

# Türkiye Klinikleri

## MEDİTEST Dergisi

### EDİTÖR

Prof.Dr.Hikmet AKGÜL (Ankara)

### YAYIN SEKRETERİ

Uz.Dr.Sinan KORUKLUOĞLU (Dr.M.Ü.A.Y. ve Travmatoloji Hast.)

### SORU HAZIRLAMA KOMİSYON ÜYELERİ

Doç.Dr.Adnan ABASIYANIK (Selçuk)	Prof.Dr.Diler ASLAN (Pamukkale)	Prof.Dr.Gülden BURÇAK (Cerrahpaşa)
Prof.Dr.Ercan ABAY (Trakya)	Doç.Dr.Yakup ASLAN (Karadeniz)	Yrd.Doç.Dr.Nurullah BÜLBÜLLER (Fırat)
Prof.Dr.Osman ACAR (Selçuk)	Yrd.Doç.Dr.Neslihan ASTAM (Atatürk)	Yrd.Doç.Dr.Emin BÜYÜKOKUROĞLU (Atatürk)
Prof.Dr.A.Ergin AÇIKALIN (Osmangazi)	Prof.Dr.Necmi ATA (Osmangazi)	Prof.Dr.Cenk BÜYÜKUNAL (Cerrahpaşa)
Prof.Dr.Mehmet ADA (Cerrahpaşa)	Yrd.Doç.Dr.Habip ATALAY (Pamukkale)	Doç.Dr.Belgin CAN (Ankara)
Dr. Cennet AK (Cumhuriyet)	Prof.Dr.S.Selçuk ATAMANALP (Atatürk)	Doç.Dr.Ercan CANBAY (Cumhuriyet)
Prof.Dr.Muhsin AKBABA (Çukurova)	Doç.Dr.Tamer ATASEVER (Gazi)	Prof.Dr.Yurdagül CANBERK (İstanbul)
Dr. Atilla AKBAY (Hacettepe)	Yrd.Doç.Dr.Mustafa ATASOY (Atatürk)	Doç.Dr.Aydan CANBİLEN (Selçuk)
Doç.Dr.Ayhan AKBULUT (Fırat)	Doç.Dr.M.Kemal ATIKELER (Fırat)	Prof.Dr.Fikri CANORUÇ (Dicle)
Yrd.Doç.Dr.Gökhan AKBULUT (A.Kocatepe)	Doç.Dr.Bülent ATILLA (Hacettepe)	Yrd.Doç.Dr.Adnan CANSEVER (GATA)
Prof.Dr.Tarık AKÇAL (Cerrahpaşa)	Prof.Dr.Celal AYAZ (Dicle)	Yrd.Doç.Dr. Mustafa CEMRİ (Gazi)
Yrd.Doç.Dr.Nevbahar AKÇAR (Osmangazi)	Doç.Dr.Yeşim AYDINOK (Ege)	Prof.Dr.Ziya CENİK (Selçuk)
Prof.Dr.Tülay AKÇAY (Cerrahpaşa)	Doç.Dr.Sema AYDOĞDU (Ege)	Yrd.Doç.Dr.Sami CERAN (Selçuk)
Yrd.Doç.Dr.Sedat AKDENİZ (Dicle)	Prof.Dr.Remzi AYGÜN (Gazi)	Yrd.Doç.Dr.Haluk CEYLAN (Gaziantep)
Yrd.Doç.Dr.Mehmet AKDOĞAN (S.Demirel)	Yrd.Doç.Dr.Dursun AYGÜN (O.Mayıs)	Prof.Dr.Peyami CİNAZ (Gazi)
Prof.Dr.Azem AKILLI (Ege)	Prof.Dr.I.Hakkı AYHAN (Ankara)	Prof.Dr.Emre CİNGİ (Osmangazi)
Prof.Dr.Mustafa AKIN (Ege)	Prof.Dr.Ülki AYPAR (Hacettepe)	Prof.Dr.Jale CORDAN (Uludağ)
Doç.Dr.Cezmi AKIN (Ege)	Doç.Dr.Sema AYTEKİN (Dicle)	Yrd.Doç.Dr.T.Erhan COŞAN (Osmangazi)
Yrd.Doç.Dr.Haluk AKIN (Fırat)	Doç.Dr.Faruk BAĞIRICI (O.Mayıs)	Prof.Dr.Hasan CÜCE (Selçuk)
Prof.Dr.Mustafa AKINCI (İstanbul)	Prof.Dr.Halil BAHÇECİOĞLU (Kadir Has)	Prof.Dr.Güven ÇAĞATAY (Ege)
Doç.Dr.Ömer Faruk AKINCI (Harran)	Doç.Dr.İ.Halil BAHÇECİOĞLU (Fırat)	Yrd.Doç.Dr.Ufuk ÇAĞIRICI (Ege)
Doç.Dr.F.Aysen AKINCI (Hacettepe)	Prof.Dr.Sevim BALCI (Hacettepe)	Yrd.Doç.Dr.Kayhan ÇAĞLAR (Gazi)
Doç.Dr.Mete AKISÜ (Ege)	Prof.Dr.Kunter BALKANLI (GATA)	Prof.Dr.Erol ÇAKIR (Trakya)
Prof.Dr.Atilla AKKOÇLU (Dokuz Eylül)	Yrd.Doç.Dr.Sibel BARIŞ (O.Mayıs)	Prof.Dr.Mehmet ÇAKMAK (İstanbul)
Doç.Dr.İbrahim AKKURT (Cumhuriyet)	Doç.Dr.Semih BARLAS (İstanbul)	Prof.Dr.Meral ÇALGÜNERİ (Hacettepe)
Yrd.Doç.Dr.Faruk AKSOY (Selçuk)	Prof.Dr.Ali BARUTÇU (Dokuz Eylül)	Uz.Dr. Mustafa ÇALIŞ (Erciyes)
Yrd.Doç.Dr.Nurten AKSOY (Harran)	Yrd.Doç.Dr.Pınar Yüksel BAŞAK (S.Demirel)	Prof.Dr.Osman Uğur ÇALPUR (Trakya)
Prof.Dr.Tevfik Aslan AKSU (Akdeniz)	Yrd.Doç.Dr.M.Murat BAŞAR (Kırıkkale)	Yrd.Doç.Dr.Yüksel ÇAVUŞOĞLU (Osmangazi)
Prof.Dr.Erol AKSUNGUR (Çukurova)	Prof.Dr.İskender BAŞER (GATA)	Doç.Dr.Harika ÇELEBİ (Fırat)
Doç.Dr.Sadık AKŞİT (Ege)	Doç.Dr.Tarık BAŞOĞLU (O.Mayıs)	Yrd.Doç.Dr.Fehmi ÇELEBİ (Atatürk)
Yrd.Doç.Dr.Z.Aslı AKTAN (Ege)	Doç.Dr.Ertan BATIŞLAM (Kırıkkale)	Doç.Dr.Bilge ÇELEBİOĞLU (Hacettepe)
Yrd.Doç.Dr.Bülent AKTAN (Atatürk)	Yrd.Doç.Dr.Yıldırım BAYAZIT (Çukurova)	Prof.Dr.Fahrettin ÇELİK (O.Mayıs)
Doç.Dr.Akin AKTAŞ (Atatürk)	Prof.Dr.Cengiz BAYÇU (Osmangazi)	Prof.Dr.Ahmet ÇELİKKOL (Ege)
Yrd.Doç.Dr.Zekeriya AKTÜRK (Trakya)	Prof.Dr.Ömer BAYEZİD (Akdeniz)	Yrd.Doç.Dr.Ali ÇELİKSÖZ (Cumhuriyet)
Prof.Dr.Aynur AKYOL (Ankara)	Prof.Dr.Tülin BAYKAL (Cumhuriyet)	Doç.Dr.Ali ÇETİN (Cumhuriyet)
Prof.Dr.Cemalettin AKYÜREK (Selçuk)	Doç.Dr.Süleyman BAYKAL (Karadeniz)	Prof.Dr.M.Turan ÇETİN (Çukurova)
Doç.Dr.Bülent ALAGÖL (Trakya)	Doç.Dr.Mahmut BAYKAN (Selçuk)	Yrd.Doç.Dr.A.Türker ÇETİN (GATA)
Yrd.Doç.Dr.Hakan ALAGÖZLÜ (Cumhuriyet)	Prof.Dr. Ali İhsan BAYSAL (Gazi)	Prof.Dr.Nazan ÇETİNGÖL (Ege)
Yrd.Doç.Dr.Sait ALAN (Dicle)	Prof.Dr.Bülent BAYSAL (Selçuk)	Yrd.Doç.Dr.Ziya ÇETİNKAYA (Fırat)
Doç.Dr.Erkan ALATAŞ (Pamukkale)	Prof.Dr.M.Kemal BAYSAL (Ondakuz Mayıs)	Yrd.Doç.Dr.Remzi ÇEVİK (Dicle)
Prof.Dr.Emre ALHAN (Çukurova)	Prof.Dr.Ahmet BELCE (Cerrahpaşa)	Prof.Dr.Necmettin ÇIKILI (Ege)
Prof.Dr.Turgut ALKIBAY (Gazi)	Prof.Dr.Metin BELVİRANLI (Selçuk)	Prof.Dr.Nusret ÇİFTÇİ (O.Mayıs)
Prof.Dr.Ahmet ALMAÇ (Kocaeli)	Yrd.Doç.Dr.Öcal BERKAN (Cumhuriyet)	Prof.Dr.Ergün ÇİL (Uludağ)
Prof.Dr.Mete ALP (Kocaeli)	Prof.Dr.Ender BERKER (İstanbul)	Yrd.Doç.Dr.Özgür ÇOĞULU (Ege)
Prof.Dr.Sibel ALPER (Ege)	Doç.Dr.Cengiz BEYAN (GATA)	Doç.Dr.Mahmut ÇOKER (Ege)
Doç.Dr.Köksal ALPTEKİN (Dokuz Eylül)	Yrd.Doç.Dr.Fatma BEYAZTAŞ (Cumhuriyet)	Yrd.Doç.Dr.Cengiz ÇOKLUK (O.Mayıs)
Prof.Dr.Gültekin ALTAY (Ankara)	Prof.Dr.Kutay BİBEROĞLU (Gazi)	Prof.Dr.Hasan ÇOLAK (Osmangazi)
Yrd.Doç.Dr.Gülçin ALTINOK (Hacettepe)	Doç.Dr.Nilgün BİLEN (Kocaeli)	Yrd.Doç.Dr.Nezih DAĞDEVİREN (Trakya)
Prof.Dr.Nur ALTINÖRS (Başkent)	Yrd.Doç.Dr.Ayhan BİLGİÇİ (O.Mayıs)	Yrd.Doç.Dr.Mehmet DAKAK (GATA)
Prof.Dr.Kürşat ALTINTAŞ (Ankara)	Prof.Dr.Sait BİLGİÇİ (O.Mayıs)	Prof.Dr.Şenol DANE (Atatürk)
Doç.Dr.Levent ALTINTOP (O.Mayıs)	Prof.Dr.Altınay BİLGİÇİ (Ege)	Doç.Dr.Şükran DARCAN (Ege)
Yrd.Doç.Dr.Gülşay ALTUN (Trakya)	Yrd.Doç.Dr.Dilek BİLİCİ (Atatürk)	Doç.Dr.Esen DEMİR (Ege)
Prof.Dr.Aziz K. ALTURFAN (İstanbul)	Prof.Dr.Erhan BİLİR (Gazi)	Doç.Dr.Hüseyin DEMİR (Erciyes)
Prof.Dr.Kutay ANDAÇ (Ege)	Doç.Dr.Levent Sinan BİR (Pamukkale)	Doç.Dr. Ayşe Nihal DEMİRCAN (Çukurova)
Dr. Seyit ANKARALI (O.Mayıs)	Yrd.Doç.Dr.Murat BİRTANE (Trakya)	Prof.Dr.Mustafa DEMİRTAŞ (Çukurova)
Yrd.Doç.Dr.Anıl Z. APAYDIN (Ege)	Prof.Dr.Mehmet BİTİRGEN (Selçuk)	Prof.Dr.Nuri DENİZ (Gazi)
Doç.Dr.Rebiya APAYDIN (Kocaeli)	Doç.Dr.Ayşe BORA TOKÇAER (Gazi)	Prof.Dr.Fahri DERE (Çukurova)
Doç.Dr.Erinç ARAL (Osmangazi)	Dr. M.Ömer BOSTANCI (O.Mayıs)	Prof.Dr.Celal DEVECİOĞLU (Dicle)
Yrd.Doç.Dr.Cavidan ARAR (Trakya)	Yrd.Doç.Dr.Mehmet BOŞNAK (Dicle)	Yrd.Doç.Dr.Öner DİKENSOY (Gaziantep)
Doç.Dr.Arif Bülent ARAS (Ege)	Doç.Dr.Bülent BOYACI (Gazi)	Doç.Dr.. Sibel DİNÇER (Gazi)
Yrd.Doç.Dr.Nurcan ARAS (Mersin)	Prof.Dr.Adem BOYACI (Erciyes)	Prof.Dr.Hüseyin DİNDAR (Ankara)
Doç.Dr.Mustafa ARICA (Dicle)	Prof.Dr.Sedat BOYACIOĞLU (Başkent)	Prof.Dr.Needet DOĞAN (Selçuk)
Yrd.Doç.Dr.İ.Atilla ARIDOĞAN (Çukurova)	Prof.Dr.Nafiz BOZDEMİR (Çukurova)	Prof.Dr.Fethi DOĞAN (Ege)
Doç.Dr.Sevtap ARIKAN (Hacettepe)	Doç.Dr.Gülhal BOZKIR (Çukurova)	Prof.Dr.Osman DOĞRU (Fırat)
Prof.Dr.Adem ARSLAN (Dicle)	Doç.Dr.Ali İhsan BOZKURT (Gaziantep)	Prof.Dr.Harun DOĞRU (S.Demirel)
Prof.Dr.Macit ARVAS (Cerrahpaşa)	Yrd.Doç.Dr.H.Eray BULUT (Cumhuriyet)	Doç.Dr.Nazan DOLU (Erciyes)
Prof.Dr.Haluk ARVAS (Karadeniz)	Prof.Dr.M.Ali BUMİN (Gazi)	Prof.Dr.Orkide DONMA (Cerrahpaşa)

Doç.Dr.Aslı DÖNMEZ (Başkent)  
Prof.Dr.Hatice DURAK (Dokuz Eylül)  
Prof.Dr.Alaattin DURAN (Cerrahpaşa)  
Doç.Dr.Yaşar DURANOĞLU (Akdeniz)  
Prof.Dr.Ali Vedat DURGUN (Cerrahpaşa)  
Prof.Dr.Behice DURGUN (Çukurova)  
Doç.Dr.Gürsel DURSUN (Ankara)  
Prof.Dr.İsmail H. DÜNDAR (Çukurova)  
Yrd.Doç.Dr.Mehmet EMİRZEOĞLU (O.Mayıs)  
Prof.Dr.Özgün ENVER (Cerrahpaşa)  
Yrd.Doç.Dr.Memnune ERANDAÇ (Cumhuriyet)  
Prof.Dr.Tomris ERBAŞ (Hacettepe)  
Yrd.Doç.Dr.Hakan ERBAŞ (Trakya)  
Prof.Dr.Sena ERDAL (Cumhuriyet)  
Yrd.Doç.Dr.Tamer ERDEM (İnönü)  
Yrd.Doç.Dr.Ahmet ERDEM (Gazi)  
Yrd.Doç.Dr.Mehmet ERDEM (Gazi)  
Prof.Dr.Atilla ERDEM (Ankara)  
Doç.Dr.Ergün ERDEM (Pamukkale)  
Doç.Dr.Teoman ERDEM (Atatürk)  
Yrd.Doç.Dr.Haydar ERDOĞAN (Cumhuriyet)  
Prof.Dr.Erol ERDURAN (Karadeniz)  
Doç.Dr.Özcan EREL (Harran)  
Yrd.Doç.Dr.Suat EREN (Atatürk)  
Doç.Dr.Selda ERENŞOY (Ege)  
Prof.Dr.Mithat ERENUS (Marmara)  
Prof.Dr.Sabri ERGÜNEY (Cerrahpaşa)  
Prof.Dr.Sibel ERGÜVEN (Hacettepe)  
Prof.Dr.Levent ERKAN (O.Mayıs)  
Yrd.Doç.Dr.Yüksel ERKİN (Dokuz Eylül)  
Yrd.Doç.Dr.Erkat ERKURT (Çukurova)  
Prof.Dr.Onur EROL (Kadir Has)  
Prof.Dr.Bilal ERSÖZ (Ege)  
Prof.Dr.Yusuf ERŞAHİN (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.Dilek ERTOY (Hacettepe)  
Prof.Dr.Ümit ERTÜRK (Ege)  
Prof.Dr.Haluk ERTÜRK (Uludağ)  
Yrd.Doç.Dr.Mete ERTÜRK (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.Sevgi ESKİOCAK (Trakya)  
Doç.Dr.Mukaddes EŞREFOĞLU (İnönü)  
Yrd.Doç.Dr.Talat EZMEKİ (Atatürk)  
Yrd.Doç.Dr.Serhat FARUK GEYİK (O.Mayıs)  
Doç.Dr.Duygu FİNDİK (Selçuk)  
Prof.Dr.Ayten FİLİZ (Gaziantep)  
Yrd.Doç.Dr.Nursel GAMSIZ BİLGİN (Mersin)  
Doç.Dr.Gökhan GEDİKOĞLU (Hacettepe)  
Doç.Dr.Orhan GELİŞEN (SSK Ank.Doğ.)  
Doç.Dr.Kani GEMİCİ (Uludağ)  
Prof.Dr.Bilun GEMİCİOĞLU (Cerrahpaşa)  
Yrd.Doç.Dr.Mehmet FARUK GEYİK (Dicle)  
Prof.Dr.Fatma GÖÇER (Atatürk)  
Prof.Dr.Ayhan GÖÇMEN (Hacettepe)  
Prof.Dr.Ayşe Sevim GÖKALP (Kocaeli)  
Prof.Dr.Erdal GÖKÇAY (GATA)  
Yrd.Doç.Dr.Gökhan GÖKÇE (Cumhuriyet)  
Prof.Dr.Nahide GÖKÇORA (Gazi)  
Yrd.Doç.Dr.Sitki GÖKSU (Gaziantep)  
Yrd.Doç.Dr.Ömer GÖKTEKİN (Osmangazi)  
Prof.Dr.Erol GÖKTÜRK (Osmangazi)  
Yrd.Doç.Dr.Uğur GÖNLÜGÜR (Cumhuriyet)  
Prof.Dr.Bilge GÖNÜL (Gazi)  
Prof.Dr.Vedat GÖRAL (Dicle)  
Prof.Dr.Adnan GÖRGÜLLÜ (Trakya)  
Doç.Dr.Figen GÖVSA GÖKMEN (Ege)  
Doç.Dr.Rabet GÖZİL (Gazi)  
Yrd.Doç.Dr.Metin GÜDEN (GATA)  
Yrd.Doç.Dr.Mustafa GÜL (Atatürk)  
Yrd.Doç.Dr.Mahir GÜLEÇ (GATA)  
Prof.Dr.Şendoğan GÜLEN (Trakya)  
Prof.Dr.Gülay GÜLLÜLÜ (Atatürk)  
Yrd.Doç.Dr.Fatih GÜLTEKİN (S.Demirel)  
Doç.Dr.Bilali GÜMÜŞ (Celal Bayar)  
Prof.Dr.M.Koray GÜMÜŞTAŞ (Cerrahpaşa)  
Doç.Dr.Rezzan GÜNAYDIN (İzmir Atatürk Eğ. Hst.)  
Prof.Dr.Işıl GÜNDAY (Trakya)  
Yrd.Doç.Dr.Ümit N. GÜNDOĞMUŞ (Kocaeli)  
Doç.Dr.Kamer GÜNDÜZ (Celal Bayar)  
Prof.Dr.Kemal GÜNDÜZ (Selçuk)  
Prof.Dr.Haldun GÜNER (Gazi)  
Yrd.Doç.Dr.Yasemin GÜNEŞ (Çukurova)  
Dr. Emrah GÜNEY (Cumhuriyet)  
Doç.Dr.Çiğdem GÜNGÖR (Ankara)  
Yrd.Doç.Dr.Ali GÜR (Dicle)  
Prof.Dr.Asuman GÜRRAKIN (Atatürk)  
Prof.Dr.Mehmet GÜRBILEK (Selçuk)  
Prof.Dr.Firdevs GÜRER (Osmangazi)  
Dr. Alev GÜRĞAN (İzmir Atatürk Eğ. Hst.)  
Yrd.Doç.Dr.Cemil GÜRĞÜN (Ege)  
Doç.Dr.Fuat GÜRKAN (Dicle)  
Doç.Dr.Murat GÜRKAAYNAK (Hacettepe)  
Yrd.Doç.Dr.Sedat GÜRKÖK (GATA)  
Prof.Dr.Türkiz GÜRSEL (Gazi)  
Prof.Dr.Bülent GÜRSEL (Hacettepe)

Prof.Dr.Rifat GÜRŞOY (Gazi)  
Prof.Dr.Erdoğan GÜRŞOY (Cumhuriyet)  
Doç.Dr.M.Ferit GÜRSU (Fırat)  
Yrd.Doç.Dr.Rengin GÜZEL (Çukurova)  
Prof.Dr.M.Zeki GÜZEL (Cerrahpaşa)  
Doç.Dr.Ali HABERLİ (SSK Ank.Doğ.)  
Yrd.Doç.Dr.Aral HAKGÜDER (Trakya)  
Yrd.Doç.Dr.İhsan HALİFEOĞLU (Fırat)  
Prof.Dr.I.Hamit HANCI (Ankara)  
Doç.Dr.Mehmet HARMAN (Dicle)  
Prof.Dr.Alev HASANOĞLU (Gazi)  
Prof.Dr.Hikmet HASSA (Osmangazi)  
Yrd.Doç.Dr.Ersay HAZNECİ (İnönü)  
Doç.Dr.Ibrahim HAZNEDAROĞLU (Hacettepe)  
Prof.Dr.Günay HAZNEDAROĞLU (Ege)  
Prof.Dr.Özdemir HİMMETOĞLU (Gazi)  
Prof.Dr.Ibrahim İLDIRIM (Uludağ)  
Doç.Dr.Feride İ.ŞAHİN (Gazi)  
Doç.Dr.Nihal İÇTEN Ondokuz Lays)  
Yrd.Doç.Dr.Hüseyin İLHAN (Osmangazi)  
Yrd.Doç.Dr.Yalçın İLKER (Marmara)  
Prof.Dr.Tankut İLTER (Ege)  
Yrd.Doç.Dr. Kenan İLTÜMÜR (Dicle)  
Prof.Dr.Turgut İMİR (Gazi)  
Yrd.Doç.Dr.Mehmet İNAL (Çukurova)  
Yrd.Doç.Dr. A.Seza İNAL (Çukurova)  
Yrd.Doç.Dr.Mustafa İNAN (Trakya)  
Yrd.Doç.Dr.Tacettin İNANDI (Atatürk)  
Yrd.Doç.Dr.Işıl İNANIR (Celal Bayar)  
Prof.Dr.Ramazan İNÇİ (Ege)  
Doç.Dr.Turgut İPEK (Cerrahpaşa)  
Prof.Dr.Güzin İSKELELİ Cerrahpaşa Tıp F.  
Doç.Dr.Ismail İŞLEK (O.Mayıs)  
Doç.Dr.Caner KABASAKAL (Ege)  
Prof.Dr.Sedat KADANALI (Atatürk)  
Yrd.Doç.Dr.Ertuğrul KAFALI (Selçuk)  
Prof.Dr.Cemal KAHRAMAN (Erciyes)  
Prof.Dr.Serpil KALKAN (Selçuk)  
Prof.Dr.Tunç Alp KALYON (GATA)  
Yrd.Doç.Dr.Ümit KAMIŞ (Selçuk)  
Doç.Dr.Ömer KANDEMİR (SSK Ank.Doğ.)  
Doç.Dr.Abdurrahman KAPLAN (Dicle)  
Yrd.Doç.Dr. İ.Melih KAPTANOĞLU (Cumhuriyet)  
Doç.Dr.Ahmet KAPUKAYA (Dicle)  
Yrd.Doç.Dr.Ismail KARA (Atatürk)  
Doç.Dr.Neşe İlgin KARABACAK (Gazi)  
Prof.Dr.Onur KARABACAK (Gazi)  
Yrd.Doç.Dr. Aziz KARABULUT (Dicle)  
Doç.Dr.Mehmet KARADAĞ (Uludağ)  
Yrd.Doç.Dr.A. Aziz KARADEDE (Dicle)  
Prof.Dr.Necmettin KARAEREN (GATA)  
Doç.Dr.Güngör KARAGÜZEL (Akdeniz)  
Yrd.Doç.Dr.Deniz KARAKAYA (O.Mayıs)  
Doç.Dr.Şule KARAKELLEZOĞLU (Atatürk)  
Yrd.Doç.Dr.Ali KARAKUZU (Atatürk)  
Doç.Dr.Beyhan KARAMANLIOĞLU (Trakya)  
Doç.Dr.Şafak KARAMEHMETOĞLU (Cerrahpaşa)  
Prof.Dr.Üstünel KARAÖĞLAN (Gazi)  
Doç.Dr.Erdal KARAÖZ (S.Demirel)  
Yrd.Doç.Dr.Yelda KARINCAOĞLU (İnönü)  
Prof.Dr.Adil KARTAL (Selçuk)  
Prof.Dr.Zehra Neşe KAVAK (Marmara)  
Doç.Dr.Kaan KAVAKLI (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.Ahmet KAVAKLI (Fırat)  
Dr. Taciser KAYA (İzmir Atatürk Eğ. Hst.)  
Prof.Dr.Mehmet KAYA (Çukurova)  
Prof.Dr.Safiye KAYA (Cerrahpaşa)  
Doç.Dr.Gülgün KAYALIOĞLU (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.Özcan KAYIKÇIOĞLU (Celal Bayar)  
Prof.Dr.Adnan KAYNAK (Selçuk)  
Prof.Dr.Süleyman KAYNAK (Dokuz Eylül)  
Doç.Dr.Hasan Tahsin KEÇELİGİL (O.Mayıs)  
Uz.Dr. Ebru KELSİKA (Osmangazi)  
Prof.Dr.Sezer KENDİ (Hacettepe)  
Yrd.Doç.Dr.Memduh KERMAN (S.Demirel)  
Doç.Dr.İ.Semih KESKİL (Kırıkkale)  
Doç.Dr.S.Şebnem KILIÇ (Uludağ)  
Prof.Dr.Mustafa KILIÇ (Pamukkale)  
Yrd.Doç.Dr.Nil Banu KILIÇ (Çukurova)  
Prof.Dr.Mehmet KILINÇ (Selçuk)  
Yrd.Doç.Dr.Cumhur KILINÇER (Trakya)  
Yrd.Doç.Dr.Tayfun KIR (GATA)  
Prof.Dr.Ziya KIRKALI (Dokuz Eylül)  
Doç.Dr.Mehmet KIRNAP (Erciyes)  
Prof.Dr.Fikret KIROĞLU (Çukurova)  
Prof.Dr.Güneş KIZILTAN (Cerrahpaşa)  
Prof.Dr.Nural KİPER (Hacettepe)  
Prof.Dr.Kenan KOCABAY Abant İzzet Baysal)  
Yrd.Doç.Dr.Ercan KOKAÇOĞ (Fırat)  
Yrd.Doç.Dr.Serhat KOCAMANOĞLU (O.Mayıs)  
Yrd.Doç.Dr.Aytaç KOÇAK (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.Hasan KOÇOĞLU (Gaziantep)  
Dr. Hikmet KOÇYİĞİT (İzmir Atatürk Eğ. Hst.)

Doç.Dr.Abdurrahim KOÇYİĞİT (Harran)  
Prof.Dr.Mişel KOKINO (Trakya)  
Prof.Dr.Dildar KONUKOĞLU (Cerrahpaşa)  
Doç.Dr.Emel KOPTAGEL (Cumhuriyet)  
Doç.Dr.Cem KOPUZ (O.Mayıs)  
Doç.Dr.Adnan KORKMAZ (O.Mayıs)  
Prof.Dr.Mehmet E. KORKMAZ (Başkent)  
Prof.Dr.Halil KOYUNCU (Cerrahpaşa)  
Yrd.Doç.Dr.M.Erkan KOZANOĞLU (Çukurova)  
Prof.Dr.Arif KÖKÇÜ (O.Mayıs)  
Prof.Dr.Ö.Faruk KÖKER (Çukurova)  
Prof.Dr.Emine KÖKOĞLU (Cerrahpaşa)  
Doç.Dr.Süheyla KÖSE (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.Selçuk KÖSE (Trakya)  
Yrd.Doç.Dr.Destan Nil KULAÇOĞLU (Atatürk)  
Op.Dr. Gülcan KURAL (Ankara Numune Hst.)  
Doç.Dr.Ercan KURT (GATA)  
Doç.Dr.Cengiz KURTMAN (Ankara)  
Doç.Dr.Zafer KURUGÖL (Ege)  
Prof.Dr.Semra KUŞTİMUR (Gazi)  
Prof.Dr.Necmettin KUTLU (Karadeniz)  
Doç.Dr.Tansu KÜÇÜK (GATA)  
Doç.Dr. A.Şahap KÜKNER (Fırat)  
Doç.Dr.Aysel KÜKNER (Fırat)  
Prof.Dr.Hakan KÜLTÜRSAY (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.Bora KÜPELİ (Gazi)  
Prof.Dr.Necil KÜTÜKÇÜLER (Ege)  
Doç.Dr.Özlem L.KAPUCU (Gazi)  
Yrd.Doç.Dr.Funda LEVENDOĞLU (Selçuk)  
Prof.Dr.Gülay LOĞOĞLU (Çukurova)  
Yrd.Doç.Dr.Işıl MARAL (Gazi)  
Prof.Dr.Cafer MARANGOZ (O.Mayıs)  
Prof.Dr.İdris MEHMETOĞLU (Selçuk)  
Prof.Dr.Recep MEMİK (Selçuk)  
Dr. Asuman MEMİŞ (İzmir Atatürk Eğ. Hst.)  
Yrd.Doç.Dr.Dilek MEMİŞ (Trakya)  
Prof.Dr.Sevda MENEVŞE (Gazi)  
Prof.Dr.Jale MENTEŞ (Ege)  
Prof.Dr.Gülriş MENTEŞ (Ege)  
Prof.Dr.Ufuk Ö. METE (Çukurova)  
Prof.Dr.Sevgi MİR (Ege)  
Prof.Dr.Çolpan MİRZATAŞ (Cerrahpaşa)  
Prof.Dr.Gamze MOCAN KUZUY (Hacettepe)  
Doç.Dr.Sevda MÜFTÜOĞLU (Hacettepe)  
Doç.Dr.Lütfiye MÜSLÜMANOĞLU (Cerrahpaşa)  
Prof.Dr.İstemi NALBANTGİL (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.Kemal NAS (Dicle)  
Yrd.Doç.Dr.Tuncay NAS (Gazi)  
Prof.Dr.Yusuf NERGİZ (Dicle)  
Prof.Dr.Necla NIŞLİ (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.Ersan ODACI (O.Mayıs)  
Prof.Dr.Aynur OĞUZ (Gazi)  
Prof.Dr.Mahmut OĞUZ (Çukurova)  
Doç.Dr.Özkan OĞUZ (Çukurova)  
Doç.Dr.Atilla OĞUZHANOĞLU (Pamukkale)  
Dr. Hakan OĞUZTÜRK (Cumhuriyet)  
Prof.Dr.Adnan OKUR (Atatürk)  
Prof.Dr.Güray OKYAR (Atatürk)  
Prof.Dr. Rana OLGUNTÜRK (Gazi)  
Yrd.Doç.Dr.Anıl ONAN (Gazi)  
Doç.Dr.Bilge ONARLIOĞLU (Cumhuriyet)  
Prof.Dr.Selçuk ONART (Uludağ)  
Doç.Dr.Engin ORAL (Cerrahpaşa)  
Yrd.Doç.Dr.İrfan ORHAN (Fırat)  
Prof.Dr.Nafî ORUÇ (Cerrahpaşa)  
Doç.Dr.Ahmet ÖCAL (S.Demirel)  
Prof.Dr.Kemal ÖDEV (Selçuk)  
Doç.Dr.Güner ÖĞÜNÇ (Akdeniz)  
Prof.Dr.Selmin ÖKESLİ (Selçuk)  
Dr. Neşe ÖLMEZ (İzmir Atatürk Eğ. Hst.)  
Prof.Dr.S.Ateş ÖNAL (Fırat)  
Prof.Dr.Remzi ÖNDER (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.Abdurrahman ÖNEN (Dicle)  
Prof.Dr.Ünsal ÖNER (Gaziantep)  
Prof.Dr.Pernur ÖNER (İstanbul)  
Doç.Dr.Rahmi ÖRS (Atatürk)  
Yrd.Doç.Dr.Eser ÖZ (Gazi)  
Doç.Dr.Tijen ÖZACAR (Ege)  
Prof.Dr.Sinan ÖZALP (Osmangazi)  
Doç.Dr.Nadire ÖZARAS (Marmara)  
Yrd.Doç.Dr.Günnur ÖZBAKİŞ DENGİZ (Atatürk)  
Prof.Dr.Beril ÖZBAKKALOĞLU (Celal Bayar)  
Yrd.Doç.Dr.Hamdi ÖZCAN (İnönü)  
Doç.Dr.Zehra ÖZCAN (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.Altan A. ÖZCAN (Çukurova)  
Prof.Dr.Okan ÖZCAN (GATA)  
Doç.Dr.Hayriye Uğur ÖZÇELİK (Hacettepe)  
Doç.Dr.Fezal ÖZDEMİR (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.H.Mustafa ÖZDEMİR (Selçuk)  
Prof.Dr.Yüksel ÖZDEMİR (Harran)  
Prof.Dr.Sevki ÖZDEMİR (Atatürk)  
Prof.Dr.Sibel ÖZEKMEKÇİ (Cerrahpaşa)

Prof.Dr.Şükri ÖZER (Selçuk)  
Yrd.Doç.Dr.Mehmet Asım ÖZER (Ege)  
Doç.Dr.Önder M. ÖZERBİL (Selçuk)  
Doç.Dr.Semih ÖZEREN (Kocaeli)  
Doç.Dr.Ufuk ÖZERGİN (Selçuk)  
Doç.Dr.Filiz ÖZERKAN (Ege)  
Prof.Dr.Saadet ÖZGEN (Hacettepe)  
Prof.Dr.Servet ÖZGÜR (Gaziantep)  
Yrd.Doç.Dr.Hülya ÖZGÜR (Çukurova)  
Prof.Dr.Uğur ÖZİÇ (Celal Bayar)  
Dr. Seçil ÖZKAN (Gazi)  
Prof.Dr.Sehirbay ÖZKAN (Cerrahpaşa)  
Prof.Dr.Soner ÖZKAN (Hacettepe)  
Doç.Dr.Feriha ÖZKAN (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.Özay ÖZKAYA (Hacettepe)  
Prof.Dr.Reha ÖZKEÇELİ (Çukurova)  
Prof.Dr.Hayal ÖZKILIÇ (Ege)  
Prof.Dr.Cihangir ÖZKINAY (Ege)  
Prof.Dr.Ferda ÖZKINAY (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.Sibel ÖZKURT (Pamukkale)  
Prof.Dr.Murat ÖZSAN (Ankara)  
Yrd.Doç.Dr.Sefa Levent ÖZŞAHİN (Cumhuriyet)  
Yrd.Doç.Dr.Cemile ÖZTİN ÖĞÜN (Selçuk)  
Yrd.Doç.Dr.Yasemin ÖZTOP (Cumhuriyet)  
Prof.Dr.Günseli ÖZTÜRK (Ege)  
Prof.Dr.Yusuf ÖZTÜRK (Erciyes)  
Yrd.Doç.Dr.Kayhan ÖZTÜRK (Selçuk)  
Doç.Dr.Haluk ÖZTÜRK (GATA)  
Prof.Dr.Serap ÖZTÜRKCAN (Celal Bayar)  
Yrd.Doç.Dr.İrfan ÖZYAZGAN (Erciyes)  
Prof.Dr.Alparslan ÖZYAZICI (Hacettepe)  
Prof.Dr.Zafer PAMUK (Trakya)  
Prof.Dr.Kemal PAMUKÇU (Ege)  
Prof.Dr.Aytül PARLAR (Ege)  
Prof.Dr.Hatice PAŞAOĞLU (Gazi)  
Uz.Dr. Yeşim PEKİNDİL (Trakya)  
Prof.Dr.Yıldız PEKŞEN (O.Mayıs)  
Doç.Dr.E.Ferda PERÇİN (Cumhuriyet)  
Yrd.Doç.Dr.Ergün PINARBAŞI (Cumhuriyet)  
Yrd.Doç.Dr.Lütfiye PİRBUDAK (Gaziantep)  
Prof.Dr.Sait POLAT (Çukurova)  
Doç.Dr.K.Yalçın POLAT (Atatürk)  
Doç.Dr.Özkan POLAT (Atatürk)  
Prof.Dr.Ömer POYRAZ (Cumhuriyet)  
Prof.Dr.Mehmet PUL (Trakya)  
Doç.Dr.Murat Çetin RAĞBETLİ (Yüzcüncü Yıl)  
Prof.Dr.Seyyal ROTA (Gazi)  
Yrd.Doç.Dr.Esra SAATÇI (Çukurova)  
Prof.Dr.Hakani SABİROĞLU (Yüzcüncü Yıl)  
Yrd.Doç.Dr.Nevin SAĞSÖZ (Kırıkkale)  
Prof.Dr.Ahmet SALBACAK (Selçuk)  
Doç.Dr.Neşe SALTÖĞLU (Çukurova)  
Prof.Dr.Ayşeğül Jale SARAÇ (Dicle)  
Doç.Dr.Nedim SAVACI (Selçuk)  
Prof.Dr.Nurşen SAYIN (Ankara)  
Prof.Dr.Haluk B. SAYMAN (Cerrahpaşa)  
Doç.Dr.Erol SELİMOĞLU (Atatürk)  
Doç.Dr.Atilla SEMERCİÖZ (Fırat)  
Prof.Dr. Ayşe SERDAROĞLU (Gazi)  
Yrd.Doç.Dr.Mustafa SERDENGECİTİ (Selçuk)  
Doç.Dr.T. Ahmet SEREL (S.Demirel)  
Doç.Dr.Simay SERİN (Pamukkale)  
Prof.Dr.Arzu SEVEN (Cerrahpaşa)  
Prof.Dr.Erkan SEVİNÇ (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.Şaban SEZEN (Kırıkkale)  
Prof.Dr.İlhan SEZGİN (Cumhuriyet)  
Yrd.Doç.Dr.Başar SIRMAGÜL (Osmangazi)  
Doç.Dr.Fatma SIRMATEL (Gaziantep)  
Doç.Dr.Muzaffer SİNDEL (Akdeniz)  
Prof.Dr.Hasan SOLAK (Selçuk)  
Prof.Dr.Suna SOLMAZ (Çukurova)  
Prof.Dr.Cahide SOYDAŞ ÇINAR (Ege)  
Prof.Dr.Refik SOYLU (Selçuk)  
Doç.Dr.Ömer SOYSAL (İnönü)  
Doç.Dr.Murat SÖKER (Dicle)  
Yrd.Doç.Dr.Sevin SÖKER ÇAKMAK (Dicle)  
Prof.Dr.Hüseyin SÖNMEZ (Cerrahpaşa)  
Doç.Dr.Figen SÖYLEMEZOĞLU (Hacettepe)

