

## KLİNİK TIP BİLİMLERİ TESTİ AÇIKLAMALI CEVAPLAR

1. Kırk yaşında erkek hasta 2 yıldır ara ara kanlı ishal, karın ağrısı, ağızda aftlar ve artralji şikayetleriyle başvurdu. Fizik muayenede karın alt kadranda hassasiyet ve bacaklarında eritema nodosum ile uyumlu lezyonlar mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde Hb:11, CRP yüksek, lökositoz ve trombositoz saptandı.

**Bu hastada aşağıdakilerden hangisi olası bir tanı değildir?**

- A) Ülseratif kolit
- B) Crohn hastalığı
- C) Tüberküloz enteriti
- D) Behçet hastalığı
- E) İrritabil barsak sendromu

**1 – E**

Bu hastada barsak dışı bulgularla beraber ishal ve karın ağrısı inflamatuvar barsak hastalığını düşündürür. İdiyopatik İBH; ülseratif kolit ve Crohn hastalığı iken, barsak inflamasyonu yapacak birçok spesifik neden de vardır (bakteriyel enfeksiyonlar, amip, tüberküloz, Behçet hastalığı gibi). İBH (crohn veya ülseratif kolit) tanısı için bir klinik, radyolojik, endoskopik veya patolojik kriterler tek başına yeterli değildir. Bunların kombinasyonu ve olası diğer nedenlerin (enfeksiyon vb) ekarte edilmesi ile tanı konur. Yine de bunlardan en değerlisi biyopsi bulgularıdır.

İrritabil barsak sendromu (İBS) ise organik patolojinin neden olmadığı, kronik veya rekürren karın ağrısı ve defekasyon bozukluğu semptomları ile karakterize bir hastalıktır. Her yaşta çok sık görülen bir hastalıktır. Şikayetler kronik olmalı, herhangi bir benign (parazitöz, hipertiroidi, ilaç vb) veya malign organik neden (kanser) olmamalıdır. Defekasyon alışkanlığında değişme ishal, kabızlık, ishal/kabızlık epizodları, gaytada sertleşme/yumuşama, keçi pisliği gibi veya mukuslu gayta şeklinde olabilir. Karın ağrısı defekasyonla hafifler/geçer.

2. **Kronik pankreatit için aşağıdakilerden hangisinin tanısasal değeri en azdır?**

- A) Sekretin testi
- B) ERCP
- C) Endoskopik USG
- D) Serum amilaz/lipaz düzeyleri
- E) Abdomen BT

**2 – D**

Kronik pankreatit tanısında, erken evrelerde henüz daha kalsifikasyon, taş, atrofi gibi gros bulgular olmadığı için görüntüleme yöntemleri duyarlıdır. Sekretin (en duyarlı) veya bentromid testi ile tanı konabilir. Geç evrede USG, BT, endoskopik USG, direkt grafiler (kalsifikasyon) kullanılır. Bunlardan ERCP (Wirsung kanalında düzensizlik, dilatasyonlar; göller zinciri görünümü) ve endoskopik USG en duyarlıdır. Serum enzimleri (amilaz, lipaz) genellikle normaldir, tanıda değeri azdır/yoktur.

3. **Aşağıdakilerden hangisi üst gastrointestinal kanamanın sık bir nedeni değildir?**

- A) Anjiyodisplazi
- B) Özefagus varisi
- C) Mallory-Weiss lezyonu
- D) Duodenal ülser
- E) Adenokanser

## 3 – A

Peptik ülser (en sık; duodenal ülser kanaması daha sıktır, ülserin kanamasına en sık yol açan neden NSAİİ kullanımıdır), akut hemorajik ve erozif gastropati ve özefagus varis kanamaları en sık üst GİS kanama nedenleridir (% 80). Mallory-Weiss lezyonları, özefajit, mide ve özefagus tümörleri, özefagus ülserleri ve erozif duodenite bağlı kanamalar ise % 20 sıklıkta kanama nedenidir. Divertikül ve anjiyodisplazi alt GİS kanamanın sık nedenleri iken, üst GİS'te nadir görülürler.

4. Yirmi yaşında bayan hasta gebeliğinin 6. ayında şiddetli kaşıntı şikayetiyle başvuruyor. Ek şikayeti olmayan, genel durumu iyi hastada gebelik kolestazi düşünülüp, CBC, KCFT ve abdominal Ultrason yapılıyor. Sonuçlarında anormal bir bulguya rastlanmıyor.

**Bu hastada gebelik kolestazi için bu aşamadan sonra en uygun tektik aşağıdakilerden hangisidir?**

- A) Abdomen BT
- B) Karaciğer biyopsisi
- C) Serum safra asitleri düzeyi
- D) MRCP
- E) D-dimer tayini

## 4 – C

Kolestaz, hepatosit bazolateral membranından duodenuma kadar olan bölgede safra akımının engellenmesiyle oluşan sendromdur. Bu engellenmenin nedeni ister hepatositlerde, isterse safra yollarında (mekanik obstrüksiyon) olsun takiben gelişen patofizyolojik süreçteki olaylar aynıdır. Normalde safra içinde salınması gereken solütler karaciğer hücrelerinde birikir ve hücre içi fonksiyonları bozar. Bu solütlerden kolestazi belirlemede en duyarlı olan **safta asitleri**'dir. Safra asitlerinin serumdaki düzeyi bilirubin henüz normalken bile artmış bulunur.

Gebelik kolestazi, kaşıntı ile karakterize bir intrahepatik kolestazdır. Nadiren sarılık ve hafif KCFT (ALP, GGT, ALT, AST) artışı olabilir. KCFT normal olan vakalarda serum safra asitlerine bakılması kesin tanı koydurucudur. Abdominal USG normaldir, ekstrahepatik kolestaz nedenlerini ekarte etmek için yapılabilir. Prognozu iyidir, doğumla beraber düzelir; nadiren prematür doğum olabilir. Safra asitlerinin artmasına bağlıdır. Diğer hamileliklerde tekrarlama riski vardır.

5. **Gastrinoma için aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?**

- A) Tümör en sık duodenumda lokalizedir
- B) Hipergastrinemi ve hiperasidite olur
- C) Gastrinomaya bağlı mide ülserinden biyopsi alındığında malign sonuç verir
- D) Şiddetli özefajit görülebilir
- E) Hiperkalsemi görülebilir

## 5 – C

**Gastrinoma;** gastrin salgılayan, duodenum (en sık) veya pankreasa yerleşen bir tümörün oluşturduğu sendromdur. Pankreasın en sık malign endokrin tümörüdür. En sık semptom epigastrik ağrıdır (peptik ülserle bağlı). Diyare, steatore ikinci sık semptomudur. MEN I (paratiroid, pituitar, pankreas tümörü) sendromuna dahil olabilir (Gastrinoma MEN'lerde pankreas tümörü olarak en sık görülen tümördür). ZES'teki ülserlerde peptik ülserdir; fakat tedaviye dirençli, komplikasyonludur; beklenmeyen yerlerde (duodenum 2. kısmı, jejunum, ileum gibi) ülser görüldüğünde de ZES akla gelmelidir. Ülserden biyopsi alındığında klasik asit-peptik zedelenmeye bağlı benign ülser zemini görülecektir. Ülser ve ishal dışında, şiddetli özefajit, hiperkalsemi, gastrik foldlarda kalınlaşma olabilir.

Tanı için, öncelikle hipergastrinemi ve hiperasidite ortaya konulmalı, daha sonra ise tümör lokalizasyonu için görüntüleme yöntemleri kullanılmalıdır.

6. Altmış altı yaşında KLL tanısı olan bayan hasta gözlerinde sararma, halsizlik ve efor dispnesi gelişince tetkik edildi. Hb=9 gr/dl, MCHC=39, BK=35000 (% 80 lenfosit), Plt=345.000, T. Bil=4.5 mg/dl, İ.Bil=3.2 mg/dl, LDH yüksek, retikülosit= % 9; periferik yaymasında normalden küçük ve koyu boyanan eritrositler saptanıyor.

**Bu hastada en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?**

- A) Soğuk aglütinin hastalığı
- B) Otoimmün hemolitik anemi
- C) Paroksizmal nokturnal hemoglobinüri
- D) Megaloblastik anemi
- E) Hemolitik üremik sendrom

### 6 – B

KLL'li bir hastada sarılık + anemi, sferositler, MCHC artışı, retikülositoz; sıcak tip OİHA tanısı koydurur.

#### **Sıcak tip otoimmün hemolitik anemi**

En sık görülen OİHA'dır. Eritrosit yüzeyindeki Rh Ag'lerine karşı IgG tipinde antikor oluşur, normal vücut ısısında (37°C), dalakta yıkım gerçekleşir. Sıklıkla idiyopatiktir (=primer), sekonder nedenler olarak; malignite (KLL, lenfoma), sistemik hastalıklar (SLE), ilaçlar (metil dopa) ve viral enfeksiyonlar önemlidir.

**Klinik ve Laboratuvar:** Anemi bulgularının yanısıra sarılık ve splenomegali vardır. Karın ağrısı, ateş ve altta yatan hastalık bulguları olabilir. (Nadiren otoimmün trombositopenide olur "*Evans sendromu*"). Direkt coombs testi ile IgG tipi antikorlar saptanır, indirek coombs (+) veya (-) olabilir (Direk coombs testi üzerinde Ag-Ab kompleksi bulunan eritrositin, indirek coombs testi ise serumda eritrosit yüzey antijenine karşı gelişen antikorun saptanmasıdır). Ekstravasküler hemolizin bulguları ve MCH, MCHC (sferositoz) artışı saptanır.

**Tedavi:** Oral steroid ilk seçenektir. Splenektomi gerekebilir.

7. Otuz beş yaşında bayan hasta, travma sonrası başından omuzuna kadar morarma olduğu için başvurdu, öyküsünde bilinen sistemik hastalığı yoktu fakat yıllardır menometroraji mevcuttu. Fizik muayenesi ekimoz dışında normaldi. CBC'de hafif mikrositer anemi saptanıyor.

Platelet	Kanama zamanı	PTZ	aPTT	D-dimer
450.000	6 dak	18 sn	55 sn	normal

**Bu hastada en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?**

- A) F 5 eksikliği
- B) F 8 eksikliği
- C) Glanzman hastalığı
- D) F 13 eksikliği
- E) vWF eksikliği

**7 – A**

Verilen seçeneklerde F 5 eksikliğinde hem PTZ hem aPTT birlikte uzar.

**Hemostazi değerlendiren temel testler ve uzadığı durumlar şunlardır:**

**Kanama zamanı:** Erken hemostazi değerlendirir. Normali 3-7 dakikadır. Uzadığı durumlar;

1. Endotel hastalıkları, kollajen sentez bozukluğu
2. von-Willebrand hastalığı
3. Trombositopeniler
4. Trombosit fonksiyon bozuklukları

**Protrombin zamanı (PT=PTZ):** Koagülasyon kaskadının ekstrasik yol ve ortak yolunu değerlendirir (normali <12 sn). Uzadığı durumlar;

1. F7, doku faktörü eksikliği
2. F10, F5, F2, F1 eksikliği
3. Oral antikoagülan kullanımı
4. K vitamini eksikliği
5. Karaciğer hastalıkları

**INR** (International Normalised Ratio) ise PTZ'nin standardize edilmiş halidir. PTZ ile aynı durumlarda uzar.

**Aktive parsiyel tromboplastin zamanı (aPTT=aPTZ):** Koagülasyon kaskadının intrinsik yol ve ortak yolunu değerlendirir (normali <35-40 sn). Uzadığı durumlar;

1. F12, F11, F9, F8, vWF eksikliklerinde
2. F5, F10, F2, F1 eksikliği
3. Heparin kullanımı
4. Dolaşan antikoagülanların varlığı (lupus antikoagülanı, antifosfolipid antikor sendromu)

**Trombin zamanı:** Fibrinojen'in fibrin'e dönüştüğü aşamayı değerlendirir. Afibrinojenemi, disfibrinojenemi durumlarında uzar.

**8. Aşağıdakilerden hangisi kronik İTP hastalığı ile uyumlu değildir?**

- A) Splenomegali olmaması
- B) Trombositopeni
- C) Mukokutönenöz kanamalar
- D) Lökopeni
- E) Anemi

**8 – D**

Kronik İTP sıklıkla genç orta yaşlı bayanlarda görülür. Splenomegali beklenmez. Steroide cevap azdır. Trombosit sayısı belirgin azalmıştır. Beyaz küre sayısı normal, ciddi kanama olmamışsa Hb normaldir, fakat kanamaya bağlı düşükte olabilir. Ortalama trombosit hacmi artmıştır. Kanama zamanı uzamış, PTZ, aPTT normaldir. Kemik iliğinde genç megakaryositler artmış bunlardan trombosit çıkışı azalmıştır, diğer seriler normal, infiltrasyon vb başka patoloji yoktur. Trombosit oto-antikorları pozitif olabilir ama spesifik değildir.

9. Aşağıdakilerden hangisi myeloproliferatif hastalıkların bir özelliği değildir?

- A) Splenomegali
- B) Polisitemi Vera'da jak-2 mutasyonu
- C) Lökoeitroblastik kan tablosu
- D) Esansiyel trombositozda tromboz ve kanama bulgularının birlikte görülebilmesi
- E) KML'de sık olarak lenfomaya dönüşüm

9 – E

KML'de lösemiye dönüşüm sıktır (AML).

10. Elli beş yaşında tip 2 DM tanısı olan erkek hasta son aylarda gittikçe artan bacaklarında şişlik, halsizlik, noktüri ve kaşıntı şikayetleriyle başvuruyor. Hb 9 gr/dl, MCV 85, BUN 42 mg/dl, kreatininin 2.7 mg/dl; idrar incelemesinde geniş silindirler, dansite 1010, 7 gr/gün proteinüri; USG'de ise sağ böbrek 7, sol böbrek 8 cm, parankimleri hiperekojen ve incelmış saptanıyor.

