus arteriyozus 6. aort arkusundan çıkar ve ana veya sol pulmoner arterden desenden aortada sol subklavian arter başlangıcının hemen distaline uzanır. PDA'da duktus açık kalmaktadır. Gebelikte geçirilen rubella enfeksiyonu, prematürel, yüksek rakımda yaşam etiyojide suçlanmaktadır. Kadınlarda erkeklerden 2 misli daha fazladır. Tamamen kapanma her yaşta olabilir ancak 6. aydan sonra nadirdir.

Cevap D (*Göğüs Cerrahisi David C. Sabiston, Frank C. Spencer Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı Cilt 1 s. 170*)

13.Servikotorasik sendromlar için yanlış olanı seçiniz?

- a) İnterskalen üçgen, kostoklaviküler aralık, musculus pektoralis minör tendonu ve skapulanın processus cricoideusu arasındaki açıdan oluşan üç anatomik ve fonksiyonel darlığın arteria-vena subklavia ve plexus brakialis sıkıştırması ile oluşan semptomları içerir.
- b) 30-40 yaş arası kadınlarda ve genellikle tek taraflı olarak görülmektedir.
- c) Kosto-klaviküler sendrom bunlardan biridir ve kostoklaviküler aralıkta vena subklavianın sıkıştırılması ile vakaların yarısında semptomlar ortaya çıkar. Tanı için kostoklaviküler manevra yapılmalıdır.
- d) Adson veya skalen manevrası servikal kosta, skalenius antikus sendromu ve hiperabduksiyon sendromunda pozitifdir
- e) Komplikasyon olarak tromboz, poststenotik arteriyel dilatasyon, distal arterlere emboli, parmaklarda ülserler, pulmoner emboli ve nörolojik komplikasyonlar görülebilir

AÇIKLAMA: Torasik çıkış sendromları arteria-vena subklavia ve plexus brakialisin çıkımlarından aksiller bölgeye gelinceye kadar üç darlıktan geçmektedir. İnterskalen üçgen, kostoklaviküler aralık ve musculus pektoralis ise fonksiyoneldir. Servikal kosta, anormal birinci torasik kosta, skalenius antikus sendromu, kosta-klaviküler sendrom, hiperabduksiyon sendromu torasik çıkış sendromları başlığı altında toplanmıştır. 30-40 yaş arasındaki kadınlarda sık rastlanmaktadır. Adson manevrası tanı araçlarındandır ve servikal

KALP VE DAMAR CERRAHİSİ

kosta, skalenius antikus sendromu ve anormal birinci kosta sendromlarında pozitifdir. Kosta-klaviküler sendromda semptomatik vakalarda venöz kompresyon belirtileri ortaya çıkar. En sık görülen komplikasyon %43 oranında görülen trombozdur.

Cevap D (*Damar Hastalıkları ve Cerrahi Prof. Dr. Yüksel Bozer, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, s. 61*)

14. Psödokoarktasyon için doğru olanı seçiniz?

- a) Aortada gerçek bir darlık vardır
- b) Kollateral dolaşım tamdır
- c) Prognozu kötüdür ve erken dönemde kalp yetmezliği yapabilmektedir
- d) Kink yapan aort segmentinin distalinde anevrizmal dilatasyon görülebilir
- e) Psödokoarktasyon segmentinin proksimal ve distali arasında basınç gradiyenti vardır

AÇIKLAMA: Psödokoarktasyon akıma engel olmayan aortun bir kink yada bukle yapmasıdır. Kollateral dolaşım oluşturmaz. Tanı belirli basınç gradyanı olmadan kink yapmış tortüoz aortanın aortografide saptanması ile doğrulanır. Selim bir antitedir. Ancak bukle yapmış aort segmentinin distalinde anevrizmal dilatasyon olabilir. Aort dilatasyonu gelişen hastalarda cerrahi müdahale düşünülebilir.

Cevap D (*Göğüs Cerrahisi David C. Sabiston, Frank C. Spencer Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı Cilt 1. s. 178*)

15. Buerger hastalığı için yanlış olanı bulunuz?

- a) Arterlerin lümeni trombüs ile doludur ve trombüsün distalinde dev hücreli mikroabseler vardır
- b) Buerger lezyonlarında kalsifikasyon ve lipid depolanması hiçbir zaman görülmez
- c) İskemi nedeniyle kapiller tonus azalır ve ekstremitelerde süreklilik gösteren bir kızarıklık hakimdir
- d) Hiçbir zaman Raynaud fenomeni ile birlikte olmaz
- e) Arterlerin yanısıra venler ve sinirlerde hastalığa eşlik eder. Bu üç oluşum fibröz kılıflar ile çevrelenmiş ve birbirlerine yapışmışlardır

AÇIKLAMA: Buerger hastalığı genç ve sigara içen erkeklerde görülen orta ve küçük çaplı arterlerin panarteritidir. Arterlerin lümenleri her epizot sonrası trombüsle dolar. İyileşme safhasında lümen bağ dokusu ile tıkanır. Hastalık segmenterdir. Raynaud fenomeni %40 oranında görülür. Arterin yanında yandaş ven ve sinirde hastalığa katılır.

Cevap D (*Damar Hastalıkları ve Cerrahisi Prof. Dr. Hasan Solak*)

16. Açık kalp cerrahisi hangisi bulunmadan önce mümkün olamamıştır?

- a) Heparin
- b) Potasyum
- c) Kan ve kan ürünleri
- d) Protamin
- e) Antioksidan

AÇIKLAMA: Heparin kardiyopulmoner bypass için vazgeçilmezdir. Jay McLean tarafından 1915 yılında bulunmuştur. Kanın vücut dışında pıhtılaşmadan tutulabilmesi heparinin keşfi ile mümkün olmuş ve kardiyopulmoner bypassı mümkün kılan diğer bütün gelişmelere öncülük etmiştir.

Cevap A (*Edmunds LH: Cardiac Surgery in the Adult, New York McGraw Hil, 1997, p. 10*)

17. Kalp boşlukları bir septum veya kapak yapısı aracılığıyla birbirlerine komşudurlar. Hangi komşuluk doğru değildir?

- a) Sağ atrium-Sol atrium
- b) Sağ ventrikül-Sol ventrikül
- c) Sağ atrium-Sol ventrikül
- d) Sol atrium-Sol ventrikül
- e) Sol atrium-Sağ ventrikül

AÇIKLAMA: Atriumlar interatriyal septum aracılığı ile, ventriküler interventriküler septum aracılığı ile birbirlerine doğrudan komşudurlar. Sağ atrium ile sağ ventrikülü ayıran triküspid kapak düzlemi sol atrium ile ventrikülü ayıran mitral kapak düzleminden daha aşağıdadır. Bu nedenle sağ atrium küçük bir alanda sol ventrikül ile doğrudan komşudur. Komşuluğu sağlayan bu septum bölümüne atriyoventriküler septum adı verilir.

Cevap E (*Edmunds LH: Cardiac Surgery in the Adult, 1997, p. 40*)

18. Hangisi koroner bypass ameliyatında greft olarak kullanılmaz?

- a) Radyal arter
- b) Mammarian arter
- c) İnferior epigastrik arter
- d) Ulnar arter
- e) Gastroepiploik arter

AÇIKLAMA: Koroner bypass cerrahisinde mammarian arterler en sık kullanılan arteriyel greftlerdir. İnferior epigastrik arter ve gastroepiploik arter de greft olarak seçilebilmektedir. Diseksiyon kolaylığı ve el beslenmesinde ulnar artere kıyasla görece az önemi nedeniyle uygun olgularda güvenle kullanılan radyal arter son yıllarda arteria mammaia'dan sonra en çok

tercih edilen arteriyel grefttir.

Cevap D (*Edmunds LH: Cardiac surgery in the Adult, 1997, s. 502-23*)

19. Hangisi miyokard infarktüsü sonrası oluşmaz?

- a) Ventriküler septal defekt
- b) Sol ventrikül ön duvar rüptürü
- c) Korda elongasyonu
- d) Papiller adale kopması
- e) Akut mitral yetmezlik

AÇIKLAMA: Miyokard infarktüsüne bağlı mekanik defektler (ventriküler septal defekt, serbest duvar rüptürü veya papiller adale rüptürü gibi) enfarktlı alanın perforasyonuna bağlı olarak oluşabilir. Akut mitral yetmezlik papiller adale rüptürü veya papiller adalelerin oturduğu miyokard bölgesinin disfonksiyonuna bağlı olarak gelişebilir. Korda elongasyonu ise miyokarda infarktüsü ile ilişkili değildir.

Cevap C (*Edmunds LH: Cardiac surgery in the Adult, New York, McGraw-Hill, 1997, p. 629, p. 657*)

20. Homan's sign nedir?

- a) Plantar fleksiyonla baldırda ağrı
- b) Adduktor kanal boyunca hassasiyet
- c) Retromalleolar ağrı
- d) Plantar fleksiyonla ayakta hassasiyet
- e) Pretibial venöz dilatasyon

AÇIKLAMA: Plantar fleksiyonla baldırda ağrı **Homan's sign**, adduktor kanal ve kasıkta hassasiyet **Rieland's sign**, retromalleolar ağrı **Bisgaard's sign**, plantar fleksiyonla ayak tabanında ağrı **Payr's sign** ve pretibial venöz dilatasyon **Pratt's sign** olarak bilinir. Bu belirtilerin hepsi de **venöz tromboz** lehine değerlendirilmekle birlikte spesifiteleri azdır.

Cevap A (*P Lanzer, J Rösch: Vascular Diagnostics, Berlin, Springer-Verlag, 1994, p. 14*)

21. Oral kontraseptif kullanımına bağlı derin ven trombozu riski ile ilgili cümlelerden hangisi yanlıştır?

- a) Östrojen farmakolojik dozlarda bile faktör VIIa seviyelerini artırır.
- b) Östrojen dozu arttıkça derin ven trombozu riski artar
- c) Östrojen protein S aktivitesini artırır
- d) Postmenopozal replasman tedavisinde oral kontraseptiflere göre azaltılmış dozlarda östrojen verilmesi derin ven trombozu riskini azaltmaz.
- e) Östrojen içeriği 50 mikrogramdan fazla olan preparatların kullanımında risk en yüksektir

AÇIKLAMA: Epidemiyolojik çalışmalar oral kontraseptif kullanımı ile venöz tromboz arasındaki ilişkiyi açık olarak ortaya koymuştur. Östrojenin farmakolojik dozları dahi faktör VIIa seviyesinin artırır, antitrombin ve protein S aktivitesini baskılar. Risk, doz artışına paralel olarak artar. Günlük östrojen dozu 50 mikrogramdan fazla ise risk maksimumdur. Ancak postmenopozal dönemde hormon replasman tedavisinde oral kontraseptif dozlarının 1/6'sı kadar azaltılmış dozda östrojen verilmesinin de venöz tromboz riski taşıdığı gözlenmiştir.

Cevap C (*P. Gloviczki, JST Yao: Handbook of Venous Disorders, 2nd ed, London Arnold Publishers, 2001, p. 39*)

22. Hangisi akut aort diseksiyonu ile ilişkilendirilemez?

- a) Hemoperikardiyum
- b) Pulmoner emboli
- c) Senkop
- d) Mezenterik iskemi
- e) Akut aort kapak yetersizliği

AÇIKLAMA: Diseksiyonun retrograd ilerleyerek aort kapak anulusuna ulaşması aort kapağında akut yetersizliğe neden olur. Diseksiyon perikarda açılabilir. Yalancı lümen karotis, renal arter, visseral arter ağzlarını daraltarak veya tıkayarak ilgili organların perfüzyonunu bozar ve iskemi semptomlarını ortaya çıkarır.

Cevap B (*Neyyir Tuncay Eren: Aort Cerrahisi, Ankara, Çağdaş Yayıncılık, 2003, s. 84*)

23. Tek taraflı geçici görme kaybı yakınması ile başvuran hastanın gözdibi muayenesinde retinal arterlerde parlak spotlar saptanıyor. Bu bölge aşağıdakilerden hangisi ile ilişkili olabilir?

- a) Glokom
- b) Neovaskularizasyon
- c) Retinal arter ateroskleroza
- d) Retinal arterde kolesterol embolisi
- e) Retinal arter dilatasyonu

AÇIKLAMA: Tek taraflı geçici görme kaybı (**amorozis fugaks**) ipsilateral karotis arter hastalığında retinal arterin kolesterol parçacıkları ile embolize olmasına bağlı olarak ortaya çıkabilir. Retinal arterdeki kolesterol kristalleri muayenedeki parlak refle veren noktalar olarak görülürler.

Cevap D (*JW Hallet: Handbook of Patient Care in Vascular surgery, 3rd ed, Boston, Little Brown and Company, 1995, p. 19*)

24. Penetran kalp yaralanmalarında en çok hangisi

yaralanır?

- a) Sağ ventrikül
- b) Sol ventrikül
- c) Sağ+sol ventrikül
- d) Sağ atrium
- e) Sol atrium

AÇIKLAMA: En çok önde yer alan sağ ventrikül yaralanır (%40-45). Onu sırasıyla sol ventrikül (%30-35), sağ atrium (%15) ve sol atrium (%5) takip eder. Sağ ve sol ventrikülün septumla birlikte yaralanma oranı %10 civarındadır. Sol ventriküle penetran yaralanma olgularının %93'ü, sağ ventriküle penetran yaralanmaların %84'ü veya atriyal yaralanmaların %54'ü hastaneye ulaşıncaya kadar kaybedilir.

Cevap A (*A Besson, F Saegesser: A color atlas of Chest Trauma, London, Wolfe, vol II, p. 114*)

25. Hangi cümle vasküler ring ile ilişkili değildir?

- a) Konjenital anomalidir
- b) Aort arkusu ve dallarını ilgilendirir
- c) Trakeal bası semptomlarına yol açabilir
- d) Bazı olgularda duktus arteriozusun halkayı tamamlar
- e) Özofageal bası oluşturmaz

AÇIKLAMA: Vasküler ring arkus aorta ve dallarının birlikte, bazen duktus arteriozusun da katılması ile oluşan trakea ve özofagusu çepeçevre sararak bası semptomları oluşturan bir konjenital anomalidir. Hastalar genellikle bebekte bası semptomları ile tanınırlar. Ancak her hasta semptom vermez.

Cevap E (*JW Kiklin, Barrat-Boyes BG: Cardiac Surgery, 2nd ed, New York, Churchill-Livingstone, vol II, p. 1366*)

26. Aşağıdakilerden hangisi "atralize olmuş sağ ventrikül" ile karakterize konjenital kalp hastalığıdır?

- a) Triküspit atrezisi
- b) Fallot tetralojisi
- c) Ebstein anomalisi
- d) Trunkus arteriozusun
- e) Cor triatriatum

AÇIKLAMA: Ebstein anomalisi triküspit kapağın posterior ve septal leafletlerinin atrio ventriküler bileşmeden aşağı seviyede sağ ventrikül duvarına tutunması ile karakterizedir. Sağ ventrikül anormal triküspit kapak ile ikiye ayrılmış olur. Proksimal odacık atrialize ventrikül olarak adlandırılır.

Cevap C (*Pediatric Cardiac Surgery, Constantine Mavroudis. 1994. s. 414*)

27. Kalbin en sık görülen primer malign tümörü

hangisidir?

- a) Anjiyosarkom
- b) Rabdomiyosarkom
- c) Mezoteliyoma
- d) Leiomyosarkom
- e) Liposarkom

AÇIKLAMA: Kalbin en sık primer malign tümörü anjiyosarkom olup diğer şıklar daha az sıklıkta görülen primer malign tümörlerdir. **En sık sekonder malign tümör ise melanomadır.**

Cevap A (*Cardiac surgery in the adult. Editörler L. Henry Edmund. 1997. s. 1353*)

28. Aşağıdaki konjenital kalp hastalıklarının hangisi diğerlerine göre daha nadir görülür?

- a) Ventriküler septal defekt
- b) Patent duktus arteriozusun
- c) Atrial septal defekt
- d) Büyük arterlerin transpozisyonu
- e) Trunkus arteriozusun

AÇIKLAMA: Konjenital kalp hastalıklarının dağılımında sırası ile en sık VSD, PDA, ASD daha sonra pulmoner stenoz, Fallot tetralojisi, aort koarktasyonu görülürken, truncus arteriozusun tüm konjenital kalp hastalıkları içerisinde %1 oranında en nadir görülenlerdendir.

Cevap E (*Pediatric Prof. Dr. Olcay Neyzi. 1990 s. 966*)

29. Aşağıdakilerden hangisi A-V fistülde lokal klinik bulgu değildir?

- a) Sistolik üfürüm
- b) Devamlı tril
- c) Venlerde dilatasyon ve hipertrofi
- d) Isı artışı
- e) Yalancı anevrizma olan vakalarda pulsatil kitle

AÇIKLAMA: A-V fistüllerde A seçeneği hariç diğer tüm seçenekler lokal klinik bulgu olup fistül üzerinde duyulan üfürüm sistolo-diastolik üfürümdür.

Cevap A (*Prof. Dr. A. Yüksel Bozer, Damar Hastalıkları ve Cerrahisi, s. 158*)

30. Aşağıdakilerden hangisi Dissekan aort anevrizması etiyolojisinde yer almaz?

- a) Hipertansiyon
- b) Ateroskleroz
- c) Travma
- d) Marfan sendromu
- e) Kistik medial nekroz

AÇIKLAMA: Hipertansiyon, travma, marfan sendromu,

kistik medial nekroz, aort koarktasyonu dissekan aort anevrizması etiolojisinde olup; ateroskleroz, aterosklerotik aort anevrizmasının etiolojisinde yer alır.

Cevap B (*Cecil Essentials of medicine. Second Edition. 1990. s. 159*)

31.Aşağıdakilerden hangisi derin ven trombozu komplikasyonu değildir?

- a) Post flebitik sendromu
- b) Pulmoner emboli
- c) Homan's sign
- d) Phligmasia alba dolens
- e) Gangren

AÇIKLAMA: C haricindeki diğer seçenekler derin ven trombozu komplikasyonu iken Homan's sign, ayağın dorsofleksiyonu ile baldırda şiddetli ağrı ile tanıda kullanılan klinik bir bulgudur.

Cevap C (*Bruce E. Jarrel. The National medical series for Independent Study. Second edition. s. 141*)

32.Miyokard enfaktüsünden sonra gelişen komplikasyonlardan hangisinde cerrahi endikasyon yoktur?

- a) Ventrikül anevrizması
- b) Aritmi
- c) Ventrikül rüptürü
- d) İnterventriküler septum rüptürü
- e) Papiller kas disfonksiyonu

AÇIKLAMA: Diğer tüm seçeneklerde cerrahi tedavi endikasyonu varken aritmi için medikal tedavi uygulanır.

Cevap B (*Surgery. Bruce E. Jarrell. The National Medical series For Independent Study Second Edition. s. 104*)

33.Aşağıdakilerden hangisi periferik arter hastalığı tanısında invaziv testlerden olan arteriyografi sonrası oluşan komplikasyonlardan değildir?

- a) Psödoanevrizma oluşumu
- b) Akut renal yetmezlik
- c) Akut dehidratasyon
- d) İntraserebral hemoraji
- e) Akut arteriyel oklüzyon

AÇIKLAMA: Arteriyografi sonrası renal yetmezlik, akut dehidratasyon, allerjik reaksiyon, akut arteriel oklüzyon, arteriyel vazospazm, psödoanevrizma oluşumu görülebilir. İntraserebral hemoraji bu komplikasyonlardan değildir.

Cevap D (*Surgery. Bruce E. Jarrell. The national Medical Series For Independent study Second Edition. s. 121*)

34.Aşağıdaki genetik sendromlardan hangisine kardiyak malformasyon eşlik etmez?

- a) Edward sendromu (Trizomi 18)
- b) Down sendromu
- c) Di George sendromu
- d) Goldenhar's sendromu
- e) Prader Willi sendromu

AÇIKLAMA: Prader Willi sendromu doğumdan sonra hipotoni, epilepsi sonrasında ise uyku hali, hiperfaji, obezite, hipogonadizm, kısaboy ve hiperglisemi ile seyreder, kardiyak malformasyon görülmez.

Cevap E (*Langman's Medical Embryology. Sixth Edition. 1990, s. 205*)

35.Aşağıdakilerden hangisi dejeneratif damar hastalıklarındandır?