Uz.Dr. Sinan SÖZEN (Gazi)  
Doç.Dr.Eser SÖZMEN (Ege)  
Prof.Dr.Nedim SULTAN (Gazi)  
Doç.Dr.Arzu SUNGUR (Hacettepe)  
Doç.Dr.Hülya SUNGURTEKİN (Pamukkale)  
Prof.Dr.A.Hikmet SÜER (GATA)  
Doç.Dr.Selma SÜER GÖKMEN (Trakya)  
Yrd.Doç.Dr.Halis SÜLEYMAN (Atatürk)  
Prof.Dr.Bülent SÜMERKAN (Erciyes)  
Prof.Dr.M.Yavuz SÜTBEYAZ (Atatürk)  
Prof.Dr.Gülşay ŞADAN (Akdeniz)  
Doç.Dr.Tunç ŞAFAK (Hacettepe)  
Yrd.Doç.Dr.M.Turhan ŞAHİN (Celal Bayar)  
Doç.Dr.Mustafa ŞAHİN (Selçuk)  
Yrd.Doç.Dr.Bünyamin ŞAHİN (O.Mayıs)  
Prof.Dr.İzzet ŞAHİN (Erciyes)  
Doç.Dr.Hayrettin ŞAHİN (Dicle)  
Yrd.Doç.Dr.Ünal ŞAHİN (S.Demirel)  
Doç.Dr.Varol ŞAHİNTÜRK (Osmangazi)  
Dr. İlker ŞEN (Gazi)  
Doç.Dr.Kazım ŞENEL (Atatürk)  
Yrd.Doç.Dr.Bengi ŞENER (Osmangazi)  
Prof.Dr.Turgay ŞENER (Osmangazi)  
Doç.Dr.Burçin ŞENER (Hacettepe)  
Prof.Dr.R.Nuri ŞENER (Ege)  
Prof.Dr.Mustafa ŞENGEZER (GATA)  
Doç.Dr.Taşkın ŞENTÜRK Adnan Menderes)  
Prof.Dr.Teoman ŞEŞEN (O.Mayıs)  
Yrd.Doç.Dr.Israfil ŞİMŞEK (Selçuk)  
Prof.Dr.Ümit ŞİMŞEK (Uludağ)  
Doç.Dr.Ufuk TALU (İstanbul)  
Prof.Dr.Remziye TANAÇ (Ege)  
Doç.Dr.Zeki TANER (Gazi)  
Yrd.Doç.Dr.Mete TANIR (Osmangazi)  
Doç.Dr.Özgül TAP (Çukurova)  
Doç.Dr.Niyazi TAŞCI (O.Mayıs)  
Doç.Dr.Nebahat TAŞDEMİR (Dicle)  
Doç.Dr.Öğüz TAŞDEMİR Türkiye Yüksek İht.Has.  
Prof.Dr.Harun TATAR (GATA)  
Prof.Dr.Yüksel TATKAN (Selçuk)  
Prof.Dr.Şakir TAVLI (Selçuk)  
Yrd.Doç.Dr.Şakir TEKİN (Selçuk)  
Doç.Dr.Başar TEKİN (Osmangazi)  
Doç.Dr.Elvan TERCAN (Erciyes)  
Doç.Dr.Bülent TIRAŞ (Gazi)  
Prof.Dr.Ali Muhtar TİFTİK (Selçuk)  
Doç.Dr.Demet TOK (Celal Bayar)  
Yrd.Dr.Rifat TOKYAY (Uludağ)  
Doç.Dr.Erkan TOMATIR (Pamukkale)  
Prof.Dr.Nizamettin TOPRAK (Dicle)  
Yrd.Doç.Dr.Tuncer TUĞ (Fırat)  
Prof.Dr.Işık TUĞLULAR (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.Hakan TUNA (Trakya)  
Prof.Dr.Candaş TUNALI (Çukurova)  
Doç.Dr.İsmail Cengiz TUNCAY (Başkent)  
Doç.Dr.İnci TUNCER (Selçuk)  
Doç.Dr.Recep TUNCER (Çukurova)  
Dr. Özgül TUNÇ (Osmangazi)  
Prof.Dr.Arslan TUNÇBILEK (Ankara)  
Prof.Dr.Ömer TUNÇER (Cerrahpaşa)  
Doç.Dr.Uğur Tank TURAÇLAR (Cumhuriyet)  
Doç.Dr.Cüneyt TURAN (Erciyes)  
Prof.Dr.Havvanur TURGUTALP (Karadeniz)  
Prof.Dr.Ahmet U. TURHAN (Karadeniz)  
Prof.Dr.Nilgün TURHAN Fatih)  
Yrd.Doç.Dr.Ayşe Dicle TURHANOĞLU (Dicle)  
Prof.Dr.Emel TÜMBAY (Ege)  
Doç.Dr.Alper TÜNGER (Ege)  
Prof.Dr.Ayla TÜR (O.Mayıs)  
Prof.Dr.Sevgi TÜRET (Gazi)  
Doç.Dr.Emel TÜRK ARIBAŞ (Selçuk)  
Prof.Dr.Levent TÜRKERİ (Marmara)  
Prof.Dr.Cüneyt TÜRKÖĞLÜ (Ege)  
Prof.Dr.Rıza TÜRKÖZ (Başkent ÜTF Adana Hst.)  
Prof.Dr.Sarenur TÜTÜNCÜOĞLU (Ege)  
Prof.Dr.Hatice UĞURLU (Selçuk)  
Yrd.Doç.Dr.Sedat ULKATAN (Kırıkkale)  
Prof.Dr.Mustafa ULUKUŞ (Ege)

Doç.Dr.Onur URAL (Selçuk)  
Doç.Dr.Ali Uğur URAL (GATA)  
Yrd.Doç.Dr.Ertan URAL (Kocaeli)  
Yrd.Doç.Dr.Dilek URAL (Kocaeli)  
Doç.Dr.S.Sabri USLU (Gazi)  
Yrd.Doç.Dr.Hatice USLU (Atatürk)  
Doç.Dr.Ezel USLU (Cerrahpaşa)  
Prof.Dr.Şemsettin USTAÇELEBLİ (Hacettepe)  
Doç.Dr.Bekir Sami UYANIK (Celal Bayar)  
Doç.Dr.Füsun UYSAL (Çukurova)  
Prof.Dr.Asuman UYSALEL (Ankara)  
Prof.Dr.Adnan UYSALEL (Ankara)  
Prof.Dr.Nedret UZEL (İstanbul)  
Yrd.Doç.Dr.Öğüz UZUN Ondakuz Mayıs)  
Yrd.Doç.Dr.Ahmet UZUN (O.Mayıs)  
Uz.Dr. Kaan UZUNCA (Trakya)  
Yrd.Doç.Dr.Sıddık ÜLGEN (Dicle)  
Doç.Dr.İdil ÜNAL (Ege)  
Prof.Dr.Serhat ÜNAL (Hacettepe)  
Prof.Dr.Ahmet ÜNAL (Cumhuriyet)  
Prof.Dr.M. ÜNALDI (Selçuk)  
Prof.Dr.Mustafa ÜNLÜ (Gazi)  
Doç.Dr.Kaan ÜNLÜ (Dicle)  
Doç.Dr.Yağız ÜRESİN (İstanbul)  
Yrd.Doç.Dr.Çağatay ÜSTÜN (Ege)  
Doç.Dr.İsmail ÜSTÜNEL (Akdeniz)  
Doç.Dr.Fadil VARDAR (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.Celalettin VATANSEV (Selçuk)  
Doç.Dr.Hüseyin VURAL (Harran)  
Prof.Dr.Raif Vural YAĞCI (Ege)  
Prof.Dr.Ayşe YAĞCI (Ege)  
Doç.Dr.Meltem YAĞMUR (Çukurova)  
Prof.Dr.Ayten YAKUT (Osmangazi)  
Yrd.Doç.Dr.Kendal YALÇIN (Dicle)  
Doç.Dr.Rıdvan YALÇIN (Gazi)  
Doç.Dr.Ömer T. YALÇIN (Osmangazi)  
Doç.Dr.Orhan YALÇIN (Fırat)  
Prof.Dr.Şinasi YALÇIN (Fırat)  
Prof.Dr.Önay YALÇIN (İstanbul)  
Yrd.Doç.Dr.Meltem YALINAY ÇIRAK (Gazi)  
Yrd.Doç.Dr.Hakan YAMAN (S.Demirel)  
Doç.Dr.Melda YARDIMOĞLU (Kocaeli)  
Yrd.Doç.Dr.Öğüz YAVUZGİL (Ege)  
Yrd.Doç.Dr.Pelin YAZGAN (Harran)  
Doç.Dr.M.Kazım YAZICI (Hacettepe)  
Yrd.Doç.Dr.İzzet YELKOVAN (Cumhuriyet)  
Yrd.Doç.Dr.Ercan YENİ (Harran)  
Doç.Dr.Dilek YEŞİLBURSA (Uludağ)  
Yrd.Doç.Dr.Hanefi YILDIRIM (Fırat)  
Yrd.Doç.Dr.Cuma YILDIRIM (Gaziantep)  
Prof.Dr.Mülazım YILDIRIM (Gazi)  
Prof.Dr.Atilla YILDIRIM (Osmangazi)  
Dr. Engin YILDIRIM (Osmangazi)  
Prof.Dr.İbrahim YILDIRIM (Cerrahpaşa)  
Prof.Dr.Akgün YILDIZ (Gazi)  
Doç.Dr.F.Füsun YILDIZ (Kocaeli)  
Doç.Dr.Ahmet Turan YILMAZ (GATA)  
Doç.Dr.Fahri YILMAZ (Dicle)  
Prof.Dr.Mustafa YILMAZ (Fırat)  
Prof.Dr.Nuran YILMAZ (İstanbul)  
Doç.Dr.Aysun YILMAZLAR (Uludağ)  
Prof.Dr.Ufuk YİĞİTŞUBAY (Cerrahpaşa)  
Doç.Dr.Serdar YOL (Selçuk)  
Dr. Kaya YORGANCI (Hacettepe)  
Doç.Dr.Yener YÖRÜK (Trakya)  
Prof.Dr.Sumru YURDARUL (Osmangazi)  
Dr. Hüseyin YÜCE (Fırat)  
Prof.Dr.Ahmet H. YÜCEL (Çukurova)  
Prof.Dr.Selçuk YÜCESAN (Harran)  
Prof.Dr.Mustafa YÜKSEL (Marmara)  
Doç.Dr.Betigül YÜRÜTEN (Selçuk)  
Doç.Dr.Adil ZAMANI (Selçuk)  
Uz.Dr. Pınar ZARAKOLU (Hacettepe)  
Prof.Dr.Emel ZENGİN (Cerrahpaşa)  
Yrd.Doç.Dr.Şahin ZETEROĞLU (Yüzcüncü Yıl)  
Doç.Dr.Ayşin ZEYTİNOĞLU (Ege)  
Prof.Dr.Mehmet ZİLELİ (Ege)  
Yrd.Doc.Dr. Mehdi ZOGHI (Ege)

-İsimler Soyadı sırasına göre alfabetik olarak sıralanmıştır.

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

# Türkiye Klinikleri

# MEDİTEST Dergisi

www.turkiye-klinikleri.com

## TÜRKİYE KLİNİKLERİ MEDİTEST DERGİSİ

### Sahibi

Prof.Dr.Hikmet AKGÜL

e-posta: hakgul@turkiye-klinikleri.com

(Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Onkoloji BD Başkanı)

### Türkiye Klinikleri Tıp Dergileri

#### Editörler Kurulu

Prof.Dr.Adnan GÜVENER (Başkan)

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

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

Prof.Dr.Seher BOSTANCI, Prof.Dr.F. Işık BÖKESOY,

Prof.Dr.Selçuk BÖLÜKBAŞI, Prof.Dr.Nebil BÜYÜKPAMUKÇU,

Prof.Dr.Şali ÇAĞLAR, Prof.Dr.Abdülkadir ÇEVİK,

Prof.Dr.Ayşegül DEMİRHAN ERDEMİR,

Prof.Dr.Pakize DOĞAN, Prof.Dr.Semra V. DÜNDAR,

Prof.Dr.Alaittin ELHAN, Prof.Dr.Selim EREKUL,

Prof.Dr.Yücel ERK, Prof.Dr.Orhan GÖĞÜŞ,

Prof.Dr.Ayfer GÜNALP, Prof.Dr.Nimet Ünay GÜNDOĞAN,

Prof.Dr.Haldun GÜNER, Prof.Dr.Mehmet Ali GÜRER,

Prof.Dr.Orhan GÜVEN, Prof.Dr.Enver HASANOĞLU,

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

Prof.Dr.Gülay KINIKLI, Prof.Dr.Bahattin KORUCU,

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

Prof.Dr.Numan NUMANOĞLU, Prof.Dr.İlker ÖKTEN,

Prof.Dr.Necatî ÖRMECİ, Prof.Dr.Ülken ÖRS,

Prof.Dr.Yalçın ÖZKAPTAN, Prof.Dr.Yücel PAK,

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

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

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

(İsimler Alfabetik Sıralanmıştır.)

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

#### Genel Müdür

Dr.Mehmet AKGÜL

e-posta: makgul@turkiye-klinikleri.com

#### Genel Yayın Koordinatörü

Uz.Dr.Sinan KORUKLUOĞLU

e-posta: skoruklu@turkiye-klinikleri.com

#### Yayınlar Teknik Koordinatörü

Recep ÇELEN

#### Reklam Koordinatörü

Dr.Deniz AKAGÜNDÜZ

e-posta: daakgul@turkiye-klinikleri.com

#### Abone ve Halkla İlişkiler Sekreterliği

Habibe ATAY

e-posta: abone@turkiye-klinikleri.com

#### Ankara Kitabevi

Kazım ERCAN, Hakkı KAHVECİ

**Yönetim Merkezi:** Talatpaşa Bulvarı No:102/1

06230 Hamamönü/ANKARA

Tel : (0312) 309 36 66 pbx.

Faks : (0312) 312 67 41

e-mail: meditest@turkiye-klinikleri.com

Web : www.turkiye-klinikleri.com

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

Tel : (0312) 435 43 50

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

**Abone Fiyatı:** Bir yıllık abone fiyatı (2002 İçin) KDV dahil 24.000.000 TL'dir.

**Abone olmak isteyenlerin;** Ortadoğu Reklam Tanıtım ve Yayıncılık A.Ş.'nin 149599 numaralı Posta Çeki hesabına ya da İş Bankası Ankara Dikimevi Şubesi 801000 (**havale ücreti alınmaz**) numaralı banka hesabına gerekli ücreti yatırıp, dekontu (ücretin MEDİTEST Dergisi aboneliği için ödendiğini belirten) kısa bir mektupla birlikte Talatpaşa Bulvarı No:102/1 06230 Hamamönü/Ankara adresine göndermeleri yeterlidir.

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

**Reklam konusunda tüm görüşmeler;**

Reklam Koordinatörü: Dr.Deniz Akagündüz

Tel : (0312) 309 36 66 pbx.

Faks : (0312) 312 67 41

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

ISSN: 1300-0276

Baskı: Türkiye Klinikleri, ANKARA

Türkiye Klinikleri

---

# MEDİTEST Dergisi

---

Cilt 11

Sayı 5

Haziran-Temmuz 2002

---

*Tıp eğitimi, tıp fakültelerinde bitmez; ancak başlar.*

**W.H. Welch**

## İÇİNDEKİLER

233

**Genel Cerrahi**

242

**Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi**

266

**Göz Hastalıkları**

276

**Ortopedi ve Travmatoloji**

281

**Üroloji**

# GENEL CERRAHİ

1. Aşağıdakilerden hangisi kanama zamanının oluşumunda rol oynamaz?

- a) Trombosit
- b) ADP
- c) TF4
- d) Mg
- e) Faktör VIII

**AÇIKLAMA:** Faktör VIII düzeyindeki değişiklikler kanama zamanını etkilemez. Kanama zamanının belirleyen başlıca faktörler, damar duvarının yapısı, trombosit ve bunların agregasyonunda rol oynayan faktörler.

Cevap E (*Schwartz, Principles of Surgery, 7.baskı, 1999, s.77-9*)

2. Doğru olanı seçiniz.

- a) Eroziv gastritin en önemli bulgusu epigastrik ağrıdır.
- b) Gastrinomaların %60'ını solid adenomlar oluşturur.
- c) Pernisyöz anemide gastrin düzeyi yükselir.
- d) Atrofik gastritte hem gastrin düzeyi hem de bazal asit output düzeyi yüksektir.
- e) Lenf tutulumu olmadan mukozada sınırlı mide Ca'ya erken mide Ca denir.

**AÇIKLAMA:** A. Eroziv gastritin en önemli bulgusu üst gastrointestinal sistem kanamasıdır.

B. Gastrinomaların %60'ını non b hücre adacık karsinomu oluşturur.

D. Atrofik gastritte bazal asit out-put düzeyi yüksek olmaz.

E. Erken mide karsinomu lenf nodu tutulumuna bağlı değildir.

Cevap C (*Schwartz, Principles of Surgery, 7.baskı, 1999, s.1191-1212*)

3. Portal hipertansiyonda postoperatif ensefalopati oranı en düşük olup, özofagus varislerinin gerilemesini en iyi sağlayan şant ameliyatı aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Yan-yana porta-kaval şant
- b) Distal splenorenal şant
- c) Klasik splenorenal şant
- d) Mezokoval şant
- e) Uç-yan porta-kaval şant

**AÇIKLAMA:** Distal splenorenal şant en sık uygulanan selektif şant ameliyatıdır. Şant sonrası

ensefalopati açısından en üstün şant ameliyatıdır. Ancak yaşam süresi açısından porta-kaval şantlardan farklı değildir.

Cevap B (*Cerrahi, 1.baskı, 1996, s.516*)

4. Aşağıdakilerden hangisi ülseratif kolitin özelliği olmaz?

- a) Psödopolipler
- b) Rektum tutulumu
- c) Terminal ileum tutulumu
- d) Mezorektum tutulumu
- e) Artralji

**AÇIKLAMA:** Ülseratif kolitin en tipik özelliği bağırsak mezosunun olaya katılmamasıdır.

Cevap D (*Schwartz, Principles of Surgery, 7.baskı, 1999, s.1238-1248*)

5. Yanlışı bulunuz.

- a) Midede bulunan somatostatin hücreleri parakrin etki ile asit düzeyini azaltırlar.
- b) Pariyetal hücrede bulunan kolinerjik reseptörler atropin ile inhibe edilirler.
- c) Histamin pariyetal hücrede cAMP'yi artırarak etki eder.
- d) Aşırı gastrik distansiyon gastrin salgısını artırır.
- e) Gastrin pariyetal hücrede cAMP'yi artırarak asit salgılatır.

**AÇIKLAMA:** Gastrin hücre içi Ca'u artırarak etkisini gösterir.

Cevap E (*Schwartz, Principles of Surgery, 7.baskı, 1999, s.1185-88*)

6. Aşağıdakilerden hangisi cerrahi enfeksiyon açısından değerlendirildiğinde temiz yarıdır?

- a) Mastektomi
- b) Apendektomi
- c) Billroth II
- d) Billroth I
- e) Sağ hemikolektomi

**AÇIKLAMA:** Mastektomi temiz yara olarak değerlendirilir.

Cevap A (*Schwartz, Principles of Surgery, 7.baskı, 1999, s.130*)

7. Yanlışı bulunuz.

- Yara iyileşirken kontraksiyonu myofibroblastlar sağlar.
- Büller epitelizasyonla iyileşirler.
- Yarada inflamasyon fazında ilk 24 saatte makrofajlar yarayı doldurur.
- Yarada anjiyogenezis fibroplazi döneminde oluşur.
- Fibronektin hücre matriks adezyonunu yönlendirir.

**AÇIKLAMA:** Yarada inflamasyon fazında ilk 24 saatte makrofajlar değil, polimorfonükleer lökositler yara içerisinde bulunur.

Cevap C (Schwartz, Principles of Surgery, 7.baskı, 1999, s.263-97)

8. Hangisi nütrisyonunu değerlendirme yöntemlerinden biri değildir?

- Total lenfosit sayısı
- Serum fibronektin seviyesi
- Benedict formülü
- Cilt katlantı kalınlığı
- Serum albümin seviyesi

**AÇIKLAMA:** Benedict formülü enerji gereksiniminin hesaplanmasında kullanılır.

Cevap C (Engin, Genel Cerrahi Tanı ve Tedavi İlkeleri, 1.baskı, 2000, s.63)

9. Peritonitte yanlışı işaretleyiniz.

- Visseral periton ağrıya duyarsızdır.
- İnflamasyon sonucu 5-8 lt sıvı dolaşımdan kaybolur.
- Vücut adrenal yolla sıvı ve elektrolit kaybını önlemeye çalışır.
- Peritonitin teşhisinde fizik bulgular anamnezden daha değerlidir.
- Karın oskültasyonunda artmış bağırsak gazları nedeniyle kalp sesleri yansımaları duyulur.

**AÇIKLAMA:** Visseral periton otonomik sinir sistemi ile innervedir ve ağrıya duyarsızdır. Peritonit sonucu intravasküler alandan üçüncü boşluğa 5-8 lt sıvı kaçıışı olur. Adrenal bezden salınan hormonlarla sıvı ve elektrolit kaybı önlenmeye çalışılır. Teşhiste fizik bulgular anamnezden daha değerlidir. Karın oskültasyonunda kalp seslerinin yansıma şeklinde duyulması yoktur.

Cevap E (Sayek, Temel Cerrahi, 1.baskı, 1991, s.1057)

10. Yanlışı işaretleyiniz.

- Erken dönemde cerrahi gerektiren intestinal obstrüksiyonlar;
- Strangüle bağırsak tıkanmaları
  - İki ucu kapalı bağırsak tıkanmaları
  - Kolona ait tıkanmalar

- Adeziv bantlara ait tıkanmalar
- Hiçbiri

**AÇIKLAMA:** İntraperitoneal yaygın adezyonlardan meydana gelmiş bağırsak tıkanmaları dolayısı ile birçok kereler cerrahi işlem geçirmiş hastalarda, her yeni operasyonun yeni adezyonların gelişmesine neden olabileceği göz önüne alınarak, böyle hastalarda bir süre dekompresyon yapılması ve intravenöz sıvı ve elektrolitlerin sağlanması sırasında spontan iyileşme olup olmayacağı dikkatle gözlenebilir.

Cevap D (Sayek, Temel Cerrahi, 1.baskı, 1991, s.643)

11. Yanlışı işaretleyiniz.

- GİS kanamalarında GGK (+) olabilmesi için en az 20 ml kanama gereklidir.
- Postüral hipotansiyon 1000 ml'nin altında bir kanamaya işaret eder.
- Kan üre azotunun artışı kanamanın şiddetiyle paralellik içindedir.
- Mortalite oranı en yüksek GİS kanama nedeni özofagus varisleridir.
- Duodenal ülserle bağlı kanamalar gastrik ülserle göre 4 kat fazladır.

**AÇIKLAMA:** Kural olarak, ortostatik hipotansiyonun varlığı veya yatar durumda kan basıncınının 100 mmHg'nin altında oluşu 1000 ml'nin üzerinde olan bir kanamaya işaret eder.

Cevap B (Sayek, Temel Cerrahi, 1.baskı, 1991, s.608)

12. Yanlışı işaretleyiniz.

- Primer hiperaldosteronizm
- Tümör %10-15 vakada ekstraadrenaldır.
  - Renine bağlı olmaksızın aşırı aldosteron salınımı vardır.
  - Hipokalemik alkaloz gelişir.
  - Teşhiste en önemli kriterlerden biri tuz yüklemesi testidir.
  - Hiperplazilerde tedavi medikaldir.

**AÇIKLAMA:** Primer hiperaldosteronizm böbrek üstü bezinden kaynaklanır. Ekstraadrenal olarak diğer kromafin dokulardan kaynaklabilen feokromasitomadır.

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi, 1.baskı, 1991, s.1161,1164)

13. Akut intestinal iskemi ile ilgili hangisi doğrudur?

- En sık görülen etiyolojik neden akut arteriyel trombozdur.
- %70 vakada epigastriumda üfürüm vardır.
- Nonobstrüktif iskemi olgularında mezenterik damarlarda yaygın bir vazokonstrüksiyon vardır.
- Ölüm oranı %90 seviyesindedir.
- Prognozu etkileyen faktör bağırsak rezeksiyon-

larının genişliğidir.

**AÇIKLAMA:** Kronik intestinal iskemik vakalarında fizik muayenede %70 vakada intestinal kan dolaşımından mide kan dolaşımına doğru çalma meydana geldiğinden epigastriumda üfürüm duyulur.

Cevap B (*Sayek, Temel Cerrahi, 1.baskı, 1991, s.1086*)

**14.Yanlışı işaretleyiniz.**

- Hiperparatiroidizmi olguların %85'inde benign paratiroid adenomu nedendir.
- Diğer hiperkalsemilerden ayırımı kanda PTH seviyesinin yüksekliği ile yapılır.
- Hiperparatiroidi nadiren familyal olarak ortaya çıkabilir.
- Vitamin D eksikliği genellikle vardır.
- Serumda alkalin fosfatın kemik izoenziminin konsantrasyonu artmıştır.

**AÇIKLAMA:** Parathormonun yüksekliği vitamin D eksikliğine yol açmaz.

Cevap D (*Schwartz, Principles of Surgery, 7.baskı, 1999, s.1699*)

**15.Cerrahi tedaviyi takiben en düşük ülser nüksü aşağıdaki operasyonlardan hangisinden sonra görülür?**

- Subtotal gastrektomi
- Vagotomi+Antrektomi
- Vagotomi+Piloroplasti
- Total gastrektomi
- High selektif vagotomi

**AÇIKLAMA:** Cerrahi tedaviyi takiben ülser nüks oranları şu şekildedir:

Subtotal gastrektomide %1-2

Vagotomi+Antrektomide %1-2

Vagotomi+Piloroplastide %10

Total gastrektomide %1'den az

High selektif vagotomide %10-15

Cevap D (*Sorularla Cerrahi, 1.baskı, 1994, s.152*)

**16.Yanlışı işaretleyiniz.**

**Hipoparatiroidizm**

- Çoğunlukla cerrahi komplikasyon sonucu gelişir.
- Kan kalsiyum ve inorganik fosfat düzeyi düşüktür.
- İV kalsiyum infüzyonu ile acil tedavi gerekir.
- Serum PTH düzeyi çok düşüktür.
- Uzun süreli tedavi oral Vit. D preparatları ile yapılır.

**AÇIKLAMA:** Hipoparatiroidizm biyokimyasal olarak hipokalsemi ve hipofosfatemi ve dolaşımda parathormonun azalması veya yokluğu ile karakterizedir.

Cevap B (*Sayek, Temel Cerrahi, 1.baskı, 1991, s.1257*)

**17.Aşağıdaki hastalıklardan hangisi duodenal ülser etiyojisinde suçlanamaz?**

- Üremi
- Siroz
- Hiperparatiroidizm
- Yanık
- Epigastrik herni

**AÇIKLAMA:** Epigastrik herni dışındaki patolojilere peptik ülser eşlik edebilir.

Cevap E (*Sabiston, Textbook of Surgery, 13.baskı, 1986, s.822*)

**18.Yanlışı işaretleyiniz.**

- İn situ lobüler Ca malignleşirse genellikle duktal Ca gelişir.
- Lobüler Ca'lar genellikle bilateral görülebilir.
- İnfiltratif duktal Ca en sık görülen meme Ca'dır.
- Meme Ca'lar en fazla memenin santral bölgesinde görülür.
- Gençlerde en sık memenin benign tümörü fibroadenomdur.

**AÇIKLAMA:** Meme Ca'lar en sık memenin üst dış kadranında (%44.1 oranında) görülür.

Cevap D (*Engin, Genel Cerrahi Tanı ve Tedavi İlkeleri, 1.baskı, 2000, s.376*)

**19.Hangisi aksiller lenf noduna dahil değildir?**

- Santral grup
- İnterpektoral grup
- Mammaria eksterna
- Supraklaviküler grup
- Scapular grup

**AÇIKLAMA:** Aksiller lenfatikler lateral grup, skapular grup, aksiller ven grubu, interpektoral grup, santral grup ve subklaviküler gruptan oluşur.

Cevap D (*Engin, Genel Cerrahi Tanı ve Tedavi İlkeleri, 1.baskı, 2000, s.377*)

**20.Yanlışı işaretleyiniz.**

**Alt GiS kanamaları**

- Okkült kanamalar gaitada gizli kan varlığı veya demir eksikliği ile seyreder.
- 60 yaşın altında kolon Ca ve polipler en sık kanama nedenidir.
- Aktif kanamada acil kolonoskopi endikasyonu vardır.
- Enteroklizis durmuş GiS kanamasında ilk tercih edilecek teşhis yöntemidir.
- Altmış yaş üstünde vasküler ektaziler masif alt gastrointestinal sistem kanamasının en sık nedenidir.



## GENEL CERRAHI

**AÇIKLAMA:** Kolonoskopi, arteriografi, kanama sintigrafisi, kontrastlı kolon ve ince bağırsak grafileri ve endoskopilerin negatif olduğu hastalarda kanama odağını bulmak için enteroklizis yapılabilir.

Cevap D (*Sayek, Temel Cerrahi, 1.baskı, 1991, s.608*)

**21.Preoperatif cerrahi beslenme ihtiyacının değerlendirilmesinde hangisine bakılmaz?**

- a) Serum albümin düzeyi
- b) Serum transferrin düzeyi
- c) Lenfosit
- d) Cilt testleri
- e) Serum globulin düzeyi

**AÇIKLAMA:** Nutrisyonel ve metabolik durumun değerlendirilmesinde serum globulin düzeyi kullanılmamaktadır.

Cevap E (*Engin, Genel Cerrahi Tanı ve Tedavi İlkeleri, 1.baskı, 2000, s.61*)

**22.Travmada kortizolün etkileri ile ilgili yanlış işaretleyiniz.**

- a) Hiperglisemiye yol açar.
- b) Karaciğerde glukoneogenezi artırır.
- c) Lipolizi artırır.
- d) İmmünstimülandır.
- e) İskelet kasında proteolizi ve laktat salınımını artırır.

**AÇIKLAMA:** Kortizol, sayıları artmış lenfosit, monosit ve polimorfonükleer hücrelerin fonksiyonlarını azaltarak immünolojik ve iltihabi cevabı inhibe etmektedir.

Cevap D (*Schwartz, Principles of Surgery, 7.baskı, 1999, s.8*)

**23.Pelvik rektoperitoneal kanamaların en önemli nedeni hangisidir?**

- a) Arteria iliaca interna rüptürü
- b) Arteria iliaca eksterna rüptürü
- c) Pelvis fraktürü
- d) Böbrek travması
- e) Aorta abdominalis anevrizması

**AÇIKLAMA:** Retroperitoneal hematomların en sık nedeni (%60) pelvis kırıklarıdır.

Cevap C (*Engin, Genel Cerrahi Tanı ve Tedavi İlkeleri, 1.baskı, 2000, s.195*)

**24.Ülseratif kolitli hastalarda en sık gözlenen cerrahi endikasyon aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Kanama
- b) Perforasyon
- c) Toksik megakolon
- d) Kolorektal karsinom gelişimi
- e) Tıbbi tedaviye yanıtızlık

**AÇIKLAMA:** Kolitis ülserozada en sık cerrahi endikasyon gerektiren durum, hastalığın ilaç tedavisiyle kontrol altına alınamamasıdır. Tanı konulmasından sonra uzun süre geçen hastalarda, profilaktik olarak total kolektomi düşünülebilir.

Cevap E (*Sabiston, Essentials of Surgery, 15.baskı, 1995, s.340*)

**25.Karaciğer hemanjiyomundan sonra en sık görülen benign tümör aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Hamartom
- b) Fokal nodüler hiperplazi
- c) Adenom
- d) Lipoma
- e) Hemanjiyoendotelyoma

**AÇIKLAMA:** Karaciğerin en sık görülen benign tümörü hemanjiyomlarıdır. En sık olarak kavernöz tipte olurlar. Kavernöz hemanjiyomların karın içinde en sık görüldüğü organ karaciğerdir. **Fokal nodüler hiperplazi karaciğerin hemanjiyomdan sonra en sık görülen benign tümördür.**

Cevap B (*Cerrahi, 1.baskı, 1996, s.500*)

**26.Aşağıdakilerden hangisi renal transplantasyonun başarılı gerçekleştirilmesinde en önemlidir?**

- a) Alıcı ve vericinin ABO grupları
- b) Alıcı ve vericinin lenfosit kültürleri
- c) Alıcının periferik T hücre sayımı
- d) Alıcı ve vericinin arasındaki akrabalık ilişkisi
- e) Alıcı ve vericinin HLA tipleri

**AÇIKLAMA:** Renal transplantasyonlarda ABO uyumu çok önemlidir. ABO'daki uyumsuzluk transplante edilen organın erken hasarına yol açmaktadır.

Cevap A (*Schwartz, Principles of Surgery, 7.baskı, 1999, s.364-5*)

**27.Aşağıdakilerden hangisi Zollinger-Ellison sendromu (gastrinoma) için doğru değildir?**

- a) Yaygın görülen duodenal ülserlere göre daha büyük ve çok sayıda ülser saptanır.
- b) Medikal tedaviye daha az yanıt verir.
- c) Yeterli medikal ve cerrahi tedaviye rağmen nöksler sık görülür.
- d) Standart gıda alan Zollinger-Ellison sendromlu hastalarda, bazal asit sekresyonu normal sağlıklı bireylere göre, çok daha şiddetli ve belirgin olarak artar.
- e) Kalsiyum ve sekretin provokasyon testleri diğer tanıya yardımcı testlerdir.

**AÇIKLAMA:** Zollinger-Ellison sendromlu hastalarda standart gıda sonrası normal bireylere göre asit sekresyonunda hafif bir artış görülür. Bu provokatif testlerden biridir. Diğer provokatif testler kalsiyum glukonat ve sekretin enjeksiyonudur. a, b ve c şıkları

doğrudur.

Cevap D (Schwartz, Principles of Surgery, 7.baskı, 1999, s.1195-96)

**28.Yanlışlı bulunuz.**

- Gardner sendromu premalign bir hastalıktır.
- Kolon divertiküllerinin en önemli komplikasyonu kanama ve divertikülitir.
- Divertikülitin teşhisinde en doğru bilgiye endoskopi ile ulaşılır.
- Kolon tümörlerinin %55-60'ı rektosigmoid bölgede yerleşir.
- Kolon kanserlerinde hematojen yayılım sırasıyla karaciğer, akciğer, kemik, böbrek, merkezi sinir sistemidir.

**AÇIKLAMA:** Divertikülit esnasında perforasyon komplikasyonunu çok arttıracığından endoskopi yapılmaz.

Cevap C (Schwartz, Principles of Surgery, 7.baskı, 1999, s.1203-07, 1259-70)

**29.Aşağıdaki hastalıklardan hangisinde ilk tedavi cerrahi değildir?**

- Karaciğer piyogenik absesi
- Operabl mide kanseri
- Memenin fibroadenomü
- Sliding inguinal herni
- Operabl rektum kanseri

**AÇIKLAMA:** Karaciğer piyogenik absesinde en sık etkenler gram negatif aeroblardır. Antibiyotik tedavisi özellikle multipl absesi olanlarda daha önem kazanır.

Cevap A (Sayek, Temel Cerrahi, 1.baskı, 1991, s.914)

**30.Hiperkalemi en sık olarak aşağıdaki durumlardan hangisinde görülür?**

- Uzun süreli kusmalar
- Renal yetmezlik
- Fonksiyonel adrenal korteks tümörü
- Sarkoidoz
- Zollinger-Ellison sendromu

**AÇIKLAMA:** Normal koşullarda potasyum alımında artma nadiren hiperpotasemi yapar. Potasyum bir yandan hücre içine girerken, diğer yandan böbreklerden fazla miktarda atılarak plazma düzeyinin artması önlenir. **Hiperpotaseminin klinikte en sık rastlanan sebebi böbrek yetmezliğidir.**

Cevap B (Rypin's Medical Boards Review, Clinical Sciences, 15.baskı, 1996, s.76)

**31.Aşağıdakilerden hangisi Crohn ve Colitis ülseroza arasındaki klinik farklılıklardan biri değildir?**

- Rektal kanama Colitis ülserozada daha sık görülür.
- Perianal komplikasyonlar Crohn'da daha sık

görülür.

c) Abdominal kitle varlığı Colitis ülserozada daha sık görülür.

d) Tenesmus Colitis ülserozada daha sık görülür.

e) Abdominal ağrı Crohn'da daha sık görülür.

**AÇIKLAMA:** Rektal kanama ve tenesmus kolitis ülserozada daha sık görülürken, perianal komplikasyonlar, karın ağrısı ve batında kitle Crohn'da daha sık görülür.

Cevap C (Schwartz, Principles of Surgery, 7.baskı, 1999, s.1312)

**32.Aşağıdakilerden hangisi özofagus varis kanamalarının teşhisinde en iyi metoddur?**

- Aortografi
- Çöliyak anjiyografi
- Özofagoskopi
- Baryumlu grafi
- Özofageal balon tamponadı

**AÇIKLAMA:** Özofagoskopi ile kanama odağının görüntülenmesi yapılacak en etkin tanı metodudur. Çöliyak anjiyografi ile arteriyel bir kanama görülebilirken venöz bir kanama görülemez.

Cevap C (Schwartz, Principles of Surgery, 7.baskı, 1999, s.1418)

**33.Aşağıdaki Ranson kriterlerinden hangisi hastaneye ilk gelişte önemsizdir?**

- Hasta yaşının 55'den fazla olması
- Açlık kan şekerinin 200 mg/dl'den yüksek olması
- Lökosit sayısının 16.000/mm<sup>3</sup>'den fazla olması
- AST'ın 6 katından fazla olması
- Serum Ca düzeyinin 8 mg/dl'den az olması

**AÇIKLAMA:** Serum Ca düzeyinin 8 mg/dl'den az olması 48. saat Ranson kriterlerinden biridir.

Cevap E (Schwartz, Principles of Surgery, 7.baskı, 1999, s.1477)

**34.Künt travmalarda hangi organ yaralanmalarında tanıda gecikme olabilir?**

- Karaciğer yaralanması
- Dalak yaralanması
- Pankreatiko-duodenal yaralanma
- Kolon yaralanması
- İnce bağırsak yaralanması

**AÇIKLAMA:** Pankreatiko-duodenal yaralanmalarda tanı, çoğu kez beraberindeki yaralanmalar nedeniyle yapılan laparotomiler sırasında konur.

Cevap C (Engin, Genel Cerrahi Tanı ve Tedavi İlkeleri, 2000, s.189)

**35.15 kg ağırlığında vücut yüzeyinin %60'ı yanan bir çocuğa ilk 8 saatte ne kadar sıvı verilmesi gerekir? (Modifiye Parkland formülüne göre)**

## GENEL CERRAHI

- a) 2250
- b) 1800
- c) 3000
- d) 1125
- e) 3600

**AÇIKLAMA:** Çocukta 3 m/kg/% yanık (%60'dan fazla yanıklar 50 olarak denkleme konulur)

Cevap D (Engin, Genel Cerrahi Tanı ve Tedavi İlkeleri, 1.baskı, 2000, s.221)

**36. Gastrointestinal sistemde jeneralize hamartomlarla birlikte alopesi, kutanöz pigmentasyon, el ve ayak tırnaklarında atrofi olan bir hastada en olası tanı hangisidir?**

- a) Peutz-Jeghers sendromu
- b) Von-Hippel Lindau sendromu
- c) Nörofibromatozis tip 2
- d) Cronkhite-Canada sendromu
- e) Gardner sendromu

**AÇIKLAMA:** Cronkhite-Canada sendromu gastrointestinal sistem boyunca jeneralize hamartomlarla birlikte alopesi, kutanöz pigmentasyon ve ayak ve el tırnaklarında atrofi ile karakterize genetik geçişi olmayan bir hastalıktır.

Cevap D (Oto, NMS Cerrahi, 3.baskı, 1999, s.207)

**37. Kronik pankreatit için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?**

- a) Kronik pankreatitin etiyolojik sebepleri arasında alkol kullanımı yer almamaktadır.
- b) Hastaların tamamında insüline bağımlı diyabet vardır.
- c) İmmünglobulin M ve G düzeylerinin yükselmesi kronik pankreatit lehinedir.
- d) ERCP'de Wirsung kanalının dilatasyonu ile birlikte yan kanalcıkların dolması kronik pankreatit için spesifiktir.
- e) Kronik pankreatitte kanserleşme oldukça sıktır.

**AÇIKLAMA:** Kronik pankreatitte düşük proteinli beslenme ile beraber alkol kullanımı etiyolojik nedenler arasında gösterilmektedir. Hastaların 2/3'ünde glukoz tolerans testi bozulmuştur, bununla beraber hastaların ancak 1/3'ünde insüline bağımlı diyabet vardır. İmmünglobulin A ve G düzeylerinin yükselmesi kronik pankreatit tanısını destekler. Kanserleşme oldukça nadirdir.