**Bu hastada en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?**

- A) Akut tübüler nekroz
- B) Hızlı ilerleyici glomerülonefrite bağlı kronik böbrek hastalığı
- C) Diffüz glomerüloskleroza bağlı kronik böbrek hastalığı
- D) Renal arter stenozu
- E) Ateroembolik böbrek hastalığı

10 – C

Soruda verilen KBY için riskli hastalık (tip 2 DM), kronisiteye ait bulgular (noktüri, anemi, izostenüri) ile bilateral küçük böbrek KBY tanısı koydurur. Diyabetik nefropatinin erken döneminde böbrek boyutları normal-büyük olarak ta verilebilirdi. Bu hastada diyabete sekonder nefrotik sendrom ve KBY süreci doğru tanılardır. Diyabette patolojik olarak en sıklıkla diffüz glomerüloskleroz görülür.

Böbreklerin küçüldüğü durumlarda KBY tanısı için biyopsiye gerek yoktur. Ancak bazı durumlarda KBY gelişmesine rağmen böbrek boyutları normal veya büyük olabilir, bu durumlarda biyopsi gerekebilir (*böbreklerin küçüldüğü sık KBY nedenlerinde biyopsiye gerek yoktur, çünkü etyolojiden bağımsız olarak glomerüloskleroz ortak sonuçtur*). İki böbrek arasında asimetri ve ciddi hipertansiyon varsa renal arter stenozu düşünülmelidir.

11. Temel semptom ve bulguları beyin ödemi nedeniyle oluşan elektrolit bozukluğu aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Hipernatremi
- B) Hiponatremi
- C) Hiperkalemi
- D) Hipokalemi
- E) Hipokalsemi

11 – B

Hiponatremiye bağlı bulgular beyin ödemine bağlı santral sinir sistemi bulguları (hipertansiyon, bradikardi, hipotermi, letarjiden komaya kadar bilinç değişiklikleri, kas krampları, derin tendon reflekslerinde zayıflama, Cheyne-Stokes solunumu) ve gastrointestinal bulgulardır (iştahsızlık, bulantı, kusma). Hiponatremi akut gelişen hastalarda bulgular belirgin, kronik vakalarda hafiftir.

**12. Aşağıdakilerden hangisi solüt diürece bağlı poliüri nedeni değildir?**

- A) Hiperglisemi
- B) ADH yokluğu
- C) Mannitol kullanımı
- D) Akut böbrek yetmezliğinin poliürik fazı
- E) Diüretik kullanımı

**12 – B**

ADH distal tübülün sonu ve kollektör tübüllere etki ederek aquaporin 2 su kanallarının oluşmasını sağlayarak suyun bu bölgelerden emilmesini sağlar. Normal bir kişide ortalama ultrafiltrat 150-180lt/gündür. Distal tübül son kısmına gelene kadar ultrafiltratın %90 emilir. Kalan %10 un %9 u ADH varlığında distal tübül son kısmı ve kollektör tüplerden emilerek idrarın son miktarı belirlenir. ADH yokluğunda %10 yani yaklaşık 15-20 litre su emilemez ve hastalarda su diüresi olur. Diğer nedenler solüt diürece bağlı poliüri nedenleridir.

**13. Romatolojik hastalıklarla ilgili olarak verilen eşleştirmelerden hangisi yanlıştır?**

- A) Polimiyaljiya romatika: aşırı sedimentasyon artışı
- B) SLE: non-erozif artrit
- C) Ankilozan spondilit: IgA nefropatisi
- D) Osteoartrit: 1. MKF tutulumu
- E) Romatoid artrit: Aort yetmezliği

**13 – E**

Aort yetmezliği ankilozan spondilitte görülebilen eklem dışı bulgulardandır. Romatoid artrit'te kardiyak tutulum olarak en sık perikardiyal efüzyon/perikardit görülür.

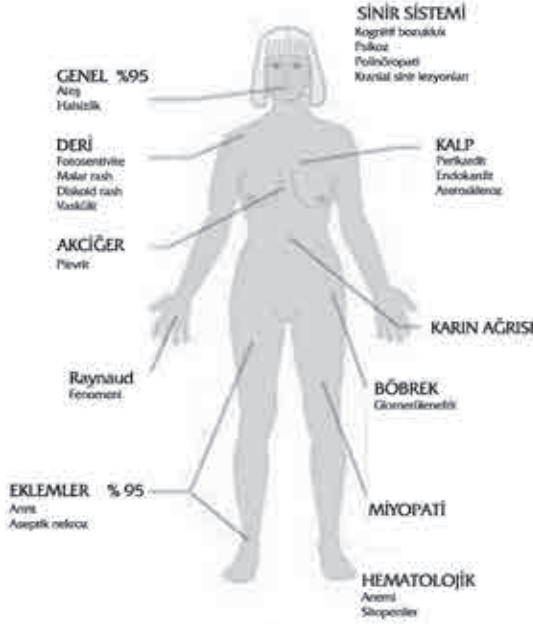
**14. Yirmi beş yaşında bayan hasta ateş, artralji, nefes darlığı ve malar rash nedeniyle başvurduğunda ANA(+), anti-Sm (+) PTZ, aPTT uzun, kreatinin yüksek saptanıyor. Bu hastalıkta PTZ, aPTT yüksekliği hangi klinik bulgu ile aynı nedene bağlı oluşur?**

- A) Malar rash
- B) Böbrek yetmezliği
- C) Rekürren tromboz
- D) Ateş
- E) Artrit

## 14 – C

SLE'de fosfolipidlere karşı antikorlar (yanlış pozitif sifiliz testi, antikardiyolipin antikorlar, lupus antikoagulanı gibi) olur. Bunlar laboratuvarında PTZ, aPTT uzamasına, klinik olarak ise rekürren trombozlara neden olurlar.

## SLE'de multisistemik tutulum



## SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZİS (SLE)

**Tanım:** SLE, otoimmün, multisistemik bir hastalık olup, sıklıkla genç-orta yaşlı bayanlarda görülür. Hastalık genellikle kas-iskelet sistemi, deri, seröz zarlar, böbrekler, santral sinir sistemi, hematolojik ve immünolojik bulgularla seyredir.

**Tanı kriterleri:** 11 kriterden, 4 veya daha fazlası pozitif ise tanı konur :

1. Malar rash
2. Diskoid rash (en sık yüz ve kafa da yerleşir)
3. Fotosensitivite
4. Oral ülserler
5. Non-eroziv artrit
6. Renal bozukluk (proteinüri-teleskopik idrar)
7. Nörolojik bozukluk (konvülsiyon yada psikoz)
8. Serozit (plörit, perikardit)
9. Hematolojik bozukluk: (Hemolitik anemi, Lökopeni, Trombositopeni, Lenfopeni)

10. İmmünolojik bulgular: Anti-dsDNA, Anti-Sm, ve/veya anti-fosfolipid antikorlar

11. ANA (+)

## SLE'li hastalardaki otoantikorlar ve önemi

Otoantikor	%	Klinik yorumu ve önemi
ANA	98	Sensitivitesi en yüksek testtir, tarama testi olarak kullanılır
Anti-dsDNA	70	Spesifitesi yüksektir, lupus nefriti ve vaskülitik tutulumla koreledir
Anti-ssDNA	80	ANA komponentidir, spesifitesi düşük
Anti-histonlar	70	İlacı bağılı lupus
Anti Sm (Smith)	30	Nadir ama en spesifik testtir (diğer hastalıklarda negatif)
Anti SS-A (anti-Ro)	30	Sjögren sendromu, neonatal SLE, subakut kutaneous SLE, ANA(-) SLE ve yaşlılardaki SLE. Artmış nefrit riski.
Anti SS-B (anti-La)	10	Sjögren sendromu, her zaman SS-A ile birlikte, pozitifse nefrit riski düşük
Anti-fosfolipid	50	Anti-kardiyolipin IgG-IgM, lupus antikoagulanı ve yanlış-pozitif sifiliz testini içerir. Tromboz, sitopeni, gebelikte düşük riski ve kalp kapak hastalığı ile ilişkilidir
Anti-ribozomal	20	SSS lupusu (psikoz veya depresyon)
Anti-nöronal	60	Diffüz SSS lupusu

15. Kırk yedi yaşındaki erkek hasta kardiyak operasyon sonrasında takip edilirken sağ kalp yetmezliği belirtileri ortaya çıkıyor ve tamponaddan şüpheleniliyor. Aşağıdakilerden hangisi bu hastada perikard tamponadı geliştiğini destekleyen bir bulgu değildir?

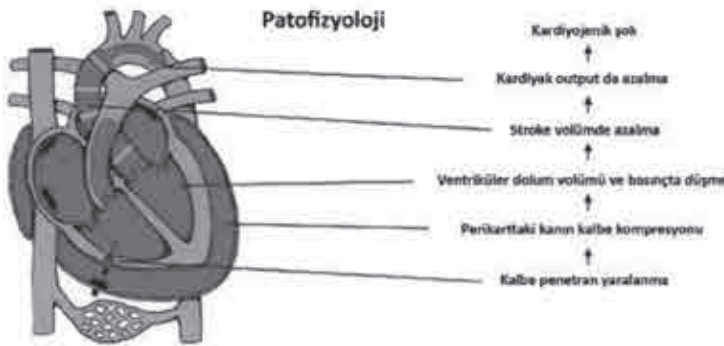
- A) Pulsus paradoksus
- B) Sinus taşikardisi
- C) Sentral venöz basınçta progresif azalma
- D) Eward işareti
- E) Sistol ve diastol arası basınç farkının azalması

15 – C

#### Kalp tamponadı

Sıvı çok hızlı toplandığında (150-200 ml) veya çok fazla miktarlara ulaştığında (1.5-2 litre), perikard yapraklarındaki yükün kardiyak doluşu sınırlandırması sonucunda gelişen tablodur. Sıklıkla kalp operasyonlarından sonra perikard içi kanama yüzünden olur. Travma, tbc, tümör (en sık akciğer, meme, lenfoma), aort diseksiyonu ve diğer perikarditlere bağlı olarak görülebilir.

#### Kardiyak tamponad patofizyolojisi



**Klinik:** Arterial basıncın düşmesi, venöz basıncın progresif olarak yükselmesi, kalp seslerinin azalması akut durumlarda görülür. Daha yavaş gelişen tamponadda dispne, ortopne, hepatomegali, juguler ven belirginliği gibi kalp yetersizliğine benzeyen bulgular ön plandadır. Pulmoner arter wedge basıncı, sağ atrium basıncı, sağ ventrikül basıncı, pulmoner arter diastolik basıncı birbirine eşitlenmiştir. Paradoks nabız (inspiryum sırasında sistolik kan basıncında 10 mmHg'dan daha fazla düşme) en önemli FM bulgusudur.

EKG ve Tele bulguları effüzyon ile aynıdır. Tanı EKO ile konur.

Tedavide öncelikle acil perikardiosentezle rahatlama sağlanır. Alınan mayiden gerekli incelemeler yapılarak altta yatan neden saptanabilir.

16. Aşağıdakilerden hangisi yüksek debili kalp yetmezliği sebebi değildir?

- A) Paget hastalığı
- B) Hipertiroidi
- C) Anemi
- D) Gebelik
- E) Hipertansiyon



**16 – E****Yüksek debili kalp yetmezliği:**

Kalbin kan pompalamasında bir azalma olmamasına rağmen sistemik nedenlere bağlı olarak vücudun ihtiyacının artması ve kalbin bu ihtiyacı karşılayamaması halidir. Semptomlar kalp yetmezliğini taklit eder. Bunlar arasında sık görülenler;

- Anemi
- Hipertiroidi
- Paget hastalığı
- Beriberi (Tiamin eksikliği)
- Arterio-venoz fistüller
- Multipl myeloma
- Fibröz displazi
- Gebelik

AV fistüller en sık iatrojenik olarak görülür. Lezyon proksimaline bastırılınca ani sistemik vasküler rezistans artışına bağlı refleks bradikardi olur. Buna Branham işareti denir.

**Düşük debili kalp yetmezlikleri:**

Kalp debisinde azalma vardır ve kalp yetmezliğini oluşturan hastalıklar esas olarak bu gruba girmektedir. Düşük debili kalp yetmezlikleri atım hacmi (stroke volüm; 40-70ml), kardiyak indeks (2.5-4 litre/dk/m<sup>2</sup>) ve ejeksiyon fraksiyonunda (%55-76) azalma ile karakterizedir.

**Sık görülen nedenleri :**

- Hipertansiyon,
- İskemik kalp hastalıkları,
- Dilate kardiyomyopati

17. Yaşlı bir kadın hastada akut miyokard infarktüsü geçirdikten 3 gün sonra kalp sesleri derinden işitiliyor ve daha sonra ani göğüs ağrısı, hipotansiyon ve elektromekanik disosiasyon geliyor.

**Bu hastada en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?**

- A) Papiller adele rüptürü
- B) Perikardit
- C) Dressler sendromu
- D) İnterventriküler septum rüptürü
- E) Serbest ventrikül duvar rüptürü

**17 – E****MI komplikasyonları**

MI seyrinde erken komplikasyonlar	MI seyrinde geç komplikasyonlar
Ani ölüm	Serbest duvar, septum veya papiller adele rüptürü
Aritmiler	Ventrikül anevrizması
Kalp yetmezliği	Akut perikardit
Kardiyojenik şok	Dressler sendromu
Emboli	Tromboemboli

**1. Ritm bozuklukları:**

- VES (MI seyrinde en sık rastlanan komplikasyondur)
- Ventrikül fibrilasyonu (hastaların %10'unda ve sıklıkla ilk saatlerde, hastaneye ulaşamayan hastalarda en sık ölüm sebebi)
- VT ve diğer takiaritmiler görülebilir.

- Bradikardi ve bloklar: (özellikle sağ koroner arter tıkanıklarında ve posteriyor MI'da). Tam blok seyrekir. Ant infarktta hemiblok ve dalcık blokları sıktır. Adam stokes sendromu olabilir.
2. *Kalp yetmezliği*: Akut sol kalp yetmezliği veya kardiyojenik şok görülebilir (Hospitalize edilen hastalarda en sık ölüm sebebidir).

3. *Diğerleri*:

**A) Sol ventrikül serbest duvar rüptürü**

- En sık rüptür tipidir
- Ani dolaşım durması ve EMD (elektromekanik disosiasyon) neden olur
- Kardiyojenik şok, Pulsus paradoksus görülür
- Genellikle ölümlü sonuçlanır

**B) Septum rüptürü**

- Ant. veya inf Mİ da genellikle ilk 2 haftada görülür.
- Hipotansiyon, KY neden olur
- Mezokardiyak odakta pansistolik üfürüm ve tril alınır.
- EKO, kateter ile tanı konur
- Tedavi Cerrahi'dir.