- a) Raynaud fenomeni
- b) Fibromusküler displazi
- c) Akrosiyanoz
- d) Livedo retikularis
- e) Tromboanjitiis obliterans

AÇIKLAMA: Akrosiyanoz, Livedo reticularis, Raynaud fenomeni fonksiyonel damar hastalıklarındandır. Tromboanjitiis obliterans (Burger hastalığı) iltihabi damar hastalığıdır. Fibromusküler displazi, Kistik medial nekroz, Kistik adventisya dejenerasyonu, medial kalsinozis ve ateroskleroz dejeneratif damar hastalıklarıdır.

Cevap B (*Prof. Dr. Ünal Değerli "Cerrahi. s. 425-430*)

36.Koroner arter cerrahisinde en sık kullanılan greft hangisidir?

- a) Vena sefana magna
- b) Vena sefana parva
- c) İnternal torasik arter
- d) Radial arter
- e) İnterior epigastrik arter

AÇIKLAMA: Vena sefana magna halen koroner arter cerrahisinde en sık kullanılan grefttir. İnternal torasik arterin uzun dönemde açık kalma oranı vena sefana magnadan daha iyi olmasına karşın, uzunluğunun yetersizliği ve teknik olarak daha fazla beceri istemesi nedeniyle daha az kullanılmaktadır. İnterior epigastrik arter, radial arter ve vena sefana parva ise diğer ikisinin yokluğunda alternatif greftler olarak kullanılmaktadır.

Cevap A (*Glenns Thoracic and Cardiovascular Surgery, 6.baskı, s.2006*)

37.Mekanik kalp kapağı replasmanı yapılmış bir hastanın ömür boyu mutlak kullanması gereken ilaç hangisidir?

KALP VE DAMAR CERRAHİSİ

- a) Asetil salisilik asit
- b) Sodyum warfarin
- c) Dipridamol
- d) Digoksin
- e) Tiklopidin

AÇIKLAMA: Mekanik kapak replasmanı sonrasında yüksek oranda oluşan tromboembolizm olaylarını engellemek için bir antikoagülan olan sodyum warfarin kullanılmalıdır. A, C ve E seçeneklerindeki ilaçlar birer antitrombotiktir. Digoksin ise pozitif inotropik etkisinden yararlanmak için veya atriyal fibrilasyonda atım sayısını azaltmak için gerektiğinde kullanılabilir.

Cevap B (*Glenns Thoracic and Cardiovascular Surgery, 6.baskı, 1997, s.2046*)

38.Embolik kökenli akut arter tıkanıklıklarında en sık emboli kaynağı neresidir?

- a) Alt ekstremitte venleri
- b) Abdominal aorta
- c) Torasik aorta
- d) Kalp
- e) Pulmoner arter

AÇIKLAMA: Embolik kaynaklı akut arter tıkanıklıklarının %90-96'sının kaynağı kardiyak patolojilerdir. Romatik kalp hastalıkları, endokarditler ve miyokard enfarktüsü en sık kardiyak patolojilerdir.

Cevap D (*Haimovici's Vascular Surgery, 4.baskı, 1997, s.424*)

39.Alt ekstremitte derin venöz trombozun erken dönemde en önemli komplikasyonu hangisidir?

- a) Derin venöz yetmezlik
- b) Pulmoner emboli
- c) Primer varis
- d) Strok
- e) Venöz ülserasyon

AÇIKLAMA: Derin venöz trombozun erken dönemde en önemli ve fatal komplikasyonu pulmoner emboli, geç dönem komplikasyonu ise derin venöz yetmezliktir. Primer varis ve strok derin venöz trombozun komplikasyonları değildir. Venöz ülserasyonlar ise derin venöz yetmezliğe sekonder olarak gelişen geç dönem patolojilerdir.

Cevap B (*Rutherford, Vascular Surgery, 5.baskı, 2000, s.1937*)

40.Aşağıdakilerden hangisi fallot tetralojisinin bir komponenti değildir?

- a) Ventriküler septal defekt
- b) Sağ ventrikül çıkım yolu darlığı
- c) Sağ ventrikül hipertrofisi

- d) Overriding aorta
- e) Aort stenozu

AÇIKLAMA: İlk dört seçenek fallot tetralojisinin klasik komponentleridir. Aort stenozu fallot tetralojisinin bir komponenti değildir.

Cevap E (*Glenns Thoracic and Cardiovascular Surgery, 6.baskı, 1997, s.1346*)

41.Aşağıdakilerden hangisi periferik akut arter tıkanıklığının belirtilerinden değildir?

- a) His kaybı
- b) Soğukluk, solukluk
- c) Ağrı
- d) Nabızın palpe edilememesi
- e) Ekstremitte kızarıklık ve ödem gelişimi

AÇIKLAMA: Akut ekstremitte iskemisine eşlik eden belirtiler şunlardır: Ağrı, ekstremitte his ve motor kayıp gelişimi, ekstremitenin soğuk ve soluk renkte olması, daha önce palpe edilen nabızların palpe edilememesi. Ekstremitte ödem gelişimi genelde venöz hastalıklarda ortaya çıkar. Kızarıklık görülmesi infeksiyon lehinde bir bulgudur.

Cevap E (*Dean, Current Diagnosis and Treatment in Vascular Surgery, 1995, s.282-6*)

42.Aşağıdakilerden hangisi ekstraanatomik bypass değildir?

- a) Aksillobifemoral bypass
- b) Femoropopliteal bypass
- c) Karotikosubklavian bypass
- d) Femorofemoral bypass
- e) Aksilloaksiller bypass

AÇIKLAMA: Kanın normalde vücut içinde izlediği yola, damarların anatomik gidişine ve sırasına uygun olarak gerçekleştirilen bypass operasyonları "anatomik", bunun tersine yapılan bypass operasyonları "ekstraanatomik" olarak adlandırılır. Aksillofemoral bypass, femorofemoral bypass, aksilloaksiller bypass, karotikosubklavian ya da subklaviokarotid bypass, crossover femoropopliteal bypass, aksillopopliteal bypass ekstraanatomik bypasslardır.

Cevap B (*Ascer, Haimovici's Vascular Surgery, 4.baskı, 1996, s.688-700*)

43.Mekanik mitral kapak protezi takılmış bir hastanın trombüs gelişimini engellemek için kullanmak zorunda olduğu ilaç ve bu ilacın takibinde kullanılması gereken test hangisidir?

- a) Asetil salisilik asit, kanama zamanı
- b) Asetil salisilik asit, protrombin zamanı
- c) Dipridamol, pıhtılaşma zamanı

- d) Warfarin sodyum, protrombin zamanı
e) Tiklopidin, kanama zamanı

AÇIKLAMA: Mekanik kapak replasmanı sonrası kullanılması gereken oral antikoagülan olan warfarin sodyumdur. Oral antikoagülan etkinliği protrombin zamanı ile ölçülür.

Cevap D (*Glenns Thoracic and Cardiovascular Surgery, 6.baskı, 1996, s.1943-1959*)

44.Aşağıdakilerden hangisi konstriktif perikardit bulgusu olarak bilinen nabız şeklidir?

- a) Pulsus paradoksus
b) Pulsus alternans
c) Pulsus filiformis
d) Pulsus celer altus
e) Pulsus tardus et parvus

AÇIKLAMA: Pulsus paradoksus konstriktif perikardite özgü bir nabız çeşididir.

Cevap A (*Glenns Thoracic and Cardiovascular Surgery, 6.baskı, 1996, s.2399-2310*)

45.Kırk yaşında bayan hasta sol bacağına şişme ve ağrı şikayeti ile acil servise başvuruyor. Anamnezinde şikayetin 7 gün önce başladığı öğreniliyor. Yapılan muayenesinde kalp atımının aritmik olduğu (EKG'de atriyal fibrilasyon), sol alt ekstremitte nabızlarının popliteal arter seviyesinden itibaren alınmadığı, bacağın ödemli, soluk olduğu görülüyor. His ve motor kaybı olmayan hastanın ayak ısısının sağ tarafa göre arttığı dikkati çekiyor. Ayağın dorsofleksiyonu ile hasta baldırda ağrı ortaya çıktığını belirtiyor. Oral kontraseptif kullanımı haricinde ek ilaç kullanımı ve hastalığı olmayan olguda ayırıcı tanı açısından öncelikle yapılması gereken tetkik ne olmalıdır?

- a) Torakoabdominal dinamik kontrastlı tomografi
b) Direkt ekstremitte grafisi
c) Periferik arteriyel anjiyografi
d) Venografi
e) Alt ekstremitte Doppler USG

AÇIKLAMA: Olguda anlatılan tablo **derin venöz tromboz-tromboflebit** ile uyumludur (Ödem ve ısı artışı). Hastada distal nabızların alınamaması ve bacakta ağrı olması arteriyel tıkanıklığı akla getirmektedir. Ancak venöz trombozların ileri döneminde ödemin ve venöz stazın neden olduğu arteriyel perfüzyon bozulmasına bağlı olarak ekstremitte perfüzyonu bozulabilmektedir. Bu nedenle öncelikle noninvaziv bir tetkik olan Doppler ultrasonografi ile arteriyel ve venöz sistem değerlendirilmelidir.

Cevap E (*Haimovici's Vascular Surgery, 4.baskı, 1996, s.1267-1281*)

46.Pnömotoraksın en sık nedeni hangisidir?

- a) Akciğer tüberkülozu
b) Toraks travması
c) Pnömoni
d) Spontan
e) Bonşektazi

AÇIKLAMA: Pnömotoraksın en sık nedeni plevral bleblere bağlı gelişen spontan pnömotorakstır.

Cevap D (*Shields, General Thoracic Surgery, 5. baskı, 2000*)

47.Aşağıdakilerden hangisi tüberküloza bağlı cerrahi girişim endikasyonu değildir?

- a) Tüberküloz pnömotoraks
b) Çok ilaca dirençli tüberküloz
c) Tüberküloza bağlı bronşiyal striktür
d) Tüberküloz ampiyem
e) Kaviteli tüberküloz

AÇIKLAMA: Kaviteli tüberkülozda ana tedavi medikal tedavidir. Diğer seçeneklerde ise cerrahi endikasyon mevcuttur.

Cevap E (*Shields, General Thoracic, 5. baskı, 2000*)

48.Miksomalardan sonra kalpte en sık görülen tümöral yapı aşağıdakilerden hangisidir?

- a) lipom
b) Papiler fibroelasyon
c) Rabdomyoma
d) Sarkom
e) Adenom

AÇIKLAMA: Kalpte en sık görülen tümöral yapılar sırasıyla; miksoma (%24-31) Sarkom (%12-19), Lipom (%8-11), Papiller fibroelasyon (58-10), Rabdomyoma (%7-9)

Cevap D (*Paula, Cardiac Surgery Secrets, 2000, s.25-31*)

49.Gençlerde aort darlığının en sık görülme nedeni aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Kalsifik dejenerasyon
b) Konjenital biküspit aorta
c) Romatizmal kalp hastalıkları
d) İskemik kalp hastalıkları
e) Kardiyak tümörler

AÇIKLAMA: Genç hastalarda aort darlığının en sık görülen nedeni **konjenital biküspit aortadır**. Romatizmal aort hastalığı ise romatizmal tutulumlu kapak hastalıkları arasında ikinci sıklıkla ortaya çıkmaktadırlar, ancak nadir görülürler. **Kalsifik**

KALP VE DAMAR CERRAHİSİ

dejenerasyon ise 70 yaş üstü hastalarda en sık görülen nedendir.

Cevap B (*Zina, Cardiac Surgery Secrets, 2000, s.51-54*)

50. Perikardiyal sıvının hacmi normal kalpte ne kadardır?

- a) 60 cc
- b) 10 cc
- c) 30 cc
- d) 120 cc
- e) 150 cc

AÇIKLAMA: Perikardiyal kavite içerisinde yaklaşık olarak 30 cc transuda vafında mayi yer almaktadır.

Cevap C (*Raffy, Cardiac Surgery Secrets, 2000, s.1-16*)

51. Kalp normal dinlenme halinde koroner arter kan akımından hangi oranda oksijen alma (% ekstraksiyon oranı) kapasitesine sahiptir?

- a) %75
- b) %25
- c) %60
- d) %95
- e) %100

AÇIKLAMA: Kalp istirahat halindeki ekstraksiyon oranı %75 dir, ancak stres halinde bu artar ve %100'e kadar ulaşır. Diğer organlarda ise dinlenme halindeki oksijen ekstraksiyon oranı %25 dir.

Cevap A (*Mark, Cardiac Surgery Secrets, 2000, s.9-11*)

52. Kalbin esas ana veni hangisidir?

- a) Büyük kardinal ven
- b) Posterior ventriküler ven
- c) Küçük kardinal ven
- d) Sol marjinal ven
- e) Koroner sinüs

AÇIKLAMA: Koroner sinüs kalbin arka yerleşiminde yer alan en geniş yerleşimli vendir. Bu ven büyük kardiyak venden ve orta ve küçük kardiyak venden kan almaktadır. Ayrıca sol posterior ventriküler ven ve sol marjinal vende koroner sinüse açılırlar.

Cevap E (*Raffy, Cardiac Surgery Secrets, 2000, s.1-16*)

53. Akut arteriyel oklüzyonların metabolik komplikasyonlarında (Myonefropatik-metabolik sendrom) aşağıdakilerden hangisi tipik bulgulardan biri değildir?

- a) Hiponatremi
- b) Hiperpotasemi
- c) Metabolik asidoz

d) CPK, LDH, SGOT gibi enzimlerde yükselme
e) Myoglobulinüri

AÇIKLAMA: Bu sendromda reperfüzyon sonucu laktat artımı ve meydana gelen renal yetmezlik sonucu metabolik asidoz, oluşan metabolik asidoz ve hücre yıkımı sebebiyle hiperpotasemi, CPK, LDH ve SGOT yüksekiği meydana gelirken, kas lizisi sebebiyle de myoglobulinüri oluşur. Ancak hiponatremi semptomun bir parçası olarak meydana gelmez.

Cevap A (*Haimovici, Haimovici's Vascular Emergencies, s.267*)

54. Aşağıdakilerden hangisi Abdominal aort anevrizması tamiri endikasyonlarından biri değildir?

- a) Çapı 4.5 cm. ve asemptomatik anevrizma
- b) Ruptüre anevrizma
- c) Semptomatik veya yılda 0.5 cm den hızlı genişleyen anevrizma
- d) Komplike anevrizma (embolizm, trombozis, fistülizasyon)
- e) Atipik anevrizma (False, mikotik, sakküler, dis-ekan)

AÇIKLAMA: Çapı 5 cm.den az anevrizmaların rüptür olasılığı çok düşüktür, bunlar asemptomatik olurlarsa tıbbi olarak yıllık takiplere alınır. Ruptüre anevrizmalar acil ameliyat endikasyonudur. Komplike olmuş anevrizmalar komplikasyon doğurmaya başladığından ameliyat edilirler. Semptomatik olup yılda 0.5 cm den hızlı büyüyen anevrizmaların rüptür olasılığı yükseldiğinden ameliyat endikasyonu vardır. Atipik anevrizmalar büyüklüğünden bağımsız rüptür riski taşırlar.

Cevap A (*Carroccio, Haimovici's Vascular Surgery, 2004, s.711*)

55. Aşağıdakilerden hangisi sağ atriumda bulunmaz?

- a) Fossa ovalis
- b) Todaro tendonu
- c) Thebesian valve
- d) Trabeküler septomarginalis
- e) Eustachian valve

AÇIKLAMA: Fossa ovalis, Todaro tendou, Thebesian valve ve Eustachian valve sağ atriumda yer alırken, Trabeküler septomarginalis sağ ventrikülde bulunur. Thebesian valve koroner sinüsün, Eustachian valve inferior vena cavanın sağ atriuma açıldığı ağız kısımlarında yer alan kapaklardır. Todaro tendonu Thebesian valve uzantısı olarak meydana gelen anatomik yapıdır. Trabeküler septomarginalis sağ ventrikül içinde outflow yoldan apekse doğru uzanan

ve içinden purkinje liflerinin geçtiği anatomik yapıdır.

Cevap D (*Michael, Anderson Cardiac Surgery in the Adult Edmonds, 2003, s.38*)

56. Aşağıdakilerden hangisi sol ventrikül anevrizmasının ameliyat endikasyonlarından değildir?

- a) Angina
- b) Tıbbi tedaviye dirençli aritmi
- c) Tromboembolizasyon
- d) Kalb yetmezliği
- e) Anevrizma kesesinde kalsifikasyon

AÇIKLAMA: Angina olması duvar stresinin arttığını gösterir, anevrizma kesesinin etrafındaki dokudan kaynaklanan ve tıbbi tedaviye dirençli aritmi yaşamsal ritim bozukluklarına sebep olup bu doku rezeke edilmeden düzelmeye şansı yoktur. Anevrizma kesesindeki trombüsten kaynaklanan tromboembolizasyon ve keseye bağlı gelişmeye başlayan kalb yetmezliğide ameliyat endikasyonu iken, anevrizma kesesinin kalsifiye olması ameliyat gerektirmez.

Cevap E (*Donald, Lowe Cardiac Surgery in the Adult Edmonds, 2003, s.776*)

57. Unstable angina pektorisi olan 58 yaşındaki erkek hastada koroner anjiyografisinde sol ana koroner arterinde %50 kalsifik plak ve LAD proksimalinde %70 tip C koroner lezyonu mevcuttur. Aynı hastada asemptomatik bilateral karotis lezyonu olup sağ karotiste %47, sol karotiste %65 lümen daraltan fibrokalsifik tip A lezyonu mevcuttur. Bu hastaya yaklaşımınız nasıl olur?

- a) Aynı seansta hem karotis hem koroner ameliyatı planlanır
- b) Önce sol karotis endarterektomi 1 hafta sonra koroner bypass ameliyatı planlanır
- c) Aynı seansta bilateral karotis ameliyatı 1 hafta sonra koroner bypass ameliyatı planlanır
- d) Önce koroner bypass ameliyatı yapılır karotisleri yönünden takibe alınır
- e) Önce koroner bypass ameliyatı yapılır 1 hafta sonra sol karotis endarterektomi yapılır

AÇIKLAMA: Koroner arter ve karotis arter hastalığının beraber olduğu olgularda, aynı seansta veya hangi hastalık daha ciddi ise öncelikli olarak o ameliyat yapılır. Yukardaki olguda koroner arter hastalığı yönünden unstable anjina kliniği mevcuttur. Bu durum

acil ameliyat endikasyonudur. Karotis arter hastalığı asemptomatik, lezyon darlıkları ameliyat endikasyonu olan %70 darlığın altında ve darlık yüzdesine bakılmadan ameliyat endikasyonu teşkil eden ülserasyon karakteristiği yönündende tip A yani ülseriz sınırlı lezyon özelliği göstermektedir.

Cevap D (*Ellis, Hodakowski Glenn's thoracic and cardiovascular surgery, 2000, s.2098-2099*)

58. Patent duktus arteriyozusun bağlanması operasyonlarında aşağıdaki sinirlerden hangisi duktus dokusunun altından geçer?

- a) Sol n. rekürens laringealis
- b) Sağ n. rekürens laringealis
- c) Sol n. hipoglossus
- d) Sağ n. hipoglossus
- e) Sol n. facialis

Cevap A (*Kouchoukos, Cardiac Surgery, 3. Baskı, 2003, s.934*)

59. Aşağıdakilerden hangisi siyanotik konjenital kalp hastalığı değildir?

- a) Fallot tetralojisi
- b) Büyük arterlerin transpozisyonu
- c) Ventriküler septal defekt
- d) Pulmoner atrezi
- e) Truncus arteriozus

Cevap C (*Soltoski, Cardiac Surgery Secrets, 2000, s.58*)

60. Akut infektif endokarditin en sık sebebi hangisidir?

- a) Staphylococcus aureus
- b) Pseudomonas aeruginosa
- c) Streptococcus fecalis
- d) E. coli
- e) Candida albicans

Cevap A (*Soltoski, Cardiac Surgery Secrets, 2000, s.103*)

61. Trikuspit kapak endokarditine sebep olan en sık mikroorganizma hangisidir?

- a) Pseudomonas aeruginosa
- b) E. Coli
- c) Candida albicans
- d) Streptococcus viridans
- e) Streptococcus fecalis

Cevap A (*Soltoski, Cardiac Surgery Secrets, 2000, s.103*)

GÖĞÜS CERRAHİSİ

1. Otuz yaşında erkek hasta. İki yıl önce başlayan yutma güçlüğü şikayeti son aylarda artmış. Toraks Bilgisayarlı Tomografi'sinde posterior mediastende azygos ven altında kitle mevcut. Özofagoskopide lümeni daraltan, yüzeyi düzgün kitle tespit edilip biyopsiler alındı. Patoloji normal özofagus mukozası olarak geldi. Tanıya yönelik olarak öncelikle ne düşünürsünüz?