Cevap D (Değerli, Cerrahi Gastroenteroloji, 4.baskı, 1997, s.267)

**38. Meme kanserleri içinde en kötü prognoza sahip olanı aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) İnvaziv duktal kanser
- b) İnvaziv lobuler kanser
- c) Enflamatuvar kanser
- d) İnvaziv medüller kanser

**e) Paget kanseri**

**AÇIKLAMA:** Klinik görünüm ve bulgulara dayanılarak adlandırılan enflamatuvar kanser, meme kanserleri içinde en kötü prognoza sahip olanıdır.

Cevap C (Değerli, Genel Cerrahi, 6.baskı, 1998, s.290)

**39. Aşağıdakilerden hangisi tiroidektominin komplikasyonlarından değildir?**

- a) Tiroid krizi
- b) Kanama
- c) Hava yolu tıkanması
- d) Rekürren laringeal sinir yaralanması
- e) Hiperparatiroidizm

**AÇIKLAMA:** Tiroidektominin komplikasyonu olarak hipoparatiroidizm gözlenir. Genellikle cerrahiden sonraki ilk 24 saat içinde görülür ve serum kalsiyum konsantrasyonu düşmesine neden olur.

Cevap E (Oto, NMS Cerrahi, 3.baskı, 1999, s.297)

**40. Kırk yaşında kadın hasta, sağ üst karın bölgesinde birden başlayan ve sağ omuza vuran ağrı, bulantı ve kusma şikayeti ile acil servise başvuruyor. Yapılan muayenesinde sağ üst kadrının hassas olduğu tespit ediliyor. Hafif ateşi ve orta derecede lökositozu olan hastanın, serum amilazı normal bulunuyor. Bu hastanın yapılan muayenesinde hangi belirtinin pozitif bulunmuş olmasını beklersiniz?**

- a) Rowsing belirtisi
- b) Cullen belirtisi
- c) Murphy belirtisi
- d) Grey Turner belirtisi
- e) Blumberg belirtisi

**AÇIKLAMA:** Karnın sağ üst kesiminde ani başlayan ağrı ve muayenede hassasiyet, hafif ateş ve orta derecede lökositoz, ağrının sağ omuza yayılması, serum amilazının normal seviyede olması, bulantı ve kusma şikayeti, akut kolesistit tanısını koydurur. Sağ subkostal bölgenin derin palpasyonu sırasında soluk alma istendiğinde meydana gelen ani duyarlılık, hastanın soluk almasını kesmesine yol açar. Buna **Murphy belirtisi** denir. Akut kolesistitte pozitif olması beklenir.

Cevap C (Değerli, Cerrahi Gastroenteroloji, 4.baskı, 1997, s.235)

**41. Çocuklarda görülen inguinal herninin ayırıcı tanısında öncelikle düşünülmesi gereken hastalık hangisidir?**

- a) Femoral herni
- b) Inguinal lenfadenopati
- c) Hidroset
- d) Subkutan lipom

**e) Femoral arter anevrizması**

**AÇIKLAMA:** Çocuklarda hidrosel ilk 6 ayda görülmekte ve çoğunlukla tedavi gerektirmemektedir. Diğer şıklarda yer alan hastalıklar ise sıklıkla erişkinlerde görülmektedir.

Cevap C (*Maingot's Abdominal Operations, 10.baskı, 1997, s.479*)

**42.Visseral arter anevrizması en sık hangi arterde yerleşir?**

- Hepatik arter
- Splenik arter
- Arteria mesenterica superior
- Çöliyak arter
- Arteria mesenterica inferior

**AÇIKLAMA:** Splenik arter, %56 oranıyla visseral anevrizmaların en sık yerleşim yeridir.

Cevap B (*Shackelford's Surgery of the Alimentary Tract, 4.baskı, 1996, s.55*)

**43.Safra taşları hakkında yanlış olan ifadeyi işaretleyiniz.**

- Kolesterol taşı ve pigment taşı olmak üzere iki esas tip söz konusudur.
- Pigment taşları, kahverengi ve siyah, kolesterol taşları da mikst ve saf olmak üzere alt gruplara ayrılırlar.
- Kolesterol taşlarının %90'ı saf kolesterol taşıdır. Mikst kolesterol taşları oldukça azdır.
- Siyah pigment taşları ekseriya hemolitik hastalıklar veya siroz zemininde oluşurlar.
- Kahverengi pigment taşlarının oluşumunda safri stazi ve infeksiyon anahtar rol oynar.

**AÇIKLAMA:** Burada yazılanın aksine kolesterol taşlarının büyük kısmı mikst taşlardır. Saf kolesterol taşı oranı %10 civarındadır.

Cevap C (*Townsend, Sabiston Textbook of Surgery, 16.baskı, 2001, s.1083*)

**44.Aşağıdakilerden hangisi kolonun, cerrahi insizyonla açılmasını ifade eder?**

- Kolektomi
- Kolostomi
- Kolotomi
- Kolopeksi
- Kolorafi

**AÇIKLAMA:** Cerrahi pratiğinde sıkça kullanılan bu terimler içerisinde, -ektomi bir organın kısmen ya da bütünüyle çıkarılmasını, -ostomi boşluklu bir organın bir başka organ ya da karın duvarı ile ağızlaştırılmasını, -peksi bir organ ya da yapının dikişle asılması, fikse edilmesini, -rafi ise organdaki

bir yara ya da açıklığın suture edilerek kapatılmasını, tamirini ifade eder. Dolayısıyla doğru yanıt C, şıkkıdır.

Cevap C (*Henry, Clinical Surgery, 1.baskı, 2001, s.52*)

**45.Özofagus leiomyomu için yanlış olanı işaretleyiniz.**

- Özofagusun en sık görülen selim tümörüdür.
- Genellikle asemptomatiktir ve tesadüfen otopside saptanır.
- İntramural yerleşimlidir. Mukoza intakt'dır.
- Baryumlu özofagus pasaj grafisi ve endoözofageal ultrasonografi ile tanı konur.
- İstisnasız bütün olgularda cerrahi tedavi zorunludur.

**AÇIKLAMA:** Özofagus leiomyomunda semptomatik olgularda ya da çapı 5 cm'den büyük tümörlerde cerrahi tedavi endikasyonu vardır. Asemptomatik, rastlantısal olarak saptanmış daha küçük tümörler ameliyat edilmeden izlenebilir. Bu tümörler çok yavaş büyürler ve malign dejenerasyon son derece nadirdir.

Cevap E (*Townsend, Sabiston Textbook of Surgery, 16.baskı, 2001, s.728*)

**46.Aşağıdaki cümlelerden hangisi metabolik asidozu tanımlamaz?**

- Henderson-Hasselbach değeri 20:1'den daha düşüktür.
- Kompensatuvar mekanizmada solunum derinliği ve sıklığı artmıştır.
- En sık nedenleri arasında diyare, ince bağırsak fistülü ve diyabet söz konusudur.
- Defekt bikarbonat artışı, asid kaybı ve potasyum açığıdır.
- pH 7.4'den düşük ve plazma HCO<sub>3</sub> normalden düşük olarak tespit edilir.

**AÇIKLAMA:** Metabolik asidozda defekt asid artışı ve bikarbonat kaybıdır. En sık nedenleri diyabet, diyare ve ince bağırsak fistülüdür. Henderson-Hasselbach eşitliği 20:1'den düşüktür. Kompensatuvar mekanizma solunumda hız ve derinlik artışı ile renal olarak da bikarbonat tutulumu, asid tuzların salınımı ile olur. Bikarbonat artışı, asid kaybı ve potasyum açığı metabolik alkalozise yol açar.

Cevap D (*Schwartz, Principles of Surgery, 6.baskı, 1994, s.61-93*)

**47.Aşağıdaki tetkiklerden hangisi gastroözofageal reflü hastalığının tanı ve tedavisinde spesifik değer taşımaz?**

- Endoskopi
- Direkt batın grafisi
- Manometri
- 24 saatlik pH metre

## GENEL CERRAHI

### e) Sintigrafi

**AÇIKLAMA:** Gastroözofageal reflü hastalığında tanı yöntemleri içinde endoskopik sınıflamalar bize erezyonun ve ülserin oluşumunu göstererek derecelendirmeyi sağlar. Manometrik çalışmalar özofagusun kasılma gücünü ortaya koyarak tedavi yöntemlerinin seçilmesini sağlar. 24 saatlik pH metrik çalışmalar reflünün ciddiyetini belirler. Sintigrafi mide boşalım zamanını gösterir. Baryumlu kontrast grafi reflü ve hiyatal herni varlığını ortaya koyar. Direkt batin grafisinin gastroözofageal reflü hastalığında spesifik değeri yoktur.

Cevap B (*İpek, Gastroözofageal Reflü Hastalığı ve Laparoskopik Cerrahi Tedavisi, 1.baskı, 2000*)

### 48.Aşağıdaki hormonlardan hangisi intrasellüler reseptörlere bağlanır?

- a) FSH
- b) Glukagon
- c) LH
- d) PTH
- e) Tiroid hormonları

**AÇIKLAMA:** E şıkkı haricinde görülen bütün hormonlar hücre yüzeyine yapışır, sadece tiroid hormonları intrasellüler reseptörlere bağlanır.

Cevap E (*Schwartz, Principles of Surgery, 7.baskı, 1999, s.5*)

### 49.Aşağıdakilerden hangisi somatostatin için doğru değildir?

- a) 14 amino asitten oluşan bir polipeptittir.
- b) Gastrik antrumdan salgılanır.
- c) Pankreatik D hücrelerinden salgılanır.
- d) GH, TSH, Renin, insulin ve glukagonun potent inhibitörüdür.
- e) Ağrı ile ilgili görevleri vardır, serotonin aracılı yol ile hipotansiyona neden olurlar.

**AÇIKLAMA:** E şıkkı haricinde hepsi somatostatinin özelliklerinden biridir ancak e şıkkı  $\beta$ -endorfini tarif etmektedir.

Cevap E (*Schwartz, Principles of Surgery, 7.baskı, 1999, s.11*)

### 50.Aşağıdakilerden hangisi kolesistektomi için belirtilen tanımlamalar için doğru değildir?

- a) Laparoskopik kolesistektomi T-helper 1 hücreleri ile, hücresel ağırlıklı bir immünite oluşturur.
- b) Açık kolesistektomi T-helper 2 hücreleri ile, humoral ağırlıklı bir immünite oluşturur.
- c) T-helper 1 hücreleri özellikle IL-12 ile aktive olurlar.

d) T-helper 2 hücreleri özellikle IL-4 ile aktive olurlar.

e) Cerrahi travma laparoskopik kolesistektomi de daha fazla olduğu için ağrı ve postoperatif konfor daha iyidir.

**AÇIKLAMA:** Cerrahi travma laparoskopik kolesistektomi de daha az olduğu için sadece hücresel immünite oluşmakta ve postoperatif konfor daha iyi olmaktadır.

Cevap E (*Schwartz, Principles of Surgery, 7.baskı, 1999, s.18*)

### 51.Aşağıdakilerden hangisi intravenöz hiperalimentasyonun endikasyonlarından?

- a) 8 cm'den küçük ince bağırsağa olan infantlar
- b) Ağızdan yeterince alamayan malnutrisyonlu hasta
- c) Sepsis
- d) Gastrointestinal sistemin kullanılmadığı multi travma hastası
- e) Dekübitis ülserli parapilejik, quatriplejik ve debil hastalar

**AÇIKLAMA:** A şıkkı daha sonra bağırsak adaptasyonu mümkün olmayacağı için hiperalimentasyonun kontrendikasyonudur. b, c, d şıkları, Georgetown Üniversitesi'ndeki bir panelde klinik yol göstericiler olarak basılmıştır. E şıkkında ise, fekal kontaminasyon dekübitis ülserleri için problem yaratacağı için oral beslenme önerilmez.

Cevap A (*Schwartz, Principles of Surgery, 7.baskı, 1999, s.42-43*)

### 52.Aşağıdakilerden hangisi akut ve kronik yaralar için doğru değildir?

- a) Akut yaralar sağlıklı ve normal kişilerde görülür.
- b) Akut yaralar genellikle primer olarak kapatılabilirler.
- c) Basıya bağlı ülserler, diyabetik ülserler akut yaralar sınıfına girerler.
- d) Kronik yaralar altta yatan sebep düzeltilmeden kolay kolay iyileşmezler.
- e) Kronik yaralar sıklıkla nüks ederler.

**AÇIKLAMA:** Basıya bağlı ülserler ve diyabetik ülserler kronik yaralar sınıfına girerler. Diğer şıklardaki tanımlamalar doğrudur.

Cevap C (*Schwartz, Principles of Surgery, 7.baskı, 1999, s.285*)

### 53.Aşağıdakilerden hangisinde mide kanseri gelişme riskinde bir artış beklenmez?

- a) Kronik atrofik gastrit
- b) Gastrik adenomatöz polip

- c) Pernisiyöz anemi
- d) İntestinal metaplazi
- e) Gastrik peptik ülser

**AÇIKLAMA:** Mide peptik ülser zemininde malignite gelişmeyip, ülser malign ise başlangıcından itibaren malign olmaktadır. Diğer seçeneklerde yer alan lezyonların hepsi belli oranlarda malignite riski taşımaktadır.

Cevap E (*Maingot's Abdominal Operations, 10.baskı, 1997, s.1007*)

- 54.Aşağıdakilerden hangisi kardiyak transplantasyonun kontrendikasyonlarından değildir?**
- a) İleri yaş (>65 yaş)
  - b) Aktif peptik ülser
  - c) Malignite varlığı
  - d) Ciddi periferik ya da serebral vasküler hastalık
  - e) Psikiyatrik hastalık

**AÇIKLAMA:** Aktif peptik ülser, geri dönebilme ihtimali olan bir kontrendikasyondur, tedavi sonrası kardiyak transplantasyon mümkün olabilir. Ancak diğer şıklar kesin kontrendikasyondur. Psikiyatrik hastalık ve tıbbi tedaviye uyumsuzluk da kesin kontrendikasyonlar içindedir.

Cevap B (*Schwartz, Principles of Surgery, 7.baskı, 1999, s.397*)

- 55.Aşağıdakilerden hangisi ampiyemin tedavi seçeneklerinden biri değildir?**
- a) Tek başına antibiyotik tedavisi
  - b) Torasentez
  - c) Tüp torakostomi ve kapalı su altı drenajı
  - d) Açık drenaj ve kot rezeksiyonu
  - e) Torakotomi ve pulmoner rezeksiyon

**AÇIKLAMA:** E şıkkı haricinde tüm seçenekler tedavi alternatifleridir. Hepsinin başarı oranı birbirinden farklıdır. Ancak pulmoner rezeksiyon gereksizdir.

Cevap E (*Schwartz, Principles of Surgery, 7.baskı, 1999, s.704-6*)

- 56.Aşağıdakilerden hangisi Mallory-Weiss sendromu (Gastroözofageal bileşkede mukozal yırtıklar, üst gastrointestinal sistem kanaması) doğru değildir?**
- a) Ciddi üst gastrointestinal sistem kanamalarının %15'inden sorumludur.
  - b) Mekanizma spontan özefagus perforasyonunda olduğu gibi intraabdominal basınçta artış şeklindedir.
  - c) Kusma mutlaka vardır.
  - d) Arteriyel kanama mevcuttur.
  - e) Hastaların çoğunda operasyon gerekmeden,

kanama kendiliğinden destekleyici tedavi ile durur.

**AÇIKLAMA:** Kusmanın olması mutlak bir gerekçe değildir. İntraabdominal basıncı ani arttıran epilepsi, şiddetli öksürük de mukozal yırtıklara ve kanamaya neden olabilir. Diğer şıklar doğrudur.

Cevap C (*Schwartz, Principles of Surgery, 7.baskı, 1999, s.1168*)

**57.Yanlış bulunuz.**

- a) Reflü özefajit duodenal ülser ameliyatlarının geç dönem komplikasyonudur.
- b) Alkalen reflü gastritin cerrahi tedavisi Roux-en-Y gastrojejunostomidir.
- c) Peptik ülser perforasyonunda direkt batın grafisinde mutlaka serbest hava vardır.
- d) Pilor stenozunda ameliyat olarak sadece proksimal gastrik vagotomi (PGV) yapmak yanlıştır.
- e) PGV yapılan hastalara drenaj ameliyatı gerekmez.

**AÇIKLAMA:** Peptik ülser perforasyonlarının ancak %75'inde serbest hava görülür.

Cevap C (*Engin, Genel Cerrahi Tanı ve Tedavi İlkeleri, 1.baskı, 2000, s.504*)

**58.Aşağıdakilerden hangisi hipofiz bezinden salgılanan hormonlardan değildir?**

- a) Arginin-vazopressin
- b) Oksitosin
- c) Endorfin
- d) TSH
- e) Enkefalin

**AÇIKLAMA:** Arginin-vazopressin, oksitosin arka hipofizden, endorfin ve TSH ön hipofizden, enkefalin ise otonomik sistemden salgılanırlar.

Cevap E (*Schwartz, Principles of Surgery, 7.baskı, 1999, s.4*)

**59.Safra kesesi taşlarında oral dissolüsyon tedavisi ile ilgili olarak yanlış olanı işaretleyiniz.**

- a) Standart bir tedavi değildir.
- b) Bu amaçla safra asitleri kullanılmaktadır ve en çok tercih edilen ajan ursodeoksikolik asittir.
- c) Hastada, saf kolesterolden yapılu küçük taşların olması gereklidir.
- d) Kesenin nonfonksiyone olması, tedavi açısından engel teşkil etmez.
- e) Tedavi kesildikten sonra 5 yıl içerisinde hastaların ortalama %50'sinde yeniden taş oluşur.

**AÇIKLAMA:** Bu tedavi için safra kesesinin fonksiyone

**GENEL CERRAHI**

olması şarttır. Aksi halde, ilaç, safra kesesi içinde yeterli yoğunluğa ulaşamaz ve dolayısıyla safra taşını eritemez.

Cevap D (*Lawrence, Essentials of General Surgery, 3.baskı, 2000, s.308*)

# GÖZ HASTALIKLARI

1. Epidemik keratokonjunktivitli bir hastanın göziçi basıncı ölçülmesi istendiğinde hangi tip tonometre kullanılması uygundur?

- Schiötz tonometresi
- Aplanasyon tonometresi
- Non-kontakt tonometre
- Tono-pen
- Ölçülemez

**AÇIKLAMA:** Epidemik keratokonjunktivit, direkt kontakt ile bulaşan viral, epidemik bir enfeksiyon olduğu için, göziçi basıncı ölçülmesi istendiğinde hava akımı ile çalışan non-kontakt yöntem kullanılır.

Cevap C (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 3.baskı, 1994, s.236*)

2. Anizometri nedir?

- İki göz arasında kırma kusuru farkı olmasıdır.
- İki gözün pupil çapının farklı olmasıdır.
- İki göz arasında iris renk farkının olmasıdır.
- İki gözde retinaya düşen görüntünün farklı yerde olması
- Strabismusu başlı olarak gelişen göz tembelliğidir.

**AÇIKLAMA:** İki göz arasında kırma kusurunun 2 dioptriden fazla olması durumuna **anizometri** denir.

**Anizokori:** İki göz arasında pupilla çapı farkı olmasına denir.

**Heterokromi:** İki göz arasında irisk renk farkı olmasıdır.

**Ambliyopi:** Göz tembelliğidir.

Cevap A (*Aydın, Temel Göz Hastalıkları, 2001, s.112*)

3. Aşağıdaki lezyonlardan hangisinde lökokeri beklenmez?

- Coats hastalığı
- Disk hematik
- Retinoblastom
- Prematüre retinopatisi
- Persistan hiperplastik primer vitreus (PHPV)

**AÇIKLAMA:** Disk hematik uzun süren hifemada kornea stromasının hemoglobin türevleri ile kızıl-kahverengi boyanmasıdır ki bu durumda beyaz pupilla anlamına gelen lökokeri beklenmez, diğer şıklar ise belli başlı lökokeri sebepleridir.

Cevap B (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 3.baskı, 1994, s.225*)

4. Görme alanı muayenesi (perimetri) aşağıdaki hastalıklardan hangisinin tanısında kullanılmaz?

- Optik nörit
- Kronik basit glokom
- Hipofiz adenomu
- Toksik ambliyopi
- Kronik dakriyosistit

**AÇIKLAMA:** Perimetri ile görme yollarının muayenesi yapılır, (e) şıkkı haricindekiler optik sinir ve optik traktusu etkileyen hastalıklardır, gözyaşı kesesi iltihabının (dakriyosistit) ise görme yolları ile ilgisi olmadığı için doğru cevap (e)'dir.

Cevap E (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 3.baskı, 1994, s.457-64*)

5. Aşağıdakilerden hangisi lökokeri nedeni değildir?

- Retinoblastom
- Prematür retinopatisi
- Persistan hiperplastik primer vitreus
- Adrenolökodistrofi
- Matür katarakt

**AÇIKLAMA:** Sadece adrenolökodistrofi gözde lökokeri nedeni olabilecek opasite oluşturmaz.

Cevap D (*Del Monte, Pediatric Ophthalmology and Strabismus, 1996, s.112-20*)

6. Aşağıdakilerden hangisi yenidoğan konjunktiv- itleri için uygun değildir?

- Doğumdan sonraki ilk ay içinde ortaya çıkar.
- Profilaksi için kullanılan gümüş nitrat damlaları konjunktivit oluşturabilir.
- Neden, en sıklıkla herpetik konjunktivittir.
- Bulaşma sıklıkla, doğum sırasında annenin doğum kanalından olur.
- Gonokokal ve klamidal konjunktivitlerde sistemik tedavi gereklidir.

**AÇIKLAMA:** Çünkü herpetik konjunktivitler yenidoğan konjunktiviti nedenleri arasında nadirdir.

Cevap C (*Vander, Ophthalmology Secrets, 1998, s.72-5*)

7. "Buftalmus" aşağıdaki hastalıkların hangisinin klinik bulgusudur?

- Konjenital katarakt
- Konjenital glokom
- Hipermetropi
- Konjenital ezotrophia



## GÖZ HASTALIKLARI

### e) Ambliyopi

**AÇIKLAMA:** Buftalmus, konjenital glokomun önemli bir klinik bulgusudur.

Cevap B (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 1999, s.235-8*)

### 8. Aşağıdakilerden hangisi diyabetik retinopati bulgusu değildir?

- a) Mikroanevrizma
- b) Retinal hemoraji
- c) Retinal neovaskülarizasyon
- d) Eksuda
- e) Druzen

**AÇIKLAMA:** Druzen, retina dış katlarında lipofuksin birikmesi ile oluşan dejeneratif bir lezyondur. Diyabetik retinopatiye ait bir bulgu değildir.

Cevap E (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 1999, s.465-9*)

### 9. Aşağıdakilerden hangisi 6. sinir felcinin bulgusudur?

- a) Dışa bakış kısıtlılığı
- b) İçer bakış kısıtlılığı
- c) Pitozis
- d) Yukarı bakış kısıtlılığı
- e) Midriyazis

**AÇIKLAMA:** 6. sinir felcinde dışa bakış kısıtlılığı görülür.

Cevap A (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 1999, s.624-6*)

### 10. Aşağıdakilerden hangisi keratokonus ile uyumlu değildir?

- a) Kornea dikleşir ve inceler.
- b) Miyopi ve düzensiz astigmatizma olur.
- c) Korneanın noninflamatuvar ektatik bozukluğudur.
- d) Sıklıkla progresiftir.
- e) İlk tedavi seçeneği keratoplastidir.

**AÇIKLAMA:** Tedavide öncelikli olarak gözlük ve kontakt lens verilir.

Cevap E (*Vander, Ophthalmology Secrets, 1998, s.95-101*)

### 11. Biyomikroskop ile aşağıdaki hastalıklardan hangisi teşhis edilmez?

- a) Akut konjonktivit
- b) Keratokonus
- c) Ön üveit
- d) İntermittan ekzotropya
- e) Senil katarakt

**AÇIKLAMA:** Biyomikroskop ile, konjonktiva, kornea, ön kamara, iris, lens ve vitreus gibi göz dokuları ve bu dokulardaki lezyonlar tetkik edilebilir, intermitten ekzotropya ise açma-kapama testi, prizma testi, ard-hayal testi gibi şaşılık muayeneleri ile teşhis edilir.

Cevap D (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 3.baskı, 1994, s.434*)

### 12. Diyabetik retinopatide aşağıdakilerden hangisi oftalmoskopik olarak tanı konulan ve laser fotokoagülasyon endikasyonu olan bir tablodur?

- a) Venöz tespihlenme
- b) Mikroanevrizma
- c) Retina iskemisi
- d) Klinik olarak anlamlı makula ödemi (CSME)
- e) Sert eksuda

**AÇIKLAMA:** Klinik olarak anlamlı makula ödemi (Clinically Significant Macular Edema-CSME), Diyabetik Retinopatinin Erken Tedavisi Çalışması (the Early Treatment Diabetic Retinopathy) ile tanımlanmış ve oftalmoskopik olarak aşağıdaki 3 bulgudan herhangi birinin varlığı olarak ifade edilen klinik tablodur.

1. Makula merkezinde veya makula merkezinden itibaren 500 mikronluk alan içinde retina kalınlaşması

2. Makula merkezinde veya makula merkezinden itibaren 500 mikronluk alan içinde retina kalınlaşması ile birlikte olmak koşuluyla sert eksuda varlığı

3. En az bir disk çapı büyüklüğünde bir retina ödem alanınının, makula merkezinden itibaren 1 disk çapı mesafedeki alana en azından bir kısmıyla uzanması

Tanı tamamen oftalmoskopik olarak konur ve mutlak laser fotokoagülasyon endikasyonu olan bir durumdur.

Venöz tespihlenme ise diyabetik retinopatide retina iskemisi arttıkça belirginleşen ve retina venlerinde boğumlanma olarak izlenen tablodur. Oftalmoskopik olarak tanınır ancak varlığı laser fotokoagülasyon endikasyonu değildir.

**Mikroanevrizmalar diyabetik retinopatinin en erken bulgularındandır.** Oftalmoskopik olarak izlenebileceği gibi mikrohemorajilerle de karışabileceğinden kesin tanısı fundus floresein anjiyografisi ile konur; varlığı kesin bir laser fotokoagülasyon endikasyonu da değildir.

Retina iskemisi diyabetik hastalarda büyüklüğüne göre laser endikasyonu olan bir durumdur. Ancak tanısı fundus floresein anjiyografi ile konur.

Sert eksuda oftalmoskopik olarak kolaylıkla tanınabilen bir patoloji ise de varlığı kesin bir laser fotokoagülasyon endikasyonu değildir.

Cevap D (*Regillo, Vitreoretinal Disease; the Essentials, 1999, s.141-9*)

13. Aşağıdaki ani görme kaybı nedenlerinden hangisinde fundoskopide kiraz kırmızısı lekesi (cherry-red spot=Japon Bayrağı görünümü) olur?
- Tay-Sachs hastalığı
  - Niemann-Pick hastalığı
  - Santral retina ven oklüzyonu
  - Santral retina arter oklüzyonu
  - Sialidoz

**AÇIKLAMA:** A, B, D ve E şıklarında verilen tablolar cherry-red spot görünümüne sebep olan hastalıklardır. C ve D şıklarındaki tablolar ise ani görme kaybına neden olur. Dolayısıyla ani görme kaybı yapıp aynı zamanda da cherry-red spot görünümü olan tablo santral retina arter oklüzyonudur.

Cevap D (*Regillo, Vitreoretinal Disease; the Essentials, 1999, s.347, 105-8*)

14. Aşağıdakilerden hangisi yırtıklı retina dekolmanı gelişimi için risk faktörü değildir?
- Aile hikayesinin pozitif oluşu
  - Aksiyel miyopi
  - Travma öyküsü
  - Glokom için miyotik tedavi kullanımı
  - Hipertansif retinopati

**AÇIKLAMA:** Retina dekolmanlarında, kolaylıkla retina yırtığı oluşumuna zemin hazırlayan çeşitli periferik retina dejenerasyonlarının herediter özellikleri vardır. Bu nedenle aile bireylerinde retina dekolmanı varlığı retina dekolmanı gelişimi için risk faktörüdür. Aksiyel miyopide de periferik retina dejenerasyonları ve retina yırtıkları ve bunlara bağlı olarak retina dekolmanı oluşma riski artmıştır.

Travma öyküsü de retina yırtığı gelişme riskini ve dolayısıyla yırtıklı retina dekolmanı riskini artırır.

Glokom için miyotik tedavi kullanımı da periferik retinasında dejenerasyonu olan hastalarda siliyer kasın kasılmasına bağlı olarak retina yırtığı ve dekolmanı gelişmesi riskini artırır.

Hipertansif retinopati özgün olarak yırtıklı retina dekolmanı gelişmesi riskini arttırmaz. Ancak ağır hipertansif retinopatilerde eksudatif tipte retina dekolmanı ortaya çıkabilir.

Cevap E (*Regillo, Vitreoretinal Disease; the Essentials, 1999, s.480-1*)

15. Aşağıdakilerden hangisi monoküler diplopi nedeni değildir?

- Katarakt
- Büyük periferik iridektomi
- Lens sublüksasyonu
- Korneal opasite
- Akut ekstraoküler kas felci

**AÇIKLAMA:** Akut ekstraoküler kas felci binoküler diplopiye neden olur.

Cevap E (*Vander, Ophthalmology Secrets, 1998, s.212*)

16. Epidemik keratokonjonktivitinin etkeni aşağıdakilerden hangisidir?

- Adenovirüs
- Enterovirüs (Picornavirüs)
- Pox virüsü
- Herpes simplex virüsü
- Epstein-Barr virüsü

**AÇIKLAMA:** Epidemik keratokonjonktivit adenovirüsün 8, 19 ve 37. serotipleriyle oluşur. Eller ile, oftalmik cihazlar ve enfekte göz damlalarıyla bulaşır. Folliküler bir konjonktivitle karakterizedir, kulak önü lenf adenopati yapar. Papilla hipertrofisi, konjonktiva hemorajisi, ödemi ve kapak ödemi sık bir bulgudur. Ciddi durumlarda tars konjonktivasında membranlar ve yalancı membranlar gelişebilir, %80 olguda keratit görülür.

**Enterovirüs 70,** akut hemorajik konjonktivit yapar. Çok bulaşıcıdır, folliküler konjonktivit ve subkonjonktival hemoraji yapar. Kapak ödemi, kemozis, kulak önü adenopati, papiller hipertrofi meydana gelebilir.

**Pox virüsü;** Molluscum contagiosum'un etkenidir. Direkt temas veya kontamine sularla bulaşır. Çocuklar sıklıkla etkilenir. Yüz, karın ve genital bölgede ağrısız karakteristik nodüller yapar. Kapak kenarında yuvarlak küçük, soluk, ortası çukur nodül gelişir. Aynı tarafta kronik folliküler bir konjonktivit meydana gelir.

**Herpes simplex virüsü** primer enfeksiyonu çocuklukta olur ve virüs trigeminal gangliyonda latent hale gelir. Burada virüsün Tip 1 suşu sorumludur. Reaktivasyon stres, ultraviyole ışınına maruz kalma, travma, cerrahi ve menstruasyon gibi durumlardan sonra meydana gelir.

**Herpetik konjonktivit** genellikle primer enfeksiyon sırasında oluşur, veziküler cilt lezyonları göz kapakları ve kapak kenarlarında %54 oranında birlikte görülür. Atipik yüzeysel keratit %63 oranında gelişebilir, stroma tutulmaz. Konjonktivit tek taraflı folliküler ve kulak önü lenf nodülleriyle birliktedir.

**Epstein-Barr virüsü,** bir herpes virüsüdür. Enfeksiyöz mononükleozun etkenidir. Tükürük yoluyla bulaşır. En sık oküler belirti tek taraflı folliküler ve/veya papiller

## GÖZ HASTALIKLARI

konjonktivittir. Bazen subkonjonktival hemorajiler, membranlar veya kornea epiteli tutulumu olabilir.

Cevap A (*Kanski, Clinical Ophthalmology A Systematic Approach, Disorders of the Conjunctiva, 4.baskı, 1999, s.61*)

**17.Aşağıdaki ilaçlardan hangisi “kristalin retinopati”ye yol açan bir anti-kanser ilaçtır?**

- a) Cisplatin
- b) Carmustine
- c) Epinefrin
- d) Tamoksifen
- e) Canthaxanthine

**AÇIKLAMA:** A, B ve D şıklarındaki ilaçlar anti-kanser ilaçlardır. Cisplatin ve Carmustine vasküler hasar yoluyla retinopati yapar. Epinefrin kistoid makula ödemi nedeni olan bir ilaçtır. Tamoksifen ve Canthaxanthine “kristalin retinopati”ye neden olan 2 ajandır. Tamoksifen meme kanserlerinin tedavisinde kullanılan bir anti-östrojen ajanken Canthaxanthine derinin renklendirilmesinde kullanılan doğal bir karotenodiddir. Dolayısıyla doğru cevap Tamoksifen'dir.

Cevap D (*Regillo, Vitreoretinal Disease; the Essentials, 1999, s.550-2*)

**18.Yirmibeş yaşında kadın hasta, birkaç gündür yana bakışta çift gördüğünü tarif ediyor. Muayenede içe bakışta kısıtlılık mevcut. İlk akla gelecek hastalık nedir?**

- a) Konversiyon
- b) Konjenital strabismus
- c) Ambliyopi
- d) Multipl skleroz
- e) Toksik optik nöropati

**AÇIKLAMA:** Multipl skleroz, özellikle genç ve kadın hastalarda daha sık görüldüğünden, ani motilite problemleri, çift görme vb. şikayetlerde mutlaka ekarte edilmelidir.

Cevap D (*American Academy of Ophthalmology, Basic and Clinical Science Course 1995-1996, s.149*)

**19.Prematürite Retinopatisi (ROP) için aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?**

- a) 1500 gram veya altında doğum ağırlığı ROP gelişimi için risk faktörüdür.
- b) Gestasyon yaşı 30 ve altında olan tüm yenidoğanlar ROP açısından kontrol edilmelidir.
- c) Akut ROP tablosunun doğal seyrinde büyük bir oranda körlük söz konusudur.
- d) İleri ROP gelişimi için en önemli risk faktörü ileri derecede düşük doğum ağırlığıdır.

**e) ROP'da regresyonun en erken bulgusu ridge'in gerisindeki retinanın vaskülarize olmasıdır.**

**AÇIKLAMA:** Akut ROP tablosunu doğal seyrinde %80'i bulan sıklıkta spontan regresyon vardır. Dolayısıyla C şıkında verilen bilgi yanlıştır. Diğer tüm şıklardaki bilgiler doğrudur.

Cevap C (*Regillo, Vitreoretinal Disease; the Essentials, 1999, s.177-80*)

**20.Akut iritisi bulunan bir hastada aşağıdaki sistemik hastalıklardan hangisi araştırılır?**

- a) Ankilozan spondilitis
- b) Diyabetes mellitus
- c) Hipertansiyon
- d) Hipertiroidi
- e) Hipoparatiroidi

**AÇIKLAMA:** Diyabetes mellitus ve hipertansiyon daha çok retina damarlarını etkiler, hipertiroidi ekstraoküler kasları etkileyerek ekzoftalmusa neden olur, hipoparatiroidi katarakt yapar. Ankilozan spondilitli hastaların ise %30'unda akut, rekürren, non-granümatöz iritis görülür.

Cevap A (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 3.baskı, 1994, s.156*)

**21.Gözün kırılma ortamlarından hangisinin kırma gücü en fazladır?**

- a) Kornea
- b) Lens
- c) Vitreus
- d) Retina
- e) Aköz hümör

**AÇIKLAMA:** Gözün ortalama 62 D olan toplam kırıcılığının %70'i kornea tarafından oluşturulur. **Kornea toplam 43 D ile gözün en önemli kırıcı yüzeyini oluşturur.** Lensin kırma gücü ortalama 19 D'dir.

Cevap A (*Aydın, Temel Göz Hastalıkları, 2001, s.93*)

**22.Aşağıdakilerden hangisi trahom sekeli değildir?**

- a) Kuru göz
- b) Ekzoftalmus
- c) Semblaferon
- d) Trikiyazis
- e) Ptozis

**AÇIKLAMA:** Trahomun sekel döneminde göz kuruluğu, trikiyazis, semblefaron ve mekanik ptozis olabilir. Ekzoftalmus trahomun sekeli değildir.

Cevap B (*Aydın, Temel Göz Hastalıkları, 2001, s.133*)

**23.Pterijumla ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Yetişkinlerde görülür.
- b) Kırsal bölgelerde daha sıktır.
- c) Yüksek astigmatizmaya neden olabilir.
- d) Malignite gelişme şansı vardır.
- e) Tedavisi cerrahidir.

**AÇIKLAMA:** Pterijyum skleradan korneaya uzanan fibrovasküler dokudadır. Daha çok nazal bölgede yer alır. Ultraviyole ışığı ya da tozlara karşı geliştiği düşünülür. Benign bir lezyondur. Tedavisi cerrahidir.

Cevap D (Aydın, *Temel Göz Hastalıkları*, 2001, s.141)

#### 24.Korneanın duyu siniri hangisidir?

- a) N. okulomotorius
- b) N. fasiyalis
- c) N. trigeminus
- d) N. abducens
- e) N. trochlearis

**AÇIKLAMA:** Nervus trigeminus korneanın duyu siniridir. Kornea epitel altında trigeminusun çıplak sonlanmaları vardır. Son derece zengin bir sinir dağılımı vardır.

**N oculomotorius:** Levator palpebra superior, üst rektus, alt rektus, iç rektus, alt oblik kaslarını innerve eder. Ayrıca pupillada miyozisi, siliyer kasda akomodasyonu sağlayan parasempatik lifleri vardır.

**N. fasiyalis:** Göz kapaklarının kapanmasını sağlayan musculus orbikularis okuli kasını innerve eder.

**N. abducens:** Dış rektus kasını innerve eder.

**N. trochlearis:** Üst oblik kasını innerve eder.

Cevap C (Aydın, *Temel Göz Hastalıkları*, 2001, s.147)

#### 25.Aşağıdakilerden hangisi papil ödeminin bulgularından değildir?

- a) Papil sınırlarının silikliği
- b) Venöz pulsasyon varlığı
- c) Damarlarda kıvrım artması
- d) Retinal hemorajiler
- e) Fizyolojik çukurlukta kaybolma

**AÇIKLAMA:** Venöz pulsasyon normal popülasyonda %85 oranında görülebilen bir bulgudur. Papil ödem varlığında venöz pulsasyon kaybolur.

Cevap B (Aydın, *Temel Göz Hastalıkları*, 2001, s.465-6)

#### 26.Aşağıdakilerden hangisi ani ağrısız görme kaybına neden olur?

- a) Üveit
- b) Açık açılı glokom
- c) Santral retinal arter tıkanıklığı
- d) Üst nazal ven dal tıkanıklığı
- e) Diyabetik retinopati

**AÇIKLAMA:** Santral retinal arter tıkanıklığı ani ve ağrısız olarak görme kaybına neden olur.

**Üveitteki** görme azalması ağrılı, konjonktiva hiperemisi ile birlikte yavaş seyirlidir.

**Primer açık açılı glokomda** görme azalması, uzun dönemde ve ağrısızdır.

**Üst nazal ven dal tıkanıklığı** ağrısız, nazal bölgede yer aldığı için daha çok kadran defekti şeklinde görme alanı kaybı ile birlikte. Santral görme korunmuştur.

**Diyabetik retinopati:** Görme azalması yavaş yavaş ve uzun dönemde ağrı olmaksızın ortaya çıkar.

Cevap C (Aydın, *Temel Göz Hastalıkları*, 2001, s.303-4)

#### 27.Aşağıdakilerden hangisi yırtıklı retina dekolmanının belirtisi değildir?

- a) Fotopsi
- b) Sinek uçuşmaları
- c) Görme keskinliğinde azalma
- d) Ağrı
- e) Görme alanı defekti

**AÇIKLAMA:** Retina dekolmanı ağrıya neden olmaz.

Cevap D (Vander, *Ophthalmology Secrets*, 1998, s.315-21)

#### 28.Künt göz travmalarında aşağıdakilerden hangisi görülmez?

- a) Hifema
- b) Hipopiyon
- c) Vossius halkası
- d) Berlin ödemi
- e) Koroid çatlağı

**AÇIKLAMA: Hifema:** İris ve siliyer damarlardaki rüptüre bağlı ön kamarada dağıntık ya da seviye veren kanama olmasıdır. Künt travma hifema nedenlerindedir.

