

Türkiye Klinikleri

MEDİTEST Dergisi

EDİTÖR

Prof.Dr.Hikmet AKGÜL (Ankara)

YAYIN SEKRETERİ

Dr.İbrahim ERSOY (Ankara)

SORU HAZIRLAYAN ÖĞRETİM ÜYELERİ

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

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

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

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

-İsimler Soyadı sırasına göre alfabetik olarak sıralanmıştır.

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

BİLİMSEL YAZIŞMA

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

YAYIN PERİYODU VE TÜRÜ

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

ABONE İŞLEMLERİ

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

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

ON-LINE ABONELİK

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

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

Abonelik işlemleri ile ilgili tüm sorularınız için:

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

ADRES DEĞİŞİKLİKLERİ

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

REKLAM İŞLEMLERİ

Dergiye reklam vermek isteyen tüm kişi ve kurumlar için:

Dr.Deniz Akagündüz, Sultan Çuhadar
Reklam Servisi

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

YAYIN HAKKI

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

BASILDIĞI YER-BASIMCI-YAYIMCI

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

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

Dr.Mehmet Battin Akgül

Yönetim Yeri:

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



Türkiye Klinikleri

MEDİTEST Dergisi

Cilt 15

Sayı 4

2006

İÇİNDEKİLER

181	205
Üroloji	Adli Tıp
187	207
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi	Aile Hekimliği
194	209
Ortopedi ve Travmatoloji	Dermatoloji
196	219
Nöroşirurji	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon
198	223
K.B.B	Nöroloji
203	228
İlk ve Acil Yardım	Nükleer Tıp ve Radyasyon Onkolojisi
	232
	Pediyatri

ISSN: 1300-0276

C i l t : 1 5 • S a y ı : 4 • 2 0 0 6

Cilt : 15 • Sayı : 4 • 2006 • Sayfa: 181-240

ÜROLOJİ

1. Renal displazili bir olguda aşağıdakilerden hangisi displazi ile beraber en çok görülür?

- a) Ektopik üreteresel
- b) Posterior üretral valv
- c) Üretropelvik bileşke darlığı
- d) Veziko-üreteral reflü
- e) Basit üreteresel

AÇIKLAMA: Renal displazi bu anomalilerle birlikte nadiren görülür. Ancak renal displazili bir hastada displaziye en çok renal bölgede ektopik üreteresel olgusu eşlik eder.

Cevap A (Walsh, Renal dysplasia and cystic disease of the kidney, Campbell's Urology. s.1794)

2. Erkek üreme sisteminde inhibin hormonu nereden salgılanır?

- a) Leydig hücresi
- b) Sertoli hücresi
- c) Hipotalamus
- d) Epididimal hücreler
- e) Hipofiz

AÇIKLAMA: İnhibin, sertoli hücreleri ve germinal epitel fonksiyonunu gösteren ve sertoli hücrelerinden salgılanan bir hormondur.

Cevap B (Walsh, Campbell Urology, 8. baskı, 2005. s.1449)

3. Erkek infertilitesinde belirlenen en sık genetik etiyolojik patoloji nedir?

- a) XYY sendromu
- b) Noon's sendromu
- c) Klinefelter's sendromu
- d) Y kromozomu delesyonu
- e) XXY sendromu

AÇIKLAMA: Erkek infertilitesindeki en sık etiyolojik kromozom paterni Klinefelter's sendromudur.

Cevap C (Walsh, Campbell Urology, 8. baskı, 2005. s.1504)

4. Penis detümesansında etkili olan aşağıdakilerden hangisidir?

- a) NO
- b) Fosfodiesteraz tip-5
- c) Fosfodiesteraz tip-3
- d) Asetilkolin
- e) Nöropeptid P

AÇIKLAMA: Yumuşak duruma geri dönüş sırasında cGMP, oldukça spesifik olan cGMP bağlayan fosfodiesteraz tip-5 tarafından GMP'ye hidrolize edilir.

Cevap B (Walsh, Campbell Urology, 8. baskı, 2005. s.1601)

5. Prostat düz kas tonusu hangi α -1 reseptör subtipi tarafından sağlanır?

- a) α -1a
- b) α -1b
- c) α -1c
- d) α -1d
- e) α -1e

AÇIKLAMA: Prostat düz kas tonusu, α -1a adrenoreseptörler yoluyla kontrol edilir.

Cevap A (Walsh, Campbell's Urology, 8. baskı, 2002. s.1350)

6. Prostat taşlarında en sık hangi kimyasal yapıya rastlanır?

- a) Sistin
- b) Ürik asit
- c) Ksantin
- d) Struvit
- e) Kalsiyum fosfat

AÇIKLAMA: Corpora amylacea biriken bu tozlar, prostat taşlarına yol açar.

Cevap E (Walsh, Campbell's Urology, 8. baskı, 2002. s.3287)

7. Bir yaşında inmemiş testis görülme sıklığı ne kadardır?

- a) %7
- b) %4
- c) %1
- d) %0.1
- e) %10

AÇIKLAMA: Bir yaşında bu oran %1 olarak bulunmuştur. Erkek çocukların sistemik muayenelerinde mutlaka testis kontrolü de yapılmalıdır.

Cevap C (Walsh, Campbell's Urology, 8. baskı, 2002.

ÜROLOJİ

s.2356)

8. Seminomda tüm evrelerdeki toplam şifa şansı yaklaşık ne kadardır?

- a) %20
- b) %30
- c) %40
- d) %50
- e) %90

AÇIKLAMA: Seminomlarda radikal orşiektomi ve radyoterapi gerekirse de, kemoterapi sonrası hastalığın tamamen tedavi olma şansı, birçok yayında %90 civarında verilmektedir.

Cevap E (Walsh, Campbell's Urology, 8. baskı, 2002. s.2890)

9. Penil ereksiyon için gerekli nörotransmitter hangisidir?

- a) Asetilkolin
- b) Noradrenalin
- c) NO
- d) Fosfodiesteraz tip 3
- e) Nöropeptid P

AÇIKLAMA: Son yıllarda bu konuda yapılan yoğun çalışmalar, NO'nun ereksiyon mekanizmasındaki gerekli nörotransmitter olduğunu ortaya koymuştur.

Cevap C (Walsh, Campbell's Urology, 8. baskı, 2002. s.1599)

10.Serumda tayin edilen PSA'nın çoğu aşağıdakilerden hangisine bağlıdır?

- a) Albumin
- b) Alfa1-antikimotripsin (ACT)
- c) Alfa2-makroglobulin (MG)
- d) Human kallikrein
- e) ACT ve MG

AÇIKLAMA: Serumda tayin edilebilen PSA'nın çoğu (%65-%90) alfa1-antikimotripsin (ACT)'e bağlıdır.

Cevap B (Walsh, Campbell Urology, 8. baskı, 2005. s.3057)

11.Primer hiperoksalüri Tip-1'in genetik geçişi nedir?

- a) Otozomal dominant
- b) Otozomal resesif
- c) Seks bağımlı resesif
- d) Tam penetranslı poligenik
- e) Parsiyel penetranslı poligenik

AÇIKLAMA: Primer hiperoksalüri, Tip-1 otozomal resesif geçişli nefrokalsinoz, dokularda oksalat depolanması ve tedavi edilmezse renal yetmezlikten

20 yaştan önce ölümle seyreden metabolik bir durumdur.

Cevap B (Walsh, Campbell Urology, 8. baskı, 2005. s.3249-50)

12.Üreteral peristaltizm için aşağıdakilerden hangisine gereksinim vardır?

- a) Sağlam sempatik innervasyon
- b) Sağlam parasempatik innervasyon
- c) Sağlam hem sempatik innervasyon hem de parasempatik innervasyon
- d) Sağlam spinal kord
- e) Renal toplayıcı sistemdeki intrinsek düz kas pacemaker

AÇIKLAMA: Normal peristaltizm için dışarıdan otonomik innervasyona gerek yoktur fakat bu peristaltizm minör kaliklerde lokalize olan intrinsek düz kas pacemaker'ı tarafından oluşturulur.

Cevap E (Walsh, Campbell Urology, 8. baskı, 2005. s.40)

13.Yenidoğanda üreteropelvik bölge obstrüksiyonu en sık aşağıdakilerden hangisi ile saptanır?

- a) Maternal-fetal USG
- b) İVP
- c) Retrograd pyelografi
- d) Diüretikli renografi
- e) İşeme sistoüretrografisi

AÇIKLAMA: Diüretik renogramla doğru tanı mümkün olacaktır.

Cevap D (Walsh, Campbell Urology, 8. baskı, 2005. s.465)

14.İnsan detrüsör düz kasında bulunan en yaygın muskarinik reseptör subtipi, aşağıdakilerden hangisidir?

- a) M1
- b) M2
- c) M3
- d) M4
- e) M5

AÇIKLAMA: İnsan mesanesinin düz kasları M2 ve M3 subtiplerinin karışımını içerir, ancak M2 reseptörleri daha baskındır (toplam muskarinik reseptör popülasyonunun %80'i).

Cevap B (Walsh, Campbell Urology, 8. baskı, 2005. s.967)

15.Postvarikoselektomi hidroselinin patogenezi hangisidir?

- a) Artmış testiküler venöz basınç
- b) Lenfatik obstrüksiyon

- c) Yumuşak doku fibrozisi
- d) Arteriyel hasar
- e) Nöral hasar

AÇIKLAMA: Hidroset sıvısının protein konsantrasyon analizi, varikosektomi sonrasında hidroset oluşumunun lenfatik obstrüksiyona bağlı geliştiğini göstermektedir.

Cevap B (Walsh, Campbell Urology, 8. baskı, 2005. s.1557)

16.Sağlıklı 62 yaşındaki bir hasta 3 cm'lik santral tümöre yapılan biyopsi sonrası refere ediliyor. Biyopsi renal onkositom olarak değerlendiriliyor. Diğer böbrek normal, serum kreatinin seviyesi 1 mg/dL ve metastatik hastalık delili yok. Bundan sonraki en uygun basamak aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Abdominal BT ile takip
- b) Radikal nefrektomi
- c) Laparoskopik renal kriyoterapi
- d) Parsiyel nefrektomi
- e) 6-12 ay renal USG ile takip

AÇIKLAMA: Renal onkositomların çoğu malign RCC'lerden klinik ve radyografik yöntemlerle ayırt edilemezler. Preoperatif tanıyla ilgili bu belirsizlik gözönünde bulundurulduğunda klinik şartlar dikkate alınarak bu tümörlerin eksplorasyon ve nefron koruyucu cerrahi veya radikal nefrektomiyle tedavi edilmeleri şarttır.

Cevap B (Walsh, Campbell Urology, 8. baskı, 2005. s.2681)

17.Priapizm aşağıdaki hastalıkların hangisi ile primer olarak ilişkilidir?

- a) Peyronie hastalığı
- b) Oral hücreli anemi
- c) Parkinson hastalığı
- d) Organik depresyon
- e) Prostat hipertrofisi

AÇIKLAMA: Priapizm sıklıkla orak hücre anemili hastalarda oluşur. Bunun yanında ileri evre malignite, koagülasyon bozukluğu ve pulmoner hastalığı olanlarda da gelişebilir. Çoğu hastada ise tam bir neden bulunamaz.

Cevap B (Walsh, Campbell's Urology, 8. baskı, 2002. s.94)

18.Benign Prostat Hiperplazisi (BPH) ile prostat kanseri (Pr. Ca) prostatın hangi bölümlerinden çıkar?

- a) BPH transizyonel zon, Pr. Ca periferik zon
- b) BPH periferik zon, Pr. Ca transizyonel zon
- c) BPH periüretal glandlar, Pr. Ca periferik zon

- d) BPH transizyonel zon ve periüretal glandlar, Pr. Ca periferik zon
- e) BPH anterior fibromusküler stroma, Pr. Ca transizyonel zon

AÇIKLAMA: Benign prostat hiperplazisi, transizyonel zon ve periüretal glandlardan kaynak alırken, prostat kanseri çok farklı bir bölgeden yani periferik zondan çıkar.

Cevap D (Anafarta, Temel Üroloji, s.729, 833)

19.Enürezis noktürnanın literatürde kabul edilen etkili tedavi şekli hangisidir?

- a) İmipramin
- b) Desmopressin
- c) Mesane egzersizleri
- d) Alarmlı yatak
- e) Antimuskarinik ilaçlar

AÇIKLAMA: Birçok çalışmada alarmlı yatak kullandıktan sonra, ortalama %80 oranında başarı bildirilmektedir. Oysa ilaç tedavilerinden sonra hastalığın nüks etme riski, çalışmalarda hep daha yüksek bulunmuştur.

Cevap D (Walsh, Campbell's Urology, 8. baskı, 2002. s.2279)

20.Üriner sistem enfeksiyonlarında tedaviye hangi ilaçla başlamak daha doğrudur?

- a) Gentamisin
- b) Sefalosporin
- c) Ampisilin
- d) Florokinolon
- e) TMP-SMX

AÇIKLAMA: Florokinolon daha geniş spektrumlu bir antibiyotik olduğu için ampirik olarak başlanabilir.

Cevap D (Walsh, Campbell's Urology, 8. baskı, 2002. s.578)

21.Sol gonadal ven tipik olarak nereye drene olur?

- a) İnför vena kavanın anterior bölümüne
- b) İnför vena kavanın sol lateral bölümüne
- c) Sol renal venin inferior bölümüne
- d) Sol sürrenal vene
- e) Vena iliaka kominisin inferior bölümüne

AÇIKLAMA: Sol gonadal ven, sol renal venin inferior bölümüne dökülür.

Cevap C (Campbell's Urology Study Guide, s. 8)

22.İdrar osmolaritesi hangi değerler arasında seyreder?

- a) 10 ve 200 mOsm/L
- b) 50 ve 500 mOsm/L
- c) 50 ve 1200 mOsm/L
- d) 100 ve 1000 mOsm/L

ÜROLOJİ

e) 100 ve 1500 mOsm/L

AÇIKLAMA: Osmolarite idrarda çözünen madde miktarı olarak tanımlanır ve idrarda genellikle 50 ve 1200 mOsm/L arasında değişir.

Cevap C (Yaman, Campbell's Urology Study Guide, 2. baskı, 2003, s.99)

23.Aşağıdakilerden hangisi renin sekresyonunu stimüle etmez?

- a) Renal iskemi
- b) Maküla densaya az miktarda NaCl ulaşması
- c) β adrenerjik blokerler
- d) β 1 adrenerjik stimulasyon
- e) Hipovolemi

AÇIKLAMA: Renin sekresyonunu kontrol eden başlıca faktörler şunlardır: 1) **Baroreseptör mekanizması:** Artmış renal perfüzyon renin sekresyonunu azaltır. 2) **Nöral mekanizma:** Renal sempatik sinir sistemi aktivasyonu, renin sekresyonunu azaltır. 3) **Maküla densa mekanizması:** Böbreğe gelen Cl miktarının artması renin sekresyonunu baskılar.

Cevap C (Yaman, Campbell's Urology Study Guide 2. baskı, 2003, s.183,184)

24.Yirmibir yaşında bayan hasta; 2 günlük dizüri, ani idrar hissi ve sık sık idrara çıkma şikayeti ile üroloji polikliniğine başvuruyor. Özgeçmişinde daha önce böyle bir şikayeti olmamış ve tek partner ile seksüel aktif. Fizik muayenede ateş: 36.8; nabız: 72; kan basıncı: 110/60. Hafif suprapubik hassasiyet mevcut. Yapılan idrar tahlilinde 10-15 eritrositüri ve 15-20 lökositüri bulunuyor. Sizce olası tanı nedir?

- a) Akut pyelonefrit
- b) Akut sistit
- c) Mesane tümörü
- d) Üretrit
- e) Renal abse

AÇIKLAMA: Genç bayanlarda en sık görülen üriner sistem enfeksiyonudur. Genellikle etken E. Coli'dir. Hastalar ani başlayan dizüri, pollaküri, idrarını tam boşaltamama ve ani idrar hissinden yakınrlar. Suprapubik hassasiyet genellikle bulunur. İdrar tahlilinde hematüri olabilir ya da olmayabilir.

Cevap B (Yaman, Campbell's Urology Study Guide, 2. baskı, 2003, s.542)

25.Yukarıdaki hasta için tedavide en doğru yaklaşım hangisidir?

- a) 3 gün antibiyotik tedavisi
- b) 7 gün antibiyotik tedavisi
- c) 10 gün antibiyotik tedavisi

d) 14 gün antibiyotik tedavisi

e) 21 gün antibiyotik tedavisi

AÇIKLAMA: Bu tür hastalarda tedaviye karar verirken önceden geçirdiği üriner enfeksiyonlar önemlidir. Bu hastamızda olduğu gibi ilk defa olan sistit atağında 3 günlük antibiyotik tedavisi yeterlidir.

Cevap A (Yaman, Campbell's Urology Study Guide, 2. baskı, 2003, s.542)

26.Prostat spesifik antijen (PSA) ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) 33 000 dalton ağırlığında bir serinproteazdır.
- b) Fonksiyonu, semenin lififikasyonunu sağlamaktır.
- c) Normal değeri 4-10 ng/mL arasındadır.
- d) Sadece prostat bezinin epitelyal hücreleri tarafından salgılanır.
- e) Yaş ile birlikte artış gösterir.

AÇIKLAMA: PSA 33 000 dalton ağırlığında bir serinproteazdır. Fonksiyonu veziküloseminalis sekresyonlarını lizise uğratarak semenin lififikasyonudur. Sadece prostatın duktus ve asiner epiteliinden salgılanır. Normal şartlarda çok az bir kısmı kana karışır. Kandaki normal değeri 0-4 ng/mL arasındadır. Yaşla ve prostat volümü artışı ile kandaki düzeyi artar.

Cevap C (Yaman, Campbell's Urology Study Guide, 2. baskı, 2003, s. 1279-1280)

27.Penil ereksiyonda rol oynayan olaylar aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Arteriyal dilatasyon ve venöz kontraksiyon
- b) İskiokavernöz kasın releksasyonu
- c) Korpus kavernozum içindeki düz kasların kontraksiyonu
- d) Arteriyal dilatasyon, venöz kompresyon ve sinuzoidal releksasyon
- e) Sinuzoidal boşlukların genişlemesi

AÇIKLAMA: Ereksiyon; arteriyal dilatasyon, venöz kompresyon ve sinuzoidal releksasyonu içerir.

Cevap D (Yaman, Campbell's Urology Study Guide 2. baskı, 2003, s.1595)

28.Aşağıdakilerden hangisi prostat kanseri için en yüksek pozitif prediktif (önceden tahmin edebilme) değere sahiptir?

- a) PSA (prostat spesifik antijen)
- b) DRM (Dijital rektal muayene)
- c) TRUS (Transrektal ultrasonografi)
- d) TRUS ve DRM
- e) Human glandüler kallikrein (hK2)

AÇIKLAMA: Prostat kanserini tahmin etmede bugün için en iyi yöntem PSA'dır. PSA düzeyi 4-10 ng/mL arasında

olan hastalara yapılan biyopsilerde sonucun prostat kanseri gelme olasılığı %25 civarındadır.

Cevap A (Yaman, Campbell's Urology Study Guide, 2. baskı, 2003, s.3058)

29. Enfeksiyon taşları ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Magnezyum, amonyum ve fosfat bileşenlerinden oluşur.
- b) Üreaz pozitif mikroorganizmalar etiolojide önemlidir.
- c) İdrar alkalidir.
- d) Genellikle erkek hastalarda görülür.
- e) Sıklıkla staghorn taş şeklindedir.

AÇIKLAMA: Genellikle erkek hastalarda görülür: Enfeksiyon taşları çocuklar ve bayanlarda sık olarak görülür. Genellikle tüm toplayıcı sistemi doldurarak staghorn taşları oluştururlar. Etiyolojide üreyi parçalayabilen bakteriler (Proteus, Klebsiella vs.) rol oynar. Tedavide enfeksiyonun kontrolü önemlidir.

Cevap D (Yaman, Campbell's Urology Study Guide, 2. baskı, 2003, s. 546)

30. Altmış bir yaşında erkek hasta idrardan kan gelme şikayeti ile üroloji polikliniğine başvuruyor. Anamnezde, 1 yıldır ara, ara olan, pıhtılı ve ağrısız hematüri mevcut. Özgeçmişinde 40 yıldır günde 1 paket sigara içtiğini söylüyor. Fizik muayenesinde patoloji saptanmıyor. Yapılan idrar tahlilinde makroskopik hematüri saptanıyor. Tanı için istenecek en uygun görüntüleme yöntemi hangisidir?

- a) Abdomino-pelvik USG
- b) CT
- c) MR
- d) İVP (intravenöz pyelografi)
- e) Sistoskopi

AÇIKLAMA: Bu hastada ağrısız pıhtılı hematüri ve özgeçmişte sigara kullanımı olması nedeniyle öncelikle mesane tümörü düşünülmelidir. Hematüri şikayeti ile başvuran hastalara kontraendikasyon olmadığı sürece ilk yapılacak görüntüleme yöntemi İVP (intravenöz pyelografi)'dir.

Cevap E (Yaman, Campbell's Urology Study Guide 2. baskı, 2003 s.2772)

31. BPH'nın medikal tedavisinde kullanılan ilaçlardan hangisi PSA düzeyini etkilemektedir?

- a) Terazosin
- b) Finasterid
- c) Serenoa repens
- d) Alfuzosin

e) Tamsulosin

AÇIKLAMA: 5 alfa redüktaz inhibitörü olan finasterid, serum PSA düzeyini %50 oranında azaltmaktadır.

Cevap B (Smith's General Urology, 15. baskı, 2000, s.405)

32. Vajenin 1/3 üst kısmı en fazla hangi ligamanla desteklenmektedir?

- a) Üretropelvik ligaman
- b) Vezikopelvik ligaman
- c) Kardinal ligaman
- d) Pubouretral ligaman
- e) Paravajinal ligaman

AÇIKLAMA: Vajen 1/3 üst kısmı kardinal ve uterosakral ligamanlarla desteklenmektedir.

Cevap C (Atlas Urol Clin North America 1:1-12)

33. Gebelikteki üriner enfeksiyonlarda aşağıdaki antibiyotiklerden hangisi en güvenli olarak verilebilir?

- a) Amoksisilin
- b) Kloramfenikol
- c) Tetrasiklinler
- d) Fluorokinolonlar
- e) Eritromisin

AÇIKLAMA: Fluorokinolonlar fetal kartilaj oluşumunu olumsuz etkiler, tetrasiklin annede akut karaciğer yetmezliği ve fetal anomalilere sebep olabilir, kloramfenikol Gray baby sendromu, eritromisin ise annede kolestatik sarılık yapabildiği için en güvenlisi amoksisilindir.

Cevap A (AUA Update, 2002, s.290-296)

34. Peyronie Hastalığı, penisin en çok hangi tabakasını ilgilendiren bir hastalıdır?

- a) Penis cildi
- b) Buck fasyası
- c) Skarpa fasyası
- d) Tunica albugenia
- e) Colles fasyası

AÇIKLAMA: Peyronie hastalığı, penisin, tunica albugeniasını ilgilendiren ve plak oluşumuyla karakterize bir hastalıdır.

Cevap D (Brit J Urol 2004, 93:208)

35. Perineal travma hikayesi olan hastada idrar yapamama ve glob vezika durumu vardır. Yapılacak ilk girişim hangisidir?

- a) Sonda takılmalıdır.
- b) Retrograd üretrografi çekilmelidir.
- c) Retrograd pyelografi çekilmelidir.
- d) İVP çekilmelidir.

ÜROLOJİ

e) **Perkütan nefrostomi takılmalıdır.**

AÇIKLAMA: Mevcut klinik üretra yaralanması şüphesini uyandırmaktadır. İlk yapılacak girişim asepti-antisepti koşulları altında retrograd üretrografi ile üretradaki yaralanmanın yer ve derecesinin tespitidir.

Cevap B (*Anafarta, Temel Üroloji, s. 623*)

36. Aşağıdaki hastalıkların hangisinde interferon tedavisi yarar sağlar?

- a) Vezikoüreteral reflü
- b) Kabakulak orşiti
- c) Tüberküloz eiddimit
- d) Nonbakteriyel sistit
- e) **Benign prostat hiperplazisi**

AÇIKLAMA: Özgün yöntem olarak kabakulak orşitinde interferon tedavisinde çok başarılı sonuçlar alınmaktadır.

Cevap B (*İnci O, Ürogenital Enfeksiyonlar, 1. baskı s. 99*)

37. İdrar yolu enfeksiyonu geçiren 5 yaşındaki bir kız çocuğunda tanıya yönelik ilk tetkik aşağıdakilerden hangisi olmalıdır?

- a) Akciğer grafisi
- b) IEVP
- c) İşeme sistoüretnografisi
- d) Bilgisayarlı tomograf
- e) **Sistoskopi**

AÇIKLAMA: İdrar yolu enfeksiyonu geçiren (ateşli-ateşsiz) her çocukta ilk enfeksiyonu takiben yapılacak ilk radyolojik tetkik işeme sistoüretrografisidir.

Cevap C (*Temel Üroloji, 1. baskı, s. 300*)

38. İlerlemiş BPH vakalarında görülen inkontinans hangisidir?

- a) **Stres inkontinans**

b) **Urge inkontinans**

c) **Dolup-Taşma inkontinansı**

d) **Total inkontinans**

e) **Enürezis noktürna**

AÇIKLAMA: Mesane artmış çıkım direncine bağlı olarak hastada kronik idrar retansiyonu gelişir. Dolup taşma inkontinansı görülür.

Cevap C (*Campell's Ürology-Volüm 2, 2002, s. 1340*)

39. Klamidya trochomatis enfeksiyonu sonucu artrit, konjonktivit, üretrit bulduğu sendrom hangisidir?

- a) **Prader Willi Sendromu**
- b) **Turner Sendromu**
- c) **Üretral Sendrom**
- d) **Young Sendromu**
- e) **Reiter Sendromu**

AÇIKLAMA: Reiter sendromu klamidya trochomatis enfeksiyonu sonucu gelişir. Hastalarda artrit, konjonktivit ve üretrit görülür.

Cevap E (*Temel Üroloji s. 1110*)

40. Miksiyon sırasında çarpıntı, terleme, yüzde kızarma ve tansiyon yüksekliği olan hastada olası tanınız nedir?

- a) **Mesane TCCA**
- b) **Mesane skuamöz hücreli Ca**
- c) **Renal adenom**
- d) **Renal hücreli Ca**
- e) **Mesane sempatik ganglionlarından köken alan feokromasitoma**

AÇIKLAMA: Miksiyon anında hastada çarpıntı, terleme yüzde kızarma gibi belirtilerin görülmesi katekolamin salınımına bağlıdır. Mesane sempatik ganglionlarından köken alan feokromasitomada bu tür bulgular görülür.

Cevap E (*Urology Secrets, s. 51*)

PLASTİK VE REKONSTRÜKTİF CERRAHİ

1. Aşağıdakilerden hangisi karpal tünel sendromu için geçerli değildir?

- Üst ekstremitede en sık karşılaşılan tuzak nöropatisidir.
- Median sinir bilek kanalı içerisinde sıkışması sonucu ortaya çıkar.
- Kronik olgularda ebe eli deformitesi gelişir.
- Oppozisyon hareketinde güçsüzlük vardır.
- 1., 2., 3. parmaklar ve 4. parmağın radial yarısında duyu kaybı gelişir.

AÇIKLAMA: Ebe eli deformitesi, karpal tünel sendromunda görülmez. Yüksek seviyeli median sinir yaralanmalarında ortaya çıkan bir deformitedir.

Cevap C (*Greer, Compression neuropathies, Handbook of Plastic Surgery, 2004. s.465-6*)

2. Orbita tabanı kırığı olan hastada diplopi nedeni aşağıdakilerden hangisidir?

- Periorbital hematoma
- İntraorbital sinir yaralanması
- Enoftalmi
- Alt rektus kası sıkışması
- Subkonjunktival kanama

AÇIKLAMA: Cevaplar içinde gözü hareket ettiren sadece alt rektus kası yer almaktadır. Bunun hasarında veya sıkışmasında o gözün hareketleri kısıtlanmış olur ve diğer göze eşlik edemeyerek diplopi gelişir. Periorbital hematoma veya enoftalmiye diplopi eşlik edebilir ancak tek başına diplopi nedeni değildirler.

Cevap D (*Aston, Grabb and Smith's Plastic Surgery, 5. baskı, s.392-5*)

3. Deri grefti uygulamaları için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Kişinin bir bölgesinden alınıp başka bir bölgesine aktarılan doku otogreft olarak adlandırılır.
- Doku eksikliği için aynı yumurta ikizleri arasında yapılan doku aktarımı izogreft olarak adlandırılır.
- Doku eksikliği için aynı cinsin farklı bireyleri arasında yapılan doku aktarımı xenogreft (heterogreft) olarak adlandırılır.
- Deri otogreftleri ilk 24-48 saatte beslenmesini donör alandan difüzyonla sağlar.
- Tam kalınlıklı deri grefti donör alanı iyileşmesi için verici alan primer olarak kapatılmalıdır.

AÇIKLAMA: Doku eksikliği için aynı cinsin farklı bireyleri arasında yapılan doku aktarımı allogreft (homogreft) olarak isimlendirilir. Xenogreft (heterogreft) ise farklı cinsler arasında yapılan doku aktarımıdır.

Cevap C (*McCarthy, Plastic Surgery, s.54-6*)

4. Aşağıdakilerden hangisinin zemininden squamoz hücreli karsinom gelişmez?

- Pilonidal sinüs
- Termal yanık oluşan deri
- Liken skleroz
- Diskoid lupus eritematosus
- Wart

AÇIKLAMA: Pilonidal sinüs, termal yanık oluşan deri, liken skleroz ve diskoid lupus eritematosus zemininde squamoz hücreli karsinom gelişebilir. SCC'de yüksek miktarda parakeratoz mevcudiyeti lezyonun warta benzer görünüm almasına neden olabilir. Ancak wart zemininde squamoz hücreli karsinom gelişmez.

Cevap E (*Olbricht, Textbook of Plastic, Maxillofacial and Reconstructive Surgery, 2. baskı, s.148*)

5. Ultraviyole (UV) ışınlar ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Ultraviyole ışınlar dalga boyuna göre 3'e ayrılır.
- UVB'nin dalga boyu 280-320 nm'dir.
- Ultraviyole ışınların %99'u UVA'dır.
- Bronzlaşmayı sağlayan UVA'dır.
- Karsinojenik etkisi en fazla olan UVB'dir.

AÇIKLAMA: Karsinojenik etkisi en fazla olan UVC'dir.

Cevap E (*DeFranzo, Textbook of Plastic, Maxillofacial and Reconstructive Surgery, 2. baskı, s.260*)

6. Aşağıdakilerden hangisi 2. brankial arktan gelişmez?

- M. stapedius
- M: stylohyoid
- M. stylopharyngeus
- Facia sinir
- Os Stapes

AÇIKLAMA: M. stylopharyngeus, 2. brankial arktan gelişir.

Cevap C (*Beatty, Textbook of Plastic, Maxillofacial and Reconstructive Surgery, 2. baskı, s.276*)

7. Mafucci sendromunda en sık görülen kemik tümörü aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Osteochondroma
- b) Osteosarcoma
- c) Ewing's sarcoma
- d) Osteoid osteoma
- e) Chondrosarcoma

AÇIKLAMA: Mafucci sendromu multipl deri altı kavernoza hemangiomlar ile karakterizedir. Kemiklerde defektler ve osteochondroma sıklığıdır.

Cevap A (*Vollmer, Textbook of Plastic, Maxillofacial and Reconstructive Surgery, 2. baskı, s.186*)

8. Tam kat deri grefti için aşağıdaki sahalardan hangisi tercih edilmez?

- a) İnguinal fleksör bölge
- b) Supraklavikular bölge
- c) Uyluk ön yüzü
- d) El bileği ön yüzü
- e) Postaurikuler bölge

AÇIKLAMA: Tam kat deri grefti için tercih edilen alanlar:

- Supraklavikuler bölge
- Postaurikuler/preaurikuler bölgeler
- Üst göz kapağı
- Antekübital bölge
- İnguinal fleksör bölge
- El bileği ön yüzü
- Prepisyum
- Meme areolası
- Boyun derisi

* Uyluk ön yüzü kısmi kalınlıkta deri grefti için tercih edilir.