**C) Papiller kas rüptürü**

- İlk günlerde akut akciğer ödemi ile seyredebilir.
- Akut MY nedenidir
- Apekte pansistolik üfürüm duyulur
- EKO ile tanı konur
- Tedavi Cerrahi dir.

**D) Erken perikardit**

- 2-4. günlerde görülür. Klinik bilinen akut perikardit kliniğidir
- Tedavi Aspirin dir
- Mural trombüs dışında antikoagülan verilmez (tamponad riski)

**E) Dressler sendromu**

- Post-AMI (2-12. hafta) gelisir. Perikardit dir. Hipersensitiviteye bağlıdır (otoimmün)
- Ateş, göğüs ağrısı, perikardiyal efüzyon, sedimentasyon artışı, lökositoz ile seyreder.
- Tedavi: Aspirin, NSAİİ, steroid

**f. Pulmoner ve Sistemik Tromboembolizm**

- DVT, PTE görülür
- Ventriküler anevrizma, apikal hipkonezi olanlarda Mural trombüs nedeniyle olur
- EKO ile tanı konur
- Uzun süreli antikoagülasyon gerekir

**g. Sol ventrikülde anevrizma gelişmesi**

- Daha çok Anterior Mİ da görülür.
- KKY, aritmi, tromboemboli riski vardır.
- Persistan ST elevasyonu EKG bulgusudur.
- EKO tanı konur.
- Medikal veya cerrahi tedavi yapılır.

## 18. Gebelikte arteriel hipertansiyon için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- A) 3. trimesterde düzelir
- B) Yüksek doğum ağırlıklı bebek doğumuna neden olur
- C) Doğum beklenmeden ilaçlarla kontrol altına alınmalıdır
- D) Plasenta ayrılmasına neden olur
- E) Böbrek fonksiyonlarını bozar

## 18 – C

Geçmişte şiddetli ilaç tedavisinin fetüse zararlı etkileri olduğu tahmin ediliyordu. Fakat son yıllarda ACE inhibitörleri dışında ilaç tedavisinin fetus için herhangi bir kontrendikasyon oluşturmadığı ve gebelikteki tansiyonu kontrol altına almada yararlı olduğu gösterilmiştir.

## Antihipertansif ilaçların özellikleri

İlaç	Mutlak Endikasyonları	2. tercih olarak	Kontrendikasyonları ve dikkat edilmesi gerekli haller
Diüretikler	Kalp yetmezliği Yaşlılar Sistolik HT	DM	Gut Dislipidemi (TK 300 üzeri ise) Hiperglisemi (KŞ 300 üzeri ise)
Beta-bloker	Anjina MI sonrası Taşiaritmiler	Kalp yetmezliği Gebelik DM	Astım ve KOAH 2. ve 3. AV blok Dislipidemi (TK 300 üzeri ise) Atletler Periferel vasküler hastalık
ACE inhibitörü	Kalp yetmezliği Sol vent. Disfonk. MI sonrası DM nefropati	Unilateral renal arter darlığı	Gebelik Hiperkalemi Bilat. renal arter darlığı
Kalsiyum kanal blokörleri	Anjina Yaşlılar Sistolik HT	Periferel vasküler hastalık	2.ve 3. AV blok (verapamil ve diltizem için) Kalp yetmezliği (verapamil ve diltizem için)
Ağ II reseptör bloker	ACE inhibitörü öksürük yapmışsa	Kalp yetmezliği	Gebelik Hiperkalemi Bilateral renal arter darlığı
Alfa-bloker	Prostatizm	DM Dislipidemi	Yaşlılarda ilk doz senkoku ve postural hipotansiyon yönünden dikkatli olmalı
Santral etkili antiadrenerjik ilaçlar	Acil HT	Yaşlılarda, Hamilelerde (metildopa)	Feokromasitoma (metil dopa) Hepatit (metil dopa) Depresyon
Direk etkili vasodilatörler	Acil HT, Diğer tedavilere refrakter HT Eklampsi (hidralazin)		AP (nitroprussit hariç) Aort diseksiyonu (nitroprussit hariç) KIBAS (nitroprussit) KKY (diazoksit) DM (diazoksit)

HT + KKY: ACE inh, diüretik

HT + DM: ACE inh.

HT + Tek taraşı Renal Arter Stenozu: ACE inh.

HT + Skleroderma: ACE inh.

HT + KAH: B-bloker yada Kalsiyum kanal blokörleri, ACE inh.

HT + KOAH: Kalsiyum kanal blokörleri

HT + Santral sinir sistemi patolojisi: Kalsiyum kanal blokörü

HT + Raynaud fenomeni: Kalsiyum kanal blokörleri, alfa-blokörler

HT + KBY: Kalsiyum kanal blokörleri , alfa-blokörler, metil-dopa

HT + Hamile HT: Metildopa, Hidralazin, Beta blokör, Mg sulfat

HT + BPH (Benign Prostat Hipertrofisi): Alfa-bloker (dokzasosin)

19. Cushing sendromu olduğu düşünülen bir hastada, aşağıdaki elektrolit bozukluklarından hangisi Cushing hastalığı yerine ektopik ACTH sendromu tanısını desteklemektedir?

- A) Hipomagnezemi
- B) Hipofosfatemi
- C) Hipopotasemi
- D) Hipernatremi
- E) Hipokalsemi

19 – C

Normal şartlar altında aldosteron salınımı primer olarak potasyum düzeyi ile ilişkilidir. Hipokalemi aldosteron düzeyi azalır, hiperkalemi ise aldosteron düzeyi artar. ACTH; minerelokortikoid düzeyinden (minimal düzeyde artırır) ziyade glukokortikoid ve seks steroidlerini uyarır. Eğer ACTH düzeyi aşırı miktara ulaşırsa (ektopik ACTH sendromu gibi), minerelokortikoid düzeyi anlamlı düzeyde uyarır. Ektopik ACTH sendromunda, aldosteron düzeyi artmasına bağlı olarak toplayıcı tübüldeki pompa uyarılır ve potasyum ekskresyonu dolayısı ile hipopotasemi görülür.

20. Günlük idrar miktarı 4700 ml olan erkek hastaya susuzluk testi yapılıyor. İdrar osm 280 mOsm/kg ve susuzluk testi sonrasında plazma vazopresin düzeyi 10 pg/ml olarak saptanıyor. Dışarıdan vazopresin uygulaması ile idrar ozmolaritesinde artış gözlenmiyor.

**Bu hastada en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?**

- A) Psikojenik polidipsi
- B) Komplet santral diabetes insipidus
- C) Parsiyel santral diabetes insipidus
- D) Nefrojenik diabetes insipidus
- E) Uygunsuz ADH sendromu

20 – D

İdrar miktarı 3 litreden fazla olması poliüri olarak adlandırılır. Poliürik bir hastada ilk değerlendirilecek parametre idrar osm ve idrar dansitesidir. Poliürik bir hastada idrar osm 300 mOsm/kg.dan düşük ise olabilecek durumlar; Normal, psikojenik polidipsi, santral diyabetes insipidus, nefrojenik diyabetes insipidus. Dışarıdan vazopresin uygulaması ile idrar osm belirgin artış gözlenmiyor ise ADH direnci söz konusudur. Nefrojenik diyabetes insipidus düşünülmelidir.

21. Aşağıdakilerden hangisi steroid yapılı hormonlar için yanlıştır?

- A) Steroid yapılı hormonlar kendilerinden daha büyük öncüllerinden sentezlenmezler.
- B) Yüksek konsantrasyonlarda sekreteruar granüllerde depolanırlar.
- C) Yarılanma süreleri uzundur.
- D) Oral olarak kullanılabilirler.
- E) Plazmada taşıyıcı proteinler aracılığı ile taşınırlar.

**21 – B**

Steroid yapıli hormonlar peptid yapıli hormonlarda olduğunun aksine kendilerinden daha büyük öncül hormonlarından sentezlenmezler. Yine peptid hormonlardan farklı olarak sekretuar granüllerde depolanmazlar. (Yüksek konsantrasyonlarda sekretuar granüllerde depolanmayı peptid yapıli hormonlarda görürüz ). Steroid yapıli hormonlarda salınım hızı üretim hızını yansıtır.

Yarılanma ömürleri uzun ve oral kullanılabilirler.

Plazmada taşıyıcı proteinler aracılığı ile taşınırlar. Taşıyıcı proteinler;

- 1) Kortizol bağlayıcı globulin (CBG); Kortizol, progesterone taşır
- 2) Seks hormonu bağlayıcı globulin (SHBG); Testosteron, östrojenden daha fazla miktarda bağlar.
- 3) Vitamin D bağlayıcı globulin; 25 OH D vit, 1,25 (OH)<sub>2</sub> D vitaminden daha fazla miktarda bağlar.
- 4) Tiroid bağlayıcı globulin (TBG); Tiroid hormonlarını taşır. Bunların dışında, albumin de hormonlara zayıfça bağlanır.

**22. İncretin grubu bir antidiyabetik olan eksenatid ile ilgili olarak aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?**

- A) Pankreasın beta hücre fonksiyonunu korur.
- B) Glukagon salgısını artırır.
- C) Gastrik boşalmayı yavaşlatır.
- D) Başlıca yan etkisi bulantıdır.
- E) Parenteral kullanılır.

**22 – B**

Tip 2 DM tedavisinde gastrointestinal (inkretin) hormonlar ve bunların inhibitörleri üzerinden endojen insülin sekresyonunu arttıran ajanlar mevcuttur.

- A) inkretin mimetikler: GLP-1 analogları (exenatide, liraglutid)
- B) GIP (glikoz independent peptid) analogları
- C) DPP-IV inhibitörleri (vildagliptin, sitagliptin)

GLP-1, insulinotropik etkili olup etkisini postprandial hiperglisemi üzerine gösterir. Glikozun insülin salgılatıcı etkisini artırır. İnsülin sekresyonunu artırır, glukagon salınımını baskılar. SC uygulanırlar ve kilo kaybına sebep olurlar. Mide boşalmasını yavaşlatarak bulantıya sebep olurlar. DPP-IV inhibitörleri endojen inkretinlerin (GLP-1, GIP) yıkılmasını önler, kilo açısından nötr etkilidir.

**23. Akut astım atağının tedavisiyle ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi doğrudur?**

- A) Akut astımın tedavisinde ilk seçilecek ilaç lokotrien antagonistleridir
- B) İntravenöz glukokortikoidlerin acil tedavide yeri yoktur
- C) İn hale  $\beta_2$  mimetikler ilk seçenek ilaçlardır.
- D) Metilksantinlerin acil tedavide yeri yoktur
- E) Yetişkinlerdeki astım krizinin tedavisinde ilk seçenek epinefrindir

**23 – C**

Astım krizinin en etkin tedavisi inhaler  $\beta_2$  mimetiklerle yapılır. Bunlar metilksantinlerle kombine olarak da kullanılabilir. Epinefrin ise daha çok çocuklarda status astmatikus tedavisinde tercih edilir. Acil tedavide bunlara ilaveten sistemik glukokortikoidler ve metilksantinlerde kullanılabilir.

**Astım Tedavisi:** Astım tedavisi üç ana grupta toplanabilir.

**A. Antijen-Antikor birleşmesinin önlenmesi:**

1. *Provokatif faktörlerin eliminasyonu;* ataklardan sorumlu olabilecek tüm antijenlerin uzaklaştırılması ve diğer muhtemel tetikleyici faktörler ile mücadele,
2. *Hiposensitizasyon veya desensitizasyon;* Kesin allerjen belirlenmiş seçilmiş vakalara ve hastane şartlarında yapılabilir. Eliminasyon ve ilaç tedavisinden sonra gelir. Erişkinde ve intrensek astımda yararlıdır.

**B. Antiinflamatuvar tedavi;**

1. *Mediator salınımının blokajı;* *Kromolin sodyum* mast hücre membranını stabilize ederek degranülasyonunu inhibe eder ve mediatörlerin salınımını engeller. Profilaktik olarak antiinflamatuvar etki gösterir. Bronkodilatatör değildir. Ag-Ak ilişkisini ve IgE bağlanmasını engellemez. Salınan mediatörlerin bronkokonstrüksiyon yapmasını önleyemez. Sadece atopik astımda kullanılır. Profilaksi için hastalık remisyonunda iken başlanır. *Akut atakda kullanılmaz.*
2. Kortikosteroidler; Hem sistemik (sistemik olarak verildiğinde) hem havayolundaki inflamatuvar yanıtı baskırlar. Bununla beraber vazokonstrüksiyon ile mukozal konjesyonu ve ödemi azaltır, mukus bezlerinden sekresyonu baskırlar. Bu etkileri ile hem akut atağın rezölüsyonunda hem de kronik dönemde atakların oluşumunun engellenmesinde son derece etkili ilaçlardır. Kronik tedavide sistemik yan etkileri azaltmak için inhalasyon yolu ile uygulanması tercih edilir. Akut atak sırasında ise sistemik olarak parenteral başlanıp, daha sonra bir süre oral devam edilir.
3. *Lökotrien antagonistleri;* Zafirlukast, montelukast ve lipooksijenaz inhibitörü olan zileuton da bu grupta yer alır. Orta ve şiddetli astımda steroid dozunu azaltmak amacı ile kullanılabilirler. Halen tedavi klavuzları hafif perzistan astımda kullanılmalarını tavsiye etmektedir. İn hale steroidler kadar etkili değildir. Majör yan etkileri karaciğer toksisitesidir.

**C. Trakeobronşiyal dilatasyon; Bronş düz kaslarını etkileyen ilaçlardır ve bronkodilatasyon yaparlar.**

Bu amaçla kullanılan üç grup ilaç vardır.