**Hipopiyon:** Enfeksiyöz ya da non enfeksiyöz inflamatuvar olaylarda ön kamarada genellikle seviye veren beyaz-sarı renkli inflamatuvar hücreler ve fibrinden oluşan birikimdir.

**Vossius halkası:** Künt travma sırasında irise ait pigmentlerin lens ön kapsülü üzerine iz oluşturmasıdır. Genellikle pupilla şekline uygun oluvarlak halka şeklindedir.

**Berlin ödemi:** Künt travmalardan sonra genellikle makulayı tutan retinal ödemdir. Genellikle travmayı izleyen günlerde görme normale döner. Ancak travmanın şiddeti ağırsa görme kaybı kalıcı olabilir.

**Koroid çatlağı:** Gözün künt ve delici yaralanmalarından sonra ortaya çıkar. İlk anda rüptür subretinal kanama ile birlikte. Daha çok rüptür bölgesinde gliotik bir membran oluşur. Rüptür bölgesinden koroid neovaskülarizasyonu gelişebilir. Rüptür makula bölgesinde olursa kalıcı görme azalması meydana gelir.

## GÖZ HASTALIKLARI

Cevap B (Aydın, *Temel Göz Hastalıkları*, 2001, s.376-7)

29. Aşağıdakilerden hangisi üveitin topikal tedavisinde kullanılmaz?

- Steroidler
- Non steroid antiinflamatuvarlar
- Atropin
- Parasempatomimetikler
- Siklopentolat

**AÇIKLAMA:** Akut ön üveit tedavisi sırasında inflamasyonu tedavi etmek için topikal steroidler, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar kullanılır. Ayrıca posterior sineşiyi engellemek ve siliyer spazmı çözerek ağrıyı gidermek için midriyatik, sikloplejik ilaçlar (atropin, epinefrin, siklopentolat) kullanılır. Parasempatomimetik ilaçlar hem inflamasyonu arttırıp hem de miyozis yaptıkları için üveit tedavisinde yerleri yoktur.

Cevap D (Aydın, *Temel Göz Hastalıkları*, 2001, s.236-7)

30. Keratokonusda aşağıdakilerden hangisi meydana gelir?

- Kornea kalınlaşması
- Miyopi ve düzensiz astigmatizma
- Hipermetropi ve düzenli astigmatizma
- Astigmatizma olmadan miyopi
- Sadece düzenli astigmatizma

**AÇIKLAMA:** Korneanın oktatik distrofilerinden olan ön keratokonusa konik kornea da denilebilir. Konjenital olabilir fakat genellikle puberte yada bundan hemen sonra görülür. İlerlemeye meyillidir, 7-8 yıl kadar sonra stabil kalabilir. Durum genellikle iki taraflıdır.

Keratoskopi muayenesinde alt nazal korneada dikleşme, üst temporal korneada düzleşme görülür. Bu durum genellikle giderek artan düzensiz miyopik astigmatizmle birlikte görülür. Durum ilerledikçe konüsün şekli, büyüklüğü ve pozisyonu değişebilir. Korneanın konik (çıkıntı yapma) deformasyonu aşağı bakışta alt kapağı dışa iter (Munson belirtisi). Korneanın tepesi hastalık ilerledikçe incilir. Kornea stromasının derin katlarında dikey stres çizgileri görülür (Vogt's çizgileri). Retinoskopi muayenesinde makaslanma refleksi alınır, keratometri mirleri düzensizdir.

Cevap B (Smolin, *The Cornea, Scientific Foundation and Clinical Practice*, 3.baskı, 1994, s.523)

31. Aşağıdakilerden hangisi korneanın katlarından değildir?

- Epitel
- Bowman tabakası
- Stroma
- Descement membranı
- Vasküler tabaka

**AÇIKLAMA:** Kornea dıştan içe Epitel, Bowman, Stroma, Descement membranı ve endotelden oluşur.

Cevap E (Kanski, *Clinical Ophthalmology*, 3.baskı, 1994, s10.)

32. Çocukluk çağının en önemli habis göz tümörü hangisidir?

- Konjonktiva labis melanomu
- Saplı papillom
- Retinoblastom
- Dermoidler
- Konjonktiva skuamöz hücreli karsinomu

**AÇIKLAMA: Konjonktiva habis melanomu** genellikle 6. dekatta görülür, en sık olarak limbustadır. Pigmentli veya pigmentsiz olabilir. Soliter, siyah veya gri nodül episkleraya fikse olmuştur. Ya da pigmentli olmayan tümör düz, vaskülarize görünümündedir. Esas metastaz yerleri bölgesel lenf nodülleri, akciğer, beyin ve karaciğerdir.

**Saplı papillomun** sebebi insan papilloma virüsü tip 6 ve 11'dir. En sık çocuklukta ve erken erişkin hayatta görülür. En çok palpebral konjonktiva, forniks ve karunkulde yerleşir. Tümör multipl olabilir, bazen iki taraflıdır, küçük olanlar kendiliğinden kaybolabilir.

**Retinoblastom** göz içi tümördür. Retinayı tutar. Çoğu zaman 3 yaşından önce ortaya çıkar, yaklaşık 20.000 doğumdan birinde görülür. Primitif retina hücrelerinin habis transformasyonundan oluşur. Herediter ve non-herediter şekilde görülür. Herediter şekilde retinoblastoma predispoze olan gen 13. kromozomun uzun bacağına 14. bölgede lokalizedir. Tümör bilateral, multifokaldir. Lökokori beyaz refleksi, şaşılık, sekonder glokom, orbita inflamasyonu, proptozis görülür, bölgesel lenf nodüllerine ve beyine metastaz yapar.

**Dermoidler**, çocukluk çağının sık görülen konjenital epibulber selim tümürüdür. Düz, solid, sarımsı kitleler olup sıklıkla limbusta lokalizedir, yağ vce fibroz doku içerir, yüzeyinde tüyler vardır.

**Konjonktivanın skuamöz hücreli karsinomu** yavaş büyür, nadir görülür. Sklera ve korneayı tutabilir. Konjonktiva melanomunun aksine olarak nadir metastaz yapar. Genellikle limbusta lokalizedir. Papiller veya jelatinöz kitle sıklıkla besleyici bir damarla birlikte görülür.

Cevap C (Gallin, *Pediatric Ophthalmology*, 2000, s.284)

33. Romatoid artrit ile ilgili göz bulgularında aşağıdakilerden hangisi en az görülür?

- Keratokonjonktivitis sikka
- Diffüz ön ve nodüler sklerit
- Periferik ülseratif keratit
- Filamentöz keratit
- Üveit

**AÇIKLAMA:** Romatoid artrit ile birlikte keratokonjonktivitis sıklıkla %15-25 oranında görülür. Filamentler buna eşlik eder. Keratitlerden marjinal ülserasyon ve incelme sıklıkla (kontakt lens kornea görünümü). Diffüz ön sklerit çoğunlukla oluşur ve bu durumda kornea %50-70 etkilenir.

İnflamasyonlu nekrotizan ön sklerit ciddi sistemik hastalıkta görülür. İnflamasyonsuz ön sklerit (skleromalasi perforans) ise uzun süren hastalıkta görülür. Vaskülit, perikardit ve romatoid nodülleri içeren bazı sistemik komplikasyonlar oluştuğunda oküler komplikasyonlar daha sık meydana gelir.

Cevap E (*Krachmer, Cornea, Cornea and External Disease: Clinical Diagnosis and Management, 2.cilt, 1997, s.1359*)

**34.Aşağıdakilerden hangisi psödo-papil ödem nedeni değildir?**

- a) Optik sinir druzeni
- b) Psödötümör serebri
- c) Yüksek hipermetropi
- d) Optik disk üzerinde gliyal doku
- e) Hyaloid arter kalıntıları

**AÇIKLAMA:** Çünkü psödötümör serebri kafa içi basınç artışı ile birlikte gerçek papil ödemine neden olur.

Cevap B (*Del Monte, Pediatric Ophthalmology and Strabismus, 1996, s.141*)

**35.Ekzotropyada aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Ekzotropyalar ezotropyalardan daha az görülür.
- b) Uzak bakışta dışa kayması yakına bakıştan daha fazla olan ekzotropyada diverjans azlığı vardır.
- c) Yakın bakışta uzak bakışa göre daha fazla ekzotropyası olanlarda konverjans zayıflığı vardır.
- d) İçe kayma cerrahisinde fazla düzeltme yapılması ile konsekütif ekzotropyaya oluşur.
- e) Dışa kaymaların gizli veya aralıklı şekli, içe kaymalardan çok daha sıklıkla görülür.

**AÇIKLAMA:** Gözlerin paralel tutulmasını sağlayan faktörlerden biri de konverjans ve diverjans mekanizmalarıdır. Diverjans aktif bir olaydır, yani konverjansın gevşemesi ile ortaya çıkmaz. Kişilerde konverjans ve diverjans mekanizmalarını dengede tutan faktör refraksiyondur. Bu şekilde gözlerin paralel kalması sağlanır. Miyopik bir hastada eğer tashih az yapılmış ise hasta yakına baktığında akomodasyon yapmaya ihtiyaç duymayacaktır. Bu nedenle gözler dışa kayacaktır. Miyopi, ekzodeviasyonların ortaya çıkması için sayılacak nedenlerden biridir. Hastalarda miyopi miktarı gözlerde eşit değilse yine dışa kayma ihtimali fazladır. Çünkü retinada hayaller eşit

büyükte ve aynı nitelikte olmadığı için füzyon yapılması zorlaşır. Sonuçta supresyon gelişir ve gözler dışa kayar. Ekzodeviasyonlar genellikle içe kaymalara göre daha geç yaşlarda görülür. Aralıklı kayma şeklinde başlar ve zamanla sıklığı ve büyüklüğü artar. Ambliyopi genellikle ekzodeviasyonlardan daha azdır. Konsekütif ekzotropyada göz hareketleri genellikle bozulmuştur. Binoküler fonksiyon bozukluğu vardır, supresyon skotomu genişlemiştir. Başlangıçta oluşan diplopi şikayeti, supresyon skolomunun genişlemesiyle azalır.

Cevap B (*von Noorden, Binocular and Ocular Motility, 4.baskı, 1990, s.324-5, 336*)

**36.Aşağıdakilerden hangisi üveit tedavisinde kullanılmamalıdır?**

- a) Kortikosteroidler
- b) Uzun süreli midriyatikler
- c) Sitostatik ilaçlar
- d) Kriyoterapi
- e) Lazer fotokoagülasyonu

**AÇIKLAMA:** Kısa süreli midriyatikler tercih edilmelidir. Önemli olan pupillanın hareketli olmasıdır, uzun süreli dilatasyon yapıldığında o bölgede yine sineşiler oluşabilir.

Cevap B (*Aydın, Temel Göz Hastalıkları, 2001, s.257*)

**37.Aşağıdakilerden hangisine göz dışı travmalar sebep olmaz?**

- a) Purtscher retinopati
- b) Berlin ödemi
- c) Terson sendromu
- d) Sarsılmış bebek sendromu
- e) Valsalva retinopatisi

**AÇIKLAMA:** Berlin ödemi direkt künt göz travmaları sonucu meydana gelir. Diğerleri ise göz dışı travmalar sonucu ortaya çıkarlar.

Cevap B (*Aydın, Temel Göz Hastalıkları, 2001, s.382*)

**38.Göziçi metalik yabancı cisimden şüphelenilen hallerde hangi teşhis yöntemine başvurulmamalıdır?**

- a) Ön arka, yan kafa grafileri
- b) Bilgisayarlı tomografi
- c) Manyetik rezonans
- d) Ultrasonografi
- e) Skopi

**AÇIKLAMA:** MR metalik yabancı cisim hareketine geçirebilir.

Cevap C (*Aydın, Temel Göz Hastalıkları, 2001, s.382*)

## GÖZ HASTALIKLARI

39. Behçet Hastalığı'nın oküler tutulumunda aşağıdaki ilaçlardan hangisi etkili değildir?

- a) Kortikosteroidler
- b) Sitotoksik
- c) Siklosporin
- d) Kolşisin
- e) Antimetabolit ajanlar

**AÇIKLAMA:** Kolşisin aftlara yararlıdır.

Cevap D (*Aydın, Temel Göz Hastalıkları, 2001, s.254*)

40. Göz içinde doğal veya yapay lens bulunmamasına ne ad verilir?

- a) Psödofaki
- b) Fakik
- c) Afaki
- d) Fakodonesis
- e) Fakomatoz

**AÇIKLAMA:** "Psödofaki", göziçi yapay lens bulunmasıdır; "fakik" tanımı gözün kendi lensinin göziçinde bulunduğunu tanımlar; "fakodonesis" lensin sallanması anlamına gelir, "fakomatoz" çeşitli sistemik, deri ve göz bulguları olan bir grup hastalığı tanımlar.

Cevap C (*American Academy of Ophthalmology, Basic and Clinical Science Course 1995-1996, s.144*)

41. Retina periferinde dejenerasyon ve buna bağlı retinal yırtık ve dekolman riski hangisinde daha fazladır?

- a) Yüksek hipermetropi
- b) Presbiopi
- c) Yüksek miyopi
- d) Emetropi
- e) Yüksek astigmatizma

**AÇIKLAMA:** Yüksek miyopi dışındaki kırma kusurları retinada yırtık riskini arttırmaz.

Cevap C (*American Academy of Ophthalmology, Basic and Clinical Science Course 1995-1996, s.176*)

42. Göz yaralanmalarında birinci basamak sağlık hizmetinde yapılması gerekenlerle ilgili hangi ifade doğrudur?

- a) Yaranın penetran olup olmadığından iyice emin olmak için mutlaka göz kapaklarını açmaya çalışmalıyız.
- b) Derhal bol antibiyotikli damla ile gözü ve göç çevresi dokuları yıkamalıyız.
- c) Göz küresinde makroskopik görünen lezyon yoksa hastayı göz hekimine sevk etmek gerekmez.

d) Steril kuru bir ped ile gözü kapatıp hasta mutlaka göz hekimine sevk edilmelidir.

e) Hastanın görmesi ile ilgili şikayeti yoksa sevk edilmesi gerekmez.

**AÇIKLAMA:** Yaranın penetran olmadığından emin olmadıkça topikal ilaç uygulanmamalıdır; her göz ve göz çevresi dokulara ait travma, -olası geç klinik tablolardan dolayı- mutlaka göz hekimine sevk edilmelidir; bazı travmalar görmeyi erken dönemde değil geç dönemde bozar.

Cevap D (*Recep, Oküler Tanı ve Tedavi Elkitabı, 1.baskı, 1994, s.35*)

43. Keratoplasti ile ilgili ifadelerden hangisi yanlıştır?

- a) Kornea naklidir.
- b) Kornea ölümden 12-24 saat sonraya kadar alınabilir.
- c) Diğer organ nakillerinde olduğu gibi her hastaya sistemik immün supresif verilmesi şart değildir.
- d) Kornea avasküler bir doku olduğu için red görülmez, böylece takılan kornea sürekli saydam kalır.
- e) Kadavradan alındıktan sonra hemen takılması gerekmez, özel ortamda birkaç gün saklanabilir.

**AÇIKLAMA:** Kornea dokusu, anatomisi ve fizyolojisi nedeniyle diğer nakledilen organlardan farklılık gösterse de greft yetmezliği ve reddi söz konusudur.

Cevap D (*Bengisu, Göz Hastalıkları, 3.baskı, 1990, s.83*)

44. Aşağıdakilerden hangisi idiyopatik (immünojenik) spesifik üveit antitelerinden değildir?

- a) Fuchs heterokromik iridosiklitisi
- b) Sempatik oftalmi
- c) Serpiginöz koroidopati
- d) Juvenil romatoid artrit
- e) Beyaz nokta sendromları

**AÇIKLAMA:** Juvenil Romatoid Artrit sistemik hastalıklarla ilgili üveittir.

Cevap D (*Aydın, Temel Göz Hastalıkları, 2001, s.235*)

45. Hangisi "uvea" dokusuna dahildir?

- a) Kornea
- b) Zinn lifleri
- c) Korpus siliyare
- d) Müller kası
- e) Gasser gangliyonu

**AÇIKLAMA:** Uveal traktı, iris, korpus siliyare ve koroid oluşturur.

Cevap C (*American Academy of Ophthalmology, Basic and Clinical Science Course 1995-1996, s.49*)

**46. Tek taraflı gözde kızarıklık, özellikle ışığa bakarken ağrı, pupillada miyozis, el lambası ile bakıldığında iris önünde altta beyaz seviye gözleniyor. Ön tanınız nedir?**

- a) Glokom krizi
- b) Blefarokonjonktivit
- c) Retinit
- d) Katarakt
- e) Hipopiyonlu ön üveit

**AÇIKLAMA:** Glokom krizinde midriyazis vardır, blefarokonjonktivitte hiperemi dışındaki diğer verilen bulgular yoktur, retinitte ön kamarada seviye (hipopiyon) görülmez, katarakta –eğer komplike değilse- hiperemi, ağrı vs. şikayet yoktur.

Cevap E (*Recep, Oküler Tanı ve Tedavi Elkitabı, 1.baskı, 1994, s.158*)

**47. Retina yırtıkları tedavi edilmediğinde hangisine yol açabilir?**

- a) Glokom
- b) Retina dekolmanı
- c) Pitozis
- d) Keratit
- e) Retinit

**AÇIKLAMA:** Retina yırtıkları laser fotokoagülasyon yapılmadığı takdirde yırtıklı retina dekolmanına predispozisyon yaratır.

Cevap B (*American Academy of Ophthalmology, Basic and Clinical Science Course 1995-1996, s.184*)

**48. Aşağıdakilerden hangisi orbitanın medial duvarını oluşturan kemiklerden değildir?**

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

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

Cevap D (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 2.baskı, 1989, s.22*)

**49. Aşağıdakilerden hangisi kornea hastalıklarının semptomlarından değildir?**

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

**e) Lakrimasyon**

**AÇIKLAMA:** Kornea hastalıklarının semptomları, ağrı, görme azalması Halo ve Lakrimasyondur. Pürülan akıntı ise konjunktiva hastalıklarının semptomudur.

Cevap C (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 2.baskı, 1989, s.88-9*)

**50. Aşağıdakilerden hangisi Horner Sendromu'nun klinik özelliklerinden değildir?**

- a) Midriyazis
- b) Enoftalmus
- c) Ptozis
- d) Akomodasyon amplitüdünde artış
- e) Alt kapakta yükselme

**AÇIKLAMA:** Horner Sendromu'nda pupilde midriyazis değil miyozis görülür.

Cevap A (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 2.baskı, 1989, s.474-5*)

**51. Aşağıdakilerden hangisi anterior üveit bulgusu değildir?**

- a) Keratit presipitat
- b) Konjunktivada yüzeysel hiperemi
- c) Aköz hümörde bulanıklık (Flore)
- d) Ön kamarada hücre
- e) Posterior sineşi

**AÇIKLAMA:** Anterior üveitlerde konjunktivada siliyer injeksiyon görülür.

Cevap B (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 2.baskı, 1989, s.137-9*)

**52. Aşağıdakilerden hangisi konjenital glokomun muayene bulgularından değildir?**

- a) Mikroftalmi
- b) Descement membranda yırtık
- c) Göz içi basıncı yüksektir.
- d) Glokomatöz culping
- e) Ön kamara derindir.

**AÇIKLAMA:** Konjenital glokomun bulgusu buftalmustur.

Cevap A (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 3.baskı, 1994, s.26*)

**53. Fuchs Üveit Sendromu bugularından değildir?**

- a) Keratik presipitat
- b) Pupil miyotik
- c) Hiterokoni
- d) İriste stromal atrofi
- e) Posterior sineşi yoktur.



## GÖZ HASTALIKLARI

**AÇIKLAMA:** Bu hastalarda pupil diğer pupile göre daha geniştir.

Cevap B (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 3.baskı, 1994, s.188-9*)

**54.Göz kapağı, iris veya koroidin bir bölümünün yokluğunu nasıl tanımlar?**

- a) Hamartom
- b) Koristom
- c) Aniridi
- d) Kolobom
- e) Distikiyazis

**AÇIKLAMA:** "Hamartom", normalde o bölgede bulunan dokuların gelişimsel büyümesidir; "koristom" histolojik olarak normal olan, ancak normal yerinden farklı bir yerde bulunan dokuları tanımlar; "aniridi" irisin yokluğudur; "distikiyazis" kirpiklerin gerisinde ikinci bir sıra kirpik büyümesidir.

Cevap D (*American Academy of Ophthalmology, Basic and Clinical Science Course 1995-1996, s.182*)

**55.Dalen-Fuchs nodülü hangi hastalıkta görülür?**

- a) Primer açık açılı glokom
- b) Katarakt
- c) Sempatik üveit
- d) Dakriyosistit
- e) Konjonktivit

**AÇIKLAMA:** Dalen-Fuchs nodülü nadir görülen Hepatik Spesifik Üveit Sendromları'ndan olan sempatik üveitin bir bulgusudur.

Cevap C (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 3.baskı, 1994, s.19*)

**56.Konjonktiva hastalıklarında görülen folliküler reaksiyon yapan nedenlerden değildir?**

- a) Viral enfeksiyonlar
- b) Klamidyal enfeksiyonlar
- c) Perinadium oküloglandüler sendromu
- d) Vernal hastalık
- e) Topikal ilaçlara karşı sentitinde reaksiyonu

**AÇIKLAMA:** Vernal hastalıkta papiller reaksiyon görülür.

Cevap D (*Kanski, Clinical Ophthalmology, 3.baskı, 1994, s.72-3*)

**57.Bebeklerde nazolakrimal kanal tıkanıklığına bağlı doğumdan hemen sonra başlayan göz yaşarmasının tedavisinde ilk önce hangi yöntem kullanılır?**

- a) Lakrimal kese masajı
- b) Sonda uygulaması
- c) Lavaj
- d) Dakriyosistorinostomi ameliyatı
- e) Silikon tüp

**AÇIKLAMA:** Yenidoğanların %62'sinde konjenital nazolakrimal kanal tıkanıklığı mevcuttur. Sıklıkla sorun nazolakrimal kanalın burunda alt meatuse açılan bölgesindeki Hasner membranının açılmamış olmasıdır. Lakrimal kese üzerine basıldığı zaman punktumdan mukus ve gözyaşı gelir. Olguların %93'ünde hayatın ilk yılında Hasner membranının açılmasıyla sorun çözülür. Bu tür yakınması olan bebeklere kese bölgesine bastırarak masaj yapılır bu şekilde kese ve nazolakrimal kanal içindeki basınç artışı yoluyla Hasner membranının açılması sağlanır. Bir yaşına kadar açılmayan olgularda sırasıyla sonda uygulaması, silikon tüp ve dakriyosistorinostomi ameliyatı yapılır.

Cevap A (*Fraunfelder, Current Ocular Therapy 5, 2000, s.504*)

# KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ

1. İntrauterin sineşi (Asherman sendromu) nedenleri arasında hangisi yanlıştır?

- a) Postpartum enerjik küretajlar
- b) Tüberküloz
- c) Rahim içi araçlar
- d) Metroplasti ameliyatları
- e) Sezaryen öyküsü

**AÇIKLAMA:** Aksine rahim içi araçlar intrauterin sineşinin önlenmesi amacı ile kullanılabilir. Diğer şıkların hepsinde intrauterin sineşi riski vardır.

Cevap C (Cunningham, Williams Obstetrics; Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility; Scott, Danforth's Obstetrics and Gynecology; Berek, Novak's Gynecology; Rock, Te Linde's Operative Gynecology; Pernoll, Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis and Treatment)

2. Polikistik over sendromu için yanlış olanı belirleyiniz.

- a) İnsülin direnci sıklıkla eşlik eder.
- b) Dislipidemi görülür.
- c) Serum leptin düzeyleri azalmıştır.
- d) Folliküler sıvıda IGF-I ve II azalmıştır.
- e) Bel/kalça oranı artmıştır.

**AÇIKLAMA:** PKOS'unda sıklıkla hiperinsülinemi, santral yağlanma ve anormal lipid profili (trigliseridler artmış, total kolesterol artmış, LDL artmış, HDL azalmış) gözlenir. Ayrıca serum leptin düzeyi artmış (özellikle obez olgularda), IGF'ler azalmış IGFBP'ler artmıştır.

Cevap C (Yen, Reproductive Endocrinology, Polycystic ovary syndrome, 1999, s.436)

3. Myoma uteri ayırıcı tanısında en sık başvurulan tanı yöntemi aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Histeroskopi
- b) Laparoskopi
- c) Ultrasonografi
- d) Histerosalpingografi
- e) Tomografi

**AÇIKLAMA:** Ultrasonografi non-invaziv, sık kullanılan ve ucuz bir yöntemdir. Histerosalpingografi bir infertilite tetkikidir. Submuköz myomlar saptanabilir. Histeroskopi ve laparoskopi cerrahi işlemlerdir, myom tanısı için kullanılmazlar. Tomografinin ise myom tanısında yeri yoktur.

Cevap C (Cunningham, Williams Obstetrics; Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility; Scott, Danforth's Obstetrics and Gynecology; Berek,

Novak's Gynecology; Rock, Te Linde's Operative Gynecology; Pernoll, Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis and Treatment )

4. Plasenta previa tanısı için aşağıdaki yöntemlerden hangisi en değerlidir?

- a) Histeroskopi
- b) Histerosalpingografi
- c) Laparoskopi
- d) Ultrasonografi
- e) Direkt radyografi

**AÇIKLAMA:** Plasenta previa tanısında a, b, c şıkları kullanılamaz. Direkt radyografinin ise hiç yeri yoktur. Ultrasonografi ile non-invazif bir şekilde tanı konabilir.

Cevap D (Cunningham, Williams Obstetrics; Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility; Scott, Danforth's Obstetrics and Gynecology; Berek, Novak's Gynecology; Rock, Te Linde's Operative Gynecology; Pernoll, Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis and Treatment)

5. İnfertiliteyle ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Anovulatuvarlarda progesteronla kanama oluşmazsa hipogonadotropik hipogonadizm teşhisi konur.
- b) Ovulasyon indüksiyonunda ilk seçenek gonadotropin enjeksiyonu tedavidir.
- c) Açıklanamayan infertilitesi olanlarda inseminasyon ve gonadotropin tedavisi gebelik oranını yükseltir.
- d) Bir sperm analizinde 20 milyon/ml'den düşük sperm sayısı olan kişiler oligospermiktir.
- e) İnfertil kadınlarda üst genital kanal sonohisterogramla da tetkik edilebilir.

**AÇIKLAMA:** Ovulasyon indüksiyonunda, süperovulasyonda ilk seçenek klomifen sitrattır.

Cevap B (Danforth, İnfertilite ve Üremeye Yardımcı Teknolojiler)

6. Serviks kanseri yayılımı, aşağıdaki dokulardan hangisine en az metastaz yapar?

- a) Vajen
- b) Parametrium
- c) Endometrium
- d) Overler
- e) Pelvik lenfatikler

**AÇIKLAMA:** Serviks Ca direkt, lenfatik ve hematogen yolla yayılabilir. Peritoneal tutulum ve buna bağlı over metastazı yoktur. Ayrıca lenfatik yayılım yolu farklıdır.

Cevap D (Cunningham, Williams Obstetrics; Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility; Scott, Danforth's Obstetrics and Gynecology; Berek, Novak's Gynecology; Rock, Te Linde's Operative Gynecology; Pernoll, Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis and Treatment)

**7. Aşağıdaki ilaçlardan hangisi gebelikte kesinlikle kullanılmamalıdır?**

- Kalsiyum
- Kalsiyum kanal blokörleri
- Anjiyotensin konverting enzim inhibitörleri
- Beta blokörler
- Dipiridamol

**AÇIKLAMA:** Gebelikte kemiklerden kalsiyum mobilizasyonu artabilir, destek tedavi verilebilir. Kalsiyum kanal blokörleri preterm eylem tedavisinde kullanılabilir. Beta-blokörler kalp hastalığı olan gebelerde diastol süresini uzatarak kalp atım volümünü arttırmak amacı ile kullanılabilir. Dipiridamol antiagregan olarak uygun bir seçenektir. **ACE inhibitörleri ise konjenital anomaliye neden olabilir. Kesinlikle kullanılmamalıdır.**

Cevap C (Cunningham, Williams Obstetrics; Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility; Scott, Danforth's Obstetrics and Gynecology; Berek, Novak's Gynecology; Rock, Te Linde's Operative Gynecology; Pernoll, Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis and Treatment)

**8. Östrojen replasman tedavisi hangi kanserin sıklığını azaltır?**

- Meme kanseri
- Endometriyum kanseri
- Kolorektal kanserler
- Over kanseri
- Malign melanom

**AÇIKLAMA:** Kolorektal kanserler kadınlarda en sık görülen ve öldüren kanserler sıralamasında üçüncü olarak yer almaktadır. Yapılan kohort ve olgu kontrol çalışmalarında postmenopozal östrojen kullanımının yaklaşık %35 oranında kolorektal kanser sıklığını azalttığı saptanmıştır. En fazla etkinin halen kullanılanlarda olduğu gösterilmiştir. Diğer kanserlerin (meme, endometriyum, over, malign melanom) ise postmenopozal östrojen kullanımı ile sıklığı hafifçe artar.

Cevap C (Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, Postmenopausal hormone therapy, 6.baskı, 1999, s.753)

**9. Doğum eylemi sırasında transvajinal muayenede büyük fontanel prezente olmakta ise bu gelişe ne denir?**

- Verteks gelişi
- Bregma gelişi
- Makat gelişi
- Yüz gelişi
- Alın gelişi

**AÇIKLAMA:** Doğum eylemi sırasında transvajinal muayenede büyük fontanel prezente olmakta ise, bu gelişe büyük fontanel veya bregma gelişi denir.

Cevap B (Arısan, Doğum Bilgisi, 3.baskı, 1.cilt, s.381)

**10.Over rezervinin saptanmasında aşağıdaki testlerden hangisinin yeri yoktur?**

- Bazal serum FSH
- Bazal serum E<sub>2</sub>
- Bazal serum LH
- Bazal ultrasonda over volüm/folikül sayısı
- Klomifen sitrat testi

**AÇIKLAMA:** İnfertilite tedavisinde başarının en önemli belirteçlerinden biri overlerin gonadotropin cevabı ve gelişen follikül sayısıdır. Bu cevap over fonksiyonunu veya rezervini göstermektedir. Siklusun 3. günü (bazal) normal FSH (<12-14 IU/L), normal E<sub>2</sub> (<80 pg/ml) ve düşük inhibin B (<45 pg/ml) düzeyi olan kadınlarda gebelik şansı daha yüksektir. Ultrasonda normal over hacmi ve bol antral follikül varlığı iyi prognozu göstermektedir. Klomifen sitrat gonadotropin stimülasyonu ile over rezervini gösteren dinamik bir testtir.

Cevap C (Brinsden, In Vitro Fertilization and Assisted Reproduction, 2.baskı, 1999, s.16)

**11.Miadında, amniyotik kesesi açık, aktif travayda ve yan geliş bulunan bir gebede aşağıdakilerden hangisi yapılır?**

- Alt segment sezaryen
- Beklenerek vajinal doğum
- Genel anestezi altında internal versiyon
- Klasik sezaryen
- Eksternal versiyon

**AÇIKLAMA:** Böyle bir durumda kord prolapsusu, kol veya ayak sarkması gibi risklere karşı, manüplasyonu arttıran klasik sezaryen tercih edilmelidir.

Cevap D (Cunningham, Williams Obstetrics; Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility; Scott, Danforth's Obstetrics and Gynecology; Berek, Novak's Gynecology; Rock, Te Linde's Operative Gynecology; Pernoll, Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis and Treatment)

12. Anne ve fetüs için aşağıdakilerden hangisi en büyük riski taşır?

- a) Serviks yırtığı
- b) İntakt uterusun rüptürü
- c) Patolojik retraksiyon halkası
- d) Eski uterin nedbe dokusunun rüptürü
- e) Uterin nedbe dokusunun ayrılması

**AÇIKLAMA:** Ortaya çıkan intraabdominal kanamaya bağlı hipovolemi anneyi, plasental perfüzyonun bozulması fetüsü riske sokar.

Cevap B (*Cunningham, Williams Obstetrics; Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility; Scott, Danforth's Obstetrics and Gynecology; Berek, Novak's Gynecology; Rock, Te Linde's Operative Gynecology; Pernoll, Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis and Treatment*)

13. Gebeliğin kaçınıcı haftalarında Müller kanalları orta hatta birleşir?

- a) 6-7
- b) 8-9
- c) 10-11
- d) 14-15
- e) 19-20

**AÇIKLAMA:** Müller kanalları 8-9. haftalarda orta hatta birleşmekte ve 10-11. haftalarda kanalize olmaktadır. Birleşme sonrası aradaki septum rezorpsiyonu ise 19-20. haftalarda tamamlanmaktadır.

Cevap B (*Copeland, 2.baskı, s.236*)

14. Üçlü test taramasında kullanılan hormonlar hangileridir?

- a) Alfa-Fetoprotein-hPL-uE3
- b) Alfa-FP-hCG-uE3
- c) hPL-hCG-uE2
- d) hPL-LH-FSH
- e) uE3-Progesteron-hPL

**AÇIKLAMA:** Prenatal genetik tarama amaçlı yapılan "triple test" adı verilen testte b şıkkındaki hormonlar ölçülmektedir.

Cevap B (*Cunningham, Williams Obstetrics; Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility; Scott, Danforth's Obstetrics and Gynecology; Berek, Novak's Gynecology; Rock, Te Linde's Operative Gynecology; Pernoll, Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis and Treatment*)

15. Ovulasyondan 10 gün sonra salınmaya başlanan ve Corpus Luteumun devamını sağlayan protein yapıdaki hormon hangisidir?

- a) Human Plasental Laktojen
- b) Human Koryonik Tirotropin

- c) Alfa-Fetoprotein
- d) Human Koryonik Gonadotropin
- e) Prolaktin

**AÇIKLAMA:** Trofoblastlardan salınarak C. Luteumu destekleme fonksiyonunu yürüten protein yapısındaki hormon hCG'dir.

Cevap D (*Cunningham, Williams Obstetrics; Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility; Scott, Danforth's Obstetrics and Gynecology; Berek, Novak's Gynecology; Rock, Te Linde's Operative Gynecology; Pernoll, Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis and Treatment*)

16. Basit endometriyal hiperplazide invaziv karsinoma dönüşme oranı nedir?

- a) %1
- b) %3
- c) %8
- d) %12
- e) %50

**AÇIKLAMA:** Basit hiperplazide karsinoma dönüşüm %1, kompleks hiperplazide %3, atipik hiperplazide ise %23 olarak saptanmıştır. Karsinoma dönüşümde nükleer atipi, yapısal bozukluktan daha çok önem taşımaktadır.

Cevap A (*Berek, Prac Gyne Oncology, 2.baskı, s.128*)

17. Erken spontan abortuslarda en sık etiyolojik faktör nedir?

- a) Enfeksiyonlar
- b) Travma
- c) Kromozom anomalileri
- d) Otoimmün nedenler
- e) Endokrin nedenler

**AÇIKLAMA:** İlk trimester düşüklerinin en sık nedeni kromozomal anomalilerdir.

Cevap C (*Cunningham, Williams Obstetrics; Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility; Scott, Danforth's Obstetrics and Gynecology; Berek, Novak's Gynecology; Rock, Te Linde's Operative Gynecology; Pernoll, Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis and Treatment*)

18. Steroid hormonların sentezlenmesinde birbirlerine dönüşümleri olmaktadır. Bu dönüşümlerden yanlış işaretleyiniz.

- a) Kolesterol-pregnenolone
- b) Estradiol-estriole
- c) Progesteron-androjene
- d) Androjen-estrojene
- e) Estrojen-androjene

## KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ

**AÇIKLAMA:** Androstenediondan estron (E1), testosterondan da estradiol (E2) oluşmaktadır, bunun tersi bir durum söz konusu değildir.

Cevap E (*Cunningham, Williams Obstetrics; Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility; Scott, Danforth's Obstetrics and Gynecology; Berek, Novak's Gynecology; Rock, Te Linde's Operative Gynecology; Pernoll, Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis and Treatment*)

**19.Aşağıdakilerden hangisi plasenta previanın tiplerinden değildir?**

- a) Plasenta previa parsialis
- b) Plasenta previa marginalis
- c) Baz insersiyi
- d) Plasenta accreata
- e) Plasenta previa totalis

**AÇIKLAMA:** Plasenta accreata, desidual tabakası olmadan plasentanın direk myometriyuma yapışmasıdır.

Cevap D (*Current Obs. Gynec, s.529*)

**20.Postmenopozal dönemdeki kemik kaybının teşhisinde kullanılan T skoru (kemik kütleinin genç bir erişkine göre durumu) -2.5'un altında ise buna ne ad verilir?**

- a) Normal değerler
- b) Osteopeni
- c) Osteopetrozis
- d) Osteoporozis
- e) Ağır osteoporosis

**AÇIKLAMA:** T skoru osteoporozisin bir göstergesidir.

Cevap D (*Cunningham, Williams Obstetrics; Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility; Scott, Danforth's Obstetrics and Gynecology; Berek, Novak's Gynecology; Rock, Te Linde's Operative Gynecology; Pernoll, Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis and Treatment*)

**21.Aşağıdakilerden hangisi hirsutizm tedavisinde kullanılmaz?**

- a) Simetidin
- b) Spironolakton
- c) Siproteron asetat
- d) Spiramisin
- e) Oral kontraseptifler

**AÇIKLAMA:** Spiramisin Toksoplazma tedavisinde kullanılmaktadır.

Cevap D (*Cunningham, Williams Obstetrics; Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility;*

*Scott, Danforth's Obstetrics and Gynecology; Berek, Novak's Gynecology; Rock, Te Linde's Operative Gynecology; Pernoll, Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis and Treatment*)

**22.Yirmisekiz yaşında RiA kullanan hastaya PID tanısı konularak hospitalize ediliyor. Hastada akut karın bulgularının artması üzerine L/S yapıldığında tek taraflı tubo ovaryen abse geliştiği görülüyor. Etiyolojide en muhtemel patojen nedir?**

- a) N. Gonorhea
- b) C. Trachomatis
- c) Mycoplasma hominis
- d) Actinomyces israeli
- e) Bakteriodes

**AÇIKLAMA:** RiA ile beraber görülen absenin en sık nedeni Actinomyces israeli'dir.

Cevap D (*Cunningham, Williams Obstetrics; Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility; Scott, Danforth's Obstetrics and Gynecology; Berek, Novak's Gynecology; Rock, Te Linde's Operative Gynecology; Pernoll, Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis and Treatment*)

**23.Aşağıdakilerden hangisi letal iskelet displazilerinden biri değildir?**

- a) Osteogenezis imperfekta (Tip 2)
- b) Kondrodisplazi punktata
- c) Tanatoforik displazi
- d) Akondroenezis
- e) Akondroplazi

**AÇIKLAMA:** Ultrasonografinin yaygın kullanımı sonucunda nadir olmayan iskelet anormallikleri rahatlıkla antenatal dönemde teşhis edilebilmekte böylece etkilenen gebeliklerde erken tanı ve müdahale imkanı ortaya çıkmaktadır. **Tanatoforik displazi 1/10000 insidansla en sık rastlanan iskelet displazisidir.** Akondroenezis ve Osteogenezis imperfekta (Tip 2) nisbeten sık rastlanan (1/40-60000), Kondrodisplazi punktata ise daha nadir görülen öldürücü iskelet displazileridir. Akondroplazi ise sık görülen ancak öldürücü olmayan, iyi prognozlu kısa ekstremiteler osteokondroplazi grubundandır.

Cevap E (*Callen, Ultrasonography in Obstetrics and Gynecology, 3.baskı, 1994, s.261*)

**24.Vulvanın benign lezyonlarından olmayan hangisidir?**

- a) Monilyazis
- b) Psoriyazis
- c) Bartholin adeniti

- d) Bowen hastalığı  
e) Ulcus molle

**AÇIKLAMA:** Bowen hastalığı 35 yaş üzeri, yüzeysel ülserasyon gösteren, kalın, opak, papillomatöz veya verrüköz lezyonlardır. Genelde yassı hücreli kansere differansiye olur.