Cevap C (*Klausen HV. History of skin grafting. Robson MC, Krizek TJ. Predicting skin graft survival. T Truma 13:213*)

9. Aşağıdakilerden hangisi elin intrinsik kaslarından biridir?

- a) Abduktor pollicis brevis
- b) Ekstansör pollicis longus
- c) Ekstansör karpi-ulnaris
- d) Abduktor pollicis longus
- e) Ekstansör indicis prurius

AÇIKLAMA: Elin intrinsik kasları elde başlayıp elde sonlanan kaslardır. 4 gruba ayrılabilir.

- | | |
|-------------------------------|------------------------------------|
| I. Tenar bölge kasları | II. Hipotenar bölge kasları |
| - Abduktor pollicis brevis | - Palmaris brevis |
| - Fleksör pollicis brevis | - Abdüktör digitorum |
| - Oppenens pollicis | - Fleksör digitorum brevis |
| - Adduktor pollicis | - Oppenens digiti minimi |

III. Lumbrikal kaslar IV. İnterosseöz kaslar

Cevap A (*Victoria S Pao, James Chang, Rober A Chas. Handbook of Plastic Surgery*)

10. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Hipospadias üretranın penisin ventral yüzüne açılmasıdır.
- b) Hipospadias penisin distal kısımlarında daha sık görülür.
- c) Hipospadias epispadias oranla çok daha az sıklıkla görülür.
- d) Hipospadias tanısı konan çocukların sünnetleri tedavi bitiminde yapılabilir.
- e) Hipospadias ameliyatı için uygun zaman okul öncesi dönemdir.

AÇIKLAMA: Hipospadias epispadias oranla yaklaşık 100 kat daha sık görülür. Hipospadias, üretranın penisin ventral yüzüne açılmasıdır. 1/350 canlı erkek doğum sıklığında görülür. Hipospadias düzeltme ameliyatı estetik düzeltme ve üreme fonksiyonu sağlanması için yapılır. Ameliyat okul öncesi dönemde yapılmalıdır. Hipospadiaslı çocuklarda sünnet tedavisi bitimine ertelenmelidir.

Cevap C (*Blair VP, Byers LT. Hipospadias and Epispadias. J Urol 40:814; Elder JS. Congenital anomalies of Genitalia*)

11. Aşağıdaki radyolojik tanı yöntemlerinden hangisi vasküler anomalilerin doku tipinin, karakteristiklerinin ve büyüklüklerinin tanınmasında en etkindir?

- a) Manyetik rezonans görüntüleme
- b) Bilgisayarlı tomografi
- c) Konvansiyonel röntgen tetkikleri
- d) Kanjiyografi
- e) Ultrasonografi

AÇIKLAMA: Uygun görüntüleme sekansları kullanılarak yapılan MRI vasküler anomalilerin tanınması ve karakteristiklerinin, büyüklüklerinin belirlenmesinde en etkin radyolojik tanı yöntemidir.

Cevap A (*Mejer JS, Hoffer FA. Biological classification of soft tissue vascular anomalies. MR correlation. AJR 157:559-64; Burrows PE, Laor T. Diagnostic imaging in the evaluation of vascular birthmarks. Dermatol Clin 16:455-88*)

12. Aşağıdakilerden hangisi üst göz kapağına yönelik bir cerrahi işlemden sonra üst göz kapağını tam olarak kapatamama şikayeti gelişen bir hastada (Iagoftalmus) bu durumun nedeni olabilir?

- a) Kapaktan aşırı miktarda deri eksize edilmiş olması
- b) Orbital septumun kesilmesi

- c) Levator aponevrozun kesilmesi
- d) Üçüncü kranial sinire (C3) hasar verilmesi
- e) Gözün perforasyonu

AÇIKLAMA: Göz kapağına yönelik cerrahi girişimler sonrasında izlenebilen lagofthalmus (göz kapağının tam kapatılmaması), en sık olarak aşırı miktarda deri çıkartılması ya da orbikülaris kası veya yedinci kranial sinirin hasar görmesi sonucu ortaya çıkar.

Cevap A (*Goldwyn, The Unvarorable Results in Plastic Surgery, 1. baskı, 2001. s.866*)

13.Aşağıdakilerden hangisi tek taraflı dudak yarığı olan hastalarda gözlenmesi beklenen burun deformitelerinden birisi değildir?

- a) Burun kanadı (ala) yarık tarafta içe doğru bükülmüştür.
- b) Yarık tarafta alar-fasyal oluk yoktur.
- c) Burun ucu (nazal tip) yarık tarafa doğru eğridir.
- d) Yarık tarafta nazal tabanda defekt vardır.
- e) Yarık tarafta alt konka hipertrofikdir.

AÇIKLAMA: Tek taraflı dudak yarığı hastalarında karakteristik bir burun deformitesi gözlenir. Bunun şiddeti ve özellikleri, eşlik eden alveol yarığının da olmasına göre değişir. Karakteristik deformitelerden birisi de burun ucunun yarık olmayan tarafa doğru eğrilmesidir.

Cevap C (*Erk, Dudak ve Damak Yarıklarında Anatomik Bozukluklar. Dudak ve Damak Yarıkları, 1999. s.35*)

14.Aşağıdaki alloplastik implantlardan hangisinin osteokondüktif etkisi mevcuttur?

- a) Polytetrafluoroethylene
- b) Dimethylsiloxane
- c) Polyethylene
- d) Polyester
- e) Hidroksiapatit granül

AÇIKLAMA: Bir kalsiyum seramiği olan Hidroksiapatit granül, osteokondüktif etkiyle kemik ingrowth'una izin verir.

Cevap E (*Aston, Implant Materials, Grabb and Smith's Plastic Surgery, 5. baskı, s.40*)

15.Aşağıdakilerden hangisi superior orbital fissür sendromunda görülmez?

- a) Blefaropitoz
- b) Propitozis
- c) Görme kaybı
- d) VI. kranial sinir paralizi
- e) III. kranial sinir paralizi

AÇIKLAMA: Superior orbital fissür sendromunda optik

sinir tutulumu yoktur.

Cevap C (*Aston, Facial Fractures, Grabb and Smith's Plastic Surgery, 5. baskı, s.402*)

16.Özgül antiobsesyonel özelliği olduğu kabul edilen ilaç hangisidir?

- a) Lityum
- b) Olanzapin
- c) Nefazodon
- d) Klomipramin
- e) Klonazepam

AÇIKLAMA: Klomipramin, diğer trisiklik ilaçlardan ek olarak güçlü antiobsesyonel etkisinin olması ile ayrılır.

Cevap D (*Yüksel, 2. baskı. s.225*)

17.Geçmişini unutup birden bire evinden ya da alışlagelmiş işinden ayrılıp gitme durumunu aşağıdakilerden hangisi en iyi tanımlar?

- a) Paramnezi
- b) Komfabulasyon
- c) Amnezi
- d) Füg
- e) Hiperamnezi

AÇIKLAMA: Paramnezi: Anıların çarpıtılması sonucu ortaya çıkan bilinç bozukluğu.

Komfabulasyon: Bellek boşluklarının gerçek dışı anılarla doldurulması

Amnezi: Bellek kaybı

Hiperamnezi: Bellekte tutma ve hatırlamanın abartılı olarak artması

Füg: Geçmişini unutup birden beklenmedik şekilde evinden ya da alışlagelmiş işyerinden ayrılıp gitmedir.

Cevap D (*Koroğlu, s.32*)

18.İlgili duyu organını uyaran bir dış uyaran olmaksızın ortaya çıkan algı bozukluğu aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Halusinasyon
- b) Hezeyan
- c) Depersonalizasyon
- d) Derealizasyon
- e) İllüzyon

AÇIKLAMA: Halusinasyon (Varsanı): İlgili duyu organını uyaran herhangi bir uyaran olmaksızın ortaya çıkan, gerçek gibi algılanan duyuusal algıdır.

Cevap A (*Koroğlu, s.34*)

19.Konuşma yoksunluğunun kelime karşılığı aşağıdakilerden hangisidir?

PLASTİK VE REKONSTRÜKTİF CERRAHI

- a) Afoni
- b) Aloji
- c) Afazi
- d) Disprosodi
- e) Blok

AÇIKLAMA: Aloji: Konuşmanın gözlenmesi ve sözel davranıştan anlaşıldığı üzere düşüncede bir yoksullaşmanın olmasıdır. Sorulara kısa ve somut yanıtlar veriliyor olabilir. Kendiliğinden konuşma kısıtlı olabilir.

Cevap B (Köroğlu, s.38)

20.Anlamli olarak olmasa da ses olarak benzer sözcüklerin birbirini çağırıştırması aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Logore
- b) Neolojizm
- c) Perseverasyon
- d) Klang çağırışım
- e) Enkoherans

AÇIKLAMA: Klang çağırışımı: Anlamli olarak olmasa da ses olarak benzer sözcüklerin birbirini çağırıştırmasıdır. Sözcüklerin anlamli bir birlikteliği yoktur ancak ses uyumu gösterirler. Konuşma anlamsız bir şiir havasına bürünmüştür.

Cevap D (Köroğlu, s.42)

21.Agorafobi en çok hangi hastalıkla birlikte görülür?

- a) Major depresyon
- b) Dissosiyatif bozukluk
- c) Paranoid şizofreni
- d) Panik bozukluk
- e) Yaygın anksiyete bozukluğu

AÇIKLAMA: Agorafobi: Beklenmedik bir biçimde ortaya çıkabilecek bir panik atak ya da panik benzeri semptomların ortaya çıkması durumunda yardım sağlanamayabileceği ya da kaçmanın zor olabileceği yerlerde ya da durumlarda bulunmaktan anksiyete duyma durumudur.

Cevap D (Köroğlu, s.44)

22.Kişinin duygularının farkında olmama ya da duygularını tanımlayamaması durumu aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Aleksitimi
- b) Anhedoni
- c) Disfori
- d) Egzaltasyon
- e) Ötimi

AÇIKLAMA: Aleksitimi: Duyguların ya da duyguduru-

mun farkında olmama ya da bunları tanımlamakta güçlük çekme ya da tanımlayamama durumudur. "Yaşanan duygular için söz yoksunluğu" olarak da tanımlanır".

Cevap A (Köroğlu, s.53)

23.Ambivalans aşağıdaki hastalıklardan hangisinin önemli bulgularındandır?

- a) Depresyon
- b) Şizofreni
- c) Manik atak
- d) Panik bozukluk
- e) Yaygın anksiyete bozukluğu

AÇIKLAMA: Ambivalans, aynı zamanda aynı kişide aynı şeye karşı birbirine zıt iki duygunun bir arada varlığıdır. Şizofreninin önde gelen belirtilerinden biridir, depresyonda ve obsesif kompulsif bozuklukta da görülebilir.

Cevap B (Köroğlu, s.54)

24.Hangisi egonun fonksiyonu değildir?

- a) Psikolojik defans mekanizmasıdır.
- b) Gerçeği test eder.
- c) Benliğin temel işlevi uyumdur.
- d) Dürtüsel gereksinimlerin içerden algılanması
- e) İçgüdüsel enerjiyi depolar.

AÇIKLAMA: İçgüdüsel enerjinin depolandığı düzensiz yapı, birincil sürecin egemenliği altında bulunan iddir. Diğer şıklar egonun fonksiyonlarıdır.

Cevap E (Köroğlu, s.157)

25.Aşağıdakilerden hangisi düşünce bozukluğu değildir?

- a) Obsesyon
- b) Referans fikirler
- c) Suçluluk hezeyanları
- d) Grandiyöz sanrılar
- e) İşitme halüsinasyonları

AÇIKLAMA: İşitsel halüsinasyonlar algılama bozukluğunun göstergesidir. Diğer seçeneklerle düşünce bozukluklarıdır.

Cevap E (Köroğlu, s.34)

26.Noradrenalin ve serotonin geri alımını inhibe eden antidepressan hangisidir?

- a) Nefazodon
- b) Venlafaksin
- c) İmipramin
- d) Mianserin
- e) Mirtazepin

AÇIKLAMA: Noradrenalin ve serotonin geri alım inhibitörü venlafaksindir. Nefazodon, serotonin geri alım inhibitörü ve 5HT blokörüdür. İmipramin trisiklik antidepresanlardandır. Mianserin ve mirtazapın noradrenerjik ve spesifik ilaçlardır.

Cevap B (*Köroğlu, s. 252*)

27.Lityumun uzun süreli primer kullanım alanı hangisidir?

- a) Akut psikotik atak
- b) Alkolizm
- c) Bipolar bozukluk
- d) Şizofreni
- e) Yeme bozuklukları

AÇIKLAMA: Lityumun primer kullanım alanı bipolar bozukluk, manidir.

Cevap C (*Yüksel, 2. baskı. 291*)

28.Epileptik hastalarda kaçınılması gereken antidepresan hangisidir?

- a) Alprazolam
- b) Amitriptilin
- c) Buprapion
- d) Fluvoksamin
- e) Trazodon

AÇIKLAMA: Buprapionda epileptik nöbet riski vardır, bunun farmakokinetik yolla olduğu düşünülmektedir.

Cevap C (*Yüksel, 2. baskı. s. 260*)

29.Lityum toksisitesi hangi kan düzeyinden sonra başlar?

- a) 1 meq/lt
- b) 4 meq/lt
- c) 2 meq/lt
- d) 0.5 meq/lt
- e) 8 meq/lt

AÇIKLAMA: Lityumun toksik plazma düzeyi 2 mEq/lt'nin üzeridir.

Cevap C (*Yüksel, 2. baskı. s.292*)

30.Klang çağrışım aşağıdakilerden hangisiyle ilişkilidir?

- a) Düşünce
- b) Algılama
- c) Oryantasyon
- d) Bellek
- e) Duygulanım

AÇIKLAMA: Klang çağrışım düşünce sürecindeki bozukluğun göstergesidir. Anlam olarak olmasa da ses olarak benzer sözcüklerin birbirini çağrıştırması

anlamına gelir.

Cevap A (*Köroğlu, s.42*)

31.Aşağıdakilerden hangisi manik atak bulgularından değildir?

- a) Uyku ihtiyacında azalma
- b) Fikir uçuşması
- c) Öz güven kaybı
- d) Aktivite artışı
- e) Hipervijilans

AÇIKLAMA: Manik atak sırasında, uyku ihtiyacında azalma, fikir uçuşması, artışı, hipervijilans manik atak sırasında gözlenebilen durumlarken, özgüven kaybı depresyonun belirtilerindedir. Manide beklenen bir bulgu değildir.

Cevap C (*Köroğlu, s.433*)

32.Aşağıdakilerden hangisi siklotimik bozukluk tanısı koymak için gereklidir?

- a) Tekrarlayan hipomani-depresyon atakları
- b) En az altı aylık süre
- c) En az bir majör depresif atak
- d) En az bir manik atak
- e) Eşlik eden madde bağımlılığı

AÇIKLAMA: Bu bozukluğun ana özelliği manik epizod ölçütlerine ulaşmayan hipomani ve majör depresif epizod ölçütlerine ulaşmayan depresif belirtilerin kronik bir şekilde dalgalanarak gitmesidir.

Cevap A (*Köroğlu, s.436*)

33.Majör depresyonda en az görülen uyku bozukluğu aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Hipersomnia
- b) Başlangıçta insomnia
- c) Ortada insomnia
- d) Terminal insomnia
- e) Parasomnia

AÇIKLAMA: Major depresyonda %90 hastada insomnia görülür, uykuya dalmadan önce dönüp durma, sabah erkenden uyanma ya da aralıklı uyanmalar olabilir. Depresif hastaların az bir kesiminde hipersomnia da görülür ancak parasomnia depresyonda beklenen bir durum değildir.

Cevap E (*Köroğlu, s.403*)

34.Aşağıdakilerden hangisi lityumun yan etkilerinden değildir?

- a) Poliüri-polidipsi
- b) Akne
- c) Psöriyazis
- d) Kilo kaybı

e) Hipotroidi

AÇIKLAMA: Poliüri, polidipsi, akne, psöriyazis gibi dermatolojik yan etkiler lityumun yan etkileridir. Kilo kaybı lityumun yan etkilerinden biri değildir aksine lityuma bağlı olarak kilo artışı görülür.

Cevap D (Yüksel, 2. baskı, s.309)

35.Aşağıdakilerden hangisi benzodiazepin grubu anksiyolitik değildir?

- a) Lorazepam
- b) Klorazepat
- c) Buspiron
- d) Alprazolam
- e) Oksazepam

AÇIKLAMA: Buspiron kısmi 5HT1A agonisti ve presinaptik antagonisti anksiyolitik ilaçtır. Diğerleri ise benzodiyazepin grubundandır.

Cevap C (Yüksel, 2. baskı, s.348)

36.Nöroleptik sendromda aşağıdaki durumlardan hangisi beklenmez?

- a) Rijidite
- b) Bilinç değişikliği
- c) Kreatin kinazda azalma
- d) Hipertermi
- e) Taşikardi

AÇIKLAMA: Nöroleptik malign sendrom, ateş, rijidite, otonomik bozukluklar ve bilinç değişiklikleri ile karakterizedir. Akinezi, diskinezi, taşikardi görülebilir. Tanı koydurucu laboratuvar bulgusu yoktur ancak kreatin kinaz sıklıkla yükselmiştir.

Cevap C (Yüksel, 2. baskı, s.122)

37.Hangisi en kısa sürede etkileyen benzodiazepin grubu anksiyolitikdir?

- a) Klordiazepoksit
- b) Diazepam
- c) Oksazepam
- d) Alprazolam
- e) Midazolam

AÇIKLAMA: En kısa etkili benzodiyazepinler midazolam, triazolam ve brotizolamdır.

Cevap E (Yüksel, 2. baskı, s.348)

38.Aşağıdakilerden hangisi benzodiazepin antagonisidir?

- a) Lorazepam
- b) Alprazolam
- c) Klorazepat
- d) Flumazenil

e) Zopiklon

AÇIKLAMA: Lorazepam, alprazolam ve klorazepat benzodiazepin grubu ilaçlardır. Zopiklon, kimyasal olarak benzodiyazepinlere benzeyen sedatif hipnotik etkili bir ilaçtır. Flumazenil ise benzodiazepin antagonistidir.

Cevap C (Yüksel, 2. baskı, s. 260)

39.Duygudurumu düzenleyici etkisi olan benzodiazepin hangisidir?

- a) Alprazolam
- b) Lorazepam
- c) Klonazepam
- d) Midazolam
- e) Oksazepam

AÇIKLAMA: Duygudurum düzenleyici etkisi olan benzodiyazepin klonazepamdır.

Cevap C (Yüksel, 2. baskı, s.358)

40.Aşağıdaki özelliklerden hangisi yüksek potensillere aittir?

- a) Ekstrapiramidal yan etki oranı yüksektir.
- b) Antikolinergik etki yüksektir.
- c) Hipotansif etki fazladır.
- d) Sedasyon fazladır.
- e) Obezite sıklığı.

AÇIKLAMA: Düşük potensli antipsikotik ilaçlarda sedasyon, hipotansiyon, obezite, malign hipertermi ve antikolinergik etki yüksek iken, NMS olasılığı ve ekstrapiramidal yan etki riski düşüktür.

Cevap A (Yüksel, 2. baskı, s.94)

41.Mortalite oranı hangi psikiyatrik durumda daha sıklığı?

- a) Katatoni
- b) Serotonin sendromu
- c) Katarsis
- d) Ekstrapiramidal sendrom
- e) NMS

AÇIKLAMA: Nöroleptik malign sendromda %10-20 mortalite oranı vardır.

Cevap E (Yüksel, 2. baskı, s.122)

42.Dirençli şizofreni olgularında kullanılan agranülositoz riski yüksek antipsikotik hangisidir?

- a) Risperidon
- b) Kozapin
- c) Sertindol

- d) Haloperidol
e) Klorpromazin

AÇIKLAMA: Klozapin klasik ilaçlara yanıt vermeyen ya da bu ilaçları tolere edemeyen olgularda daha üstündür. Temel kullanım alanı klasik ilaçlara cevap vermeyen şizofrenidir. Agranülositoz riski %0.8'dir.

Cevap B (*Yüksel, 2. baskı, s.147*)

43.Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tedavisinde uyarıcı ilaç hangisidir?

- a) Olanzapin
b) Risperdal
c) Metilfenidat
d) Klonidin
e) Propranolol

AÇIKLAMA: Metilfenidat dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu tedavisinde kullanılan psikostimulan ilaçtır.

Cevap C (*Yüksel, 2. baskı, s.455*)

44.Submandibular glandın en sık görülen malign tümörü aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Mukoepidermoid karsinoma
b) Adenoid kistik karsinoma
c) Asinik hücreli karsinoma
d) Lenfoma
e) Adenokarsinoma

Cevap B (*Granick, Textbook of Plastic, Maxillofacial and Reconstructive Surgery, 2. baskı, s.202*)

45.Aşağıdakilerden hangisi bası yaralarının sebepleri arasında yer almaz?

- a) Hareketlilikte azalma
b) Duysal algılamada azalma
c) Artmış nem
d) İleri yaş
e) Artmış arteriolar basınç

AÇIKLAMA: Bası yaralarının patogeneğinde iki önemli faktör basınç ve doku toleransıdır. Basınç;

azalmış hareketlilik, azalmış aktivite, azalmış duysal algılama ile doku toleransı ise artmış nem, artmış sürtünme, artmış bası, beslenme bozukluğu, artmış yaş, düşük arteriolar basınç ile belirlenmektedir.

Cevap E (*Gregory, Georgiade Plastic Maxillofacial and Reconstructive Surgery, 3.baskı, s.1112*)

46.Mukozanın Bowen hastalığına ne denir?

- a) Lökoplaki
b) Eritroplaki
c) Solar keratozis
d) Queyrat eritroplazi
e) Seboreik keratoz

AÇIKLAMA: Mukozanın Bowen hastalığına queyrat eritroplazi denir. En sık 5-6 dekadlarda glans peniste görülür. Bowen hastalığı skuamöz karsinom in situ demektir.

Cevap D (*Aston, Plastic Surgery, 5.baskı, s.111*)

47.Sekonder yara iyileşmesinde anahtar rolü oynayan hücre hangisidir?

- a) Eritrosit
b) Nötrofil
c) Miyofibroblast
d) Makrofaj
e) Trombosit

AÇIKLAMA: Sekonder yara iyileşmesinde tam kalınlıktaki açık bir yara, yara kontraksiyonu ve epiletizasyonla iyileşmeye terk edilir. Yaranın boyutları henüz tam anlaşılmayan bir mekanizmayla azalır. Bu esnada miyofibroblastların anahtar rolü oynadıklarına inanılır. Gabbani tarafından 1979'da tanımlanan bu hücreler, fibroblast ve düz kas hücresi arasında yapısal özellikler taşıyan bir hücredir. Fibroblastlardan derive olduklarına inanılır ve kontrakte olan yaralarda aktin-mikrofilament sistemini taşıdıkları gösterilmiştir. Yarada yaklaşık 3. günde ortaya çıkar ve 10-21. günlerde maksimal seviyededir. Kontraksiyon tamamlandığında ortadan kaybolurlar.

Cevap C (*Grabb, Plastic Surgery, 5.baskı, s.3-4*)

ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ

1. Tibia plato kırıklarında aşağıdaki sınıflandırma sistemlerinden hangisi kullanılır?

- a) Russel-taylor
- b) Neer
- c) Lauge-Hansen
- d) Hohl-Moore
- e) Garden

AÇIKLAMA: Tibia plato kırıkları, plato yüzeyinin deplasman ve kompresyon tipine göre kırığı sınıflandırır.

Cevap D (*Campbell's Operative Orthopaedics, 8. baskı s.827*)

2. Muskuloskeletal malign neoplazmların sınıflandırmasında "düşük grade, kompartman dışına taşmış" lezyonlar hangi evre olarak kabul edilir?

- a) I-A
- b) I-B
- c) II-A
- d) II-B
- e) III

AÇIKLAMA: Malign kas iskelet sistemi tümörlerinde evre I-B, kompartmanın dışına taşmış ve düşük grade'li neoplazmları simgelemektedir. Evre II tümörler ise yüksek grade'li tümörlerdir.

Cevap B (*The Orthopaedic Clinics of North America Pediatric Orthopaedic Oncology, s.474-5*)

3. Periferik sinir zedelenmelerinde aksonların dejenerasyonu ve endonöral tübün devamlılığının bozulması ile seyreden evre hangisidir?

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

AÇIKLAMA: Evre III sinir zedelenmelerinde fasiküllerin iç yapısı dezorganize olur fakat her bir fasikülün sıralanışı yani perinörium intakt kalır.

Cevap C (*Orthopaedic Basic Sciences. 2. baskı, 1999. p.666-7*)

4. 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 (*Campbell's Operative Orthopaedics, 9. baskı, 1998. s.901*)

5. Osteoid osteomayla ilgili yanlış seçenek hangisidir?

- a) İlk defa Jaffe tarafından tariflenmiştir.
- b) En sık el kemiklerinde görülür.
- c) En sık semptom ağrıdır.
- d) Tedavisi cerrahidir.
- e) Ağrılı skolyoza yol açar.

AÇIKLAMA: Osteoid osteoma en sık olarak lomber ve vertebralarda görülür.

Cevap B (*Campbell's Operative Orthopaedics. 82. baskı, s.3855*)

6. Unikameral kemik kistlerinin en sık yerleşim yeri neresidir?

- a) Proksimal humerus
- b) Vertebra
- c) Fibula
- d) El kemikleri
- e) Tibia

AÇIKLAMA: Unikameral kemik kistlerinin en sık yerleşim lokalizasyonları proksimal humerus ve femurdur.

Cevap A (*The Pediatric Clinics of North America. s.962*)

7. 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: Heterotropik ossifikasyon en sık olarak kalça replasman cerrahisi sonrası erkek hastalarda görülen ve kalça eklem hareketlerinde kısıtlanmaya

ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ

yol açan bir hastalıktır.

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

8. Dört yaş üzerindeki hastalarda en sık osteomyelitis etkeni mikroorganizma hangisidir?

- a) B grubu streptokoklar
- b) Gram negatif koliformlar
- c) A grubu streptokoklar
- d) Stafilokokkus aureus
- e) H. influenza

AÇIKLAMA: Neonatlarda en sık osteomyelit etkeni B grubu streptokoklar iken, 4 yaş üstü çocuklarda en sık görülen etken S. aureus'tur.

Cevap D (*The Orthopaedic Clinics of North America. Pediatric Orthopaedic Oncology. s.627-8*)

9. Aşağıdaki ifadelerden hangisi spastik paralizi için doğru değildir?

- a) Beyin dokusunun herhangi bir nedenle hasara uğraması sonucu, motor ve mental fonksiyonların etkilendiği bir hastalıktır.
- b) Adele tonusu artar.
- c) Tendon refleksleri artar.
- d) Derin duyu fonksiyonları normaldir.
- e) Yüzeysel duyu fonksiyonları normaldir.

AÇIKLAMA: Spastik paralizi, birinci motor nöronu ilgilendiren bir hastalık olduğu için, birinci motor nörona ait fonksiyon bozuklukları tabloda görülür. Bu nedenle derin duyu bozukluğu da tabloda yer alır.

Cevap D (*Fitzgerald, Orthopaedics, 2002, s. 1529-1546*)

10. Travmatik kalça çıkığı en sık hangi yöne doğru olmaktadır?

- a) Anterior
- b) Medial
- c) Posterior
- d) Santral
- e) Lateral

AÇIKLAMA: En sık posterior çıkık görülmektedir. Anterior çıkığa oranı 9/1 gibidir.

Cevap C (*Rockwood and Green, Fractures in Adult, vol:2, s. 1548*)

11. Aşağıdakilerden hangisi septik artrit yanlıştır?

- a) En sık kalça eklemi tutar.
- b) Genellikle 0-3 yaş grubunda görülür.
- c) Bir çok eklem hastalığı ile birlikte transisyonel sinovitten ayırıcı tanısının yapılması gerekir.
- d) Osteomyelite sekonder olarak gelişebilir.
- e) Eklem sıvısının biyokimyasal incelemelerinde protein miktarı azalır.

AÇIKLAMA: Eklem sıvısının biyokimyasal incelemesinde protein miktarı bu hastalıkta artar. Şeker miktarı ise düşer.

Cevap E (*Everts, Surgery of the Musculoskeletal system, 2. baskı, s. 4408*)

12. Osteoid osteoma için yanlış olanı işaretleyiniz.

- a) Tipik olarak aspirine cevap veren ağrı vardır.
- b) Tedavide nidusun cerrahi olarak çıkartılması yeterlidir.
- c) Büyüyen çocuklarda anguler deformiteler oluşturabilir.
- d) Tedavi edilmediği takdirde malign değişim gösterebilir.
- e) Bu tümör multisentrik yerleşim göseterebilir.

AÇIKLAMA: Malign değişim göstermez.

Cevap D (*Cnale, Cambel's Operative Orthopaedics, 9. baskı, 1998, s. 691*)

NÖROŞİRURJİ

1. Serebral kan akımı ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Normal kan akımı 100 gr beyin dokusu için 55-60 ml'dir.
- Ortalama arter basıncı diastolik basınca sistolik basıncın 1/3'ünün eklenmesidir.
- Ortalama arter basıncı 50 mmHg'nin altına düştüğünde perfüzyon oluşmaz.
- Serebrovasküler dilatasyon için en potent stimülatör CO₂'dir.
- Serebral perfüzyon basıncı intrakraniyal basınçtan ortalama arter basıncının çıkarılması ile elde edilir.

AÇIKLAMA: Serebral perfüzyon basıncı ortalama arter basıncından intrakraniyal basıncın çıkarılması ile elde edilir.

Cevap E (Greenberg, *Handbook of Neurosurgery*, s.521-70)

2. Aşağıdakilerden hangisi intrakraniyal basınç ölçümü için kontrendike değildir?

- Koagülopatisi olanlar
- Glasgow koma skalası 8'in altında olanlar
- Ölmek üzere veya yaşama şansı olmayan hastalar
- İmmün süpresif hastalar
- Uyanık hastalar

AÇIKLAMA: Koagülopatisi olanlar, ölmek üzere veya yaşama şansı olmayan hastalar, immün süpresif hastalar, uyanık hastalarda intrakraniyal basınç ölçümü kontrendikedir.

Cevap B (Greenberg, *Handbook of Neurosurgery*, s.521-70)

3. İntrakraniyal basınç artışını tedavi etmenin temel amacı nedir?

- İntrakraniyal basıncı 20 mmHg'nin altında ve serebral perfüzyon basıncını 50 mmHg'nin üzerinde tutmaktır
- İntrakraniyal basıncı 50 mmHg'nin altında ve serebral perfüzyon basıncını 50 mmHg'nin üzerinde tutmaktır.
- İntrakraniyal basıncı 50 mmHg'nin altında ve serebral perfüzyon basıncını 20 mmHg'nin üzerinde tutmaktır.
- İntrakraniyal basıncı 20 mmHg'nin altında ve serebral perfüzyon basıncını 20 mmHg'nin üzerinde tutmaktır.

e) İntrakraniyal basıncı 20 mmHg'nin altında ve serebral perfüzyon basıncını 50 mmHg'nin altında tutmaktır.

AÇIKLAMA: Tedavide asıl amaç intrakraniyal basıncın 20mmHg'nin altında ve serebral perfüzyon basıncının ise 50 mmHg'nin üzerinde tutulmasıdır. Böylece serebral dokunun ihtiyacı olan kan sağlanmış olur.

Cevap A (Greenberg, *Handbook of Neurosurgery*, s.521-70)

4. Araçdışı trafik kazası sonrası acil servise getirilen 11 yaşındaki bir çocuğun yapılan ilk muayenesinde sağ temporalde skalp hematomu olduğu belirleniyor. Hemodinamik açıdan stabil olan hastanın ağrısı lokalize ettiği, anlamsız sesler çıkardığı ve ağrı ile göz açtığı, sağ tarafta ışık refleksinde sola göre daha yavaş-zayıf olduğu ve sol tarafta taban derisi refleksinin ekstansör olarak cevap verdiği belirleniyor. Bu hasta ile ilgili olarak hangisi doğrudur?