- Bronş kanserinin özofagusa dıştan bası yapması olarak değerlendiririm.
- Biyopsi yeterince ve uygun yerden alınmamış olabilir, tekrarını öneririm.
- Özofagusa bası yapan bir mediastinal kitle, örneğin bir nörojenik tümör ihtimalini düşünürüm.
- Özofagus kanseri ihtimalini ekarte etmem, eksploratris torakotomi öneririm.
- Intramural bir benign özofagus tümörü, örneğin bir leiomyoma düşünürüm.

AÇIKLAMA: Bu hastada yaştan küçüklüğü, yakınmalarının iki yıldır olması, endoskopik bulguları ve patoloji sonucu nedeniyle özofagus kanserinden uzaklaşılır. Tam tersi bu bulgular benign bir özofagus tümörünü destekler.

Cevap E (Ökten, Göğüs Cerrahisi, 1. baskı, Ankara, 2003)

2. Trakeobronşial yabancı cisimlerle ilgili bilgilerden hangisi doğrudur?

- Yabancı cisimler çocuklarda anatomik açı sebebiyle en çok sağ bronşiyal sistemde lokalize olurlar.
- Erişkinlerde özellikle inspirasyon ve ekspirasyon grafilerinin tanı koydurucu özellikte olabileceği unutulmamalıdır.
- Bebeklerde yabancı cisim için yapılan bronkoskopide yabancı cismin 15 veya maksimal 30 dakika içerisinde çıkarılması sağlanamazsa bronkoskopi işlemine larinks ödemi sebebiyle mutlaka birkaç gün ara verilir.
- Günümüzde yabancı cisim vakalarının tümünde yabancı cismin daha iyi görülüp aynı anda hızlı ve güvenli bir şekilde ekstraksiyonuna imkan veren optikal forsepsler kullanılır.

- Erişkin hastalarda fleksibl fiberoptik bronkoskop topikal, genel anestezi altında ya da rijit bronkoskopun içerisinde geçirilerek kullanılır.

AÇIKLAMA: Trakeobronşial yabancı cisimler çocuklarda anatomik açı hemen hemen eşit olduğundan her iki tarafa da lokalize olabilir. İspirasyon ve ekspirasyon grafileri daha çok çocuklarda tanıda yardımcıdır. Bebeklerde asfiksi varsa bronkoskopi uzun süre bile işleme ara verilmez. Optikal forsepsler her ne kadar ekstraksiyon için uygun olsa da kullanımı trakea ve ana bronşlarla sınırlıdır.

Cevap E (Ökten, Göğüs Cerrahisi, 1. baskı, Ankara, 2003, s.689)

3. Elli yaşında erkek hasta. Genel durumu iyi değil, kaşektik. 1-2 yıldır öksürük ve bol pürülan balgam çıkarma öyküsü mevcut. 20 yıl önce akciğer tüberkülozu nedeniyle tedavi görmüş. Balgamda ARB'leri menfi. Radyografisinde sağda alt lob düzeyinde 10x10 cm boyutlarında, kalsifiye, hava-sıvı seviyesi gösteren kalın duvarlı plevral poşu mevcut. Tedavide en uygun yaklaşım hangisidir?

- Dekortikasyon
- Açık drenaj
- Torakoskopi
- Torakoplasti
- Ampiyemektomi

AÇIKLAMA: Enfekte plevral poş çok eski ve kalsifik olduğundan, ayrıca etiyojide tüberküloz olduğundan, dekortikasyon değil de torakoplasti seçeneğinin uygulanması gereklidir.

Cevap D (Ökten, Göğüs Cerrahisi, 1. baskı, Ankara, 2003)

4. Özofagus kanseri cerrahisinde aşağıdaki işlemlerden hangisi uygulanmasa da olur?

- Pyloroplasti
- Lenf nodu diseksiyonu
- Proksimal subtotal gastrektomi
- Özofagogastrotomi
- Subtotal veya total özofajektomi

AÇIKLAMA: b-e şıkları bir özofagus kanser ameliyatının aşamaları iken pyloroplasti ülser veya başka bir

GÖĞÜS CERRAHİSİ

sebeple pilor stenozu olmayan hastalarda uygulanmasında da olabilir.

Cevap A (Ökten, Göğüs Cerrahisi, 1. baskı, Ankara, 2003)

5. Malign mezotelyomada en sık Evre I de uygulanan radikal cerrahi rezeksiyonda hangi yapı rezekte edilmez?

- a) Diyafragma
- b) Perikard
- c) Göğüs duvarı
- d) Akciğer
- e) Plevra

AÇIKLAMA: Pariyetal plevranın rezeksiyonu yeterlidir, toraks duvarının rezekte edilmesine hiç gerek yoktur.

Cevap C (Ökten, Göğüs Cerrahisi, 1. baskı, Ankara, 2003)

6. Hangi durumda bronkoskopi zorunlu değildir?

- a) Yabancı cisim aspirasyonu şüphesi
- b) İzah edilemeyen hemoptizi
- c) Atektazi
- d) Pozitif balgam sitolojisi
- e) Lober pnömoni

AÇIKLAMA: Yabancı cisim aspirasyonu şüphesinde klinik ve radyolojik bulgu olmasa bile bronkoskopi gereklidir. **Hemoptizi tek başına mutlak bronkoskopi endikasyonudur.** Bunun tek istisnası başka bulgularla kesin tanı almış akciğer tüberkülozu olabilir. Atektazide bronkoskopi tanı ve tedavi amacıyla yapılmalıdır. Pnömonide; lobar veya daha küçük olması durumunda bronkoskopi ilk planda zorunlu değildir. Tedaviye cevap vermeyen pnömonilerde endobronşiyal ek patoloji varlığı şüphesi ile bronkoskopi gerekebilir.

Cevap E (Shields, Bronchoscopic Evaluation of the Lungs and Tracheobronchial Tree, 5.baskı, 2000, s.259-272)

7. Akciğer transplantasyonun en sık yapıldığı hastalık grubu hangisidir?

- a) Kistik fibrozis
- b) Fibrotik/restriktif akciğer hastalıkları
- c) Kronik obstrüktif akciğer hastalıkları
- d) Pulmoner vasküler hastalıklar
- e) Konjenital kalp ve akciğer hastalıkları

AÇIKLAMA: Akciğer transplantasyonu; obstrüktif, restriktif, septik ve ileri pulmoner hipertansiyona yol açan hastalıklarda son dönemde yapılmaktadır. Transplantasyon yapılan hastaların yaklaşık üçte ikisini kronik obstrüktif akciğer hastalıkları (KOA) oluşturmaktadır.

Cevap C (Shields, Lung Transplantation, 5.baskı, 2000, s.1181-1214)

8. Masif hemoptizinin en sık nedeni hangisidir?

- a) Tüberküloz
- b) Aspergilloma
- c) Akciğer kanseri
- d) Pulmoner arter anevrizması
- e) Travma

AÇIKLAMA: Masif hemoptizi göğüs cerrahisinin acillerindedir. En sık nedeni Tüberküloz ve sekelleridir.

Cevap A (Shields, 5.baskı, 2000, s.1071-1072.)

9. Hangisi postpnömonik plevral efüzyonda tüp torakostomi endikasyonu değildir?

- a) Plevral sıvı kültüründe mikroorganizmanın üretilmesi
- b) Plevral sıvı laktik asit dehidrogenazın 500 ü/L üzerinde olması
- c) Plevral sıvı glukozunun 30 mg/100 ml üzerinde olması
- d) Plevral sıvının gram boyama ile mikroorganizmanın tespit edilmesi
- e) Plevral sıvı pH'sının 7,0'in altında olması

AÇIKLAMA: Postpnömonik plevral efüzyon nadir değildir ve sıvı enfekte değilse yani ampiyem gelişmemiş ise tüp torakostomi yapılmamalıdır. Bu açıdan, parapnömonik (postpnömonik) efüzyonda tüp torakostomi endikasyonları aynı zamanda ampiyem tanı kriterleri demektir. Bu kriterler; gross püü görülmesi, kültürde üreme, gram boyama pozitifliği, plevral sıvı pH'sının 7,0'in altında olması, plevral sıvı glukozunun 30 mg/100 ml altında olmasıdır. LDH yüksekliği tek başına ampiyem tanı kriteri değildir. pH'nın 7,0-7,2 arasında olduğu sınırdaki olgularda 1000 ü üzerinde olması durumunda ampiyem tanı kriteri olarak kullanılabilir. Ayrıca malign hastalıklarda da yüksekselebilmektedir.

Cevap B (Ökten, Göğüs Cerrahisi. 1. baskı, 2003, s.807)

10. Akciğer kanseri evrelemede T4 ve/veya N3 tümörler hangi evrede yer alırlar?

- a) Evre I
- b) Evre II
- c) Evre IIIA
- d) Evre IIIB
- e) Evre IV

AÇIKLAMA: Akciğer kanserinde TNM evreleme sistemine göre Evre IIIA ve Evre IIIB arasındaki önemli fark rezektabilitedir. İnzektabl çevresel invazyonlar T4 tümörü yani Evre IIIB'yi ifade eder.

Bunlar; vertebra invazyonu, kalp invazyonu, özofagus invazyonu, vs. inrezeke tabl tutulumları ifade eder. Karşı mediastinal lenf nodu (N3) tutulumu da Evre IIIB tümörü ifade etmektedir.

Cevap D (*Shields, Diagnosis and Staging of Lung Cancer, 5.baskı, 2000, s.1297-1310*)

11.Poland sendromunda aşağıdakilerden hangisi minör komponent olarak kabul edilmektedir?

- a) Pektoral major adale agenezisi
- b) Deri altı doku hipoplazisi
- c) El anomalisi
- d) Meme agenezisi
- e) Pektoral minör agenezisi

Cevap B (*Yüksel, Pediatrik Göğüs Cerrahisi, 2004, s.224*)

12.Masaoka evreleme sistemine göre Evre III timomada hangisi doğrudur?

- a) Gros olarak tümör kapsüllüdür, mikroskopik olarak kapsül invazyonu yoktur.
- b) Lenfatik ve hematojen yolla oluşmuş uzak organ yayılımı vardır.
- c) Gros olarak çevre dokulara veya mediastinal plevraya invazyon vardır.
- d) Gros olarak çevre organ ve yapılara perikard, akciğer ve büyük damarlara invazyon vardır.
- e) Tümör kapsüle invazidir. Ayrıca supraklaviküler lenf nodlarına yayılmıştır.

Cevap D (*Yüksel, Pediatrik Göğüs Cerrahisi, 2004*)

13.Aşağıdaki ifadelerden yanlış olanı hangisidir?

- a) Pektus ekskavatumda çöküntü çoğunlukla manibrio-gladioler kavşaktan başlar.
- b) Pektus ekskavatumda ideal cerrahi düzeltme 5-12 yaşında yapılmaktadır.
- c) Cantrell pentalojisinde sternal defekt sıklıkla superior tiptedir.
- d) Poland sendromunda skapula deformiteleri minör bulgu kabul edilir.
- e) Wada tekniğinin esası, sternal turnover'dır.

Cevap C (*Yüksel, Pediatrik Göğüs Cerrahisi, 2004, s.207-30*)

14.Paget-Schroetter sendromu nedir?

- a) Aksiller – subklavian venin efor trombozudur.
- b) Torasik outlet sendromuna yol açan rotator kaf tendinitidir.
- c) Brakial arterin arteriosklerozudur.
- d) Unilateral pektoral adale yokluğudur.
- e) Bifid klavikula anomalisidir.

Cevap A (*Shields, General Thoracic Surgery, 2000, s.571-578*)

15.Aşağıdakilerden hangisi hacim azaltıcı operasyonunun kontrendikasyonlarından biri değildir?

- a) Ortalama pulmoner arter basıncının 35 mmHg'dan yüksek olması
- b) Yüksek doz steroid kullanıyor olması
- c) Daha önce torakotomi geçirmiş olması
- d) Aşırı şişman olması
- e) Kangazında parsiyel oksijen basıncının 50 mmHg olması

Cevap E (*Shields, General Thoracic Surgery, 2000, s.1001*)

16.Aşağıdakilerden hangisi akciğer kanseri için inoperabilite kriterlerinden değildir?

- a) Ses kısıklığı
- b) Visseral plevra invazyonu
- c) Diyafragma paralizisi
- d) Uzak organ metastazi
- e) Evre III B

AÇIKLAMA: Diyafragma paralizisi uzak organ metastazi, Evre III B inoperabilite kriterlerindedir. Fakat visseral plevra invazyonu T2 olup operabl sınırdadır.

Cevap B (*Ökten, Göğüs Cerrahisi kitabı, 1.baskı, 2003, s.1077-1110*)

17.Aşağıdakilerden hangisi pnömotoraksın cerrahi endikasyonlarından biri değildir?

- a) Yedi günden fazla süren hava kaçağı
- b) Nüks pnömotoraks
- c) Simultane bilateral pnömotoraks
- d) Hafif (%20) pnömotoraks
- e) Ekspanse olmayan akciğer

AÇIKLAMA: Pnömotorakslarda cerrahi müdahale (torakotomi/VATS endikasyonları; torakotomi/VATS endikasyonları, dirençli (persistan) hava kaçağı (>7 gün) nüks pnömotoraks, bilateral pnömotoraks, diğer akciğerlerde pnömotoraks hikayesi olan ilk epizod mesleki tehlikeye maruz kalanlarda ilk epizod -Uçak pilotları- Dalgiçlar sağlık merkezine uzak kırsal alanda yaşaşanlarda ilk epizod.

Cevap D (*Yüksel, Göğüs Cerrahisi kitabı, 1.baskı, 2001, s.423*)

18.Nörojenik tümörler toraksta en sık hangi lokalizasyonlarda yerleşir?

- a) Ön mediasten
- b) Arka mediasten
- c) Orta mediasten
- d) Akciğer parankimi
- e) Toraks duvarı

AÇIKLAMA: Nörojenik tümörler primer mediastinal tümörler içinde %21 oranında en sık görülen neo-

GÖĞÜS CERRAHİSİ

plazmlardır. Genellikle **arka mediasten** lokalizasyonunda bulunurlar ve orijinleri sempatik ganglionlardan ganglioma, ganglionöroblastoma, nöroblastoma, nörosarkoma) paraganglial hücrelerden (Paraganglioma) alır.

Cevap B (*Yüksel, Göğüs Cerrahisi kitabı, 1.baskı, 2001, s.620*)

19.Timomalar toraksta en sık hangi lokalizasyonda yerleşir?

- a) Arka mediasten
- b) Orta mediasten
- c) Ön mediasten
- d) Akciğer
- e) Toraks duvarı

AÇIKLAMA: Timomaların yaklaşık %95 anterior mediastende yerleşir. Nadiren boyunda hiler bölgede akciğer parankiminin içinde ve diğer intratrosik alanlarda yerleşebilir.

Cevap C (*Ökten, Göğüs Cerrahisi Kitabı, 1. baskı, 2003, s.1183*)

20.Aşağıdakilerden hangisi özofagusta motilite bozukluğu oluşturmaz?

- a) Skleroderma
- b) Sjögren sendromu
- c) Traksiyon divertikülü
- d) Akalazya
- e) Amiloidoz

AÇIKLAMA: Özofagusun motilite bozuklukları primer, sekonder ve konjenital motilite bozuklukları olarak üçe ayrılır. Skleroderma multipl skleroz Sjörgen sendromu reflü özofajit Amiloidoz, chagas hastalığı, Parkinson ve diyabetik nöropati sekonder, akalazya ise primer motilite bozukluklarıdır.

Cevap C (*Ökten, Göğüs Cerrahisi Kitabı, 1. baskı, 2003, s.1220*)

21.Penetran kalp yaralanmaları en çok hangi bölgelerde görülür?

- a) Sağ ventrikül
- b) Sol ventrikül
- c) Sağ atrium
- d) Sol atrium
- e) Apeks kordis

AÇIKLAMA: Penetran kalp yaralanmalarında, son yaralanmaların en çok olduğu bölgeler aşağıdaki gibidir; Sağ ventrikül (%40-45), Sol ventrikül (%30-35), Sağ atrium (%15), Sol atrium (%5).

Cevap A (*Paula Michele Flummerfelt. Penetrating Cardiac Trauma. Cardiac Surgery Secrets. 2000: 165-167*)

22.Aorta Koroner Bypass cerrahisinde mortaliteyi artıran risk faktörleri içerisinde hangisi yoktur?

- a) İleri yaş
- b) Diabetes mellitus
- c) Sol ventrikül disfonksiyonu
- d) Kronik renal yetmezlik
- e) Erkek cinsiyetin olması

AÇIKLAMA: Aorta Koroner Bypass cerrahisinde hastanın kadın olması mortaliteyi artıran risk faktörleri içerisinde yer alır, erkek cinsiyet cevabı yanlıştır.

Cevap E (*Dan Abrahamov, Gopal Bhatnagar Goldman. When is surgery indicated? Cardiac Surgery Secrets. 2000: 75-79*)

23.Aşağıdaki hastalıklardan hangisinde atrial fibrilasyon olması halinde bile antikoagülasyon tedavisi uygulamak öncelikli olarak düşünülmez?

- a) Kapak hastalığı olanlar
- b) Küçük sol atriumu olanlar
- c) Konjestif kalp yetmezliği olanlar
- d) Koroner kalp hastalığı olanlar
- e) Geçici iskemik atağı olanlar

AÇIKLAMA: Sol atriumu büyük ve atrial fibrilasyonu olan hastalarda antikoagülasyon tedavisinin öncelikli uygulamak gerekir.

Cevap B (*Paula R Soltoski, Anderso WS Atrial Fibrillation. Cardiac Surgery Secrets. 2000: 230-231*)

24.Düşük kalp debisi sendromunun semptom ve bulguları arasında aşağıdakilerden hangisi yoktur?

- a) Oligüri
- b) Ajitasyon
- c) Takipne
- d) Metabolik alkaloz
- e) Kapiller doluşu yavaşlaması

AÇIKLAMA: Düşük kalp debisi sendromunun semptom ve bulguları arasında metabolik alkaloz değil, metabolik asidoz vardır.

Cevap D (*Steven W Etoch. Congestive Heart Failure After Open Heart Surgery. Cardiac Surgery Secrets. 2000: 233-235*)

25.Penetran kalp yaralanmalarında oluşan sekonder komplikasyonlar arasında aşağıdakilerden hangisi yoktur?

- a) Koroner hasar
- b) VSD
- c) Gerçek anevrizma
- d) Aorta-pulmoner fistül
- e) Mitral valve yaralanması

AÇIKLAMA: Penetran kalp yaralanmalarında oluşan sekonder komplikasyonlar arasında gerçek anevrizma yoktur. Ancak Psödoanevrizma görülebilir.

Cevap C (*Paula Michele Flummerfelt. Penetrating Cardiac Trauma. Cardiac Surgery Secrets. 2000: 165-167*)

26.Akciğer kanserlerinde lokal nüks oranı en fazla olan rezeksiyon şekli hangisidir?

- a) Pnömonektomi
- b) Lobektomi
- c) Bilobektomi
- d) Segmentektomi
- e) İntraperikardiyal pnömonektomi

Cevap D (*Shields, General Thoracic Surgery, 5.baskı, 2000, s.1316*)

Yukarıdaki rezeksiyonların hepsi anatomik rezeksiyonlar olup, bunların içinde **en az tercih edileni segmentektomidir**. Lokal nüks oranı %23'dür (Lobektomi; %5).

Bu sorudaki ana çeldirici "E" şıkkıdır. Ancak bu rezeksiyon pulmoner arter tutulumuna bağlı olarak bir zorunluluk sonucu yapılır. Damarların perikardın içinden bağlanması güvenli bir mesafe sağlar, lokal nükse etkisi yoktur.

27.Akciğer kanserlerinde hangi organın metastazında hastanın ameliyat şansı olabilir?