Cevap D (*Novak's Gynecology, s.1232*)

**25. Aşağıdakilerden hangisi plasentadan kolayca geçip fetusa teratojen etki yapar?**

- a) Konjuge steroidler  
b) Peptid hormonlar  
c) Oral antikoagülanlar  
d) İnsülin  
e) Heparin

**AÇIKLAMA:** Oral antikoagülanlar teratojeniktir.

Cevap C (*Cunningham, Williams Obstetrics; Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility; Scott, Danforth's Obstetrics and Gynecology; Berek, Novak's Gynecology; Rock, Te Linde's Operative Gynecology; Pernoll, Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis and Treatment*)

**26. Aşağıdakilerden hangisi anovulasyon göstergesidir?**

- a) 3. gün FSH'nin 15 mIU/ml üzerinde olması  
b) 21. gün progesteron düzeyinin 5-10 ng/ml olması  
c) Servikal mukusta eğrelti otu görünümünün kaybolması  
d) Bazal vücut ısısının monofazik olması  
e) Endometriyal biyopside erken sekretuar değişikliklerin gözlenmesi

**AÇIKLAMA:** Ovulasyon sonrası bazal vücut ısısında bir artış meydana gelir. Anovulasyon mevcutsa bu artış gözlenmez. Bazal vücut ısısı artışından sorumlu hormon progesteron'dur.

Cevap D (*Cunningham, Williams Obstetrics; Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility; Scott, Danforth's Obstetrics and Gynecology; Berek, Novak's Gynecology; Rock, Te Linde's Operative Gynecology; Pernoll, Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis and Treatment*)

**27. Endometriyozis epidemiyolojisi için hangisi yanlıştır?**

- a) Premenopozal kadınların %10-15'inde görülür.  
b) Adolesanlarda ve postmenopozda çok nadirdir.  
c) Siklus uzunluğu kısa olan ve menstruel kanaması uzun sürenlerde daha sık görülür.  
d) Ailevi eğilim saptanmıştır.  
e) Müller kanal anomalili olgularda sıklığı artar.

**AÇIKLAMA:** Yirmi yaşın altında medikal tedaviye cevap vermeyen kronik pelvik ağrısı olan olguların %45-

65'inde endometriyozis saptanmıştır. Kısa siklus süresi (<27 gün) ve uzun menstrual siklusu (>7 gün) olanlarda daha sık görülür. Genital çıkış obstrüksiyon anomalisi olgularda sıklığı artar. Postmenopozal hormon replasman tedavisi alan olgularda endometriyozis bildirilmiştir.

Cevap B (*Copeland, Textbook of Gynecology, Endometriosis and Adenomyosis, 2000, s.687*)

**28. Birinci trimesterde gestasyon yaşının ultrasonografik olarak tespitinde hangi fetal biyometrik ölçümden yararlanılır?**

- a) Bipariyetal çap (BPD)  
b) Femur uzunluğu (FL)  
c) Baş-kalça mesafesi (CRL)  
d) Abdomen çevresi (AC)  
e) Baş çevresi (HC)

**AÇIKLAMA:** İlk trimesterde kullanılan ölçüm kriteri CRL'dir.

Cevap C (*Cunningham, Williams Obstetrics; Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility; Scott, Danforth's Obstetrics and Gynecology; Berek, Novak's Gynecology; Rock, Te Linde's Operative Gynecology; Pernoll, Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis and Treatment*)

**29. Menstrüel siklus fizyolojisiyle ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) İnhibin overde granüloza hücreleri tarafından yapılır.  
b) IGF-1 (İnsüline benzer büyüme faktörü) inhibin yapımını uyarır.  
c) Ergenlikte adrenarş daima gonadarştan sonra oluşur.  
d) Menseste progesteron ve prostaglandinler çok önemli bir rol oynarlar.  
e) Ergenlikte overlerde kalan germ hücre sayısı 300.000'dir.

**AÇIKLAMA:** Adrenarş ergenlikte en erken gelişen endokrin olaydır. Adrenarş ve gonadarş birbirinden bağımsızdır.

Cevap C (*Danforth, Üreme Fizyolojisi*)

**30. Yirmidört haftalık bir gebede anemi kriteri olan hemoglobin seviyesi aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) 12 g/dL  
b) 11.5 g/dL  
c) 11 g/dL  
d) 10 g/dL  
e) 12.5 g/dL

**AÇIKLAMA:** Gebelik sırasında hemoglobin düzeyi 10 gr/dl'nin altına düşerse anemiden bahsedilir.

Cevap D (*Cunningham, Williams Obstetrics; Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility; Scott, Danforth's Obstetrics and Gynecology; Berek,*

## KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ

*Novak's Gynecology; Rock, Te Linde's Operative Gynecology; Pernoll, Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis and Treatment)*

**31.Folik asit eksikliğine bağlı gebelik komplikasyonlarının önlenmesinde alınması önerilen günlük folik asit miktarı aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) 50 µg/gün
- b) 100 µg/gün
- c) 200 µg/gün
- d) 400 µg/gün
- e) 1000 µg/gün

**AÇIKLAMA:** Eğer daha önceden böyle bir öykü yoksa profilaktik amaçla verilmesi gereken doz d şikkında belirtilmiştir. Ama NTD öyküsü varsa o zaman bu doz 4 mg dozuna çıkarılmalıdır.

Cevap D (*Cunningham, Williams Obstetrics; Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility; Scott, Danforth's Obstetrics and Gynecology; Berek, Novak's Gynecology; Rock, Te Linde's Operative Gynecology; Pernoll, Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis and Treatment)*

**32.Evre IV invazif molde hangi sisteme metastaz yoktur?**

- a) Gastrointestinal sistem
- b) Dalak
- c) Tiroid
- d) Karaciğer
- e) Beyin

**AÇIKLAMA:** Evre IV invazif molde tiroid dokusuna metastaz görülmez.

Cevap C (*Atasü, Jinekoloji Onkoloji 99, s.512-5)*

**33.Aşağıdaki hastalıklardan hangisinin tanısında "diagnostik laparoskopi" gerekli değildir?**

- a) Ektopik gebelik
- b) Uterin anomali
- c) Endometriozis
- d) Tubal faktöre bağlı infertilite
- e) Asherman sendromu

**AÇIKLAMA:** Asherman sendromu intrauterin bir olaydır, Laparoskopi ile saptanamaz.

Cevap E (*Cunningham, Williams Obstetrics; Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility; Scott, Danforth's Obstetrics and Gynecology; Berek, Novak's Gynecology; Rock, Te Linde's Operative Gynecology; Pernoll, Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis and Treatment)*

**34.İkiz gebeliklerde en sık izlenen prezentasyonu**

**seçiniz.**

- a) Baş-makat
- b) Makat-makat
- c) Makat-baş
- d) Baş-baş
- e) Baş-transvers

**AÇIKLAMA:** İkiz gebelerde en sık baş-baş prezentasyonu görülür.

Cevap D (*Cunningham, Williams Obstetrics; Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility; Scott, Danforth's Obstetrics and Gynecology; Berek, Novak's Gynecology; Rock, Te Linde's Operative Gynecology; Pernoll, Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis and Treatment)*

**35.Aşağıdakilerden hangisi disfonksiyonel uterin kanama tedavisinde kullanılmaz?**

- a) Progesterinler
- b) Oral kontraseptifler
- c) Estrojen
- d) Antiprostoglandinler
- e) Histerektomi

**AÇIKLAMA:** Disfonksiyonel uterin kanama organik bir nedene bağlı olmayan bir patolojidir. Bu nedenle hormonal tedavi endikedir.

Cevap E (*Cunningham, Williams Obstetrics; Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility; Scott, Danforth's Obstetrics and Gynecology; Berek, Novak's Gynecology; Rock, Te Linde's Operative Gynecology; Pernoll, Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis and Treatment)*

**36.Endodermal sinüs tümöründe verilen kemoterapinin etkinliğini monitorize etmek için aşağıdaki tümör belirteçlerden hangisi kullanılır?**

- a) Ca-125
- b) Alfa fetoprotein
- c) Karsinoembriyonik antijen
- d) Laktat dehidrogenaz
- e) Ca-15

**AÇIKLAMA:** Alfa fetoprotein endodermal sinüs tümör tanısında kısmen faydalı bir belirteç olup (çünkü nadiren de olsa immatür teratom, embriyonel karsinom ve poliembriyomada da müsbet olabilir) esas önem verilen kemoterapinin etkinliğini ve gizli nükslerin monitorizasyonunda kullanılmasıdır.

Cevap B (*Copeland, Textbook of Gynecology, 2000, s.1390)*

**37.İntrauterin gelişme geriliğine en çok eşlik eden obstetrik patoloji hangisidir?**

- a) Oligohidramniyoz

- b) Respiratuvar distres sendromu
- c) Rh/rh uygunsuzluğu
- d) Diyabetes mellitus
- e) Pyelitis gravidarum

**AÇIKLAMA:** IUGG plasental perfüzyonun yetersiz olduğunun bir göstergesidir, aynı şekilde fetüsün böbrek perfüzyonu da azalacak ve buna bağlı oligohidramniyoz oluşacaktır.

Cevap A (*Cunningham, Williams Obstetrics; Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility; Scott, Danforth's Obstetrics and Gynecology; Berek, Novak's Gynecology; Rock, Te Linde's Operative Gynecology; Pernoll, Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis and Treatment*)

**38.Tecavüze uğrayan bir kadında yapılması gereken laboratuvar incelemeleri verilmiştir. Doğru olmayanı işaretleyiniz.**

- a) N. Gonore kültürü
- b) Sifiliz serolojik testleri
- c) Hepatit B yüzey antijeni (HbsAG)
- d) Serum f3-HCG tayini
- e) Serum estradiol tayini

**AÇIKLAMA:** Böyle bir kişi en fazla cinsel yolla bulaşan hastalık riskine sahiptir.

Cevap E (*Cunningham, Williams Obstetrics; Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility; Scott, Danforth's Obstetrics and Gynecology; Berek, Novak's Gynecology; Rock, Te Linde's Operative Gynecology; Pernoll, Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis and Treatment*)

**39.Aşağıdakilerden hangisinde maternal ve fetal mortalite en fazladır?**

- a) Gestasyonel diyabet – Class A1
- b) Class H
- c) Gestasyonel diyabet – Class A2
- d) Aşikar diyabet – insülin ile regüle
- e) Class B

**AÇIKLAMA:** Class H kalp hastalığını işaret etmektedir. Mortalite riski yüksektir.

Cevap B (*Cunningham, Williams Obstetrics; Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility; Scott, Danforth's Obstetrics and Gynecology; Berek, Novak's Gynecology; Rock, Te Linde's Operative Gynecology; Pernoll, Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis and Treatment*)

**40.Abortus tipleri ve yapılması gereken klinik yaklaşım karşılıklarına yazılmıştır. Yanlış olanı**

işaretleyiniz.

- a) Missed abortus - küretaj
- b) İnkomplet abortus – revizyon küretaj
- c) Abortus imminens - tokoliz
- d) Septik abortus - antibiyotik
- e) Habituel abortus – etiyolojik tedavi

**AÇIKLAMA:** Abortus imminensin tedavisi yatak istirahatidir. Tokoliz preterm eylemi durdurmak amacı ile uygulanan tedavidir.

Cevap C (*Cunningham, Williams Obstetrics; Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility; Scott, Danforth's Obstetrics and Gynecology; Berek, Novak's Gynecology; Rock, Te Linde's Operative Gynecology; Pernoll, Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis and Treatment*)

**41.Üreme sistemi ile ilgili yanlış belirtiniz.**

- a) Uterusta korpus/serviks oranı çocuklukta 1/2, fertil periyodun başlangıcında 1/1 ve ilk gebelikten sonra ise 2/1 şeklindedir.
- b) Sol over veni sol renal vene, sağ over veni ise inferior vena cava'ya dökülür.
- c) Geç folliküler fazda oluşan LH piki, yumurtanın birinci mayotik bölünmeyi bitirmesine, sitoplazmik matürasyona, ovülasyona ve korpus luteum oluşumuna yol açmaktadır.
- d) Seminifer tübüllerden itibaren sperm motilite kazanmışlardır.
- e) Primer spermatositlerden spermatozoon oluşumuna kadar tüm süreç 64-74 gün almaktadır.

**AÇIKLAMA:** Sperm motilite epididime ulaşana kadar motil değildir.

Cevap D (*Yıldırım, Üreme Sistemi ve Cinsellik, Aile Planlamasında Temel Bilgiler, 1997, s.93-105*)

**42.Hangisi bakırlı rahim içi araçların (RİA) olumlu yönlerinden değildir?**

- a) Çıkarıldıktan sonra doğurganlığa dönüşte gecikme olmaz.
- b) Sistemik metabolik yan etkiler görülmez.
- c) Kişi RİA ile korunmayı kendi kendine bırakmaz.
- d) Emziren kadınlar için uygundur.
- e) Cinsel ilişkiden bağımsızdır.

**AÇIKLAMA:** Kişinin RİA ile korunmayı kendi kendine bırakmaması olumlu bir yön olarak görülmektedir.

Cevap C (*Yıldırım, Rahim İçi Araçlar, Aile Planlamasında Temel Bilgiler, 1997, s.169-70*)

**43.Bakırlı rahim içi araç (RİA) kullanımına bağlanabilen sağlık sorunlarından yanlış olanı**



belirtiniz.

- a) Başağrısı
- b) Uterin kanamalar
- c) Pelvik enfeksiyon
- d) Uterin perforasyon
- e) RİA varken gebelik oluşması

**AÇIKLAMA:** Başağrısı daha ziyade hormonal yöntem kullanımı ile ilişkilendirilebilecek bir sağlık sorunudur.

Cevap A (Yıldırım, Rahim İçi Araçlar, Aile Planlamasında Temel Bilgiler, 1997, s.176)

**44.Aşağıdakilerden hangisi endometriozis gelişmesini açıklamaz?**

- a) Çöлом epitel metaplazisi
- b) Anterograd menstruasyon
- c) İmmünolojik yetmezlik
- d) Hematolojik yayılım
- e) Kontaminasyon ile yayılım

**AÇIKLAMA:** Aksine retrograd menstruasyon endometriozis teorileri arasında yer alır.

Cevap B (Cunningham, Williams Obstetrics; Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility; Scott, Danforth's Obstetrics and Gynecology; Berek, Novak's Gynecology; Rock, Te Linde's Operative Gynecology; Pernoll, Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis and Treatment)

**45.Minipill için doğru olan hangisidir?**

- a) İçinde düşük doz östrojen içerir.
- b) Gün aşırı alınmalıdır.
- c) Dış gebelik riski artmaz.
- d) Kontraseptif etkinliği kombine oral kontraseptifler kadardır.
- e) Adolesan dönemde sık kullanılır.

**AÇIKLAMA:** Minipiller düşük doz progesteron içerirler. Hergün alınmaları gereklidir. Dış gebelik riskini göreceli olarak arttırırlar. Başarısızlık oranı doğru kullanımda 100 kadın yılında 1'den daha az olup, bu da kombine oral kontraseptifler ile benzerdir. Sıklıkla laktasyon döneminde ve 40 yaşın üzerindeki kadınlarda kullanılır.

Cevap D (Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, Oral Contraception, 6.baskı, 1999, s.926)

**46.Hirsutizm tanısı için hangisi yanlıştır?**

- a) Başlangıçta serum testosteron ve 17-OH P düzeyleri tanı için yeterlidir.
- b) Rutin ACTH stimülasyon testi yapılması gereksizdir.
- c) Tüm anovulatuvar hiperandrojenik kadınlarda insülin direnci araştırılmalıdır.
- d) Cushing hastalığı taraması için tek doz gecelik

**deksametazon supresyon testi yapılmalıdır.**

- e) Olguların yaklaşık %25'inde geç başlayan nonklasik adrenal hiperplazi saptanır.

**AÇIKLAMA:** Geç başlayan nonklasik adrenal hiperplazi hirsutizmli olguların yaklaşık %1-5'inde görülür. Tanı için (21-hidroksilaz) serum 17-OH P düzeyleri ölçülür. 200-800 ng/dl arasındaki değerlerde ACTH stimülasyon testi (sentetik ACTH) yapılır. 800 ng/dl'nin üzerindeki değerler direkt enzim eksikliği tanısı koyulur.

Cevap E (Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, Hirsutism, 6.baskı, 1999, 531)

**47.Hangisi erkek infertilitesi tanısı için kullanılmaz?**

- a) Anti-sperm antikolar
- b) Testis biyopsisi
- c) Transrektal ultrasonografi
- d) Vazogram
- e) Saline infüzyon sonohisterografi

**AÇIKLAMA:** Erkek infertilitesi tanısı için klasik spermogram dışında sıklıkla başvuru yöntemler, antisperm antikolar, testis biyopsisi (azosperminin ayırıcı tanısında), transrektal ultrasonografi (seminal vezikül, prostat, ejakülator kanallar), vazogram (vas deferens)'dir. Saline infüzyon sonohisterografi kadınlarda uterin kaviteyi değerlendirmek için kullanılan non invazif bir yöntemdir.

Cevap E (Copeland, Textbook of Gynecology, 2000, s.401)

**48.Sekonder dismenore etiyolojisinde yer almayan işaretleyiniz.**

- a) İmperfore hymen
- b) Asherman sendromu
- c) Pelvik konjesyon sendromu
- d) Polikistik over sendromu
- e) Rahim içi araç kullanımı

**AÇIKLAMA:** Sekonder dismenore yapan diğer nedenler endometriyozis, over kistleri, adenomyozis, miyom, polipler, konjenital uterus anomalileridir.

Cevap D (Copeland, Textbook of Gynecology, Dysmenorrhea, Premenstrual syndrome, and other menstrual disorders, 2000, s.513)

**49.Genital kanal enfeksiyonları için yanlış eşleşmeyi işaretleyiniz.**

- a) N. Gonore ----- Seftriakson
- b) HPV ----- Trikloroasetik asid
- c) T. Vaginalis ----- Mikonazol
- d) Bakteriyel vaginozis ----- Klindamisin
- e) N. Gonore ----- Siprofloksasin

**AÇIKLAMA:** 1998 CDC bültenine göre Trikomonas vaginalis için önerilen tedavi metranidazoldür.

Mikonazol kandida enfeksiyonları için önerilen ilaçlardan biridir. HPV için Podofilin, bakteriyel vajinozis için metronidazol ilk tercih edilen ilaçlardır.

Cevap C (*Copeland, Textbook of Gynecology, Reproductive Tract Infections: Sexually Transmitted Diseases, 2000, s.869*)

**50. Medikal abortus endikasyonları arasında yer alanlardan hangisi viable'dir?**

- a) Trizomi 18
- b) Trizomi 13
- c) Tanatrofik displazi
- d) Kistik higroma
- e) Alobar holoprozenefali

**AÇIKLAMA:** Abortus için medikal endikasyonlar maternal (böbrek yetmezliği, diyabetik retinopati, kalp hastalığı, otoimmün hastalıklar) ve fetal olarak ikiye ayrılır. Fetal endikasyonların bir kısmı non-viable (hipoplastik sol kalp, renal agenezi, hidransefali), bir kısmı ise viable (Trizomi 21, spina bifida, hidrosefalus, hidronefrozu)'dır.

Cevap D (*Scott, Danforth's Obstetric and Gynecology, Induced Abortion, 1999, s.571*)

**51. Servikte sınırlı, 6 cm kitlesi olan serviks kanseri vakası FIGO evresine göre kaçınıcı evredir?**

- a) Ia1
- b) Ia2
- c) Ib1
- d) Ib2
- e) IIa

**AÇIKLAMA:** Evre Ib2 tümörün servikte sınırlı ve 4 cm'den büyük olduğu evredir.

Cevap D (*Cunningham, Williams Obstetrics; Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility; Scott, Danforth's Obstetrics and Gynecology; Berek, Novak's Gynecology; Rock, Te Linde's Operative Gynecology; Pernoll, Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis and Treatment*)

**52. Hangisi operatif histeroskopi için endikasyon değildir?**

- a) Disfonksiyonel uterus kanaması
- b) Submüköz myom
- c) Uterus bikornus
- d) Uterus septus
- e) Asherman sendromu

**AÇIKLAMA:** Operatif histeroskopi ile disfonksiyonel uterus kanamasında endometriyal ablasyon yapılır. Uterus bikornus tanısında ve tedavisinde operatif histeroskopi kullanılmaz.

Cevap C (*Adashi, Reproductive Endocrinology, Surger*

*and Technology, Contemporary Hysteroscopy, 1996, s.2176*)

**53. Over kanserlerinin en sık tipi aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Seröz
- b) Musinöz
- c) Endometrioid
- d) Berrak hücreli
- e) Brenner

**AÇIKLAMA:** Over tümörlerinin çoğunluğu epitelyal kaynaklıdır ve bu kanserlerin de %75'i seröz tiptedir.

Cevap A (*Berek, Novak's Gynecology, 12.baskı, s.1155*)

**54. Yardımcı Üreme Teknikleri uygulamasına rağmen ileri yaş (>40) hastalarda gebelik oranlarının düşük kalmasının temel sebebi aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Yaşla birlikte sperm kalitesinin bozulması
- b) Yaşla birlikte oosit kalitesinin bozulması
- c) Yaşla birlikte endometriyal reseptivitenin bozulması
- d) Transfer edilen embriyo sayısının sabit olması
- e) Yaşla birlikte hidrosalfenks riskinin artışı

**AÇIKLAMA:** İleri yaş kadınlardan elde edilen oositlerde geniş perivitellin aralık, debris varlığı ve zona pellucida incilmesi gibi morfolojik bulguların yanı sıra oluşan gebeliklerde, anoploidi riski ve erken gebelik kaybı riski belirgin artmaktadır. Bu hastalarda donör oosit ile gebelik eldesinin daha yüksek olması endometriyal reseptivitede önemli bir sorun olmadığını göstermektedir. Sperm parametrelerinde yaşla birlikte dramatik değişiklikler görülmez. Ayrıca erkek faktörü nedeniyle infertilite tedavisi gören çiftlerde kadın yaşı yine belirleyici faktör rolü oynamaktadır.

Cevap B (*Brinsden, In Vitro Fertilization and Assisted Reproduction, 2.baskı, 1999, s.312*)

**55. Koryon villus örnekleme (CVS) için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?**

- a) Transservikal yol transabdominal yola tercih edilir.
- b) Kromozom tahlili için uygun ancak Hbpati gibi DNA tetkiki gerektiren durumlarda yararı yoktur.
- c) Plasental mozaisizm CVS uygulamalarının temel sorunlarındanıdır.
- d) Örneklenen doku koryon olduğu için Rh uyuşmazlığı olanlarda Anti D uygulaması gerekli değildir.
- e) CVS için en uygun zaman 16-20 hafta arasındır.

## KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ

**AÇIKLAMA:** CVS 11-14. gebelik haftalarında fetüs ile aynı genetik yapıya sahip koryon villuslarının kromozomal, biyokimyasal ve DNA tanısında kullanılan bir antenatal tanı yöntemidir. Vajinal kanama, enfeksiyon, maternal kontaminasyon riskinin daha az ve teknik uygulama kolaylığı nedeniyle transabdominal yol tercih edilmektedir. Ekstra embriyonik dokuda non-disjunction sonucunda anöploidi gelişmesi ancak fetüsün normal olması hali olarak tarif edilen plasentaya sınırlı mozaizm, CVS'de sık görülen problemlerden biridir. Fetal dolaşım ortaya çıktıktan sonra Rh uyuşmazlığı olanlarda fetomaternal üniteye yapılan her invaziv girişimde antiD uygulanmalıdır.

Cevap C (*Şen, Perinatal Ultrasonografi, 2001, s.27; Beksaç, Fetal Tıp Prenatal Tanı, 1996, s.73-4*)

**56.Menstrüel fonksiyon bozukluklarıyla ilgili olarak hangisi doğrudur?**

- Menstrüel kanama 21 günden sık oluyorsa anormal kabul edilir.
- Amenoreye sebep veren 4 ana neden hipotalamik, pitüiter, ovaryan, anatomik anormalliklerdir.
- Anormal kanamalar endometriyum biyopsisi, transvajinal ultrason ve histeroskopi ile tetkik edilebilir.
- Bazı kanamalı hastalarda, endometriyal ablasyon histerektomiye alternatif olarak kullanılabilir.
- Menstrüel kanama 10 günden uzun sürüyorsa anormal kabul edilir.

**AÇIKLAMA:** Normal menses kanaması 8 günden uzun sürmez.

Cevap E (*Danforth, Kanama Bozuklukları*)

**57.Endometriyozisle ilgili olarak yanlış olanı bulunuz.**

- İmmünolojik cevap yetersizliği bu hastalıkta suçlanamaz.
- Pelvik ağrısı veya infertilitesi olanlarda sıktır.
- En iyi teşhis yöntemi laparoskopidir.
- Cerrahi tedavi ağrıyı geçirir ve fertilitiyi düzeltir.
- Retrograde menses ve endometriyumun implantasyonu patogenezinde yer alır.

**AÇIKLAMA:** Endometriyoziste hücrel immün yanıt yetersizliği ve doğal öldürücü hücre aktivitesinde azalma bildirilmiştir.

Cevap A (*Danforth, Endometriyozis*)

**58.Abortuslarla ilgili olarak yanlış olanı bulunuz.**

- Abortuslar gebelikte en sık rastlanan komplikasyondur.
- En sık rastlanan etiyoloji fetusun kromozomal bozukluğudur.
- Faktör V Leiden mutasyonu birinci trimester abortuslarına sebep verir.
- Otoimmün nedenler hem birinci hem de ikinci trimester düşüklerine neden olur.
- Tedavide immünoterapinin yeri tartışmalıdır.

**AÇIKLAMA:** Son yıllarda tanımlanmış olan Faktör V Leiden mutasyonu ikinci trimester abortuslarına neden olmaktadır.

Cevap C (*Danforth, Erken Gebelik Kayıpları*)

**59.Kadınlardaki en sık ölüm nedeni nedir?**

- Kardiyovasküler hastalıklar
- Meme kanseri
- Kolon kanseri
- Over kanseri
- Endometriyum kanseri

**AÇIKLAMA:** Kadınlardaki en sık mortalite nedeni kardiyovasküler hastalıklardır.

Cevap A (*Berek, Novak's Gynecology, 12.baskı, s.60-1*)

**60.Histerektomi endikasyonları içinde en sık olan hangisidir?**

- Postpartum kanama
- Endometriyum kanseri
- Over kanseri
- Leiomyoma
- Endometriyozis

**AÇIKLAMA:** Majör cerrahiler arasında sezaryenlerden sonra en sık yapılan cerrahi histerektomidir. Sıklığı 1000 kadında 6 ile 8 arasındadır. **Histerektomilerin en sık endikasyonu ise leiomyomlardır.**

Cevap D (*Berek, Novak's Gynecology, 12.baskı, s.727-8*)

**61.Laparoskopide batin hangi gaz ile şişirilir?**

- Karbondioksit
- Nitrojen
- Oksijen
- Karbonmonoksit
- Hidrojenperoksit

**AÇIKLAMA:** Laparoskopide insuflasyon CO<sub>2</sub> ile sağlanır.

Cevap A (*Berek, Novak's Gynecology, 12.baskı, s.686*)

**62.Gebelikte rastlanan en sık otoimmün hastalık hangisidir?**

- Hashimoto tiroiditi

- b) ITP
- c) SLE
- d) Romatoid artrit
- e) Sjögren sendromu

**AÇIKLAMA:** ITP gebelikte rastlanan en sık otoimmün hastalıktır ve 1-2/1000 gebelikte görülür.

Cevap B (*Lambrou, The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics, 1.baskı, s.137*)

**63.Bilateral tubal obstrüksiyonu olan infertil bir kadında aşağıdakilerden hangisi tercih edilebilir?**

- a) Gonadotropinler ile ovulasyon indüksiyonu
- b) Klomifen sitrat ile ovulasyon indüksiyonu
- c) İntrauterin inseminasyon
- d) IVF-ET
- e) Gamet intrafallop transfer (GIFT)

**AÇIKLAMA:** Ovulasyon indüksiyonu ve GIFT uygulamalarında tüplerin açık ve sağlıklı olması gerekmektedir. Bilateral tubal obstrüksiyonu olan kadınlarda tubal cerrahi veya IVF-ET uygundur.

Cevap D (*Berek, Novak's Gynecology, 12.baskı, s.941-52*)

**64.Aşağıdakilerden hangisi 2. trimesterde Down taraması için istenen tetkiklerdendir?**

- a) AFP
- b) Östriol
- c) CEA
- d) CA-125
- e) CA-19

**AÇIKLAMA:** AFP yolk kesesinde, fetal gastrointestinal sistem ve karaciğerde sentezlenen bir glikoproteindir. Fetustan amniyotik sıvıya geçer. Plasentayı da geçerek maternal serumda da az miktarda bulunur. Maternal serum sonuçları medianın katları (MoM) olarak ifade edilir ve **azaldığı durumlarda Down sendromu akla gelmelidir.**

Cevap A (*Lambrou, The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics, 1.baskı, s.12-7*)

**65.Kallman sendromu temelde aşağıdakilerden hangisinin eksikliğinden kaynaklanır?**

- a) FSH
- b) LH
- c) GnRH
- d) TSH
- e) PRL

**AÇIKLAMA:** Kallman sendromu anozmi, GnRH yetersizliğine bağlı hipogonadizm ve renk körlüğü ile seyreden, hem kadınlarda hem de erkeklerde görülebilen bir sendromdur.

Cevap C (*Berek, Novak's Gynecology, 12.baskı, s.788*)

**66.Endometriyum kanserinin prognozunu belirlemede aşağıdakilerden hangisinin önemi yoktur?**

- a) Klinik evresi
- b) Hücre tipi
- c) Diferansiyasyon derecesi
- d) Myometrial invazyon
- e) Hastanın menopoza girip girmediği

**AÇIKLAMA:** Endometriyum kanserinin risk faktörleri arasında erken menarş ve geç menopoz vardır. Ancak prognozu belirleyen faktörler tümörün histolojisi, diferansiyasyonu, evresi ve evrelemede kullanılan myometriyal invazyon, lenfovasküler tutulum gibi faktörlerdir.

Cevap E (*Berek, Novak's Gynecology, 12.baskı, s.1057-1110*)

**67.Erişkin bir kadında normal vajina pH'sı kaçtır?**

- a) Asidik ve 2-3 arası
- b) Alkali ve 7-8 arası
- c) Nötral
- d) Asidik ve 4-5 arası
- e) Alkali ve 9-10 arası

**AÇIKLAMA:** Normal vajina pH'sı laktobasillerin laktik asit üretimine bağlı olarak asidik ve 4-5 arasıdır.

Cevap D (*Berek, Novak's Gynecology, 12.baskı, s.429*)

**68.Kadınlarda kılınma (hirsutizm) hangi skorlama sistemi kullanılarak değerlendirilir?**

- a) Ferriman-Gallwey
- b) Tanner
- c) Greulich ve Pyle
- d) Brandt Andrews
- e) Ritgen

**AÇIKLAMA:** Kadınlardaki kılınma (hirsutizm), vücudun değişik bölgelerinin kılınma yoğunluğuna göre skorlandığı, ilk kez 1961 yılında Ferriman ve Gallwey tarafından tarif edilen ve kendi adlarıyla anılan sisteme göre değerlendirilir.

Cevap A (*Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, 6.baskı, s.529*)

**69.Anti-D immünglobulin aşağıdakilerden hangisine verilmelidir?**

- a) Rh negatif bebek doğuran tüm annelere
- b) Rh pozitif bebeği olan Rh pozitif annelere
- c) Rh pozitif bebeği olan Rh negatif annelere
- d) Her düşükten sonra
- e) Eşi Rh negatif olan tüm kadınlara düşükten

sonra

**AÇIKLAMA:** Annenin Rh negatif, bebeğin Rh pozitif olduğu durumlarda Rh sensitizasyonunu önlemek amacıyla anneye Anti-D immünglobulin verilir. Düşükler gibi fetus kan grubunun tespit edilemediği durumlarda Rh negatif tüm annelerin profilaksisi gerekmektedir. Ancak, Rh pozitif kadınların yaptığı düşüklerde profilaksiye gerek yoktur.

Cevap C (*DeCherney, Current Obstetrics & Gynecologic Diagnosis & Treatment, 8.baskı, s.339-42*)

**70.Amniyon membranının erken rüptürü ne demektir?**

- Amniyon membranının doğumun 1. evresinden önce rüptüre olmasıdır.
- Amniyon membranının doğumun 2. evresinden önce rüptüre olmasıdır.
- Amniyon membranının doğumun 3. evresinden önce rüptüre olmasıdır.
- Amniyon membranının doğumun aktif fazından önce rüptüre olmasıdır.
20. gebelik haftasından önce amniyon membranının rüptüre olmasıdır.

**AÇIKLAMA:** Amniyon membranının erken rüptürü, membranın doğumun 1. evresinden, yani doğum kontraksiyonları başlamadan önce rüptüre olmasıdır.

Cevap A (*DeCherney, Current Obstetrics & Gynecologic Diagnosis & Treatment, 8.baskı, s.336*)

**71.Aşağıdakilerden hangisi en sık perinatal ölüm sebebidir?**

- Hipoglisemi
- Enfeksiyon
- Konjenital anomaliler
- Travma
- Prematüre

**AÇIKLAMA:** En sık perinatal ölüm nedeni prematüredir. Erken doğumlarda perinatal morbidite ve mortalite oranları bazı merkezlerde %80'lere kadar çıkabilmektedir.

Cevap E (*DeCherney, Current Obstetrics & Gynecologic Diagnosis & Treatment, 8.baskı, s.331*)

**72.Gebeliğin ilk trimesterindeki vajinal kanamaların en sık sebebi nedir?**

- Mol hidatiform
- Dekolman plasenta
- Ektopik gebelik
- Düşük
- Uterus rüptürü

**AÇIKLAMA:** Saptanan gebeliklerin %15-20'si düşükle

sonuçlanmaktadır. Bunların da %80'i ilk trimesterde olmaktadır. Düşük tehdidi ise gebeliklerin %30-40'ında görülmektedir. **İlk trimesterdeki en sık vajinal kanama nedeni düşüklere**.

Cevap D (*Berek, Novak's Gynecology, 12.baskı, s.487*)

**73.Puberte sırasında kızlarda gözlenen ilk değişiklik aşağıdakilerden hangisidir?**

- Telars
- Pubarş
- Adrenarş
- Menarş
- Ovulasyonun olması

**AÇIKLAMA:** Memedeki tomurcuklanma pubertede gözlenen ilk değişikliktir ve buna telars denir. Bunu sırasıyla pubarş, adrenarş ve adetlerin başlangıcı olan menarş izler.

Cevap A (*Berek, Novak's Gynecology, 12.baskı, s.772*)

**74.Aşağıdaki hormonlardan hangisi plasenta tarafından üretilmemektedir?**

- Östradiol
- Nöropeptid-Y
- Parathormon
- ACTH
- Koriyonik tirotropin

**AÇIKLAMA:** C-19 steroid prekürsörlerinden plasentada östron ve estradiol üretilmektedir. Plasenta kaynaklı hormonlar arasında ACTH, koryonik tirotropin ve nöropeptid-Y gösterilmiştir. Plasentada sitotrofoblastlardan parathormon sentezlenmemekte bunun yerine erişkinde bulunmayan paratiroid hormon ilişkili protein sentez edilmekte ve plasental Ca geçişini düzenlemektedir.

Cevap C (*Cunningham, Williams Obstetrics, 19.baskı, s.145*)

**75.Ektopik gebeliğin medikal tedavisinde kullanılan kemoterapötik ajan hangisidir?**

- Adriamisin
- Taksol
- Metotreksat
- Cisplatin
- Tamoksifen

**AÇIKLAMA:** Ektopik gebelik kitlesinin 3.5 cm'nin altında olduğu, HCG düzeylerinin 2000 IU/L düzeylerini aşmadığı ve hemodinaminin stabil olduğu olgularda metotreksat uygulaması bir seçenek olarak düşünülebilir.

Cevap C (*Berek, Novak's Gynecology, 12.baskı, s.508-9*)

**76.Postmenopozal osteoporoz için risk faktörleri arasında bulunan yaşa bağlı kemik kütlesi kaybı, daha çok hangi hormon eksikliğine bağlıdır?**

- a) Östrojen
- b) Progesteron
- c) Growth hormon
- d) Testosteron
- e) FSH

**AÇIKLAMA:** Postmenopozal osteoporozda kemik mineralizasyonu üzerine etkili olan ve kemik kaybını önleyen östrojen yokluğuna bağlı osteoporoz görülür. Östrojen patolojiden sorumlu olmakla beraber, kronolojik yaşa göre yaş ilerledikçe artan osteoporozda growth hormon eksikliği ön plandadır. FSH gonadotrop hormon olup overlerden steroid yapımını sağlamaktadır. Menopozda azalmış over cevabına bağlı zaten yüksek düzeylerde bulunmaktadır.

Cevap C (*Berek, Novak's Gynecology, 12.baskı, s.994*)

**77.Androjen duyarsızlığı aşağıdakilerden hangisinde 5α redüktaz enzim eksikliğine bağlıdır?**

- a) Testiküler feminizasyon
- b) Mc Cune Albright sendromu
- c) Reifeinstein sendromu
- d) Klasik olmayan konjenital adrenal hiperplazi
- e) Mikst gonadal disgenezi

**AÇIKLAMA:** Testiküler feminizasyonda patoloji end organda yani eksternal genital organlarda androjen reseptör eksikliği veya yokluğuna bağlı olabildiği gibi post reseptör patolojiler sorumlu olabilir.

**Mikst gonadal disgenezide** bir tarafta testis diğer tarafta diferansiye olmamış veya streak gonad bulunmakta ve kromozomal yapı 45X/46XY olarak mozaik bulunabilir.

**Konjenital adrenal hiperplaziler** arasında en sık görüleni 21 hidroksilaz eksikliğine bağlı olanlardır, bunun yanısıra 3β hidroksisteroid dehidrojenaz ve 11 hidroksilaz eksikliği olabilmektedir.

**Mc Cune Albright sendromu** polyostotik fibröz displazi ve cafe de lait lekeleri ile karakterize hiperfonksiyonel bir endokrinopatidir.

5α redüktaz eksikliğine **Reifeinstein sendromu** adı da verilmektedir.

Cevap C (*Berek, Novak's Gynecology, 12.baskı, s.801*)

**78.Endometriyum kanserinde vajinal tutulum hangi cerrahi evrede gerçekleşmektedir?**

- a) Evre IIa
- b) Evre IIb

- c) Evre IIIa
- d) Evre IIIb
- e) Evre IIIc

**AÇIKLAMA:** Endometriyum kanserinin 1988 FİGO cerrahi evrelemesinde evre II'de servikal tutulum olmakla beraber gland (a) veya stromada (b) tutulum vardır. Evre IIIa tümör, uterus serozasına veya adnekslere kadar gelmiş veya peritoneal sitoloji pozitif olabilir. Evre IIIb'de vajinal tutulum vardır. Evre IIIc'de pelvik ve paraaortik tutulum gözlenmektedir.

Cevap D (*Berek, Novak's Gynecology, 12.baskı, s.1069*)

**79.Otuzbeş yaşında genital bölgesinde bir veya birkaç tane ileri derecede ağrılı, düzensiz kenarlı, derin ülserasyon gösteren lezyon bulunan ve fluktuasyon veren inguinal lenfadenopatie muhtemel tanı aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Behçet hastalığı
- b) Genital HSV
- c) Sifiliz
- d) Şankroid
- e) Vulva kanseri

**AÇIKLAMA:** Behçet hastalığında ülserler genellikle büyük ve derin olmamakla birlikte, beraberinde diğer sistemlerdeki patolojileri de bulunmaktadır. Fluktuasyon veren lenfadenopati görülmez. Sifiliz şankrinin kenarları düzgün ve serttir. Genellikle tek olurlar ve ağrılı değildir. Genital HSV-2 enfeksiyonlarında ağrılı yüzeysel ülserasyonlar zımba deliği görünümündedir. Vulva kanserinde de aynı şekilde ağrı ileri evrede değilse görülmez ve fluktuasyon veren lenfadenopati yoktur.