1. *Beta-mimetikler;* Bu grupta katekolaminler (adrenalin, izoproterenol) ve terbutalin, albuterol (salbuterol) gibi beta-2 agonist ilaçlar vardır. Adrenalin erişkinde kullanılmaz. En önemli yan etkileri tremordur. Tüm uygulama yollarında etkilidirler, ancak bronşiyal selektivitesinden dolayı inhalasyon ile uygulanmaları tercih edilir. Akut atak sırasında da nebulizatör kullanılarak inhalasyon yoluyla verilmeleri tercih edilir. *Salmeterol* en uzun etkili beta agonistdir. B<sub>2</sub> mimetik ajanlar ve özellikle salmeterol egzersize bağlı astımda ve nokturnal astımda en etkili ilaçlardır. Ancak salmeterolün etkisi geç başladığı için akut astım atağında tercih edilmez. Beta agonistler nadiren paradoks bronkokonstrüksiyona neden olabilirler.
2. *Antikolinergikler;* Bu grupta en önemli ilaç ipratropium bromide'dir. Havayollarındaki intrensek vagal tonusu azaltarak bronkodilatasyon oluşturur. Özellikle kardiyak sebeplerle beta-mimetik kullanamayan hastalarda yararlıdır. Lokal emilimi az olduğu için yan etkileri azdır. Sempatomimetikler ile birlikte verildiğinde daha etkili bir bronkodilatasyon sağlarlar. Akut atak sırasında da sempatomimetikler ile beraber verilebilirler, ancak etkileri 60-90 dk. içerisinde başladığı için tek başlarına verilmeleri önerilmez.
3. *Metilksantinler;* Teofilin ve türevleri bilinmeyen bir mekanizma üzerinden orta derecede bronkodilatasyon yapan ilaçlardır. İlacın metabolizması bireysel farklılıklar gösterir ve terapötik aralığı dardır. Sigara, fenobarbital, fenitoin, ve mikrozomal enzimleri indükleyen ilaçlar kan düzeylerini azaltır. Parenteral olarak aminofillin kullanılır. En sık görülen yan etkileri sinirlilik, bulantı, kusma, iştahsızlık ve baş ağrısıdır. Yüksek plazma düzeylerinde kardiyak aritmilere ve konvülsiyonlara yol açabilir.

Günümüzde astım hastaları semptomların sıklığına ve obstrüksiyonun derecesine göre hafif, orta ve şiddetli olarak gruplandırılmakta ve buna göre tedavi yaklaşımında bulunmaktadır. *Steroid, beta-mimetik ve antikolinergikler inhalasyon yolu ile uygulanabilir.* Metilksantinler ise inhalasyon yolu ile uygulanamaz, bu nedenle sistemik yan etkileri daha fazladır ve günümüzde giderek kullanımları azalmaktadır. Mukolitik ajanlar astım hastalarında önerilmez. Bazen atağı provoke edebilirler. Gebe astımlılarda atropin, iyotlu mukolitikler, PGF<sub>2</sub>alfa analogları ve doğum sırasında terbutalin kullanılmamalıdır.

24. Altmış yaşında aktif sigara içicisi bir erkek hasta artan nefes darlığı ve öksürük yakınmalarıyla başvuruyor. Fizik muayenede yüzündeki görünüm nedeniyle Cushing sendromu olduğu düşünülen hastanın laboratuvar incelemelerinde kortizol düzeyi artmış (>600 nmol/L) olarak bulunuyor. Posteroanterior akciğer grafisinde sağ üst lobda kitle, belirgin mediastinal ve hiler lenfadenopatiler görülüyor. Çekilen abdominal ultrasonografi ve beyin bilgisayarlı tomografi sonuçları normal olarak saptanıyor.

**Bu hasta için en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?**

- A) Küçük hücreli karsinom  
B) Skuamöz hücreli karsinom  
C) Surrenal tümör metastazı  
D) Adenokarsinom  
E) Adenoskuamöz hücreli karsinom

#### 24 – A

Bronkojenik Kanserlerin Özellikleri

- Küçük Hücreli
  - o Sentral lokalizasyon
  - o Sigara ile yakından ilişkili
  - o Paraneoplastik sendrom en sık (Cushing, Uygun-suz ADH, Eaton-Lambert)
  - o Erken evrede metastaz
  - o Belirgin mediastinal LAP en sık
  - o Vena kava superior sendromu en sık
- Epidermoid (Squamos, yassı hücreli)
  - o Sentral lokalizasyon
  - o Hiperkalsemi sık
  - o Kavitasyon sık
  - o Süperior sulkus tümörü
- o Pankoast sendromu (brakiyal pleksus tutulumu)
- o Horner sendromu (servikal ganglion tutulumu)
- Adeno CA
  - o Periferik lokalizasyon
  - o Bronkoalveoler sigara ile ilişkiz
  - o Skar kanseri
  - o Müsin içerirler
  - o Hematolojik bulgular (tromboflebit, non-bakteriyel endokardit, DİC)
- Büyük Hücreli
  - o Periferik lokalizasyon
  - o Nöroendokrin farklılaşma gösterebilir
  - o Lökositozla giden ve böbrek tümörlerine benzeyen (clear cell) alt tipleri var.

*Paraneoplastik sendromlar:*

Küçük hücreli akciğer kanseri : ADH, ACTH, MSH, Kalsitonin salgılayabilirler

Yassı hücreli akciğer kanseri : Antinöronal antikor, insülin benzeri peptid, serebellar ataksi

Mezotelyoma : Hipoglisemi

AdenoCa ve Büyük hücreli karsinom : FSH, LH, HCG

Bronşiyal Karsinoidler : ACTH

**25. Obstrüktif sleep apne için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- A) Hastalarda kişilik değişiklikleri görülebilir  
B) Hastaların %90'ında sinüs aritmisi görülür  
C) Serebrovasküler olay insidansı artmıştır  
D) Orofarinkste obstrüksiyon mevcuttur  
E) Tanısı solunum fonksiyon testleri ile konur

## 25 – E

**SLEEP APNE SENDROMU**

**Tanım:** Ağız veya burunda hava akımının 10 sn'den fazla durmasına apne denir. Uyku sırasında tekrarlayıcı apne ataklarının olmasına uykuda solunum duraklaması (sleep apne) sendromu denir. Sleep apne üst solunum yollarındaki bir obstrüksiyondan kaynaklanıyorsa obstrüktif sleep apne (OSA), solunum kası hareketlerinin durmasından kaynaklanıyorsa sentral sleep apne (CSA) olarak tanımlanır. Her ikisinin birden olmasına miks sleep apne denir.

**Etyoloji:** OSA sıklıkla obezite, makroglossi, nazal obstrüksiyon, tonsil ve adenoidlerin büyümesi ve hipotroididen kaynaklanır. Obstrüksiyon orofarinksdedir. CSA ise sıklıkla idyopatiktir, ancak birçok nörolojik hastalıkta (ensefalit, bulbar poliomyelit, myastenia gravis gibi) görülebilir.

**Klinik:** Genellikle yakınları tarafından farkedilir. Gürültülü horlama vardır, gündüz uykulu, sürekli yorgun olup mental aktivitede yavaşlama görülebilir.

**Tanı** için polisomnografik çalışmalar yapılır.

**Tedavi** de obez hastaların kilo vermesi gerekir. Nazal yoldan sürekli pozitif basınçlı hava verilir. Anatomik bozukluk varsa cerrahi tedavi yapılır. Kardiyak aritmi, pulmoner hipertansiyon ve kor-pulmonale en önemli komplikasyonlardır. CSA de bazen asetolozamid ile solunum stimülasyonu yapılabilir. OSA de ev de nasal CPAP ile oksijen tedavisi uygulanabilir.

**26. Yıl ortası nüfusu 50 bin olan bir yerleşim yerinde; 1 ocak 2011 yılında 25 kişinin akciğer kanseri olduğu ve tedavi oldukları bilinmektedir. Yine 2011 yılında toplam 10 yeni akciğer kanseri teşhisi konulan hasta tedavi altına alınmıştır. Bu toplumda akciğer kanserinin yıllık insidansı aşağıdakilerden hangisidir?**

- A) 10/ 50bin(-)25 X 1000
- B) 10/ 50 bin X 1000
- C) 35/ 50bin X 1000
- D) 15/ 50bin(-)25 X 1000
- E) 35/ 50bin(-)25 X 1000

## 26 – A

Insidans; 10 yeni vaka / sağlam (50 bin -25) kişiler X 1000'dir.

**27. Bir bölgede, bir kabakulak salgınında ilk vaka görüldükten sonra 170 ailede toplam 400 çocuk arasında saptanan vakaların dağılımı incelenmiş ve şu sonuçlar elde edilmiştir.**

- Kabakulağın kuluçka süresi olan 26 gün içerisinde 253 çocuk kabakulak olmuş
- 27 - 52. günler arasında saptanan kabakulak sayısı ise 23 çocuktur.

**Buna göre primer ve sekonder atak hızları aşağıdakilerden hangisidir?**

- A) %63.3      % 15.7
- B) %70        % 20
- C) %43.2     %54
- D) %59.7     %09
- E) %81.5     %34



## 27 – A

**Primer Atak Hızı** = Bu ölçüt, salgının yaygınlığını, boyutunu ölçmek için kullanılır.

İlk vakanın saptanmasından itibaren, en uzun bir kuluçka süresi içinde saptanan vaka sayısının, duyarlı kişi sayısına bölünmesiyle elde edilir.

İlk vaka görüldükten sonra o hastalık için “en uzun kuluçka döneminde” görülen tüm vakalar aynı kaynaktan bulaşmış (primer) kabul edilmektedir.

0 – 26 gün içinde saptanan vakalar x 100 / Toplam duyarlı çocuk sayısı

$$253 \times 100 / 400 = \% 63,3$$

**Sekonder Atak Hızı** = Bu ölçüt, salgının yayılmasını önlemek amacıyla alınan önlemlerin ne derecede etkili olduğunu gösterir.

En uzun ikinci kuluçka süresi içinde görülen vaka sayısının duyarlı kişi sayısına bölünmesiyle elde edilir. Primer vakalar paydada yer almaz.

26 – 52 gün içinde saptanan vakalar x 100 / Toplam duyarlı çocuk sayısı – Primer vakalar

$$23 \times 100 / 400 - 253 = \% 15,7$$

**28. Bir bölgenin bebek ölüm hızı binde 52, postneonatal bebek ölüm hızı binde 35, geç neonatal bebek ölüm hızı binde 9 ise, erken neonatal bebek ölüm hızı kaçtır?**

- |             |             |
|-------------|-------------|
| A) Binde 87 | B) Binde 56 |
| C) Binde 26 | D) Binde 15 |
| E) Binde 8  |             |

## 28 – E

Erken neonatal = 52 - (9 + 35) = 8

**29. Bir bölgedeki modern kontraseptif yöntem kullananların ve geleneksel yöntemler kullananların prevelansları tesbit edilip, modern yöntemler kullananların eğitim düzeyi, yaş, sahip oldukları çocuk sayısını araştırmak için aşağıdaki çalışmalardan hangisi yapılmalıdır?**

- A) Kesitsel araştırma
- B) Vaka kontrol araştırması
- C) Kohort araştırması
- D) Metodolojik araştırma
- E) Müdahale araştırması

## 29 – A

Kesitsel çalışmalar, prevelans (sıklık) çalışmalarıdır, toplum tarama çalışmaları da denir. Prevelans çalışmaları şu anda toplumda kaç hasta olduğunun saptanması yani hastalığın toplumdaki sıklığının ölçümüdür.

Aynı anda birçok hastalığın prevelansı (sıklığı) hesaplanabilir. Toplamların öncelikli sağlık problemleri saptanması açısından önemlidir. Toplum, pratik ve sensivitesi, spesifitesi yüksek testler ile birçok hastalık açısından taranarak, önemli sorunlar ve sıklıkları elde edilir. Temel amaç toplumun temel sorunlarını tespit etmektir. Örneğin; hipertansiyon, anemi, diabet, glökom taramaları aynı anda yapılır. Bu hastalıkların toplumdaki sıklık, prevelansları elde edilir.

Kesitsel çalışmalarda; Neden de sonuç da aynı zaman diliminde incelendiğinden neden sonuç ilişkisi açısından önemli veriler vermez, ancak hastalıklar ile kişilerin etnik özellik, yaş, cinsiyet, sosyo ekonomik durum, kan grubu ile ilgili etiyolojik ilişkileri araştırabilir. Yani prevelanslar ve bu prevelansları etkileyen faktörler aynı anda tesbit edilir.

**30. Aşağıdakilerden hangisi koruyucu hizmetlerde birincil koruma değildir?**

- A) Sağlık eğitimi  
B) Kemoprofilaksi  
C) Genetik hastalıkların önlenmesi  
D) Aile planlaması  
E) Kanserin erken tanısı için tarama çalışmalarının yapılması

**30 – E**

**Birincil koruma:** kişiler sağlıklı iken, bu sağlığın korunması için alınan önlemlerdir. Hastalığın oluşumunun önlenmesi için koruyucu önlemlerin alınması ve hastalıkların insidanslarını engellemektir.

**İkincil-sekonder-koruma:** Görünüşte sağlam olan veya olmayan, hasta kişilerin hastalıklarına erken tanı ve uygun tedavi ile morbidite ve sakatlığın azaltılmasıdır. Ör; 40 yaş üzeri hipertansif kişilerde EKG takibinin yapılması, hipertansiyona bağlı kalp hastalığı için sekonder korumadır. Meme kanseri için mamografi gibi.

**Üçüncül koruma:** mevcut hastalığın seyrini iyileştirmeye yöneliktir, medikal ve sosyal rehabilitasyondur. Oluşmuş sekellerin azaltılmasıdır.

E şıkkı ikincil korumadır.

**31. Ani olarak baş dönmesi, baş ağrısı, bulantı, kusma ve yutma güçlüğü başlayan 67 yaşındaki hastanın yapılan nörolojik muayenesinde; sağ yüzde hipoestezi, horner sendromu, sol hemihipoestezi saptanıyor.****Bu hastada en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?**

- A) Posterior inferior serebellar arter trombozu  
B) Anterior serebral arter trombozu  
C) Kapsüla internada lezyon  
D) Posterior serebral arter embolisi  
E) Anterior karotis interna trombozu

**31 – A**

PICA sendromunda motor kayıp olmadığı unutulmalıdır ve semptom hipoestezidir öyle ki; aynı taraf yüzde, kontrolateralde vucutta hipoestezi gelişir.

Tıkalı tarafta;

- Yüzde hipoestezi
- Ataksi ve lezyon tarafına düşme, Nistagmus
- Vertigo, bulantı kusma
- Diplopi, disfaji, disfoni (vokal kord paralizisi, azalmış gag refleksi)
- Horner sendromu
- Hıçkırık

Karşı tarafta; vucut yarısında ağrı-ısı kaybı bulguları olur.