- a) Beyin
- b) Böbrek
- c) Kemik
- d) Karaciğer
- e) Testis

Cevap A (*Shields, General Thoracic Surgery, 5.baskı, 2000, s.1334*)

Akciğer kanserlerinde beyin metastazlarına %10-15 oranında rastlanır. Bu hastaların operasyon şanslarının iyi değerlendirilmesi gerekir. İzole tek soliter beyin metastazları eğer primer akciğer kanseri rezektabl ise çıkarılmalıdır. Metastazektomi ve pulmoner rezeksiyon kombinasyonu ile 5 yıllık yaşam %20'ye kadar çıkabilmektedir.

Bu sorudaki ana çeldirici "B" seçeneğidir. Akciğer kanserleri genellikle böbrek üstü bezine metastaz yapar ve bu bezlerin kombine çıkarımlarının faydası ispatlanmış değildir.

28.Aşağıdakilerden hangisi akciğer kanseri hücre tipi değildir?

- a) Küçük hücreli karsinom
- b) Büyük hücreli karsinom
- c) Adeno karsinom
- d) Epidermoid karsinom
- e) Bronşiyal mukus bezi adenomu

AÇIKLAMA: Bronşiyal mukus bezi adenomu, akciğerin selim bir tümürüdür. Diğer seçenekler akciğer kanserinin hücre tipleridir.

Cevap E (*Shields, General Thoracic, 5. baskı, 2000*)

29.Aşağıdakilerden hangisi toraks travmalarında mutlak torakotomi endikasyonudur?

- a) Göğüs ağrısı
- b) Pnömotoraks
- c) Hemotoraks
- d) Multipl kot kırığı
- e) Büyük damar yaralanması

AÇIKLAMA: Toraks travmasında göğüs ağrısı siktir ve tek başına ise takip edilir. Pnömotoraks, hemotoraks ve kot kırıkları genelde toraks tüpü uygulanarak takip edilir nadiren torakotomi gerektirir. Büyük damar yaralanması mutlak torakotomi endikasyonudur.

Cevap E (*Shields, General Thoracic, 5. baskı, 2000*)

30.Hangisi çocukluk çağında mediastende görülen en sık lezyondur?

- a) Timoma
- b) Aberran tiroid
- c) Kist hidatik
- d) Kistik higroma
- e) Nörojenik tümörler

AÇIKLAMA: Çocukluk çağında en sık görülen mediasten kitlesi nörojenik tümörlerdir. Erişkinlerde ise timomalar en sık görülür.

Cevap E (*Shields, General Thoracic, 5. baskı, 2000*)

GÖZ HASTALIKLARI

1. Aşağıdaki sinirlerin hangisinin hasar görmesi pupiller ışık reaksiyonunun bozulmasına sebep olur?

- Nazosiliyer sinir
- Trigeminal sinirin frontal dalı
- Kısa siliyer sinir
- Uzun siliyer sinir
- Trigeminal sinirin oftalmik dalı

AÇIKLAMA: Pupiller ışık reaksiyonunun dört nöronu vardır. Birinci nöron retina ile orta beyinde superior kollikulusta yer alan pretektal nükleusu bağlar. İkinci nöron pretektal nükleusu her iki Edinger-Westphal nükleusuna bağlar. Üçüncü nöron Edinger-Westphal nükleusunu siliyer gangliyonu bağlar. Dördüncü nöron ise siliyer gangliyonu terk ederek kısa siliyer sinirler yolu ile sfinkter pupilla kasını innerve eder.

Cevap C (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 3.baskı, s.465)

2. Bazal hücreli karsinomun kapaklarda en sık görüldüğü bölge hangisidir?

- Dış kantus
- Üst kapak iç kenarı
- İç kantus
- Üst kapak dış kenarı
- Alt kapak

AÇIKLAMA: Bazal hücreli karsinom en sık görülen malign kapak tümürüdür. Yerleşim yeri olarak en sık alt kapakta izlenirken, bunu iç kantus, dış kapak ve dış kantustaki lezyonlar izler. Yavaş büyüyen, lokal invaziv bir lezyon olmasına rağmen, iç kantusta yerleşimli olanlar orbita ve sinüsleri invaze etmeye yatkınlık gösterir.

Üç klinik tipi vardır: Nodüler, ülseratif ve sklerozan. Yetersiz tedavi edilen tümörlerde rekürrens izlenir ve tedavisi daha agresif ve zordur.

Cevap E (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 3.baskı, s.7-8)

3. Aşağıdakilerden hangisi optik sinir lezyonunu işaret eden fonksiyon bozukluklarından birisi değildir?

- Görme alanı defekti
- Pupiller ışık reaksiyonunda kayıp
- Ataksik nistagmus
- Renkli görmede kayıp
- Işık parlaklık hassasiyetinde kayıp

AÇIKLAMA: Optik sinir lezyonları, optik sinir fonksiyonlarını etkileyerek kendilerini başlıca beş klinik bulgu ile gösterirler:

- Görme keskinliğinde azalma
- Görme alanı defektleri
- Pupiller ışık reaksiyonunda bozulma
- Renkli görme fonksiyonunda bozulma
- Işık parlaklık hassasiyetinde azalma

Ataksik nistagmus ise internükleer oftalmopleji hastalarda görülen horizontal sıçrayıcı tarzda nistagmüstür.

Cevap C (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 3.baskı, 1994, s.457,468)

4. Aşağıdakilerden hangisi konjenital glokomun klinik bulgularından biri değildir?

- Korneal bulanıklık
- Göz küresi büyüklüğünde artma (Buftalmus)
- Kornea descemet membranında çatlaklar
- Kornea endotelinde krukenberg pigment iği
- Optik sinir başında glokomatöz çukurlaşma

AÇIKLAMA: Epitel ödemine bağlı korneal bulanıklık, göz içi basıncı artışına bağlı sklerada incelme, kornea çapında ve glob büyüklüğünde artış, endotel dekompanzasyonuna bağlı descemet membranı çatlakları ve bunun iyileşmiş hali olan **Haab striaları** ve göz içi basıncının normale dönmesi ile gerileyebilen glokomatöz çukurlaşma konjenital glokomun başlıca klinik bulgularıdır. Kornea endotelinde izlenen krukenberg pigment iği pigmenter glokomun aşikar bulgusudur.

Cevap D (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 3.baskı, 1994, s.268)

5. Retinal arter tıkanıklığına sebep olabilecek embolinin kaynağı ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Derin bacak venleri kaynaklı staza bağlı gelişen trombüs
- Aortik veya mitral kapak kaynaklı kalsifik emboli
- Subakut bakteriyel endokardite sekonder oluşmuş vegetatif emboli
- Miyokard infarktüsü veya mitral darlık sonucu gelişen sol kalp kaynaklı trombüs
- Karotis arter kaynaklı kolesterol embolisi

GÖZ HASTALIKLARI

AÇIKLAMA: Retinal arter tıkanıklığına sebep olan emboliler kalp veya karotis arter kaynaklıdır.

Kalp kaynaklı emboliler;

Kalsifik emboli-Aortik veya mitral valf kaynaklı

Vejetatif emboli-Subakut bakteriyel endokardite sekonder

Sol kalp kaynaklı trombus-Miyokard infarktüsü veya mitral stenoza sekonder

Miksomatöz emboli-Atriyal miksoma kaynaklı

Karotis arter kaynaklı emboliler;

Kolesterol embolisi-(Hollenhorst's plağı)

Fibrinöz emboli

Kalsifik emboli

Cevap A (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 3.baskı, s.362-363)

6. Aşağıdakilerden hangisi retinoblastom için kötü prognostik faktörlerden değildir?

a) Cerrahi sınırın ötesinde optik sinir tutulumu

b) Ekzofitik tarzda gelişim göstermesi

c) Flexner-Wintersteiner rozetlerinin gözlenmemesi

d) Geç tanı yaşı

e) Büyük tümör çapı

AÇIKLAMA: Retinoblastom için genel ölüm oranı %15 kadardır. **En önemli prognostik faktörler şunlardır:** Optik sinir tutulumu olan olgularda cerrahi sınır ötesinde rezidüel tümör hücreleri kaldı ise mortalite oranı %65'e yükselir. **Flexner-Wintersteiner rozetleri** ile karakterize iyi differansiye tümörler daha iyi prognoza sahiptirler. Geç tanı yaşı gecikmiş tedavi anlamına geldiği için daha kötü prognozu işaret eder. Küçük tümörler tedaviye daha iyi yanıt verir ancak tümörün endofitik veya ekzofitik oluşu ile prognoz arasında bir ilişki gözlenmemiştir.

Cevap B (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 3.baskı, s.224-225)

7. Aşağıdakilerden hangisi lökokori (beyaz pupilla refleksi) nedeni değildir?

a) Coats hastalığı

b) Retinal astrositom

c) Incontinentia pigmenti

d) Vogt-Koyanagi-Harada hastalığı

e) Katarakt

AÇIKLAMA: Lökokori nedenleri: Persistan hiperplastik primer vitreus, inflamatuvar siklitik membran formasyonu, Coats hastalığı, prematüre retinopatisi, arka kutupta toxocara granülomu, retinal displazi, Incontinentia pigmenti, retinal astrositom, katarakt.

Vogt-Koyanagi-Harada sendromunda alopesi, vitiligo, poliosis, nörolojik bulgular, üveit, eksudatif retina dekolmanı görülür.

Cevap D (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 3.baskı, s.341)

8. Aşağıdaki mikroorganizmalardan hangisi kontakt lense bağlı keratitlerin en sık nedenidir?

a) *Corynebacterium diphtheriae*

b) *Pseudomonas aeruginosa*

c) *Strep. pneumoniae*

d) *N. gonorrhoeae*

e) *Enterobacter*

AÇIKLAMA: Uzun süreli kontakt lens kullanımı normal gözlü bireylerde keratit için en önemli predispozan faktördür. Kontakt lense bağlı olarak ortaya çıkan epitel defektlerinde enfeksiyon sıklıkla *Pseudomonas aeruginosa* tarafından meydana getirilir.

Cevap B (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 3.baskı, 1994, s.103)

9. Çocukluk çağında orbitanın en sık benign tümörü aşağıdakilerden hangisidir?

a) Kapiller hemanjiom

b) Kavernöz hemanjiom

c) Lenfanjiom

d) Optik sinir menenjiyomu

e) Nörofibrom

AÇIKLAMA: Kapiller hemanjiom çocukluk çağında kavernöz hemanjiom ise erişkinde en sık rastlanan benign tümördür.

Cevap A (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 3.baskı, s.574)

10. Aşağıdakilerden hangisi konjonktivite psödomembran oluşumuna yol açmaz?

a) Gonokoksal konjonktivit

b) Stevens Johnson sendromu

c) *Corynebacterium diphtheriae*

d) Adenoviral konjonktivit

e) Odunsu konjonktivit

AÇIKLAMA: Beta hemolitik streptokoklar ve *Corynebacterium diphtheriae* gerçek membran oluşumuna yol açar. Gerçek membranlar inflamatuvar eksudaların konjonktiva epitelini üst tabakalarına sızması ile meydana gelir ve kaldırılmaya çalışıldığında yırtılır ve kanarlar. Psödomembranlar ise konjonktiva epiteline yapışmış koagüle eksudalardan oluşur ve altındaki epitelini sağlam bırakarak kolaylıkla soyulur. Ağır adenoviral

enfeksiyon, gonokoksal konjonktivit, odunsu konjonktivit ve Stevens-Johnson sendromu psödomembran oluşumuna yol açan dört ana nedendir.

Cevap C (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 3.baskı, s.58*)

11.Aşağıdakilerden hangisi orbitanın medial duvarını oluşturan kemiklerden değildir?

- a) Maksiller
- b) Lakrimal
- c) Sfenoid
- d) Frontal
- e) Etmoid

AÇIKLAMA: Orbitanın medial duvarını oluşturan 4 kemik vardır. Bunlar: Maksiller, Lakrimal, Sfenoid ve Etmoid kemiktir.

Cevap D (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 3.baskı, s.22*)

12.Aşağıdakilerden hangisi kornea hastalıklarının semptomlarından değildir?

- a) Ağrı
- b) Görme azlığı
- c) Pürülan akıntı
- d) Fotofobi
- e) Lakrimasyon

AÇIKLAMA: Kornea hastalıkları semptomları, ağrı, görme azalması halo ve lakrimasyondur. Pürülan akıntı ise konjonktiva hastalıklarının semptomudur.

Cevap C (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 3.baskı, s.88-89*)

13.Aşağıdakilerden hangisi primer açık açılı glokom özelliklerinden değildir?

- a) Göz içi basıncı 21 mmHg üzerindedir.
- b) Gonyoskopide iridokorneal açığı açıktır.
- c) Görme alanı kaybı
- d) Optik sinir başında glokomatöz hasar
- e) Ön kamara derindir

Cevap E (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 3.baskı, s.206*)

14.Aşağıdakilerden hangisi Horner sendromunun klinik özelliklerinden değildir?

- a) Midriyazis
- b) Endoftalmus
- c) Pitozis
- d) Akomodasyon amplitüdünde artış
- e) Alt kapakta yükselme

AÇIKLAMA: Horner sendromunda pupilde midriyazis değil miyozis görülür.

Cevap A (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 3.baskı,*

s.474,475)

15.Aşağıdakilerden hangisi anterior üveit bulgusu değildir?

- a) Keratit presipitat
- b) Konjonktivada yüzeysel hiporemi
- c) Aköz hümörde bulanıklık (flore)
- d) Ön kamarada hücre
- e) Posterior sineşi

AÇIKLAMA: Anterior üveitlerde konjonktivada siliyer injeksiyon görülür.

Cevap B (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 3.baskı, s.137-139*)

16.Aşağıdakilerden hangisi korneanın katlarından değildir?

- a) Epitel
- b) Bowman tabakası
- c) Stroma
- d) Descement membranı
- e) Vasküler tabaka

AÇIKLAMA: Kornea dıştan içe epitel, bowman, stroma, descement membranı ve endotelden oluşur.

Cevap E (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 2.baskı, 1989, s.26*)

17.Aşağıdakilerden hangisi konjenital glokomun muayene bulgularından değildir?

- a) Mikroftalmi
- b) Descement membranda yırtık
- c) Göziçi basıncı yüksektir
- d) Glokomatöz cupping
- e) Ön kamara derindir

AÇIKLAMA: Konjenital glokomun bulgusu buftalmustur.

Cevap A (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 3.baskı, s.26*)

18.Fuchs üveit sendromu bulgularından olmayan hangisidir?

- a) Keratik presipital
- b) Pupil myotik
- c) Hiteroktomi
- d) İriste stromal atrofi
- e) Posterior sineşi yoktur

AÇIKLAMA: Bu hastalarda pupil, diğer pupile göre daha geniştir.

Cevap B (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 3.baskı, s.188-189*)

19.Dalen-Fuchs nodülü hangi hastalıkta görülür?

- a) Primer açık açılı glokom
- b) Katarakt

GÖZ HASTALIKLARI

- c) Sempatik üveit
- d) Dakriyosistit
- e) Konjonktivit

AÇIKLAMA: Dalen-Fuchs nodülü nadir görülen hepatik spesifik üveit sendromlarından olan **sempatik üveitin bir bulgusudur.**

Cevap C (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 3.baskı, s.19*)

20.Konjonktiva hastalıklarında görülen folliküler reaksiyon yapan nedenlerden olmayan hangisidir?

- a) Viral enfeksiyonlar
- b) Klamidyal enfeksiyonlar
- c) Parineudun oküloglandüler sendromu
- d) Vernal hastalık
- e) Topikal ilaçlara karşı sentitinte reaksiyonu

AÇIKLAMA: Vernal hastalıkta papiller reaksiyon görülür.

Cevap D (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 3.baskı, s.43,72*)

21.Mooren ülserinin etiolojisi aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Bakteriyel
- b) Viral
- c) Fungal
- d) Allerjik
- e) Otoimmün

AÇIKLAMA: Mooren ülseri otoimmün kökenli periferik bir ülserdir. Olguların %60-80'i tek taraflı, ağrılı, limbusa yakın, korneada ilerleyici erimeyle karakterizedir. Genellikle yaşlı insanlarda görülür. Tedavilere dirençlidir, genel ve yerel steroidler, siklosporin A gibi immünosupresif ilaçlarla iyi sonuçlar alınmıştır. Delinme ve kornea ektazisi ile sonuçlanabilir. Son zamanlarda hastaların çoğunda hepatit C virüsü enfeksiyonu saptanmıştır.

Cevap E (*Özçetin, Klinik Göz Hastalıkları, 2003, s.92; Bengisu, Göz Hastalıkları, 4.baskı, 1998, s.82*)

22.Erişkinlerin korneasında normal endotel sayısı olarak aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) 1000-1500 hücre/mm²
- b) 2000-3000 hücre/mm²
- c) 4000-4500 hücre/mm²
- d) 4500-5000 hücre/mm²
- e) 5000-5500 hücre/mm²

AÇIKLAMA: Ödemsiz ve saydam korneada endotel hücrelerinin incelenmesi speküler mikroskop ile yapılır. 600 hücre/mm² altına inerse kornea fizyolojisi

bozulur. Aşırı sıvı ile yüklenen kornea bulanıklaşır. Ağrılı büllöz keratopati meydana gelir.

Cevap B (*Özçetin, Klinik Göz Hastalıkları, 2003, s.66; Bengisu, Göz Hastalıkları, 4.baskı, 1998, s.73*)

23.Basit episkleritte aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Fenilefrin damlası ile damarlar kaybolmaz
- b) Nüks eder
- c) 20-50 yaş arasında görülür
- d) Az ağrı ve fotofobi vardır
- e) Ayırıcı tanısı sklerit, iritis ve konjonktivit ile yapılır

AÇIKLAMA: Episkleritte limbus yakınında episklerada yaygın damarlanma ve ödem vardır. Damarlar ışınal düz çizgiler şeklinde göz küresinin arkasına doğru giderler. Damarlar sklerittekilerin aksine, fenilefrin damlasından sonra kaybolurlar. Tek veya iki gözde görülür. Skleritte ağrı daha fazladır. Episklerit çoğunlukla idiyopattir. Bazı olgularda hastalarda romatoid artrit, poliarteritis nodoza gibi kollajen hastalıklar, gut, herpes zoster ve sifiliz görülebilir.

Cevap A (*Bengisu, Göz Hastalıkları, 4.baskı, 1998, s.92*)

24.Posner-Schlossman sendromu aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Akut glokom krizidir
- b) Glokomatosiklitik krizdir
- c) Akut iritistir
- d) Fakoanafilaktik üveittir
- e) Fakolitik glokomdur

AÇIKLAMA: Posner-Schlossman sendromu 20-60 yaşları arasındaki kişilerde tek taraflı olarak görülür. Görme bulanıklığı vardır ve ışıkların çevresinde renkli halkalar görülür. Göz beyazdır veya çok az derin kanlanma ve kornea ödemi saptanabilir. Kornea arkasında az sayıda yuvarlak beyaz presipiteler ve ön kamarada iltihap hücreleri vardır. Pupilla orta derecede midriyatiktir, arka yapışıklık yoktur. İridokorneal açığı açıktır. Kriz sırasında göz içi basıncı 40-60 mmHg'ye çıkar. Etiyolojisi bilinmiyor, prostaglandinler kriz başlamasında aracı rol oynamaktadır.

Akut glokom krizinde ise kırmızı bir göz vardır, ödem fazladır. Ön kamara sığıdır, açığı kapanmıştır. Göz içi basıncı 60-80 mmHg'ye çıkar. Şiddetli göz ve baş ağrısı vardır. **Fakoanafilaktik üveit**, lens kapsülünün yırtıldığı olgularda ön kamaraya dökülen lens proteinlerine karşı oluşan aşırı duyarlılık reaksiyonudur.

Fakolitik glokomda üveit yoktur. Lens materyalinin iridokorneal açıdaki trabekülümü tıkamasıyla glokom meydana gelir.

Akut iritiste gözde derin kanlanma, kornea arkasında ince presipiteler, ön kamarada tındal ve bazı olgularda hipopyon görülür. İris dokusu ödemli, pupilla miyotiktir. Pupilla ve iriste arka yapışıklıklar vardır.