- Bu hasta komadadır
- Herhangi bir tetkik yapılmadan acil olarak operasyonu alınmalı ve sağ temporal kraniotomi uygulanmalıdır
- Hemodinamik açıdan stabil olduğundan acil serviste %20 Mannitol verilerek antiödem tedavi ile takip edilmesi yeterlidir
- Primer travma değerlendirmesini takiben acil olarak kranial bilgisayarlı tomografi (BT) çekilmeli ve tedavisi BT sonucuna göre planlanmalıdır
- Bu hastanın Glasgow Koma Skalası 7 olarak belirlenmiştir

AÇIKLAMA: Bu hastanın Glasgow Koma Skalası (GCS): Motor cevap (5), Verbal cevap (2), Göz açma (2) olmak üzere 9/15 olarak hesaplanmıştır. GCS ≤8 olan olgular komada kabul edilir. Bu olgu sağ ışık refleksinin zayıflaması ve sol tarafta taban derisi refleksini ekstansör olması nedeniyle taraf seçen bulgu vermektedir. Sağ temporalde skalp hematomu olması travmanın bu bölgede olduğunu göstermekle beraber, intrakraniyal lezyonun lokalizasyonunu veya varlığını tam olarak bilmeden yani radyolojik tetkik yapmadan acil operasyona almak bu olgu için doğru değildir. Şartlar elverdiği sürece ideal olan önce kranial BT incelemesini yaparak gerekli tedaviyi (cerrahi veya medikal) planlamaktadır. Böyle bir olguyu BT incelemesi yapmadan yalnızca antiödem tedavi uygulayarak takip etmek doğru değildir. Bu yöntem yalnızca BT çekme imkanı yoksa ve hastayı sevk

NÖROŞİRURJİ

edeceksek ve de klinik tablosunda kötüleşme olursa uygulanabilir.

Cevap D (*Greenberg, Handbook of Neurosurgery, 3. baskı. p.521*)

5. İntrakraniyal basınç artışını tedavisinde aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Seçkin sıvı replasmanı dekstroz veya ringer laktat olmalıdır
- Mannitol ile kan osmolalitesi 300-310 mOsm/l seviyesine çıkarılmalıdır
- Ateş çok iyi kontrol altında tutulmalıdır.
- Glasgow koma skalası 8'in altında olanlar entübe edilmelidir
- İntrakraniyal basıncı düşürmek için PaCO₂ 25-30 mmHg civarında tutulmalıdır.

AÇIKLAMA: Mannitol ile yükseltile kan osmolalitesi verilecek Ringer Laktat gibi hiposmolar sıvılar ile düşürülür. Bu ise serebral dokudaki ödemin çözülmesini engeller.

Cevap A (*Wilkins, Neurosurgery, 2. baskı. s.345-56*)

6. Kozaljik ağrı için hangisi yanlıştır?

- Yanma, otonom disfonksiyon ve trofik değişikliklerle karakterizedir.
- Median, ulnar ve siyatik sinirler en sık tutulur.
- Her duysal stimülasyon ağrıyı daha kötü yapar.
- Medikal tedavi genellikle yetersizdir, ancak TSA önerenler vardır.
- Alt ekstremité için stellar ganglion, üst ekstremité için lomber sempatik blokaj yapılır.

AÇIKLAMA: Kozaljik ağrılarda tedavi seçeneklerinden bir tanesinde sempatik blokaj yapmaktır. Üst ekstremité için stellar ganglion, alt ekstremité için lomber sempatik ganglion blokajı yapılır.

Cevap E (*Greenberg, Handbook of Neurosurgery, p.382-98*)

7. Serebral perfüzyon basıncı (SPB) ile ilgili olarak aşağıdaki formüllerden hangisi doğrudur?

- SPB= Sistolik kan basıncı-intrakraniyal basınç
- SPB= (ortalama arter basıncı+diastolik basınç)-intrakraniyal basınç
- SPB= (Sistolik kan basıncı-diastolik kan basıncı)+intrakraniyal basınç

d) SPB= (ortalama arter basıncı+intrakraniyal basınç)-diastolik basınç

e) SPB= Ortalama arter basıncı-intrakraniyal basınç

AÇIKLAMA: Serebral perfüzyon basıncı doğru cevapta gösterildiği şekilde ölçülür. Ortalama arter basıncı [(2xDiastolik)+sistolik]/3 olarak hesaplanır ve ortalama değeri 70-100 mmHg olarak değişiklik gösterebilir. Kafa içi basıncının normal değerleri erişkinde ve büyük çocuklarda <10-15 mmHg, küçük çocuklarda 3-7 mmHg ve yenidoğanlarda 1.5-6mmHg olarak belirlenmiştir. Serebral kan akımı, otoregüasyon mekanizmaları ile serebral perfüzyon basıncı (SPB) 50-150 mmHg arasında değişiklik gösterse bile sabit kalır. serebral perfüzyon basıncını korumak için de elimizde bulunan iki parametreden ortalama arter basıncını yükseltebilir ve de intrakraniyal basıncı azaltabiliriz.

Cevap E (*Wilkins, Neurosurgery, 2. baskı, s.400; Greenberg, Handbook of Neurosurgery, s.546*)

8. Subaraknoid kanamalar ile ilgili olarak hangisi yanlıştır?

- En sık nedeni travmadır.
- Subaraknoid kanamaların büyük oranı anterior sirkülasyon anevrizmalarından kaynaklanmaktadır.
- İlk yapılması gereken tetkik kranial magnetik rezonans (MR) görüntülemidir.
- Hidrocefali subaraknoid kanama sonrası görülen komplikasyonlardan biridir.
- Bazı hastalarda kranial sinir paralizisi bulguları olabilir.

AÇIKLAMA: Subaraknoid kanamanın (SAK) en sık nedeni travma olup spontan SAK'ın en sık nedeni anevrizmadır. Anevrizmalar %80-90 anterior sirkülasyon ve diğerleri de posterior sirkülasyonda görülürler. Hidrocefali, vazospazm, yeniden kanama olası komplikasyonları arasındadır. MR kanamayı göstermekle beraber ilk tercih edilmesi gereken radyolojik tetkik kranial BT'dir. Posterior kommunikan anevrizmaları tipik olarak üçüncü sinir paralizisine neden olabilirler, diğer anevrizmalar lokalizasyonuna ve boyutuna göre kranial sinir paralizilerine neden olabilirler.

Cevap C (*Çobanoğlu, Nöroşirurji Ders Notları. 1. baskı. 2002. s.263*)

K.B.B

1. Aşağıdaki ifadelerden hangisi nazofarenks kanseri için doğrudur?

- Uzakdoğu ülkelerinde nadiren görülür.
- Bu kanserin etiyolojik faktörlerinden biri HSV enfeksiyonudur.
- En sık boyun kitlesi ile klinik bulgu verir.
- Tedavisinde ilk seçenek cerrahidir.
- En sık metastazı beyine yapar.

AÇIKLAMA: Nazofarenks kanserleri, nazofarenks epitelinden kaynaklıdır. En sık tipi skuamöz hücreli kanserlerdir. Çin, Tayvan gibi uzakdoğu ülkelerinde görülme insidansı yüksektir. Etiyolojisinde EBV'nin etkinliğinin olduğu bilinmektedir. En sık boyun kitlesi ile klinik bulgu verir. Tedavisinde ilk ve en etkin tercih radyoterapidir.

Cevap C (*Paparella, Otolaryngology, Head and Neck, 3. baskı, s.2193-4*)

2. Aşağıdakilerden hangisi Waldeyer halkasının yapısına katılmaz?

- Adenoid
- Lingual tonsiller
- Palatin tonsiller
- Torus tubarius
- Lateral faringeal bantlar

AÇIKLAMA: Waldeyer halkasını lingual tonsiller, palatin tonsiller, adenoid ve lateral faringeal bantlar oluşturur.

Cevap D (*William, Surgical Anatomy of the Head and Neck, s.374*)

3. Aşağıdakilerden hangisi adenoidektomi için kontraendikasyondur?

- Obstrüktif uyku apnesi
- Tekrarlayan sinüzit atakları
- Tekrarlayan akut otitis media atakları
- Kronik adenoidit
- Yarık damak

AÇIKLAMA: Obstrüktif uyku apnesi, tekrarlayan sinüzit atakları, tekrarlayan akut otitis media atakları, kronik adenoidit, nazal obstrüksiyon, adenoidektomi endikasyonlarındandır. Yarık damak, kanama, yakın zamanda geçirilmiş üst solunum yolları enfeksiyonu, adenoidektomi kontraendikasyonlarındandır.

Cevap E (*Alan, Scott Brown's Otolaryngology, 6. baskı*)

4. Mandibula kırıkları en sık mandibulanın hangi kısmında meydana gelir?

- Kondil
- Simfizis
- Angulus
- Korpus
- Koronoid çıkıntı

AÇIKLAMA: Mandibulanın travmaya karşı en zayıf alanları ve dolayısıyla fraktürlerin en sık görüldüğü lokalizasyonlar; molar diş hizasında angulus bölgesi, mental foramenin bulunduğu kanin diş hizasındaki korpus bölgesi ve kondil boynudur. Bunların arasında da en sık kondil bölgesidir.

Cevap A (*Onur, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş Boyun Cerrahisi, 2002. s.818*)

5. Obstrüktif uyku apnesinde kesin tanı aşağıdakilerden hangisiyle konur?

- Bilgisayarlı tomografi
- Sefalometrik testler
- Fleksibl nazofaringolarinoskopi
- Orofarenks muayenesi
- Polisomnografi

AÇIKLAMA: Diğer muayenelerden obstrüksiyon yerini tespit etmede faydalanılırken, uyku analizi gerçek tanıyı koyar. Uyku apnesi sendromu kesin tanısını, polisomnografik inceleme yapmaksızın koymak mümkün değildir.

Cevap E (*Can, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş Boyun Cerrahisi, 2004. s.690*)

6. Puberte dönemindeki erkek çocuklarda görülen, epistaksis atakları ve burun tıkanıklığına neden olan, tanısı fizik muayene ve görüntüleme yöntemleri ile konulan ve biyopsinin sakıncalı olduğu tümör aşağıdakilerden hangisidir?

- Nazofarenks karsinomu
- Paranasal sinüs tümörü
- Nazofarenks anjiofibromu
- Tükrük bezi tümörü
- Oral kavite tümörü

AÇIKLAMA: Bahsedilen özelliklere sahip tümör nazofarenks anjiofibromudur.

Cevap C (*Byron, Head&Neck Surgery-Otolaryngology, 3. baskı, 2001.s.316*)

7. Gestasyonel dönemde, bukkofarengal membranın yırtılmasındaki bozukluğa bağlı olarak oluşan ve neonatal dönemdeki solunum sıkıntısının en sık nedeni olan konjenital anomali aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Laringomalazi
- b) Trakeomalazi
- c) Heterotopik nöral doku
- d) Koanal atrezi
- e) Yarık damak

AÇIKLAMA: Yukarıda sayılan özelliklere sahip konjenital anomali koanal atrezidir.

Cevap C (*Byron, Head&Neck Surgery-Otolaryngology, 3. baskı, 2001.s.304*)

8. Parotis bezinin en sık rastlanan tümörü aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Warthin tümörü
- b) Onkositoma
- c) Pleomorfik adenoma
- d) Granüler hücreli tümör
- e) Bazal hücreli adenoma

AÇIKLAMA: Pleomorfik adenoma, tükrük bezlerinin en sık rastlanan tümörüdür. Tüm parotis tümörlerinin %60-70'ini meydana getirmektedir. Epitelyal, myoepitelyal ve stromal yapıları birlikte içerdiğinden dolayı "benign mikst tümörü" olarak da adlandırılmaktadır.

Cevap C (*Anil, Diagnosis and Treatment in Otolaryngology-Head and Neck Surgery. 2004. s.321*)

9. Aşağıdakilerden hangisi tonsillektomi endikasyonu değildir?

- a) Obstrüktif uyku apnesi
- b) Asimetrik tonsil büyümesi
- c) Peritonsiller apse ile birlikte kronik tonsil enfeksiyonu öyküsü olması
- d) Boğaz kültüründe *Streptococcus viridans* üremesi
- e) Febril konvülsiyon atağına neden olan tonsillit atakları

AÇIKLAMA: Tonsillektomi endikasyonları;

* **Enfeksiyöz nedenler;**

- Rekürren akut tonsillit; bir yılda 7'den fazla atak, birbirini takip eden 2 yıl için yılda 5 atak ya da 3 yıl içinde yılda 3 atak olması
- Rekürren febril konvülsiyon ya da kardiyak valvüler hastalıklar ile birlikte rekürren tonsillit atakları olması
- Medikal tedaviye cevap vermeyen kronik tonsillit
- Tonsiller enfeksiyon hikayesi ile birlikte peritonsiller apse olması

* **Obstrüktif nedenler;**

- Kronik ağız solunumu ile birlikte horlama
- Obstrüktif uyku apnesi ya da uyku bozuklukları
- Disfaji ya da konuşma bozukluklarına neden olan tonsiller hipertrofi
- Kraniyofasiyal anomaliler ile birlikte tonsiller hipertrofi
- Steroid tedavisine cevap vermeyen mononükleozis ile birlikte tonsiller hipertrofisi olması

* **Diğer nedenler**

- Neoplazm şüphesi olan asimetrik tonsiller hipertrofi olması

Cevap D (*Byron, Head&Neck Surgery-Otolaryngology, 3. baskı, 2001.s.361*)

10.Kafa içine yayılım gösteren nazofarenks kanserinin en sık tuttuğu kraniyal sinir aşağıdakilerden hangisidir?

- a) N. fasyialis
- b) N. glossopharyngeus
- c) N. trigeminus
- d) N. abducens
- e) N. hypopharyngeus

AÇIKLAMA: Nazofarenks kanseri en sık Rosenmüller fossasından kaynaklanmaktadır. Nazofarenksin hemen üst lateralinde bulunan foramen laserum, kafa içi yayılım için en kolay giriş kapısıdır. N. abducens foramen laserumun hemen üstünde yer alması nedeni ile nazofarenks kanserinde kafa çifti tutulumlarından en sık n. abducens etkilenmektedir.

Cevap D (*Charles, Otolaryngology Head and Neck Surgery, 3. baskı, s.1520*)

11.Nazofarenks kanserinde semptom ve bulgular içinde en sık görülen hangisidir?

- a) Burun kanaması
- b) İşitme kaybı
- c) Kulakta dolgunluk hissi
- d) Boyunda kitle
- e) Kilo kaybı

AÇIKLAMA: Nazofarenks kanserinde semptom ve bulgular içinde boyun kitlesi %60 sıklıkla en sık görülen bulgudur. Bunu %40 ile kulak tıkanıklığı, kulak dolgunluğu izler. Bu durum orta kulak efüzyonuna bağlıdır. Bunu üçüncü sırada %37 ile işitme kaybı izler. Bunların ardından %30 sıklıkla burun kanaması ve burun tıkanıklığı gelir. Kilo kaybı ve diplopi son sıralarda yer alır (%10).

Cevap D (*Bailey, Head&Neck Surgery-Otolaryngology. s.1261*)

12.Vokal kordları abdüksiyona getiren kas aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Lateral krikoaritenoid kas
- b) Posterior krikoaritenoid kas
- c) Tiroaritenoid kas
- d) İnteraritenoid kas
- e) Krikotiroid kas

AÇIKLAMA: Posterior krikoaritenoid kas (m. posticus) vokal kordların esas abduktörüdür. Lateral krikoaritenoid kas, interaritenoid kas ve tiroaritenoid kas vokal kordlara adduksiyon yaptırır. Krikotiroid kas vokal kordların gerginliğini arttırmaktadır.

Cevap B (*Anil, Current Diagnosis and Treatment in Otolaryngology-Head and Neck Surgery, 2004. s.475-6*)

13.Çocuklarda en sık görülen benign tükrük bezi tümörü hangisidir?

- a) Mikst tümör
- b) Hemanjiom
- c) Whartin tümörü
- d) Papiller duktal adenom
- e) Kist adenom

AÇIKLAMA: Tüm tükrük bezi tümörlerinin %65'ini pleomorfik adenom (mikst tümör) oluşturur. Erişkinlerde mikst tümör, benign tümörler içinde en sık görülen tümördür. Ancak çocuklarda mikst tümör hemanjiomlardan sonra ikinci sıklıkta görülen tümördür. Çocuklarda hemanjiom, mikst tümör, vasküler proliferasyonlar ve lenfanjiomlar sırasıyla en sık görülen benign tümörlerdir.

Cevap B (*Bailey, Head&Neck Surgery-Otolaryngology, s.1127*)

14.Aşağıdakilerden hangisi otitis medianın intrakranial komplikasyonlarından birisidir?

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

AÇIKLAMA: Lateral sinüs tromboflebiti otitis medianın intrakranial komplikasyonlarından birisidir.

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

15.Aşağıdaki elektrofizyolojik testlerden hangisi fasiyal sinirdeki dejenerasyonu en doğru şekilde yansıtır?

- a) Sinir uyarılma testi
- b) Maksimum stimülasyon testi
- c) Elektronörografi

- d) Elektromyografi
- e) Stapes refleksi testi

AÇIKLAMA: Diğer elektrofizyolojik testlerin aksine elektronörografi sinirdeki dejenerasyon derecesini, testi yapandan bağımsız olarak ortaya koyar. Bütün elektrofizyolojik testler arasında en doğru prognostik bilgiyi sağlar.

Cevap C (*Lee, Essential Otolaryngology, 2003. s.177*)

16.Meniere hastalığında aşağıdakilerden hangisi bulunmaz?

- a) Kulakta akıntı
- b) Tinnitus
- c) Dalgalı işitme kaybı
- d) Epizotik vertigo
- e) Kulakta dolgunluk

AÇIKLAMA: Kulakta dolgunluk, tinnitus, dalgalı işitme kaybı, epizotik vertigo Meniere hastalığında bulunan semptomlardır.

Cevap A (*Lee, Essential Otolaryngology, 2003. s.523*)

17.Paranazal sinüslerde fonksiyonel bir tanımlama olan osteometal ünite hangisi bulunmaz?

- a) Etmoid infundibulum
- b) Anterior etmoid hücreler
- c) Sfenoid sinus ostiumu
- d) Maksiler sinüs ostiumu
- e) Frontal sinüs ostiumu

AÇIKLAMA: Osteomeatal ünite anatomik bir bölgeden çok orta meatus yapılarının bir araya gelerek oluşturduğu fonksiyonel bir yapıdır. Uniat çıkıntı, etmoid infundibulum, anterior etmoid hücreler, frontal ve maksiler sinüs ostiumları bu fonksiyonel üniteyi oluşturur.

Cevap C (*Lee, Essential Otolaryngology, 2003. s.523*)

18.Trompet çalan bir erkek hastada, ses kısıklığı ve boyunda şişlik şikayeti mevcuttur. 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) Hemangiom

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

Cevap A (*Cummings, Otolaryngology Head-Neck Sur-*

gery, 3. baskı, 1998. s.2119)

19.Meniere hastalığı için yanlış olan aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Epizodik vertigo
- b) Fluktuan iletim tipi işitme kaybı
- c) Tinnitus
- d) Kulakta dolgunluk hissi
- e) Bulantı-kusma

AÇIKLAMA: Meniere hastalığında fluktuan nörosensoryal tip işitme kaybı olması tipiktir.

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

20.Erişkinlerde parotis bezinin en sık tespit edilen benign tümörü aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Whartin tümörü
- b) Onkositom
- c) Hemangiom
- d) Pleomorfik adenom
- e) Myoepitelyom

AÇIKLAMA: Parotisin en sık görülen benign tümörü pleomorfik adenomdur.

Cevap D (Cummings, Otolaryngology Head-Neck Surgery, 3. baskı, s.1266)

21.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 veziküler 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, s.2773)

22.Fasiyal sinir ile ilgili aşağıdaki bilgilerden hangisi yanlıştır?

- a) Digastrik kasın arka karnının motor innervasyonunu sağlar.
- b) Stapedius kasının motor innervasyonunu sağlar.
- c) Yüzdeki mimik kaslarının motor innervasyonunu sağlar.
- d) Stilohiyoid kasın motor innervasyonunu sağlar.

e) Parotis bezinin parasempatik innervasyonunu sağlar.

AÇIKLAMA: Fasiyal sinir, submandibuler ve sublingual bezin parasempatik innervasyonunu sağlarken; parotis bezinin parasempatik innervasyonundan 9. sinir sorumludur.

Cevap E (Lee, Essential Otolaryngology Head&Neck Surgery, 1999. s.174)

23.Boyun kitlesi, tek taraflı işitme kaybı, progressif tek taraflı olarak başlayan burun tıkanıklığı, kanla karışık burun akıntısı, postnazal akıntı, oksipital baş ağrısı ile başvuran bir hastada aşağıdaki baş boyun bölgesi tümörlerinden hangisi ön tanıda düşünülebilir?

- a) Nazofarenks karsinomu
- b) Larenks karsinomu
- c) Paranasal sinüs tümörü
- d) Tükruk bezi tümörü
- e) Oral kavite tümörü

AÇIKLAMA: Yukarıda sayılan bulgu ve semptomların hepsi nazofarenks karsinomunda görülmektedir.

Cevap A (Byron, Head&Neck Surgery-Otolaryngology, 3. baskı, 2001. s.1417)

24.Otoskleroz hastalığı ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Otik kapsülün primer hastalığıdır.
- b) Bilateral görülme olasılığı %80'dir.
- c) Kadınlarda hamilelik sırasında veya hemen sonrasında hızlı işitme kaybı oluşur.
- d) Medikal tedavide sodyum florid kullanılabilir.
- e) Kesin tedavisi stapedektomi ile sağlanır.

AÇIKLAMA: Otoskleroz hastalığının tanımlanmış kesin tedavisi bulunmamakla birlikte, stapedektomi ve stapedotomi, hastalığın ilerleyişine etkisi olmadan sesin amplifikasyonu amacıyla uygulanan cerrahi tekniklerdir.

Cevap E (Byron, Head&Neck Surgery-Otolaryngology, 3. baskı. 2001.s.1835)

25.Aşağıdakilerden hangisi boyun orta hat kitlelerinden değildir?

- a) Brankial kleft kisti
- b) Aberran tiroid dokusu
- c) Tiroglossal duktus kisti
- d) Dermoid kist
- e) Delfian nodu

AÇIKLAMA: Brankial kleft kisti lateral boyun kitleleri arasında yer almaktadır.

Cevap A (Lee, *Essential Otolaryngology Head&Neck Surgery*, 1999. s.1134)

26.Hava ve kemik yolu iletiminin karşılaştırıldığı diyapozon testi aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Weber testi
- b) Bing testi
- c) Rinne testi
- d) Schwabach testi
- e) Lewis testi

AÇIKLAMA: Hava ve kemik yolu iletiminin karşılaştırıldığı diyapozon testi Rinne testidir.

Cevap C (Lee, *Essential Otolaryngology Head&Neck Surgery*, 1999. s.31)

27.Erken perinöral invazyon ile ağrıya yol açan, submandibuler gland ve diğer minör tükrük bezlerinde en sık görülen malign tükrük bezi tümörü aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Adenoid kistik karsinom
- b) Mukoepidermoid karsinom
- c) Asinik hücreli karsinom
- d) Adenokarsinom
- e) Malign mikst tümör

AÇIKLAMA: Bahsedilen özelliklere sahip tükrük bezi tümörü adenoid kistik karsinomdur.

Cevap A (Lee, *Essential Otolaryngology Head&Neck Surgery*, 1999. s.517)

28.Effüzyonlu otit media (seröz otit media) ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Hastalar çoğunlukla çocuktur; hafif işitme azlığı ve şiddetli olmayan ağrı şikayeti ile başvururlar, asemptomatik olgular da nadir değildir.
- b) Muayene bulgusu mat, vaskülarize ve retrakte kulak zarı görünümü ile karakterizedir.
- c) Kulak zarı perforasyonu ve mukoid akıntı sık rastlanılan bir bulgudur.
- d) Medikal tedaviye dirençli olgularda cerrahi seçenek ventilasyon tüpü tatbiki ve adenoidektomidir.
- e) Akustik impedansmetrede düşük basınç ve od-yogramda hafif iletim tipi işitme kaybı tanıya yardımcı bulgulardır.

AÇIKLAMA: Effüzyonlu otit medianın çok ileri evrelerinde perforasyon gelişebilir ve hastalığın adı

kronik otit media adını alır. Bu nedenle effüzyonlu otit media tanımı ile kulak zarı perforasyonu ve akıntı bağdaşmaz. Diğer şıklar effüzyonlu otit media için geçerlidir.

Cevap C (Bailey-Otolaryngology Head and Neck Surgery Textbook, Cilt 2, s.1592-95)

29.Kronik süpüratif otitis medialı hastada bacaklı ateş ve terleme nöbetleri yanı sıra retrouriküler bölgeye basmakla ağrı saptanırsa hangi komplikasyonu düşünürsünüz?

- a) Beyin absesi
- b) Menenjit
- c) Serebellum absesi
- d) Lateral sinüs tromboflebiti
- e) Ektradural abse

AÇIKLAMA: Lateral sinüs tromboflebitinde nöbetler halinde oluşan yüksek ateş, terleme, nabız artışı görülür. Hastanın kendisini iyi hissettiği remisyon dönemleri mevcuttur. **En sık en tipik bulgusu mastoid emisser venin çıkış yeri üzerinde posterior mastoidde hassasiyettir.** Bu noktadaki inflamatuvar cevap mastoidde kızarıklığa ve ödeme sebep olabilir.

Cevap D (Ballenger, *Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery*, s.1040)

30.Tiroglossal kist ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Boynun orta hattında yerleşir.
- b) Kist foramen çekumla ilişkilidir.
- c) Doğum esnasında daima mevcuttur.
- d) Dili öne çekmekle kist hareket eder.
- e) Hyoid kemiğin korpusu ile ilişkilidir.

AÇIKLAMA: Boyun orta hattında en çok görülen lezyonlardan biri triglossal kisttir. Embriyonik orijinli olduğu halde yenidoğan döneminde görülmeleri enderdir. Tiroglossal kalıntılar, dil kökünden tiroidin piramidal lobuna kadar orta hat kitlelerini oluştururlar. Foramen çekum tiroid divertikülünün geliştiği yerdir. Tiroglossal kanal kisti ve onun kanalı, dil tabanına kadar total olarak eksize edilmelidir. Rekürrensi önlemek için hyoid kemiğin orta kısmının (korpusunun) eksizyonunun gerekli olduğu bildirilmiştir.

Cevap C (Ballenger, *Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery* 15.baskı, s.211)

İLK VE ACİL YARDIM

1. Temel yaşam desteğinde hasta değerlendirme aşamasında aşağıdakilerden hangisine bakılmaz?

- a) Solunum
- b) Dolaşım
- c) Havayolu
- d) Bilinç durumu
- e) Elbiselerin çıkarılması

AÇIKLAMA: Temel yaşam desteğinde önce hastada bilinç durumu değerlendirilir. Hasta yanıtızsızca acil tıp sistemi aktive edilir ve sırasıyla hastada havayolu (A= Airway), solunum (B= breathing), dolaşım (C= sirkülasyon) değerlendirilir.

Cevap E (*Tintinalli, Emergency Medicine, 5. baskı, 2000. s.44-4*)

2. En sık görülen senkop türü hangisidir?

- a) Psikiyatrik senkop
- b) Nörolojik senkop
- c) İlaçlara bağlı senkop
- d) Vazovagal senkop
- e) Hipovolemiye bağlı senkop

AÇIKLAMA: Senkop ayırıcı tanısı hayatı tehdit eden durumlar ile benign durumları içerir. Senkobun yaygın nedenleri kardiyak distritmi, vazovagal refleks ve ortostatik hipotansiyondur.

Cevap D (*Tintinalli, Emergency Medicine, 5. baskı, 2000. s.352-6*)

3. Aşağıdakilerden hangisi göğüs ağrısı ile acil servise başvuran hastada mutlaka ekarte edilmesi gereken ölümcül hastalıklardan değildir?

- a) Akut miyokard infarktüsü
- b) Aort diseksiyonu
- c) Pulmoner emboli
- d) Kot kırığı
- e) Özofagus rüptürü

AÇIKLAMA: Göğüs Ağrısının Önemli Nedenleri:

A- Göğüs Duvar Ağrıları

- Kostokondral sendrom
- Kostokondritis
- Ksifodine
- Fibromyalji

B- Plöretik ağrılar

- Pulmoner emboli
- Pnömoni
- Spontan pnömotoraks

- Perikarditis
- Plörezi

C- Visseral ağrılar

- Tipik anjina
- Atipik anjina
- Kararsız anjina
- Akut miyokard infarktüsü
- Aort diseksiyonu
- Perikardit
- Özefagus spazmı veya reflüsü
- Özefagus rüptürü
- Mitral valf prolapsusu

Bu ağrılardan erken tanınması gerek ve ölümcül olanlar

- Pulmoner emboli
- Pnömotoraks
- Akut miyokard infarktüsü
- Aort diseksiyonu
- Özefagus perforasyonu

Cevap D (*Tintinalli, Approach to Chest Pain: Emergency Medicine a comprehensive study guide. 6. baskı, 2004. s.333-42*)

4. Aşağıdaki ritim bozukluklarından hangisinde ilk tedavi defibrilasyondur?

- a) Ventriküler fibrilasyon
- b) A-V tam blok
- c) Asistoli
- d) Nabızsız elektriksel aktivite
- e) Supraventriküler taşikardi

AÇIKLAMA: İleri kardiyak yaşam desteği çalışma klavuzlarında ventriküler fibrilasyonda acil olarak 200J ile defibrilasyon önermektedir. İlk uygulamadan sonra ritim ventriküler fibrilasyon olarak devam ediyorsa sırasıyla 200-300J, 360J ile defibrilasyona devam edilir.

Cevap A (*Tintinalli, Emergency Medicine, 5. baskı, 2000. s.169-93*)

5. Aşağıdaki zehirlenme tiplerinden hangisinde nazogastrik sonda ile dekontaminasyon yapılmaz?

- a) Organofosfat zehirlenmesi
- b) Antideprasan zehirlenmesi
- c) Alkali madde alımı
- d) Analjezik madde alımı
- e) Parasetamol zehirlenmesi

İLK VE ACİL YARDIM

AÇIKLAMA: Korozyif madde alımlarında alınan maddenin yakıcı etkisinden dolayı gastrik lavaj ve kusturma yapılmamalıdır. Özellikle fazla alımlarında nazogastrik sonda uygulamasıyla ösefagus perforasyonu gelişebilmektedir.

Cevap C (*Tintinalli, Emergency Medicine, 5. baskı, 2000. s.1168-74*)

6. Aşağıdaki eşleştirmelerden hangisi yanlıştır?

- a) Organofasfot-pralidoksim
- b) Opioid-naloksan
- c) Metanol-fizostigmin
- d) Parasetamol-N-asetil sistein
- e) Benzodiazepin-flumazenil

AÇIKLAMA: Etanol; metanol ve etilen glikol metabolizmasını alkol dehidrogenaz enzimine karşı kompetitif olarak yarışarak inhibe etmektedir. Etanolün alkol dehidrogenaza karşı affinitesi metanole göre 10-20 kat fazla olduğundan toksik metabolitlerine oluşumunu inhibe edilir.

Cevap C (*Tintinalli, Emergency Medicine, 5. baskı, 2000. s.1103-9*)

7. Çoklu travma ile acil servise gelen bir hastada aşağıdaki X-ray grafilerinden hangilerinin çekilmesi önceliklidir?

- a) Lateral servikal, akciğer, pelvis grafileri
- b) Lateral servikal, torakolomber, femur grafileri
- c) Akciğer, kafa, torakolomber grafileri
- d) Pelvis, femur, tibia-fibula grafileri
- e) Kafa, akciğer, pelvis grafileri

AÇIKLAMA: Travma hastasının ilk değerlendirmelerini takiben tomografi, veya ameliyathaneye gitmeden önce çekilmesi gereken standart radyoloji grafileri;

Lateral servikal grafi

Akciğer grafisi

Pelvis grafisi

Cevap A (*Tintinalli, Initial Approach to Trauma. Emergency Medicine a comprehensive study guide. 6. baskı, 2004. s.1537-41*)

ADLİ TIP

1. Aşağıdakilerden hangisi asfiksizin genel belirtilerinden değildir?

- a) Siyanoz
- b) Peteşi
- c) Konjesyon
- d) Ödem
- e) Altı ekimozlu ip izi

AÇIKLAMA: Asfiksizin türüne bağlı olarak meydana gelen, asfiksizin etiyolojisini gösteren belirtiler asfiksizin özel belirtileridir. Örneğin, asıda altı ekimozlu ip izi, elle boğmalarda boyunda yarım ay şekilli sıyrık ve ekimozlar bu olgu türlerine ait spesifik bulgulardır. Siyanoz, peteşi, konjesyon ve ödem asfiksizin genel belirtileridir.