**32. Aşağıdakilerden hangisi medula spinalis ön boynuz hasarını göstermez?**

- A) Kaslarda atrofi  
B) İstemli motor hareketlerde azalma  
C) Babinski – klonus gibi patolojik refleksler  
D) Tonus azalması  
E) Tendon ve gerim reflekslerinde azalma

**32 – C**

Ön boynuzun alt motor nörona dahil olduğu unutulmalıdır. Ön boynuz ve periferik hasarlar alt (2.) motor nöron bulguları (atrofi, fasikülasyon, DTR kaybı, flask paralizisi) verir.

33. Sağ gözde 6. kranial sinir felci, sol tarafda hemiparezi gelişen hastada lezyonun en olası yeridir?

- A) Sol kapsüla interna  
B) Sağ kapsüla interna  
C) Sağ mezensefalon  
D) Sağ pons  
E) Corona radiata

33 – D

Beyin sapı lezyonlarında aynı taraf kranial sinir felci, karşı vucutta hemiparezi gelişir. Etkilenen kranial sinirin çekirdeğinin yeri ve seviyesi lezyonun yerini gösterir.

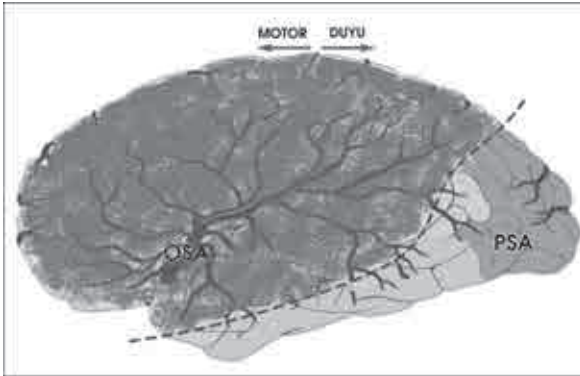
Ponsdaki lezyon 6. kranial sinirin çekirdeğini etkilemiş ve kortikospinal yolu da çapraz öncesi etkileyerek karşı tarafda hemipleji ve babinski ortaya çıkarmıştır.

Tanımlanan ipsilateral 6, kontralateral hemipleji sağ pons lezyonunda gelişir.

34. Altmış sekiz yaşında bir erkek hasta acil servise konuşamama, konuşulanı anlamama ve sağ taraf felci nedeniyle getirilmiştir. Hipertansif olduğu bilinen hastanın BBT'sinde kanama odağı görülmemiştir. Bu tablo aşağıdaki damarlardan hangisinin tıkanıklığı neticesinde gelişir?

- A) Sağ internal karotid arter  
B) Sol anterior serebral arter  
C) Sol orta serebral arter  
D) Sağ posterior serebral arter  
E) Sol posterior inferior serebral arter

34 – C



Orta serebral arter, karotisten ayrılıp beyin iç yüzünde lenti-külostriat kılcak arterlerini vererek internal kapsül ve bazal ganglionları besler, sonra sylvien fissurdan beyin dış kısmına geçerek beyin dış korteksini besler. Yani motor homokulusun yüz, el ve kol kısmını besler.

A) Çıkış yerinde (Kökde) tıkanıklığı internal kapsülü beslemesi nedeniyle kontralateral hemipleji-parezi ve hemianestezi-hiposteziye neden olur.

B) Daha perifer tıkanıklıkları ise yüzde santral fasial paralizi, el ve kolda parezi ve hipoesteziye neden olur.

Broca ve Wernicke alanlarının besleyicisinin orta serebral arter olduğu unutulmamalıdır. Yani bir soruda disfazi (Broca ve Wernicke) tarif edilmiş ve yüz, el ve kol parazisinden bahsediliyorsa muhtemel orta serebral arter sorusudur.

35. Çölyak hastalığı aşağıdaki büllü hastalıklardan hangisi ile birliktelik gösterebilir?

- A) Pemfigus vulgaris  
B) Skatrisyel pemfigoid  
C) Dermatitis herpetiformis  
D) Pemfigus vegetans  
E) Çocukluk çağı kronik büllöz dermatozu

## 35 – C

Dermatitis herpetiformis ile gluten sensitif enteropati birlikteliği bilinmektedir. Dermatitis herpetiformis hastalarının %70'inin jejunum mukozasında anormallikler vardır ve bu hastalara yüksek gluten diyeti verilirse hastaların tamamında Çeliak hastalığından ayırt edilemeyen semptomlar ortaya çıkar.

36. Aşağıdakilerden hangisi PUVA'nın yan etkisi değildir?

- |                     |                                 |
|---------------------|---------------------------------|
| A) Kaşıntı          | B) Katarakt                     |
| C) Hipertrikoz      | D) Karaciğer enzimlerinde artış |
| E) Hipopigmentasyon |                                 |

## 36 – E

## PUVA'nın yan etkileri:

- Bulantı, kusma
- Kaşıntı
- Katarakt
- Seboreik dermatit
- Hipertrikoz
- Sublingual hemoraji
- Lentigo
- Karaciğer enzimlerinde artma
- Hiperpigmentasyon
- Malignensi

## 37. DSM IV'e göre şizofrenide olmayan aşağıdakilerden hangisidir?

- |                                |                                    |
|--------------------------------|------------------------------------|
| A) Sanrılar                    | B) Varsanılar                      |
| C) Konuşma bozukluğu           | D) Dağınık veya katotonik davranış |
| E) Şizomani veya şizodepresyon |                                    |

## 37 – E

Şizomani veya şizodepresyon şizofreniden farklı psikotik hastalıklar olarak tanımlanır.

## DSM IV'e göre şizofreni

## 1- Ayırt edici belirtiler:

- o Sanrılar
- o Varsanılar (halüsünasyon)
- o Konuşma bozukluğu (dağınık –enkoherans- yada desorganize konuşma)
- o Dağınık veya katotonik davranış
- o Duygulanmada küntlük
- o (-) belirtiler; Konuşma ve isteğin azalması affektif donukluk (tekdüzelik), aloji (konuşamazlık) ya da avolasyon

## 2- Toplumsal ve iş uyumunda bozukluk

## 3- Süre (6 ay)

## 4- Şizoaffektif, affektif bozukluğun ve Madde kullanımının olmaması

## 5- Gelişimsel bir bozukluk varsa halüsünasyon ve sanrılarının en az 1 ay sürmesi

38. Aşağıdaki Demansiyel tablolardan hangisinin hızlı progresion gösterir?

- A) Pick hastalığı
- B) Wilson hastalığı
- C) Parkinson hastalığı
- D) Jacob-Creutzfeldt hastalığı
- E) Multiple skleroz

38 - D

Jacob-Creutzfeldt hastalığı bir prion hastalığıdır. Hızlı ilerleyen demans, nöbetler ve myokloni ile karakterizedir.

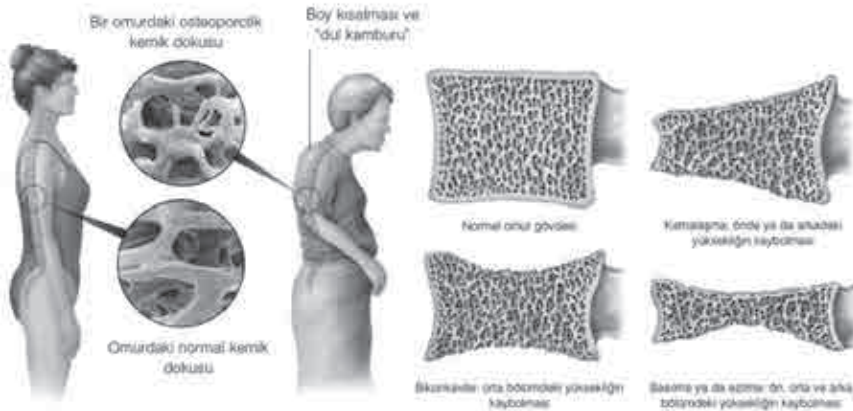
39. Aşağıdakilerden hangisi osteoporoz için risk faktörü değildir?

- A) Beyaz ırk
- B) Ailede osteoporoz öyküsü
- C) Geç menepoz
- D) Diabet
- E) Beden kilosunun az olması

39 - C

#### OSTEOPOROZ TİPLERİ

- \* **TİP 1** : 50 – 75 yaş arası kadınlarda görülür. Kemik iliğindeki kayıp fazladır. Omurga ve el bileği kırıkları daha sıktır. Hormon değişiklikleri vardır.
- \* **TİP 2** : 70 yaş üstünde görülür. Kadın ve erkeklerde eşit oranda görülür. Kemik bütününde kayıp vardır. Kemik bölgesinde kırık riski yüksektir. Genellikle kadınlarda menapoz sonrası dönemde daha sık görülür. Fakat erkeklerde ve bazı hastalıklar sonucu her yaşta insanlarda görülebilir. Osteoporozun kesin neden olduğu tam olarak bilinemez. Fakat bazı faktörler osteoporozu hazırlar.



#### Osteoporoz Risk Faktörleri;

Beyaz ırk ve asyalı kadınlar, Sarışın mavi gözlü, minyon tipler,  
Ailede osteoporoz öyküsü olanlar,  
Erken menapoz, östrojen seviyesinde azalma  
Hareketsizlik  
Vegeteryan, Düşük kalsiyumlu diet, Aşırı tuz ve protein alınımı  
Sigara, alkol,  
Diabet, kortizon kullanımı  
Hipertroidi

Beden kilosunun az olması (obezite risk faktörü değildir).

**40. Aşağıdakilerden hangisi sero (-) artropatilerin özelliği değildir?**

- A) Sakroiliak eklem tutulumu
- B) Oligoartriküler ve asimetrik tutulum
- C) HLA-B27 (+) liği
- D) Subkutan nodüller ve anterior üveit
- E) Eklemlerde subluksasyon gelişmesi

**40 – E**Sero (-) artropatilerin Ortak özellikleri ve RA den Farkları:

- Sakroiliak eklem tutulumu vardır. RA'da yoktur.
- Oligoartiküler ve asimetrik tutulum vardır. RA'da poliartiküler ve simetrik tutulum vardır.
- RF (-)'dir ve subkutan nodüller yoktur. RA'da RF (+)'dir ve subkutan romatoid nodüller vardır.
- HLA B27 pozitifdir ve familialdir. RA'in HLA ile ilişkisi yoktur.
- PA, AS, RS ve EA'de patolojide entesit (entesopati) ve sindesmofitler (vertebralardaki bambu kamışı) vardır. RA'de esas patoloji snovittir sindesmofitler yoktur.
- Özellikle AS'de unilateral anterior uveit saptanır. RA'da episklerit, sklerit, skleromalaziye (mavi sklera) bağlı körlük görülür.
- Deride keratoderma blenhorragica özellikle RS gözlenir.
- Özellikle OA'de eklem ankilozları gelişir, RA'de eklemlerde subluksasyon veya luksasyon gelişir.

**41. Radius styloid çıkıntısı üzerinde sert, hassas bir şişliği olan hastada Finkelstein testi ile ağrı daha da artıyor.****Bu hastada en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?**

- A) Çekiç parmak
- B) De Quervain tendiniti
- C) Lateral epikondilit
- D) Rotator kaf tendiniti
- E) Tetik parmak

**41 – B**

De Quervain tenosnoviti: abdükör pollisis longus ve ekstansör pollisis brevis tendonlarının geçtiği, Radius styloid çıkıntısında, 1. kompartmanın stenoza yol açan tenosnovitidir. Radius styloid çıkıntısı üzerinde sert, hassas bir şişlik vardır. Finkelstein testi ile tanı konur (baş parmak avuç içine alınarak yumruk yapılır ve el ulnar deviasyona zorlanır). Ağrıyı provake eder.

**42. Osteoartrit tedavisinde aşağıdakilerden hangisinin yeri yoktur?**

- A) Sistemik steroid  
B) Parafin uygulama  
C) İzometrik egzersizler  
D) NSAİ ilaçlar  
E) Cerrahi tedavi

**42 – A**

Osteoartritli hastalarda kullanılan tedavi yöntemleri:

- A) Eğitim ve koruyucu önlemler  
B) Psikolojik destek  
C) Fizik tedavi ve egzersiz  
D) Yardımcı aletler (ortez, ayakkabı ve yürüme cihazları )  
E) Sistemik ilaç tedavileri  
F) İntraartiküler ilaç tedavileri  
G) Topikal ilaç tedavileri  
H) Hidroterapi ve kaplıca tedavisi  
I) Cerrahi tedavi

Sistemik steroidin OA tedavisinde yeri yoktur.

**43. Yedinci aydan sonra varlığı piramidal ve ekstrapiramidal lezyon varlığını düşündürten yenidoğan refleksi aşağıdakilerden hangisidir?**

- A) Moro  
B) Arama  
C) Tonik boyun  
D) Basma ve otomatik yürüme  
E) Paraşüt

**43 – C****Yenidoğan refleksleri**

- **Moro refleksi:** 28. gestasyon haftasında belli belirsiz alınabilir, 32. haftada normal yenidoğan yanıtı gibi olur. Genellikle 3 ayda kaybolur. Bazı çocuklarda 6 aya kadar sürebilir.
- **Emme refleksi:** 32-34. gestasyon haftalarında gelişir. Bu haftalarda arama refleksi de alınabilir. Emme refleksi uyanık durumda 4. aya, uykuda 7. aya kadar devam eder.
- **Yakalama refleksi:** 28. Haftada başlar. 2 aylıktan sonra istemli yakalamanın başlamasıyla elde bu refleks kaybolur. Ayakta ise 10 aya kadar devam eder.
- **Tonik boyun refleksi:** Yatar pozisyonda çocuğun başını aniden bir tarafa çevirmekle o taraf ekstremitelerde ekstansiyon, karşı tarafta fleksiyon görülmesidir. Doğumdan 3-4 hafta sonra belirgin olur. Pozisyonun birkaç saniyeden uzun sürmesi, yalnız bir tarafta alınması ve 7. aydan sonra bulunması patolojiktir. Piramidal veya ekstrapiramidal lezyon varlığını gösterir.
- **Basma ve otomatik yürüme:** Ayağın sırtı muayene masasına değiştirildiğinde bacakta fleksiyon, bunu izleyerek düz bir yüzeye getirildiğinde o bacakta ekstansiyon, diğer bacakta fleksiyon görülmesidir.
- **Paraşüt refleksi:** Karnından-gövdesinden tutularak askıya alınan bir bebeğin aniden düşmüş gibi aşağı doğru hareket ettirilmesi halinde bebek koruyucu bir mekanizma olarak kollarını ekstansiyona getirerek açar. Paraşüt refleksi yürümeye başlamadan önce başla

44. Aşağıdakilerden hangisi preterm bir bebekte nekrotizan enterokolit gelişimi riskini artıran faktörlerden birisi değildir?