Cevap B (*Bengisu, Göz Hastalıkları, 4.baskı, 1998, s.108-110*)

25.Penalizasyon tedavisinde aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Ambliyopi tedavilerinden birisidir.
- b) Fiksasyon yapan göze atropin önerilir.
- c) 0,2 ve üzerindeki görme düzeylerinde tedavi başarılıdır.
- d) Fiksasyon yapan göze kapama yapılıır.
- e) Optik yolla yapılır.

AÇIKLAMA: Kapama tedavisi yapılamadığı durumlarda ilaçlar (atropin) fikse eden göze damlatılır, böylece hastaların ambliyop göz ile yakını ve uzağı, amliyop olmayan göz ile sadece uzağı görmeleri sağlanmış olur. Fakat atropinli gözün sikloplejiye rağmen akomodasyon yaptığı görülmüştür. Bu nedenle ancak 0,2 ve üzerindeki görme düzeylerinde tedavi başarılı olabilmektedir. Hastada belli bir düzelme sağlandıktan sonra intermitan uygulamaya geçilebilir ya da fikse eden göz optik olarak bulandırılarak ambliyop göz görmeye zorlanır. Atropin ile penalizasyon, optik penalizasyon ile birlikte yapılabilir.

Cevap D (*Sanaç, Şaşılık ve Tedavisi, 2.baskı, 2001, s.92*)

26.Tiroid oftalmopatide aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Hastaların hepsi hipertiroididir.
- b) Organa özgül otoimmün bir hastalıktır.
- c) Ektoftalmus ve göz hareketlerinde kısıtlılık vardır.
- d) Alt rektus daha çok tutulur.
- e) Kapak retraksiyonu vardır.

AÇIKLAMA: Diğer adı Graves oftalmopati olan hastalıkta henüz tam açıklanmamış olan patogeneziyle ödem, lenfositik infiltrasyon ve bunu takiben ekstraoküler kaslarda fibrozis ve yağ dejenerasyonu gelişir. Ekstraoküler kaslarda mukopolisakkarid birikir. Lezyonun ilerlemesiyle kollajen birikimi olur. Buna bağlı olarak çizgili kaslarda strangülasyon oluşmakta ve dejenerasyon görülmektedir. Ortaya çıkan bu patoloji ile adalelerdeki fibrozis ile hareket kısıtlılığı meydana gelir. Aynı zamanda, orbita içinde artan yumuşak doku hacmi de ekzoftalmus gelişmesine neden olur. Çift görme şikayeti olur. Kadınlarda daha sıktır. Üst kapak retraksiyonu olan hastalarda ayrıca

kapaklar globu takip edemezler buna “**lig lag**” denilir. Hastaların büyük çoğunluğu ötiroiddir, çok az kısmında da hipotiroidi görülür.

Cevap A (*Sanaç, Şaşılık ve Tedavisi, 2.baskı, 2001, s.163-165*)

27.Topikal kullanılan kortikosteroidlerin yan etkilerinden hangisi yanlıştır?

- a) Çeşitli enfeksiyonların aktivasyonları
- b) Glokom
- c) Kistoid makula ödemi
- d) Katarakt
- e) Midriyazis ve pitozis

AÇIKLAMA: Topikal steroidler, herpes simpleks enfeksiyonunu aktive ederek kornea perforasyonu yapabilirler. Mantar enfeksiyona karşı oküler duyarlılık artar. Kültür (+) olan fungal keratit olgularında topikal steroid kullanımı predispozan faktörler arasındadır. Bakteriyel enfeksiyonların prognozunda da olumsuz gelişmelere neden olur. Saprofit bakterilerin patojen olmalarına yol açar. Tüberküloz üveitinde de sadece steroid tedavisi sakıncalıdır. Spesifik tedaviyle kombine edilmelidir. Topikal steroidler göz içi basıncını artırır. Glokom gelişimi reseptör düzeyinde olup, reseptörlerin dağılımı bireysel farklılıklar gösterir. İlaçlar bırakılınca basınç düşer.

Katarakt gelişimi; kullanım süresi ve kullanılan doz ile orantılıdır.

Midriyazis ve pitozis; topikal steroid kullanımı sırasında dilatatör adale tonusunun artması sonucu pupilla bir milimetre kadar dilate olabilir. Pitozis ortaya çıkabilir. İkisi de ilaç bırakılınca düzelir.

Cevap C (*Oto, Topikal Kortikosteroidler: Oftalmik İlaçlar Göz Hastalıkları Tanı ve Tedavisinde Kullanım İçinde, 2003, s.150-151*)

28.Kornea ön distrofisi olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Reis-Bücklers
- b) Meesmann
- c) Cogan mikrokistik
- d) Makular
- e) Schnyder

AÇIKLAMA: Reis-Bückler distrofisi otozomal dominanttır. Tekrarlayıcı kornea erozyonları olur. Çocuklukta başlar, ilerleyicidir. Yüzeysel ince, yuvarlak ve poligonal opasitelerdir. Santralde daha kesiftir. Lamellar veya penetran keratoplasti gerekebilir.

Meesman, otozomal dominanttır, nadirdir. İlk dekatta başlar, irritasyon ve hafif görme semptomları olur. Santralde ince epitel kistleridir. Tedavi gerektirmez.

GÖZ HASTALIKLARI

Cogan mikrokistleri: harita gibi, mikrokistler şeklinde, parmak izi ve benekler şeklindedir. Ne familial ne de progresiftir. Bu dört tip tek tek veya birlikte. Tekrarlayıcı kornea erozyonları olabilir.

Makular distrofi stroma distrofisidir. Metabolizmada doğumsal hatalardan dolayı değişen derecelerde keraten sülfat yapımında azalmayla karakterizedir. Otozomal resesiftir, ikinci dekatta başlar, ağrısız görme kaybı olur. Tekrarlayıcı erozyonlar yoktur. Penetran keratoplasti gerekir.

Schynder distrofisi otozomal dominant olup, ikinci dekatta başlayan ön distrofidir. Görmeyi bozan subepitelyal kristalin opasiteler meydana gelir. Bunlara Ekzimer lazer keratomi yapılabilir.

Cevap D (Kanski, *Clinical Ophthalmology, a Systematic Approach*, 1999, s.128-133)

29.Konjenital katarakt nedenleri arasında intrauterin enfeksiyonlardan aşağıdakilerden hangisi en fazla etkilidir?

- a) Rubella
- b) Kabakulak
- c) Hepatit
- d) Toksoplazmozis
- e) Herpes simpleks

AÇIKLAMA: Gebeliğin ilk üç ayında anneden alınan sistemik hastalıklarla ilişkili **konjenital katarakt, en fazla rubella enfeksiyonu ile görülmektedir.** Bu virüslerin henüz koruyucu lens kapsülünün gelişmediği gebeliğin ilk beşinci ila sekizinci haftasında lens dokusuna girmesiyle kesifleşme başlar. En sık katarakt nedeni olan rubella virüsü ile başka gelişimsel anomaliler de oluşur (**Gregg sendromu**). Rubella virüsü doğumdan sonra üç yaşına kadar lens içinde kalır.

Cevap A (Sezen, *Göz Hastalıkları El Kitabı*, 2001, s.185)

30.Kaposi sarkomunda aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Vasküler, yavaş büyüyen tümördür.
- b) Daha çok alt fornikte lokalizedir.
- c) AIDS'li hastalarda sıktır.
- d) Radyoterapiye dirençlidir.

e) Parlak kırmızı olarak görülür.

AÇIKLAMA: Konjonktivanın, nispeten düşük habaset gösteren birtümördür. Kronik subkonjonktival hemorajiye karışabilir. Küçük lezyonlarda tedavi gerekmez. Fokal radyoterapi, regresyonda çok etkilidir.

Cevap D (Kanski, *Clinical Ophthalmology, A Systematic Approach*, 1999, s.93)

31.Aşağıdakilerden hangisi kontakt lens kullanımının korneada neden olabileceği hipoksiye bağlı erken veya geç bir etki değildir?

- a) Kornea damarlanması
- b) Epitel kalınlaşması
- c) Kornea ödemi
- d) Endotelde polimegatizm/pleomorfizm
- e) Epitel mikrokistleri

Cevap B (Kastl, *Contact lenses. The CLAO guide to basic science and clinical practice. Volume III. 1995, s.1-17*)

32.Üveit tedavisinde aşağıdakilerden hangisinin yeri yoktur?

- a) Lokal kortikosteroidler
- b) Sistemik kortikosteroidler
- c) Sikloplejiler
- d) Miyotikler
- e) İmmünsüpresif ilaçlar

Cevap D (Kanski, *Clinical Ophthalmology: A Systematic Approach*, 3. baskı, 1994, s.197-198)

33.Görme azalması şikayeti ile başvuran bir hastada, fundus muayenesi normal ise aşağıdaki hastalıklardan hangisi düşünülmelidir?

- a) Papil ödemi
- b) Retrobulber nevrit
- c) Santral retina ven tıkanıklığı
- d) Santral retina arter tıkanıklığı
- e) Retina dekolmanı

Cevap B (Kanski, *Clinical Ophthalmology: A Systematic Approach*, 3. baskı, 1994, s.457)

NÖROŞİRURJİ

1. Lomber disk hernisi en sık hangi seviyelerde görülür?

- a) T12-L1 ve L1-2
- b) L1-2 ve L2-3
- c) L2-3 ve L3-4
- d) L3-4 ve L4-5
- e) L4-5 ve L5-S1

AÇIKLAMA: Bu iki seviye lomber bölgenin en hareketli seviyeleri olduğu için disk hernisi olasılığı bu seviyelerde artmaktadır.

Cevap E (*Greenberg MS, Handbook of neurosurgery, 5. baskı, 2001, s 297*)

2. Servikal disk hernileri en sık hangi seviyelerde görülür?

- a) C2-3
- b) C3-4
- c) C4-5
- d) C6-7
- e) C7-T1

AÇIKLAMA: C6-7 servikal bölgenin en hareketli seviyesi olduğu için disk hernisi olasılığı bu seviyede artmaktadır.

Cevap D (*Greenberg MS, Handbook of neurosurgery, 5. baskı, 2001, s 311*)

3. Menenjiomalar ile ilgili hangi şık yanlıştır?

- a) Araknoid kökenlidirler
- b) Kadınlarda daha sık görülürler
- c) Genelde benignidirler
- d) En sık intraventriküler lokalizasyonda görülürler
- e) 4. ve 5. dekadlarda sık görülürler

AÇIKLAMA: Menenjiomalar en sık kortikal yerleşim gösterirler.

Cevap D (*Gökalp HZ, Nöroşirürji ders kitabı, 1988, s 96*)

4. Foster-Kennedy sendromu hangi patolojide görülür?

- a) Akustik nörinomada
- b) Olfaktör oluk menenjiomada
- c) Pineal tümörlerde
- d) Serebellar kitlelerde
- e) Pontin kitlelerde

AÇIKLAMA: Olfaktör oluk menenjiomaları lokalizasyon itibari ile 2. sinire bası yaparlar.

Cevap B (*Greenberg MS, Handbook of neurosurgery, 5. baskı, 2001, s 87*)

5. Hangman fraktürü hangisidir?

- a) Aksisin travmatik spondilolistezisidir
- b) Oksipital kondil kırığıdır
- c) Atlasın arkus kırığıdır
- d) Subaksiyel patlama kırığıdır
- e) Subaksiyel lamina fraktürüdür

AÇIKLAMA: Hangman fraktürü veya asılmış adam kırığı C2 vertebranın kırığı sonucu C3 üzerine dislokasyonudur.

Cevap A (*Greenberg MS, Handbook of neurosurgery, 5. baskı, 2001, s. 704*)

6. Kafa travmalarında hipertansiyon, bradikardi ve solunum düzensizliği ile seyreden tabloya ne ad verilir?

- a) Foster Kenned sendromu
- b) Cushing triadı
- c) Kernohan fenomeni
- d) Monro-Kellie hipotezi
- e) Battle bulgusu

AÇIKLAMA: (a) Genellikle oluk veya medial 1/3 sfenoid kanat tümörü nedeniyle gelişir. İpsilateral anosmi, santral skotom (optik sinir üzerindeki basınca bağlı optik atrofi ile), kontrateral papil ödemi (yüksek intrakraniyal basınç nedeniyle) görülür.

(c) Unkal herniasyonda tentoryuma karşın sıkışan kontrateral serebral pedinkülün ipsilateral hemiplejiye neden olması.

(d) Kan, beyin, beyin omurilik sıvısı ve diğer komponentlerin (tümör, hematoma ve.) intrakraniyal hacimlerin toplamı sabittir ve bunların herhangi birindeki artış diğerindeki eşit azalma ile dengelenmelidir.

(e) Postauriküler ekimozlar (kafatabanı kırıklarında görülür).

Cevap B (*Mark S Greenberg, Handbook of Neurosurgery, 5. baskı, 2001 s. 642*)

7. Aşağıdakilerden hangisi kafatabanı kırıklarından sonra görülmez?

- a) Otore
- b) Rinore
- c) Postauriküler ekimoz
- d) Periorbital ekimoz

NÖROŞİRURJİ

e) Anemi

AÇIKLAMA: Anemi kansızlığı ifade eden bir terimdir. Diğer şıklar kafatabanı kırıkları için tipik bulgulardır.

Cevap E (Mark S. Greenberg, *Handbook of Neurosurgery*, 5. baskı, 2001 s. 656)

8. İdiyopatik intrakraniyal hipertansiyon (psödötümör serebri tedavisinde aşağıdaki metotlardan hangisi kullanılmaz?

- a) Lumboperitoneal şant
- b) Optik sinir kılıfı fenestrasyonu
- c) Asetozalamid
- d) Furosemid
- e) Frontal lobektomi

AÇIKLAMA: Frontal lobektomi frontal lobda yerleşen malign tümörlerin tedavisi amacıyla uygulanır. Diğer şıklar rutin psödötümör serebri tedavi metotlarıdır.

Cevap E (Mark S. Greenberg, *handbook of Neurosurgery*, 5. baskı, 2001 s. 471-474)

9. Artmış intrakraniyal basıncın tedavisinde aşağıdaki metotlardan hangisi uygulanmaz?

- a) Hiperventilasyon
- b) Yatak başının yükseltilmesi
- c) Mannitol
- d) Günlük i.v. 2 lt %5 dekstroze verilmesi
- e) Sedasyon

AÇIKLAMA: Dekstroze kafa içi basıncını ve beyin ödemi artırır. Diğer şıklar intrakraniyal basıncı düşürmek için uygulanan rutin yöntemlerdir.

Cevap D (Mark S. Greenberg, *Handbook of Neurosurgery*, 5. baskı, 2001 s. 648)

10. Aşağıdakilerden hangisi penetran kafa travmalarının komplikasyonlarından değildir?

- a) Koagülopati
- b) Serebral abse
- c) Arteriyovenöz malformasyon
- d) Travmatik anevrizma
- e) Subdural hematoma

AÇIKLAMA: Diğer şıklar komplikasyon (c) şıkkı konjenital bir patolojidir.

Cevap C (Mark S. Greenberg *Handbook of Neurosurgery*, 5. baskı, 2001 s. 675)

11. Aşağıdakilerden hangisi kafa travmalarının bir komplikasyonudur?

- a) Prolaktinoma
- b) Menenjioma
- c) Glioblastoma multiforme
- d) Epandimoma

e) Pnömoşefali

AÇIKLAMA: Tek travmatik lezyon pnömoşefalidir. Diğer şıklar tümöral kitle lezyonlarıdır.

Cevap E (Mark S. Greenberg *Handbook of Neurosurgery*, 5. baskı, 2001s.)

12. Pontocerebellar bölgede en sık görülen tümör cinsi hangisidir?

- a) Menenjioma
- b) Akustik nöroma
- c) Epidermoid kist
- d) Araknoid kist
- e) Kraniofarengioma

AÇIKLAMA: Doğru cevap b'dir. Bu bölgede %80-90 oranında akustik nöromaya rastlanmaktadır.

Cevap B (Mark S. Greenberg *Handbook of Neurosurgery*, 5. baskı, 2001 s.882)

13. Akromegali hangi beyin tümörü nedeniyle oluşur?

- a) Hipofiz adenomu
- b) Epidermoid kist
- c) Araknoid kist
- d) Apendimoma
- e) Astrojitoma

AÇIKLAMA: Akromegali growth hormon salgılayan bir hipofiz adenomu nedeniyle oluşur. Diğer şıklardaki tümörler hormon salgılamazlar.

Cevap A (Mark S. Greenberg *Handbook of Neurosurgery*, 5. baskı, 2001 s. 419-422)

14. Kranial kafa çiftlerinden hangisi kavernoöz sinüs içinden geçerek orbitaya girer?

- a) Okulomotor sinir (III. Kafa çifti)
- b) Fasiyal sinir (VII. Kafa çifti)
- c) Glossofaringeal sinir (IX. Kafa çifti)
- d) Vagus siniri (X. Kafa çifti)
- e) Olfaktor sinir (I. Kafa çifti)

AÇIKLAMA: Okulomotor sinir kavernoöz sinüs içinden geçerek orbitaya girer. Diğer şıklardaki sinirlerin kavernoöz sinüsle alakaları yoktur.

Cevap A (Robert H. Wilkins, Setti S. Rengachary *Surgical Anatomy of the Cavernous sinus. Neurosurgery* 2. baskı, 1996 s. 1675-1677)

15. Aşağıdaki menenjiom tiplerinden hangisi tipik (Evre 1) menenjiom değildir?

- a) Sekretuar menenjiom
- b) Metaplastik menenjiom
- c) Papiller menenjiom
- d) Fibroblastik menenjiom

e) Anjiyomatöz menengioma

AÇIKLAMA: Papiller tipte menenjiomlar; diğer "tipik" formlardan farklı olarak malign tipte (Evre III-IV) bir menenjiomdur. Nüks şansı fazla olduğundan tedavide cerrahiye radyoterapi eklemek gerekir. Bu tipin aksine "tipik" formlarda tek başına cerrahi tedavi yeterlidir.

Cevap C (*Greenberg MS: Handbook of Neurosurgery: 5. baskı, Thieme, New York, 2001, s. 409*)

16. Beyin absesinde geç serebrit gelişimi hangi günlerde olur?

- a) 1-3 gün
- b) 4-9 gün
- c) 10-14 gün
- d) 15-20 gün
- e) 30 günden sonra

AÇIKLAMA: Abse gelişiminde 4 evre vardır. Erken serebrit evresi; 1-3 günler arasında, erken kapsülasyon evresi; 10-14. günler arasında, geç kapsülasyon evresi ise 14. günden sonra oluşur.

Cevap B (*Kaye AH, Black PM: Operative neurosurgery. 2000, s: 1659*)

17. Aşağıdaki anormal kafa şekillerinden hangisi metopik sinostoza aittir?

- a) Plagiosefali
- b) Brakisefali
- c) Trigonosefali
- d) Skafosefali
- e) Turrisefali

AÇIKLAMA: Plagiosefali; tek taraflı koronal sutur, brakisefali; iki taraflı koronal sutur, skafosefali; sagittal sutur, turrisefali ise multipl suturun erken kapanması ile oluşur.

Cevap C (*Greenberg MS: Handbook of Neurosurgery: 5. baskı, 2001, s. 140*)

18. Aşağıdaki pineal tümörlerden hangisinde test doz (5 Gy) radyoterapi ile tanı konulabilir?

- a) Embriyonel karsinom
- b) Koriyokarsinom
- c) Malign teratom
- d) Endodermal sinüs tümörü
- e) Germinom

AÇIKLAMA: Germinom dışındaki tüm tümör tipleri malign (Evre IV) tümörleridir. **Germinomlar** ise Evre II-III tümörlerindedir ve **radyoterapiye son derece duyarlıdır**. Bu nedenle cerrahi ile tanı ve tedaviye aday olmayan hastalarda eskiden olduğu gibi günümüzde de hala tanı amaçlı radyoterapi

uygulanabilmektedir.

Cevap E (*Greenberg MS: Handbook of Neurosurgery: 5. baskı, 2001, s. 457*)

19. Serebral dokunun erişkinde görülen en sık astrositik tümörü hangisidir?

- a) Astrositom
- b) Glioblastom
- c) Anaplastik astrositom
- d) Piloitik astrositom
- e) Pleomorfik ksantostrositom

AÇIKLAMA: Glioblastomlar tüm primer intrakraniyal tümörlerin %15-23'ünü, gliomların %35'ini, yüksek evreli astrositomların %66-87'sini ve tüm astrositomların %50'sini oluşturur.