Cevap D (*Berek, Novak's Gynecology, 12.baskı, s.440*)

**80.Ektopik gebeliklerin % kaç overe aittir?**

- a) %0.03
- b) %0.5
- c) %5
- d) %7.5
- e) %10

**AÇIKLAMA:** Ektopik gebeliklerin ortalama %98'i tubaya ait olup bunu %2.5 ile cornual, %0.5 ile ovarian, %0.1 ile servikal ve %0.03 ile abdominal ektopik gebelik izlemektedir.

Cevap B (*Copeland, 2.baskı, s.274*)

**81.Gebelikte ekzotoksine bağlı en şiddetli hemolitik anemiye yol açan etken aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Stafilokok aureus
- b) Clostridium perfiringens
- c) Corynebacterium diphteria

- d) *Bakteroides fragilis*  
e) *Streptokok pneumonia*

**AÇIKLAMA:** Gebelikte hemolitik aneminin sık olmayan nedenleri arasında A grubu B hemolitik streptokok ekzotoksini ve gr negatif bakterilerin endotoksinleri gebelikte edinsel hemolitik anemiye yol açmaktadırlar. Bunların haricinde ***Clostridium perfringens* ekzotoksin üreten bir bakteri olarak ağır hemolitik anemiye yol açmakta ve gebelikte fatal seyretmektedir.**

Cevap B (*Cunningham, Williams Obstetrics, 19.baskı, s.1178*)

**82.Adenomyozis tanısının konulmasında tanıya yardımcı olmayan yöntem hangisidir?**

- a) Ca 125  
b) Ultrasonografi  
c) Manyetik rezonans görüntülemesi  
d) Myometriyum biyopsisi  
e) Küretaj

**AÇIKLAMA:** Adenomyoziste patoloji endometriyoziste olduğu gibidir, Ca-125 yüksekliği görülebilmekle beraber, ultrasonografik olarak veya MRI görüntülemesinde tanı konulabilmektedir. Tanıda kullanılan bir diğer yöntem tru-cut yöntemiyle myometriyal biyopsi alınmasıdır. Burda endometriyal glandların myometriyumla olan ilişkisi ortaya konabilmektedir. Küretajda ise uterus kavitesinde endometriyumdan örnekleme yapılacağı için myometriyumla ilişkisi gösterilememektedir.

Cevap E (*Copeland, 2.baskı, s.714*)

**83.Aşağıdakilerden hangisi kadınlarda görülen en sık kanserdir?**

- a) Meme  
b) Endometriyum  
c) Kolon  
d) Serviks  
e) Over

**AÇIKLAMA:** Kadınlarda en sık rastlanan kanser meme kanseridir. Yaşam boyu risk 8-10 kadında birdir. Kanser mortalite sebepleri arasında ise akciğer kanserinden sonra ikinci olarak gelmektedir.

Cevap A (*Berek, Novak's Gynecology, 12.baskı, s.1283*)

**84.Makat prezantasyon için kullanılan manevralar arasında hangisi bulunmaz?**

- a) Woods  
b) Bracht  
c) Mauriceau  
d) Pinard  
e) Veit-Smeli-Prag

**AÇIKLAMA:** Woods manevrası omuz distosisinde kullanılan ve arka omuzu öne çevirip sakral boşluktan yararlanmaya yarayan manevradır. Diğer bütün manevralar makat doğum için kullanılır. Bunlardan **veit smelli prag** ve **mauriceau** benzerdir ve bebek el içi ve ön kol üzerine ata biner gibi oturtulup, işaret parmağı bebeği ağız içine veya maksillası üzerine yerleştirilip, diğer el iki parmağı ensesi üzerine konup bebeğin başını fleksiyonda tutarak traksiyon yapılır, bu sayede simfiz hizasını başın geçmesi sağlanır. **Pinard** manevrası saf makat gelişinde, el simfiz altından uterus içine uzatılarak işaret parmağı ile bebeğin dizi altından yakalanır ve çekilerek dize fleksiyon yaptırılır. Bu sayede ayak gelişine çevrilip traksiyon sağlanır. **Bracht** makat doğumda klasik manevradır. Bebeğin sırtı annenin karnı üzerine yatırılarak başın fleksiyon yaparak simfiz altından ve perinenden sıyrılmasına yarar.

Cevap A (*Cunningham, Williams Obstetrics, 19.baskı, s.581-3*)

**85.Fetal kan umbilikal arterlerle plasentaya fetustan hangi damarlar aracılığıyla döner?**

- a) Ductus arteriosus  
b) Ductus venosus  
c) Portal ven  
d) Hipogastrik arterler  
e) Vena iliaca eksterna

**AÇIKLAMA:** Fetal kan plasentaya iki hipogastrik arter aracılığı ile döner. Hipogastrik arterlerin distal bölümleri doğumdan 3-4 gün sonra atrofik olarak, artıkları umbilikal ligament olarak kalır.

Cevap D (*Cunningham, 18.baskı, s.149-53*)

**86.Prematür over yetmezliği sendromlarından biri olan rezistan over sendromuyla (Salvage sendromu) uyumlu olmayanı işaretleyiniz.**

- a) Serum gonadotropin yüksekliği  
b) Overlerde follikül yokluğu  
c) Normal sekonder seks karakterleri  
d) Normal karyotip (46,XX)  
e) Ekzojen gonadotropine folliküler yanıtızlık

**AÇIKLAMA:** Salvage sendromu etiyolojisinde otoimmünite, gonadotropin reseptör veya postreseptör bozukluğunu içermektedir. Orijinal olarak genç amenoreik kadınlarda tarif edilen bu patolojide karyotip ve seks karakterleri normaldir. Overlerde normal sayıda ancak immatür folliküller mevcuttur ve ekzojen/endojen gonadotropinlerle follikül cevabı oluşmamaktadır.

Cevap B (*Wallach, Reproductive Medicine and Surgery, 1995, s.989*)

87. Aşağıdakilerden hangisi anne sütü vermek için kontrendikasyon değildir?

- a) Maternal hepatit B
- b) Annede aktif tüberküloz
- c) Annede tetrasiklin tedavisi
- d) Akut puerperal mastit
- e) Annede lityum tedavisi

**AÇIKLAMA:** Anne sütü verilmesinin kontrendikasyonları: Hepatit B virüs gibi Akut Viral Enfeksiyon, annenin antimetotik ilaç kullanması, radyoaktif ajan alımı, tetrasiklin ve lityum tedavisi gibi durumlardır. Akut puerperal mastitte ise anne sütü verilmesine devam edilebilir.

Cevap D (*Current Obs and Gyn, 7.baskı, s.782*)

88. Hangisi diyabetik anne bebeği için artmış morbidite ve mortalite nedeni değildir?

- a) Maternal ketoasidozis
- b) Fetal makrozomi
- c) Maternal hiperglisemi
- d) Maternal hipoglisemi
- e) Fetusta diyabete bağlı akciğer matürasyonunun geç olması

**AÇIKLAMA:** Maternal ketoasidoz meydana geldiğinde yüksek oranda fetal ölüm ile sonuçlanmaktadır. Diyabetin fetal etkilerinden olan fetal makrozomi ve fetal akciğer matürasyonunun geri kalması fetal morbiditeyi arttıran nedenlerdendir. Maternal hipoglisemide saptanmış fetal morbidite ve mortalite ile ilişki yoktur.

Cevap D (*Current Obs and Gyn, 7.baskı, s.367-71*)

89. Normal bir gebelikte aşağıdaki hormonlardan hangisi artmaz?

- a) Serbest T<sub>4</sub>
- b) Total T<sub>4</sub>
- c) Paratiroid hormon
- d) Prolaktin
- e) Serbest beta hCG

**AÇIKLAMA:** Gebelik sırasında özellikle 2. aydan itibaren olmak üzere total T<sub>4</sub> konsantrasyonunda artış izlenmektedir. Öte yandan biyolojik olarak aktif form olan serbest T<sub>4</sub>'de ise belirgin bir artış saptanmaz. Paratiroid hormon seviyesi ilk trimesterde düşmesine karşın gebelik süresince artış gösterir. Prolaktin ve beta hCG seviyesinde de artış saptanır.

Cevap A (*Cunningham, 18.baskı, s.152-5*)

90. Aşağıdaki kalp hastalıklarından hangisinde gebeliğe izin verilmez?

- a) ASD
- b) VSD

- c) PDA
- d) Eisenmenger sendromu
- e) Aort stenozu

**AÇIKLAMA:** Eisenmenger sendromu ağır pulmoner hipertansiyon ile beraber giden çift yönlü veya reverse PDA, ASD veya VSD'den oluşmaktadır. Bu sendromdaki anne ölüm oranı diğer konjenital kalp hastalıklarındakinden daha fazladır.

Cevap D (*Current Obs and Gyn, 7.baskı, s.421-34*)

91. Endometriyum kanseri olan bir kadında aşağıdakilerden hangisi en sık rastlanan semptomdur?

- a) Disüri
- b) Kilo kaybı
- c) Postmenopozal kanama
- d) Vajinal akıntı
- e) Hemoptizi

**AÇIKLAMA:** Postmenopozal kanama endometriyum kanseri olan kadınlarda en sık semptom olarak ortaya çıkmaktadır. Her postmenopozal kanama aksi ispat edilene dek endometriyum kanseri olarak değerlendirilmelidir. Böylece erken evrede endometriyum kanserini yakalama şansı olmaktadır.

Cevap C (*DiSaia, 3.baskı, s.161-4*)

92. Aşağıdakilerden hangisi polihidroamniyoz nedeni değildir?

- a) Non immün hidrops fetalis
- b) Rh/rh uygunsuzluğu
- c) Santral sinir sistemi anomalileri
- d) Fetal renal disgenezi
- e) Maternal diyabet

**AÇIKLAMA:** Amniyotik sıvı volümü, fetal yutmayı engelleyen tüm anomalilerde artma eğilimi gösterir. Santral sinir sistemi anomalilerinde amniyotik sıvı artar. Fetüste immün veya non immün hidropsa yol açan nedenlerde amniyotik sıvı volümü artabilir. Fetal renal disgenezi veya agenezi durumlarında fetal idrar miktarında azalma veya yokluğu olabileceğinden, amniyotik sıvı volümünde azalma izlenir.

Cevap D (*Current Obs and Gyn, 7.baskı, s.176, 270-4*)

93. Aşağıdakilerden hangisi gecikmiş akciğer matürasyonu ile birliktedir?

- a) Erken membran rüptürü
- b) Diyabetes mellitus
- c) Maternal kardiyovasküler sistem hastalığı
- d) IUGR
- e) Kronik hipertansif gebelik

**AÇIKLAMA:** Diyabetes mellitus akciğer matürasyonunun geciktirdiği en önemli durumdur. Tersine, EMR,



## KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ

kardiyovasküler hastalıklar ve hipertansiyon, gelişme geriliği (IUGR) ise fetal akciğer matürasyonunun hızlandığı durumları oluşturur.

Cevap B (*Creasy, Maternal Fetal Medicine, 4.baskı, 1999, s.413*)

**94.Aşağıdakilerden hangisi tekrarlayan abortus etiyojisini araştırmada gerekli değildir?**

- a) Luteal faz (endometriyal) değerlendirilmesi
- b) Abortal materyalin karyotip analizi
- c) Parental (ebeveyn) karyotiplenmesi
- d) Trombosit sayımı
- e) Spinn Barkeit testi (servikal mukus değerlendirme testi)

**AÇIKLAMA:** Spinn Barkeit testi servikal mukusun östrojenik uyarıya yanıtının, proliferatif fazda araştırıldığı infertilite tetkikleri arasındadır. Abortus ile ilişkili değildir.

Cevap E (*Creasy, Maternal Fetal Medicine, 4.baskı, 1999, s.429*)

**95.Gebelik oluşumunda embriyonun implante olması için, en uygun günler siklusun kaçınıcı günleridir?**

- a) 11-14. günler
- b) 24-28. günler
- c) 14-18. günler
- d) 13. günde
- e) 21-22. günler

**AÇIKLAMA:** Fertilize oosit siklusun yaklaşık 17-18 gününde uterusu ulaşabilir. 2-4 günlük apozisyon döneminden sonra implantasyon gerçekleşebilir.

Cevap E (*Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, 5.baskı, 1994, s.117*)

**96.Hirsutizm araştırmasında periferik kompartmanda 5-alfa-redüktaz aktivitesini gösterebilen en önemli metabolit hangisidir?**

- a) DHEAS
- b) DHEA
- c) 3-alfa-androstendiol glukuronid
- d) 5-alfa-testosteron
- e) Androstenedion

**AÇIKLAMA:** Androstenedion over ve sürrenal kaynaklı, DHEAS ve DHEA ise daha çok sürrenal kaynaklı zayıf androjenik yapılardır. 5 alfa testosteron yanıltıcı olarak yazılmıştır. 3-alfa-androstendiol-glukuronid ise 5-alfa-redüktaz aktivitesinin yani dihidrotestosteron metabolitidir.

Cevap C (*Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, 5.baskı, 1994, s.488*)

**97.Ülkemizde en sık kullanılan kontrasepsiyon**

**yöntemi hangisidir?**

- a) Koitus interruptus
- b) RiA
- c) Oral kontraseptif
- d) Diafram
- e) Kondom

**AÇIKLAMA:** Türkiye'de en sık kullanılan kontraseptif yöntem koitus interruptustur.

Cevap A (*Atasü, Jinekoloji, 1.baskı, s.655*)

**98.Aşağıdakilerden hangisi fetal iyilik halini değerlendirme için kullanılan "biyofizik profil testinin" bir parametresi değildir?**

- a) Oksitosin kontraksiyon testi
- b) Fetal tonus
- c) Fetal solunum hareketi
- d) Fetal beden hareketleri
- e) Amniyotik sıvı indeksi

**AÇIKLAMA:** Biyofizik profil fetal iyilik halini değerlendiren güvenilir testlerden biri olup toplam 5 parametre gözden geçirilir. Bunlar:

1. Non stres test
2. Fetal tonus
3. Fetal solunum hareketi
4. Fetal beden hareketleri
5. Amniyotik sıvı indeksi

Non stres test dışındaki parametreler ultrasonografik olarak değerlendirilir. Skorlama; her bir parametre için 0 veya 2 puan verilir. Toplam skor 10'dur. Altı bulunursa test 12 saat sonra tekrarlanır. 0-4 puan mevcudiyetinde doğum kararı verilir.

Cevap A (*Sakala, High-Yield Obstetrics & Gynecology, 2001, s.23*)

**99.Spontan abortus ile ilgili ifadelerden hangisi yanlıştır?**

- a) Gebelik kayıplarının %80'i ilk trimesterde gerçekleşir.
- b) Gestasyon haftası arttıkça abortus riski azalır.
- c) Abortus imminens tanısı konan hastalara progesteron verilmelidir.
- d) Spontan abortuslar büyük bir olasılıkla tekrarlar.
- e) Abortus imminens ektopik gebelikle ayırıcı tanısı yapılmalıdır.

**AÇIKLAMA:** Spontan abortuslar çok sık olarak ilk trimesterde görülen ve genellikle tekrarlama riski düşük olan klinik bir durumdur. Tedavisinde ülkemizde sık uygulandığı üzere progesteron verilmemelidir. Ektopik gebelikle ayırıcı tanısı yapıldıktan sonra aileye bilgi verilmelidir.

Cevap C (*Stovall, Novak Jinekoloji, 12.baskı, 1996,*

s.487-9)

100.İlk trimesterde rutin olarak yapılmayan laboratuvar testi hangisidir?

- a) İdrar kültürü
- b) Tam idrar analizi
- c) Tam kan sayımı
- d) Hepatitis B yüzey antijeni (HbsAg)
- e) Karaciğer fonksiyon testleri

**AÇIKLAMA:** Gebe popülasyonda %5-8 arasında bulunan asemptomatik bakteriüriyi yakalamak için idrar kültürü mutlaka yapılmalıdır. Birçok klinik durum hakkında bilgi veren tam idrar analizi ve tam kan sayımı da rutin olarak istenmelidir. Gittikçe yaygınlaşan ve ciddi sağlık sorunlarına yol açan HbsAg taraması yapılarak, doğumdan hemen sonra lg ve aşılama ile yenidoğan güvence altına alınmalıdır. Yakınması ve bir karaciğer rahatsızlığı olmayan bir hastaya KCFT'lerinin istenmesi anlamsızdır ve kaynak israfına yol açar.

Cevap E (*Kanvit, Manuel of Obstetrics, 5.baskı, 1996, s.32*)

101.Aşağıdaki bulgulardan hangisi kesin gebelik tanısı koydurur?

- a) Braxton hicks kontraksiyonları
- b) Gebelik testi pozitifliği
- c) Fetal kalp atımlarının stetoskolla dinlenmesi
- d) Abdomende büyüme
- e) Hegar ve Chadwick işaretleri

**AÇIKLAMA:** Hekimin fetal kalp atımlarını fetoskop veya doppler ile saptaması gebelik tanısını koydurur. Diğerleri olası gebelik belirtileridir.

Cevap C (*Cunningham, Williams Obstetrics; Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility; Scott, Danforth's Obstetrics and Gynecology; Berek, Novak's Gynecology; Rock, Te Linde's Operative Gynecology; Pernoll, Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis and Treatment*)

102.Çocuklarda en sık görülen ovariyan neoplazm hangisidir?

- a) Sarcoma botryoides
- b) Dermoid kist
- c) Disgerminoma
- d) Endodermal sinüs tümörü
- e) Seröz kist adenokarsinom

**AÇIKLAMA:** Germ hücreli tümörler özellikle 20 yaşın altında daha sık görülmekte olup endoderm, mezoderm ve ektoderm olmak üzere her 3 germ yaprağından köken alırlar. Bu dönemde %95 ile en sık görülen over neoplazmı dermoid kist (matür kistik teratom) olup, %1 oranında malignleşme potansiyeli

bulunmaktadır.

Cevap B (*DiSaia, 3.baskı*)

103.Anovulatuvar uterin kanamaya en sık maruz kalan grup hangisidir?

- a) Postmenopozal kadınlar
- b) Adolesan ve premenopozal kadınlar
- c) Perimenopozal kadınlar
- d) Myomu olan kadınlar
- e) Reprodüktif çağıdaki kadınlar

**AÇIKLAMA:** Adolesan dönemde hipotalamo-hipofizer-ovarian aks immatür olduğundan, menopoz öncesinde ise yükselen FSH/LH, azalan inhibin nedeniyle anovulasyon ve buna bağlı uterin kanamalar sıklıkla görülür. İlkinde ileri tetkike gerek yokken ikincisinde hiperplazi, kanser açısından hasta incelenmelidir. Perimenopoz, menopoz öncesi ve sonrasını içeren uzun bir dönemdir ve anovulatuvar kanamalar sıklıkla görülür. Bu soruda çeldirici olarak konulmuştur. B şıkkı en uygun yanıt olduğundan tercih edilmelidir.

Cevap B (*Hillard, Novak Jinekoloji, 12.baskı, 1996, s.344-52*)

104.Yirmibeş yaşında over tümörü ön tanısıyla ameliyata alınan bir hastada, frozen section sonucu benign geliyor. Makroskopik görüntü kistik teratomla uyumlu saptanıyor. Tümörün kapsülü intakt olup pelvis ve batında başka bir anormallik saptanmıyor. Bu vakayla ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Diğer over dikkatle incelenmelidir.
- b) Tümör enkapsüle edilerek çıkarılmalı ve over rekonstrükte edilmelidir.
- c) Postoperatif dönemde periyodik pelvik muayene ve ultrasonografik incelemeler yapılmalıdır.
- d) Karşı overde benzer bir tümör oluşma insidansı yaklaşık %50'dir.
- e) Cerrahi sırasında tümör sıvısı batına sızmışsa, batin serum fizyolojikle iyice yıkanmalıdır.

**AÇIKLAMA:** %80'den fazla sıklıkta reprodüktif dönemde görülen benign siklik teratomlarda bilateralite çok nadirdir. Malign transformasyon %1 civarındadır ve genellikle 40 yaş üstünde görülür. Ameliyat sırasında kist, enkapsüle edilerek çıkarılmalı ve over dokusu mümkün olabildiği kadar korunmalıdır. İşlem sırasında kist içeriği batına sızmışsa yüksek yağ içeriği nedeniyle şimik peritonite yol açabileceğinden batin serum fizyolojikle yıkanıp, sıvı aspire edilmelidir. Ameliyat sonrası dönemde nüks olasılığı düşük de olsa hasta izlenmelidir.

Cevap D (*Hillard, Novak Jinekoloji, 12.baskı, 1996,*

s.365)

105.Hafif üriner stress inkontinans vakalarının bir kısmında faydalı olan Kegel egzersizleri, primer olarak hangi kas(lar)ı güçlendirmeye yöneliktir?

- Üretrovajinal sfinkter
- Levator ani ve ischiocavernosus
- Puborektalis ve ischiocavernosus
- Pubococcygeus
- İliococcygeus

**AÇIKLAMA:** Pelvik tabanın kas sisteminin rehabilitasyonu için yapılacak egzersizlerin düzenli ve bir program dahilinde yapılması sağlanmalıdır. Geri bildirim formlarının hazırlanıp hasta tarafından doldurulması başarıyı artıracaktır. Kür oranı %30-50 arasında bildirilmektedir. Klinik pratikte ihmal edilen Kegel egzersizleri cerrahi istemeyen hastalarda veya hafif inkontinans vakalarında denenmelidir.

Cevap D (Hillard, Novak Jinekoloji, 12.baskı, 1996, s.643)

106.Fetal iyilik hali testlerinden olan biyofizik profil skorlamasına dahil olmayan parametre hangisidir?

- Plasental derecelendirme (grading)
- Fetal solunum hareketi
- Fetal tonus
- Reaktif NST (non-stress test)
- Amniyotik sıvı volümü kalitatif değerlendirmesi

**AÇIKLAMA:** Biyofizik skorlaması (BPS) fetal iyilik hali testlerinden en önemlilerindedir. Plasental grading BPS parametrelerinden değildir.

Cevap A (Creasy, Maternal Fetal Medicine, 4.baskı, 1999, s.322)

107.Otuziki haftalık bir gebeliği olan ve 1 saat önce masif vaginal kanaması olması nedeni ile hastaneye başvuran bir hastanın muayenesinde; uterus yumuşak, cüzi vaginal kanama, fetal kalp atımları (+), Non Stress Test: reaktif, TA: 110/70 mmHg, nabız: 88 atım/dk, hemogram değerleri ise normal sınırlarda bulundu. Ultrasonografide, 32 hafta ile uyumlu fetal biyometrik ölçümler ve plasenta previa totalis saptandı. Bu vakada en uygun yönetim aşağıdakilerden hangisidir?

- Vajinal muayeneyi takiben acil şartlarda sezaryen yapılmalıdır.
- Vajinal muayeneyi takiben oksitosin indüksiyonu ile doğurtulmalıdır.
- En az iki ünite kan hazırlayarak acil şartlarda sezaryen yapılmalıdır.
- En az iki ünite kan hazırlayıp vital bulgular sık aralıklarla izlenmelidir.

e) Endişe edecek bir durum olmadığı söylenip evine yollanmalıdır.

**AÇIKLAMA:** Plasenta previa totalis varlığında fetal akciğerlerin matür olduğu 36. haftada alt vertikal insizyon ile sezaryen yapılır. **Hayatı tehdit eden ciddi kanama varlığında gestasyon yaşı ne olursa olsun acil sezaryen yapılmalıdır.** Kanama azsa ve gestasyon yaşı 34 haftadan daha küçükse bekleyici (ekspektan) tedavi yapılmalıdır. Hemoglobin seviyesini en azından 10 mg/dl yapacak şekilde kan transfüzyonu yapılmalıdır. Hasta yatak istirahatine alınıp, kortikosteroid uygulaması yapılarak fetal akciğer matürasyonu indüklenir. Anne adayı Rh(-) ise Anti D yapılır. Akciğer matüritesi sağlandığında sezaryen yapılır.

Cevap D (Cunningham, Williams Obstetrics, 20.baskı, 1997, s.755-60)

108.Aşağıdaki şekilde gösterilen prezentasyona sahip olan aktif doğum eylemindeki bir gebe en iyi nasıl tedavi edilir?



- İnternal podalik versiyon ve total makad ekstraksiyonu
- Oksitosin ile eylem indüksiyonundan sonra total makad ekstraksiyonu
- Sezaryen ameliyatı
- Eksternal sefalik versiyon ve oksitosin ile eylem indüksiyonu
- Piper forceps aplikasyonu

**AÇIKLAMA:** Şekilde tam makat (complete breech) gösterilmiştir. **Saf (frank) makad dışındaki tüm durumlarda sezaryen ile gebelik sonlandırılmalıdır.** Saf makad halinde vajinal doğum denemesinin yapılacağı durumlar;

Fetal başta fleksiyon, Zatuchni-Andros skorunun 4'den fazla olması, fetal ağırlığın 2000-3800 gm arasında olması, pelvisin normal olması, eylemin normal sınırlarda ilerlemesi, acil C/S yapabilme olanağının bulunması, fetal kalp atım hızının (FHR patterni) normal olması, hekimin makad doğum konusunda yeterli deneyim ve bilgi sahibi olması, hastadan onam (informed consent) alınması.

Cevap C (Gabbe, *Obstetrics Normal & Problem Pregnancies*, 3.baskı, 1996, s.478-90)

109.Fetal gelişimin doğru kronolojik sırası aşağıdakilerden hangisidir?

- Zigot, morula, blastosist, blastomer, embriyo.
- Zigot, blastosist, morula, blastomer, embriyo.
- Zigot, morula, blastomer, blastosist, embriyo.
- Zigot, blastomer, blastosist, morula, embriyo.
- Zigot, blastomer, morula, blastosist, embriyo.

**AÇIKLAMA:** Fertilizasyon sonrası izlenen gelişim sırası e şıkında gösterilmiştir.

Cevap E (Cunningham, *Williams Obstetrics; Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility; Scott, Danforth's Obstetrics and Gynecology; Berek, Novak's Gynecology; Rock, Te Linde's Operative Gynecology; Pernoll, Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis and Treatment*)

110.Aşağıdakilerden hangisi doğru değildir?

- Uzamış latent faz: Latent fazın primiparda 20 saatten, multiparda 14 saatten uzun sürmesi
- Uzamış ikinci devre: Doğumun 2. devresinin nulliparda 4 saatten, multiparda 2 saatten uzun sürmesi
- Aktif fazda uzama: Aktif fazda nulliparda 1.2 cm/sa, multiparda 1.5 cm/sa'den daha az açılmanın olması
- Eylemde sekonder durma: Aktif fazda 2 sa boyunca servikal açıklıkta değişiklik olmaması
- İnişte arrest: Servikal açıklık tam olduktan sonra 1 sa süresince prezente olan kısmın aşağıya inmemesi

**AÇIKLAMA:** Doğumun 2. evresi nulliparda maksimum 2 saat multiparda 1 saattir. Rejyonel anestezi uygulandığında bu süreler sırasıyla maksimum 3 ve 2 saat olmalıdır.

Cevap B (Cunningham, *Williams Obstetrics*, 21.baskı, 2001, s.431)

111.Plasental abrupsiyonun muhtemel en sık sebebi nedir?

- Travma
- Kısa umbilikal kord
- Ani uterin dekompresyon
- Hipertansiyon
- Multiparite ve ileri anne yaşı

**AÇIKLAMA:** Preeklampsi, gestasyonel hipertansiyon veya kronik hipertansiyona bağlı gelişen hipertansiyon plasental abrupsiyonunun en sık sebebidir.

Cevap D (Cunningham, *Williams Obstetrics*, 21.baskı, 2001, s.623-4)

112.Aşağıdakilerden hangisi internal iliyak arterin dallarından değildir?

- A. Pudenta interna
- Lateral sakral arter
- İnferior vezikal arter
- İnferior epigastrik arter
- Umbilikal arter

**AÇIKLAMA:** İnferior epigastrik arter eksternal iliyak arterin dalıdır.

Cevap D (Cunningham, *Williams Obstetrics*, 21.baskı, 2001, s.46)

113.Spontan abortuslarda (ilk trimester) en sık kromozomal anomali hangisidir?

- Monozomiler
- Otozomal trizomiler
- Triploidiler-tetraploidiler
- Translokasyonlar
- Mozaizm

**AÇIKLAMA:** Otozomal trizomiler %22-31 oranla ilk sırayı alırlar, 2. sıklıkta monozomi X gelir (%9-10). Normal karyotip ise olguların %46-54'ünde gözlenir.

Cevap B (Cunningham, *Williams Obstetrics*, 21.baskı, 2001, s.857)

114.Anovulatuvar sikluslarda sıklıkla gözlenen DUK hangi hormonal patenle oluşur?

- Estrojen – progesteron çekilme kanaması
- Estrojen çekilme veya kırılma kanaması
- Progesteron çekilme kanaması
- Progesteron kırılma kanaması
- Estrojen ve progesteron kırılma kanaması

**AÇIKLAMA:** Estrojen ve progesteron çekilme kanaması normal menstrüel siklusta gözlenir. **Anovulasyonda ovulasyon olmadığı için progesteron yoktur.** Estrojen ve progesteron kırılma kanaması diye bir durum yoktur.

Cevap B (Speroff, *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*, 6.baskı, 1999, s.580)

115.Miadında bir yenidoğanda 3. gün ortaya çıkan neonatal respiratuvar distress sendromunun en olası nedeni aşağıdakilerden hangisidir?

- Hiyalin membran hastalığı
- Mekonyum aspirasyon sendromu
- Pnömoni
- Laringeal ödem
- Konjenital anfizem

**AÇIKLAMA:** Pnömoni dışındaki nedenler genellikle ilk 48 saat içinde belirti/bulgu verirler.

Cevap C (Cunningham, *Williams Obstetrics*, 20.baskı,

1997, s.967)

116.Aşağıdakilerden hangisinde vaginal doğum gerçekleşmez?

- a) Occiput anterior
- b) Mento - anterior
- c) Mento - posterior
- d) Asinklitizm anterior
- e) Occiput posterior

**AÇIKLAMA:** Occiput anterior normal doğumda olan geliş şeklidir. Asinklitizmde çok aşırı değilse doğum mümkündür. Occiput posteriorda genelde uzamış doğum gözlenir. Mento posterior, anteriora dönmezse doğum gerçekleşmez. Sezaryen gerekir.

Cevap C (*Cunningham, Williams Obstetrics, 21.baskı, 2001, s.453*)

117.Aşağıdakilerden hangisi her 34 günde bir olan ve yaklaşık 100 cc'lik bir kanamayla birlikte olan menstrüel kanamadır?

- a) Menometroraji
- b) Oligomenore
- c) Polimenore
- d) Metroraji
- e) Menoraji

**AÇIKLAMA:** Menorajide düzenli aralıklarla olan ancak süre ve miktarında artışın olduğu kanama paterni vardır. **Metroraji** irregüler kanamalarla birlikte. **Oligomenore** 35 günden daha seyrek intervallerde kanamanın olmasıdır. **Polimenore** 24 günden daha sık intervallerde menstrüel kanamanın olmasıdır.

Cevap E (*Speroff, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, 6.baskı, 1999, s.576-9*)

118.Aşağıdakilerden hangisi bakırlı rahim içi araç kullanımına kontrendikasyon oluşturmaz?

- a) Ektopik gebelik anamnezi
- b) Geçirilmiş PID
- c) Postpartum endometrit
- d) Wilson hastalığı
- e) Uterin kaviteyi bozan uterus anomalisi

**AÇIKLAMA:** Geçirilmiş ektopik gebelik anamnezi, progesteronlu RİA kullanımı için kontrendikasyon oluşturur.

Cevap A (*Cunningham, Williams Obstetrics, 21.baskı, 2001, s.1540*)

119.Fetusun şiddetli anemide olduğunu gösteren fetal kalp hızı paterni aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Saltatorik ritm
- b) Fetal taşikardi

- c) Fetal bradikardi
- d) Variable deselerasyon
- e) Sinüzoidal patern

**AÇIKLAMA:** Variable deselerasyon umbilikal kord oklüzyonuna bağlı oluşur. Kontraksiyonlarla ilişkisizdir. **Fetal taşikardi**, hafif fetal distreste olabileceği gibi maternal ateş, koriyoamniyonitis gibi maternal taşikardiden de kaynaklanabilir. **Fetal bradikardi** konjenital kalp blokları ve ciddi fetal sıkıntıda olabilir. **Sinüzoidal patern** şiddetli anemide ör. Rh izoimmunize fetuslarda olabilir. **Saltatorik kalp paternide** umbilikal oklüzyonlara bağlı olabilir. Deselerasyonlarla birlikte akselerasyonlar vardır. İlave fetal distress buldusu yoksa, tek başına önemli değildir.

Cevap E (*Cunningham, Williams Obstetrics, 21.baskı, 2001, s.1057*)

120.Aşağıdaki yayılma şekillerinden hangisi ovaryum kanserlerine ait değildir?

- a) Doğrudan yayılma
- b) Periton sıvısı aracılığı ile yayılma
- c) Lenfatikler yoluyla yayılma
- d) Hematojen disseminasyon yoluyla yayılma
- e) Transfüzyonla yayılma

**AÇIKLAMA:** Ovaryan kanserlerde yayılım 4 tipte olur. Transfüzyonla ovaryan kanser yayılmaz.

Cevap E (*Danforth, Obstetrik ve Jinekoloji, s.998*)

121.Aşağıdakilerden hangisi mutlak sezaryen endikasyonudur?

- a) Plasenta previa totalis
- b) Kötü obstetrik öykü
- c) Tedavi sonucu oluşan gebelikler
- d) İleri anne yaşı
- e) Ağır preeklampsi

**AÇIKLAMA:** Plasenta previa totalis dışındaki tüm durumlar mutlak sezaryen endikasyonu değildir. Sezaryen endikasyonları:

**Maternal:**

CPD

Uterusda geçirilmiş operasyona bağlı skar (sezaryen, myomektomi, metroplasti, vs.)

Plasenta previa

Uterin rüptür veya rüptür tehdidi

Prezentasyon ve situs anomalileri

Abruptio plasenta (fetal distress varsa)

Preeklampsi (fetal distress varsa, indüksiyona yanıt yoksa)

Uterine inertia

Aşırı maternal adinami

İndüksiyona rağmen eylemin ilerlemesi

Ürogenital fistüller, Kalp hastalıkları, DM, Cerviks Ca, Genital herpis, Kondiloma akuminatum İleri anne yaşı?, Anne isteği?, Tedavi gebelikleri?, Kötü obstetrik öykü?

**Fetal:**

Fetal distress  
Makrozomi ve mikrozomi  
Kordon prolapsusu  
Eritroblastosis fetalis (EBF)

Cevap A (*Cunningham, Williams Obstetrics, 20.baskı, 1997, s.509-15*)

**122.Aşağıdaki operasyon çeşitlerinden hangisi uterus operasyonlarından değildir?**

- Wertheim operasyonu
- Schultz operasyonu
- Pomeroy operasyonu
- Spinell operasyonu
- Myomektomi

**AÇIKLAMA:** Pomeroy, bir tubal sterilizasyon tekniğidir.

Cevap C (*Current, Obs. 2 Gynec, s.827*)

**123.Aşağıdaki hematolojik endekslerden hangisi gebelik sırasında artar?**

- Kan hacmi
- Serum demir konsantrasyonu
- Hematokrit
- Eritrosit konsantrasyonu
- Hemoglobin konsantrasyonu

**AÇIKLAMA:** Gebelikte kan hacmi ortalama %45-50 oranında artar. Aynı zamanda plazma hacmi ve sellüler kütle de artmıştır. II. trimesterde fizyolojik anemi gelişir. Fe gereksinimi 6-7 mg/gün'e ulaşabilir. Lökosit sayısı 5.000-12.000/ml arasındadır, sadece polimorf nükleer lökositlerde artış vardır.

Cevap A (*Cunningham, Williams Obstetrics, 20.baskı, 1997, s.201-6*)

**124.En sık görülen ürogenital fistül şekli hangisidir?**

- Vezikoservikovaginal
- Vezikointestinal
- Vezikovaginal
- Uterovezikovaginal
- Üretrovaginal

**AÇIKLAMA:** Vezikovaginal fistül en sık görülen ürogenital fistüldür.

Cevap C (*Current Obs. 2 Gynec., s.96*)

**125.Aşağıdakilerden hangisi puberte tarda**

**sebeplerindendir?**

- Mc Cune Albright Sendromu
- Silver Sendromu
- Juvenil Primer Hipotiroidizm
- Travma
- Kallman Sendromu

**AÇIKLAMA:** Kallman Sendromu hipogonadotropik hipogonadizm sebeplerinden olup, puberte tarda sebeplerindendir.

Cevap E (*Current Obs.&Gynec., s.96*)

**126.Gonoreik iltihabi retansiyon kistlerinin oluşma yerleri neresidir?**

- Skene bezleri
- Vestibular bulbuslar
- Bartholin bezleri
- Karunkula myrtiformis
- Frankenhauser pelvik plexusu

**AÇIKLAMA:** Gonoreik iltihabi retansiyon kistleri skene bezlerinde oluşur.

Cevap A (*Current Obs.&Gynec., s.15*)

**127.Eklampsi görülen gebede kullanılmaması gereken tedavi şekli hangisidir?**

- MgSO<sub>4</sub>
- Diazem
- Kalsiyum glukonat
- Hidralazin
- Na nitroprussit

**AÇIKLAMA:** Kalsiyum glukonat MgSO<sub>4</sub>'un antidodu olup, eklampsi tablosunu arttırır.

Cevap C (*Current Obs. 2, Gynec. 87, s.346*)

**128.Servikal efasmanda önemli rolü olan prostoglandin tipi aşağıdakilerden hangisidir?**

- PGA<sub>2</sub>
- PGD<sub>2</sub>
- PGE<sub>2</sub>
- PGF<sub>2</sub>
- TxA<sub>2</sub>

**AÇIKLAMA:** Serviksin açılması ve efasmanda PGE<sub>2</sub> önemli bir faktördür. PGE<sub>2</sub>, kollajenin ayrışmasında, glikozaminoglikanlarda artış, fibroblast aktivitesinde artışı sağlar.

Cevap C (*Scott, Danforth's Obstetrics and Gynecology, 7.baskı, 1997, s.541*)

**129.Aşağıdaki ameliyat türlerinden hangisi histeroskopik cerrahi ile yapılmaz?**

- a) Endometriyal ablasyon
- b) Submuköz myomektomi
- c) Uterin septum rezeksiyonu
- d) İntrauterin sineşi
- e) Subseröz myomektomi

**AÇIKLAMA:** Subseröz myomlar uterin kavite dışında teşekkül ettiğinden, histeroskopik müdahale ile ulaşılamaz.

Cevap E (*Scott, Danforth's Obstetrics and Gynecology, 7.baskı, 1997, s.834*)

**130.Aşağıdakilerden hangisi overin germ hücreli tümörlerinden değildir?**

- a) Matür teratom
- b) Karsinoid tümör
- c) Gonadoblastoma
- d) Stroma overi
- e) Hiler hücreli tümör

**AÇIKLAMA:** Hilus hücreli tümör seks kord mezenşimal tümörlerdendir. Diğer şıklardaki tümörler ise germ hücreli tümörlerdir.

Cevap E (*Scott, Danforth's Obstetrics and Gynecology, 7.baskı, 1997, s.972*)

**131.Ektopik gebelik en sık uterusun hangi bölgesinde görülür?**

- a) Korpus
- b) Kornu
- c) Ampulla
- d) İsthmus
- e) Fimbria

**AÇIKLAMA:** Ektopik gebelik %78 oranında ampulla bölgesinde görülür.

Cevap C (*Berek, Novak's Gynecology, 12.baskı, 1996, s.501*)

**132.Oksitosin hormonu primer olarak hipotalamusun hangi nükleusunda üretilir?**

- a) N. Ventromedialis
- b) N. Premamillaris
- c) N. Dorsomedialis
- d) N. Hipotalamika dorsalis
- e) N. Paraventrikularis

**AÇIKLAMA:** Diğer nükleuslar da hipotalamusa ait olmalarına karşın, oksitosin primer olarak N. paraventrikularisden salgılanır.