- A) Yoğun fototerapi
- B) Anemi
- C) Enteral beslenme
- D) Polistemi
- E) Exchange transfüzyon

44 – A

Yenidoğan döneminin **en sık** hayati tehlike yaratan gastrointestinal acili olan nekrotizan enterokolit, immatür barsak sisteminin çeşitli etkenler sonucu nekrozu ile seyreder.

**Risk faktörleri**

1. **Prematürite:** NEK özellikle prematüre infantların sorunudur. Vakaların **> %90'ini yüksek riskli prematürelere, < %10'unu ise term bebekler** oluşturur.
2. **Asfiksi ve kardiyopulmoner distres:** Perinatal asfiksi, hipoksi, RDS, PDA, siyanotik kalp hastalıkları, şok, anemi gibi oksijenizasyonu bozan durumlar intestinal iskemiye neden olur.
3. **Enteral beslenme:** NEK'li vakaların %90-95'i enteral beslenmiştir.
4. **Polistemi ve hipervizkozite:** Barsak kanlanması bozar
5. **Umbilikal kateterizasyon ve exchange transfüzyon:** İntestinal mukozada iskemik değişikliklere neden olur.
6. **Enterik patojenik mikroorganizmalar:** E. Coli, Klebsiella, Clostridium perfringens, Staf. epidermidis ve rotavirüsler suçlanmaktadır.

45. Rh kan uyumsuzluğu durumunda aşağıdakilerden hangisi beklenmez?

- A) Kalp yetmezliği
- B) Hepatosplenomegali
- C) Kolestaz
- D) Hipoglisemi
- E) Trombositoz

45 – E

Annede oluşan anti-D antikorlar plasentadan geçerek fetusta şiddetli hemolize neden olabilir. İÜ dönemde **anemi**, doğumdan sonra **hiperbilirubinemi** önemli sorundur. İÜ dönemde bebek hemolize eritrosit yapımını artırarak cevap verir, bu nedenle periferik kan yaymasında çekirdekli eritrositler ve retikülositoz görülür (**eritroblastozis fetalis**). Anemi kompanse edilemediğinde **kalp yetmezliği**, **kardiyomegali**, solunum sıkıntısı, masif anazarka ve dolaşım kollapsı gelişebilir. İki veya daha fazla fetal kompartmanda (cilt, plevra, perikard, plasenta, periton, amniyotik sıvı) aşırı, anormal sıvı birikimi **hidrops fetalis** olarak adlandırılır.

Kemik iliği dışında aktif eritropoez olur ve **hepatosplenomegali** gelişir. Şiddetli Rh uyumsuzluğu durumunda peteşi, purpura, **trombositopeni**; pankreas adacık hücre hiperplazisi (**hiperinsülinemi** ve doğum sonrası **hipoglisemi**); karaciğerde fokal hücre nekrozu ve **kolestaz** olabilir. Her yeni Rh (+) gebelikte hastalığın şiddeti daha artar.



**46. Aşağıdakilerden hangisi respiratuvar distres sendromu ve yoğun bakım komplikasyonlarından değildir?**

- A) Renovasküler hipertansiyon  
B) Persistan pulmoner hipertansiyon  
C) Portal hipertansiyon  
D) Patent ductus arteriosus  
E) Pnömotoraks

**46 – B****RDS ve Yoğun Bakımın Komplikasyonları**

- Entübasyona ait komplikasyonlar:** Tüp tıkanmasına bağlı asfiksi, entübasyon veya aspirasyon sırasında kardiyak arrest ve sonradan gelişen subglottik stenoz en ciddi komplikasyonlardır. Diğerleri travmaya bağlı kanama, posterior faringeal psödo-divertikül, tüp enfeksiyonları, vokal kord zedelenmeleri ve papilomları , laringeal ödem ve ülserler,persistan ses kısıklığı ve stridordur.
- Umbilikal arter kateterizasyon riskleri:** Vasküler emboli, tromboz, perforasyon ve spazm; abdominal organlarda iskemi; enfeksiyon; kanama ve bacaklara giden kan akımının azalması ve sonrasında gangren; **renovasküler hipertansiyon**.
- Umbilikal ven kateterizasyon riskleri:** Bircok açıdan umbilikal arter kateterizasyonu ile benzer riskler taşır. Kateter sağ atriuma yerleştirilirse kardiyak perforasyon ve perikardial tamponat; **portal ven trombozu ve portal hipertansiyon** diğer risklerdir.
- İntraventriküler-periventriküler kanamalar**
- Pulmoner hava kaçağı:** Hem tedavinin (barotravma) hem de RDS'nin komplikasyonu
- PDA:** Düzelmekte olan RDSli bir yenidoğanda açıklanamayan apne, hiperdinamik prekordium, sıçrayıcı nabız, artmış nabız basıncı, üfürüm, karbondioksit retansiyonu,oksijen ihtiyacında artış, kardiyomegali ve hepatomegali ile kendini gösterebilir.
- Prematüre Retinopatisi:** Oksijen tedavisinin komplikasyonudur.
- Kronik akciğer hastalığı (KAH)**

47. Miadında 2200 gr olarak doğan yenidoğanda mikrosefali, hipertoni, kısa sternum, atnalı böbrek, ventriküler septal defekt ve baş parmak tırnağında hipoplazi tespit ediliyor.

**Bu çocukta en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?**

- A) Down sendromu  
B) Trizomi 18  
C) Trizomi 13  
D) Cri du chat sendromu  
E) Rubinstein taybi sendromu

**47 – B****Trizomi 18, Edwards sendromu: İnsidans 1/6000 doğum (en sık ikinci trizomi).**

- Düşük doğum ağırlığı
- Parmak fleksiyon deformitesi: işaret parmak, ortanın ve 5. parmak, 4. parmağın üzerine binmesi ile yumruklanmış el, hipoplazik tırnaklar (özellikle başparmakta), parmak pulpası cilt çizgilerinin kavsinde düzleşme
- Mental gerilik ve hipertoni
- Mikrosefali, belirgin oksiput, mikrognati, düşük kulak, kısa palpebra, yüksek damak
- Kısa sternum, dar pelvis ile kısıtlı abdüksiyon, rocker-bottom feet (belirgin kalkaneus)
- Kardiyak malformasyon: VSD, ASD, PDA
- Renal malformasyon: At nalı böbrek, ektopik böbrek, çift ureter
- % 95'ilk yılda ölüm.

48. Hartnup hastalığı ile ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

- A) Nötral aminoasidüri vardır
- B) Plazma nötral aminoasit düzeyi azalmıştır
- C) İntermittan ataksi görülür
- D) Otozomal resesif geçişlidir
- E) Tedavide nikotinik asit kullanılır

48 – B

Hartnup hastalığı otozomal resesif geçişlidir. **Nötral aminoasidlerin** (alanin, serin, treonin, fenilalanin, valin, lösin, izo-lösin, triptofan, histidin, tirozin) **intestinal mukoza ve renal tubuluslardan transportunda defekt vardır.**

Hastaların çoğu asemptomatiktir. Majör klinik semptom; **ciltte güneş gören bölgelerde fotosensitivitedir.** Cildin güneş gören bölgelerinde **pellegra-like raş** görülür. Döküntü kaşıntılı ve kronik egzema şeklinde olabilir. Bazı hastalarda ciltte raş olmadan **intermittan ataksi** görülür. **Epizodik psikolojik değişiklikler** görülebilir.

**Aminoasidüri nötral aminoasitlerle sınırlıdır.** Bu özelliği nedeniyle Hartnup hastalığı generalize aminoasidüri olan Fankoni sendromundan ayırt edilir. **Nötral aminoasidlerin plazma konsantrasyonları normaldir.** Bu görünürde beklenmeyen bulgu aminoasitlerin dipeptidler olarak absorpsiyonuna bağlıdır, zira Hartnup hastalığında küçük peptidlerin taşınması sağlamdır. İntestinal mukozadan emilemeyen triptofanın bakterilerce parçalanması sonucu indol derivelerinin (özellikle indikan) atılımı artmıştır. **Tanı nötral aminoasitüri ile konur.**

Semptomatik olan hastalara **nikotinik asit veya nikotinamid (50-300 g/ gün) ve yüksek konsantrasyonda protein içeren diyet** uygulanması iyi sonuçlar verir.

49. Altı günlük bebek acil servise emmeme, uykuya eğilim, solunumun 15-20 saniye durması şikayetiyle getiriliyor. Yapılan incelemede hastanın kan şekeri 36 mg/dl , beyaz küresi 3 bin/mm<sup>3</sup> , trombosit 190 bin/mm<sup>3</sup> , CRP negatif olarak saptanıyor. Arteryal kan gazında pH 7.26,HCO<sub>3</sub> 12, serum amonyağı 1040uM olarak ölçülüyor.

**Bu çocukta en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?**

- A) Ornitin transkarkamilaz eksikliği
- B) Arginaz eksikliği
- C) Sepsis
- D) Galaktozemi
- E) Metilmalonik asidemi

49 – E

Yenidoğan döneminde bu şikayetlerle gelen hastada öncelikli olarak sepsis/menenjit düşünmek gerekir. Ancak hastanın akut faz reaktanlarının negatif olması ve trombositopeni olmaması sepsisten uzaklaştırır. Bu durumda akla ilk olarak doğuştan metabolik hastalıklar gelir.

Serum amonyak düzeyinin yüksekliği ve metabolik asidoz galaktozemi dışlar. Geriye kalan üç hastalıkta hiperamoniemi yapabilir. Ancak metabolik asidoz, hipoglisemi ve nötropeni bir organik asidemi olan metilmalonik asidemi olasılığını en güçlü yapar.

50. Çölyak hastalığının en sık görülen semptomu aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Büyüme geriliği
- B) Abdominal şişkinlik
- C) Kilo kaybı
- D) Çomak parmak
- E) İshal

## 50 – E

**Diyare en sık semptomdur, akut veya sinsi başlayabilir.** Dışkı karakterisitik olarak soluk, cıvık ve bol hacimlidir. **Kusma yada gelişme geriliği** olabilir. Çocukların %10 kadarı endokrin veya aşikar GİS bozukluğu olmadan **büyüme geriliği** nedeni ile endokrin uzmanlarına yönlendirilirler. **Anoreksiya sıktır ve kilo kaybı yada kilo alamamanın** ana sebebi olabilir. **Kaslar giderek zayıflar ve erir.** Gluten sensitif enteropatili infantlar çoğu kez, **yapışkan, huzursuz, mutsuz çocuklardır. Abdominal şişkinlik** sıktır. **Çomak parmak, ödem ve rektal prolapsus** görülebilir.

51. Aşağıdakilerden hangisi hipertrofik pilor stenozu riskini artıran nedenlerden birisi değildir?

- |   |   |
|---|---|
| A) Annede hipertrofik pilor stenozu varlığı | B) Kız cinsiyet                                       |
| C) Kan grubunun B veya O olması             | D) Ductusu açık tutmak için prostoglandin E kullanımı |
| E) Eritromisin kullanılan prematür bebek    |   |

## 51 – B

HPS 1/3000 canlı doğumda görülür. Beyazlarda sık, siyahlarda ve Asyalılarda nadirdir. **Erkekler (özellikle ilk çocuk) kızlardan 4 kat fazla etkilenir. HPS olan anne (daha çok) ve babaların çocuklarında HPS riski daha yüksektir.** HPS olan annelerin erkek çocuklarında %20, kızlarında %10 HPS gelişir. Kan grubu **B ve O olan bebeklerde insidans artmıştır.** HPS, TÖF'ü içeren diğer konjenital anomalilere eşlik eder.

Sebebi bilinmez, fakat bir çok faktör suçlanmıştır. **HPS genellikle doğumda mevcut değildir.** Anormal kas inervasyonu, anne sütü ile beslenme ve üçüncü trimesterde maternal stres suçlanmıştır. Ayrıca, yüksek serum prostaglandinleri, düşük pilor nitrik oksit sentaz düzeyleri ve bebekte hipergastrinemi bulunmuştur. **Duktus arteriosusu açık tutmak için dışardan PGE verilmesi ve prematür bebeklerde eritromisin kullanımı ters reaksiyona yol açarak HPS'ye eşlik eder. Eozinofilik gastroenterit, epidermolizis bülloza, trizomi 18, ve Turner, Smith-Lemli-Opitz ve Cornelia de Lange sendromlarına da HPS eşlik edebilir.**

52. Juvenil dermatomyozitin en sık görülen komplikasyonu aşağıdakilerden hangisidir?

- |                           |                          |
|---------------------------|--------------------------|
| A) Aspirasyon pnömonisi   | B) Subcutan kalsinozis   |
| C) Kişilik değişiklikleri | D) Parsiyel lipodistrofi |
| E) Barsak enfarktüsü      |                          |

## 52 – A

Çocukluk çağı inflamatuvar myozitin en sık nedenidir. Kutanöz bulgularla giden vaskulopati, kas güçsüzlüğüne neden olan fokal myozit alanları ve immünosupresif tedaviye hızlı yanıtla karakterizedir.

**Raş** genellikle güneş gören yerlerde başlar ve olguların %50'sinde görülür, hastaların %25'inde ek olarak kas zayıflığı vardır. Karakteristik periorbital menekşe renkli eritem (**heliotrop**) burun köküne, kulak kepçesine uzanabilir. **Ödem** periorbital olabileceği gibi skalpte veya generalize olabilir. Raş kırmızı renkli ve palpabledir. Genellikle falangeal metakarpal interkarpal falangeal (**Gottron papülleri**), diz, dirsek ve ayak bileği medial malleolünde yerleşir. Kutanöz tutulum, ekstremitelerin ekstansör yüzlerini gövdeye ve kalçaya yayılabilir

**Proksimal kas tutulumu** kendisini merdiven çıkamama, saçları tarayamama, oturduğu yerden kalkamama veya Gowers bulgusu ile gösterir. Boyunda fleksör kaslar zayıftır. Başın yataktan kaldırılamaması ilk bulgu olabilir. Kaslar dokunmakla hassasdır, bu yüzden çocuklar sarılmak istemezler.