Cevap B (*Grossman RG, Loftus CM: Principles of Neurosurgery. 2. baskı, 1999, s: 481*)

20. Tuzak nöropatilerde aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Yüzeysel seyirli sinirlerde görülür
- b) Sinirle ilgili refleks canlılığı saptanır
- c) Eklem çaprazlayan veya ekleme yakın olan sinirlerde görülür
- d) Tinel bulgusu genellikle saptanır
- e) Sinirin fikse olduğu ve anatomik olarak dar olan yerlerde görülür.

AÇIKLAMA: Refleks canlılığı I. Motor nöron hastalığı bulgusudur. Tuzak nöropatiler ise periferik sinirlerin de tutulduğu II. Motor nöron hastalıklarıdır ve bu durumda refleks kaybı saptanır. Tinel bulgusu tuzaklanmış sinire yapılan perküsyonda ağrı oluşmasıdır. A, c ve d şıkları ise tuzak nöropatilerin oluşturduğu yerlerin anatomik özellikleridir.

Cevap B (*Greenberg MS: Handbook of Neurosurgery: 5. baskı, 2001, s. 534*)

21. "Cumartesi gecesi felci" hangi sinirin tuzak nöropatisidir?

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

AÇIKLAMA: Genellikle aşırı alkollü iken uyurken, partnerin kol medial yüzünde başını koyarak uyuması ve alkole bağlı korunma cevaplarının olmaması ile meydana gelen ve "düşük el" ile karakterli bir çeşit kompresyon nöropatisidir.

Cevap E (*Batjer HH, Loftus CM: Textbook of*

NÖROŞİRURJİ

Neurological Surgery. 2003, s. 2002)

22. Non-travmatik subaraknoid kanama etiyolojisinde en sık neden hangisidir?

- a) Anevrizma
- b) Arteriyovenöz malformasyon
- c) Kanama diyatezi
- d) Dissekan arter hastalıkları
- e) Kokain kullanımı

AÇIKLAMA: Non-travmatik subaraknoid kanamaların (SAK) en sık nedeni %75-85 olguda anevrizma yırtılmalarıdır. %15-25 olguda ise subaraknoid kanama, diğer cevaplardaki nedenlerden başka bazı enfeksiyonlar, bazı tümörler, vaskülitler ve travma ile oluşur. Anevrizmal kanamaların yüksek mortalite nedeni ile erken tanı ve tedavisindeki son derece önemlidir. Ani ve şiddetli baş ağrısı ile tipik başvuru, tanıda anevrizmal SAK'dan kuşkulandırmayı gerektirmektedir. Kesin tanı anjiyografik olarak doğrulanır. Tedavide öncelikle cerrahi kliplene yanıda endovasküler yolla girişimsel nöroradyolojik tıkkama yöntemleri de kullanılabilir.

Cevap A (*Grossman RG, Loftus CM: Principles of Neurosurgery. 2. baskı. 1999, s: 303*)

23. Eritrositozun (polisitemi) eşlik ettiği tümör hangisidir?

- a) Hemanjiyoblastom
- b) Glioblastoma multiforme
- c) Anaplastik astrositom
- d) Lipom
- e) Ependimom

AÇIKLAMA: Hemanjiyoblastomlarda hormonal sekresyonlar bilinmektedir. Eritrositozis de eritropoietin benzeri bir faktör salınımı sonucu oluşur.

Cevap A (*Grossman RG, Loftus CM: Principles of Neurosurgery. 2. baskı. 1999, s: 514*)

24. Genellikle traş olma, diş fırçalama ile tetiklenen, paroksizmal gelerek birkaç saniyede geçen, şimşek çakar tarzda tek taraflı yüz ağrısı olan hastada tanınız nedir?

- a) Hemifasiyal spazm
- b) Glossofaringeal nöralji
- c) Temporal arterit
- d) Trigeminal nöralji
- e) Genikulat nöralji

AÇIKLAMA: Şimşek çakar tarzda ağrı nöraljik ağrıdır. Bu özellik trigeminal nöraljide (TG) tipik başvuru şeklidir. Glossofaringeal nöraljide ağrı

TG'ye benzerlik gösterse de ağrı lokalizasyonu boğaz, dil arkası, yutak ve kulaktır. Hemifasiyal spazm; tek taraflı, ağrısız, istemsiz yüz kaslarında kasılmalarıdır. Temporal arteritte ağrı temporal yerleşimlidir. Genikulat nöraljide görülen ağrı ise kulak ve yüzün derin bölgelerine, orbitaya, arka nazal ve palatal bölgelere yayılır.

Cevap D (*Grossman RG, Loftus CM: Principles of Neurosurgery, 2. baskı. 1999, s: 407*)

25. Meningiomlar için hangisi doğrudur?

- a) Dura kaynaklı tümörlerdir.
- b) Araknoid kaynaklı tümörlerdir
- c) Pia kaynaklı tümörlerdir
- d) Nöral doku kaynaklı tümörlerdir
- e) Kemik kaynaklı tümörlerdir

AÇIKLAMA: Meningiomlar ekstraaksiyal (nöral doku dışı), yavaş büyüyen, genellikle selim seyirli, tam çıkarıldığında kür sağlanan tümörlerdir. Dura tümörü gibi gözükmür ancak aslında araknoid kökenlidir. Komşu kemikte kalınlaşma (hiperostozis) yapabilir. Çoğunlukla tipi (selim) formları vardır ancak atipik ve habis tipleri de görülür. Bu tiplerde erken nüks görülür.

Cevap B (*Grossman RG, Loftus CM: Principles of Neurosurgery, 5. baskı. 2001, s. 407*)

26. Aşağıdaki ilaçlardan hangisi trigeminal nevralkjide en etkindir?

- a) Karbamazepin
- b) B12 vitamini
- c) B6 vitamini
- d) Klorpromazin
- e) Diazepam

AÇIKLAMA: Karbamazepin trigeminal nevralkjinin medikal tedavisinde yaklaşık 40 yıldır, %80 üzerinde başarı oranı ile kullanılan bir ajandır.

Cevap A (*Youngman's Neurological Surgery. 4th ed.*)

27. Medulloblastomalardaki en sık anormallik hangi kromozomda görülür?

- a) 6
- b) 11
- c) 16
- d) 17
- e) 1

AÇIKLAMA: Şıklarda verilen diğer kromozomda da anormallik olabilirse de en sık görüldüğü kromozom

17'dir (%33-66).

Cevap D (*Youngman's Neurological Surgery, 4th ed.*)

28. Aşağıdakilerden hangisi travma sonrasında ortaya çıkan erken nöbetler için risk faktörü değildir?

- a) Uzamış şuur kaybı
- b) Hematomlar
- c) Birlikte spinal kord travması
- d) Birlikte kafatası kırığı
- e) Fokal nörolojik bulgu

AÇIKLAMA: Spinal kord travması kafa travmalarında sonra ortaya çıkan erken nöbetler için bir risk faktörü değildir.

Cevap C (*Youngman's Neurological Surgery, 4th edition*)

29. Aşağıdakilerden hangisi radiküler sendromda bulunmaz?

- a) Ekstremiteye yayılan ağrı
- b) Ekstremiteye yayılan duyu kaybı
- c) Derin tendon reflekslerinde artış
- d) Derin tendon reflekslerinde azalma
- e) Motor kayıp

AÇIKLAMA: Radiküler sendromda radiksin etkilenmesi sonucunda duyu kaybı, lezyon yerine uygun refleks kaybı, motor kayıp ve yayılan ağrı bulunurken, myelopati bulgusu olan derin tendon reflekslerinde artış bulunmaz.

Cevap C (*Youngman's Neurological Surgery, 4th Edition*)

30. Aşağıdakilerden hangisi iğne ile yüzeysel ağrı duyusunun muayenesi sırasında ve gövde üzerinde temsil edilen dermatomlardan biri değildir?

- a) C3
- b) C4
- c) T1
- d) T2
- e) T3

AÇIKLAMA: Dermatomal innervasyon gövde üzerinde C4 ten T2 ye atlar. C5, C6, C7, C8 ve T1 dermatomları tamamen kolda ve elde yer alır.

Cevap C (*Williams, Gray's Anatomy, 37. baskı, 1989, s.1150-1151*)

31. Ağrının omurilikteki jenerasyonunu açıklamaya çalışan "Kapı Kontrol Teorisi"nde kapının kapalı olması ne anlama gelir?

- a) Miyelinsiz C liflerinin ağrı jeneratörlerini

uyarması

- b) Miyelinli ve kalın çaplı duysal afferentlerin substantia jelatinozadaki internöronları uyarması, böylece supraspinal düzeylere ağrı uyarısının iletilmemesi
- c) Miyelinli ve kalın çaplı duysal afferentlerin substantia jelatinozadaki internöronları inhibe etmesi, böylece supraspinal düzeylere ağrı uyarısının iletilmesi
- d) Ağrının şiddetlenmesi
- e) Supraspinal ağrı kontrolünün kalkması

AÇIKLAMA: Kapının kapalı olması daima ağrının azaldığı anlamına gelir. Kapıyı kapatan da miyelinli ve kalın çaplı duysal afferentlerin arka boynuzdaki internöronları bombardımanıdır. Kalın çaplı lifler TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation) te olduğu gibi ağrı jeneratörlerini meşgul ederek, ağrı impulslarının supraspinal segmentlere ulaşmasını engeller.

Cevap B (*Williams, Gray's Anatomy, 37. baskı, 1989, s.942-944*)

32. Düşük ayak aşağıdaki lezyonlardan hangisine bağlı olamaz?

- a) Lumbosakral pleksus tümörü
- b) Nervus fibularis (peroneus) profundusun kompresif nöropatisi
- c) L4-L5 disk hernisine bağlı L5 radikülopati
- d) L5-S1 disk hernisine bağlı S1 radikülopati
- e) L5-S1 uzak lateral disk hernisine bağlı L5 radikülopati

AÇIKLAMA: S1 radikülopati hiçbir zaman düşük ayak yapmaz.

Cevap D (*Greenberg, Handbook of Neurosurgery, 3. baskı, 1994, s.184-185*)

33. Siyataljide sinir germe testlerinden birisine şu şekilde bakılır: Hastanın dizi kıvrılmadan ağrı duyuncaya dek bacağı kaldırılır. Sonra kalktığı noktaya dek hafifçe indirilir. Bu noktada ayak pasif olarak dorsifleksiyona getirildiğinde siyatalji olursa test pozitif olur. Bu testin adı nedir?

- a) Bragard testi
- b) Naffziger testi
- c) Kemp testi
- d) Lasegue testi
- e) Waddell testi

AÇIKLAMA: Bu tanımlama Bragard testi için doğrudur.

Cevap A (*Zileli, Omurilik ve Omurga Cerrahisi, 1997, s.63-93*)

34. Yanlış seçenek hangisidir?

NÖROŞİRURJİ

- a) Endonörium aksonlar çevresindeki kılıftır
- b) Perinörium fasikülleri çevreler
- c) Epinörium siniri çevreler
- d) Mezonörium ve endonörium temas halindedir
- e) Mezonörium interfasiküler epinöriumdur

AÇIKLAMA: Mezonörium ile endonörium arasında perinörium girer.

Cevap D (*Greenberg, Handbook of Neurosurgery, 2001, s.532*)

35.Aşağıdakilerden hangisi gergin omurilik sendromunun nedenlerinden değildir?

- a) Kalın filum terminale
- b) Lipomiyelomeningosel
- c) Diastematomiyeli
- d) Araknoidit
- e) Spinal dermal sinüs

AÇIKLAMA: Araknoidit gergin omurilik sendromuna yol açmaz.

Cevap D (*Zileli, Omurilik ve Omurga Cerrahisi, 1997, s.275-288*)

36.Yanlış seçenek hangisidir?

- a) Nöropraksik sinir lezyonunda wallerian dejenerasyon izlenmez
- b) Nöropraksik sinir lezyonunda aksonal transport bozulmuştur.
- c) Aksonotmetik lezyonda aksonların devamlılığı bozulmuştur
- d) Aksonotmetik lezyonda miyelin kılıf korunmuştur
- e) Nörotmeziste spontan rejenerasyon mümkün değildir

AÇIKLAMA: Seddon'un periferik sinir zedelenme sınıflamasına göre nöroprakside fizyolojik transseksiyon var, wallerian dejenerasyon yok, bazal membran sağlam, aksonal transport bozulmuştur. İyileşme saatler, aylar içinde (ortalama 6-8 hafta) oluşur. Aksonotmeziste hem akson hemde miyelin kılıfın komple devamlılığı kaybolmuştur. Stroma sağlam, wallerian dejenerasyon izlenir. Nörotmeziste ise sinir tüm olarak zedelenmiş veya yalnızca skar dokusu ile bütünleşik tutuludur. Spontan iyileşme mümkün değildir.

Cevap C (*Greenberg, Handbook of Neurosurgery, 2001, s.532*)

37.Brakial pleksus doğumsal zedelenmeleri ile ilgili yanlış seçenek hangisidir?

- a) Sıklıkla üst pleksus bölgesindedir
- b) %90'ı spontan iyileşir
- c) Cerrahi tedavi düşünülmediğinde ilk 3 ay içinde uygulanmalıdır
- d) Pregangliyonik lezyon bulgusu olan olgularda cerrahi tercih edilmemelidir
- e) EMG bulguları tedavide yönlendiricidir

AÇIKLAMA: Brakial pleksusun doğumsal travmaları 0,3-2/1000 canlı doğum insidansına sahiptirler. Olguların çoğu üst pleksus bölgesine lokalizedir. Olguların yarısında C5,6 lezyonu, %25 olguda C7, %20 olguda hem üst hem de alt pleksus tutulumu izlenir. Olguların %90'ı spontan iyileşir. Önemli kısmı ilk 24 saatte düzelir. Cerrahi ilk 6 ay içinde uygulanmamalıdır. Pregangliyonik lezyonlarda cerrahi, sonuçları itibarıyla önerilmemektedir.

Cevap C (*Greenberg, Handbook of Neurosurgery, 2001, s.533*)

38.Normal EEG bulguları hangi şıkta doğru olarak verilmiştir?

- 1. Delta
 - 2. Teta
 - 3. Alfa
 - 4. Gamma
- a) 1,23
 - b) 1,3
 - c) 2,4
 - d) 4
 - e) Hepsi doğru

AÇIKLAMA: Normal EEG'de izlenen ritim formları. Delta (0-3 Hz), Teta (4-7 Hz), Alfa (8-13 Hz) ve Beta (>13 Hz) dir.

Cevap A (*Greenberg, Handbook of Neurosurgery, 2001, s.549*)

39.Baziler invajinasyon ile ilgili yanlış seçenek hangisidir?

- a) Kemik yapıda yumuşamaya bağlı olarak kafa tabanının yukarı intentasyonu söz konusudur
- b) Sıklıkla atlantookspital füzyon eşlik eder
- c) Paget hastalığında gelişebilir
- d) Down sendromunda izlenebilir
- e) Osteomalazide oluşabilir

AÇIKLAMA: Bazı yazarlarca baziller invajinasyonla baziler impresyon tanımları sinonim tanımlar olarak kullanılmakla birlikte genel olarak farklı iki tanımlama olarak kabul edilmektedir. İnvajinasyona akiz lezyonların yol açtığı bazis kraninin yukarı yer değişimi vardır. Down sendromunda baziller

impresyon eşlik eder.

Cevap D (Greenberg, Handbook of Neurosurgery, 2001, s.570)

40.Horner sendromuna ait bulgular hangi şıkta doğru olarak verilmiştir?

1. Miyozis, pitozis
2. Enoftalmi
3. Gözde hiperemi
4. Yüz yarısında anhidrozis

- a) 1,2,3
- b) 1,3
- c) 2,4
- d) 4
- e) Hepsi doğru

AÇIKLAMA: Horner sendromu göze ve yüze sempatik uyarıların gelmesindeki defekte bağlıdır. Miyozis (pupiller konstrüksiyon) 2-3 mm kadardır. Oda karatması ile ortaya çıkarılır. Pitozis superior ve inferior tarsal kasların paralizi ile, enoftalmi ise Müller kas parézisi ile ortaya çıkar. Pitozis inkomplettir. Komplet pitoziste başka sebep aranmalıdır. Tanıda **kokain testi** uygulanır.

Cevap E (Greenberg, Handbook of Neurosurgery, 2001, s.578)

41.Ağrısız oftalmopleji sebepleri hangi şıkta doğru olarak verilmiştir?

1. Kronik progressif oftalmopleji
2. Tolosa Hunt sendromu
3. Myastenia Gravis
4. Lenfoma

- a) 1,2,3
- b) 1,3
- c) 2,4
- d) 4
- e) Hepsi doğru

AÇIKLAMA: Tolosa-Hunt sendromu ve lenfoma ağırlı oftalmopleji sebebidir.

Cevap B (Greenberg, Handbook of Neurosurgery, 2001, s.581-2)

42.Erişkinlerde ideal lomber ponksiyon lokalizasyonu hangi şıkta doğru olarak verilmiştir?

- a) L1-2
- b) L2-3
- c) L3-4

- d) L4-5
- e) L5-S1

AÇIKLAMA: Erişkinlerde lomber ponksiyon ideal olarak L4-5 mesafesinden yapılmalıdır. L3-4 mesafesi de kabul edilebilir uygulama mesafesidir. Çocuklarda da L4-5 tercih edilmelidir.

Cevap D (Greenberg, Handbook of Neurosurgery, 2001, s.611)

43.Alkol kesilmesi etkileri hangi şıkta doğru olarak verilmiştir?

1. Alkol kesilmesi sendromu
2. Nöbetler
3. Delerium
4. Wernicke ensefalopatisi

- a) 1,2,3
- b) 1,3
- c) 2,4
- d) 4
- e) Hepsi doğru

AÇIKLAMA: Alkolün etkileri: Akut entoksikasyon, Kronik etkileri: Wernicke ensefalopatisi, serebellar dejenerasyon (Purinje hücrelerinde dejenerasyon özellikle superior vermis bölgesindedir), santral pontin miyelinoz, serebrovasküler olay, periferik nöropati ve iskelet kası miyopatisidir. Alkol kesilmesi sonrası %33 olguda jeneralize tonik-klonik nöbetler izlenir.

Cevap A (Greenberg, Handbook of Neurosurgery, 2001, s.593)

44.Queckenstedt test hangi şıkta doğru olarak verilmiştir?

1. Spinal subdural mesafede bir bloğu test eder
2. Önce tek jugular ven sonra her iki juguler ven koprese edilmelidir
3. Juguler ven kompresyonu kaldırıldığında basınç normal değere 2-3 sn içinde dönmelidir
4. İntrakraniyal patoloji şüphesinde yapılmamalıdır

- a) 1,2,3
- b) 1,3
- c) 2,4
- d) 4
- e) Hepsi doğru

AÇIKLAMA: Queckenstedt testi ile subaraknoidal mesafede blok varlığı araştırılır. Blok olması

NÖROŞİRURJİ

durumunda juguler kompresyonla (karotid kompresyon olmamalıdır) 10-20 cm su yükselme olmalı, kompresyon kaldırıldığında 10 sn içinde ilk basınç değerine dönmelidir.

Cevap C (Greenberg, Handbook of Neurosurgery, 2001, s.611)

45.Kafa travmalı olguların fizik muayenesinde bazis krani fraktürü bulguları hangi şıkta doğru olarak verilmiştir?

1. Raccoon eyes
 2. Battle's sign
 3. BOS rinore
 4. Hemotimpanum
- a) 1,2,3
b) 1,3
c) 2,4
d) 4
e) Hepsi doğru

AÇIKLAMA: "Raccoon eyes": Periorbital fasiya içine olan kanamanın yol açtığı ekimozdur.

"Battle's sign": Mastoid alan üzeri kanama ile oluşan ekimozdur.

Cevap E (Greenberg, Handbook of Neurosurgery, 2001, s.629)

46.Mannitol kullanımının mutlak/relatif kontrendikasyonları hangi şıkta doğru olarak verilmiştir?