Cevap E (*Berek, Novak's Gynecology, 12.baskı, 1996, s.151*)

**133.Aşağıdaki nedenlerden hangisi reproduktif çağdaki kadınlarda sık görülen pelvik kitle nedenlerinden değildir?**

- a) Fonksiyonel over kistleri
- b) Myoma uteri
- c) Gebelik
- d) Over epitelooid tümörleri
- e) Germ hücreli tümör

**AÇIKLAMA:** Germ hücreli tümör sıklıkla çocuk ve pubertal dönemde en sık neden olarak görülmektedir.

Cevap E (*Berek, Novak's Gynecology, 12.baskı, 1996, s.332*)

**134.Aşağıdakilerden hangisi polikistik over sendromu (PCOS) için yanlıştır?**

- a) Total ve serbest testosteron seviyeleri direkt olarak LH seviyeleri ile ilgilidir.
- b) PCOS'da muhtemelen sitokrom P-450-disregülasyonuna bağlı overler gonadotropik stimülasyona daha duyarlıdır.
- c) GnRH agonisti ile tedavi serum testosteron ve androstenedion seviyelerini etkili bir biçimde düşürür.
- d) GnRH agonisti ile androjen supresyonu östrojen supresyonundan daha yüksek doz GnRH agonisti gerektirir.
- e) Ciltte 5-alfa-redüktaz varlığı hirsutizm gelişimi üzerine minimal etkilidir.

**AÇIKLAMA:** İlk dört seçenek doğru iken, 5 alfa redüktaz hirsutizm gelişimi üzerine büyük oranda etkilidir.

Cevap E (*Berek, Novak's Gynecology, 12.baskı, 1996, s.838*)

**135.Ovulasyon indüksiyonunda kullanılmayan ilaç hangisidir?**

- a) Klomifen sitrat
- b) Pür FSH
- c) Klomifen + hMG
- d) Klomifen + Bromokriptin
- e) Pür LH

**AÇIKLAMA:** Pür LH ovulasyon indüksiyonunda kullanılmaz. LH/FSH oranını dengelemek için PCO sendromunda Pür FSH kullanılır.

Cevap E (*Novak's Gynecology, s.936-9*)

**136.Aşağıdakilerden hangisi puberte prekoksun nedenlerinden değildir?**

- a) 11-beta hidroksilaz eksikliği
- b) Reifenstein sendromu
- c) McCune Albright sendromu

- d) 3-beta hidroksi steroid dehidrogenaz eksikliği  
e) Adrenal karsinomalar

**AÇIKLAMA:** Reifenstein sendromu 5-alfa redüktaz eksikliği ile ortaya çıkan bir sendrom olup heteroseksüel puberte gelişiminden sorumludur. Diğer bütün seçenekler puberte prekoksia ilişkilidir.

Cevap B (*Berek, Novak's Gynecology, 12.baskı, 1996, s.782*)

- 137.Aşağıdaki patojenlerden hangisi piyosalpinks oluşuma yol açar?

- a) Neisseria gonore  
b) Klamidya trakhomatis  
c) Hemofilus influenza  
d) Escheria coli  
e) Peptostreptokoklar

**AÇIKLAMA:** Hemofilus influenza seksüel yoldan bulaştığı gösterilmemiş olmakla birlikte, olgularda şiddetli pelvik inflamatuvar hastalığa yol açar ve piyosalpinks oluşturması kuraldır.

Cevap C (*Copeland, Textbook of Gynecology, 2000, s.787*)

- 138.Aşağıdaki kontraseptif yöntemler arasında "tipik kullanımda" en etkili hangisidir?

- a) Bilateral tubal ligasyon  
b) Vazektomi  
c) Levonorgestrel emdirilmiş rahim içi araç  
d) Kondom  
e) Depo-provera enjeksiyonu

**AÇIKLAMA:**

Metod	Tipik kullanımda gebelik oranı %'si
BTL	0.4
Vazektomi	0.15
Levonorgestrel'li RİA	0.1
Kondom (erkek)	12
Depo-provera	0.3

Cevap C (*Copeland, Textbook of Gynecology, 2000, s.289*)

- 139.Reprodüktif yaşamda en sık görülen vajinal enfeksiyon hangisidir?

- a) Bakteriyel vajinozis  
b) Candida albicans vajiniti  
c) Trikomonas vajiniti  
d) Genital herpes  
e) Conyloma accuminatum

**AÇIKLAMA:** Reprodüktif yaşamda en sık görülen vajinal enfeksiyon bakteriyel vajinozistir. Sıklığı

seksüel aktivite ile koreledir. Vajen florasındaki laktobasillerin kaybolup yerlerini anaerobların (G. Vajinalis, M. Hominis vb.) alması sonucu ortaya çıkar.

Cevap A (*Copeland, Textbook of Gynecology, 2000, s.774*)

- 140.Kırküç yaşında, premenopozal bir hasta idrar kaçırma şikayeti ile başvurmuştur. Olgu öksürme veya hapsirme ile küçük miktarda idrar kaçırdığını söylemektedir. Noktüri şikayeti olmayan olgunun yapılan ürodinamik çalışmasında rezidüel volüm 50 ml bulunmuştur. Bu olguya ilişkin aşağıdaki inkontinans tiplerinden hangisi ilk planda düşünülmelidir?

- a) Saf stres üriner inkontinans  
b) Urge inkontinans  
c) Mikst inkontinans  
d) Taşma (overflow) inkontinansı  
e) Bypass inkontinans

**AÇIKLAMA:** Saf SUI proksimal üretranın anatomik desteğini kaybetmesi nedeniyle oluşur. Olgularda temel semptom valsalva ile düşük miktarda idrar kaçırmadır. Noktüri genellikle gözlenmez. Ürodinamik çalışmada rezidüel volüm normal olup objektif olarak inkontinans gözlenir. Olgunun yönetiminde üriner sistem enfeksiyonu, diyabet, hiperkalsemi araştırılması gereklidir. Bulgular normal ise Kegel ekzersizi veya üretropeksi operasyonu yapılır. Urge inkontinansda hasta gece ve gündüz idrar kaçırmaya ve urgency ön plandadır. Ürodinamik çalışmada detrusor kontraksiyonları gözlenir. Mikst tip inkontinansda hem stres Uİ hem de urge inkontinans bulguları birlikte gözlenir. Taşma inkontinansında ise olgu gece ve gündüz idrar kaçırmaya, öte yandan sistometrik çalışmada rezidüel volüm 450 ml civarındadır. Diyabet açısından taranmalıdır. Bypass inkontinansda hasta gece ve gündüz sürekli ıslaklıktan şikayetçidir. Anamnezinde pelvik ışınlama, pelvik operasyon veya kısa süre önce doğum mevcuttur.

Cevap A (*Sakala, High-Yield Obstetrics & Gynecology, 2001, s.141*)

- 141.Otuzdört haftalık gebeliği olan bir olgunun yapılan non stres testi nonreaktif olarak değerlendirilmiştir. Bu gebede yaklaşım ne olmalıdır?

- a) Acil sezaryen  
b) Oksitosin kontraksiyon test  
c) Umbilikal arter doppler çalışması  
d) Vibroakustik stimülasyon test  
e) Lesitin/Sfingomyelin bakılması



## KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM BİLGİSİ

**AÇIKLAMA:** NST nonreaktifliği fetal asidozu gösterebilir fakat sıklıkla fetal uyku hali, fetal immatürite veya sedasyonla ilişkilidir. Bu nedenle yaklaşımda ilk basamak fetusun uyandırılması olmalıdır ki bu da fetal vibroakustik stimülasyon testi ile yapılır. Buna rağmen nonreaktiflik devam ederse bir sonraki aşamada OCT veya biyofizik profil yapılmalıdır.

Cevap D (*Sakala, High-Yield Obstetrics & Gynecology, 2001, s.22*)

**142.Aşağıdakilerden hangisi seks kord stromal tümör değildir?**

- a) Granüloza hücreli tümör
- b) Fibroma
- c) Fibrosarkom
- d) Jinandroblastom
- e) Poliembriyoma

**AÇIKLAMA:** Poliembriyoma germ hücreli over tümörüdür.

Cevap E (*Copeland, Textbook of Gynecology, 2000, s.1396*)

**143.Ektopik gebelikte en sık rastlanılan fizik muayene bulgusu hangisidir?**

- a) Adneksiyal kitle
- b) Uterin büyüme
- c) Ortostatik değişiklikler

**d) Ateş**

**e) Adneksiyal duyarlılık**

**AÇIKLAMA:** Adneksiyal duyarlılık olguların %80-90'ında gözlenir. Peritoneal irritasyon bulgusudur. Adneksiyal kitle olguların %50'sinde bulunup ilginç olarak olguların %20'sinde karşı taraf adneksiyal alanda bulunur ve olasılıkla da bu kitle corpus luteumdur. Uterin büyümeye sık rastlanılmaz. Ortostatik değişiklikler rüptür gerçekleşirse ortaya çıkar. Ateş ise %5-10 oranında, en az rastlanılan fizik muayene bulgusudur.

Cevap E (*Copeland, Textbook of Gynecology, 2000, s.274*)

**144.Polikistik over sendromunun en sık rastlanılan klinik bulgusu hangisidir?**

- a) Obesite
- b) İnfertilite
- c) Aşırı kıllanma
- d) Menstrüel bozukluklar
- e) Akantozis nigricans

**AÇIKLAMA:** PCOS'da en sık rastlanılan klinik bulgu aşırı kıllanma olup olguların %80'inde vardır. Yüz ve çene sıklıkla tutulur. Diğer bölgeler ise göğüs ve perinedir. Obezite sanılan aksine PCOS'lu kadınların ancak %50'sinde mevcuttur.

Cevap C (*Endocrinology and Metabolism Clinics of North America, 1999, s.398*)

# ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ

1. Yenidoğanda konjenital musküler tortikolis için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Baş kontraktür tarafına çene karşı tarafa döner.
- b) Sternokleidomastoid kası içerisindeki sert, fuziform kitle doğumdan 2-4 hafta sonra ortaya çıkar.
- c) Tedavide sternokleidomastoid kasındaki kitle eksize edilir.
- d) Tedavisi gecikmiş olanlarda yüzde asimetri gelişir.
- e) Beraberinde gelişimsel kalça displazisi bulunabilir.

**AÇIKLAMA:** Konjenital musküler tortikolis tedavisinde yenidoğan döneminde tedavi konservatiftir.

Cevap C (*Tachdjian, Pediatric Orthopaedics, 1990, s.115*)

2. Anne babası tarafından içe basarak yürüdüğü için doktora getirilen 3 yaşındaki kız çocuğun muayenesinde kalça hareketleri normal sınırlarda bulunuyor. Ayakta medial longitudinal ark normalden düşük ve yük verme anında arkin kaybolarak çocuğun plano valgusta (5 derece valgus) bastığı gözleniyor. Aşıl gerginliği olmayan çocuğun eklemlerinde cubitus ve genu recurvatumla gözlenen bir hiperlaksite dikkati çekiyor, yaklaşımınız nedir?

- a) Hastada yüksek olasılıkla nöromusküler pes planus vardır. Derin tendon reflekslerinin hiperaktif olması bunu kesinleştirir.
- b) Kalça problemlerinde içe basma görülmez bu nedenle dikkatli muayeneye gerek yoktur.
- c) Ailevi pes planus söz konusudur. Derhal ortopedik ayakkabı kullanımına geçerek önlem alınmalıdır.
- d) Bu hastada tarsal koalisyon olması olasılığı çok yüksektir.
- e) Ark gelişimi henüz tamamlanmamıştır ve bu yaştaki çocuklarda fizyolojik olarak eklem hiperlaksitesi ve pes planus görülebilir.

**AÇIKLAMA:** Ayak izi ve radyolojik çalışmalarda ayak medial longitudinal arkının 7 yaşına kadar tam gelişmediği gösterilmiştir. Erişkinlerde yapılan çalışmalarda fleksible düz tabanlılığın erişkin yaşta soruna yol açmadığını ya da minör problemler yarattığını göstermişlerdir. Fleksible veya rijid pes planus deformitelerinde ortopedik ayakkabının deformiteleri önleyici etkisi olduğunu gösteren bilimsel bir kanıt elimizde yoktur. Spastisiteyle giden nöromusküler hastalarda çoğunlukla pes cavus görülür. Flask paralizi yapan hastalıklarda pes planus

görülebilir ancak bu hastalıklarda derin tendon refleksleri zayıf ya da kaybolmuştur. Kalça subluksasyonları ve asetabular hipoplazide eşlik eden bir bulgu eklem hiperlaksitesi ve anteversiyon yüksekliğine bağlı artmış iç rotasyondur. İç dönmük yürüme nedeni olabilir.

Cevap E (*Gould N, Moreland M, Alvarez R, Trevino S, Fenwick J. Development of the child's foot. Arch Foot Ankle 1989; 9:241-5*)

3. Klippel-Feil sendromu için hangisi yanlıştır?

- a) Servikal vertebralarda konjenital füzyonlar vardır.
- b) Üriner sistem patolojisi bulunmaz.
- c) Kısa boyun ve pterygium colli klinik olarak belirgindir.
- d) Kardiyovasküler sistem patolojileri eşlik edebilir.
- e) Tortikolisin ayırıcı tanısında mutlaka düşünülmelidir.

**AÇIKLAMA:** Üriner ve kardiyovasküler sistem, embriyonik dönemde kas iskelet sistemi ile aynı zamanda diferansiye olduğundan üriner sistem patolojilerinin birlikte görülme sıklığı fazladır.

Cevap B (*Tachdjian, Pediatric Orthopaedics, 1990, s.129*)

4. 0-2 aylık yenidoğan döneminde gelişimsel kalça çıkığının muayene bulgularından hangisi yanlıştır?

- a) Ortolani testi pozitif olması
- b) Barlow testi pozitif olması
- c) Kalçada fleksiyon kontraktürü olmaması
- d) Trendelenburg testi pozitif olması
- e) Kalçada klik sesi duyulması

**AÇIKLAMA:** Trendelenburg testi yürüyen çocukta yapılan bir testdir.

Cevap D (*Tachdjian, Pediatric Orthopaedics, 1990, s.329*)

5. Aşağıdaki kemik tümörlerinden hangisi benign histopatolojiye sahip olmasına rağmen yüksek lokal nüks ve agresyon gösterir?

- a) Non-Ossifying fibroma
- b) Anevrizmal kemik kisti
- c) Osteokondroma
- d) Osteoid osteoma
- e) Kondromik fibroma

**AÇIKLAMA:** Anevrizmal kemik kisti benign ancak lokal

agresyon gösteren, hipervasküler bir tümördür. Bazen cerrahiye rağmen total rezeksiyonu yapılamayabilir. Eksizyon tipi cerrahilere rağmen %40-70 oranında lokal nüksler görülür. Diğer tümörler hem kliniği ve hem de gidişi olarak agresyon göstermeyip total eksizyonu ile genellikle tam kür elde edilir.

Cevap B (*Huvos, Diagnosis, Treatment and Prognosis, 2.baskı, 1991, s.713-43*)

**6. Aşağıdaki hangi tip kırıkta beraberinde vasküler komplikasyon olmaksızın hemodinamiyi bozacak kanama olabilir?**

- a) Kollum femoris kırığı
- b) Asetabulum arka kolon kırığı
- c) İnstabil pelvis kırığı
- d) Suprakondiler humerus kırığı
- e) Lomber burst kırığı

**AÇIKLAMA:** İnstabil pelvis kırıklarında pelvisin kanselloz yapısı ve kan üretiminde en büyük depolardan biri olması nedeniyle kırık sonrasında kemik yüzeyinden ciddi hemodinamiyi bozacak kanamalar oluşabilir. Diğer kırıklarda belli bir miktar kanama olabilmesine rağmen, hemodinamiği bozacak ölçüde olamazlar.

Cevap C (*Rockwood, Fractures in Adults, 1.cilt, 1994, s.219-27*)

**7. Akut hematojen osteomyelit için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) En sık görüldüğü bölgeler uzun kemiklerin diafizleridir.
- b) Yenidoğandaki semptomları huzursuzluk ve iştah kaybı olabilir.
- c) Semptomların ortaya çıkışını takip eden ilk hafta içinde direk radyografilerde kemik dokusuna ait bulgu saptanamaz.
- d) Komşu eklemden efüzyon görülebilir.
- e) Ayırıcı tanıda septik artrit mutlak düşünülmalıdır.

**AÇIKLAMA:** Akut hematojen osteomyelit en sık görüldüğü bölgeler uzun kemiklerin metafizleridir.

Cevap A (*Tachdjian, Pediatric Orthopaedics, 1990, s.1082*)

**8. Aşağıdakilerden hangisi doğuştan kalça çıkığının radyolojik belirtilerinden değildir?**

- a) Von Rosen belirtisi
- b) Perkins kadranda femur başının üst dış kadranda olması
- c) Asetabular açıda artış
- d) Shenton Menard hattında devamlılık
- e) Femoral anteversiyonda artış

**AÇIKLAMA:** Shenton-Menard hattı, obturator foramenin üst kenarı ile kollum femorisin alt kenarının birleştirilmesi ile oluşan bir yarım dairedir. Kalça çıkığında femur başı yukarı ve posteiora doğru migre

olunca bu hattaki devamlılık bozulur.

Cevap D (*Çakmak, Ortopedi, 1998, s.238*)

**9. Aşağıdaki hastalıklardan hangisi osteokondroz değildir?**

- a) Legg-Calve-Perthes
- b) Kienböck hastalığı
- c) Freiberg hastalığı
- d) Jackson-Gorham hastalığı
- e) Panner hastalığı

**AÇIKLAMA:** Legg-Calve-Perthes femur başı, Kienböck lunatum, Freiberg metatars başı, Panner ise lateral humerus epikondiline ait osteokondrozdur.

Cevap D (*Resnick, Bone and Joint Imaging, 2.cilt, 1997, s.979*)

**10. En sık görülen skolyoz tipi aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) İdiyopatik
- b) Konjenital
- c) Nöromusküler
- d) Paralitik
- e) Postravmatik

**AÇIKLAMA:** Skolyozun yaklaşık %70-80 kadarı idiyopatik tipte olup diğerleri oldukça nadir görülürler.

Cevap A (*Bridwell, The Textbook of Spinal Surgery, 1.cilt, 1997, s.425*)

**11. Aşağıdakilerden hangisi kırık iyileşmesini olumlu yönde etkilemez?**

- a) A vitamini
- b) D vitamini
- c) Anabolik steroidler
- d) Kırık hattında mikrohareket
- e) Kırık hattında distraksiyon

**AÇIKLAMA:** Kırık fragmanların kontağı ve varsa birbirlerine impakte olması veya kırık hattında kompresyon varlığı kaynama için gerekli temel şartlardan birisidir. Eğer kırık fragmanları birbirinden uzak yani distrakte olursa bu kaynamamanın en basit ancak en sık görülen bir sebeplerindendir.

Cevap E (*Rockwood, Fractures in Adults, 1.cilt, 1994, s.153*)

**12. İskelet sisteminde en sık metastazlar hangi bölgeye olur?**

- a) Femur distali
- b) Tibial proksimali
- c) Kaburgalar
- d) Vertebral kolon
- e) Humerus proksimali

**AÇIKLAMA:** İskelet sistemi vücutta akciğer ve karaciğerden sonra 3. sıklıkla metastazların olduğu bölgedir. **Vertebral kolon ise iskelet sisteminde en sık metastazların olduğu bölgedir.** Bununda torakal bölgesinde daha da sık metastaz görülür. Diğer şıklardaki bölgeler ise vertebral metastazdan sonra belli oranlarda metastazların görüldüğü yerlerdir.

Cevap D (*Huvos, Diagnosis, Treatment and Prognosis, 2.baskı, 1991, s.713-43*)

**13.İnfantil skolyozda ilerleme riskini belirlemek için kullanılan RVAD (kaburga-omur açısı farkı=rib-vertebral angle difference) değerinin kaç derecenin üzerinde olması eğriliğin artabileceğinin habercisi olarak kabul edilir?**

- a) 5°
- b) 10°
- c) 20°
- d) 25°
- e) 30°

**AÇIKLAMA:** Konkav ve konveks taraftaki kotların apikal vertebra ile yaptığı açılar arasındaki farkın 20°'den farklı olmasının eğriliğin artışıyla sonuçlandığı saptanmıştır. Alçı, korse vb. tedavi gerekebilir.

Cevap C (*Brown, Orthopaedic Secrets, 1995, s.196*)

**14.Akondroplazi için hangisi yanlıştır?**

- a) Otozomal dominant geçişlidir.
- b) Periosteal kemik yapım defekti vardır.
- c) Enkondral kemik yapımı bozuktur.
- d) Kadın ve erkeklerde görülme oranları eşittir.
- e) En sık görülen cücelik nedenidir.

**AÇIKLAMA:** Akondroplazi enkondral kemikleşme bozukluğu ile oluşan otozomal dominant geçişli olan en sık cücelik nedenidir.

Cevap B (*Tachdjian, Pediatric Orthopaedics, 1990, s.721*)

**15.Akut hematojen osteomyelit kemiğin en çok hangi bölgesinde görülür?**

- a) Epifiz
- b) Fiziz
- c) Metafiz
- d) Diafiz
- e) Epifiz kırıkdağı

**AÇIKLAMA:** Şu sebeplerden dolayı akut hematojen osteomyelit en çok metafizde görülür: 1) Metafizde venöz sinüzoidal yapı ve venöz pleksus nedeniyle kan turnover'ında azalma, yavaşlama ve konjesyon, 2) Sinüzoidal endotelial yapının fagositoz özelliğinin az olması, 3) Bu bölgede metabolizmanın yüksek olması.

Cevap C (*Çakmak, Ortopedi, 1998, s.69-70*)

**16.Aşağıdaki kırıklardan hangisi diğerlerine göre**

**daha önce cerrahi olarak tedavi edilmesi gerekmektedir?**

- a) Erişkin deplase femur cisim kırığı
- b) Çocuk deplase humerus cisim kırığı
- c) Çocuk ön kol çift kemik kırığı
- d) Erişkin deplase kollum femoris kırığı
- e) Vertebra kompresyonu

**AÇIKLAMA:** Erişkin kollum femoris kırıkları acil olarak tedavi edilmesinin gereği, kırığın deplasmanı sonrasında femur başını destekleyen vasküler yapıların rüptüre olması ve bunun neticesinde akut femur başının beslenmesinin bozulmasıdır. Bu arteriyel bozulmayı engellemek ve mevcut sağlam arteriyel yapılarında muhafazası için, acilen anatomik redüksiyon gerekmektedir. Buda genellikle cerrahi yöntemlerle olmaktadır.

Cevap D (*Rockwood, Fractures in Adults, 1.cilt, 1994, s.275*)

**17.Aşağıda verilen ayak kemiklerinden hangisi çocuk doğduğunda kemikleşmeyip, kırık yapı halindedir?**

- a) Talus
- b) Kalkaneus
- c) Küboid kemik
- d) Naviküler kemik
- e) Metatarslar

**AÇIKLAMA:** Naviküler kemik dışında verilen diğer kemikler doğumda kemikleşmiştir; Naviküler kemik kırık yapı halindedir ve 2-5 yaşlar arasında kemikleşmeye başlar.

Cevap D (*O'Rahilly R, et al. The Skeletal Development of the Foot. Clin Orthop 1960; 16:7*)

**18.6-8 yaş altındaki çocuk femur kırıklarında aşağıdaki tedavi metodlarından hangisi uygulanmaz?**

- a) Kapalı redüksiyon + pelvipedal alçı uygulanması
- b) Açık redüksiyon + plak ile osteosentez
- c) Açık veya kapalı intramedüller kilitli çivileme
- d) Açık veya kapalı intramedüller ender çivileme
- e) Kapalı redüksiyon + inkorpere alçılama

**AÇIKLAMA:** Bu yaş grubunda femur distal ve proksimal epifizleri hala açık olup femurun büyümesi için zorunlu anatomik yapılar olup, kilitli çivileme ile bu yapılarda hasar oluşabilme riski nedeniyle bu yöntem kesinlikle kullanılmaz.

Cevap C (*Ege, Kırıklar Eklem Yaralanmaları, 3.cilt, 1989, s.2438-43*)

**19.Aşağıdakilerden hangisi tekrarlayıcı patella çıkığına yol açabilecek faktörlerden biri değildir?**

- a) Kuadriseps mekanizmasının diz lateralinde

- olması
- b) Patella alta
- c) Internal tibial torsiyon
- d) Eksternal tibial torsiyon
- e) Kuadriseps vastus medialis yetersizliği

**AÇIKLAMA:** Tekrarlayan patella çıkığına en sık yol açan faktör kuadriseps mekanizmasının lateral yerleşimidir. Ligament laksitesi, lateral yumuşak doku kontraktürü, eksternal tibial torsiyon, femur interkondiler oluşunun sığ oluşu, patella alta, vastus medialis yetmezliği yardımcı olan faktörlerdendir.

Cevap C (*Tachdjian's Pediatric Orthopaedics, 3.baskı, 2002, s.793*)

**20.Omuz artrozunun en sık sebebi hangisidir?**

- a) Osteoartroz
- b) Travma
- c) Rotator manşet artropatisi
- d) Avasküler nekroz
- e) Romatoid artrit

**AÇIKLAMA:** Ortopedik cerrahlar tarafından en sık görülen ve cerrahi tedavi gerektiren omuz artroz sebebi romatoid artrit. Osteoartroz ve travma da sıktır. Ancak daha seyrek görülen sebeplerdir.

Cevap E (*Brown, Orthopaedic Secrets, 1995, s.104*)

**21.Çocuk kırıkları, iskelet sistemindeki fizyolojik ve anatomik özellikleri nedeniyle erişkin kırıklarından farklılıklar gösterir. Aşağıda çocuk kırıklarıyla ilgili bilgiler verilmiştir. Yanlış olan seçeneği işaretleyiniz.**

- a) Genel olarak konservatif tedavi uygulanır.
- b) Remodeling özellik oldukça iyidir.
- c) Özellikle eklem içi (kollum femoris vs.) kırıklar cerrahi olarak tedavi edilirler.
- d) Kırık bölgesi komplikasyonu olan malunion, sıklıkla suprakondiler femur bölgesinde oluşur ve genu varum deformitesiyle sonuçlanır.
- e) Suprakondiler humerus kırığı neticesinde de oluşabilen ve bir komplikasyon olan kompartman sendromu, tedavi edilmediği takdirde Volkmann'ın iskemik kontraktürüyle sonuçlanabilir.

**AÇIKLAMA:** Çocuk kırıklarında sık komplikasyon olarak karşımıza çıkan malunion sıklıkla suprakondiler humerus kırıklarından sonra görülür. Bu da kendini kubitus varus olarak gösterir.

Cevap D (*Green, Skeletal Trauma in Children, 1994, s.105*)

**22.Bir kemik tümörü olan kondroblastom için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) İskelet sisteminin iyi huylu bir tümörü olup,

genel olarak uzun tübüler kemiklerin epifiz ve/veya apofizinde yerleşir.

- b) En sık görüldüğü yaş 10-20 yaştır.
- c) X-Ray bulgusu olarak çok iyi sınırlı ve kitlenin etrafı sklerotik bir dudakla çevrilidir.
- d) Metastaz genellikle akciğeredir.
- e) Tedavisinde cerrahi ve radyoterapi uygulanır.

**AÇIKLAMA:** Tedavisinde sadece cerrahi tedavi uygulanır. Radyoterapi ya da kemoterapi uygulanımı günümüzde yoktur. Metastaz yapan iyi huylu bir tümördür.

Cevap E (*Campanacci, Bone and Soft Tissue Tumors, 1992, s.251*)

**23.Montegia kırıklı çıkığının tarifi aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Radius distal metafizinin dorsale kırığı ile birlikte el bileğinin çıkığıdır.
- b) Tibia orta diafiz kırığı ile birlikte proksimal tibiofibuler çıkığıdır.
- c) Kollum femoris kırığı ile birlikte femur başının asetabulumdan çıkmasıdır.
- d) Ulna orta diafiz kırığı ile birlikte radius başının çıkığıdır.
- e) Radius orta 1/3 diafiz kırığı ile birlikte distal radioulnar çıkığıdır.

**AÇIKLAMA:** Bu bir tanım olup ulna kırık ve radius başı çıkığıdır.

Cevap D (*Campbell's Operative Orthopaedics, 9.baskı, 1990, s.2332*)

**24.Glenohumeral eklemin travmatik anterior dislokasyonunda yanlış olan seçeneği işaretleyiniz.**

- a) En sık çıkığın meydana geldiği eklemdir.
- b) Genellikle bu tip bir çıkıkta hasar gören sinir ulnar sinirdir.
- c) Klinik olarak Apolet belirtisi bu çıkıkta görülür.
- d) Fizik muayenede ağrı, hareket kısıtlılığı ve elastiki fiksasyon gibi belirtiler vardır.
- e) Tedavisinde redüksiyon, tespit ve rehabilitasyon vardır.

**AÇIKLAMA:** Glenohumeral eklemin travmatik anterior çıkığında en sık yaralanan sinir aksiller sinirdir. Duyu muayenesi kabaca deltoid kas üzerindeki cilttir.

Cevap B (*Ege, Travmatoloji, Kırıklar ve Eklem Yaralanmaları, 2.cilt, s.1359*)

**25.Altı aylık bir bebekteki tek taraflı gelişimsel kalça çıkığında, yürüme öncesi klinik bulgulardan yanlış olanı işaretleyiniz?**

- a) Addüksiyon kısıtlıdır.
- b) Pili asimetrisi vardır.

- c) Allis (cetvel) belirtisi pozitifdir.  
d) Ortolani ve Barlow testleri müspettir.  
e) Piston (teleskop) belirtisi müspettir.

**AÇIKLAMA:** Yürümemiş ve 9 ayı doldurmamış hastalarda özellikle Ortolani ve Barlow gibi testler tipik kalça çıkıklarında müspettir. Ayrıca bu hastalarda en önemli bulgular arasında sayabileceğimiz abduksiyon kısıtlılığı mevcuttur.

Cevap A (*Tachdjian, Pediatric Orthopedics, 2.baskı, 1990*)

26.Geçirdiği trafik kazasından 2 saat sonra acil servise getirilen 40 yaşındaki erkek hastada 80/60 mmHg kan basıncı, 20/dk solunum sayısı saptanıyor. Bilinci açık olan hastada yapılan muayene ve radyolojik inceleme sonrası pelviste iskion-pubis kollarını ilgilendiren stabil kırık, sağ tibia Gustilo-Andersen tip II açık parçalı kırığı, sağ hemitoraks IX ve X. kostalarda anteriorda kırık saptanıyor. Hastanın takibinde yanlış olan hangisidir?

- a) Pelvis kırığı için kanama en önemli problemdir ve hipovolemik şok tedavisi yapılmalıdır.  
b) Hastadaki hipotansiyon sağ cruriste gelişen kompartman sendromuna bağlıdır.  
c) Bu hastada üretra veya mesane yaralanması olması olasılığı yüksektir.  
d) Hastada kosta kırığı nedeniyle ARDS gelişme şansı yüksektir ve kemik fiksasyonları bu nedenle geciktirilmelidir.  
e) Bu hastada göğüs duvarında, konjunktiva ve göğüs duvarında peteşial döküntüler varsa Gr (-) sepsis tanısı koyabiliriz.

**AÇIKLAMA:** Multiple travmalı hastaya yaklaşım bir bütün olarak ele alınmalıdır. Pelvis instabil kırıkları intra abdominal ve retroperitoneal boşluklara kanayarak hemorajik şoka yol açabilir. Pelvis yaralanmalarında ek olarak büyük venöz yapılarıdaki staz ve olası intimal hasara bağlı olarak yüksek oranda tromboemboli gelişme şansı vardır. Bu nedenle bu çeşit yaralanmalarda hasta kanama yönünden stabilize olur olmaz tromboemboli profilaksisi yapılmalıdır. **Pelvis kırıklarında en sık olarak ürogenital sistem yaralanmaları eşlik eder.** Yağ embolisi 24-72 saat içinde gelişir ve 10 güne kadar riski devam eder. Uzun kemiklerin acil fiksasyonu yağ embolisi gelişme insidansını azaltır. Akciğer yaralanması olan hastalarda kemik fiksasyonu için intramedüller girişimler tercih edilmez. Konjunktiva ve göğüs duvarındaki peteşiyal döküntüler yağ embolisinin bulgularıdır. Ancak ilk iki saat içinde yağ embolisi veya Gr (-) sepsis gelişme

olasılığı yoktur. Kompartman sendromu kas iskelet sistemi içindeki kompartmanlarda myonekrozla gider ve sistemik hipotansiyon nedeni olmaz.

Cevap A (*B Lindeque, BGP, Schoeman, HS, Dommissie, GF, Boeyens, MC, Vlok, AL. Fat Embolism and the Fat Embolism Syndrome. A Double-Blind Therapeutic Study. J Bone Joint Surg 1987; 69(B):128-131*)

27.Kondrosarkom hakkında yanlış olan hangisidir?

- a) Daha çok orta yaşlı hastalarda pelvis, kalça ve diz çevresinde görülür.  
b) Osteosarkom ve Ewing sarkomun aksine kondrosarkomlar low grade malignensiler olarak da karşımıza çıkabilirler.  
c) Kondrosarkomlar kemoterapi ve radyoterapiye iyi cevap veren tümörlerdir ve bu nedenle cerrahi ikinci planda kalır.  
d) Enkondrom ve osteokondrom gibi benign kemik tümörleri zemininde kondrosarkom gelişebilir.  
e) Endosteal lysis, kortekste inceleme ve kemikte ekspansiyon kırıkta orijinli lezyonun malign karakterde olduğunu gösteren radyolojik bulgulardır.

**AÇIKLAMA:** Kondrosarkom kemiğin kırıkta matriks yapan malign tümörüdür. Sıklıkla 5. dekada pelvis ve kalça çevresinde görülürler. Osteosarkom ve Ewing sarkomla kıyaslandığında daha yüksek oranda low grade olabilir. Kırıkta hücrelerinin metabolizmaları yavaş olduğu için kondrosarkom radyoterapi ve kemoterapiden etkilenmez. Bu nedenle günümüzde etkili tedavi cerrahi geniş rezeksiyondur. Benign kırıkta lezyonları sekonder olarak kondrosarkom yapabilir.

Cevap C (*Springfield DS, Gebhardt MC, McGuire MH. Chondrosarcoma: a review. Inst Course Lect 1996; 45:417-24*)

28.Parenteral madde (esrar vb.) bağımlısı hastalarda normal şartlarda nadir tutulan anatomik bölgelerde septik artrit gelişebilir. Aşağıdakilerden hangisi buna örnektir?

- a) Akromiyoklaviküler eklem  
b) Metatarsfalangeal eklem  
c) Sakroiliyak eklem  
d) El bileği  
e) Talokalkaneal (subtalar) eklem

**AÇIKLAMA:** Normal şartlarda karşılaşılan bölgelere göre görece nadir tutulan ancak parenteral madde bağımlılarında sık görülen septik artrit bölgeleri arasında sakroiliyak eklem, sternuma ait eklemsele yapılar ve simfizis pubis sayılabilir.

Cevap C (*Brown, Orthopaedic Secrets, 1995, s.18*)



# ÜROLOJİ

1. Rejyonel enterit, Crohn hastalığı veya ileum rezeksiyonlarından sonra görülen üriner sistem taş hastalığında hangi tip taş oluşması beklenir?

- a) Calcium oxalat
- b) Sistin
- c) Calcium fosfat
- d) Ürik asit
- e) Magnezyum amonyum fosfat

**AÇIKLAMA:** Rejyonel enterit, ileum rezeksiyonu, Crohn hastalığı gibi enflamatuvar bağırsak hastalıklarında idrar volümünde azalma, serum kalsiyumunda azalma ve serum oxalat düzeyinde artma beklenir. Bikarbonat kaybına bağlı metabolik asidozda beklenen bu hastalarda calcium oxalat taşı oluşumu riski en yüksektir.

Cevap A (*Adojo M, Oxalate metabolism in renal stone disease with special reference to calcium metabolism and intestinal absorbtion, Scan J Urol and Nephrol 1989; 119:1-53*)

2. Aşağıdakilerden hangisi inmemiş testisin komplikasyonlarından biri değildir?

- a) İnguinal herni
- b) İnfertilite
- c) Spermatosel
- d) Testis torsiyonu
- e) Testis tümörü

**AÇIKLAMA:** Testis tümörlerinin %10'u inmemiş testisten kaynaklanır. Testis ile mezenteri arasındaki gelişimsel anatomik anormallikten dolayı **inmemiş testis torsiyona yatkındır**. İnmemiş testiste açık olan prosesus vajinalis nedeniyle inguinal herni ve hidrosel görülebilir. İnmemiş testiste bozulan spermatogenez infertiliteye neden olabilir. Spermatosel inmemiş testis komplikasyonlarından birisi değildir.

Cevap C (*Campbell's Urology, 6.baskı, 1992, s.1543*)

3. Herhangi bir hastalığı olmayan 55 yaşında prostatizm yakınmaları ile gelen bir erkekte hangi tetkik ilk değerlendirme için önerilmez?

- a) İdrar analizi
- b) Serum kreatinin ölçümü
- c) Serum prostat spesifik antijen (PSA) ölçümü
- d) Parmakla rektal inceleme
- e) Üretrosistoskopi

**AÇIKLAMA:** Prostatizm yakınmaları ile gelen bir hastada mikroskobik hematüri veya idrar yolu enfeksiyonunun tanısını koymak için idrar tetkiki

yapılmalıdır. Serum kreatinin ölçümü prostatizm yakınmaları olan her hastada obstrüktif üropatiyi araştırmak için mutlaka yapılmalıdır. Prostat kanseri prostatizm yakınmalarına neden olabileceği gibi benign prostat büyümesi (BPH) ile birlikte olabilir. 10 yıldan uzun yaşam beklentisi olan hastalarda PSA ile prostat kanseri tanısı konması BPH'ya yönelik yapılacak olan tedavi planını değiştirebilir. Parmakla rektal inceleme prostatın büyüklüğünü ve yapısını incelemeye önemlidir. Sistoüretroskopi böyle bir hastada ilk değerlendirme olarak yapılacak bir tetkik değildir. Sistoüretroskopi ameliyat olacak hastalarda ameliyat tekniğine karar vermekte faydalıdır. Ayrıca üretral darlık, hematüri gibi eşlik eden durumları değerlendirmede kullanılır.

Cevap E (*Campbell's Urology, 7.baskı, 1997, s.1448*)

4. Aşağıdakilerden hangisi retroperitoneal fibrozis etiolojisinde rol oynamaz?

- a) Hodgkin lenfoma
- b) Enflamatuvar bağırsak hastalığı
- c) Ergot alkaloidleri
- d) At nalı böbrek
- e) Kolon karsinomu

**AÇIKLAMA:** Retroperitoneal fibrozisin en sık nedeni **altta yatan bir malignensidir**. Bunun dışında metiserjid gibi ergot alkaloidlerinin kullanıldığı durumlarda veya enflamatuvar bağırsak hastalığı durumlarında da retroperitoneal fibrozis gözlenebilir. At nalı böbrek doğumsal bir böbrek hastalığı olup bu anomalide retroperitoneal fibrozis olması beklenen bir durum değildir.

Cevap D (*Tanagho, Smith's General Urology, 14.baskı, 1995, s.637-638*)

5. Aşağıdakilerden hangisi pretestiküler infertilite nedenlerinden değildir?

- a) İzole lüteinizan hormon eksikliği
- b) Hiperprolaktinemi
- c) Sertoli-cell only sendromu
- d) Hemokromatozis
- e) Pitüiter hastalıklar

**AÇIKLAMA:** Germ hücrelerinin konjenital olarak bulunmadığı durumlarda ve genetik defektlerde "sertoli cell only sendromu" gözlenebilir. Testiküler biyopside sertoli hücrelerinin bulunmaması ile karakterizedir. Diğer seçeneklerin hepsi ise testiküler kaynaklı olmayan infertiliteye neden olur.