**Üst solunum yolu kaslarındaki koordinasyon bozukluğu** sonucu ses kısıklığı gelişir, sekresyonlar yutulamaz hale gelir. **Disfaji** kötü prognoz kriteridir ve varlığı acil hastaneye yatış ve tedavi başlama endikasyonudur. **GİS düz kaslarındaki azalma** nedeniyle kabızlık, abdominal ağrı ve diare gelişebilir. Bu daire ve ağrı GİS kanamanın göstergesi olabilir.

**Kardiyak** tutulum kendisini iletim bozukluklarıyla gösterebilir. Dilate kardiyomyopati saptanabilir.

Polimyoziit/skleroderma (Pm/Scl) antijenlerine karşı gelişen antikorlar, parmakları etkileyerek, kutanöz elastisitesinin kaybolmasına neden olabilir (**mekanik el**)

Aspirasyon pnömonisi en sık görülen komplikasyondur.

Progresif barsak enfarktüsü perforasyon ve ölüme neden olabilir.

Depresyon ve kişilik dalgalanmaları hastalığın bir parçasıdır ve steroid tedavisi ile artabilir.

Kalsinozis kronik enflamasyon nedeniyle olguların %25'inde görülür. Özellikle subkutan dokuda gelişir. Nidus oluşumuna neden olarak enfeksiyona (çoğunlukla staf) zemin hazırlar. Septisemi ve ölüme neden olabilir.

Parsiyel lipodistrofi (>%10) görülebilir. Ekstremitelerde sub kutan yağ dokusu azalır.

**53.** Bir yaşında erkek çocuk solukluk nedeniyle getiriliyor. Laboratuvar incelemelerinde hemoglobin düzeyi 8 g/dL, MCV 66 fl, MCH 18 pg, eritrosit sayısı  $3.5 \times 10^6/\text{mm}^3$ , RDW 19 olarak bulunuyor. Periferik yaymada hipokromi, mikrositoz ve anizositoz gözleniyor.

**Bu çocuk için en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?**

- |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|
| A) $\beta$ –talasemi       | B) $\alpha$ –talasemi      |
| C) Demir eksikliği anemisi | D) Kronik hastalık anemisi |
| E) Folat eksikliği         |                            |

**53 – C**

**54. Önceki soruda sözü edilen çocukta tanıyı kesinleştirmek için yapılması gereken test aşağıdakilerden hangisidir?**

- |                                    |                          |
|------------------------------------|--------------------------|
| A) Hemoglobin elektroforezi        | B) Serum ferritin tayini |
| C) DNA analizi ile mutasyon tayini | D) Folik asit tayini     |
| E) CRP, sedimentasyon tayini       |                          |

**54 – B**

Vaka bir hipokrom mikrositer anemi ayırıcı tanısı sorusudur. Dolayısıyla makrositer anemi nedeni olan folat eksikliği olmaz. Kronik hastalık varlığından da söz edilmemektedir. Hastada herhengi bir hemoliz bulgusundan bahsedilmemesi talasemi tanılarından uzaklaştırır.

Hemoliz bulgusu olmaması dışında RDW'nin yüksek olması ve eritrosit sayısının düşük olması demir eksikliği anemisini en sık ayırıcı tanısına giren  $\beta$  –talasemi minörden ayırt ettirir. Demir eksikliği anemisi tanısında vücut depo demir düzeyini kanda en iyi yansıtan parametre olan ferritin düzeyindeki düşme kullanılabilir.

**55. Aşağıdaki kanama diatezlerinin hangisinde desmopressin asetat (DDAVP) tedavide etkilidir?**

- |                     |                    |
|---------------------|--------------------|
| A) Hafif hemofili A | B) Orta hemofili A |
| C) Ağır hemofili A  | D) Hemofili B      |
| E) Hemofili C       |                    |

**55 – A**

Hafif hemofili A olan hastalar desmopressin asetat (DDAVP) ile endojen F VIII üretimi yapabilirler. Orta ve ağır vakalarda ve hemofili B'de DDAVP etkisizdir. Hemofili C 'de F XI konsantrisi olmadığı için tedavide taze donmuş plazma (TDP) verilir.

WH'nin en sık formu tip 1'dir. Bu hastalarda sentetik ilaç DDAVP endotel hücrelerinden vWF salınımını uyarır. Bazı tip 2 varyantlarında da etkili olur.

**56. Hangisi febril nöbetin tekrarlama riskini artıran major risk faktörüdür?**

- A) 1 yaşından küçük olmak  
B) Erkek cinsiyet  
C) Kompleks febril nöbet  
D) Hiponatremi  
E) Ailede febril konvülsiyon öyküsü

**56 – A**

Pediatrinin temel kitabı Nelson Pediatrics'in son baskısında yer alan febril konvülsiyonun rekürrens ve epilepsi gelişim risk faktörleri sınavda çıkma olasılığı yüksek olduğundan mutlaka dikkat edilmelidir.

FK REKÜRRENS RİSK FAKTÖRLERİ	
Major	Minor
< 1yaş	Ailede FK veya Epilepsi öyküsü
Ateş süresi<24 saat	Kompleks FK
Ateş38-39 C	Erkek cinsiyet
	Düşük serum Na

**FEBRİL NÖBETTE EPİLEPSİ GELİŞİM RİSKİNİ ARTTIRAN DURUMLAR:**

- Kompleks FK (%6)
- Fokal kompleks FK (%29)
- Basit FK (%1)
- Rekürren FK (%4)
- Ailede epilepsi öyküsü (%18)
- FK önce ateşin < 1 saat sürmesi (%11)
- **Nörolojik gelişim anomalisi (%33)**

**57. Aşağıdakilerden hangisi tuberosklerozisin klinik bulgularından birisi değildir?**

- A) Hipopigmente 'ash-leaf' lekeleri  
B) Hiperpigmente 'cafe au lait' lekeleri  
C) Sebace adenom  
D) Lumbosakral 'shagreen' yaması  
E) Aksiler çillenme

**57 – E**

Tuberosklerozis deri lezyonları, epileptik nöbetler ve mental retardas-yondan oluşan triad ile karakterizedir. Bebeklikte **infantil spazm** ve **EEG' de hipsaritmi** ile gelebilir. Hastaların % 90'ında düz, **hipopigmente "ash-leaf" lekeleri - dişbudak ağacı yaprağı** - Wood lambası altında daha iyi görülebilir. **Mental retardasyon** insidansı yüksektir.

Çocuklukta TS jeneralize nöbetler ve patognomonik cilt lezyonları ile başvurur. **Sebace adenomlar** 4-6 yaş arasında gelişir: Burun ve yanakların üzerünse kırmızı nodüller şeklinde görünür ve akne ile karışabilirler. **Shagreen patch** tipik olarak lumbosakral bölgede yerleşen portakal kabuğuna benzer, kaba, ciltten kabank lezyonlardır ve TS için karakteristiktir.

**Periungal fibromlar** adolesan dönemde oluşur. **Retinal hamartom** veya **fakoma** olabilir. Beyin tümörleri NF kadar sık değildir, ama tuberler malign astrositomaya dönüşebilir. **Kalpte rbdomiyomlar, böbrekte hamartomlar ve polikistik hastalık ve akciğerde anjiomiolipomlar** (sonucu kistler ve pnömotoraks) olabilir.

Bugüne kadarki TUS sınavlarında 21 soru ile en çok sorulan başlıklardan olan nörokütan hastalık sorusunda aksiler çillenme dışındaki cilt bulguları görülür. Aksiler ve inguinal çillenme ise nörofibromatozis tip 1'in klinik bulgusudur. Özellikle tuberoskleroziste hem hipopigmente'ash-leaf' lekeleri hem de hiperpigmente 'cafe au lait' lekelerinin ortaya çıkabileceği bilgisi bu soruda yanılmamızı engelleyecektir.

58. Sünnet sonrası aşırı kanaması olan 2 yaşındaki erkek çocuğun fizik muayenesinde alt ekstremitelerinde ekimoz, ciltte peteşiler ve yüzünde atopik dermatit tespit ediliyor. Hastanın daha önce üç kez otitis media ve iki kez pnömoni nedeniyle tedavi gördüğü öğreniliyor.

**Bu çocukta en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?**

- A) X'e bağlı lenfoproliferatif sendrom
- B) X'e bağlı Agamaglobulinemi
- C) IgM yüksekliği ile giden X'e bağlı immün yetmezlik
- D) Wiskott Aldrich sendromu
- E) Chediak Higashi sendromu

58 – D

**Wiskott Aldrich Sendromu (WAS) X' bağılı resesif geçer. Atopik dermatit, trombositopenik purpura, normal görünen megakaryositlere karşı küçük defektif trombositlerle karakterizedir.** Etken protein WAS proteini olarak adlandırılır.

Klinik olarak WAS genellikle erken bebeklik döneminde **trombositopeniye** (10000-50000/mm<sup>3</sup>) bağılı kanamalarla kendini gösterir. Kanlı ishali intrakranial kanama, göbekten aşırı kanama veya **sünnet sonrası aşırı kanamanın varlığı ilk bulgu olabilir**. Trombositopeni başlangıç döneminde antitrombosit antikorlara bağılı değildir. **Atopik dermatit ve rekürren enfeksiyonlar genellikle ilk 1 yaşta ortaya çıkar.**

Enfeksiyonlara, pnömokok ve diğer polisakkarit kapsüllü bakteriler sebep olur. Enfeksiyonlar otitis media, pnömoni, menenjit ya da sepsis olarak karşımıza çıkar. Daha ileri yaşlarda, P. carinii ve herpesvirüs gibi etkenlere bağılı enfeksiyonlar daha sık görülmeye başlar. Otoimmün hastalıklar (otoimmün hemolitik anemi, artrit, vaskulit) sıktır.

Genellikle ergenlik döneminden önce hastalar enfeksiyonlar, kanama, ve EBV'nin tetiklediği malignansiler nedeniyle kaybedilirler. *Ayırıcı tanıda ITP düşünülmemelidir.* Trombosit volüm ölçümüyle tanı desteklenir. ITP'den farklı olarak WAS'da trombositlerin ortalama volümü (MPV) 3,8-5 fL arasındadır (normal: 7.1-10.5).

59. **Juvenil kronik myelositer lösemi için aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?**

- A) İki yaş altında görülür
- B) Hastaların Filedefiya kromozomu yoktur
- C) Cilt lezyonları ve hepatosplenomegali sıktır
- D) Lökositoz genellikle > 100 bin/mm<sup>3</sup>
- E) Periferde normoblast görülebilir, HbF artmıştır

59 – D

Juvenil miyelomonositik lösemi olarak da bilinen JKML **2 yaş altında görülür. Hastaların Filedefiya kromozomu yoktur.** Erkeklerde kızlardan iki kat daha sık görülür. Hastalar genellikle **lenfadenopati** (sıklıkla süpüratif) ve buna eşlik eden trombositopeni ve ateş ile getirilirler. Hastalarda sıklıkla **cilt lezyonları (ekzama, ksantoma, cafe au lait lekeleri)** ve **hepatosplenomegali** vardır. HSM masif olabilir ve solunum güçlüğü yapabilir. Nörofibromatozis tip I 'de JKML insidansı artmıştır. Çocukluk çağı isemilerinin %2'den azı JKML'dir.

Periferik yaymada monositoz, artmış kemik iliği prekürsörleri, kemik iliğinde %30'dan az blast; anemi, trombositopeni, ve **lökositoz (genellikle <100.000/mm<sup>3</sup>)** vardır. **Periferde normoblast görülebilir. HbF artmıştır.**

**Esas tedavi yaklaşımı kemik iliği transplantasyonudur.** Juvenil KML'li hastaların çoğu tanıyı takiben 1-2 yıl içinde kaybedilirler.

## JKML ile KML'nin ayırıcı tanısı;

KML	JKML
t(9;22) (+)	(-)
10-14 yaş oç	< 2 yaş oç
Lökositoz>100 bin Trombositoz Anemi SM	Lökositoz<100 bin Trombositopeni Anemi HSM, LAP
(-)	cilt lezyonları (Egzema, ksantom, cafe au lait),
Hidroksiüre α-INF KİT	KİT

60. Aşağıdakilerden hangisi Hodgkin hastalığının çocuklarda görülen en sık histolojik tipidir?

- A) Lenfositten zengin
- B) Nodüler sklerozan
- C) Mikst hücreli
- D) Lenfositten fakir
- E) Anaplastik büyük hücreli

## 60 – B

**Rye Sınıflandırması** 4 majör histolojik subtip tanımlar:

1. **Lenfositten zengin:** %10–15 görülür. Erkeklerde ve küçük hastalarda daha sıktır. Genellikle lokalize hastalık yapar, **prognozun en iyi olduğu tipdir.**
2. **Nodüler sklerozan: En sık görülen tip** olup küçük hastaların %40'ı ve adolesanların %70'i bu gruptadır.
3. **Mikst hücreli:** İkinci sıklıktaki tipdir, vakaların % 30'unu oluşturur. 10 yaş altında daha sıktır ve çoğu kez ekstranodal tutulum ile ilerlemiş hastalık olarak başvurur. **Reed-Sternberg hücrelerin (RSH) en bol görüldüğü tiptir.**
4. **Lenfositten fakir: En az rastlanan ve prognozu en kötü olan** tiptir.

Yeni WHO/REAL (Dünya Sağlık Örgütü / Revize Avrupa Amerika Lenfoma) sınıflaması eski Rye sistemine 2 değişik tip ilave eder: Nodüler lenfosit predominant ve Hodgkin-benzeri anaplastik büyük hücreli lenfoma. İlkinin prognozu mükemmeldir, ikincisi standart HH tedavisine kötü yanıt verir, agresif NHL kemoterapisi gerektirir.

## 61. Aşağıdaki amenore ve seksüel infantilizm nedenlerinden hangisi hipogonadotropik hipoandrogenizm nedenidir?

- A) 17 α hidroksilaz eksikliği
- B) Kallman sendromu
- C) Galaktozemi
- D) 17-20 desmolaz eksikliği
- E) Saf gonadal disgenezi

## 61 – B

Dişilerde hipogonadotropik hipogonadizm nedenleri;

Hipopitüitarizm

- Organik lezyon
- İdiopatik

İzole gonadotropin eks

- Kallmann Syd.