Cevap E (Soysal, Adli Tıp 1999;1:407-11)

2. Aşağıdakilerden hangisi tıkanma-tıkanma tipi asfiksilerden değildir?

- a) Ağız ve solunum yollarının yabancı cisimle tıkanması
- b) Karın-göğüs basısı
- c) Diri gömülme
- d) Karbonmonoksit zehirlenmesi
- e) Havasız yerde kapalı kalma

AÇIKLAMA: Karbonmonoksit zehirlenmesi kimyasal asfiksi grubu içerisinde yer almaktadır.

Cevap D (Soysal, Adli Tıp 1999:1:412)

3. Aşağıdakilerden hangisi künt cisimle (ezici alet) oluşan yaralardan biri değildir?

- a) Abrazyon
- b) Vurma halkası
- c) Ekimoz
- d) Hematom
- e) Laserasyon

AÇIKLAMA: Vurma halkası ateşli silah yaralanmalarında giriş deliğinin etrafında, onu çepeçevre saran, koyu renkli parşömen plağı halkasıdır. A, b, c ve d seçenekleri künt cisimlerle meydana gelen lezyonlardandır.

Cevap B (Soysal, Adli Tıp 1999:2:570, 480)

4. Aşağıdakilerden hangisi ölü lekeleri ile ekimozun ayırıcı tanısı için yanlıştır?

- a) Kuşkulanılan bölge bir bıçak ile kesilir, kesit yüzeyi ıslak bir sünger ile silinirse ekimoz aynen kalır, ölü lekeleri silindiğinde kaybolur

b) Ölü lekeleri cesedin altta kalan bölümlerinde ve boyun yanlarında oluşurken ekimoz vücudun herhangi bir bölgesinde (özellikle travmanın isabet ettiği yerde) bulunabilir.

c) Ölümden sonraki ilk 10 saat içerisinde cesedin yatış ya da duruş pozisyonu değiştirilirse ekimozlar cesedin ilk pozisyonuna uygun olarak oluştuğu yerden kalkar ve cesedin yeni konumuna göre yeniden oluşur. Ölü lekeleri ise değişmeden kalır.

d) Ekimoz sıklıkla sıyrık, hematoma gibi diğer travmatik bulgularla birlikte görülür.

e) Histolojik incelemede kan damarları içinde sınırlı kalmışsa ölü lekeleri, dolu arasına sızmış ve bazen doku bütünlüğünün kaybı ile birlikte ise ekimozdur.

AÇIKLAMA: Ölümden sonraki ilk 10 saat içerisinde cesedin yatış ya da duruş pozisyonu değiştirilirse de ölü lekeleri cesedin ilk pozisyonuna uygun olarak oluştuğu yerden kalkar ve cesedin yeni konumuna göre yeniden oluşur. Diğer seçenekler ölü lekeleri ile ekimozun ayırıcı tanısında kullanılan özelliklerdir.

Cevap C (Soysal, Adli Tıp 1999:1:119, 121)

5. Aşağıdakilerden hangisi elbisesiz bölgeye yakın atış mesafesinden yapılan atışlarda cilt üzerinde görülen bulgulardan biri değildir?

- a) Hofmann maden çukuru
- b) Ateşli silah mermi çekirdeği giriş deliği
- c) Silinti halkası
- d) Vurma halkası
- e) Tatuaj

AÇIKLAMA: Bitişik atış mesafesinden ve namlunun cilde tam temas ettirilerek yapılan atışlarda barutun yanma ürünlerinin hepsi büyük bir tazyikle cilt altına dolar ve cilt altında bir boşluk oluşur. Aynı anda alev bu bölgeyi yakar, duman isisi siyahlaştırır, yanmamış barut taneleri de bu bölgeye saplanır. Böylelikle cilt altında bitişik atışın karakteristik bulgusu olan Hofmann maden çukuru oluşur.

Cevap A (Soysal, Adli Tıp 1999:2:575)

6. Çürümüş bir cesedin kimliğinin tespitinde aşağıdakilerden hangisi en güvenilir yöntemdir?

- a) Boy ve ağırlık ölçümleri
- b) Eski travma ve operasyon izleri
- c) Cilt, saç ve göz rengi
- d) Giysiler ve takıların özellikleri
- e) Dişlerin fiziksel özellikleri

ADLİ TIP

AÇIKLAMA: İnsan dişleri ve diş dolgu maddeleri, ısı da dahil olmak üzere fiziksel ve kimyasal etkenlerle meydana gelecek tahribata karşı çok dirençlidir. Belirli bir olguda dolgu maddesini ihtiva eden tek bir diş bile kimlik tespiti için yeterli olabilir.

Cevap E (*Soysal, Adli Tıp 1999:2:692*)

7. “Adli otopsi” ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Yeterli ışık sağlandığı taktirde günün her vaktinde adli otopsi yapılabilir
- Adli otopside temel amaç ölüm nedeninin saptanmasıdır
- Adli otopsi sırasında ölümün erken ve geç belirtileri de araştırılır.
- Her adli otopside yasa gereği kafa, göğüs, karın boşluklarının açılması gerekir
- Ölenin kimliğinin tespit edilmesine yönelik incelemeler adli otopsi kapsamında değildir

AÇIKLAMA: Kimlik tespiti işlemi, ilk planda “hüviyeti meçhul” olarak tanımlanmış kişilerde, ayrıntılı olarak gerçekleştirilmelidir. Cesedin fotoğraf çekilmesinden sonra, dış muayene ile, kişinin vücudunda makroskopik olarak belirlenebilen tüm özelliklerinin eksiksiz olarak tarif edilmesi, “bir dökümünün” yapılması gerekir.

Cevap E (*Albek E. Medikolegal Otopsi. Soysal Z. Adli Tıp. 1. baskı, 1999. s.163*)

8. “Ası telemi” ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- Genellikle alt çene ve larenks arasındadır
- Ası ipi düğümüne doğru yükselici ve yüzeyselleşici özellik gösterir
- Ası ipi olarak tel kablo gibi ince bir cisim kullanılmışsa telem daha yüzeysel olur
- Telem, çürümeye karşı dirençli bir lezyondur
- Ası telemi genellikle boynu çepeçevre sarar

AÇIKLAMA: Asıda tel kablo gibi sert bir gereç kullanılmış ve ceset ipte uzun süre asılı kalmış ise telem daha belirgin ve derin olur.

Cevap C (*Soysal, Adli Tıp, 1999:1:421*)

9. Adli otopsi işlemini yapması yasal olarak engellenmiş olan hekim aşağıdakilerden hangisidir?

- Ölenin akrabası olan hekim
- Ölenin son dönemde tedavisini yapan hekim
- Serbest çalışan hekim
- Olaya tanık olan hekim
- Adli Tıp veya Patoloji uzmanı olmayan hekim

AÇIKLAMA: Adli otopsi, kişiyi son hastalığında tedavi eden hekime yaptırılmaz. Bununla beraber, tedavi eden hekim hastalığın seyri hakkında bilgi vermek

üzere otopside hazır bulunmaya davet olunabilir.

Cevap B (*Soysal, Adli Tıp 1999:1:172*)

10. Alkolün vücuttaki yıkılım hızı nedir?

- Vücut ağırlığının kilogramı başına 0.5g/saat
- Vücut ağırlığının kilogramı başına 0.1g/saat
- Vücut ağırlığının kilogramı başına 1g/saat
- 120g/saat
- 60g/saat

AÇIKLAMA: Alkol yıkımı saatte vücudun her kilogramı başına 0.1 gramdır.

Cevap A (*Hancı, Adli Tıp ve Adli Bilimler, 2002. s.538*)

11. Aşağıdakilerden hangisinde ölü lekeleri koyu kahverengidir?

- Akut siyanür entoksikasyonu
- Soğukta donma
- Karbonmonoksit entoksikasyonu
- Klorat entoksikasyonu
- Hiçbiri

AÇIKLAMA: Klorat entoksikasyonları gibi methemoglobinemiye yol açan etkenlerle ölümden livor motris (ölü lekeleri) koyu kahverengidir.

Cevap D (*Birinci Basamak Adli El Kitabı. 1999. s.41*)

12. Ölü lekeleri tamamen gelişmiş, ölü katılığı tüm eklemeleri tutmuş ise şahıs öleli en az kaç saat/gün/hafta olmuştur?

- 3-6 saat
- 12 saat
- 36 saat
- 2-3 gün
- Birkaç hafta

AÇIKLAMA: Klasik kaynaklar ölü katılığının ortalama 3-6 saatte geliştiğini, 10-12 saatte tüm vücudu tuttuğunu, yaklaşık 36 saatte de çözüldüğünü yazmaktadır. Ölü lekeleri ölümden 3-6 saat sonra görülmeye başlar.

Cevap B (*Birinci Basamak Adli El Kitabı. 1999. s.41-2*)

13. Esrar hangi bitkiden elde edilir?

- Afyon
- Haşhaş
- Hint keneviri
- Koka
- Kendir

AÇIKLAMA: Esrar, Hint keneviri (*Cannabis Sativa*) bitkisinin öğütülmesiyle elde edilir. Morfin, eroin ve diğer opioidler afyon (*Opium*) bitkisinin reçinesinden elde edilirler. Kokain, koka bitkisinin yapraklarından elde edilir.

Cevap C (*Birinci Basamak Adli El Kitabı. 1999. s.159*)

AİLE HEKİMLİĞİ

1. Aşağıdakilerden hangisi ailenin gelişim evresinin belirlenmesinin yararlarından değildir?

- Uyum sorunlarının belirlenmesi
- Genetik hastalıklarının belirlenmesi
- Risk faktörlerinin belirlenmesi
- Danışmanlık gereksinimlerinin belirlenmesi
- Yaşa özgün hastalıkların erken tanısı

AÇIKLAMA: Aile içindeki kalıtsal anlamlılık taşıyan durumlar genogramda belirtilmelidir. Ailenin gelişim evresinin belirlenmesi ise hekime, ailenin uyum sorunlarını, danışmanlık gereksinimleri, risk faktörlerini belirleme ve hastalıklara yönelik erken tanı koyma fırsatı yaratır.

Cevap B (*Rakel, Textbook of Family Practice, 6. baskı, 2000*)

2. Genogram ile ilgili hangisi yanlıştır?

- Aile içinde sık görülen problemleri gösterebilir
- Tanı koydurucu tedavi edici değer taşır
- Aile bireylerindeki önemli risk faktörlerinin tanımlanmasını sağlar
- Gebelik iç içe iki daire ile gösterilir
- Sağlık görevlisinin bütüncül hizmet vermesini kolaylaştırır.

AÇIKLAMA: Genogram çıkarılırken elde edilen bilgilerin tanınal değerlerinin yanı sıra tedavi edici özelliği de vardır. çünkü hasta, hekimin kendisi ve ailesi ile gerçekten ilgilendiğini hissedir. Böylece hasta ile hekim arasında güven duygusu oluşur ve tedaviye uyum artar.

Mevcut kronik bir hastalığın veya önemli bir problemin varlığı nedeniyle aile bireylerinden biri tıbbi olarak daha fazla önem taşır. Böyle bir kişinin varlığından dolayı genogram oluşturulmuş ise, bu kişiye *indeks (işaretili) kişi* adı verilir ve bir ok ile ya da iç içe geçmiş daire/kare ile gösterilir. Gebelik için kullanılan sembol ise üçgendir.

Cevap D (*Rakel, Textbook of Family Practice, 6. baskı, 2000*)

3. Boyu 175 cm, ağırlığı 78 kg olan hastanın vücut kitle indeksi hangi kategoriye girmektedir?

- Zayıf
- Normal
- Kilolu
- Obez
- Morbid obez

AÇIKLAMA: Vücut kitle indeksi, kilogram olarak ağırlığın, metre cinsinden boyun karesine bölünmesi ile bulunur. Ağırlığın VKİ'ine göre sınıflandırması aşağıdaki gibidir.

VKİ Vücut Kitle İndeksi

Zayıf	>18.5
Normal	18.5-24.9
Kilolu	25.0-29.9
Obez	30.0-39.9
Aşırı obez	40.0 ve üstü

Cevap C (*Rakel, Textbook of Family Practice, 6. baskı, 2000; WHO Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic: Report of a WHO Consultation on Obesity*)

4. Aşağıdaki antihipertansiflerden ani kesilmesi durumunda rebound hipertansiyon yapabilme riski en fazla hangisindedir?

- Metoprolol
- Ramipril
- Verapamil
- Hidroklor tiazid
- Losartan

AÇIKLAMA: Beta-blokerler veya klonidin'in ani kesilmesi sırasıyla taşıkardi ve rebound hipertansiyonla sonuçlanabilir.

Cevap A (*Gopa, The Washington Manual of Medical Therapeutics, 31. baskı, 2004. s.15*)

5. Komplike olmamış idrar yolu enfeksiyonu (İYE) tanısı ile ilgili aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- Etken mikroorganizma *Staph. Saprophyticus* ise nitrit testi pozitif olacaktır.
- Nitrit duyarlılığı düşük fakat özgünlüğü yüksek bir testtir.
- İYE olan hastaların %90'ında mikroskopik hematüri vardır.
- Etken mikroorganizmanın beklenmeyen etkilerinden dolayı rutin idrar kültürü yapılmalıdır.
- Lökosit esteraz duyarlılığı ve özgünlüğü düşük bir testtir

AÇIKLAMA: Birinci basamakta komplike olmamış İYE tanısında strip ile idrar tahlili, tanı amacı ile oldukça yaygın olarak kullanılmaktadır. Orta akım idrarında lökosit esteraz ve/veya nitrit testinin pozitif olması İYE tanısını destekler. Bir mililitre idrarda 100,000 koloniye eşdeğer patojenin tespitinde, Lökosit esteraz %94-98 özgün ve güvenilir derecede (%75-96) duyarlı

AİLE HEKİMLİĞİ

bir testtir. Etkin mikroorganizma nitrat üretmeyen bir tür (örn; enterococci, S. saprophyticus, Acinetobacter) ise nitrit testi negatif olabilir. Bu nedenle, nitrit testinin duyarlılığı %35 ile 85 arasında iken özgünlüğü %95'tir. İYE bulunan hastaların %40-60'ında mikroskopik hematüri bulunabilir.

Cevap B (*Susan, Diagnosis and Management of Uncomplicated Urinary Tract Infections, 2005*)

6. Onyediy yaşında bir genç bayanın rutin sağlık kontrolü için genel değerlendirmesi sırasında tek partnerli bir cinsel yaşamının olduğunu öğreniyorsunuz. Bir aile hekimi olarak böyle bir hastada etkin kontrasepsiyon için aşağıdakiler içinde hangisine en az güvenir ve önerirsiniz?

- İntrauterin araç (RİA)
- Oral kontraseptif
- Geri çekme yöntemi
- Vajinal diafram
- Erkek kondomu

AÇIKLAMA: Kontraseptif etkinliği

Metod	Başarısızlık oranı (%)*
Şansa bırakmak	85
Kadın kondomu (Diafram)	21-26
Tek başına spermisid	21
Geri çekme	19
Diafram+spermisid	16-18
Servikal başlık	17
Erkek kondomu	12
Oral kontraseptif	3-10
RİA	<1-2
Depo-provera	<1

NOT: *Başarısızlık oranı 1 yıllık tipik kullanım süresi esnasındaki kaza gebeliktir. (Adapted from Neinstein. Adolescent Health Care, A Practical Guide. 3rd ed. 1996. s.678)

Cevap D (*Lloyd, Board Review Series Pediatrics, 2005. p.69*)

7. Gastro-özofagial reflü hastalığı (GÖRH) tanısında en duyarlı test aşağıdakilerden hangisidir?

- Endoskopi
- Manometrik inceleme

c) Fluoroskopi

d) 24 saatlik ambulatuvar pH monitorizasyonu

e) Barnstein testi

AÇIKLAMA: Endoskopi özofajit tanısı için sensitif ise de, bazı hastalar özofajit olmaksızın semptomatik reflüye sahip olabileceklerinden, reflü olgularını kaçırabilir. GÖRH tanısında en sensitif test 24-saatlik ambulatuvar pH monitorizasyonudur.

Cevap D (*Dennis, Harrison's Principles of Internal Medicine, 16. baskı, 2005. s.1736*)

8. Aşağıdakilerden hangisi bir gebenin pre-eklampsi geliştirme riskini yükseltmez?

- Multiparite
- Diabetes mellitus
- Yaş uçlarında (<15 veya >35 yaş) bulunmak
- Çoklu gebelik
- Renal hastalık veya kronik hipertansiyon öyküsü

AÇIKLAMA: Preeklampsi geliştirme riskini artıran risk faktörleri nulliparite, diabetes mellitus, renal hastalık veya kronik HT öyküsü, daha önce preeklampsi öyküsü, maternal yaşın uç noktalarda (<15 veya >35 yaşlar) bulunması, obezite, Faktör-5 Leiden mutasyonu, angiotensinogen T235 geni pozitifliği, antifosfolipid antikor sendromu ve multipl gestasyondur.

Cevap A (*Dennis, Harrison's Principles of Internal Medicine, 16. baskı, 2005. s.32*)

9. Aşağıdakilerden hangisi mevcut bir idrar yolu enfeksiyonunun komplikasyonlu olma klinik şüphesi artıran bir faktör değildir?

- Yüksek ateş
- Sistemik toksisite
- Böğür ağrısı
- Hematüri
- Hastada üriner taş varlığı

AÇIKLAMA: Komplikasyonsuz İYE'ler alt üriner traktüs semptomları, sistemik bulguların yokluğu ve anatomik ve işlevsel olarak normal idrar yolları ile karakterizedir. Komplike İYE'ler ise ateş, böğür ağrısı, sistemik hastalık veya bilinen bir anatomik ya da fonksiyonel idrar yolu problemi ile beraberlik gösterir.

Cevap D (*Rakel, Conn's Current Therapy, 2005. s.714*)

DERMATOLOJİ

1. Günümüzde griseofulvin kullanım alanına aşağıdaki şıklardan hangisi uymaktadır?
- Tinea kapitis
 - Onikomikoz, kandidiyazis, pitiriyazis versikolor
 - Onikomikoz, tinea kapitis
 - Sistemik kandidiyazis
 - İntertrigo

AÇIKLAMA: Griseofulvinin etki spektrumunda maya türü mantarlar bulunmamaktadır. Bu nedenle kandidiyazis, intertrigo ve pitiriyazis versikolorlarda kullanılmamalıdır. Griseofulvinin onikomikozda çok uzun süreli (bir yıl gibi) kullanıldığında bile etkinliği oldukça sınırlıdır. Terbinafin ve itraconazol gibi daha kısa süre kullanılan ve daha etkin antifungallerin bulunması ile onikomikoz tedavisinde de yeri yoktur. Terbinafin, itraconazol ve flukonazol iyi birer alternatif olmakla birlikte çocuklarda kullanımları ile ilgili çalışmaların sınırlı olmasından dolayı griseofulvin günümüzde hala tinea kapitis tedavisinde birinci seçenek olarak kabul edilmektedir.

Cevap A (*Odom, Andrews' Disease of the Skin: Clinical Dermatology, 9. baskı, 2000. s.364*)

2. Sistemik terbinafin kullanım alanını aşağıdaki seçeneklerden hangisi en iyi belirtmektedir?
- Onikomikoz, tinea kapitis, kandidiyazis
 - Onikomikoz, kandidiyazis, pitiriyazis versikolor
 - Onikomikoz, tinea kapitis, tinea barbae
 - Onikomikoz, tinea korporis, kandidiyazis
 - Onikomikoz, tinea korporis, pitiriyazis versikolor

AÇIKLAMA: Terbinafinin kandidiyazisde etkinliği zayıftır ve pitiriyazis versikolora sistemik kullanımda etkisiz topikal uygulandığında etkilidir. Bu nedenle terbinafin en etkin şekilde dermatoz tedavisinde kullanılmaktadır. Bu nedenle pitiriyazis versikolor ve kandidiyazis bulunan şıklar yanlıştır.

Cevap C (*Odom, Andrews' Disease of the Skin: Clinical Dermatology, 9. baskı, 2000. s.358*)

3. Aşağıda belirtilen seçeneklerden hangisi dermatofibrosarkoma protuberansın özelliklerine uymamaktadır?
- Genellikle orta yaşta kişilerde, gövdede yerleşen bir veya daha çok sayıda deriden kabarık, eritematöz, üzerinde kurut veya ülserasyon bulunabilen, sert nodül veya plak şeklinde görülür.
 - Pigmente şekli Bednar tümörü olarak adlandırılmaktadır.

- Metastaz yapma potansiyeli düşük olmakla birlikte lokal nüks sık görülmektedir.
- Tedavi için, tümör çevresindeki 3 cm sağlam doku ile birlikte ve tercihen Mohs tekniği uygulanarak çıkarılmalıdır.
- Histopatolojik olarak S-100 pozitifliği gösterir ve bu özellik malign melanom ayırıcı tanısında kullanılır.

AÇIKLAMA: CD34 pozitifliği göstermesi karakteristiktir ve dermatofibrom ile ayırt edilmesinde kullanılır. S-100 negatiftir ve S-100 pozitifliği tam tersi olarak malign melanom lehine bir bulgudur.

Cevap E (*Odom, Andrews' Disease of the Skin: Clinical Dermatology, 9. baskı, 2000. s.775*)

4. Aşağıdakilerden hangisi bakteriyel bir deri enfeksiyonu değildir?
- Verruka vulgaris
 - Kondiloma aküminata
 - Eritrazma
 - Zona
 - Orf

AÇIKLAMA: Eritrazma etkeni korinebakterum minutissimum olan bakteriyel bir deri hastalığıdır. Verruka vulgaris ve kondiloma aküminata etkeni human papilloma virüstür. Zonada ise etken varisella zoster virüstür. Orf etkeni ise parapoxvirüstür.

Cevap C (*Braun-Falco, Dermatology, 2. baskı, 2000. s.166*)

5. Aşağıdaki seçeneklerden yanlış olan hangisidir?
- Tüberküloid leprada nörolojik bulgular ön plandadır.
 - Tüberküloid lepra hastalığının immünitesinin en iyi durumda olduğu lepra tipidir.
 - Lepromatöz leprada lezyonlarda bol miktarda basil bulunur.
 - Tüberküloid leprada lezyonlarda bol miktarda basil vardır
 - Lepromatöz leprada lepromin testi negatif olarak bulunur

AÇIKLAMA: Lepra spektrumunda tüberküloidi leprada konak immünitesi en iyi durumda iken lepromatöz leprada hastanın immünitesi en zayıftır. Tüberküloid leprada, basil Schwan hücrelerinde sınırlı kaldığında lezyon sayısı azdır, nörolojik bulgular ön plandadır, lepromin testi şiddetli derecede pozitif ve lezyonlarda basil genellikle bulunmaz. Hastanın

DERMATOLOJİ

immünitesinin en kötü durumda olduğu lepramatöz leprada ise lepra basiline karşı direnç gösterilmediğinden leprabasil tüm dokulara yayılır, lepromin testi negatiftir, çok sayıda lezyon ve lezyonlarda bol basil bulunur.

Cevap D (*Braun-Falco, Dermatology, 2. baskı, 2000. s.223*)

6. Deri tüberkülozu ile ilgili aşağıdaki cümlelerden hangisi yanlıştır?

- En sık görülen deri tüberkülozu lupus vulgaristir.
- Direkt koşululuk yolu ile yayılım gösteren, gom, kronik fistül ve skatrisler gösteren deri tüberkülozu, skrofuloderma olarak adlandırılır.
- Daha önceden duyarlanmış kişilerde, özellikle sağlıkla ilgili mesleklerde, kasap ve çiftçilerde tüberküloz etkeninin eksojen olarak bulaşması ile tüberküloz kutis verrukoza gelişebilir.
- Lupus vulgariste en sık *Mycobacterium bovis* etken olarak bulunur.
- Tüberküloz primer kompleks genellikle çocuklarda morumsu papül veya üzeri kurutla kaplı ülser ve bölgesel lenfadenopati şeklinde görülür.

AÇIKLAMA: Deri tüberkülozlarından en sık görüleni lupus vulgaristir ve genellikle *M. tuberculosis* etken olarak bulunur. *M.bovis* nadiren hayvancılıkla uğraşanlarda ve veterinerlerde, tüberkülozis kutis verrukoza da etken olabilmektedir. Elemanter lezyonu gom olan tüberkülozis kutis kollikuativa (skrofuloderma) genellikle tüberküloz lenfadenit, kemik veya eklem tüberkülozunu gibi subkutan tüberküloz odağının çevreye yayılması sonucu ortaya çıkar. Kronik seyirli nodüllerin drene olması ile fistüller ve skatrisler oluşur. Tüberkülozis primer kompleks daha önce basille karşılaşmamış kişilerde (çocuklarda) kolayca travmatize olabilen alanlardan eksojen olarak basillerin deriye girmesi ile oluşur. Basilin girdiği alanda morumsu papül veya kurutlu ülser ve proksimalinde lenfadenit gelişir.

Cevap D (*Braun Falco, Dermatology, 2. baskı, 2000. s.202-213*)

7. Hangi virüs enfeksiyonu Eritema multiforme için en sık tetikleyici rol oynar?

- Hepatit A
- Hepatit B
- Hepatit C
- HIV
- Herpes Virus

AÇIKLAMA: Eritema multiforme, etiyolojisinde ilaçlar ve enfeksiyonlar bulunan bir dermatolojik tablodur. Özellikle mycoplasma pnömönia ve tekrarlayan

herpes simpleks enfeksiyonları tabloyu başlatabilmektedir.

Cevap E (*Braun Falco, Dermatology, 2. baskı, 2000. s.579*)

8. Wickham striaları hangi dermatolojik hastalıkla görülür?

- Psoriasis vulgaris
- Verruka vulgaris
- Akne vulgaris
- Liken planus
- Lupus vulgaris

AÇIKLAMA: Liken planus mor kırmızı renkli papüllerle karakterize bir deri hastalığıdır. Papüllerin içinde beyaz çizgiler dikkat çeker. Bunlar çıplak gözle görülebildiği gibi, diaskopi yöntemiyle daha rahat ortaya çıkar. Bunlara Wickham striaları adı verilir.

Cevap D (*Braun-Falco, Dermatology, 2. baskı, 2000. s.624*)

9. Aşağıdakilerden hangisi derinin mantar enfeksiyonu değildir?

- Tinea manus
- Favus
- Mikozis fungoides
- Onikomikoz
- Piedra

AÇIKLAMA: Mikozis fungoides derinin T hücreli lenfomasıdır. İleri evrelerde lezyonlar tümöral dönemde büyük kabartılar ile mantar şeklini andırdığı için bu isim verilmiştir. Mantar enfeksiyonu ile ilgisi yoktur.

Cevap C (*Braun-Falco, Dermatology, 2. baskı, 2000. s.1617*)

10. Ağrılı bir prodromal dönem sonrası ortaya çıkan, dermatomal dağılımda hiperemik zeminde grup oluşturan papula, vezikula, pustula ve kabuklarla polimorfik bir klinik tabloya neden olan viral hastalık aşağıdakilerden hangisidir?

- Varicella
- Rubeola
- Herpes zoster
- Rubella
- Verruka vulgaris

AÇIKLAMA: Varicella (suçiçeği), 2 haftalık bir inkübasyon dönemi sonrası, sistemik bulgularla birlikte yaygın dağılım gösteren, hiperemik zeminli vezikulalarla seyreden, Varicella zoster virüsünün neden olduğu bir virozdur. Rubeola (kızamık), ateş, öksürük, konjunktivit, karakteristik oral mukoza değişiklikleri (Koplik lekeleri) ve diffuz dağılımlı

hiperemik makulalarla seyrederek. **Rubella (kızamıkçık)** ise sistemik bulguların rubeolaya göre daha az bulunduğu yaygın, açık pembe renkli makular bir döküntü ile karakterizedir. **Verruka vulgaris** insan papilloma virüsleriyle oluşan, papular karakterde lezyonların görüldüğü bir tablodur.

Cevap C (Braun-Falco O, Dermatology, 2. baskı, 2000, s.74)

11.En sık kontak dermatite yol açan duyarlandırııcı hangisidir?

- a) Kobalt
- b) Formaldehit
- c) Gümüş
- d) Nikel
- e) Altın

AÇIKLAMA: Kontakt dermatit hemen hemen her maddenin temasıyla oluşabilmeyle birlikte **en sık tespit edilen duyarlandırııcı madde nikteldir.**

Cevap D (Braun-Falco, Dermatology, 2. baskı, 2000, s.480)

12.Bulaşıcı olup, daha çok çocuklarda görülen, hiperemik zeminde küçük, gergin ve kolayca patlayan vezikülaların oluşturduğu erozyonların karakteristik bal rengi kabuklarla kaplandığı yüzeysel piyoderma aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Follikülit
- b) İmpetigo
- c) Eritrazma
- d) Erizipel
- e) Furonkül

AÇIKLAMA: Follikülit, kıl folikülünün inflamasyonu olup, klinik olarak ayrı yerleşmiş papul ve pustulalarla karakterizedir. Eritrazma, kıvrım yerlerinde kırmızı-kahverengi makulalar olarak ortaya çıkan bakteriyel bir enfeksiyondur. Erizipel sistemik bulguların eşlik ettiği akut ve hızla yayılan bir deri enfeksiyonu olup, ısı artışı gösteren, hassas, keskin sınırlı, kırmızı papula plaklarıyla seyrederek. Furonkül ise kıl folikülünün bakteriyel enfeksiyonu ile ortaya çıkan, merkezinde püye içeren derin bir inflamatuvar nodül ile karakterizedir.

Cevap B (Braun-Falco O, Dermatology, 2. Baskı, 2000, s.137)

13.Psöriazis ile ilgili olarak aşağıdaki seçeneklerden yanlış olanı işaretleyiniz.

- a) Epidermal proliferasyon artmıştır.
- b) Gümüş renginde skuamalar içeren hiperemik lezyonlarla karakterizedir.
- c) Streptokokkal boğaz enfeksiyonları hastalıkta alevlenmeye neden olabilmektedirler.

- d) Mum lekesi belirtisi, noktasal kanama belirtisi gibi fenomenler klinik tanıda yardımcıdır.
- e) Tırnak tutulumu genellikle görülmez.

AÇIKLAMA: Psöriazisli olguların yaklaşık %30-50'sinde tırnak tutulumu görülmektedir. Tırnak plağında çukurcuklar (yüksek tırnak), sarı-kahverengi renk değişikliği (yağ lekesi), distrofi, onkoliz görülebilen diğer değişiklikler arasındadır.

Cevap E (Braun-Falco O, Dermatology, 2. baskı, 2000, s.585-604)

14.Scabies ile ilgili olarak aşağıdaki seçeneklerden yanlış olanı işaretleyiniz.

- a) Pediculus humanus coraris'in neden olduğu bir enfeksiyondur.
- b) Özellikle geceleri artan aşırı pruritus ile karakterizedir.
- c) Kişisel yakın temas ile bulaşmaktadır.
- d) Klinik olarak tanı koydurucu özgün lezyon, içinde küçük koyu renkli bir nokta bulunan bozulmamış tünellerdir.
- e) Kadınlarda meme, erkeklerde genital bölgede görülen küçük, skuamalı papüller patognomoniktir.

AÇIKLAMA: Scabies'in etkeni gerçek bir insan paraziti olan Sarcoptes scabiei'dir.

Cevap A (Braun-Falco O, Dermatology, 2. baskı, 2000, s.372-377)

15.Epidermiste melanosit eksikliğine bağlı olarak ortaya çıkan, depigmentasyon gösteren makulalarla karakterize olan edinsel pigmentasyon bozukluğu aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Albinizm
- b) Halo nevus
- c) Karotenemi
- d) Vitiligo
- e) Melasma

AÇIKLAMA: Albinizm normal dağılımda bulunmalarına karşın melanin sentez edemeyen melanositlere bağlı olarak deri, saç ve gözde belirgin pigment azalması ile seyreden genetik bir hastalıktır. **Halo nevus**, genellikle melanositik bir nevus çevresinde yer alan hipopigmente halo ile karakterize olan bir nevus şeklidir; nadiren malign melanom çevresinde de ortaya çıkabilmektedir. **Karotenemi**, kandaki karoten düzeyinin artışına bağlı olarak özellikle palmo-planter bölgelerde ortaya çıkan sarımsı bir renk değişikliğidir. **Melasma** ise daha çok kadınlarda yüzde yerleşen, hormonal değişiklikler ve güneşle tetiklenen hiperpig-

DERMATOLOJİ

mentasyondur.