## ÜROLOJİ

Cevap C (*Tanagho, Smith's General Urology, 14.baskı, 1995, s.757-759*)

**6. Serumda prostat spesifik antijenin yarı ömrü kaç gündür?**

- a) 1 gün
- b) 3 gün
- c) 7 gün
- d) 14 gün
- e) 21 gün

**AÇIKLAMA:** Prostat spesifik antijenin yarı ömrü 3 gündür.

Cevap B (*Tanagho, Smith's General Urology, 14.baskı, 1995, s.418*)

**7. Aşağıdaki tedavi şekillerinden hangisi metastatik prostat kanserli hastalara önerilmez?**

- a) Orşiektomi
- b) Östrojenler
- c) Radikal prostatektomi
- d) LH-RH analogu
- e) Antiandrojenler

**AÇIKLAMA:** Metastatik prostat kanserinin tedavisi öncelikle androjenlerin inhibe edilmesi ile olmaktadır. Radikal prostatektomi metastatik hastalıkta önerilmez.

Cevap C (*Tanagho, Smith's General Urology, 14.baskı, 1995, s.424-425*)

**8. Üst üriner sistem tümörlerinin endoskopik tedavisi için aşağıdakilerden hangisi doğru değildir?**

- a) Tümöre ulaşmak kolay değildir.
- b) Üst üriner sistemde perforasyon riski mesaneye göre daha kolay gerçekleşir.
- c) Enstrümantasyona bağlı olarak postoperatif obstrüksiyon gelişme riski daha azdır.
- d) Endoskopik müdahale tekrarı gerekebilir.
- e) Perkutan girişimlerde üreteroskopik girişimlere göre instilasyon tedavisini uygulamak daha kolaydır.

**AÇIKLAMA:** Bu tip girişimlerde ödem veya fibrozisin daha sık görülmesi nedeniyle obstrüksiyon riski daha fazladır.

Cevap C (*Campbell's Urology Study Guide, 7.baskı, 1998, s.332*)

**9. Seminomalı ve hafif düzeyde HCG yükselmesi olan bir hastada yaklaşım, hangi tip germ hücreli tümör gibi olmalıdır?**

- a) Pür seminoma

- b) Mikst germ hücreli tümör
- c) Koryokarsinoma
- d) Koryokarsinoma+seminoma
- e) Leydig hücreli tümör

**AÇIKLAMA:** Pür seminomalı hastaların bir kısmında beta-HCG düzeyi yüksek olarak bulunabilir.

Cevap A (*Campbell's Urology Study Guide, 7.baskı, 1998, s.335*)

**10.Noktürnal enürezis tedavisinde en etkili yöntem aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Trisiklik antidepresan verilmesi
- b) Desmopressin asetat verilmesi
- c) Alarm kullanılması
- d) Antikolinergik tedavi
- e) Psikoterapi

**AÇIKLAMA:** Alarm kullanılması ile enüretik hastalarda %80'e yakın bir oranda kür bildirilmektedir.

Cevap C (*Campbell's Urology Study Guide, 7.baskı, 1998, s.291*)

**11.Aşağıdakilerden hangisi testis tümörleri için kullanılan bir tümör belirleyicisi değildir?**

- a) Alfa-fetoprotein
- b) Beta-hCG
- c) LDH
- d) Plasental Alkalen Fosfataz
- e) Ferritin

**AÇIKLAMA:** Testis tümör belirleyicilerinden alfa-fetoprotein non-seminomatöz testis tümörlerinde, beta-hCG non-seminomatöz testis tümörlerinde daha fazla olmak üzere seminomlarda da yükselir. LDH-tip 1 izoenzimi ve plasental alkalen fosfataz ise seminomlarda artış göstermektedir. Ferritin ise böbrek tümörleri için kullanılan, ancak tanısız değeri fazla olmayan bir belirleyicidir.

Cevap E (*Campbell's Urology, 7.baskı, 1998, s.2421-2423*)

**12.Aşağıdakilerden hangisi posterior üretral valvli bir hastada görülebilecek ürodinamik bulgulardan değildir?**

- a) Myojenik yetmezlik
- b) İnhibe edilemeyen detrusor kontraksiyonları
- c) Zayıflamış detrusor kompliyansı
- d) Düşük mesane kapasitesi
- e) Zayıflamış idrar akımı

**AÇIKLAMA:** Posterior üretral valvli bir hastada mesane kapasitesi artmış olarak bulunur, çünkü bu hastalarda infravezikal bir obstrüksiyon söz konusu olduğundan,

mesanede önce bir hipertrofi ve hastalığın ilerlemesi ile birlikte atonik mesane ortaya çıkar.

Cevap D (*Campbell's Urology Study Guide, 7.baskı, 1998, s.294*)

**13.Kutanöz üriner diversiyon için aşağıdaki anatomik bölgelerden hangisi kozmetik olarak en uygundur?**

- a) Sağ üst abdominal kadran
- b) Sol üst abdominal kadran
- c) Pubik bölge
- d) Umblikus
- e) Sol alt kadran

**AÇIKLAMA:** Kutanöz üriner diversiyon amacına en uygun kozmetik anatomik bölge umblikustur.

Cevap D (*Campbell's Urology Study Guide, 7.baskı, 1998, s.436*)

**14.Gelişimi normal olan çocuklarda, kaç yaşından sonra mesane kontrolü kazanılarak noktürnal enürezis gözlenmez?**

- a) 1 yaşında
- b) 3 yaşında
- c) 5 yaşında
- d) 8-10 yaşında
- e) 13-14 yaşında

**AÇIKLAMA:** Çocukların büyük çoğunluğu 3 yaşında istemli mesane kontrolünü kazanırlar. Kızlar erkeklerden biraz daha erken yaşta mesane kontrolü kazanabilir. 6 yaşındaki çocukların sadece %10'unda enürezis mevcuttur.

Cevap B (*Tanagho, Smith's General Urology, 14.baskı, 1995, s.646*)

**15.Altmış üç yaşında bir erkek hasta için normal kabul edilebilecek en yüksek prostat spesifik antijen (PSA) değeri ne olmalıdır?**

- a) 2.5 ng/ml
- b) 3.5 ng/ml
- c) 4.5 ng/ml
- d) 5.5 ng/ml
- e) 6.5 ng/ml

**AÇIKLAMA:** Yaşa göre PSA düzeyi sınırları 40-50 yaşlarında 0-2.5 ng/ml, 50-60 yaşlarında 0-3.5 ng/ml, 60-70 yaşlarında 0-4.5 ng/ml, 70 yaş ve üzerinde 0-6.5 ng/ml arasında normal kabul edilmektedir. Buna göre 63 yaşındaki bir erkek hastanın normal kabul edilen maksimum PSA değeri 4.5 ng/ml'dir.

Cevap C (*Campbell's Urology Study Guide, 7.baskı, 1998, s.2523*)

**16.Aşağıdakilerden hangisi penisin Carcinoma in Situ lezyonudur?**

- a) Balanitis Xerotica Obliterans
- b) Lökoplaki
- c) Kutanöz Boynuz
- d) Queyrat Eritroplazisi
- e) Condyloma Accuminatum

**AÇIKLAMA:** Penis skuamöz hücreli kanserinin karsinoma in situ formu glans penis, prepisyum cildi ve penis gövdesinde olursa Queyrat Eritroplazisi, penisin diğer bölgeleri ve perinede olursa Bowen hastalığı olarak adlandırılır. Şıklarda verilen diğer lezyonlar penisin premalign hastalıklarıdır.

Cevap D (*Campbell's Urology Study Guide, 7.baskı, 1998, s.2457*)

**17.Aşağıdakilerden hangisi struvit taşı (magnezyum amonyum fosfat) gelişimde rol oynayan bakterilerden biri değildir?**

- a) Escherichia coli
- b) Proteus mirabilis
- c) Staphylococcus aureus
- d) Ureaplasma urealyticum
- e) Klebsiella pneumonia

**AÇIKLAMA:** Struvit taşı gelişmesi için gerekli iki şart idrar pH'sının 7.2'nin üzerinde olması ve idrarda amonyak bulunmasıdır. İdrardaki üre, üreaz enzimi ile karbonik asit amonyağa dönüşür. Çeşitli bakteriler üreaz enzimi üreterek bu reaksiyonu gerçekleştirir. Bu bakteriler arasında Proteus suşları, Staphylococcus aureus, Mycoplasma (T suşu) ve Ureaplasma sayılabilir. Üriner sistem enfeksiyonlarında sık bir patojen olarak karşımıza çıkan E.coli bu enzimi üretmez.

Cevap A (*Campbell's Urology, 7.baskı, 1997, s.2692*)

**18.İdrar ekstravazasyonu olmadan kortekse doğru uzanan 1 cm'den küçük renal parankimal laserasyonun derecesi aşağıdakilerden hangisidir?**

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

**AÇIKLAMA:** Grade-I lezyon parankimal zedelenme olmadan gelişen subkapsüler hematom; Grade-II lezyon kapsüler yırtık ile birlikte olan perirenal hematom; Grade-III lezyon idrar ekstravazasyonu olmadan kortekse doğru uzanan 1 cm'den küçük renal parankimal laserasyon; Grade-IV lezyon

## ÜROLOJİ

toplayıcı sisteme uzanan ve idrar ekstrevasyon yapan parankimal lezyon; Grade-V lezyon parçalı böbrek ve vasküler yaralanmalardır.

Cevap C (*Smith's General Urology, 15.baskı, 2000, s.335*)

### 19.Aşağıdaki nörotransmitterlerden hangisi ereksiyonu inhibe eder?

- Calcitonin-gene-related peptide
- Vazoaktif İntestinal Polipeptid
- Prostaglandin-E2
- Epinefrin
- C-GMP

**AÇIKLAMA:** Yukarıda sıralanan maddelerden epinefrin hariç diğerleri kavernoza dilatasiyon yapmakta, dolayısıyla ereksiyona neden olmaktadır. Epinefrin ise vazokonstriktör etki göstermektedir.

Cevap D (*Smith's General Urology, 15.baskı, 2000, s.793*)

### 20.Üriner sistem tüberkülozu, sıklıkla primer bir odaktan hematogen yayılım sonucu oluşur, daha sonra diğer ürogenital organlara asenden veya desenden yolla bulaşır. Aşağıdaki ürogenital organlardan hangileri tüberkülozun ilk yerleştiği organlardır?

- Testis-üretra
- Epididim-veziküloseminalis
- Prostat-mesane
- Böbrek-prostat
- Böbrek-mesane

**AÇIKLAMA:** Genitoüriner sistemde Tbc'un primer yerleşme yeri böbrekler veya prostattır. Sistemin diğer yerlerine asenden veya desenden yayıldığı kabul edilir.

Cevap D (*Smith's General Urology, 1995, s.245*)

### 21.Renovasküler hipertansiyon için aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

- Aterosklerotik vakalar sıklıkla bilateral ve progresiftir.
- Fibromüsküler displazinin en yaygın formu medial fibroplazidir.
- Kaptopril renografi, renovasküler hipertansiyon tanısında en güvenilir testlerden birisidir.
- Plazma renin düzeyi esansiyel hipertansiyonlu vakalarda da yüksek olabilir.
- Tek doz kaptopril testine yanıtta renovasküler hipertansiyonlu bireylerde plazma renin düzeyinde azalma izlenir.

**AÇIKLAMA:** Aterosklerotik lezyon %40 oranında bilateral olup, aynı oranda progresif seyirlidir.

Fibromüsküler displazi renovasküler hipertansiyonun %33'ünden sorumludur. Dört değişik formu içinde en sık (%80) medial fibroplazi izlenir. Kaptopril renografinin renovasküler hipertansiyon tanısında sensitivitesi %90-92, spesifitesi %86-93'dür. Plazma renin düzeyi esansiyel hipertansiyonlu kişilerde %15-20 yüksek bulunabilir. Tek doz kaptopril testine yanıtta renovasküler hipertansiyonlu bireylerde plazma renin seviyesinde azalma değil, artış izlenir.

Cevap E (*Smith's General Urology, 15.baskı, 2000, s.743-745*)

### 22.Aşağıdakilerden hangisi böbreğin genetik geçişli kistik hastalığı değildir?

- Otozomal resesif polikistik böbrek hastalığı
- Otozomal dominant polikistik böbrek hastalığı
- Multikistik displazik böbrek
- Konjenital nefrozis
- Medüller kistik hastalık

**AÇIKLAMA:** Multikistik displazik böbrek, böbreğin embriyonel gelişimindeki bozukluk sonucu ortaya çıkan bir durum olup, genetik geçiş göstermez. Embriyonel olarak üreter tomurcuğu ile mezonefrik blastem bileşiminde sorun vardır. Buna karşın, şıklarda verilen diğer hastalıklar genetik geçiş göstermekte olup, çeşitli kromozomal anomaliler ile birliktedirler.

Cevap C (*Campbell's Urology, 7.baskı, 1998, s.1765*)

### 23.Aşağıdakilerden hangisi testis tümörü serum belirleyicilerinden biri değildir?

- Alfa fetoprotein
- Serbest testosteron
- Human koryonik gonadotropin
- Laktat dehidrogenaz
- Plasental alkalen fosfataz

**AÇIKLAMA:** Alfa fetoprotein 70000 dalton molekül ağırlığında yarılanma ömrü 4-6 gün olan bir glikoprotein olup, birçok non seminomatöz testis tümöründe serum seviyesi artmış olarak bulunur. Human koryonik gonadotropin de bir glikoprotein olup yarılanma ömrü 24-36 saattir ve testis tümörlerinde serum düzeyleri artar. Plasental alkalen fosfataz ve laktat dehidrogenaz, testis tümörlerinde serum düzeylerinin arttığı belirlenen diğer belirleyiciler olmakla beraber, klinik kullanımları alfa fetoprotein ve human koryonik gonadotropine göre sınırlıdır.

Cevap B (*Smith's General Urology, 14.baskı, 1997, s.437*)

### 24.Aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

- Peptid yapıdaki hormonlar hücre yüzeyindeki reseptörlerine bağlanarak etki yaparlar.

- b) Steroid yapıdaki hormonların reseptörü hücre içindedir.
- c) LH ve FSH'nin günlük salınım siklusları birbirinden farklıdır.
- d) Sertoli hücrelerinden salınan Aktivin ve Leydig hücrelerinden salınan İnhibin hipotalamik düzeyde negatif kontrol sağlarlar.
- e) Spermatogenezin başlaması için FSH gereklidir.

**AÇIKLAMA:** Peptid yapıdaki hormonlar hücre yüzeyindeki reseptöre bağlanma sonucu sekonder haberci ile etki yaparken, steroid yapıdaki hormonlar hücre içindeki reseptöre bağlanma sonucu hormon-reseptör kompleksi oluştururlar. LH'nin yarı ömrü 30 dakika olup günde 8-16 defa salınırken, FSH'nin yarı ömrü 4 saat olup günde 4 defa salınmaktadır. Spermatogenez ise FSH uyarımı ile olmaktadır. Buna karşın, Aktivin Leydig hücrelerinden, FSH ise Sertoli hücrelerinden salınarak hipofizer düzeyde LH ve FSH salınımını kontrol etmektedir.

Cevap D (Smith's General Urology, 15.baskı, 2000, s.753)

**25.Aşağıdakilerden hangisinin üriner sistem taş hastalığı riskine etkisi yoktur?**

- a) Kristalüri
- b) Endüstrileşmiş ülkelerde yaşamak
- c) İçme suyunun sertlik derecesi
- d) Sıcak iklim
- e) Aile öyküsü

**AÇIKLAMA:** Kristalüri, idrardaki maddelerin satürasyonu ve hem kristal oluşumunu destekleyen faktörlerin hem de inhibitörlerin idrardaki konsantrasyonu ile ilişkilidir. Kalsiyum okzalata taşı oluşturanlarda bu kristallerin idrarda fazlaca atılması daha sıktır ve kristaller normalden daha büyüktür. Kristalüri, taş oluşumu için bir risk faktörüdür. Böbrek taşları, endüstrileşmiş ülkelerde daha sıktır. Endüstrileşmiş ülkelere göç edenlerde, zaman içinde taş hastalığı insidansı artmaktadır. Sıcak iklimde yaşayanlar dehidratasyona eğilimlidir ve bu nedenle taş oluşumu riski artar. Ayrıca ultraviyole ışınlarına daha fazla maruz kalmakla, vitamin D3 üretimi de artmaktadır. Taşlı hastalarda %30 oranında birinci dereceden bir akrabada taş öyküsü vardır (taşı olmayanlarda bu oran %15'tir). Tekrarlayan taşlar ve erken rekürrensler, aile öyküsü olanlarda daha sıktır. Sertlik derecesi düşük içme sularının kullanılması, taş insidansını azaltmaz.

Cevap C (Smith's General Urology, 15.baskı, 2000, s.306)

**26.Testis tümörleri için hangisi yanlıştır?**

- a) Germ hücreli tümörler 20-40 yaşları arasında sık görülür.
- b) Testis tümörlerinin primer lenfatik yayılım bölgesi inguinal lenf nodlarıdır.
- c) Germ hücreli tümörlerin %50-70'inde  $\alpha$ -fetoprotein yüksek bulunur.
- d) Skrotuma invazyon gösteren testis tümörlerinde inguinal lenf nodüllerine tümör yayılımı olur.
- e) Testisin en sık görülen sekonder tümörü lenfomadır.

**AÇIKLAMA:** Böbrek ile orijinleri aynı olduğundan, testislerin lenf nodları T1 ile L4 arasındadır ve renal hilusta yoğunlaşmıştır. Sağ testisten prekaval, preaortik, parakaval, sağ ana ve eksternal iliak nodlara, sol testisten ise preaortik, sol ana ve eksternal iliak nodlara yayılım olur. İnguinal lenf nodlarına ise, skrotum tabakalarından yayılım olduğundan, ancak skrotuma invaze olmuş testis kanserinde inguinal lenf nodu tutulumu görülebilir.

Cevap B (Resnick, Üroloji Sırları, 2.baskı, 2001, s.105-112)

**27.Adrenal medüllerinin sintigrafik görüntülenmesi için kullanılan radyonüklid aşağıdakilerden hangisidir?**

- a)  $Tc^{99m}$  DTPA
- b)  $Tc^{99m}$  DMSA
- c)  $Tc^{99m}$  MAG3
- d)  $I^{123}$  MIBG
- e)  $I^{131}$  Hippuran

**AÇIKLAMA:** Meta-iodobenzilguanidin (MIBG) adrenerjik nöronlar tarafından tutulan bir maddedir.  $I^{123}$  ile işaretli MIBG, adrenal medüllerinin görüntülenmesinde kullanılır. Diğer radyonüklid maddeler ise renal fonksiyon ve kanlanmayı görüntüleme için kullanılırlar.

Cevap D (Smith's General Urology, 15.baskı, 2000, s.191)

**28.Travma sonrası üriner sistem yaralanması şüphesi olan bir hasta için, aşağıdakilerden hangisi doğrudur?**

- a) Eksternal meada kan varsa, öncelikle üretral kateter yerleştirilir.
- b) Penetran travmalı bir hastanın hematürisi yoksa, böbrekler, üreterler ve mesanenin sağlam olduğu düşünülür ve başka inceleme yapılmaz.
- c) Hasta şok tablosunda ve gros hematürisi varsa İVP yapılır.
- d) Mesane perforasyonu olasılığı varsa, sistografi yaparken kontrastlı sıvı 50 ml'den fazla verilmez.

## ÜROLOJİ

- e) Üreter kesisi şüphesi olan hastalarda İVP'nin yeterli fikir vermediği durumlarda retrograd üreterografi tanı koydurur.

**AÇIKLAMA:** Travmalı hastanın eksternal üretral measından kanama olması (üretoraji), üretral yaralanmanın habercisidir. Üretra rüptürlerinde üretral kateter rüptür yerinden dışarı çıkacağı için mesaneye kadar ulaşamaz. Bu nedenle, üretoraji varlığında, üretral kateterizasyon girişiminden önce üretranın durumunu ortaya koymak amacıyla mutlaka bir üreterografi yapılmalı ve üretranın sağlam olduğu görülürse kateterizasyon denenmeli, aksi halde perkütan sistostomi ya da cerrahi girişim düşünülmelidir. Üreter kesilerinde üreterin devamlılığı bozulduğundan idrar sürekli retroperitoneal bölgeye sızacak ve kesi uçlarından oluşan minimal kanamayı mesaneye kadar sürüklemeyecektir. Bu nedenle hastada hematüri görülmez. Penetran travmalı hastalarda, hematüri olmasa da üreter kesisi olasılığı düşünülmeli ve üreterlerin sağlam olduğundan emin olunmalıdır. İVP ile üreterler hakkında kesin fikir sahibi olunamıyorsa, şüpheli tarafa yapılacak bir retrograd üreterografi kesin tanı koydurucudur. Hipotansiyonlu hastalarda renal perfüzyon bozulmasına bağlı olarak fonksiyon durduğundan, İVP ile üriner sistem görüntülenemez. Mesane perforasyonunu ortaya çıkartmak için yapılan sistografide, kontrastlı sıvı 300 ml kadar verilir. Bu sıvının perfore bölgelerden mesane dışına çıkmasının hastaya zararı yoktur.

Cevap E (*Smith's General Urology, 15.baskı, 2000, s.330-349*)

### 29.Prostat kanseri metastazları için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Visseral metastazlar en sık akciğer, karaciğer ve adrene olur.  
b) Denonvillier fasyasının bariyer oluşturması nedeniyle rektal tutulum nadirdir.  
c) En sık uzak metastaz kemiklere olur.  
d) Metastatik prostat kanserinde kemik lezyonlarının tümü osteoklastik özelliktedir.  
e) Lenf nodu metastazları obturator, iliyak, presakral ve periaortik zincirlere olur.

**AÇIKLAMA:** Prostat kanserinin kemik metastazları osteoblastik özelliktedir.

Cevap D (*Smith's General Urology, 15.baskı, 2000, s.408*)

### 30.Renal kitlenin tespitinde ve tanımlanmasında en iyi diagnostik metod hangisidir?

- a) MRI  
b) Ultrason

- c) İntravenöz pyelografi  
d) Komputerize tomografi  
e) Anjiyografi

**AÇIKLAMA:** Dikkatli bir biçimde yapılmış komputerize tomografi halen renal kitlelerin tespit ve tanımlanmasında altın standarttır.

Cevap D (*AUA Update Series Vo.XIII, Lesson 1*)

### 31.Aşağıdakilerden hangisi gebeliğin her döneminde kullanılabilen etkili ve güvenli antibiyotiktir?

- a) Florokinolonlar  
b) Trimetoprim  
c) Nitrofurantoin  
d) Sefalosporinler  
e) Sulfonamidler

**AÇIKLAMA:** Sadece oral veya parenteral verilen penisilinler ve sefalosporinler gebeliğin her döneminde güvenli ve etkili olarak kullanılır. Florokinolonlar kartilaj formasyonu üzerindeki olumsuz etkilerinden dolayı gebelikte kontrendikedir. Trimetoprim gebeliğin ilk trimestrinde teratojenik etkisinden dolayı kullanılamaz. Nitrofurantoinler glukoz 6 fosfat dehidrogenaz enzimi eksikliği olan fütuslarda hemolitik anemiye sebep olur. Sulfa preparatları 3. trimesterde neonatal hiperbilirubinemi ve kernikterusa sebep olur.

Cevap D (*Campbell's Urology, 6.baskı, 1992, s.793-794*)

### 32.Aşağıdaki benign renal tümörlerden hangisi sıklıkla hipertansiyon ile birlikte görülür?

- a) Fibrom  
b) Lipom  
c) Jukstaglomerüler tümörler  
d) Basit kist  
e) Hemanjiyom

**AÇIKLAMA:** Jukstaglomerüler tümörler renin salgılayan benign tümördür. Genç hastalarda hipertansiyon, yüksek serum renin seviyesi, hiperaldosteronizmle birlikte görülür. Radyolojik olarak tespiti zordur.

Cevap C (*Smith's General Urology, 15.baskı, 2000, s.380*)

### 33.Mesane kanserlerinde en sık görülen başvuru semptomu hangisidir?

- a) İdrar yaparken irritatif şikayetler  
b) Böğür ağrısı  
c) Alt ekstremitte ödemi  
d) Ağrısız hematüri  
e) Pelvik kitle

**AÇIKLAMA:** Ağrısız hematüri yaklaşık vakaların %85'inde ilk semptomdur. Daha sonra gelen semptom irritatif işeme şikayetleridir.

Cevap D ((*Smith's General Urology, 15.baskı, 2000, s.358*))

**34.Amfizematöz pyelonefritin etyolojisinde en sık rol oynayan organizma hangisidir?**

- a) *Proteus mirabilis*
- b) *Escherichia coli*
- c) *Psödomonas aeruginosa*
- d) *Streptococcus faecalis*
- e) *Staphylococcus aureus*

**AÇIKLAMA:** Amfizematöz pyelonefrit, akut pyelonefritin sık olmayan, intraparakimal gaz görülmesi ile birlikte olan komplikasyonudur. Bu gazın nekrotik ve enfekte doku içinde glukozun bakteriyel fermentasyonu sonucu meydana gelir. **E.coli etyolojide en sık rol oynayan mikroorganizmadır.** Ancak laktoz fermente eden mikroorganizmalar da rol oynayabilir. Bu durum genellikle diabetiklerde görülür.

Cevap B (*Smith's General Urology, 15.baskı, s.246*)

**35.Mesane kanserinin hematojen yolla olan metastazı en sık hangi organa olur?**

- a) Akciğer
- b) Karaciğer
- c) Kemik
- d) Adrenal
- e) Bağırsaklar

**AÇIKLAMA:** Mesaneden vasküler yolla olan metastaz en sık karaciğere (%38), daha sonra kemiklere (%27) olur. Lenfatik metastaz daha erken görülür ve hematojen metastazdan bağımsızdır.

Cevap B (*Campbell's Urology, 6.baskı, 1992, s.1110*)

**36.Aşağıdakilerden hangisi gelişmiş ülkelerde en sık görülen taş tipidir?**

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

**AÇIKLAMA:** Gelişmiş ülkelerde en sık görülen taş tipi kalsiyum oksalatdır. Ancak taşların bir kısmı az miktarda kalsiyum fosfat içerir.

Cevap A (*Campbell's Urology, 6.baskı, 1992, s.2111-2112*)

**37.Otozomal dominant polikistik böbrek hastalığında renal fonksiyonların progresif bozulmasının en önemli nedeni nedir?**

- a) Kistlerin toplayıcı sisteme yaptığı bası
- b) Kistlerin normal parankime basısı
- c) Nefrosklerozun neden olduğu hipertansiyon
- d) Renal kistlerin içine hemoraji
- e) Kistlerin enfeksiyonu

**AÇIKLAMA:** Adult otozomal dominant polikistik böbrek hastalığında üreminin nedeni büyük kistlerdir. Parankimi yerdeğiştirmesi ve parankim basısı üremi nedenidir. Hemoraji, hipertansiyon ve enfeksiyon hastalığın yan etkileridir. Toplayıcı sisteme büyük kistlerin basısı olabilir. Bu kistler boşaltılırsa yaptığı hasar geri dönüşüdür.

Cevap B (*Massry, Textbook of Nephrology, 2.baskı, 1989, s.786-789*)

**38.Renal adenokarsinoma (RCC);**

- a) Proksimal tubuli hücrelerinden köken alır.
- b) Henle kulpundan köken alır.
- c) Distal tubuli hücrelerinden köken alır.
- d) Toplayıcı kanallardan köken alır.
- e) Glomerüllerden köken alır.

**AÇIKLAMA:** RCC'nin proksimal renal tubuler epitelden köken aldığı elektronmikroskopik ve immünohistokimyasal olarak gösterilmiştir.

Cevap A (*Smith's General Urology, 1995, s.372*)

**39.Hangisi ürolojik acillerden değildir?**

- a) Fournier gangreni
- b) Yenidoğanda renal ven trombozu
- c) Otonomik disrefleksi
- d) Ambiguos genitalya
- e) Detrüör sfinkter disinerjisi

**AÇIKLAMA:** Detrüör sfinkter disinerjisi, detrüörün miksiyon için kontraksiyon yaptığı zaman mesane boynu ve eksternal sfinkterde de kontraksiyon olması ve zorla veya düşük akımla işemeye karakterize bir patolojidir. Aciller arasında zikredilmez. Macfarlan'a göre a, b, c ve d ürolojik acillerdendir.

Cevap E (*Smith's General Urology, 1995, s.514; Macfarlana, Urologic Emergencies, 1995, s.89*)

**40.Ekstrofia vezikada en sık görülen kanser tipi hangisidir?**

- a) Küçük hücreli
- b) Adenokanser
- c) Değişici epitel hücreli
- d) Epidermoid
- e) Melanoma

## ÜROLOJİ

**AÇIKLAMA:** Tedavi edilmemiş ve fibrozis gelişmiş hastalarda en sık adeno ca gelişimi rapor edilmiştir.

Cevap B (*Smith's General Urology, 1995, s.642*)

**41.Vezikoüreteral reflü (VUR) için yanlış olanı seçiniz.**

- İkili veya üçlü işeme, saatli işeme gibi yöntemlerin, VUR'un tedavi seçenekleri arasında yeri yoktur.
- Üriner enfeksiyonlu çocukların yaklaşık yarısında VUR saptanmıştır.
- VUR'un nedeni, doğmalık ya da edinsel olabilir.
- Cerrahi tedavinin amacı, yeterli uzunlukta bir submukozal tünel sağlayarak reflüyü önlemektir.
- VUR'un kendiliğinden kaybolma olasılığı, çocuğun yaşına, cinsiyetine ve reflü derecesine bağlıdır.

**AÇIKLAMA:** Cerrahi tedavi gerektirmeyen, medikal tedaviye alınan VUR'lu çocuklarda, ilk işeme sırasında üreter ve böbreklere kaçan idrarın, ilk işemenin hemen ardından yapılan ikinci ve üçüncü işemeler ile boşaltılarak rezidüel idrarın en aza indirilmesi, ayrıca belirli zaman aralıklarıyla yapılan işemelerle mesanenin fazla dolmasının önlenmesi tedavinin önemli öğeleridir.

Cevap A (*Anafarta, Temel Üroloji, 1998, s.295-315*)

**42.Kasa invaze mesane kanserinin standart tedavisi nedir?**

- Radyasyon tedavisi
- Parsiyel sistektomi
- Radikal sistektomi
- Sistemik kemoterapi
- İntravezikal kemoterapi

**AÇIKLAMA:** T2-T4 tümörlerde ilk tercih edilecek tedavi radikal sistektomidir.

Cevap C (*Smith's General Urology, 1995, s.353*)

**43.Nefroblastoma (Wilms tümörü) için yanlış işaretleyiniz.**

- Çocukluk döneminin en sık görülen solid böbrek tümürüdür.
- En çok hayatın ilk 3 yılında görülür.
- En sık görülen belirtisi karında kitledir.
- Kemoterapiye dirençlidir.
- Radyoterapiye duyarlıdır.

**AÇIKLAMA:** Nefroblastoma kemoterapiye duyarlıdır.

Cevap D (*Smith Genel Üroloji, 1999, s.386*)

**44.Prostat kanseri tanısı koymak için kullanılan en önemli PSA derivasyonu hangisidir?**

- Yaşa bağlı PSA
- Serbest PSA/total PSA oranı
- PSA
- PSA dansitesi
- PSA velositesi

**AÇIKLAMA:** Son yıllarda en çok önem kazanan PSA derivasyonu Serbest PSA/total PSA oranıdır. Bu oran %20'nin altında ise prostat ca, üstünde ise BPH lehine yorumlanır.

Cevap B (*Smith Genel Üroloji, 1999, s.418*)

**45.BPH'da en sık uygulanan cerrahi tedavi yöntemi olan TUR'un bir komplikasyonu olan TUR sendromunun nedeni nedir?**

- Hipervolemi
- Hiperpotasemi
- Hiponatremi
- Hipertansiyon
- Hipovolemi

**AÇIKLAMA:** TUR sırasında sistemik dolaşıma giren irrigasyon sıvısı elektrolit içermez ve dilusyonel hiponatremiye yol açar.

Cevap C (*Smith Genel Üroloji, 1999, s.407*)

**46.Testis tümörleri ekstralatenfatik uzak metastazlarını en sık hangi organa yaparlar?**

- Kemik
- Karaciğer
- Beyin
- Akciğer
- Böbrek

**AÇIKLAMA:** Testis tümörlerinde uzak metastaz sıklıkla akciğerlere olur. İntraparankimal tutulum vardır. Kemik metastazı oldukça sonradır.

Cevap D (*Smith's General Urology, 15.baskı, 2000, s.424*)

**47.Ultrasonografi, renal yetmezliği olan hastalarda obstrüktif üropatiyi ekarte etmek için kullanılır. Aşağıdaki durumlardan hangisinde idrar yollarında belirgin bir dilatasyon olmadan obstrüktif üropati gelişir?**

- Retroperitoneal fibrozis
- Üreter darlığı
- BPH
- Üreter taşı
- Posterior üretral valv

**AÇIKLAMA:** Sadece retroperitoneal fibrozis belirgin bir hidronefroza sebep olmadan kronik böbrek yetmezliğine neden olur. Diğer seçeneklerin hepsinde obstrüksiyon sonrası kronik böbrek yetmezliği gelişmeden belirgin hidronefroz olur.

Cevap A (*Campbell's Urology, 6.baskı, 1992, s.453*)

**48.Hipofizden salgılanıp testiste testosteron yapımını uyaran hormon hangisidir?**

- a) FSH
- b) LH
- c) TSH
- d) GnRH
- e) İnhibin

**AÇIKLAMA:** Hipofizden salgılanan LH, testiste leydig hücrelerini uyarak testosteron yapısını artırır.

Cevap B (*Tanagho, General Urology, 15.baskı, 2000, s.752*)

**49.Testis tümörünün en sık görülen başvuru semptomu hangisidir?**

- a) Skrotumda ağrı
- b) Epididimit
- c) Jinekomasti
- d) Testiste ağrısız nodül
- e) Gastrointestinal semptomlar

**AÇIKLAMA:** Testiste ağrısız nodül genellikle fark edilen ilk bulgudur. Daha sonra skrotal ağrı olabilir.

Cevap D (*Smith's General Urology, 15.baskı, s.424*)

**50.Aşağıdaki durumlardan hangisi NPT (nokturnal penil tümesans) testinde yalancı (+)'liğe neden olur?**

- a) Yaşlılık
- b) Majör depresyon
- c) Hipogonadizm
- d) Pelvik steal sendrom
- e) Anksiyete

**AÇIKLAMA:**

NPT'de yalancı (+)'lik nedenleri:

1) Nörojenik erektil disfonksiyon nedenleri (örn: multipl skleroz)

2) Pelvik steal sendrom

NPT'de yalancı (-)'lik nedenleri:

1) Yaşlılık

2) Major depresyon ve uyku bozuklukları

3) Anksiyete

4) Çeşitli ilaçlar (özellikle uyku siklusunu etkileyenler)

5) Hipogonadizm

Cevap D (*Campbell's Urology, 6.baskı, 1998, s.1155-1232*)

**51.Aşağıdaki bakterilerden hangisi üreyi parçalamaz?**

- a) E.coli
- b) Pseudomonas
- c) Stafilococcus epidermidis
- d) Proteus
- e) Mycoplasma

**AÇIKLAMA:** Üreaz oluşturan mikroorganizmalar:

1. Proteus
2. Providentia
3. Pseudomonas
4. Klebsiella
5. S. epidermidis
6. Mycoplasma

Cevap A (*Campbell's Urology, 6.baskı, 1998, s.531-615*)

**52.Prostat adenokanseri en sık hangi prostat zonundan gelişir?**

- a) Transizyonel zon
- b) Periferik zon
- c) Anterior fibromüsküler stroma
- d) Santral zon
- e) Periüretal zon

**AÇIKLAMA:** Prostat adenokanseri %70 periferik zondan, %20 transizyonel ve %10 santral zondan gelişir.

Cevap B (*Campbell's Urology, 6.baskı, 1998, s.2487-2587*)

**53.Aşağıdaki pyelonefrit tiplerinden hangisinin histolojik görüntüsü renal hücreli kanser ile karışabilir?**

- a) Akut pyelonefrit
- b) Kronik pyelonefrit
- c) Xantogranulomatoz pyelonefrit
- d) Amfizematöz pyelonefrit
- e) Komplike pyelonefrit

**AÇIKLAMA:** Xantogranulomatoz pyelonefritlerde histolojik olarak en karakteristik görüntü, fazla miktarda lipid materyal içeren köpüklü sitoplazmalı büyük makrofajlardır. Bu hücreler renal hücreli kanserde görülenlere benzetilebilir.

Cevap C (*Smith's General Urology, 1999, s.213*)

**54.Aşağıdaki üriner sistem taşlarından hangisinin ESWL (extracorporeal shock wave lithotripsy) ile tedavisi zordur?**

- a) Calcium oxalat monohidrat



## ÜROLOJİ

- b) **Calcium oxalat dihidrat**
- c) **Calcium fosfat**
- d) **Ürik asit**
- e) **Struvite**

**AÇIKLAMA:** ESWL ile taşların kırılması taşların sertliğine bağlıdır. Calcium oxalat monohidrat ve sistin taşlarının en sert oldukları gösterilmiştir.

Cevap A (*Dietler SP, The Clinical Significance of Variation in Urinary Stone Fragility, J Lithotripsy Stone Disease, 1989; 1:192-20*)

**55.Mesane değişici epitel karsinomunun etiolojisi-  
sinde aşağıdakilerden hangisinin rolü yoktur?**

- a) **Anilin boyaları**
- b) **Yapay tatlandırıcılar**
- c) **Sigara**
- d) **Pelvik radyasyon**
- e) **Siklofosamid**

**AÇIKLAMA:** Sigara içenlerde değişici epitel karsinomunun görülme riski 4 kat yüksektir. Pelvik radyoterapide de risk 2 kat, siklofosamid tedavisi alanda ise 9 kat yüksek bulunmuştur. Anilin boyaları da yine riski artırıcı bir faktördür.

Cevap B (*Campbell's Urology, 6.baskı, 1992, s.1094-1158*)

**56.En sık reflü nedeni nedir?**

- a) **Trigon yetersizliği**
- b) **Prune Belly sendromu**
- c) **Ektopik ureter**
- d) **Üreterosel**
- e) **Üriner inkontinans**

**AÇIKLAMA:** En sık reflü sebebi trigon yetersizliği (primer reflü)'dir.

Cevap A (*Tanagho, General Urology, 15.baskı, 2000, s.224*)

**57.Komplet ureter duplikasyonlarına eşlik eden en sık anomali aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) **Üst polü drene eden uretere vezikoüreteral reflü ve alt polü drene eden ureterde darlık**
- b) **Alt polü drene eden uretere vezikoüreteral reflü ve üst polü drene eden ureterde darlık**
- c) **Hem alt hem üst polü drene eden uretere reflü**
- d) **İki ureterde de darlık**
- e) **Her iki ureterde de ureterosel**

**AÇIKLAMA:** Üreter duplikasyonlarında alt polü drene eden ureterin intravezikal tüneli kısadır ve lateral pozisyonundadır. O nedenle vezikoüreteral reflü sık görülür. Üst polü drene eden ureter ise genellikle ektopik yerleşimlidir ve ciddi ektopilerde darlık da birlikte bulunur.

Cevap B (*Campbell's Urology, 6.baskı, 1998, s.1357-1424*)

**58.Aşağıdaki tetkiklerden hangisinin vezikoüreteral reflünün (VUR) tanı ve takibinde yeri yoktur?**

- a) **İşeme sistoüretrografisi**
- b) **Radyonüklid işeme sistoüretrografisi**
- c) **İntravenöz ürografi**
- d) **Bilgisayarlı tomografi**
- e) **Ultrasonografi**

**AÇIKLAMA:** İdrar yolu enfeksiyonu geçiren bir çocukta enfeksiyon tedavisini takiben yapılan işeme sistoüretrografisi, VUR tanısını koymada en önemli tetkiktir. Radyonüklid işeme sistoüretrografisi VUR tanısı almış hastaların takibinde kullanılan sensitivitesi yüksek bir tetkiktir. VUR olgularında üst üriner sistemi görüntülemek ve böbrek fonksiyonlarını değerlendirmek için intravenöz ürografi kullanılır. Ultrasonografi noninvaziv bir tetkik olarak VUR konusunda şüphe uyandırabilecek hidronefroz üreteral dilatasyon gibi bulgular verebilir. Bilgisayarlı tomografi VUR olgularının takibinde ve tanısında yararlanılan bir yöntem değildir.

Cevap D (*Anafarta, Temel Üroloji, 1998, s.300*)