1. Profilaktik kullanım
 2. Hipotansiyon/hipovolemi
 3. Koagülasyon bozukluğu
 4. Konjestif kalp yetmezliği
- a) 1,2,3
b) 1,3
c) 2,4
d) 4
e) Hepsi doğru

AÇIKLAMA: Mannitol profilaktik uygulanmasından kaçınılmalıdır. Hem volüm kaybı etkisi hem de rebound etkisi nedeniyle profilaktik kullanımı sakıncalıdır. Normal koagülasyon üzerine etkilidir. Koagülasyon sorunlarında relatif bir kontrendikasyon söz konusudur. İlk kullanıldığında diürez öncesi intravasküler volümde bir artış yaptığından konjestif kalp yetmezliğine tek başına kullanılmamalı, mutlak gerektiğinde, Lasix kullanımını takiben verilmelidir.

Cevap E (Greenberg, Handbook of Neurosurgery, 2001, s.636)

47.Intrakraniyal basınca cevap olarak gelişebilen ve Cushing tarafından tanımlanan bulgular hangi şıkta doğru olarak verilmiştir?

1. Hipertansiyon
 2. Bradikardi
 3. Solunum düzensizlikleir
 4. Bilateral III. kraniyal sinir parezisi?
- a) 1,2,3
b) 1,3
c) 2,4
d) 4
e) Hepsi doğru

AÇIKLAMA: III. kraniyal sinir etkilemi Cushing üçlü bulguları içinde değildir. intrakraniyal hipertansiyon olgularının ancak %33'ünde izlenebilir.

Cevap A (Greenberg, Handbook of Neurosurgery, 2001, s.642)

48.Aşağıdakilerden hangisi epidural hematom olgularının kliniğinde izlenmez?

- a) Olguların yaklaşık yarısında "lucid interval" izlenir
- b) Olguların yaklaşık %60'ında başlangıçta şuur kaybı yoktur
- c) %40 olguda düz grafilerde fraktür izlenmez.
- d) Düz grafilerinde fraktür izlenmeyen epidural hematumlu hastaların hemen tamamı 30 yaş altındadır
- e) BT'de bikonveks (lentiküler) yüksek dansiteli epidural hematom görüntüsü, olguların ancak %84'ünde izlenir.

AÇIKLAMA: "Lucid interval" (Şuurun açık olduğu dönem) olguların ancak %20'sinde izlenmez. Bu dönem; travma sonrası konküzyo tablosuna bağlı şuur kaybının düzeldiği andan, epidural hematomun etkisiyle tekrar şuurun bozulduğu ana kadar olan, şuurun açık olduğu dönemdir.

Cevap A (Greenberg, Handbook of Neurosurgery, 2001, s.660)

49.Kronik subdural heantom gelişimi için risk faktörleri hangi şıkta doğru olarak verilmiştir?

1. Yaş (>65)
 2. Alkol alımı
 3. Nöbetler
 4. BOS şantları
- a) 1,2,3
b) 1,3

- c) 2,4
d) 4
e) Hepsi doğru

AÇIKLAMA: Antikoagülan alımı da önemli bir risk faktörüdür.

Cevap E (*Greenberg, Handbook of Neurosurgery, 2001, s.664*)

50.Spontan subdural hematom gelişimi için risk faktörleri hangi şıkta doğru olarak verilmiştir?

- a) Hipertansiyon
b) Romatoid artrit
c) Enfeksiyon
d) Alkolizm
e) Hipovitaminozis

AÇIKLAMA: Spontan subdural hematomlar için risk faktörleri, hipertansiyon, vasküler anomaliler, enfeksiyon, alkolizm, hipovitaminozis (özellikle vitamin C eksikliği) ve koagulopatidir.

Cevap B (*Greenberg, Handbook of Neurosurgery, 2001, s.666*)

51.Elli iki yaşında erkek hasta, 26 yıllık profesyonel boks yaşamından sonra son 2 yıldır boks sporunu bırakmış. Son 4 aydır ilerleme gösteren psikolojik semptomlar ile birlikte motor fonksiyon bozuklukları eklendi. Bu hastada aşağıdakilerden hangisi beklenmez?

- a) Mikroskopik beyin dokusu incelemesinde "nörofibriller tangles" izlenir.
b) Amiloid anjiyopati gelişebilir
c) Kognitif fonksiyonlar korunmuştur
d) İntraserebral kanama riski artmıştır
e) 1/3 olguda EEG'de diffüz yavaşlama izlenir.

AÇIKLAMA: Kronik travmatik ensefalopati olgusu tanımlanmaktadır. Sıklıkla boks bırakan profesyonel boksörlerde gelişir. Semptomlar; hafif olabileceği gibi ciddi de olabilir. "Dementia pugilistica" ve "punch drug syndrome" olarak da adlandırılır. Posttravmatik demans veya postravmatik Alzheimer sendromundan farklıdır. **Motor, kognitif ve psikiyatrik semptom ve bulgular ön plandadır.** Tekrarlayan konküzyoların etkisiyle geliştiği genelde kabul edilmektedir. Nöroradyolojik değerlendirmede kavum septum pellucidum genişlemesi insidansı artmış olarak izlenir (%13). Nöropatolojik bulgular; serebral ve serebellar atrofi, kortikal ve subkortikal nörofibriller dejenerasyon, β amiloid birikimi olarak özetlenebilir. "Neurofibrillary tangles" ve amiloid anjiyopati, Alzheimer hastalığında da izlenebilir.

Risk faktörleri:

1. Profesyonel boksörlük süresi (>10 yıl)
2. Boks bırakma yaşı (>28 yaş ise risk yüksek)
3. Boks stili
4. Muayeneye gelme yaşı
5. Müsabaka süresi (uzun süreli müsabakalar riski artırır)
6. Başa aldığı darbelerin sayısal fazlalığı
7. Apolipoprotein E (apo E) ε4 allele (Alzheimer olgularında olduğu gibi) taşıyan kişiler.

Cevap C (*Greenberg, Handbook of Neurosurgery, 2001, s.674*)

52.Elli bir yaşında erkek hasta, piknik amaçlı dağ yolculuğu yapıyor. Dağa ulaştıktan 8 saat sonra baş ağrısı, halüsinasyon ve ataksi geliyor. Takiben serebellar disfonksiyon bulguları belirginleşiyor. Olgunun tedavisinde aşağıdaki önlemlerden hangisi gerekli değildir?

- a) Alkol alımı kesin önlenmelidir
b) Hipnotik uygulaması kontrendikedir
c) Hasta erkenden daha düşük irtifalı yerlere taşınmalıdır
d) 2 lt/dk oksijen nazal inhalasyonuna başlanmalıdır
e) Dekametazon İV verilmelidir

AÇIKLAMA: Tanımlanan tablo yüksek irtifaya çıkmaya bağlı gelişen **ödem** tablosudur. **Akut yüksek irtifa hastalığı;** yüksek irtifalara çıkma sonrası 6-48 saat sonra gelişen akut tablodur. "Acute mountain sickness" tablosu en sık gözükken formudur ve baş ağrısı, anoreksi, dispne, uykusuzluk ve yorgunluk belirtileri ile birlikte gelir. El ve ayaklarda ödem ve pulmoner ödem, oküler bulgular (retinal hemorajiler, papil ödemi ve vitreöz kanamalar) eşlik edebilir. İleri formu ise serebral ödemle birlikte olan formdur. Önlemler olarak yüksek irtifalara çıkılması gerektiğinde aralarda 2-4 günlük duraklamalar vermeli, alkol alımı ve hipnotiklerden kaçınılmalıdır. Sorun gelişmesi durumunda hemen düşük irtifalara transport, 6-12 lt/dk oksijen inhalasyonuna başlanması ve deksametazon başlanması gerekir.

Cevap D (*Greenberg, Handbook of Neurosurgery, 2001, s.674*)

53.Subaraknoid kanama (SAK) risk faktörleri hangi şıkta doğru olarak verilmiştir?

1. Oral kontraseptif kullanımı
2. Sigara kullanımı
3. Kan basıncında günlük değişimler

NÖROŞİRURJİ

4. Gebelik

- a) 1,2,3
- b) 1,3
- c) 2,4
- d) 4
- e) Hepsi doğru

AÇIKLAMA: SAK risk faktörleri:

Hipertansiyon, oral kontraseptif kullanımı, madde bağımlılığı (sigara, kokain, alkol (tartışmalı)), kan basıncında günlük değişimler, gebelik ve lohusalık, LP ve anjiyografi (anevrizmalı olgularda), ileri yaş.

Cevap E (*Greenberg, Handbook of Neurosurgery, 2001, s.755*)

54. Steroid tedavisi alan olgularda ilacın ani kesilmesi sonrası ortaya çıkabilen adrenal yetmezlik bulguları hangi şıkta doğru olarak verilmiştir?

- 1. Yorgunluk
 - 2. Atralji
 - 3. Anoreksi
 - 4. Hipotansiyon
- a) 1,2,3
 - b) 1,3
 - c) 2,4
 - d) 4
 - e) Hepsi doğru

AÇIKLAMA: Bu bulgulara ek olarak; kusma, güçsüzlük, ortostatik baş dönmesi, hipoglisemi, dispne ve ciddi olgularda Addisonian kriz ve buna bağlı tedavi edilmeme durumunda ölüm gelişebilir.

Cevap E (*Greenberg, Handbook of Neurosurgery, 2001, s.10*)

55. "Tethered cord syndrome" (gerili kord sendromu) olgularında klinik semptom ve bulgular hangi

şıkta doğru olarak verilmiştir?

- 1. Dermal sinüs
 - 2. Ayak deformitesi
 - 3. Skolyoz
 - 4. Hipertrikoz
- a) 1,2,3
 - b) 1,3
 - c) 2,4
 - d) 4
 - e) Hepsi doğru

AÇIKLAMA: "Tethered cord syndrome"lu olgularda izlenebilen bulgular: deri bulguları (hipertrikoz (%22), subkutan lipom (%15), dermal sinüs, hemanjiyomatoz renk değişikliği vb), yürüyüş bozukluğu (%93), kas atrofisi (%63), sensoriyal defisit (%70), mesafe disfonksiyonu (%40), bel ve/veya bacak ağrısı (%37), skolyoz ve kifoz (%29), spina bifida (%98).

Cevap C (*Greenberg, 159*)

56. Aşağıdaki özelliklerden hangisi beyin omurilik sıvısı için yanlış seçenektir?

- a) Özgül ağırlığı 10007 civarındadır
- b) pH'sı 7.33-7.35
- c) %80'den fazlası koroid pleksuslar kaynaklıdır
- d) Yeni doğanda yaklaşık hacmi 30 ml'dir
- e) Erişkinlerde yapım hızı yaklaşık olarak 0.3-0.35 ml/dk'dır

AÇIKLAMA: Yeni doğan dönemde hacmi yaklaşık 5 ml, erişkinlerde 150 ml'dir. Yeni doğan dönemde yapım hızı yaklaşık olarak 25 ml/gün, erişkinlerde 0,3-0,35 ml/dak (450-750 ml/gün)'dür. Basınç değeri ise yeni doğanda 9-12 cm H₂O, çocuklarda <15 cm H₂O, erişkinlerde ise 7-15 cm H₂O (<18-20)'dur.

Cevap D (*Greenberg, 164*)

ÇOCUK CERRAHİSİ

1. Panda gözü bulgusu çocukluk çağı tümörlerinden hangisinde bulunur?

- Wilms tümörü
- Nöroblastoma
- Teratoma
- Rabdomiyosarkoma
- Hepatoblastoma

AÇIKLAMA: Nöroblastoma, sempatik gangliyonlara ve adrenal medullaya kaynak oluşturan nöral krest hücrelerinden gelişir. Nöroblastomaların %92 kadarı biyokimyasal olarak aktiftir. **Vanililmandelik asit (VMA), homovanilik asit (HVA)** veya bir başka katekolamin metabolitini salgırlar. Vakaların %25'inde hipertansiyon bulunur ve tümörün katekolamin yapımı ile ilgilidir. Üst mediastende veya boyunda gelişen tümörler stellat ganglionu tutabilir ve **Horner sendromu** (lezyon tarafında pitozis, miyozis, enoftalmus ve irisin heterokromisi ile karakterize)'na sebep olabilir. Orbitaya metastaz olması propitozis veya bilateral orbita ekimozu oluşturabilir (**panda gözleri**). **Bir çocukta travma hikâyesi olmaksızın bilateral orbita ekimozu varlığı daima malignansi işareti olmalıdır.**

Cevap B (O'Neill, Principles of Pediatric Surgery, 2.baskı, 2003, s.212,385,410,437,664)

2. Özofagus atrezisinin tiplerinden en sık görüleni hangisidir?

- İzole özofagus atrezisi
- Proksimal fistüllü distal atrezi
- Proksimal ve distal fistüllü atrezi
- Distal fistüllü proksimal atrezi
- Atrezisis fistül

AÇIKLAMA: Özofagus atrezisi (ÖA) ve Trakeoözofageal fistül (TÖF) ya tek başlarına veya çoğunlukla birlikte bulunurlar.

1. **ÖA ve distal TÖF:** En sık görülen anomali tipidir ve %85-90 oranında görülür. Üst özofagus ucu kör olarak sonlanır ve çapı artmış, duvarı kalınlaşmıştır. Alt özofagus ucu ise trakeaya açılır.

2. **Tek başına ÖA:** İkinci sıklıkla ve %5-7 oranında görülür. Sadece ÖA vardır ve TÖF bulunmaz. Proksimal ve distal özofagus uçları arasında uzun bir mesafe vardır.

3. **Tek başına TÖF:** Üçüncü sıklıkla ve %2-6 oranında görülür. Özofagus devamlılığı tam olup, ÖA yoktur ve

trakea ile özofagus arasında bir fistül vardır. H tipi veya N tipi fistülde denilir.

4. **ÖA ve çift fistül:** Atreziye ilaveten, üst ve alt özofagus uçları ile trakea arasında 2 ayrı fistül vardır ve %3 oranında görülür.

5. **ÖA ve proksimal TÖF:** ÖA'ne ek olarak, proksimal uç ile trakea arasında bir ilişki vardır ve %1 oranında görülür.

Cevap D (O'Neill, Principles of Pediatric Surgery, 2.baskı, 2003, s.212,385,410,437,664)

3. Çocukluk çağı inguinal bölge patolojilerinden hangisi daha sıklıkla görülür?

- Hidrozel
- İnmemiş testis
- Inguinal herni
- Testis torsiyonu
- Varikozel

AÇIKLAMA: Inguinal herni: P.vaginalis'in distal kısmının kapanıp inguinal kanal içindeki proksimal bölümünün açık kalması ile ortaya çıkar. Erkek çocuklarda daha çok, ince bağırsakların, kız çocuklarda ise overlerin açık kalan bu fitik kesesi içerisine girmesi, klinikte inguinal bölgede bir şişlik ile kendisini gösterir. **Çocuk yaş gurubunda fitikler erişkinlerden farklı olarak hemen daima indirek tiptedir.** Fitikların %60'ı sağ, %30'u solda görülür, %10'u bilateraldir. Normal çocuk popülasyonunda %1-2 oranında görülmesine karşın prematürelde %30'a kadar yükselebilir. Erkek çocuklarda kızlara oranla 8-9 kez daha sık rastlanır.

Cevap C (O'Neill, Principles of Pediatric Surgery, 2.baskı, 2003, s.212,385,410,437,664)

4. Aşağıdaki kan hastalıklarından hangisinde splenektomi tam olarak tedavi edici özelliğe sahiptir?

- Herediter sferositoz
- İdiyopatik trombositopenik purpura
- Herediter eliptositoz
- Talassemi
- Orak hücreli anemi

Cevap A (O'Neill, Principles of Pediatric Surgery, 2.baskı, 2003, s.212,385,410,437,664)

5. Orta düzeyde düşük doğum ağırlığı olan bebeği ifade ederken hangi ağırlıklar arası anlaşılır?

- 2500-3000 gr
- 2000-2500 gr

ÇOCUK CERRAHİSİ

- c) 500-1000 gr
- d) 1500-2500 gr
- e) 1000-1500 gr

AÇIKLAMA: Prematür çocuklar gestasyon yaşında daha çok olarak doğum ağırlıklarına göre gruplara ayrılırlar, çünkü bu bilgi gestasyonun ne kadar sürdüğünün hesaplanmasında kullanılır. Orta düzeyde düşük doğum ağırlığı denilince **1500-2000 gram** arası kabul edilir ve bu grup prematür doğumların %82'sini kapsar.

Cevap D (O'Neill, *Principles of Pediatric Surgery*, 5. baskı, 1.cilt, 1998, s.43)

6. Prematür doğumlarda, hayatta kalma ve gelişebilecek kalıcı hasarlar açısından, hangisi anlam taşımaktadır?
- a) Transepteliyal sıvı kaybı
 - b) Dalak maturasyonu
 - c) Böbrek konumu
 - d) Dilde defekt
 - e) Gastrointestinal anomali

AÇIKLAMA: Prematürlerde klinik uygulamalar, hayatta kalım ve kalıcı hasarların oluşumu açısından özellikle dikkat edilmesi gereken 3 özellik vardır: Sürfaktan eksikliği, serebrovasküler immatürite ve transepteliyal sıvı kaybı.

Cevap A (O'Neill, *Principles of Pediatric Surgery*, 5. baskı, 1.cilt, 1998, s.43)

7. Akciğerlerde yüzey gerilimini düşürerek solunumu kolaylaştıran sürfaktan bu görevini nasıl yapar?
- a) Alveol iç yüzeyinde esnek olmayan bir yapı oluşturarak
 - b) Alveollerden interstisiyel ortama doğru baskı yaparak
 - c) Hava-epitel-sıvı arasında yüzey gerilimini düşürerek
 - d) Hava-epitel arasında yüzey gerilimini düşürerek
 - e) Epitel-sıvı ortamında negatif baskı yaparak

AÇIKLAMA: Hava-epitel-sıvı arasında yüzey gerilimini düşüren sürfaktan alveolar stabiliteyi sağlar ve kollabe olmasını engeller.

Cevap C (O'Neill, *Principles of Pediatric Surgery*, 5. baskı, 1.cilt, 1998, s.44)

8. Sürfaktan eksikliği olan prematür bebeklerde akciğer grafisi bulguları nasıldır?
- a) Yer yer atelettazi ve atelettazi komşuluğunda havalanma fazlalığı gösteren akciğer dokusu
 - b) Yama tarzında atelettazi
 - c) Akciğer çok büyük kısmında buzlu cam görüntüsü

- d) Özellikle akciğerin alt loblarında olan ve perihiler heterojen atelettazi
- e) Üst loblarda belirgin havalanma fazlalığı ile görülen yer yer atelettazi

AÇIKLAMA: Sürfaktan eksikliği olan preterm bebeklerde küçük alveoller kollabe olur, **yama tarzında atelettaziler** oluşur ve komşu alveollerdeki aşırı gerilmeye bağlı olarak **nonhomojen alveoler havalanma** görülür.

Cevap A (O'Neill, *Principles of Pediatric Surgery*, 5. baskı, 1.cilt, 1998, s.44)

9. Çocuklarda şok bulgusunun kolayca tespit edilebilmesi için kiloya göre en az ne kadar kan kaybedilmesi gerekir?
- a) 80 ml/kg
 - b) 60 ml/kg
 - c) 40 ml/kg
 - d) 30 ml/kg
 - e) 20 ml/kg

AÇIKLAMA: Çocuklarda kabul edilen kan hacmi 80 ml/kg'dır. Bu kanın %25'inin kaybı şoka sebep olabilir. Bu kısım ise 20 ml/kg'a denk gelmektedir. Bu miktardaki sıvı kaybedilirse şok teşhisi belirtilerini tespit etmek kolaylaşır.

Cevap E (O'Neill, *Principles of Pediatric Surgery*, 5. baskı, 1.cilt, 1998, s.241)

10. Travmaya müdahale edilirken, patofizyolojik olarak, çocuklarla erişkinler arasındaki en belirgin fark olarak akılda tutulması gereken oluşum hangisidir?
- a) Kardiyovasküler sistem
 - b) Laringotrakeal yapı
 - c) Beyin dokusu
 - d) Kemik ve kemik iliği
 - e) Akciğerler

AÇIKLAMA: Çocuklarda erişkinleri birbirinden ayıran en önemli faktör obstrüksiyona yatkınlık yapan ve kısmen dar olan havayoludur. Öne ve yukarı yerleşim gösteren glotis nazotrakeal entübasyonu güçleştirir. Bu yüzden acil durumlarda müdahale zordur.