Cevap D (*Champion RH, Textbook of Dermatology, 6. baskı, s.1802-1805*)

16. *Tinea corporis* ayırıcı tanısında aşağıdaki dermatozlardan hangisi düşünülemez?

- a) *Eczema seborrhoicum*
- b) *Psöriazis*
- c) *Pityriasis rosea*
- d) *Tinea inguim*
- e) *Pityriasis versicolor*

AÇIKLAMA: *Tinea inguim*, tırnak plağının dermatofitlerce tutulmasına bağlı olarak ortaya çıkan yüzeysel bir mantar enfeksiyonudur.

Cevap D (*Champion RH, Textbook of Dermatology, 6. baskı, s.1302-1303*)

17. Klinik olarak oral mukoza, saçlı deri, yüz, aksilla, inguinal bölge ve baskı noktalarında gevşek bullalarla karakterize olan ve histopatolojik olarak suprabazal ayrılmanın görüldüğü bulloz dermatoz aşağıdakilerden hangisidir?

- a) *Pemphigus vulgaris*
- b) *Bulloz pemphigoid*
- c) *Dermatitis herpetiformis*
- d) *Herpes gestationes*
- e) *Lineer IgA hastalığı*

AÇIKLAMA: *Bulloz pemphigoid*, klinik olarak gergin bullaların görüldüğü, histopatolojik olarak ise subepidermal ayrılma ile karakterize bir bullozdur. *Dermatitis herpetiformis* gluten enteropatisinin eşlik ettiği, klinik olarak çok kaşıntılı, kronik papula ve vezikula ve bullalarla seyreden bulloz pemphigoide ise gebelikte gergin vezikula ve bullalarla seyreden bulloz pemphigoide benzeyen bir bullozdur. *Lineer IgA hastalığı*, bazal membrana arşi gelişmiş IgA antikorlarına bağlı olarak subepidermal bullaların ortaya çıktığı, klinik bir tablodur.

Cevap A (*Braun-Falco O, Dermatology, 2. baskı, 2000, s. 664-668*)

18. Akne vulgaris topikal sağaltımında aşağıdaki ilaçlardan hangisi kullanılmamaktadır?

- a) Benzoil peroksit
- b) Salisilik asit
- c) Retinoidler
- d) Eritromisin
- e) Kortikosteroidler

AÇIKLAMA: Kortikosteroidler oral, topikal ve intranasal olarak uygulandıklarında akne benzeri döküntülere

yol açabilen ilaçlar olup, akne vulgaris topikal sağaltımında kullanılmamaktadır.

Cevap E (*Braun-Falco O, Dermatology, 2. baskı, 2000, s.1060*)

19. Hangisi saçlı derinin yüzeysel mantar enfeksiyonuna yol açmaz?

- a) *Trichopyton mentagrophytes*
- b) *Trichophyton verrucosum*
- c) *Microsporum canis*
- d) *Microsporum audouinii*
- e) *Epidermophyton floccosum*

AÇIKLAMA: Bu etken ve *Trichopyton concentricum* hariç diğerleri *tinea kapitise* yol açar.

Cevap E (*Odom RB, Andrews' diseases of the skin, 9. baskı, 2000.*)

20. Hangisi 2. devir sifiliz lezyonu değildir?

- a) *Lökoderma sifilitikum*
- b) *Kondilomata aküminata*
- c) *Papül eroziv*
- d) *Plak müköz*
- e) *Lues maligna*

AÇIKLAMA: *Kondilomata aküminata* ve nerval siğildir. Sifilizde 2. devirde en sık genital bölge ve anüste gözlenen benzer lezyonlar **kondilomata lata** adını alır. Diğer şıklar 2. devir sifilizde görülür.

Cevap B (*Odom RB, Andrews' diseases of the skin 9. baskı, 2000*)

21. Hangisi Uluslararası Behçet Hastalığı Tanı Kriterlerinde yer almaz?

- a) Bir yılda en az üç kez gelişen oral aft
- b) Sinovit
- c) Anteriyor ve posteriyor üveit
- d) Paterji testi pozitifliği
- e) Eritema nodozum benzeri lezyonlar

AÇIKLAMA: Sinovit O'Duffy's kriterlerinde yer alır. Diğer şıklar uluslararası Behçet Hastalığı Tanı Kriterlerindedir.

Cevap B (*Odom RB, Andrews' diseases of the skin, 9. baskı, 2000*)

22. Edinsel sifiliz ile ilgili olarak aşağıdaki seçeneklerden yanlış olanı işaretleyiniz?

- a) İnkubasyon süresi yaklaşık 3 haftadır.
- b) Basilin giriş yerinde *Treponema pallidum*'un proliferasyonuna bağlı genellikle sert ve ağrısız olan chancre gelişir.
- c) İnfeksiyon yaklaşık 9. haftasında başlayan ikinci devredeki deri lezyonları yaygın ve simetrik dağılımda olup, çok miktarda basil

içerirler.

- d) Condylomata lata, sifilizli olgularda genital ve perianal bölgede papulalarla ortaya çıkan bir döküttür.
- e) İkinci devrede çok çeşitli dökütler görülebilmekte olup, bunların en önemlilerinden birisi de palmar ve planter yerleşim gösteren bullalardır.

AÇIKLAMA: Vezikular ve bulloz lezyonlar sadece kongenital sifilizde görülmekte ve pemphigus syphiliticus olarak isimlendirilmektedirler. Superficial bullalarla karakterize bu tablonun pemphigus vulgaris ile bir bağlantısı yoktur.

Cevap E (*Braun-Flaco O, Dermatology, 2. baskı, 2000, s.265-270*)

23. Hangisi ekzojen yolla gelişen deri tüberkülozudur?

- a) Lupus vulgaris
b) Skrofuloderma
c) Tüberküloz verrukoza kutis
d) Orisfisyal tüberküloz
e) Tüberküloz kutis miliyaris disseminata

AÇIKLAMA: Diğer şıklar direkt olarak yayılma ya da otoinokulasyonla gelişen, endojen kaynaklı deri tüberkülozlarıdır.

Cevap C (*Odom RB, Andrews' diseases of the skin, 9. baskı, 2000*)

24. Konenen'in periungual fibroması hangisinde görülür?

- a) Nörofibromatozis
b) Anjiyomatozis retina
c) Ataksi telenjiyektazi
d) Tüberskleroz
e) Sturge-Weber sendromu

AÇIKLAMA: Diğer şıklarda fakomatozlar da görülmez.

Cevap E (*Freedberg, Dermatology in General Medicine, 6. baskı, 2003. s.656-71*)

25. Munro mikroabse formasyonu hangi hastalığın patolojik bulgusudur?

- a) Liken planus
b) Pitriyazis rubra pilaris
c) Plak tip psöriazis
d) Epidermolitik hiperkeratiz
e) Pitriyazis rozea

AÇIKLAMA: Dermal papillalardan epidermal içine yayılan polimorfonükleer lökositler psöriaziste Munro mikroabse oluşturur. Diğerlerinde görülmez.

Cevap C (*Freedberg, Dermatology in Gereal Medicine 6.*

baskı, 2003. s.407-27)

26. Hangisi skatrisiyel alopesi nedenidir?

- a) Telojen efluvium
b) Anajen efluvium
c) Alopesi areata
d) Tinea kapitis
e) Psödopelad

AÇIKLAMA: Diğer şıklar skatrisiyel olmayan alopesi nedenleridir.

Cevap E (*Freedberg, Dermatology in General Medicine, 6. baskı, 2003. s.633-55*)

27. Eritema multiforme minörün etiyolojisinde en sık suçlanan hangisidir?

- a) Streptokokkal enfeksiyonlar
b) Derin mantar enfeksiyonları
c) Herpes simpleks virüsü
d) Sulfonamidler
e) Antiepileptikler

AÇIKLAMA: İnsitu hibridizasyon ve PCR teknikleri ile %90 hastada lezyonlarda HSV-DNA'sı müspettir. Diğer şıkların rolü yoktur.

Cevap C (*Freedberg Erythema Multiforme, Stevens-Johnson syndrome, toxic epidermal necrolysis: Dermatology in general medicine, 6. baskı, 2003. s.543-57*)

28. Hangisinde direkt immünfloresan teknikte keratinosit yüzeyi boyunca bal peteğini andırır tarzda immünreaktan depolanma gözlenir?

- a) Duhring
b) Büllöz pemfigoid
c) Herpes gestasyones
d) Pemfigus vulgaris
e) Akkiz epidermalizis büllöza

AÇIKLAMA: Pemfigus vulgaris ve diğer pemfigus grubu hastalıklarda bu tip depolanma gözlenir. Diğerlerinde epidermiste depolanma yoktur.

Cevap D (*Freedberg, 6. baskı, 2003. s.558-67*)

29. Hangisi dermatomiyozitte görülmez?

- a) Periorbital viyolaz eritem ve ödem
b) Distrofik kutikula
c) Periungual telenjiyektazi
d) Akroskleroz
e) Gottron arazi

AÇIKLAMA: Dermatomiyozitte akroskleroz görülmez. Diğer şıklar klasik klinik bulgularıdır.

Cevap D (*Odom, Andrews' disease of the skin. 9. baskı, 2000*)

DERMATOLOJİ

30. Epiderminin hangi tabakasına "stratum germinativum" da denir?

- a) Stratum bazale
- b) Stratum spinosum
- c) Stratum granulozum
- d) Stratum luidum
- e) Stratum korneum

AÇIKLAMA: Epiderminin diğer katları, stratum bazale hücrelerinin çoğalması ile oluşur. Bu nedenle bu tabakaya stratum germinativum ad denir.

Cevap A (Tüzün, Dermatoloji, 2. baskı, s.19)

31. Epidermiste stratum spinosum hücreleri arasında ödem oluşmasına ne ad verilir?

- a) Balonlaşma
- b) Akantoliz
- c) Spongiyoz
- d) Kleft
- e) Dezmoliz

AÇIKLAMA: Balonlaşma, ödem sıvısının stratum spinosum hücreleri içinde birikmesidir. Akantoliz, epidermal hücreleri bir arada tutan bağların kaybı sonucu stratum spinosum hücrelerinin birbirinden ayrılması, böylece kleft, vezikül ve bül oluşmasıdır. Kleft, epidermis içinde, dermoepidermal bölgede görülen içinde sıvı bulunmayan boşluktur. Dezmoliz, lokal akantolizdir.

Cevap C (Tüzün, Dermatoloji, 2. baskı, s.31)

32. Tinea versikolor'da, lezyonların üzeri kazınınca, skuamaların dökülmesine ne ad verilir?

- a) Mum lekesi fenomeni
- b) Auspitz fenomeni
- c) Yonga fenomeni
- d) Nikolsky fenomeni
- e) Crowe belirtisi

AÇIKLAMA: Mum lekesi fenomeni (signe de la tache de bougie) psöriazisde görülür; psöriazis skuamalarının üzeri hafifçe kazınacak olursa, skuamaların bir mum lekesinin kazınmasında dökülen mum parçaları gibi dökülmesidir. Auspitz fenomeni (noktavi kanama belirtisi), psöriazisde görülür; mum lekesi fenomeni görüldükten sonra kazımaya devam edilecek olursa, önce nemli bir zar, sonra papillomatözdan ileri gelen nokta şeklinde kanamalar ortaya çıkar. Nikolsky fenomeni pemfiguslarda görülür; sağlam deri üzerine basınç uygulanırsa, derinin yerinden kayar. Crowe belirtisi nörofibromatoziste görülür; en az 1.5 cm çapında, 5 veya daha fazla sayıda cafe au lait (açık veya koyu kahve renginde) görülmesidir, bu, nörofibrom saptanmasa bile tanı koydurucudur.

Cevap C (Tüzün, Dermatoloji, 2. baskı, s.49)

33. Saçta hastalık yapmayan mantar hangisidir?

- a) Microsporum canis
- b) Trichophyton schoenleinii
- c) Trichophyton violaceum
- d) Trichophyton rubrum
- e) Epidermophyton floccosum

AÇIKLAMA: Microsporularlar saçta ve deride, Trichophytonlar saçta, tırnakta ve deride, Epidermophytonlar ise deride ve tırnakta hastalık yaparlar.

Cevap E (Tüzün, Dermatoloji, 2. baskı, s.81)

34. Yanlış olan eşleştirme hangisidir?

- a) Erizipel-Yılancık
- b) Furonkül-Şir-i pençe
- c) Hidrozadenit-Köpek memesi
- d) Perioniksis-Dolama
- e) Skrofuloderma-Sıraca

AÇIKLAMA: Şir-i pençe, halk arasında karbonküle verilen isimdir.

Cevap B (Tüzün, Dermatoloji, 2. baskı, s.106)

35. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Keratozis folikularis spinuloza decalvans (Siemens) bir noninflamatuvar foliküler sendromdur.
- b) Keratozis pilaris atroficans faciei (KPAF)'de konjenital anomaliler görülebilir.
- c) Ulerythema ophryogenes atrofi, foliküler papül ve perifoliküler eritemle karakterize bir hastalıktır.
- d) Atrofoderma vermiculatum skar bırakan foliküler bir hastalıktır.
- e) Atrofoderma vermiculatum yüz bölgesinde genellikle simetrik yerleşir.

AÇIKLAMA: Keratozis folikularis spinuloza decalvans (Siemens), keratozis pilaris atroficans faciei (Ulerythema ophryogenes), atrofoderma vermiculatum inflamasyon ve atrofi ile birlikte seyreden foliküler sendromlardır. Keratozis pilaris atroficans faciei (Ulerythema ophryogenes) kaşlarda boyunda, yanak bölgesinde foliküler papüllerin bulunduğu, perifoliküler eritem ile karakterize, kaş dış yanlarının iyileşme sonrası alopesisi ile erken çocukluk döneminde görülür. Otozomal dominant kalıtımla geçtiği düşünülür ve diğer ektodermal defektler ve konjenital anomaliler ile birlikte seyredebilir. Atrofoderma vermiculatum çocuklarda 5-12 yaş başlangıçlı yüz bölgesinde yanaklarda yerleşimli küçük atrofik skar tarzı çukurcuklarla karakterizedir.

Cevap A (Fitzpatrick, Follicular syndromes with inflammation and atrophy: Dermatology in general)

medicine, 5. baskı, 1999. s.818-21)

36.Mavi lunula hangi hastalıkta görülür?

- a) Nail-patella sendromu
- b) Hipertiroidizm
- c) Herediter akrolabial telanjiektazi
- d) Vitiligo
- e) Eritropoetik protoporfiri

AÇIKLAMA: Mavi lunula argiria, kombine kemoterapi (siklofosomid, vinkristin, doksorubisin, dakarbazin gibi) kullanımı, hemoglobin M hastalığı, Wilson hastalığı, zidovudine kullanımında, fenolftalein zehirlenmesinde ve herediter akrolabial telanjiektazide görülür.

Cevap C (Cohen P. The lunula. J Am Acad Dermatol 34:943-53)

37.Hepatolitiküler dejenerasyonda görülmeyen bulgu hangisidir?

- a) Otozomal dominant kalıtım
- b) Bakır metabolizmasında bir bozukluk
- c) Yavaş seruloplazmin üretimi
- d) Kornea kenarında Kayser-Fleischer halkası görülür.
- e) Mavi lunula

AÇIKLAMA: Hepatolitiküler dejenerasyon (Wilson hastalığı) otozomal resesif kalıtımla karakterize bir bakır metabolizması bozukluğudur. Bu hastalarda hepatomegali, splenomegali ve nöropsikiyatrik değişiklikler görülür. Hastalık vücudun normal seruloplazmin üretiminin eksikliği, yavaşlığından kaynaklanır. Kornea kenarında görülen Kayser-Fleischer halkası ve gök-mavisi lunula (%10), alt ekstremitedeki hiperpigmentasyon, sirotik deri bulguları hastalarda gözlenebilir.

Cevap A (Odom, Andrews' Diseases of the Skin: Clinical Dermatology, 9. baskı, 2000. s.677)

38.Dermatofibrosarkom en sık hangi vücut lokalizasyonunda görülür?

- a) Baş ve boyunda
- b) El ve ayaklarda
- c) Proksimal ekstremitelerde
- d) Gövdede
- e) Alt ekstremitelerde

AÇIKLAMA: Dermatofibrosarkom %55-60 oranında gövde, daha az sıklıkta proksimal ekstremitede, baş ve boyun bölgesinde görülen yavaş seyirli dermal bir tümördür.

Cevap D (Odom, Andrews' Diseases of the Skin: Clinical Dermatology, 9. baskı, 2000. s.775)

39.Aşağıdakilerden hangisi doğru değildir?

- a) Lupus vulgaris visseral tutulumlu yüksek tüberkülin hipersensitivitesi olan tüberkülozlu hastalardaki hematojen, lenfatik veya direkt yollarla oluşan derinin reinfeksiyonudur.
- b) Scrofuloderma özellikle tüberküloz lenfadenopati, kemik veya eklem tüberkülozu gibi altta yatan tüberküloz odağından direkt deriye yayılarak meydana gelir.
- c) Metastatik tüberküloz abseler, immüsuprese hastalardaki primer bir odaktan hematojen olarak yayılır.
- d) Kutanöz tüberküloz tanısında kutanöz biyopsi örnek kültürleri ile Ziehl –Nielsen boyama tanıda aynı derecede önemlidir.
- e) Tüberküloid altta yatan bir tüberküloz odağı ile birlikte olan bir deri erupsiyonudur.

AÇIKLAMA: Lupus vulgaris visseral tutulumlu yüksek tüberkülin hipersensitivitesi olan tüberkülozlu hastalardaki hematojen, lenfatik veya direkt yollarla oluşan derinin reinfeksiyonudur.

Scrofuloderma özellikle tüberküloz lenfadenopati, kemik veya eklem tüberkülozu gibi altta yatan tüberküloz odağından direkt deriye yayılarak meydana gelir.

Metastatik tüberküloz abseler immüsuprese hastalardaki primer bir odaktan hematojen olarak yayılır. Kutanöz tüberküloz tanısında kutanöz biyopsi örnek kültürleri Ziehl–Nielsen boyamadan tanıda daha önemlidir. Tüberküloid altta yatan bir tüberküloz odağı ile birlikte olan bir deri erupsiyonudur.

Cevap D (Odom, Andrews' Diseases of the Skin: Clinical Dermatology, 9. baskı, s.417-29)

40.Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Leishmania bir protozoal hastalıktır.
- b) Leishmania memeli hücrelerinde flagelli cisimcikler şeklinde bulunur.
- c) Intraseküler amastigotlar Donovan cisimciği olarak adlandırılır.
- d) Eski Dünya kutanöz Leishmaniazisili çoğu vaka spontan düzelir.
- e) Kutanöz leishmaniazisin inkübasyon periyodu 3 yıla kadar uzayabilir.

AÇIKLAMA: Leishmania memeli hücrelerinde intraseküler (makrofaj içinde) amastigot halde nonflagelli cisimcik (Donovan cisimciği) şeklinde bulunarak hastalık oluşturan bir protozodur. Eski Dünya kutanöz Leishmaniazisi çoğu vakada spontan düzelir. Kutanöz leishmaniazisin inkübasyon periyodu 3 yıla kadar uzayabilir.

Cevap B (Fitzpatrick, Leishmaniasis and other protozoan infections: Dermatology in general

medicine, 5. baskı, 1999. s.2609-619)

41.Vogt–Koyanagi-Harada sendromunda görülmeyen bulgu hangisidir?

- a) Alopesi
- b) Hiperpigmentasyon
- c) Meningismus
- d) Bilateral üveit
- e) İşitme kaybı

AÇIKLAMA: Vogt–Koyanagi-Harada sendromu bilateral üveit, vitiligo, alopesi, poliosis ve işitme kaybı ile bulgu veren kutanöz, nöronal ve oftalmik sistemi tutan bir hastalıktır.

Cevap B (*Odom, Andrews' Diseases of the Skin: Clinical Dermatology, 9. baskı, 2000. s.1068*)

42.Kutanöz mastositoz için hangisi doğrudur?

- a) Erkeklerde görülme sıklığı daha fazladır.
- b) Daha sık olarak 6 aylıktan küçük çocuk yaş grubunda ilk ortaya çıkar.
- c) Yaşamın 4. dekadında insidansında bir pik yapar.
- d) Diyare mastositoz hastalarında görülmez.
- e) Kutanöz mastositozun soliter lezyonları, sistemik semptomlara yol açmaz.

AÇIKLAMA: Kutanöz mastositoz sıklıkla yaşamın ilk altı ayı içinde ortaya çıkmakla birlikte, bu süre erişkin döneme uzayabilir, puberteden önce pik yapabilir. Soliter mastositoma, generalize tip, ksantelezma, diffüz kutanöz tip, eritrodermik tip ve sistemik tip subtipleridir. Kutanöz mastositozun soliter lezyonları da dahil olmak üzere tüm subtipleri sistemik semptomlara yol açar. Büllöz ve veziküler tarzda klinik görünüm olabilir. Diyare, bulantı, kusma anoreksia gibi bulgular görülebilir.

Cevap B (*Odom, Andrews' Diseases of the Skin: Clinical Dermatology, 9. baskı, 2000. s.778-82*)

43.Skatrisiyel pemfigoidin en sık tutulum yeri hangisidir?

- a) Oral mukoza
- b) Konjonktiva
- c) Deri
- d) Larinks
- e) Özofagus

AÇIKLAMA: Skatrisiyel pemfigoidde %90 vakada oral mukoza, %66 vakada konjonktiva tutulur.

Cevap A (*Odom, Andrews' Diseases of the Skin: Clinical Dermatology, 9. baskı, 2000. s.594*)

44.Kaposi sarkom-AIDS birlikteliği ile ilgili hangisi yanlıştır?

- a) Yaklaşık %20-30 AIDS hastasında Kaposi sarkomu görülür.
- b) AIDS ile birlikte olan oral Kaposi sarkom erkeklerde daha sık görülür.
- c) Kaposi sarkom AIDS'in son döneminde ortaya çıkar.
- d) Oral yerleşimli Kaposi sarkomunun tanısı infiltre plaktan alınan biyopsi ile konulur.
- e) Oral mukozada en sık sert damakta yerleşim olur.

AÇIKLAMA: Kaposi sarkom %25 AIDS hastasında görülür. AIDS ile birlikte olan oral Kaposi sarkom erkeklerde daha sık görülür. Oral mukozada en sık sert damakta yerleşim olur. Oral yerleşimli Kaposi sarkomunun tanısı infiltre plaktan alınan biyopsi ile konulur. Kaposi sarkom AIDS'in erken döneminde ortaya çıkar.

Cevap C (*Odom, Andrews' Diseases of the Skin: Clinical Dermatology, 9. baskı, 2000. p.524-5*)

45.Solar spektrumun hangi kısmı daha karsinojeniktir?

- a) UV A
- b) UV B
- c) UV C
- d) Görünür ışık
- e) İnfrared

AÇIKLAMA: UV B diğer solar spektrumlara göre daha karsinojeniktir.

Cevap B (*Fitzpatrick; Photophysics, photochemistry and photobiology: Dermatology in general medicine, 9. baskı, 1999. s.220-9*)

46.Nekrotizan fasiit için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Etiyolojisinde aerob ve anaerob ajanlar suçlanmaktadır.
- b) Sistemik bulgular sıklıkla görülür.
- c) Tedavisinde cerrahi ve medikal yaklaşımlar mevcuttur.
- d) %20-35 mortaldir.
- e) Genellikle ilk başlangıç bölgesi gövdedir.

AÇIKLAMA: Nekrotizan fasiitin etiyolojisinde aerob ve anaerob ajanlar suçlanmaktadır ve %20-35 mortal olan sistemik bir tablo oluşturabilen bir hastalıktır. İlk başlangıç yeri genellikle ekstremitelerdir. Tedavisinde cerrahi ve medikal yaklaşımlar mevcuttur.

Cevap C (*Odom, Andrews' Diseases of the Skin: Clinical Dermatology, 9. baskı, 2000. s.320*)

47.Hangi hücrelerin varlığı 2. Dönem sifilizi düşündürür ?

- a) Langhans dev hücresi
- b) Tuoton hücresi
- c) Plazma hücresi
- d) Nötrofil
- e) Eozinofil

AÇIKLAMA: Sfilizin 2.dönem histopatolojisinde plazma hücrelerinden zengin dermal infiltrasyon görülür.

Cevap C (*Odom, Andrews' Diseases of the Skin: Clinical Dermatology, 9. baskı, 2000. s.455*)

48.İleri derecedeki güneş hasarının tedavisinde hangi tip laser tercih edilir?

- a) CO₂ lazer
- b) Erbium: YAG lazer
- c) Argon lazer
- d) Flashlamp pumped pulsed dye lazer
- e) Neodmiyum: YAG lazer

AÇIKLAMA: İleri derecedeki güneş hasarının tedavisinde CO₂ lazer kullanılır.

Cevap A (*Odom, Andrews' Diseases of the Skin: Clinical Dermatology, 9. baskı, 2000. s.1090*)

49.P. rosea için hangisi yanlıştır?

- a) Ayırıcı tanısında Giannoti-Crosti sendromu vardır.
- b) Primer ve sekonder erupsiyonlar arası 2 ay kadar olabilir.
- c) %5 hastada atipik pitriasis rosea lezyonları görülebilir.
- d) Hastalıkta inflamatuvar süreci takiben pigmenter değişiklikler olabilir.
- e) Histopatolojik olarak parakeratoz, granüler tabaka yokluğu, akantoz, spongiöz lezyonlarda görülür.

AÇIKLAMA: P. roseada histopatolojik olarak parakeratoz, granüler tabaka yokluğu, akantoz, spongiöz lezyonlarda görülür. Ayırıcı tanısında seboreik dermatit, ilaç erupsiyonu, viral ekzantem, psöriazis ve Giannoti-Crosti sendromu vardır. %20 hastada atipik pitriasis rosea lezyonları görülebilir. Primer ve sekonder erupsiyonlar arası 2 ay kadar olabilir. Hastalıkta inflamatuvar süreci takiben pigmenter değişiklikler olabilir.

Cevap C (*Fitzpatrick, Dermatology in general medicine, 5. baskı, 1999. s.541-6*)

50.Papüler-purpurik el-ayak hastalığı hangi enfeksiyonla birliktelik gösterir?

- a) Parvovirus B19
- b) CMV
- c) EBV
- d) Varicella-zoster virus
- e) HCV

AÇIKLAMA: Papüler-purpurik el-ayak hastalığı Parvovirus B19 enfeksiyonu ile birliktelik gösterir.

Cevap A (*Fitzpatrick, Erythema infectiosum and parvovirus B19 infections: Dermatology in general medicine, 5. baskı, 1999. s.2411*)

51.Hangisi Muir-Torre sendromunun kutanöz bulgusu değildir?

- a) Sebace adenom
- b) Sebasöz epitelioma
- c) Sebasöz karsinoma
- d) Keratoakantom
- e) Trikoepitelyoma

AÇIKLAMA: Muir-Torre sendromunda sebace adenom, sebasöz karsinoma, sebasöz epitelioma keratoakantom ve sebace değişikliklerle birlikte olan bazal hücreli karsinom deri bulgusu olarak görülür.

Cevap E (*Odom, Andrews' Diseases of the Skin: Clinical Dermatology, 9. baskı, 2000. s.847*)

52.Aşağıdakilerden hangisi doğru değildir?

- a) P. vegetans neuman formunun mukozal tutulumu P. vulgarise benzer.
- b) P. vegetans hollopeua sadece deride görülür ve benign seyirlidir.
- c) P. vulgarisde en hızlı tanı Tzanck testi ile akantolitik hücrelerin gösterilmesi ile konulur.
- d) BP, eritemli ve ürtikeryal zeminde yerleşen büyük ve gergin büller ile karakterizedir.
- e) Pemfigoid gestasyonda oral mukoza genellikle tutulur.

AÇIKLAMA: P. vegetans neuman formunun mukozal tutulumu P. vulgarise benzer. P. vegetans hollopeua sadece deride görülür ve benign seyirlidir. P. vulgarisde en hızlı tanı Tzanck testi ile akantolitik hücrelerin gösterilmesi ile konulur. BP eritemli ve ürtikeryal zeminde yerleşen büyük ve gergin büller ile karakterizedir. Pemfigoid gestasyonda oral mukoza genellikle tutulmaz.

Cevap E (*Odom, Andrews' Diseases of the Skin: Clinical Dermatology, 9. baskı, 2000. s.574-605*)

53.Perifollikülitis capitis absedens et suffodiens için hangisi doğrudur?

- a) Daha sık beyaz erkeklerde görülür.
- b) Alopesiye sebep olmaz.
- c) Ağrılı olabilir.
- d) Çocuklardaki ayırıcı tanısında tinea capitis superficialis de vardır
- e) Cerrahi tedavi kontrendikedir.

AÇIKLAMA: Perifollikülitis capitis absedens et suffodiens daha sık olarak zenci erkek çocuklarda görülen saçlı derinin süpüratif bir hastalığıdır.

DERMATOLOJİ

Ağrılıdır. Skatrisiyel alopesiye yol açar. Skatrisiyel alopesiye giden hastalıklarla ayırıcı tanıya gidilir. Cerrahi tedavi medikal tedavi yetersizse uygulanabilir.

Cevap C (*Odom, Andrews' Diseases of the Skin: Clinical Dermatology, 9. baskı, 2000. s.300*)

54.Casal'ın boyun bağı hangi durumda görülür?

- a) Vit A eksikliği
- b) Vit B1 eksikliği
- c) Vit B2 eksikliği
- d) Vit B3 eksikliği
- e) Kwashiorkor hastalığı

AÇIKLAMA: Casal'ın boyun bağı vit B3 (niasin) eksikliğine bağlı görülen pellegra hastalığında görülen ilkbahar ve yaz aylarında boyun bölgesinde yerleşen fotosensitif bir erupsiyondur.

Cevap D (*Odom, Andrews' Diseases of the Skin: Clinical Dermatology, 9. baskı, 2000. s.610*)

55.Skutulum formasyonu hangi enfeksiyon sonucunda olur?

- a) T. tonsurans endothrix enfeksiyonu
- b) T. violaceum endothrix enfeksiyonu
- c) M. canis ektothrix enfeksiyonu
- d) M. audouinii ektothrix enfeksiyonu
- e) T. schönleinii favus enfeksiyonu

AÇIKLAMA: T schönleinii favus enfeksiyonunda skutulum formasyonu görülür.

Cevap E (*Odom, Andrews' Diseases of the Skin: Clinical Dermatology, 9. baskı, 2000. s.360*)

56.Melanomların en sık rastlanan klinik tipi olup, genellikle erkeklerde sırtta, kadınlarda da bacaklarda yerleşen, düzensiz şekilli kahverengisiyah makula olarak başlayan melanom klinik tipi aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Yüzeysel yayılan melanom
- b) Nodular melanom
- c) Akral lentiginöz melanom
- d) Lentigo malign melanom
- e) Amelanotik melanom

Cevap A (*Braun-Falco O, Dermatology, 2. baskı, 2000,*

s. 1535)

57.Herediter osteonikodisplazi sendromu aşağıdakilerden hangisini tutmaz?

- a) Deri ve ekleri
- b) Okuler sistem
- c) Pulmoner sistem
- d) Renal sistem
- e) İskelet sistem

AÇIKLAMA: Nail-patella sendromu (Herediter osteonikodisplazi) iskelet sistemi, tırnak, oküler ve renal sistemi tutan konjenital tırnak distrofisi ve patella yokluğu veya hipoplazisi ile giden bir sendromdur.

Cevap C (*Odom, Andrews' Diseases of the Skin: Clinical Dermatology, 9. baskı, 2000. s.983-4*)

58.Persistan eritema multiforme enfeksiyonundan hangisi sorumludur?

- a) Konjenital adrenal hiperplazi
- b) Serum hastalığı
- c) EBV enfeksiyonu
- d) Kalsiflaxi
- e) Menkey kinky hair sendromu

AÇIKLAMA: Tedaviye dirençli eritema multiforme enfeksiyonunda viral enfeksiyonlar ve progesteronun etkileri söz konusu olabilir.

Cevap C (*Fitzpatrick, Erythema Multiforme: Dermatology in general medicine, 5. baskı, 1999. s.636-44*)

59.Hangisi myelodisplastik sendromun spesifik deri bulgularındandır?

- a) Ekimoz
- b) Prurigo nodularis
- c) Nekroz
- d) Ülseratif lezyonlar
- e) Lösemi kutis

AÇIKLAMA: Myelodisplastik sendromlu hastalardaki kutanöz erupsiyonlar spesifik (lösemi kutis) ve nonspesifik (reaktif ve infeksiyöz durumlar) lezyonlar şeklinde görülür.

Cevap C (*Odom, Andrews' Diseases of the Skin: Clinical Dermatology, 9. baskı, 2000. s.937*)

FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON

1. Aşağıdakilerden hangisi radikulopati oluşturan nörolojik kökenli bel ağrı nedenidir?

- a) Faset tropizmi
- b) Osteoporoz
- c) Skolyoz
- d) Disk hernisi
- e) Kronik strain

AÇIKLAMA: Faset tropizmi dejeneratif, osteoporoz metabolik, skolyoz mekanik-konjenital, kronik strain kas kaynaklı bel ağrısı nedenidir. Disk hernisi radikülopati veya nöropati sebebiyle primer nörolojik kökenli bel ağrısı nedenidir.

Cevap D (Özcan, Kas-İskelet Sistemi, 2005. s.289-317)

2. N. cutaneus femoris lateralis'in kompresyona uğrayarak sıkışması sonucu gelişen parestezi ve duyu kusuru ile seyreden tablo ne olarak adlandırılır?

- a) Polimyaljia romatika
- b) Pseudogut
- c) Piriformis sendromu
- d) L5-S1 disk hernisi
- e) Meraljia Parestetika

AÇIKLAMA: N. cutaneus femoris, lateralis'in Lomber 2. ve 3. köklerden köken alan bir duyu siniridir. Inguinal bağın bağlantısının çatallaştığı yerde kompresyona uğrayarak sıkışması sonucu parastezi ve duyu kusuru gelişir ve bu tabloya meraljia parestetika adı verilir.

Cevap E (Özcan, Kas-İskelet Sistemi Ağrıları, 2005. s.318-24)

3. Aşağıdakilerden hangisi jeneralize distoni tedavisinde kullanılmaz?

- a) Levodopa
- b) Baklofen
- c) Botulinum Toksin
- d) Karbamazepin
- e) Klonazepam

AÇIKLAMA: Botulinum toksin fokal distonide tercih edilir.

Cevap C (Arasıl, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon El Kitabı, s.768)

4. Aşağıdakilerden hangisi radyasyon (ışınım) yolu ile ısı transferi yöntemidir?

- a) Kısa dalga diatermi
- b) Ultrason

- c) Fluidoterapi
- d) İnfraruj
- e) Mikrodalga

AÇIKLAMA: Kısa dalga, mikrodalga ve ultrason konversiyon ile, fluidoterapi ise konveksiyon ısı transferi sağlar.

Cevap D (Weber, Physical Agent Modalities Physical Therapy and Rehabilitation, 2. baskı, 2000. s.440-58)

5. Aşağıdakilerden hangisi kemik yapımı ile ilgili biyokimyasal belirleyicidir?

- a) Tip 1 kollajen çapraz bağlı telopeptid
- b) Osteokalsin
- c) Hidroksiprolin
- d) Pridinolin
- e) Hidroksilizin glikozidleri

AÇIKLAMA: Tip 1 kollajen çapraz bağlı telopeptid, hidroksiprolin, pridinolin, hidroksilizin glikozidleri, kemik yıkım belirleyicileridir.

Cevap B (Gökçe-Kutsal, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, s.1972-93)

6. Hangisi egzersizin kronik etkilerinden değildir?

- a) Kalp büyüklüğü artar.
- b) Nabız artar.
- c) Kan volümü artar.
- d) Akciğer volümleri artar.
- e) Eklem kalınlığı artar.

AÇIKLAMA: Uzun süren yoğun egzersizler sonrası kalp atım sayısı yavaşlar. Nabzın artması egzersizin akut etkilerindedir.

Cevap B (Oğuz, Tedavi Edici Egzersizler: Tıbbi Rehabilitasyon. 2004. s.503)

7. Aşağıdakilerden hangisi ankiroz an spondilitin en yaygın eklem dışı tutulumudur?

- a) Ascendan aortit
- b) Akut anterior üveit
- c) Ig A nefropatisi
- d) Progresif akciğer fibrozisi
- e) Amiloidozis

AÇIKLAMA: Ankiroz an spondilitte akut anterior üveit %20-40 oranda görülür. Diğer şıklarda ankiroz an spondilitin eklem dışı tutulumu olmakla beraber daha nadir görülmektedir.

Cevap B (Shaun, Kelly's Textbook of Rheumatology, 2001. s.1045)

8. Aşağıdakilerden hangisi spondiloartropatiler için kötü prognoz göstergesidir?

- a) Nonsteroidal antiinflamatuvar ilaca iyi yanıt
- b) İleri yaşta başlangıç
- c) Kalça eklemi tutulumu
- d) Kadın cinsiyet
- e) Sakroiliak eklem tutulumu

AÇIKLAMA: Periferik eklem tutulumu, özellikle kalça tutulumu, spondiloartropatiler için kötü prognoz göstergesidir.

Cevap D (Shaun, Kelly's Textbook of Rheumatology, 2001. s.1045)

9. Nörolojik seviyenin altında motor fonksiyonunun korunduğu ve bu seviyenin altındaki anahtar kasların en az yarısından fazlasının <3 kas gücünde olduğu bir spinal kord yaralanmalı hasta, ASIA sınıflamasına göre hangi gruba girmektedir?

- a) A
- b) B
- c) C
- d) D
- e) E

AÇIKLAMA: ASIA sınıflaması;

A=Komplet: Sakral segmentlerde (S4-5) hiçbir motor veya duyuşsal fonksiyon korunmamıştır.

B=İnkomplet: Nörolojik seviyenin altında motor fonksiyon yoktur, duyuşsal fonksiyon devam eder ve sakral segmentlere kadar uzanır.

C=İnkomplet: Nörolojik seviyenin altında motor fonksiyon korunmuştur ve bu seviyenin altındaki anahtar kasların en az yarısından fazlası <3 kas gücündedir.

D=İnkomplet: Nörolojik seviyenin altında motor fonksiyon korunmuştur ve bu seviyenin altındaki anahtar kasların en az yarısından fazlası >3 kas gücündedir.

E=Motor ve duyuşsal fonksiyon normaldir.

Cevap C (Oğuz, Spinal Kord Yaralanmaları: Tıbbi Rehabilitasyon, 2004. s.627-47)

10. Distal ekstremitelerde kaslarında periferik sinir yaralanmasından kaç gün sonra EMG'de fibrilasyon ve pozitif dalgalar ortaya çıkar?

- a) İlk gün
- b) 3 gün
- c) 5 gün
- d) 6 gün
- e) 20 gün

AÇIKLAMA: Distal ekstremitelerde kaslarında bu değişimin görülmesi 3-4 haftayı bulabilir.

Cevap E (Braddom, Physical Medicine and Rehabilitation, 2. baskı, 2000. s.233)

11. Aşağıdakilerden hangisi diz osteoartritinde görülen fizik muayene bulgularından biri değildir?

- a) Diz hareketlerinde krepitasyon
- b) Diz ekstansiyon veya fleksiyonunda kısıtlılık
- c) Genu varum deformitesi
- d) Bacak boyları arasında gerçek kısalık farkı
- e) Diz ekleminde şişlik, efüzyon ve ısı artışı

AÇIKLAMA: Diz osteoartritinde görülen fizik muayene bulguları arasında; diz hareketlerinde krepitasyon, diz ekstansiyon veya fleksiyonunda kısıtlılık, genu varum deformitesi, diz ekleminde şişlik, efüzyon ve ısı artışı sayılabilir.

Cevap D (Tüzün, Diz Ağrıları: Hareket Sistemi Hastalıkları, s.282-83)

12. Diz ekleminde tibiofemoral dönme hareketinin primer statik sınırlayıcısı aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Çapraz bağlar
- b) Patellar tendon
- c) Lateral kollateral ligaman
- d) Medial kollateral ligaman
- e) Medial menisküs

AÇIKLAMA: Ön çapraz bağ, tibial platonun femura göre öne çevrilmesini önler, arka çapraz bağ, femurun tibial kondiller üzerinde öne çevrilmesini önler.

Cevap A (Braddom, Physical Medicine and Rehabilitation, 2. baskı, 2000. s.596)

13. Hemiplejideki omuz ağrısı için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Etkin tedavi için genellikle ilk yöntem olarak steroid-anestezi enjeksiyonuna gerek duyulur.
- b) En sık omuz-el sendromu ya da refleks sempatik distrofiye bağlı ağrı gelişir.
- c) Omuz ağrısı en çok santral ağrı/talamik sendroma bağlı görülür.
- d) En sık inferior sublüksasyona bağlı ağrı gelişir ve başlangıçta dik postürdeyken omuz askısı ve desteği kullanılması iyi sonuç verir.
- e) Erken yatak döneminde önerilen omuz pozisyonu abduksiyon, iç rotasyon ve elevasyondur.

AÇIKLAMA: Omuz sublüksasyonu hemiplejik hastaların %66-92'sinde görülür. En çok inferior sublüksasyon gelişir ve zengin duyuşsal innervasyondan dolayı ağrılıdır. Erken flask döneminde ayakta veya dik

otururken yerçekimine karşı humerus başını glenoid fossaya repoze eden omuz askısı kullanımı faydalıdır. Diğer şıklarda belirtilen omuz ağrısı nedenleri daha az oranda görülür. Lokal enjeksiyonlar ilk ve etkin tedavi seçeneği değildir, özel durumlarda diğer tedavilere yanıtız olgularda düşünülebilir. Erken yatak döneminde omuz pozisyonunda iç rotasyon değil dış rotasyon önerilir.

Cevap D (Özcan, Nörorehabilitasyon, Hemipleji Rehabilitasyonu, 2000. s.74-5)

14. Elektrik stimülasyonu hakkında hangisi yanlıştır?

- a) Kas atrofisini azaltır.
- b) Reinnervasyonu artırır.
- c) Hızlı kasılan lifleri yavaş kasılan liflere transforme eder.
- d) Desantralize kasta yardımcı ortez olarak kullanılır.
- e) Yara iyileşmesini hızlandırır.

AÇIKLAMA: Elektrik stimülasyon uygulamasının, reinnervasyon artışını destekleyen veri yoktur. Aksine birçok çalışmada terminal filizlenme ve reinnervasyonu inhibe ettiği gösterilmiştir.

Cevap B (Arasıl, Fiziksel tıp ve Rehabilitasyon El kitabı, s.306)

15. Aşağıdaki seçeneklerden hangisi alt motor nörojenik bağırsak bulgusu değildir?

- a) Eksternal sfinkterin koruyucu kasılmalarında kayıp olması nedeniyle, rektumdaki ani kütle hareketlerinde fekal inkontinans görülebilir.
- b) Sadece pudental sinirin izole lezyonu olursa kolon geçiş süresi normaldir ve inkontinans belirgindir.
- c) İnternal sfinkterde bulunan düz kaslar nedeniyle anal tonus artar.
- d) Eksternal anal sfinkterin atrofisi görülür.
- e) Anal kutanöz refleks azalmış veya kaybolmuştur.

AÇIKLAMA: Alt motor nöron lezyonlarında anal tonus azalır.

Cevap C (Braddom, Physical Medicine and Rehabilitation, 2. baskı, 2000. s.583)

16. Aşağıdaki seçeneklerden hangisi üst motor nöron sendromu bulgusu değildir?

- a) Hiperaktif proprioseptif refleksler
- b) Gevşek deri refleksleri
- c) Yorgunluk
- d) Becerilerde azalma
- e) Tonusta azalma

AÇIKLAMA: Üst motor sendromunda tonus artışıyla

spastisite ortaya çıkar.

Cevap E (Braddom, Physical Medicine and Rehabilitation, 2. baskı, 2000. s.596)

17. Aşağıdaki seçeneklerden hangisi spastisite tedavisinde yeri yoktur?

- a) Germe egzersizleri
- b) Topik soğuk uygulama
- c) Alçılama ve splintleme
- d) Biofeedback
- e) İmmobilizasyon

AÇIKLAMA: Üst motor nöron sendromunda tonus artışıyla spastisite ortaya çıkar ve immobilizasyon oldukça spastisite artış gösterir.

Cevap E (Braddom, Physical Medicine and Rehabilitation, 2. baskı, 2000. s.596)

18. Nörojenik kladikasyon için vasküler kladikasyondan ayrımında aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Nörojenik kladikasyonu hastada bacak ağrısı genellikle aşağı doğru yayılır.
- b) Nörojenik kladikasyonu hastaların %50'sinde kuvvet kusuru vardır.
- c) Nörojenik kladikasyonu hastada bisiklet testi, semptomları artırır.
- d) Nörojenik kladikasyonu hasta yokuşta yürürken, inişte semptomlar erken başlar.
- e) Nörojenik kladikasyonu hasta yokuşta yürürken çıkışta semptomlar geç başlar.

AÇIKLAMA: Bisiklet testi vasküler kladikasyon semptomlarını artırır.

Cevap C (Braddom, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon el kitabı, 2005. s.571)

19. Refleks sempatik distrofi için sensitif ve spesifik tanısal yöntem hangisidir?

- a) Düz spinal filmler
- b) 3 fazlı kemik taraması
- c) EMG ve sinir ileti yöntemleri
- d) Bilgisayarlı tomografi
- e) Manyetik rezonans görüntüleme

AÇIKLAMA: Düz spinal filmler, düşük spesifite ve öngörülse değer.

EMG ve sinir ileti yöntemleri; sinir ve kastaki lezyonun ciddiyetini, yerini ve büyüklüğünü objektif olarak değerlendirir.

Bilgisayarlı tomografi; herniye diskleri %90 gösterir.

Manyetik rezonans görüntüleme; Mükemmel yumuşak doku ve disk görüntüsü verir.

Cevap B (Braddom, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon el

kitabı. 2005. s.596)

20. Hangisi bel ağrısı nedeni değildir?

- a) Lomber kanal darlığı
- b) Ankilozan hiperostoz
- c) Mal de Pott
- d) Ochronozis
- e) De Quervain hastalığı

AÇIKLAMA: De Quervain hastalığı abduktor pollicis longus ve ekstansör pollicis brevis tendonlarının, distal radius üzerinde fleksör retinakulum altından geçerken sürtünmeye bağlı gelişen stenoz ve inflamasyonla sonuçlanan ve el bileğinin radyalinde ve özellikle radyal stiloid üzerinde ağrıya yol açan bir tenosinovitidir.

Cevap E (Gümüşdiş, Klinik Romatoloji, 1999, s.120, 561)

21. Travmadan sonra çok kısa bir süre içinde dizde gelişen hemartrozda ilk akla gelen patoloji ne olmalıdır?

- a) Menisküs lezyonu
- b) Patellofemoral ağrı sendromu
- c) Patellar tendinit
- d) Gonartroz
- e) Ön çapraz bağ lezyonu

AÇIKLAMA: Travma sonrası dizde kısa süre içinde gelişen şişlik hemartroz düşündürür ve %75'inin nedeni ön çapraz bağ lezyonudur.

Cevap E (Skinner, Current Diagnosis and Treatment in Orthopedics, 1995, s.129)

22. Radiküler ağrıda sinir germe testi olarak kullanılmayan test hangisidir?

- a) Laseque testi
- b) Neri testi
- c) Bowstring testi
- d) Düz bacak kaldırma testi
- e) Adson testi

AÇIKLAMA: Adson testi servikal kot ve skalenius antikus sendromunda kullanılan bir testtir.

Cevap E (Göksoy, Romatizmal Hastalıkların Tanı ve Tedavisi, 2002, s.278)

23. Aşağıdakilerden hangisi primer osteoporoz değildir?

- a) Senil osteoporoz
- b) Tip II osteoporoz
- c) Postmenopozal osteoporoz
- d) Jüvenil osteoporoz
- e) Hipertiroidi osteoporozu

AÇIKLAMA: Hipertiroidiye bağlı osteoporoz sekonder osteoporozdur.

Cevap E (Kanis, Osteoporosis, s.99)

NÖROLOJİ

1. Aşağıdaki yapılardan hangisi bazal ganglion değildir?

- a) Striatum
- b) Globus pallidus
- c) Substantia nigra
- d) Subtalamik nukleus
- e) Koronoradiata

AÇIKLAMA: Bazal ganglionlar; striatum (putamen, nukleus kaudatus, ventral striatum), globus pallidus (externus ve internus), substantia nigra (pars compacta ve pars reticula), subtalamik nukleus (korpus luyisii)'den oluşur.

Cevap E (Öge, Hareket Bozuklukları, Nöroloji, 2004. s.417)

2. Aşağıdakilerden hangisi strok için değiştirilebilen kesinleşmemiş risk faktörüdür?

- a) Hipertansiyon
- b) Diabetes Mellitus
- c) Sigara
- d) Alkol kullanımı
- e) Hiperlipidemi

AÇIKLAMA: Strok risk faktörleri; Değiştirilemeyen risk faktörleri: Yaş, cins, ırk, aile öyküsü. **Değiştirilebilen kesinleşmiş risk faktörleri:** Hipertansiyon, Diabetes mellitus, hiperinsülinemi ve glikoz intoleransı, kalp hastalıkları, hiperlipidemi, sigara, asemptomatik karotis stenozu, orak hücreli anemi. **Değiştirilebilen kesinleşmemiş risk faktörleri:** Alkol kullanımı, obezite, beslenme alışkanlıkları, fiziksel inaktivite, hiperhomosisteinemi, ilaç kullanımı ve bağımlılığı, hormon tedavisi, hiperkoagülabilite, fibrinojen, inflamasyondur.

Cevap D (Balkan, Serebrovasküler Hastalıklar, 2002. s.53)

3. Aşağıdakilerden hangisi anterior serebral arterin dalı değildir?

- a) Medial orbitofrontal arter
- b) Kallozomarjinal arter
- c) Anguler arter
- d) Frontopolar arter
- e) Medial striat arter

AÇIKLAMA: Anterior serebral arterin dalları: Medial striat arter (Heubner'in rekürren arteri), medial orbitofrontal arter, frontopolar arter, kallozomarjinal arter ve perikallosal arterdir. Anguler arter ise orta serebral arterin dalıdır.

Cevap C (Balkan, Serebrovasküler Hastalıklar, 2002. s.3-6)

4. Aşağıdakilerden hangisi küme (cluster) baş ağrılarının özelliği değildir?

- a) Kadınlarda erkeklerden yaklaşık dört kat fazla görülür.
- b) Başlangıç anidir.
- c) Tedavi edilmediğinde 30-120 dakika sürer.
- d) Ağrı, genelde orbita ve komşu temporal alanı içeren bölgede tek taraflı ortaya çıkar.
- e) Ataklar esnasında otonomik belirtiler belirgindir.

AÇIKLAMA: Küme baş ağrılarında erkek/kadın oranı 4/1-20/1 arasındadır. Başlangıç genelde anidir. Başağrıları 6-12 hafta boyunca günlük ortaya çıkar, sonra aniden geçer. Yeni bir demet tipi baş ağrısına kadar 14 gün ile yıllar süren periyotlarda remisyon devam eder. Atak ani başlar, tedavi edilmediğinde 30-120 dakika sürer, ağrı genelde orbita ve komşu temporal alanı içeren bölgede tek taraflı ortaya çıkar. Gece atakları sıktır ve uykunun REM döneminde başlar. Ataklar esnasında otonomik belirtiler belirgindir.

Cevap A (Gilroy, Temel Nöroloji, 2002. s.135-6)

5. Aşağıdaki şıklardan hangisi Amyotrofik lateral skleroz (motor nöron hastalığı) için doğru değildir?

- a) İlerleyici kas gücü kaybı
- b) Belirgin duyu bozukluğu
- c) Dilde fasikülasyonlar
- d) Dizartri
- e) Disfaji

AÇIKLAMA: Amyotrofik lateral skleroz (motor nöron hastalığı) spinal kordun ön boynuz motor nöronlarında, beyin sapı motor çekirdeklerde ve frontal lobun posterior bölgesindeki motor alan nöronlarında ilerleyici dejenerasyonla karakterize kronik bir hastalıktır. Duyu kusuru bulunmaz.

Cevap B (Gilroy, Temel Nöroloji, 2002. s.258)

6. Lhermitte bulgusu aşağıdakilerden hangisinde görülmez?

- a) Multipl skleroz
- b) Chiari malformasyonu
- c) B12 eksikliği
- d) Parkinson hastalığı

e) Sisplatin kemoterapisi sonrasında

AÇIKLAMA: Lhermitte bulgusu (boyun fleksiyonu ile uyarılan geçici duysal belirtiler), genellikle elektriksel ve karıncalanma duyusu şeklinde tanımlanır, omurga ve bacaklara doğru yayılır. Multipl skleroz, chiari malformasyonu, B12 eksikliği, sisplatin kemoterapisi sonrasında, tümörler ve spondilozda da görülür. Parkinson hastalığında görülmez.

Cevap D (Öge, Nöroloji, 2004. s.505)

7. Multipl sklerozda merkezi sinir sistemi dışında aşağıdaki organlardan hangisi tutulur?

- a) Kalp
- b) Böbrek
- c) Karaciğer
- d) Göz
- e) Akciğer

AÇIKLAMA: Üveit ve retinal flebit multipl skleroz hastalarının %10'unda meydana gelir.

Cevap D (Öge, Nöroloji, 2004. s.513)

8. Brown Sequard sendromu için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Omuriliğin sağ ya da sol yarısını bir ya da birkaç segment boyunca hasara uğratan bir patolojik süreç tarafından ortaya çıkarılır.
- b) Lezyon düzeyinin altında, lezyonla aynı tarafta vibrasyon duyusu kaybı
- c) Lezyon düzeyinin altında, lezyonla aynı tarafta pozisyon duyusu kaybı
- d) Lezyon düzeyinin altında, lezyonun karşı tarafında kas gücü kaybı
- e) Lezyon düzeyinin birkaç segment altında, lezyonun karşı tarafında ağrı ve ısı duyusu kaybı

AÇIKLAMA: Brown Sequard sendromunda kas gücü kaybı lezyon ile aynı tarafta görülür.

Cevap D (Öge, Nöroloji, 2004. s.535)

9. Guillain Barré sendromu için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Ekstremitelerde distallerinde belirgin kas kuvvetsizliği vardır.
- b) Derin tendon refleksleri canlanmıştır.
- c) Belirgin duysal semptomlar gözlenir.
- d) Otonom sinir sistemi bozuklukları sık olarak gözlenir.
- e) Ciddi sfinkter kusuru vardır.

AÇIKLAMA: Guillain Barré sendromunda, ekstremitelerde proksimallerinde görülen belirgin kas kuvvetsizliği vardır. Duysal yakınmalar geri plandadır. Derin

tendon refleksleri azalmış ya da kaybolmuştur. Solunum yetersizliği, kraniyal sinir felçleri, otonom sinir bozukluğu görülür. Ciddi ve kalıcı sfinkter kusuru Guillain Barré sendromundan uzaklaştırıcı bir kriterdir.

Cevap D (Öge, Nöroloji'de, 2004. s.591)

10. Multifokal motor nöropati tedavisinde aşağıdaki tedavilerden hangisi kullanılmaz?

- a) Plazmaferez
- b) Siklofosamid
- c) İntravenöz immünglobulin
- d) Rituximab
- e) İnterferon beta-1a

AÇIKLAMA: Multifokal motor nöropati, plazmaferez ve kortikosteroid tedavisine yanıt vermez.

Cevap A (Öge, Nöroloji, 2004. s.591)

11. Aşağıdakilerden hangisi kalsiyum kanalı hastalığıdır?

- a) Hipokalemik periyodik paralizi
- b) Hiperkalemik periyodik paralizi
- c) Paramyotonia konjenita
- d) Myotonia konjenita
- e) Myotonia fluktans

AÇIKLAMA: Kalsiyum kanalı hastalıkları: Malign hipertermi, hipokalemik periyodik paralizi. **Sodyum kanalı hastalıkları:** Hiperkalemik periyodik paralizi, paramyotonia konjenita, myotonia fluctans. **Klor kanalı hastalığı:** Myotonia konjenita. **Potasyum kanalı hastalığı:** Andersen sendromudur.

Cevap A (Öge, Nöroloji, 2004. s.654)

12. Myasthenia gravisli hastaların tanı ve incelemesinde aşağıdakilerden hangisinin yeri yoktur?

- a) Öykü
- b) EMG
- c) BOS bulguları
- d) Timus incelenmesi
- e) Antikolinesterazlara net cevap

AÇIKLAMA: Tanı, öykü (okülobulber zaaf, fluktasyonlar, remisyon) ve antikolinesterazlara net cevap ile konur. Tanıya destek olarak, ardışık sinir uyarımı ve/veya tek lif EMG, anti asetil kolin reseptör antikor tayini, timus incelemesi yapılır.

Cevap C (Öge, Nöroloji, 2004. s.654)

13. Aşağıdakilerden hangisi transkortikal sensoriyel afazilerin özelliği değildir?

- a) Konuşma akıcı, parafaziktir.
- b) Duyarak anlama etkilenmiştir.

- c) Okuduğunu anlama etkilenmiştir.
d) Tekrarlama bozuktur.
e) İsimlendirme bozuktur.

AÇIKLAMA: Transkortikal afazilerde konuşma akıcı, parafaziktir. Duyarak anlama ve okuduğunu anlama etkilenmiştir. Tekrarlama normaldir. İsimlendirme ve yazma bozuktur.

Cevap D (*Tanrıdağ, Afazi, s.76*)

14.İstirahatte görülen ve hareketle belirgin olarak artan tremor aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Postural tremor
b) İntansiyon tremoru
c) Aksiyon tremoru
d) İstirahat tremoru
e) Rubral tremor

AÇIKLAMA: İstirahatte görülen ve hareketle belirgin olarak artan tremor rubral tremordur. Postural tremor; kişi istemli olarak yer çekimine karşı koyduğunda görülür. İntansiyon tremoru; istemli hareket esnasında ortaya çıkar, hedefe yaklaşırken tremorun genliği çok artar. Aksiyon tremoru; bir ekstremitayı aktif olarak kullanırken, hareket esnasında ortaya çıkar. İstirahat tremoru ise; ekstremitayı bir pozisyonda sabit tutunca başlar, hareketle kaybolur.

Cevap E (*Öge, Nöroloji, 2004. s.437*)

15.Çocukluk çağında semptomatik olmayan distoni tedavisinde ilk denenmesi gereken ilaç aşağıdakilerden hangisidir?

- a) L-dopa
b) Biperidin
c) Benzodiazepinler
d) Tetrabenazin
e) Olanzapin

AÇIKLAMA: Çocukluk çağı distonilerinde L-dopa yanıtı distoniyi dışlamak için düşünülmesi gereken ilaç L-dopa preparatlarıdır.

Cevap A (*Öge, Nöroloji'de, 2004. s.432*)

16.Aşağıdakilerden hangisi frontal lob nöbetlerinin özelliği değildir?

- a) Günde birçok kez, genellikle demetler halinde görülür.
b) Jeneralizasyon nadirdir.
c) Nöbet süresi genellikle 10-60 saniyedir.
d) Postiktal bulgu minimal veya yoktur.
e) Tuhaf, yarı-amaçlı, kompleks, bimanuel, bipedal, seksüel otomatizmalar vardır.

AÇIKLAMA: Frontal lobdan kaynaklanan nöbetlerde

jeneralizasyon oldukça sıktır. Jeneralizasyonun nadir olduğu nöbetler temporal lob nöbetleridir.

Cevap B (*Öge, Nöroloji, 2004. s.284*)

17.Aşağıdakilerden hangisi progresif miyoklonik epilepsi nedeni değildir?

- a) Unverricht-Lundborg hastalığı
b) MERRF
c) Landau-Kleffner sendromu
d) Sialidoz
e) Lafora hastalığı

AÇIKLAMA: Unverricht-Lundborg hastalığı, MERRF, sialidoz, Lafora hastalığı, nöronal seroid lipofuksinoz en sık görülen progresif miyoklonik epilepsi nedenleridir. Landau-Kleffner sendromu ise konuşmayı normal olarak öğrenmiş 3-10 yaş arası bir çocukta konuşmanın kaybolması (edinsel epileptik afazi) ve bunu izleyen parsiyel motor ve jeneralize tonik klonik epileptik nöbetlerde ortaya çıkar.

Cevap C (*Öge, Nöroloji, 2004. s.284*)

18.Aşağıdakilerden hangisi sodyum valproatın dozdan bağımsız yan etkisidir?

- a) Ataksi
b) Karaciğer enzimlerinde artma
c) Baş dönmesi
d) Tremor
e) Kilo artışı

AÇIKLAMA: Ataksi, karaciğer enzimlerinde artma, baş dönmesi, tremor, bulantı ve kusma, sodyum valproatın doza bağımlı yan etkisi iken, geçici saç dökülmesi, kilo artışı, ensefalopati ve hepatik yetmezlik dozdan bağımsız yan etkilerdir.

Cevap E (*Öge, Nöroloji, 2004. s.298*)

19.Aşağıdakilerden hangisi trombolitik tedavi için uygun olmayan bir koşul değildir?

- a) Orta serebral arterin 1/3'ünden az hipodansite
b) İnsular ribbon kaybı
c) Gri cevher-beyaz cevher ayırım çizgisinin görülemiyor olması
d) Kortikal sulkal silinme
e) Kapsulo-striyal ayırımın belirsizleşmesi

AÇIKLAMA: Orta serebral arterin 1/3'ünden daha fazla bir hipodansite trombolitik tedavi için uygun değildir.

Cevap A (*Balkan, Serebrovasküler Hastalıklar, 2002. s.260*)

20.Aşağıdakilerden hangisi psödodemansın özelliğidir?

NÖROLOJİ

- Başlangıç belirsiz, aylar ve yıllar içinde gelişir.
- İç görü kaybı, ilgisizlik ve inkar vardır.
- Erken dönemde sosyal kısıtlılık olur.
- Performasyon testlerine çaba gösterir.
- Sorunları ile ilgilenmez.

AÇIKLAMA: Demansta, başlangıç belirsizdir, aylar ve yıllar içinde gelişir. İç görü kaybı, ilgisizlik ve inkar vardır, sosyal kısıtlılık geç dönemde olur, performasyon testlerine çaba gösterir, hasta işbirliği içine girer, hatırlamak için notlar tutar. Sorunları ile ilgilenmez, önemsiz başarıları üzerinde durur. Psödodemansta; başlangıç daha keskin ve belirgindir. İç görü vardır, erken dönemde sosyal kısıtlılık görülür. depresyonla ilgili bulgular vardır, sorunlarından üzüntü duyar. Performasyon testlerinde çaba göstermez, iş birliği yetersizdir.

Cevap C (Karaman, Alzheimer hastalığı ve diğer demanslar, 2002. s.83)

21.Görsel halüsinasyonlar, dalgalı seyir, nöroleptik hassasiyeti aşağıdaki hastalıkların hangisinde görülür?

- Alzheimer hastalığı
- Lewy cisimcikli demans
- Pick hastalığı
- İlerleyici supranükleer palsi
- Shy-Drager sendromu

AÇIKLAMA: Lewy cisimcikli demansda ana özellik kognitif yıkım ve problem çözme, yürütme fonksiyonlarında ve görsel-uzaysal performansta belirgin eksiklik olmasıdır. Görsel halüsinasyonlar sık rastlanan özelliklerindedir. İşitsel halüsinasyonlara ise daha az rastlanır. Dalgalı seyir ve nöroleptik hassasiyeti vardır.

Cevap B (Gilroy, Temel Nöroloji, 2002. s.350)

22.Aşağıdaki sinirlerden hangisinin hasarlanmasında pençe el gelişir?

- Ulnar sinir
- Radiyal sinir
- Muskülokutanöz sinir
- Median sinir
- Aksiller sinir

AÇIKLAMA: Pençe el ulnar sinir hasarı sonucu ortaya çıkan klinik tablodur.

Cevap A (Bone, Resimli Açıklamaları ile Nöroloji ve Nöroşirurji, 2000. s.436)

23.Pandüler nistagmus aşağıdaki durumlardan hangisinde görülür?