Cevap B (O'Neill, *Principles of Pediatric Surgery*, 5. baskı, 1.cilt, 1998, s.246)

11. Kaburga kırıklarının çocuk suistimali vakalarında en çok rastlanan lokalizasyonu hangisidir?
- a) Kostotransvers ekleme yakın olan kaburga boynunda
 - b) Kaburganın orta kısmında ve 3 yerde

- c) Sternokostal eklemeye yakın
 d) Sternokostal ekleme kaburga ortasına doğru transvers şekilde
 e) Kostotransvers eklemden kaburga ortasına doğru transvers şekilde

AÇIKLAMA: Suistimale uğrayan bebeklerde ve çocuklarda kaburga kırığı sıklıkla görülür. Bu kırıklar toraksın anteroposterior baskıya uğraması ile oluşur. Bu çocuklarda tipik olarak kostatransvers eklemeye yakın olan kaburga boynunda oluşur.

Cevap A (O'Neill, *Principles of Pediatric Surgery*, 5. baskı, 1.cilt, 1998, s.249)

12. Travma geçiren çocuklarda akciğer grafisi çekilmesinin önemi nedir?
 a) Adli işlemlerde kullanılması
 b) Basit pnömotoraks vakalarının semptomsuz olması
 c) Rutin işlem olarak kabul edilmesi
 d) Takiplerde kolaylık sağlaması
 e) Aileye sağlıklı bilgi aktarılması

AÇIKLAMA: Basit pnömotoraks solunumsal distres, takipne, etkilenen tarafa hava girişinde azalma, oksijen desaturasyonu yapabilir. Dikkatli incelemede toraks duvarı abrazyonu, krepatasyon, trakeal itilmesi yapabilir. Ne var ki çoğu hastalar klinik bulgu veya belirti gösteremeyebilir.

Cevap B (O'Neill, *Principles of Pediatric Surgery*, 5. baskı, 1.cilt, 1998, s.249)

13. Tansiyon pnömotoraks tanısı konan çocuklarda en geç gelişen belirti hangisidir?
 a) Diafram düzleşmesi
 b) Mediastinumun karşıya itilmesi
 c) Belirgin siyanoz
 d) Nabız ve solunum hızlanması
 e) Trakeanın karşıya itilmesi

AÇIKLAMA: Tansiyon pnömotoraks tek taraflı valv etkisi yaparak plevral boşluğa hava geçerken buradan dışarı çıkamaz. Sonuç olarak ipsilateral akciğer kollabe olur ve kalbe venöz dönüşü azaltır. Nabız ve solunum hızlanır. Trakea hastalanan taraftan diğer tarafa itilir. Aynı taraf toraks havadan dolayı hiperrezonans olur. Belirgin siyanoz geç bulgudur.

Cevap C (O'Neill, *Principles of Pediatric Surgery*, 5. baskı, 1.cilt, 1998, s.249)

14. Akciğer kontüzyonu olan çocuklarda nadiren görülen klinik tablo hangisidir?
 a) Solunumsal distres sendromu
 b) Akciğerde kanama
 c) Atelektazi

- d) Pulmoner ödem
 e) Mekanik ventilasyon ihtiyacı

AÇIKLAMA: Pulmoner kontüzyon ödem ve atelektazi olduğunda ilerleyici olabilir. Kanama da gözlenebilir. Mekanik ventilasyon ihtiyacı da az gözlenmekle beraber solunumsal distres sendromu neredeyse hiç gözlenmez.

Cevap A (O'Neill, *Principles of Pediatric Surgery*, 5. baskı, 1.cilt, 1998, s.252)

15. Aşağıdaki çocukluk çağı tümörlerinden hangisinde vena kava ve atriuma kadar uzanan tümör trombüsü görülebilir?

- a) Rabdomiyosarkom
 b) Teratom
 c) Nöroblastom
 d) Wilms tümörü
 e) Lenfoma

AÇIKLAMA: D seçeneği dışındaki seçeneklerde verilen tümörler esas olarak lenfatik yolla yayılım gösterirken, Wilms tümörü ayrıcalıklı olarak, esas hematogen yayılım göstermektedir. Renal ven, vena kava inferior ve bazen atriuma kadar uzanan tümör trombüsü klasik bilgi olarak Wilms tümöründe görülebilmektedir.

Cevap D (Carachi, *The Surgery of Childhood*, 1.baskı, 1999, s.133)

16. Aşağıdakilerden hangisi nöroblastomda kötü prognoz göstergelerinden biri değildir?

- a) Hastanın 1 yaşından büyük olması
 b) Nmyc kopya sayısının 10'un üzerinde olması
 c) Tümör evresinin 4S olması
 d) Tümörün retroperitoneal yerleşimli olması
 e) 1p kromozomunda heterozigosite kaybı olması

AÇIKLAMA: Nöroblastomlu hastanın 1 yaşından büyük olması, kitlenin retroperitoneal yerleşimli olması, 1p'de heterozigosite kaybı bulunması gibi faktörler eskiden beri bilinen kötü prognoz göstergeleridir. Oldukça önemli ve riske göre tedavi yaklaşımının temelini oluşturan bir diğer kötü prognostik faktör Nmyc geninin 10 kopyadan fazla olmasıdır. **Evre 4S tümör ileri evre olmasına rağmen iyi prognoza işaret eden özel bir gruptur** ve bu gruptaki hastalarda yaşam beklentisi %80'e ulaşmaktadır.

Cevap C (O'Neill, *Pediatric Surgery*, 5.baskı, 1998, s.415)

17. Aşağıda belirtilen çocukluk çağı mediastinal kitlelerinden hangisi ön mediastende yerleşir?

- a) Teratom
 b) Nörojenik tümör
 c) Bronkojenik kist
 d) Duplikasyon kisti
 e) Nöroenterik kist

AÇIKLAMA: Mediastinal teratomlar çok ender olarak arka mediastende de görülebilmelerine rağmen esasen ön mediastende yerleşirler. B, C, D ve E seçeneklerinde verilen kitleler ise klasik olarak arka mediastende rastlanan kitlelerdir.

Cevap A (O'Neill, Pediatric Surgery, 5.baskı, 1998, s.843-845,847)

18.Karın ön duvarında anormalliğe yol açan aşağıdaki doğmalık sorunlardan en ağır olanı hangisidir?

- a) Gastroşizis
- b) Omfalosel
- c) Ektrofia vezikalıs
- d) Duplike ekstrofi
- e) Ekstrofi kloaka

AÇIKLAMA: Ekstrofi kloaka; omfalosel, ekstrofik mesane yarılı ve bunların arasında yer alan ekstrofik çekum değişik derecelerde anorektal ve genital anomalilerin bir arada görüldüğü bir anomalidir. Bu hastalarda eşlik eden ağır merkezi sinir sistemi anomalileri de hastalığı ağırlaştırmaktadır.

Cevap E (O'Neill, Pediatric Surgery, 5.baskı, 1998, s.1733)

19.Bir hafta önce başlayıp giderek artan şiddette açık renkli kusma yakınması olan 1 aylık erkek hastada en olası cerrahi sorun aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Gastroözofageal reflü hastalığı
- b) Akalazya
- c) Pilor duplikasyonu
- d) İnfantil hipertrofik pilor stenozu
- e) Malrotasyon

AÇIKLAMA: Tarif edilen klinik tablo infantil hipertrofik pilor stenozunun klasik başvuru tablosudur. A, B ve C seçeneklerinde verilen hastalıklar açık renkli kusma yapmakla birlikte klinik seyri veya görülme yaşları verilen tabloya uymamaktadır. Malrotasyon ise duodenal tıkanıklığa yol açabilen ve safralı kusma yapan bir patolojidir.

Cevap D (O'Neill, Pediatric Surgery, 5.baskı, 1998, s.1112)

20.Nekrotizan Enterokolit tanısıyla izlenmekte olan hastada aşağıdakilerden hangisinin gelişmesi cerrahi endikasyondur?

- a) Karın distansiyonunda artış
- b) ADKG'de pnömotozis intestinalıs
- c) Süreklilik gösteren trombositopeni ve hiponatremi

- d) Rektal kanama
- e) Safralı kusma

AÇIKLAMA: Nekrotizan enterokolitin erken klinik bulguları, karında distansiyon, gaytada kan, apne gibi bulgulardır. ADKG'de bağırsak distansiyonu, portal vende gaz görünümü, pnömotozis intestinalıs olabilir. Trombositopeni, asidoz ve hiponatreminin saptanması komplike NEK'e gidişe işaret eder.

Cevap C (Ashcraft KW: Pediatric Surgery, 3. Baskı, 2000, 443-447)

21.Wilms tümörü aşağıdakilerden hangisiyle birliktelik göstermez?

- a) Aniridi
- b) Beckwith-Wiedemann sendromu
- c) Hipospadiyas
- d) Kriptorşidizm
- e) Fimozis

AÇIKLAMA: Wilms tümörü ve aniridi, Beckwith-Wiedemann sendromu, hipospadiyas, kriptorşidizm, hemihipertrofi birlikteliği gösterilmiştir. Ancak fimozisle arasında bir ilişki yoktur.

Cevap E (Ashcraft KW: Pediatric Surgery, 3. Baskı, 2000, 859-861)

22.Jejunoileal atreziler için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Sıklıkla tek atrezik segment olmasına rağmen olguların %6-21'inde çok sayıda atrezik segment görülebilir.
- b) Jejunal atrezilerde ayakta çekilen karın grafisinde birkaç hava sıvı seviyesi vardır.
- c) Hemen sıvı elektrolit tedavisine başlanmalıdır.
- d) Her beslenmeden sonra anne sütünü kusarlar.
- e) Nazogastrik tüp dekompresyonu kusma ve aspirasyonu önler.

AÇIKLAMA: Jejunoleal atrezili bebekler yediğini içerir tarzda değil safralı kusarlar.

Cevap D (Ascraft, Pediatric Surgery, 3.baskı, 2000, s.406-434)

23.Gastroşizis için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Karın ön duvarında göbek kordonunun lateralinde bir defekt vardır.
- b) Gastroşiziste omfaloselin aksine diğer sistemleri ilgilendiren anomalilere daha az rastlanır.
- c) Gastroşizisli bebeklerde prematürite oranı %50-75 arasındadır.
- d) Ödemli ve kalınlaşmış bağırsaklar nedeniyle uzun süre TPN yapılması gerekebilir.
- e) Büyük çaplı gastroşizislerde kese antiseptik

solüsyonlarla (Mersol, alkol, zefiran) boyanarak üzerinin epitelize olması beklenebilir.

AÇIKLAMA: Gastroşiziste karın ön duvarında göbek kordonunun lateralinde bir defekt vardır ve bağırsaklar karın dışındadır. Bağırsaklar uzun süre amniyon sıvısının etkisi altında kalmış olduklarından, rüptüre omfaloselde olduğu gibi ödemli ve kalın duvarlıdır. Üzerleri fibrinle kaplıdır. Omfaloselli bebeklerde prematürite nadir olmasına rağmen, gastroşiziste prematürite oranı %50-75 arasındadır. Buna karşılık gastroşizisli bebeklerde omfaloselin aksine diğer sistemleri ilgilendiren anomalilere nadir rastlanır. Ödemli ve kalınlaşmış bağırsaklar nedeniyle, bu bebeklere uzun süre TPN yapılması gerekebilir. Gastroşiziste bağırsaklar karın dışındadır ve üzerlerinde kese bulunmaz. Üzerinde kese bulunan büyük çaplı omfalosellerde, kese antiseptik solüsyonlarla (Mersol, alkol, zefiran) boyanarak üzerinin epitelize olması beklenebilir.

Cevap E (*Başaklar, Yenidoğanın Cerrahi Hastalıkları, 1.baskı, 1994, s.335*)

24.Aşağıdakilerden hangisi invajinasyonla ilgili yanlıştır?

- İnvajinasyon herhangi bir yaşta oluşabilir, ancak en sık 5-9 aylık bebeklerde görülür.
- İnvajinasyon kramp biçiminde karın ağrısı oluşturur. Hiperekstansiyon, kıvrınma ve nefesi tutmayı kusma izler.
- Bağırsak iskemisinin ilerlemesiyle koyu kırmızı renkte, mukuslu pıhtılar biçiminde (çilek jölesi benzeri) dışkılama başlar.
- Karın ağrısı atakları arasındaki rahatlama döneminde, karnın herhangi bir bölgesinde kitle palpe edilebilir.
- Tedavide tek seçenek ameliyattır.

AÇIKLAMA: Uygun koşullarda hidrostatik veya pnömotik redüksiyon denenmelidir. Ancak bağırsak nekrozu, peritonit, ilerlemiş sepsis ve perforasyon bulgularının varlığında hidrostatik ya da pnömotik redüksiyon yapılmamalıdır.

Cevap E (*Ascraft, Pediatric Surgery, 3.baskı, 2000, s.518-526*)

25.Çift hava sıvı seviyesi işareti "Double-bubble sign" hangi anomalide görülür?

- Duodenal atrezi
- Hipertrofik pilor stenozu
- Konjenital diyafraam hernisi
- Özofagus atrezisi
- Anal atrezi

AÇIKLAMA: Çift hava sıvı seviyesi işareti "Double-bubble sign" duodenal atrezide görülür.

Cevap A (*Başaklar, Yenidoğanın Cerrahi Hastalıkları, 1.baskı, 1994, s.163*)

26.Konjenital aganglionik megakolonda (Hirschsprung hastalığı) kesin tanı nasıl konur?

- Baryumlu kolon grafisi
- Laparotomi
- Ayakta karın grafisi
- Rektal biyopsi
- Anal manometri

AÇIKLAMA: Konjenital aganglionik megakolon hastalığında en kesin tanı yöntemi, rektal biyopsi yapılmasıdır.

Cevap D (*Başaklar, Yenidoğanın Cerrahi Hastalıkları, 1.baskı, 1994, s.227*)

27.İnguinal herni ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Çocuklarda görülen inguinal herniler açık processus vaginalis içine karın içi elemanlarının girmesiyle oluşan indirekt hernilerdir
- Vakaların %60'ında fıtık sağ taraftadır
- Erkeklerde kızlardan daha sık görülür
- İnguinal herninin en sık komplikasyonu inkarserasyondur
- Prematür bebeklerde inguinal herni saptandığında ameliyat için 1 yaşına kadar beklenmelidir

AÇIKLAMA: İnguinal herni çocukluk çağında en sık operasyon gerektiren hastalıklardan biridir. Çoğunlukla konjenital olup, açık processus vaginalis içine karın içi elemanlarının girmesiyle oluşan indirekt hernilerdir. İnguinal herninin en sık fizik muayene bulgusu; erkeklerde kasık veya skrotumda, kızlarda ise labium majus üzerinde görülen şişliktir. %60 sağ, %25 sol ve %15 bilateraldir. İnguinal hernili hastalarda en sık görülen komplikasyon bağırsak inkarserasyonudur. Prematür doğan bebekler genelde hospitalizasyona ihtiyaç duyarlar ve bu bebeklerdeki yüksek inkarserasyon riski nedeni ile taburcu edilmeden hemen önce opere edilmeleri uygundur.

Cevap E (*Rowe, Essential of Pediatric Surgery, 1995, s.446*)

28.Koroziv madde içme şikayeti ile acil servise başvuran bir çocuk hasta için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- Hemen kusturulmalıdır.
- Yaşına uygun bir nazogastrik takılıp alkali bir madde verilerek nötralizasyon denenmelidir.
- Sıvı gıdalar verilerek beslenme çok geciktirilmeden başlanmalıdır.
- Erken dönemde ağızdan beslenme kesilmeli ve

IV beklenme yapılmalıdır.

- e) Hasta stabil hale getirilip yanık derecesinin tespiti için özofagus-mide-duodenum grafisi çekilmelidir.

AÇIKLAMA: Koroziv özofajit öykülü bir hasta asla kusturulmamalıdır. Çünkü kusma sırasında yakıcı madde özofagustan geçerken ikinci kez yanık oluşturur. Yakıcı maddenin zıddı ile nötralizasyon hem mantıksız, hem de tehlikeli olup denenmemelidir. Alınacak sıvı ya da katı gıdalar ile bakteriyel kontaminasyon gelişebileceğinden, erken dönemde ağızdan beslenme kesilmeli ve IV besleme yapılmalıdır. Hasta stabil hale getirildikten sonra en kısa zamanda yanık şiddetini araştırmak için tanı amaçlı özofagoskopi yapılmalıdır. **Tedavide asıl önemli olan; yanık sonrası dönemde gelişebilecek bir komplikasyon olan darlığı önlemektir.** Darlık önleyici tedaviler arasında kortizon tedavisi, stent uygulaması, özofagus dilatasyonu ve diğer cerrahi yöntemler mevcuttur.

Cevap D (Rowe, *Essential of Pediatric Surgery*, 1995, s.411)

29.Aşağıdakilerden hangisi invajinasyon için yanlıştır?

- a) İnvajinasyon proksimal bağırsak kısmının, distal bağırsak kısmına teleskopik şekilde girmesidir.
b) En sık 5-9 ay arasındaki çocuklarda gözlenir.
c) Çilek jölesi şeklinde gaita görülür.
d) En sık ileoileal invajinasyon görülür.
e) Ultrasonografide target işareti ve psödoböbrek işareti karakteristiktir.

AÇIKLAMA: İnvajinasyon proksimal bağırsak kısmının distal bağırsak kısmı içine teleskopik şekilde girmesidir. **En sık 5-9 aylık ve iyi beslenmiş çocuklarda görülür.** Gaitanın kanla karışmasıyla çilek jölesi gaita görülür. İnvajinasyon %80 ileokoliktir. İleoileal, çekokolik, kolokolik, jejunojejunal tipte de olabilir. Ultrason ile değerlendirilebilir. **Ultrasonda target ve psödokidney işaretleri karakteristiktir.**

Cevap D (Ashcraft, *Pediatric Surgery*, 3.baskı, 2000, s.518)

30.Aşağıdakilerden hangisi konjenital diafragma hernisi (KDH) için yanlıştır?

- a) KDH en sık sol yanda görülür.
b) Prenatal ultrasonografi ile tanınabilir.

- c) Solunum zorluğu varsa öncelikle maske ile solunum desteği sağlanmalıdır.
d) Akciğer radyografisinde konjenital kistik adenoid malformasyon ile karışabilir.
e) Yenidoğanda pulmoner hipertansiyon ve persistan fetal sirkülasyon gelişebilir.

AÇIKLAMA: %85-90 posterolateral diafragma hernisi şeklindedir. Posterolateral diafragma hernisi %80-90 soldadır. Prenatal ultrasonda, polihidramniyoz, göğüste bağırsak lupları, midenin göğüste görülmesi, mediastinal şift ve fetal hidrops görülebilir. Şiddetli solunum yetmezliği agresif resüsitasyon gerektirir. İlk müdahale endotrakeal entübasyon olmalıdır. Maske ventilasyonundan kaçınılmalıdır. Böylece mide ve bağırsaklara hava geçişi önlenmelidir. Tanı radyografi ile doğrulanmalıdır. Akciğer grafisinde bağırsaklara ait hava, hava-sıvı seviyeleri, mediastinal şift görülebilir. Akciğer grafisi konjenital kistik adenoid malformasyona benzer. Hipoksi, asidoz, hiperkarbi, hipotermi pulmoner hipertansiyona ve persistan fetal sirkülasyona yol açar. Sağdan sola şant oluşur.

Cevap C (Ashcraft, *Pediatric Surgery*, 3.baskı, 2000, s.300)

31.Gastroşizisin özelliği olmayan aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Vakaların %30-70'inde multipl konjenital anomali vardır.
b) Defekt umblikus sağ lateralindedir.
c) Eviscere organlar üzerinde koruyucu peritoneal kese yoktur.
d) Ödemli bağırsaklar ve hipoproteinemi vardır.
e) TPN gerektiren GIS fonksiyon gecikmesi vardır.

AÇIKLAMA:

	<u>Omfalosele</u>	<u>Gastroşizis</u>
Lokalizasyon	Umbilikal ring	Lateral
Defekt büyüklüğü	Büyük (2-10 cm)	Küçük (2-4 cm)
İçerik	Karaciğer, bağırsak	Bağırsak, gonad
Bağırsak görünümü	Normal	İnflame, ödemli
GIS fonksiyonu	Normal	Gecikmiş
Ek anomali	%30-70	%10-15
Birlikte anomaliler	Beckwith-Wideman, Trizomi 13,15,16,18 Cantrell's pentolojisi	Nadir

Cevap A (O'Neil, *Pediatric Surgery*, 2.baskı, 2004, s.423)