- Doğuştan görme defekti olan hastalarda
- Serebellum anterior vermisinin lezyonlarında

- Rostral pons lezyonlarında
- Meniere hastalığında
- Medulla lezyonlarında

AÇIKLAMA: Pandüler nistagmus doğuştan görme defekti olan hastalarda, zayıf ışıklandırılmış çevrede çalışan kişilerde görülebilir. Aynı zamanda otozomal dominant veya sekse bağlı resesif geçiş gösteren konjenital nistagmusta görülebilir. Serebellum anterior vermisinin lezyonlarında, rostral pons lezyonlarında, Meniere hastalığında, medulla lezyonlarında ise jerk nistagmus görülür.

Cevap A (Gilroy, Temel Nöroloji, 2002. s.29)

24.Aşağıdakilerden hangisinin Myasthenia Gravis tedavisinde yeri yoktur?

- Antikolinesterazlar ile tedavi
- Timektomi
- Steroid
- Plazmaferez
- Aminoglikozidler

AÇIKLAMA: Nöromusküler kavşağı etkileyen aminoglikozid grubu antibiyotikler, myasthenia gravis tedavisinde kontrendikedir.

Cevap E (Öge, Nöroloji, 2004. s.672)

25.Aşağıdakilerden hangisi kortikal duyu değildir?

- Stereognozi
- Grafestezi
- Vibrasyon
- Taktil lokalizasyon
- İki nokta ayırımı

AÇIKLAMA: Vibrasyon kortikal duyu değil, derin duyudur.

Cevap C (Öge, Nöroloji, 2004. s.41)

26.Aşağıdakilerden hangisi dopamin agonisti değildir?

- Pergolid
- Bromokriptin
- Pramipeksol
- Triheksifenidil
- Pribedil

AÇIKLAMA: Triheksifenidil dopamin agonisti değildir, antikolinergik ilaçtır.

Cevap D (Gilroy, Temel Nöroloji, 2002. s.185)

27.Diabetes Mellitus hastalığına bağlı okulomotor sinir felcinde aşağıdaki bulgulardan hangisi bulunmaz?

- a) Yukarı bakış felci
- b) Aşağı bakış felci
- c) İçe bakış felci
- d) Midriyazis
- e) Pitozis

AÇIKLAMA: Edinger Westpall nükleusundan çıkan ve sfinkter pupilla kasını innerve eden parasempatik lifler sinirin çevresinde seyreder. Oysa Diabetes Mellitus'ta sinir merkezine yakın lifler tutulduğu için parasempatik lifler etkilenmez.

Cevap D (*Adams, Principles of Neurology, 2.baskı, s.183*)

28.Hangisi klor kanalı ile ilişkili iskelet kası kanaloPATİSİDİR?

- a) Thomsen Hastalığı
- b) Paramiyotoni Konjenita
- c) Hiperkalemik periyodik paralizi
- d) Hipokalemik periyodik paralizi
- e) Potasyumla agreve olan miyotoni

AÇIKLAMA: Paramiyotoni Konjenita Na⁺, hiperkalemik PP Na⁺, hipokalemik PP L tipi Ca²⁺, Potasyumla agreve olan miyotoni Na⁺ kanalları ile ilişkilidir.

Cevap A (*Scolding, Contemporary Treatments in Neurology, 1. Baskı, 2001, s. 401*)

29.Tek taraflı pons lezyonu sonucu gelişen 1 1/2 (Bir buçuk) sendrom için aşağıdaki şıklardan hangisi doğrudur?

- a) Lezyon tarafındaki göz hem içe ve hem de dışa bakamaz, karşı taraftaki göz içe bakamaz ama dışa bakabilir.
- b) Lezyon tarafındaki göz içe bakamaz, karşı taraftaki göz ne içe ve ne de dışa bakamaz.
- c) Her iki taraftaki göz ne içe ve ne de dışa bakamaz.
- d) Lezyon tarafındaki göz dışa bakamaz, karşı taraf göz ne içe ve ne de dışa bakabilir.
- e) Lezyon tarafındaki göz ne aşağı ve ne de yukarı bakamaz, diğer taraftaki göz yukarı bakamaz

AÇIKLAMA: Bir buçuk sendrom tek taraflı pons lezyonu sonucu ortaya çıkar. Hem MLF ve hem de PPRF etkilenmiştir. PPRF gözlerin konjuge hareketlerinden sorumlu bir subkortikal merkez olup gözlerin aynı tarafa doğru bakmasını sağlar. PPRF tutulumu ile aynı tarafa bakış felci olup gözlerin aynı tarafa doğru bakmasını sağlar. PPRF tutulumu ile aynı tarafa bakış felci ile birlikte MLF de tutulduğu için internükleer felç de tabloya eklenir.

Cevap A (*Rowland Meritt's Textbook of Neurogy, 10.baskı, 2000, s.35*)

30.KİBAS'ta (kafa içi basınç artışı sendromu) kangisi görülmez?

- a) Bilateral papil ödemi bulguları
- b) Abdusens felci bulguları
- c) Baş ağrısı, bulantı, kusma
- d) Akut vizyon kaybı
- e) Lomber poksiyon kontr-endikedir

AÇIKLAMA: KİBAS'ta akut vizyon kaybı görülmez, ancak ileri evrede optik atrofiye bağlı görme bozukluğu olabilir.

Cevap D (*Rowland Meritt's Textbook of Neurogy, 10.baskı, 2000*)

31.Nöromusküler kavşak postsnaptik bölgesinde hangi hipotetik proteinin bazal laminada yer aldığı kabul edilir?

- a) Agrin
- b) Asetil kolin reseptörü
- c) Sarkoglikanlar
- d) Atrofin
- e) Sintrofinler

AÇIKLAMA: Asetil kolin reseptörü ve sarkoglikanlar sarkolemmada, atrofin ve sintrofinler kas lifinde yer alır.

Cevap A (*Liyanage L et al. Muscle Nerve 25:4-16, 2002*)

NÜKLEER TIP VE RADYASYON ONKOLOJİSİ

1. Nonobstrüktif dilate sistemlerden, mekanik obstrüksiyona bağlı dilatasyonların ayrılmasında aşağıdakilerden hangisi kullanılır?

- Diüretik uygulanarak yapılan Tc-99m DTPA ile dinamik böbrek sintigrafisi
- Kaptopril uygulanarak yapılan Tc-99m DTPA ile dinamik böbrek sintigrafisi
- Tc-99m DMSA ile statik böbrek sintigrafisi
- Veziko üreteral reflü çalışması
- İndirekt veziko üreteral reflü çalışması

AÇIKLAMA: Hidronefroz veya muhtemel obstrüksiyonun belirlenmesi: Hidronefroz, renal pelvis ve/veya toplayıcı sistemlerinin dilatasyonudur. Değişik sebeplerle oluşmuş obstrüksiyonlar sonucu meydana gelir. Dinamik böbrek sintigrafisinde kullanılan ajanlar hidronefrozun belirlenmesinde kullanılır. Dinamik böbrek sintigrafilerinden elde edilen renogram eğrileri, hastalığın hangi böbrekte olduğu hakkında bilgi verir. Obstrüksiyon kalıcı ise genellikle cerrahi gerektirir. Diüretik renogram, nonobstrüktif dilate sistemlerin mekanik obstrüksiyonlu sistemlerden ayrılması için en uygun tanı aracıdır. Obstrüksiyonun cerrahi sonrası düzelişini ve etkilenen böbreğin fonksiyonlarını belirlemek için de dinamik böbrek sintigrafisi kullanılır. Diüretik renografi genellikle Tc-99m DTPA sintigrafisi ile yapılır. Enjeksiyon dozu 10-20 mCi'dir. Enjeksiyondan 20-30 dakika sonra bütün parankimin ve toplayıcı sistemlerin radyoaktiviteden temizlenmiş olması beklenir. Eğer temizlenme tam olmamış ise i. v. furosemid uygulaması ile sintigrafik çalışmaya devam edilir. Furosemide rağmen toplayıcı sistemlerin radyoaktiviteden temizlenmemesi mekanik obstrüksiyonu gösterir. Böbrek fonksiyonlarının ciddi olarak bozulduğu hastalarda böbrek parankimi diüretiğe cevap vermeyeceği için yanlış pozitif sonuçlar alınabilir.

Cevap A (Alazraki, *Fundamental of Nuclear Medicine*. 2. baskı, *The Society of Nuclear Medicine*, s.105)

2. Aşağıdakilerden hangisi bir enfeksiyon görüntüleme ajanı değildir?

- Galyum-67 sitrat
- İndium-111 işaretli lökosit
- Tc-99m sestamibi
- Tc-99m nonkoloid
- Tc-99m HIG

AÇIKLAMA: Enfeksiyon Görüntüleme

- Organ veya sistem görüntüleme
- Galyum-67 sintigrafisi

- İndium-111 işaretli lökosit sintigrafisi
- Tc-99m HMPAO işaretli lökosit sintigrafisi
- Tc-99m nonkoloid sintigrafisi
- HIG sintigrafisi
- Monoklonal antikor sintigrafisi yöntemleri ile yapılabilir.

Galyum-67 Sintigrafisi

Yaygın olarak kullanılan bir enfeksiyon görüntüleme ajanıdır. Ga-67 grup IIIB'de yer alan bir metal iyonudur ve kanda transferrin ve diğer proteinlere bağlanarak taşınır. Enfeksiyon ve inflamasyonda Ga-67'nin tutulumu birden fazla mekanizmayla açıklanır.

- Bölgesel olarak kapiller geçirgenliğinin artması ve kandan dokuya daha fazla Ga-67 geçmesi
- Kimyasal olarak demire benzerliği nedeniyle laktoferrine bağlanma. Ga-67-laktoferrin kompleksi makrofajlar tarafında fagosite edilir → Kronik enfeksiyonda lokalize olmasını açıklar.
- Fe iyonu gibi Ga-67 de bakteriler tarafından üretilen sidereforlara bağlanır.

Görüntüleme: İV enjeksiyondan sonra erken olarak 4-6 saat ve sonrasında 24-48 saat gibi geç görüntülemeler şeklinde yapılır.

Normal olarak Ga-67 karaciğer, dalak, kemik ve kemik iliğinde lokalize olur. Ayrıca, tükürük bezinde, nazal mukozada, dış genital organlarda ve kadınlarda meme dokusunda da değişik oranlarda tutulur.

Klinik uygulamaları:

- Toraks enfeksiyonları:** Pnömoni, tüberküloz, sarkoidoz, vaskülit, idiyopatik pulmoner fibrozis ile plevra ve mediastinin çeşitli selim hastalıkları.
- İntraabdominal enfeksiyonlar:** Herhangi bir bakteriyel enfeksiyon tipine spesifik olmamakla birlikte karaciğerin amip apselerinde karakteristik bulgu verir. Karaciğerin bakteriyel apselerini amip apselerinden ayırmakta kullanılır. Batın içindeki bütün doku ve organlarına ait enfeksiyonların değerlendirilmesinde kullanılabilir.
- İmmünsüpresif hastalarda:** AIDS bağlı p. carini pnömonisinde radyolojik tetkiklerden önce diffüz tutulum şeklinde bulgu verir. ARC (AIDS related complex) ayırımında kullanılır.
- Kemik ve eklem enfeksiyonlarında:** Tc-99m MDP ile kesin tanı konulamadığı osteomyelitlerde kullanılır.
 - 6 aydan küçük bebeklerde
 - Hastalığın çok erken döneminde (ilik fazı)
 - Protezli vakalarda
 - Antibiyotik tedavisine yanıtın

değerlendirilmesinde

- Oral hücreli anemide kemik infarktüsü ile osteomyelit ayrımında

In-111 ile işaretli lökosit sintigrafisi:

In-111 oksim ile işaretli lökosit sintigrafisi akut enfeksiyonların tanısında yüksek duyarlılık ve özgünlüğe sahiptir. Ga-67'den farklı olarak GIS, böbrek ve yumuşak doku tutulumu düşüktür, batin görüntülenmesinde avantaj sağlar. Ancak işaretleme tekniği özel laboratuvar düzeneği gerektirdiği için her klinik uygulanamaz. Yeterli lökosit sayısı olmayan (lökopeni) hastalarda uygulanamaz.

Klinik uygulamaları:

- 1. Kemik ve eklem enfeksiyonlarında:** Komplike osteomyelitte Ga-67'den daha hassastır (Örneğin, protez enfeksiyonu)
- 2. İntraabdominal enfeksiyonlar:** Abdominal apseler en sık kullanıldığı alanlardan biridir (duyarlılık %90). Radyolojik olarak abdominal bölgede yer kaplayan lezyonların ayırıcı tanısında kullanılır. Pankreatik abse ve psödokistlerinin ayırıcı tanısında kullanılır. Sebebi bilinmeyen ateş nedeni ile tetkik edilen ve lokalize semptomu olmayan hastalarda odağı belirlemek amacıyla tüm vücudun taranması amacıyla kullanılır.
- 3. İnflamatuvar bağırsak hastalıklarında:** Ülseratif kolit ve Crohn hastalığında aktif bağırsak segmentlerini lokalize etmek için kullanılabilir.
- 4. Diğer hastalıklar:** Damar greft enfeksiyonlarının gösterilmesinde kullanılır.

Tc-99m HMPAO (heksa metilen propilen amin oksim) ile işaretli lökosit sintigrafisi:

Tc-99m'nin fiziksel özellikleri nedeniyle görüntü kalitesi daha iyidir. Genel olarak klinik kullanım alanı In-111 ile işaretli lökositler ile aynıdır.

Tc-99m Nonkolloid sintigrafisi:

30 nm çapında bir partiküldür ve kemik iliği sintigrafisinde kullanılır. Enfeksiyon ve inflamasyon bölgesinde damar geçirgenliğinin artması nedeniyle damar dışına sızma ve ilgili bölgede birikim gösterir. Kemik ve eklem enfeksiyonlarının tanısında kullanılır. Özellikle akut osteomyelitte hassastır. Tedavi takibinde kullanım için uygun bir ajandır. Kronik osteomyelit ve protez enfeksiyonlarında duyarlılığı düşüktür.

Human immünglobulin (HIG) sintigrafisi

Tc-99m HIG veya In-111 HIG şeklinde kullanılır. Lokal enfeksiyonların gösterilmesinde kullanılmaktadır. Tutulumu ile ilgili çeşitli görüşler vardır: (1) Permeabilete artışına bağlı sızma, (2) Ig moleküllerinin lökositlerin Fc reseptörlerine bağlanması, (3) Ig moleküllerinin mikroorganizmalara bağlanması.

Normal kişilerde karaciğer, dalak, kalp ve blood pool

aktivitesi görülür.

Klinik uygulamaları:

1. Akut ve kronik osteomyelit
2. Aktif romatoid artrit
3. İnflamatuvar bağırsak hastalıkları

Cevap C (Sharp, Practical Nuclear Medicine, 2. baskı, s.285)

3. Miyokard perfüzyon sintigrafisi hakkında aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Stres görüntülerinde bulunan defekt, istirahat görüntülerinde doluyorsa skar demektir.
- b) TI-201 kullanılıyorsa, görüntüleme enjeksiyondan 10 dakika sonra başlar.
- c) Farmakolojik stres için dipiridamol kullanılır.
- d) Tc-99m MIBI kullanılıyorsa, görüntüleme 30 dakika sonra başlar.
- e) Hem stres hem de istirahat görüntülerinde defekt varsa skar demektir.

AÇIKLAMA: Miyokard perfüzyon sintigrafisi (MPS):

Koroner arter hastalığı (KAH) veya şüphesi olan hastalarda uygulanır. Miyokardial iskemi veya infarkt varlığını, lezyonun yerini ve büyüklüğünü gösterir. İstirahat MPS sadece infarkt alanını gösterirken, kardiyak stres çalışması iskemi hakkında bilgi verir. Kardiyak stres genel olarak dinamik egzersiz veya farmakolojik ajanlarla uygulanır. En yaygın olarak kullanılan stres teknikleri treadmill egzersizi ve dipiridamol ile farmakolojik strestir. Farmakolojik stres koroner arterlerde vazodilatasyon ve kan akımında dağılım heterojenitesi oluşturulması esasına dayanır.

MPS için TI-201, Tc-99m MIBI, Tc-99m Teboroksım gibi Tc-99m ile işaretli SPECT ajanları ve Rb-82, N-13 NH₃ gibi PET (Pozitron Emisyon Tomografi) ajanları kullanılır. TI-201 görüntülemesi enjeksiyondan 10 dakika, Tc-99m MIBI ve Tc-99m Tetrafosmin görüntülemesi enjeksiyondan 30-45 dakika sonra yapılır.

MPS görüntülerinde; istirahat ve stres görüntülerinin her ikisinin birden normal olması, koroner kan akımının normal olduğunu, her iki görüntüde aynı bölgede perfüzyon defekti olmasının ilgili alanda bir skar dokusu olduğunu, stres görüntülerinde oluşan bir defektin istirahat görüntülerinde olması da o bölgeyi ilgilendiren bir miyokardial iskemi (KAH) olduğunu düşündürür.

Cevap A (Sharp, Practical Nuclear Medicine, 2. baskı, s.144)

4. Kemik sintigrafisindeki "cold" defektler (hipoaktif lezyonlar) aşağıdakilerden hangisinde görülmez?

- a) Metal artefaktlar (protez, kalp pili...)
- b) Avasküler nekroz

- c) Akciğer, meme, böbrek kanseri metastazlarında, osteomyelit, histiyositozis, multiple myelomada nadiren de olsa görülebilir.
d) Kompresyon fraktürü
e) Radyoterapi

AÇIKLAMA: Bu durumlarda artmış radyoaktivite tutulumu izlenmektedir.

Cevap C (*Yong-Whee Bahk. Combined Scintigraphic and radiographic Diagnosis of Bone and Joint Diseases. 2. baskı. 2000. s.175-8*)

5. İyonize radyasyonun sitogenetik etkisi hangi yolla meydana gelir?
a) Hücre glukoz metabolizmasında değişim
b) Hücresel enzim hasarı
c) DNA'da çift sarmal kırıklar
d) Hücre bölünmesi
e) Hipooksijenizasyon

AÇIKLAMA: Radyasyona maruz kalan hücrelerde, hücre bölünmesi devam etse bile, tamir edilemeyen çift sarmal kırıkları nedeni ile sitogenetik değişimler görülebilir.

Cevap C (*Gunderson Clinical Radiation Oncology, 1.baskı, 2000, s.9*)

6. Aşağıdaki hücre tiplerinden hangisi nükleer tıpta görüntüleme amacıyla işaretlenebilir?
a) Plazma hücresi
b) Eritrosit
c) Monosit
d) Bazofil
e) Puliripotent kök hücre

AÇIKLAMA: a) Eritrosit işaretlenmesi: Bu amaçla en çok kullanılan ajan Krom (Cr)-51'dir. Cr-51 eritrosit işaretleme ile;

- I. Total kan volümü, eritrosit volümü ve plazma volümü
II. Eritrosit yaşam süresi ve dalakta sekestrasyonun (yıkım hızı) hesaplanması
III. Gizli kan kaybının araştırılması:

a) **Lökosit işaretlenmesi:** Normal bir kanda üç tip lökosit bulunur. Bunlar granülosit, lenfosit ve monositlerdir. Nötrofil granülositler toksik ajanlara karşı savunma mekanizmasından sorumludurlar ve periferik kanda 5-9 saat kalırlar. Lökosit işaretleme çalışması nötrofiller ile yapılır. En yaygın olarak kullanılan ajanlar In-111 oksim ve Tc-99m HMPAO'dur.

b) **Trombosit işaretlenmesi:** Trombosit işaretlemede Cr-51 ve In-111 kullanılır. Trombositlerin yaşam süresi (8-12 gün) ve kinetiklerinin incelenmesinde kullanılır. İdiyopatik trombositik purpura, dissemine

intravasküler koagülopati, trombotik trombositopenik purpura gibi hastalıkların tanısında kullanılır.

Cevap B (*Sharp, Practical Nuclear Medicine, 2. baskı*)

7. In-111 ile işaretli lökosit sintigrafisi için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?
a) Komplike osteomyelitte Ga-67'den daha hassas bir yöntemdir.
b) Yeterli lökosit sayısı olmayan hastalarda uygulanabilir.
c) Pankreatik abse ve psödokistlerinin ayırıcı tanısında kullanılır.
d) Damar greft enfeksiyonlarının gösterilmesinde kullanılır.
e) Radyolojik olarak abdominal bölgede yer kaplayan lezyonların ayırıcı tanısında kullanılır.

AÇIKLAMA: In-111 oksim ile işaretli lökosit sintigrafisi akut enfeksiyonlarının tanısında yüksek duyarlılık ve özgünlüğe sahiptir. Ga-67'den farklı olarak GIS, böbrek ve yumuşak doku tutulumu düşüktür, batin görüntülenmesinde avantaj sağlar. Ancak işaretleme tekniği özel laboratuvar düzeneği gerektirdiği için her klinikte uygulanamaz. Yeterli lökosit sayısı olmayan (lökopeni) hastalarda uygulanamaz.

Klinik uygulamaları:

- Kemik ve eklem enfeksiyonlarında:** Komplike osteomyelitte Ga-67'den daha hassastır (Örneğin, protez enfeksiyonu).
- İntraabdominal enfeksiyonlarda:** Abdominal apseler en sık kullanıldığı alanlardan biridir (duyarlılık %90). Radyolojik olarak abdominal bölgede yer kaplayan lezyonların ayırıcı tanısında kullanılır. Pankreatik abse ve psödokistlerinin ayırıcı tanısında kullanılır. Sebebi bilinmeyen ateş nedeni ile tetkik edilen ve lokalize semptomu olmayan hastalarda, odağı belirlemek amacıyla tüm vücudun taranması amacıyla kullanılır.
- İnflamatuvar bağırsak hastalıklarında:** Ülseratif kolit ve Crohn hastalığında aktif bağırsak segmentlerini lokalize etmek için kullanılabilir.
- Diğer hastalıklarda:** Damar greft enfeksiyonlarının gösterilmesinde kullanılır.

Cevap B (*Alazraki NP, Mishkin FS. Fundamental of Nuclear Medicine, 2. baskı, The Society of Nuclear Medicine, s.148*)

8. Aşağıdakilerden hangisi palyatif amaçlı radyoterapi uygulamasıdır?
a) Konservatif cerrahi sonrası meme ışınlanması
b) Spinal kord kompresyonunda vertebral

ışınlama

- c) T3 rektum kanserinde postoperatif pelvik ışınlama
- d) Evre IIA Hodgkin Hastalığında subtotal nodal ışınlama
- e) Evre IIB inopere serviks kanserinde eksternal + intrakaviter ışınlama

AÇIKLAMA: Spinal kord kompresyonlarının %95'i vertebral kemik metastazlarına bağlıdır. Dolayısı ile uzak metastaz olan hastalarda tedavi amacı palyatiftir.

Cevap B (*Gunderson, Clinical Radiation Oncology, 1. baskı, 2000, s.310*)

9. Aşağıdakilerden hangisi hematojen metastaz yapmaz?

- a) Oligodendrogliom
- b) Fibrosarkom
- c) İnvaziv duktal adenokarsinom
- d) Osteosarkom
- e) Nöroblastom

AÇIKLAMA: Malign gliomlar, uzak metastaz yapmaktan çok, beyin dokusu içerisinde lokal olarak invazyon yapmak eğilimindedirler.

Cevap A (*Gunderson, Clinical Radiation Oncology, 1. baskı, 2000, s.357*)

10. Nazofarenks kanserinin primer tedavisi nedir?

- a) Cerrahi
- b) Kemoterapi
- c) Radyoterapi
- d) Cerrahi + kemoterapi
- e) Cerrahi + radyoterapi

AÇIKLAMA: Nazofarenks tümörlerinin yeterli cerrahi sınırlarla rezeksiyonu mümkün olmadığından, primer tedavisi radyoterapidir.

Cevap C (*Gunderson, Clinical Radiation Oncology, 1. baskı, 2000, s.477*)

11. Kolorektal kanserler en çok hangi bölgede lokalizasyon gösterirler?

- a) Çıkan kolon
- b) Transvers kolon
- c) İnen kolon
- d) Sigmoid kolon
- e) Rektum

AÇIKLAMA: Kolorektal kanserlerin %50'si rektosigmoid bölgede, %30'u ise rektumda görülmektedir.

Cevap E (*Gunderson, Clinical Radiation Oncology, 1. baskı, 2000, s.728*)

12. Aşağıdakilerden hangisi lokalize prostat kanseri

için prognostik faktör değildir?

- a) Performans status
- b) Tedavisiz izlem
- c) Seminal vezikül invazyonu
- d) Tümöral grade
- e) Serum PSA düzeyi

AÇIKLAMA: Özellikle yaşlı hastalarda, tedavisiz izlem, prostata lokalize kanserin müdahale yöntemlerinden birisidir. ABD'de metastatik olmayan hastaların yaklaşık üçte biri tedavisiz izlenmektedir. Bu yaklaşım prognozu etkilemez.

Cevap B (*Gunderson, Clinical Radiation Oncology, 1. baskı, 2000, s.780*)

13. Hangisi postoperatif pelvik radyoterapi komplikasyonu değildir?

- a) Rektit
- b) Sistit
- c) İleus
- d) Diyare
- e) Gecikmiş yara iyileşmesi

AÇIKLAMA: Operasyon bölgesinde görülen yara iyileşmesindeki gecikme postoperatif değil preoperatif radyoterapinin komplikasyonudur.

Cevap E (*Gunderson, Clinical Radiation Oncology, 1. baskı, 2000, s.736*)

14. Hangisi kadınlarda meme kanserine yakalanma riskini arttırmaz?

- a) Birince derece akrabada meme kanseri hikayesi
- b) Sigara
- c) İleri yaş
- d) Göğüs bölgesine uygulanan radyasyon hikayesi
- e) Kuzey Avrupa ırkından olmak

AÇIKLAMA: Kuzey Avrupa ırkı, ileri yaş, genetik hikaye ve radyasyon hikayesi meme kanseri için risk ifade eder. Sigara bir risk faktörü değildir.

Cevap B (*Gunderson, Clinical Radiation Oncology, 1. baskı, 2000, s.960*)

15. Yetişkinlerde evre IA lenfositten zengin Hodgkin Hastalığının tedavisi hangisidir?

- a) Radyoterapi
- b) Kemoterapi
- c) Eşzamanlı kemoradyoterapi
- d) Ardışık Kemoradyoterapi
- e) Cerrahi

AÇIKLAMA: Evre I lenfositten zengin ve B semptomu olmayan düşük risk grubu hastalarda tek başına radyoterapi ile yüksek başarı oranları mevcuttur.

Cevap A (*Gunderson, Clinical Radiation Oncology, 1.*

baskı, 2000, s.1132)

PEDİATRİ

1. Aşağıdakilerden hangisi pediatriye primer korunmaya örnek değildir?

- a) Tetanoz immünizasyonu
- b) Suların klorlanması
- c) Bebeklere flor takviyesi
- d) İlaç rehabilitasyonu
- e) İlaçları kilitli dolaplarda muhafaza etmek

AÇIKLAMA: İlaç rehabilitasyonu primer korunmaya örnek değildir. İlaç kötüye kullanımını takiben rehabilitasyon aşamasında yer alır.

Cevap D (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000)

2. İki yaşından küçük bir çocukta gözlem en iyi hangi şekilde yapılır?

- a) Ebeveynin kucağında otururken
- b) Odada yürür iken
- c) Muayene masasında yatarken
- d) Uyurken
- e) Tartılırken veya boyu ölçülürken

AÇIKLAMA: İnfantların ve 2 yaşından küçük çocukların başlangıçta ebeveynin kucağında gözlenmesi önerilir. Uykuda gözlem bilinç düzeyini yansıtmaz.

Cevap A (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000)

3. Normal bir infant günde 3 saate kadar ağlayabilir. Ağlama en fazla hangi yaştadır?

- a) 2 haftalık iken
- b) 4 haftalık iken
- c) 6 aylık iken
- d) 6 haftalık iken
- e) 4 aylık iken

AÇIKLAMA: İnfantlar çok değişik sebeplerden ağlayabilirler. En fazla 6 haftalık iken kolik sebebi ile ağlarlar.

Cevap D (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000)

4. Dört yaşındaki bir çocuğun ortalama ağırlığını gösteren en iyi formül aşağıdakilerden hangisidir?

- a) $(Yaş (yıl) \times 7) - (5/2)$
- b) $Yaş (yıl) \times 2 + 8$
- c) $(Yaş (ay) + 9) / 2$
- d) $Yaş (yıl) \times 5 + 17$
- e) $Yaş (yıl) \times 7 + 5$

AÇIKLAMA: A'daki formül 7-12 yaş arasındaki çocuklarda kullanılmaktadır. C'deki formül 3-12 ay arası çocuklarda, D'deki formül 1-6 yaş arası çocuklarda, E'deki formül 7-12 yaş arası çocuklarda kullanılmaktadır.

Cevap B (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000)

5. Erkeklerde boyda hızlı uzama, hangi Tanner evresinde olmaktadır?

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

AÇIKLAMA: Erkeklerde boyda hızlı uzama Tanner evre 3'de olmaktadır. Tanner evrelerinin büyüme, kas gücü, hematokrit ve sekonder seks karakterleri ile ilişkisi aileye adölesan gelişimi bir sonraki aşaması hakkında bilgi verirken değerlidir.

Cevap C (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000)

6. Adölesanda kızlarda en hızlı boy uzaması hangi Tanner evresinde olmaktadır?

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

AÇIKLAMA: Adölesan kızlarda en hızlı boy uzaması Tanner evre 2'de olmaktadır. Tanner evreleri ile büyüme, kas gücü, hemotokrit ve diğerleri önemlidir. Adölesan gelişimin bir sonraki basamağı hakkında fikir verebilirler.

Cevap B (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000)

7. Nöroleptik antipsikotik ilaçlar aşağıdakilerden hangisini yapmaz?

- a) Bradikinezi
- b) Hipertermi
- c) Tardiv diskinezi
- d) Uygunsuz ADH salınımı
- e) Sedasyon

AÇIKLAMA: Nöroleptik antipsikotik ilaçların başlıca komplikasyonları ekstrapiramidal bulgulardır. Parkin-

PEDİATRİ

son benzeri sendrom, sedasyon ve antikolinergik semptomlar gözlenebilir. Nöroleptik malign sendrom (malign hipertermi) ve tardiv diskinezi daha nadir komplikasyonlardır.

Cevap D (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000)

8. Dikkat eksikliği hiperaktivite hastalığının başlangıç tedavisinde aşağıdakilerden hangisi kullanılır?

- a) Methylphenidate
- b) Dietary sugar restriction
- c) Avoidance of food additives
- d) Megavitamins
- e) Barbiturates

AÇIKLAMA: Ritalin, dikkat eksikliği hiperaktivite sendromunun tedavisinde en yaygın kullanılan ilaçtır. Hastalarda etkinliği %75-80 arasında değişmektedir.

Cevap A (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000)

9. Gilles de la Tourette sendromu hakkında aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Tikler ve koproli ile karakterizedir.
- b) Tikler ve enkopresis ile karakterizedir.
- c) Haloperidol ve metilfenidat ile tedavi edilir.
- d) Çocukluk çağının sık rastlanan hastalığıdır.
- e) Kızlarda erkeklerden daha sık oranda rastlanır.

AÇIKLAMA: Gilles de la Tourette sendromu prevalansı 1000 doğumda 0.5'dir. Bu hastalıkta multipl tikler, reaksiyonel havlamalar, boğazdan sesler çıkarmalar, küfürlü bağırmalar (koprolali) ile karakterizedir. Tourette'li hastaların birinci derece akrabalarında genel popülasyona oranla daha yüksek oranda rastlanır. Erkeklerde kızlara oranla 3-4 kat daha yüksek oranda rastlanır.

Cevap A (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000)

10. Çok sıkı vejeteryan olan ve hamileliğinde bu vitamini almayan annenin emzirdiği bebeğinde hangi vitamin eksikliği gözlenebilir?

- a) K vitamini
- b) B6 vitamini
- c) B12 vitamini
- d) Folat
- e) Biotin

AÇIKLAMA: Çok sıkı bir vejeteryan diyetinde yumurta, et, süt ürünleri bulunmaz bu nedenle vitamin B12 eksikliği gözlenebilir.

Cevap C (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000)

11. Anne sütü emzirmeye çok az sayıda kontrendikasyon vardır. Aşağıdakilerden hangisi emzirme için kontrendikasyon oluşturur?

- a) Mastit
- b) Maternal otoimmün hastalık (SLE)
- c) Maternal Dilantin tedavisi
- d) HIV-pozitif anne
- e) Maternal hiperfenilalaninemi

AÇIKLAMA: HIV virüsü anne sütü ile bebeğe geçer. Bu nedenle ABD'da HIV pozitif annelerin bebeklerini emzirmeleri kontrendikedir.

Cevap D (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000)

12. Aşağıdaki vitaminlerden hangisinin konsantrasyonu inek sütünde, anne sütüne oranla daha yüksek orandadır?

- a) A vitamini
- b) C vitamini
- c) E vitamini
- d) K vitamini
- e) B6 vitamini

AÇIKLAMA: İyi beslenen annenin sütü, bebeği için suda eriyen bütün vitaminleri yeterince içerir. Yağda eriyen vitaminleri de D ve K vitamini dışında içerir. K vitamini anne sütünde 2 mg/L bulunurken inek sütünde 34 mg/L bulunur.

Cevap D (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000)

13. Normal düzeyde Na içeren besinlerle beslenen 1 yaşından büyük bir çocukta, Na'un normal fraksiyone atılım değeri nedir?

- a) %1
- b) %7
- c) %10
- d) %15
- e) %25

AÇIKLAMA: Normalde filtre edilen sodyumun %1'i eksrete edilir. Yüksek sodyumlu diyetler, adrenal yetersizlik ve renal tubuler zedelenme, daha yüksek oranda fraksiyone sodyum atılımına yol açar.

Cevap A (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000)

14. Hipokalemi aşağıdakilerden hangisi ile ilişkili değildir?

- a) Rabdomyoliz
- b) Kas zayıflığı
- c) Uzamış QT intervalı
- d) Hipertansiyon
- e) Asidüri

AÇIKLAMA: Hipokalemi sıklıkla kan basıncında düşüklüğe yol açar. Kas güçsüzlüğü hipokaleminin en önemli bulgularından biridir.

Cevap D (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000)

15.Hiperkalemi aşağıdakilerden hangisi ile alakalı değildir?

- a) Süksinil kolin tedavisi
- b) Yanıklar
- c) Travma
- d) Kemoterapi
- e) Metabolik alkaloz

AÇIKLAMA: Metabolik alkaloz hipokalemiye yol açar.

Cevap E (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000)

16.Aşağıdakilerden hangisi hiperkalsemi ile alakalı değildir?

- a) Hiperparatiroidizm
- b) Azalmış fosfat alımı
- c) Hipertiroidizm
- d) Supravalvular aort stenozu
- e) Trizomi 21

AÇIKLAMA: Trizomi 21 genel olarak hiperkalsemi ile ilişkili değildir.

Cevap E (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000)

17.Aşağıdakilerden hangisi hiperkalemi tedavisinde en iyi metoddur?

- a) Sodyum bikarbonat infüzyonu
- b) Glukoz ve insülin infüzyonu
- c) Kalsiyum infüzyon
- d) Albuterol aerosol
- e) Kayexalate enema

AÇIKLAMA: Potasyum bağlayıcı reçine olan Kayexalate ve diyaliz, potasyumu vücuttan uzaklaştıran yegane yöntemlerdir. Diğer metodlar potasyumu ekstrasellüler ortamdan intrasellüler ortama taşırlar.

Cevap E (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000)

18.On aylık bir çocuk kusma, ishal, taşikardi, normal kan basıncı, kurumuş mukoz membranlar, kapiller geri dönüş zamanının 2 saniyeden uzun olması, derin solunum ve irritabilite şikayetleri ile başvuruyor. Bu hastada dehidrasyon derecesi nedir?

- a) %0 ile %3
- b) %3 ile %5
- c) %6 ile %9
- d) %10 ila %12

e) %12 ile %15

AÇIKLAMA: %6 ila %9 dehidratasyon, orta derece dehidratasyon ve erken şoku gösterir. Taşikardi, intravasküler volümü ve derin respirasyon metabolik asidoza pulmoner cevabı gösterir.

Cevap C (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000)

19.On yaşında bir çocukta travma sonrası aşağıdaki bulgular mevcuttur. Ağrıya gözlerini açarak cevap veriyor, sözlü uyarılara uygunsuz sözler söyleyerek cevap veriyor, ağrıya ekstansiyon tarzında cevap veriyor. Glaskow koma skorunu tahmin ediniz.

- a) 3
- b) 7
- c) 5
- d) 12
- e) 15

AÇIKLAMA: Bkz. Tablo 1.

Cevap B (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000)

20.Anafilaktik şoktaki bir hastada aşağıdaki tedavilerden hangisi uygun bir yaklaşım değildir?

- a) Sıvı resussitasyonu
- b) Epinefrin infüzyonu
- c) İsoptorenol infüzyonu
- d) Difenhidramin uygulanması
- e) Oksijen uygulanması

AÇIKLAMA: İsopterenol, beta etkisi ile daha sonra SVR'yi azaltır. Epinefrin, anafilaktik şokta en iyi seçenektir.

Cevap C (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000)

21.Onbeş yaşında mental retardasyonu, büyük testisleri ve büyük belirgin kulakları olan hastada en olası tanı hangisidir?

- a) Serebral gigantizm
- b) Akromegali
- c) Hipotiroidizm
- d) Trizomi 21
- e) Frajil X sendromu

AÇIKLAMA: Frajil X, erkek çocuklarda mental retardasyonun sık görülen kromozomal nedenlerindedir. Etkilenmiş çocuklar, 200'den fazla (normali 6 ile 54) trinükleotidin allelik ekspansiyonuna sahiptirler.

Cevap D (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.

22. Bir yenidoğanda doğumdan sonra 5. dakikada nabız 130 üzerindedir, ellerde ve parmaklarda siyanoz vardır, kas tonusu iyidir, güçlü ağlamaktadır, yüzünü buruşturmaktadır. Bu bebeğin Apgar skoru kaçtır?

- a) 6
- b) 7
- c) 8
- d) 9
- e) 10

AÇIKLAMA: Renk nedeniyle apgar skorunda 1 puan düşülmüştür.

Cevap D (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000*)

23. Doğum odasında gözlenen bir yenidoğanda solunum hareketleri mevcuttur fakat ağız kapalı iken akciğerlere hava girmemektedir. En olası tanı nedir?

- a) Narkoz
- b) Kohana atrezisi
- c) Diafragma hernisi
- d) Pulmoner hipoplazi
- e) Konjenital kalp hastalığı

AÇIKLAMA: Koanal atrezi veya üst hava yolu obstrüksiyonu, soruda tarif edilen semptomlara neden olur.

Cevap B (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000*)

24. Kearns-Sayre sendromu ve Leber herediter optik nöropatisi, hem erkeklerde hem kadınlarda gözlenebilmekle birlikte kalıtım şekli nasıldır?

- a) Uniparental disomi
- b) Mitokondrial kalıtım
- c) Antisipasyon
- d) X-bağımlı resesif kalıtım
- e) X-bağımlı dominant kalıtım

AÇIKLAMA: Soruda listelenmiş mitokondriyal kalıtım gösteren hastalıklar, ovumdan kaynaklı mitokondriyal genomun mutasyonlarını kapsamaktadır.

Cevap B (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000*)

25. Aşağıdaki metabolik hastalıkların hangisinde idrar yüzme havuzu kokusuna sahiptir?

- a) Glutarik asidemi (tip II)
- b) Fenilketonüri
- c) Methionin malabsorbsiyonu
- d) Hawkinsinuri

Tablo 1. Modifiye glaskow koma skalası.

Gözleri Açma			
Skor	> 1 yaş	< 1 yaş	
4	Kendiliğinden	Kendiliğinden	
3	Sesli uyarı ile	Bağırma ile	
2	Ağrı ile	Ağrı ile	
1	Cevap yok	Cevap yok	
En İyi Motor Cevap			
Skor	>1 yaş	>1 yaş	
6	Uyumlu	Kendiliğinden	
5	Ağrıyı lokalize eder	Ağrıyı lokalize eder	
4	Fleksiyon-çekme	Fleksiyon-çekme	
3	Fleksiyon-anormal	Fleksiyon-anormal	
2	Dekortikasyon sertliği	Deserebrasyon sertliği	
1	Ekstansiyon	Ekstansiyon	
	Deserebrasyon sertliği	Deserebrasyon sertliği	
	Cevap yok	Cevap yok	
En İyi Sözlü Cevap			
Skor	>5 yaş	2-5 yaş	0-23 aylık
5	Oriante ve konuşur	Uygun kelime söyler	Gülümser
4	Oriantasyonu bozuk	Uygunsuz sözler	Ağlar, teskin edilebilir
3	Uygunsuz kelimeler	Devamlı ağlar, çığlık atar	Devamlı ağlar, çığlık atar
2	Bilinçsiz sözler	Hırıltı	Hırıltı, ajite, huzursuz
1	Cevap yok	Cevap yok	Cevap yok

AÇIKLAMA: Bu tür bozukluğu olan hastalar infant dönemi boyunca semptomatiktir. Semptomlar genellikle anne sütünden yüksek proteinli diete geçişte görülür. ciddi metabolik asidoz, ketozis, beslenme bozukluğu, orta derece hepatomegali ve alışılmadık bir koku (yüzme havuzuna benzer) sık bulgulardır. Bu infantlar fenilalanin ve tirozinden fakir diyete iyi yanıt verirler ve klinik bulgular 1 yaşına kadar kendiliğinden geriler.

Cevap D (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000)

26. Hepatomegali ve karaciğer tutulumu aşağıdaki hastalıklardan hangisinde gözlenmez?

- Glikojen depo hastalığı
- Wilson hastalığı
- Propiyonik asidemi
- Tirozinemi
- Galaktozemi

AÇIKLAMA: Propiyonik asidemi kusma ve yüksek anyon gaplı asidozla ortaya çıkar.

Cevap C (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000)

27. Aşağıdakilerden hangisi astım için risk faktörü değildir?

- Ailede astım öyküsü
- Ekzema
- Ailede sigara içimi
- Kırsal bölgede yaşama
- Alerjene maruz kalma

AÇIKLAMA: Astım, şehir yerlerinde daha yüksek görülme insidansına sahiptir.

Cevap D (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000)

28. Bir çocukta karın ağrısı, artrit, mikroskopik hematüri ve alt ekstremitelerde purpurik döküntü mevcuttur. En olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

- Meningokoksemi
- Varisella
- Henoch-Schönlein vaskuliti
- Poststreptokokkal glomerulonefrit
- İnfeksiyöz mononükleozis

AÇIKLAMA: Alt ekstremitelerde purpura varlığı Henoch-Schönlein vaskulitini düşündürür. Meningokoksemide döküntü yaygındır.

Cevap C (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000)

29. Aşağıdakilerden hangisi SLE için tanı kriterlerinden birisi değildir?

- a) Eroziv olmayan artrit
- b) Lenfopeni
- c) Raynoud fenomeni
- d) Diskoid döküntü
- e) Oral ülserler

AÇIKLAMA: Raynoud fenomeni yaklaşık olarak SLE'li çocukların %10-15'inde görülür, fakat tanısız bir kriter değildir. Raynoud fenomeni idiopatik veya otoimmün bir hastalıkla ilişkili olabilir; SLE'den çok sklerodermada daha özgüdür.

Cevap C (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000*)

30. Oral rehidratasyon tedavisi aşağıdakilerden hangisinde tedavi seçeneği olamaz?

- a) Kusma, yüksek ateş
- b) İleus, koma, şok
- c) Kolera
- d) Şigellozis
- e) Cilt turgorunda azalma, fontanelde çökme, mukozalarda kuruluk, idrar çıkımında azalma

AÇIKLAMA: İleus aspirasyon riski olan koma, şok ve peritonit (ör: Pnömooperitonyum), oral rehidratasyon tedavisi için kontraendikasyondur.

Cevap B (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000*)

31. Aşağıdaki durumların hangisi neonatal sepsisi taklit etmez?

- a) Hipoglisemi
- b) Metilmalonik asidemi
- c) Üre Siklus Defektleri
- d) Hurler sendromu
- e) Galaktozemi

AÇIKLAMA: Depo hastalıkları genellikle doğumda görülmezler. Semptomları genellikle neonatal dönemden sonra gelişir.

Cevap D (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000*)

32. Ne tam ne de kısmi olarak önlenebilen neonatal enfeksiyon aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Sitomegalovirüs enfeksiyonu
- b) Grup B streptokok enfeksiyonu
- c) Rubella
- d) Sifiliz
- e) Tetanoz

AÇIKLAMA: Günümüze kadar CMV enfeksiyonunu önlemek için bir yöntem yoktur. Soruda listelenmiş

diğer hastalıklar antibiyotikler (B, D, F), aşılardan (C, E) ve taramayla (B, D, F) önlenebilir.

Cevap A (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000*)

33. 1500 gramın altındaki infantlarda geç dönemde ortaya çıkan enfeksiyonların en önemli sebebi nedir?

- a) Kandida albicans
- b) Koagülaz-negatif stafilokok
- c) E. coli
- d) Grup B streptokokler
- e) Psödomonas Aeroginosa

AÇIKLAMA: Birçok yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki prematüre infantlarda koagülaz-negatif stafilokoklar bakteriyemilerin en sık nedenidir.

Cevap B (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000*)

34. Yenidoğanın erken döneminde ortaya çıkan grup B streptokok hastalığında, en yaygın enfeksiyon odağı neresidir?

- a) Cilt
- b) Akciğerler
- c) Meninksler
- d) İdrar yolu enfeksiyonları
- e) Kemik

AÇIKLAMA: Konjenital pnömoni RDS'den ayırt edilemez. Kan kültürü daima pozitif değildir ve geç başlangıçlı hastalıkta menenjit daha nadirdir.

Cevap B (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000*)

35. Plör stenozlu infantlarda gözlenen metabolik bozukluk aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Hipokloremik metabolik asidoz
- b) Hipokloremik metabolik alkaloz
- c) Hiperkloremik metabolik asidoz
- d) Hiperkloremik metabolik alkaloz
- e) Normokloremik metabolik alkaloz

AÇIKLAMA: Obstrüksiyon ampulla vaterinin proksimalinde olduğunda; kusulan materyelde safra bulunmaz. Bu nedenle kusmaların çoğunda mide içeriğinde HCL asit kaybedilir. Buna bağlı olarak hipokloremik metabolik alkaloz gelişir.

Cevap B (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000*)

36. Serum amilaz düzeylerinde yükselme aşağıdaki durumlardan hangisinde gözlenebilir?

- a) Viral pnömoni
- b) Böbrek yetersizliği

- c) Kabakulak
- d) Appandisit
- e) Anoreksia nervosa

AÇIKLAMA: Serum amilazı kabakulakta pankreatite bağlı olarak yükselebilir.

Cevap C (*Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16. baskı, 2000*)

37. Aşağıdaki durumlardan hangisinde Jones Kriterleri göz önüne alındığında akut romatizmal ateş tanısı yüksek olasılıklı bir tanıdır?

- a) Ateş, epistaksis, interfalanjiyal eklemlerde artrit, artmış eritrosit sedimentasyon hızı
- b) Mezokardiyak odakta 2/6 dereceli müzikal sistolik üfürüm, ASO pozitifliği, ateş
- c) Kapak yetersizliği olmayan hastada perikardit, ateş, ASO yüksekliği
- d) Her iki dizde artralji, artmış eritrosit sedimentasyon hızı, pozitif hızlı streptokok testi
- e) Apekte duyulan 3/6 pansistolik yumuşak üfürüm, ASO pozitifliği, ateş, artralji

AÇIKLAMA: Akut romatizmal ateşin tanısı Jones kriterlerine göre, streptokok enfeksiyonu geçirmiş bir hastada, 2 majör veya 1 majör + 2 minör bulgu ile konur. ASO titresi geçirilmiş streptokok enfeksiyonunun bir göstergesidir fakat hızlı streptokok testi bu konuda güvenilir değildir.

Major Bulgular: Büyük eklemleri tutan gezici artrit, kardit, kore, eritema marjinitam ve subkütan nodüllerdir. Kardit pankardit şeklindedir ancak valvüler tutulum olmadan izole perikardit beklenmez. En sık tutulan kapak mitral kapaktır. Fizik incelemede mitral yetersizliğine bağlı apekte pansistolik yumuşak, üfleli üfürüm duyulur. Ateşli hastada masum üfürümleri ayırıcı tanıda düşünmek gerekir. Masum üfürümler düşük şiddetli (şiddeti 2/6'dan az), müzikal özellikte, mezokardiyak veya pulmoner odakta duyulur. Ateş, anemi, egzersiz ile şiddeti artar. Minör bulgular ise ateş, artralji, eritrosit sedimentasyon hızı, C-reaktif protein ve diğer akut faz reaktanlarında artış, EKG'de uzamış PR aralığı (1. derece AV blok)'dir.

Cevap E (*Allen, Moss and Adam's Heart Disease in Infants, Children and Adolescents, 6. baskı, 2001. s. 1226-53*)

38. Aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) İzoproteronol, akut konjestif kalp yetersizliğinde, yan etkileri az olduğu için tercih edilen bir ilaçtır.
- b) Beta bloker ajanlar, dilate kardiyomiyopatinin kronik tedavisinde kullanılabilir.
- c) Miyokardite bağlı kalp yetersizliğinin

tedavisinde, daha yüksek digoksin dozu gereklidir.

- d) Spironolakton kullanan bir hastada, hipokaleminin önlenmesi için, potasyum replasmanı yapılmalıdır.
- e) Kaptopril, kalbin ardyükünü arttırdığı için, konjestif kalp yetersizliğinde kullanılan bir ajandır.

AÇIKLAMA: Kalp yetersizliğinin akut tedavisinde inotropik ajan olarak dopamin ve dobutamin kullanılmaktadır. İzoproteronolün ise yan etkileri fazladır. En önemli yan etkisi, taşikardiye neden olarak kardiyak oksijen ihtiyacını arttırmasıdır, bu nedenle akut kalp yetersizliği tedavisinde tercih edilmemektedir.

Miyokardite, miyokardın digoksine hassasiyetini arttırdığı için normalden daha düşük dozlarda kullanılmaktadır.

Anjiotensin konverting enzim (ACE) inhibitörleri (kaptopril) hem arterioller hem de venöz dilatasyon yaparak kalbin ardyükünü azaltır.

Bir aldosteron inhibitörü olan spironolakton su ve tuz atılımını arttırırken, potasyum atılımını ise azaltır.

Beta adrenerjik blokerler, kompanse konjestif kalp yetersizliğinin kronik tedavisinde, artmış sempatik tonusu azaltmak ve buna bağlı miyokardda oluşan hipertrofik değişiklikleri önlemek için kullanılmaktadır.

Cevap B (*Park, Pediatric Cardiology for Practitioner, 4. baskı, 2002*)

39. Geniş QRS'li bir taşikardide aşağıdakilerden hangisi ayırıcı tanıda düşünülmez?

- a) Postoperatif sağ dal bloğu olan bir hastada supraventriküler taşikardi
- b) Wolf-Parkinson-White sendromlu bir hastada aksesuar yolla iletilen atriyal taşikardi
- c) 2:1 bloklu atriyal flutter
- d) Ventriküler taşikardi
- e) Aksesuar yolla antegrad iletinin olduğu, antidromik atrioventriküler resiprok taşikardi (AVRT)

AÇIKLAMA: Ventriküler taşikardiler geniş QRS'li taşikardilerdir.

WPW sendromlu hastada atriyal taşikardi sırasında aksesuar yoldan ventriküllere ileti olduğu için ve ventriküller preeksitasyon nedeniyle erken depolarize olduğu için QRS'ler geniştir.

Sağ dal bloğu olan hastada, sinüs ritminde olduğu gibi supraventriküler taşikardi sırasında da, geniş QRS morfolojisi mevcuttur.

Aksesuar yolu kullanan reentran taşikardilerde

PEDİATRİ

antegrad ileti aksesuar yoldan, retrograd ileti atrioventriküler düğümünden sağlandığında (antidromik AVRT) taşikardi sırasında geniş QRS izlenir.

Atrial kökenli taşikardiler atrioventriküler düğümünden normal yolla ventriküllere iletiğinden normal QRS morfolojisine sahiptirler.

Cevap C (*Gillette. Clinical Pediatric Arrhythmias. 2. baskı, 1999*)

40. Diabetik ketoasidozu tanımlayan kriterler aşağıdakilerden hangisidir?

- Hiperglisemi (kan glukozu >300 mg/dL)
Asidoz (pH <7.3, bikarbonat <15 mEq/L)
Ketonemi (serumda total ketonlar >3.5 mmol/L)
- Hiperglisemi (kan glukozu >300 mg/dL)
Ketonemi (idrarda keton eser)
Hiponatremi (serumda Na: 126 mEq/L)
- Hiperglisemi (kan glukozu >300 mg/dL)
Ketonemi (serumda ketonlar 3.5 mmol/L)
Hiperkalemi (serumda K > 6 mEq/L)
- Hiperglisemi (kan glukozu >250 mg/dL)
Asidoz (pH <7.3)
BUN'de yükselme
- Hiperglisemi (kan glukozu >300 mg/dL)
Asidoz (pH <7.3 bikarbonat <15 mEq/L)
Hemoglobin ve hematokritte artma

AÇIKLAMA: DKA'nın 3 kardinal bulgusu:

- Hiperglisemi: Kan glukozu genellikle 300-350 mg/dL'nin üzerinde
- Ketonemi serumda total ketonların 3.5 mmol/L'den daha yüksek düzeyde olması veya serumun 1/2 dilusyonunda veya idrarda sodyum nitroprussit reaksiyonu ile ketonun pozitif olmasıdır.
- Asidoz: Kan pH'sının 7.3'ün altında olması veya serum bikarbonat düzeyinin 15 mEq/L'nin altına düşmesi asidoz olarak kabul edilir.

Cevap A (*Tunçbilek, Diyabetik Ketoasidoz. Pediatri El Kitabı, Acil Yaklaşımlar ve Tanısal Girişimler. s.401-5*)

41. Haddon Matriksine göre, etkenin taşıt olduğu durumlarda yaralanmayı etkileyen öğeler arasında aşağıdakilerden hangisi çarpışma sırasında etki gösteren çevre faktörüdür?

- Güvenlik kemerinin kullanımı
- Güvenlik kemerine ilişkin yasa
- Acil tıp personelinin eğitimi
- Aracın boyutu
- Aracın hızı

AÇIKLAMA: Epidemiyolog William Haddon tarafından birey, etken ve çevre ile ilgili etkenler, yaralanma olgusunun üç evresi ile (olgu öncesi, olgu, olgu sonrası) ilişkilendirilerek yaralanmaya yol açan etkenlerin analizi yapılmış, buna dayanılarak yaralanmayı önleyen stratejiler geliştirilmiştir. Bu analiz, motorlu taşıtların yol açtığı yaralanmalara uygulandığında çarpışma sırasında yaralanmayı ve hasarı etkileyen çevre ile ilgili etkenler orta bariyerler ve güvenlik kemerinin kullanımına ilişkin yasanın varlığıdır. Güvenlik kemerinin kullanımı ise çarpışma sırasında etkili konakçı (birey) faktörüdür.

Cevap B (*Berkowitz, Injury Prevention, A primary Care Approach. 2. baskı, 2000. s.99-102; Cantez, Çocuk Güvenliği. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, 2003. s.58-72; Uğur Baysal S. Yaralanma Kontrolü. Klinik Çocuk Forumu 2004;4:55-61*)

42. Aşağıdakilerden hangisi çocuk istismarı ile karışabilen durumlardan değildir?

- Osteogenezis imperfekta
- İnfanıl kortikal hiperostoz
- Teneke kulak sendromu
- Doğumsal sifiliz
- Bakır eksikliği sendromu

AÇIKLAMA: Yanıtlar arasında, kemiklerde oluşturabildikleri değişiklikler ve osteogenezis imperfektada ortaya çıkan kırıklar nedeniyle fiziksel istismar ile karışabilen durumlar sıralanmıştır. C şikkında yer alan teneke kulak sendromu ise kulakta ekimoz ve deformasyonun gözlenebildiği bir fiziksel istismar biçimidir.

Cevap C (*UNICEF, Adli Tıp Kurumu. Çocuk İstismarı ve İhmal Eğitim Kitabı. 2003*)

43. Aşağıdakilerden hangisi cinsel istismara uğramış bir çocukla görüşme ilkelerinden değildir?

- Rahat ve güvenli bir ortam sağlanmalıdır (çocuk dostu muayene).
- Görüşme odasında az sayıda (2-3) görüşmeci olmalıdır.
- Çocuğun ifadesi tekrar edilerek onaylanmalıdır.
- Çocuğun ailesinden ayrı bir görüşmede bilgi alınmalıdır.
- Çocuk, istismarı yaptığından kuşkulanan birey/bireylerle yüzleştirilebilir.

AÇIKLAMA: İstismara uğrayan çocuğun istismarı yapan/yaptığından kuşkulanan birey/bireylerle yüzleştirilmesi sakıncalı olup, önerilmez. Görüşme sırasında bu bireylerin çocuk üzerindeki baskıları sürer. Çocukların ifade vermeleri güçleşir ve yeniden örselenmiş olurlar.

Cevap E (*UNICEF, Adli Tıp Kurumu. Çocuk İstismarı ve*

İhmalî Eğitim Kitabı. 2003)

44. Aşağıdakilerden hangisi çocuk istismarı vakalarının tanınmama nedeni değildir?

- Hekimler anne-babanın çocuğa zarar verebileceğini düşünmezler.
- Hekimler aile içi sorunlara karışmak istemezler.
- Hekimlerin konu ile ilgili duyarlılıkları ve eğitimleri yeterli değildir.
- Hekimler istismar vakaları ile sık karşılaşırılar.
- Çocuklar her zaman doğru ifade vermezler.

AÇIKLAMA: İstismara uğrayan çocuklar her zaman ifade vermeyebilirler. Kendilerini güvende hissettiklerinde daha iyi ifade verebildikleri bilinmektedir. Ancak çocukların verdiği ifadeye güvenilmeli, ifadeleri önemsenmelidir.

Cevap E (UNICEF, Adli Tıp Kurumu. Çocuk İstismarı ve İhmalî Eğitim Kitabı. 2003)

45. Türkiye’de engelliliğin yaygın olması aşağıdaki nedenlerden hangisi ile yakından ilişkilidir?

- Kalabalık yaşam koşulları
- Perinatal sorunlar
- Düşük sosyoekonomik düzey
- Sık aralıklarla yapılan doğumlar
- Kronik(süreğen) hastalıkların yaygınlığı

AÇIKLAMA: Doğum öncesi bakımın yetersizliği, doğum hizmetlerinin yetersizliği, evde eğitimli bir sağlık çalışanının eşliği olmaksızın gerçekleşen doğumlar, yenidoğan bakımında yetersizlikler, bebeklerin kundaklanması ve bazı geleneksel yaklaşımlar fiziksel, zihinsel ve duyuşsal engelli çocuk sayısını artıran en önemli faktörlerdir. Sık aralıklarla yapılan doğumlar ise ülkemizde aile planlaması açısından en sık karşılaşılan sorun olarak ortaya çıkmaktadır.

Cevap B (Cantez, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları. s.52-4)

46. Engelliliğe ilişkin aşağıdaki cümlelerden hangisi doğrudur?

- Gelişmekte olan ülkelerde düşük sosyoekonomik gruplar arasında engelli çocuk oranı ve hafif derecede zihinsel engelli oranı yüksektir.
- Engelliliğe çocuklarda daha az rastlanır.
- Engelliliğin derecesi, bireyin ve toplumun olanaklarına bağlı olarak değişmez.
- Engelli çocuğun kapasitesi (gizilgücü) tam olarak çalıştırılmaz.
- Engelli çocuğun bakımı, çocuğun merkez alındığı bir ekip çalışması gerektirir.

AÇIKLAMA: Engellilerin yaklaşık yarısını 18 yaşın altındaki çocuklar oluşturmaktadır. Engelli çocuğun bakımı ailenin merkez alındığı bir ekip çalışması

gerektirir. Ailenin desteklenmesi çok önemlidir. C ve D şıklarında yazılanların tersi doğrudur.

Cevap A (Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, 2003. s.52-4)

47. Bir ilköğretim okulunda yaptığınız sağlık hizmet uygulamasında ikinci sınıf öğrencileri arasında 10 yaşındaki bir erkek çocukta büyüme geriliği ve kalpte üfürüm saptadınız. Daha önce sağlık hizmeti almamış. Okulda yaptığınız bu değerlendirme ile öğrencinin ne tür bir sağlık hizmeti alması sağlanabilir?

- İkincil korunma/Erken Tanı
- Esenlendirme
- Sorunların tedavi edilmesi
- Aile ile işbirliği
- Birincil korunma

AÇIKLAMA: Okul çocuklarında kalpte üfürüme yaygın olarak rastlansa da bu çocuklar arasında doğumsal ya da edinsel kalp hastalığı oranı pek azdır. Fizik muayenede patolojik bulguların varlığı ya da üfürümün normal (fizyolojik) olduğunun ayırt edilemediği durumlar ileri değerlendirmeyi (pediatrik kardiyolojiye sevk) gerektirir. Okul temelli sağlık hizmetleri içinde esenlendirme (rehabilitasyon), sorunların izlenmesi ve çözümü, yer alan diğer öğelerdir. Bu vakada erken tanı olanağı sağlanabilecektir.

Cevap A (Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları. 2003.s.55-8)

48. Diabetik anne bebeğinde hangi kardiyak problem sıklıkla görülür?

- Büyük arter transpozisyonu
- Hipoplastik sol kalp sendromu
- Endokardiyal yastık defekti
- Septal hipertrofi
- Patent duktus arteriyozus

AÇIKLAMA: Diabetik anne bebekleri büyük ve iridir. Doğum travmasına maruz kalır ve erken doğabilir. Hipoglisemi, hipokalsemi, hiperbilirubinemi ve konvülsiyon gelişebilir. RDS meydana gelme riski fazladır.

Diabetik anne bebeklerinde en önemli perinatal kayıp nedeni, konjenital anomalilerdir. Normal gebeliklerden 6-9 kat daha sık görülür. **En sık kaudal regresyon anomalileri, kardiyak, renal ve merkezi sinir sistemi anomalileri görülür. Kardiyak anomalilerden sıklıkla septal hipertrofi görülür.**

Cevap D (Behrman, Nelson Essentials of Pediatrics (Türkçesi), 2.baskı, s.162)

49. Aşağıdaki hastalıklardan mikrodelesyonla oluşmayan hangisidir?

- Williams

PEDİATRİ

- b) Prader Willi
- c) Duchenne müsküler distrofisi
- d) DiGeorge
- e) Alagille

AÇIKLAMA: Williams, Prader Willi-DiGeorge-Alagille sendromları mikrodelyasyonla (Contiguous gen deletions), Duchenne müsküler distrofi ise tek gen mutasyonundan oluşmaktadır.

Cevap C (Nelson, Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2002, s.325-33)

50.Primer immün yetmezlik hastalıkları için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) IgG1 ve IgG3 polisakkarit yapısındaki antijenlere karşı, IgG2 ve IgG4 protein yapısındaki antijenlere karşı antikor oluşturur.
- b) Ağır kombine immün yetmezlik tedavisinde kemik iliği nakli yapılır.
- c) İzole IgA eksikliği en sık görülen immün yetmezlik hastalığıdır.
- d) İzole IgA eksikliğinde intravenöz immüno-globulin (İVİG) tedavisi verilmez.

- e) Duncan sendromunda EBV enfeksiyonlarına duyarlılık vardır.

AÇIKLAMA: IgG subgruplarından IgG1 ve IgG3 protein yapısındaki, IgG2 ve IgG4 ise polisakkarit yapıdaki antijenlere karşı antikor görevi yapar.

Cevap A (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 2000)

51.Aşağıdakilerden hangisi spondiloartropatiler grubunda değildir?

- a) Ankilozan spondilit
- b) Psöriyatik artrit
- c) Enflamatuvar bağırsak hastalığı artrit
- d) Reiter sendromu
- e) Henoch schönlein purpurası

AÇIKLAMA: Ankilozan spondilit, psöriazis ve enflamatuvar bağırsak hastalığı ile giden artritler ve Reiter sendromu (artrit, konjonktivit ve üretrit) spondiloartropatiler grubundadır.

Cevap E (Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 16.baskı, 2000, s.710)