Diğer hastalıklar

- Laurence-moon-biedl
- Carpenter syd
- Prader-Willi
- Ciddi Talasemi
- Anoreksia nervosa

## 62. Aşağıdaki parametrelerden hangisi uygunsuz ADH salınımı ile uyumludur?

- |                                  |                           |
|----------------------------------|---------------------------|
| A) Serum Na yüksek               | B) İdrar çıkışı yüksek    |
| C) İdrar Na atılımı yüksek       | D) İnvasküler volüm düşük |
| E) Serum ürik asit düzeyi yüksek |                           |

## 62 – C

UADHS Düşük serum osmolalitesi veya artmış invasküler volüm tarafından inhibe edilmeyen ADH sekresyonu vardır. UADHS olan çocuklar su atamazlar. Bu durum serum Na'unun dilüsyonu ve **hiponatremi** ile sonuçlanır. Hücre dışı sıvı ve **invasküler volüm hafif artar**. **Böbrek** volümü normale düşürmek için **Na atılımını artırır**, böylece hastaların total Na'u azalır.

UADHS çocuklarda sık görülmez, çoğu vaka santral Dİ tedavisinde aşırı vazopresin verilmesinden kaynaklanır. UADHS ayrıca **SSS patolojilerinde (ensefalit, beyin tümörleri, kafa travması, tüberküloz menenjit, postiktal dönem)** görülür, ancak **akciğer hastalığı (pnömoni) ve tümörler diğer olası nedenlerdir**. Hipotalamus-hipofiz cerrahisinden 1 hafta sonra hastaların % 35'inde bulunur. Karbamazepin, klorpropamid, vinkristin, vinblastin ve trisiklik antidepresan gibi ilaçlar da UADHS yapabilir.

**UADHS bir ekartasyon tanısıdır, diğer hiponatremi nedenleri elenmelidir. Düşük serum ürik asit ve BUN destekleyicidir.**

63. Çocukluk çağında sporadik guatrın en sık nedeni aşağıdakilerden hangisidir?

- |                                 |                         |
|---------------------------------|-------------------------|
| A) Lenfositik tiroidit          | B) İyot alımı           |
| C) Tiroid hormon sentez defekti | D) Basit koloidal guatr |
| E) Multinodüler guatr           |                         |

## 63 – A

SPORADİK GUATR NEDENLERİ

- **Lenfositik tiroidit:** Sporadik guatrın en sık nedenidir
- Tiroid hormon sentez defekti
- **İyot alımı:** En sık ekspektoranlar ve amiodaron yoluyla alınır..
- Lityum karbonat
- Basit (koloid) guatr
- Multinodüler guatr



64. On yaşındaki erkek çocuğun bir haftadır devam eden halsizlik, baş ağrısı, hafif ateş ve kuru öksürük şikayeti mevcut olup fizik muayenesinde genel durumu iyi olan hastanın akciğerlerinde raller, servikal lenfadenopati, konjunktivit ve otit mediasi tespit ediliyor. Ayrıca hastada 2 gün önce çıkan ciltte makülopapüler döküntü tespit ediliyor.

**Bu çocukta en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?**

- |                           |                           |
|---------------------------|---------------------------|
| A) Enfeksiyöz mononükleaz | B) Adenovirüs enfeksiyonu |
| C) RSV pnömonisi          | D) Mycoplasma pnömonisi   |
| E) Pnömokoksik pnömoni    |                           |

64 – D

65. Yukarıda bahsedilen çocukta tedavide öncelikli olarak aşağıdakilerden hangisi tercih edilmelidir?

- |                |                  |
|----------------|------------------|
| A) Amoksisilin | B) Ribavirin     |
| C) Asiklovir   | D) Klaritromisin |
| E) Seftriakson |                  |

65 – D

#### Mycoplasma pnömonisi

*Toplumdan kazanılan pnömonilerin sık görülen formudur. 5-9 yaş arasındaki çocuklarda görülen pnömonilerin %33'ünden sorumlu iken, 9-15 yaş grubunda bu oran %70'tir.*

Semptomlar yavaş gelişir, halsizlik, baş ağrısı, fotofobi ve hafif ateşle başlayabilir. Birkaç gün sonra inatçı kuru bir öksürük ortaya çıkar. Öksürük 3-4 haftaya kadar uzayabilir. Burun akıntısı yoktur. Çocuğun genel durumu iyidir.

**Fizik Muayene:** raller, vizing, bronşial ses duyulabilir. Farenjit, servikal adenopati, konjunktivit, büllöz mirinjit ve otitis media pnömoniye eşlik edebilir. Hastaların % 10 kadarında makülopapüler döküntü görülür. Bu bulgu varsa tanı için çok anlamlıdır. Genellikle 3-4 haftada iyileşir.

**Radyolojik bulgular:** Sıklıkla her iki akciğerde parakardiyak kelebek tarzı infiltrasyonlar görülürken, bazı hastalarda lobar konsolidasyon da olabilir. Plevral efüzyon vakaların %5 kadarında görülür.

Lökosit sayısı genellikle normal, ESH yüksektir.

Ekstra pulmoner komplikasyonlar sıktır:

- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| • Hemolitik anemi               | o Periferik nöropati                        |
| • Poliartrit                    | o Serebellar ataksi                         |
| • Tromboembolik komplikasyonlar |   |
| • Nörolojik sendromlar          | <b>Tanı:</b>                                |
| o Meningoensefalit              | Seroloji                                    |
| o Transvers myelit              | Soğuk aglütininer (>1/128)                  |
|                                 | Spesifik IgM antikorlarının varlığı (>1/32) |
|                                 | PCR   |

**Tedavi:** Eritromisin, klaritromisin, azitromisin, tetrasiklin

66. Çocukluk çağı astım tedavisinde altın standart ilaç grubu aşağıdakilerden hangisidir?

- |                                     |                                      |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| A) Sistemik kortikosteroidler       | B) Non steroid kromolin              |
| C) İn hale glukokortikoidler        | D) Lökotrien reseptör antagonistleri |
| E) Kısa etkili $\beta_2$ agonistler |                                      |

## 66 – C

- İnhalasyon glukokortikoidler

Flutikazon propionat, budesonid, triamsinolon asetat, beklametazon, flunisolide

Astım tedavisinin altın standart ilaçlarıdır.

Astım semptomlarını baskırlar,

Pulmoner fonksiyonları düzeltirler,

Bronşial reaktiviteyi azaltırlar,

En sık görülen yan etki oral kandidiazis ve ses kısıklığıdır.

Boy uzamasında geçici duraklamaya neden olur. Erişkin boyu etkilenmez.

Uzun süre yüksek doz inhale KS kullanan çocuklar osteoporoz açısından değerlendirilmelidir.

- Sistemik kortikosteroidler

Astım atağı dışında, diğer tedaviler ile kontrol altına alınamayan ağır persistan astımda nadiren kullanılırlar

- Uzun etkili  $\beta_2$  agonistler

Salmoterol, formoterol

Nokturnal semptomları olan hastalarda,

Egzersizle indüklenen astımda sık  $\beta_2$  agonist gereksinimi varsa endikedir.

- Lökotrien düzenleyiciler

Lökotrien reseptör antagonistleri:

Zafirlukast, montelukast. Astım semptomlarını iyileştirir,  $\beta_2$  kullanımını azaltır, pulmoner fonksiyonları düzeltir.

Lökotrien sentez inhibitörleri:

Zileuton, 12 yaş altında kullanılmaz.

*Egzersiz, aspirin ve allerjenle indüklenen bronkospazmı engeller.*

- Nonsteroidler

Kromolin, Nedokromil

Egzersiz ve allerjenle indüklenen bronkospazmı inhibe ederler.

Egzersiz astımında  $\beta_2$  agonistler yetersizse veya yan etki oluşturduysa tek başına veya kısa etkili  $\beta_2$  agonistlerle kombine kullanılabilir.

Hafif persistan astımda alternatif ilaçtır.

- Teofilin

Bronkodilatör etkileri yanında antiinflamatuvar etkileri de vardır.

Terapotik kan düzeyi ile yan etki oluşturan kan düzeyi birbirine çok yakındır. Bu nedenle potansiyel toksik etkileri nedeniyle çocuklarda nadiren kullanılırlar.

*Kronik kullanımda astım semptomlarını baskılar,  $\beta_2$  agonist gereksinimini azaltır.*

- Anti-IgE (Omalizumab)

IgE'yi bağlayarak bu molekülün yüksek afiniteli reseptörüne bağlanmasını engeller. IgE üzerinden gelişen ilaçlara bağlı anafilaksiyi önler.

**67. Angüler stomatit, glossit, korneada vaskülarizasyon artışı, fotofobi ve yüzde ve genital bölgede seboreik dermatit saptanan çocukta en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?**

- A) A vitamini eksikliği
- B) Pellegra
- C) Biotin eksikliği
- D) Beriberi
- E) Riboflavin eksikliği

## 67 – E

\*\*\*Eksikliği göz bulgularına yol açan tek B vitamini riboflavindir.

## Eksiklik Etkileri (Ariboflavinozis)

- **Göz:** Fotofobi, bulanık görme, gözlerde yanma ve kaşınma, lakrimasyon, belirgin korneal vaskülarizasyon, keratit, konjonktivit
- **Ağız:** Angüler stomatit (keylozis), Magenta dili (dil papillalarında atrofi), glossit,
- **Cilt:** Yüzde, skrotal ve vulvar bölgede seboreik dermatit
- Büyüme geriliği

68. Sekiz yaşında bir erkek çocukta fizik muayenede ikinci kalp sesinin şiddetinde azalma saptanıyor: Sternum sol kenarı ve apekte ejeksiyon kliği, sternum sağ üst kenarında 4/6 sistolik ejeksiyon üfürümü duyuluyor.

Bu çocuk için en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

- |                            |                       |
|----------------------------|-----------------------|
| A) Mitral kapak prolapsusu | B) Subaortik darlık   |
| C) Pulmoner kapak darlığı  | D) Aort kapak darlığı |
| E) Subpulmoner darlık      |                       |

## 68 – C

Valvüler pulmoner stenozda sistolik ejeksiyon kliği vardır (post stenotik dilatasyona bağlıdır), infundubuler darlıkta klik yoktur. S2 geniş çift olabilir. S2 nin şiddeti azalmıştır. Sistolik ejeksiyon üfürümü pulmoner odakta iyi duyulur.

## PS'un (valvüler) kardiyak bulguları. EC: Ejeksiyon kliği

Valvüler pulmoner stenozda telegrafi: Kalp büyüklüğü genellikle normaldir. Post stenotik dilatasyona bağlı ana pulmoner arter segmenti belirgindir. KKY gelişmişse kardiyomegali görülür. Yetersizlik yoksa kardiyomegali olmaz. Pulmoner vasküler imajlar şiddetli PS' da azalabilir.

EKG: Orta derecede PS' da sağ eksen sapması ve sağ ventrikül basınç yükü vardır.

Kesin tanı EKO ve kateterle konulur

69. Bir yaşındaki bir çocuğun yapılan muayenesinde devamlı üfürümü ve nabız dolgun olarak bulunuyor.

Bu çocukta en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

- |                      |                 |
|----------------------|-----------------|
| A) VSD               | B) PDA          |
| C) ASD               | D) Venöz uđultu |
| E) Aort yetersizliği |                 |

## 69 – B

PDA sol pulmoner arter (bifurkasyon hizasında) ile inen aorta arasındaki fetal yapının devamlılığıdır. Duktus küçük ise hastalar genellikle asemptomatiktir. Büyük PDA, alt solunum yolu enfeksiyonu, atelektazi ve KKY ile sonuçta gelişme geriliğine neden olur. Devamlı üfürüm duyulur. Şant büyükse relatif mitral stenozu üfürümü olan apikal-diastolik rulman duyulur. Apeksde S3 duyulabilir. Nabızlar dolgundur. Pulmoner hipertansiyon gelişmiş ise yalnızca sistolik üfürüm duyulur.

Nabız basıncının geniş olduğu durumlar: PDA, Aort yetersizliği, Truncus arteriosus, Anemi, Ateş, Hipertiroidi, Tam A – V blok

## DEVAMLIL ÜFÜRÜMLER

- |                               |  |
|-------------------------------|--|
| PDA, aortiko pulmoner pencere | Venöz hum                                      |
| AV fistül (koroner)           | Koarktasyon (interkostal kollaterallere bağlı) |
| Truncus arteriosus            | Sinüs valsalva rüptürü                         |

70. Üç günlük bir yenidoğanda kalp yetersizliği bulguları ortaya çıkıyor. Aşağıdaki kalp hastalıklarından hangisi buna neden olabilir?

- A) Miyokardit
- B) Ventriküler septal defekt
- C) Patent duktus arteriozus
- D) Atrial septal defekt
- E) Patent foramen ovale

70 – A

Yenidoğanda ilk haftalarda sağ kalp basıncı normale göre hala yüksek olduğu için sol sağ şanlı kalp anomalileri doğumdan sonraki ilk haftalarda kalp yetersizliği nedeni olamazlar. Yenidoğanda kalp yetersizliği nedenleri: **Afsittik kardiyomyopati (en sık)**, hipoksi, asidoz, hipoglisemi, hipokalsemi, Arterio-venöz malformasyon, Aort koarktasyonu, aort stenozu, TAPVDA, Tek ventrikül, Trunkus arteriozus, Transpozisyon, miyokardit

71. Aşağıdaki böbrek hastalıklarından hangisinde C3 düzeyinde azalma beklenen bir bulgu değildir?

- A) Şant nefriti
- B) Lupus nefriti
- C) Lipoid nefroz
- D) Poststreptokoksik glomerülonefrit
- E) Membranoproliferatif glomerülonefrit

71 – C

**C3 düzeyi düşen hastalıklar**

1. MPGN

2. Endokardit

3. Lupus

4. PSGN

5. Şant nefriti

**MINIMAL CHANGE NEFROTİK SENDROM**

- Çocukluk çağı nefrotik sendromlarının %80'ini MCNS
- Genellikle 2-6 yaş (ortalama 3 yaş)
- ERKEK Sıktır
- Gross hematüri yoktur
- C3 normaldir.
- Hipertansiyon görülmez veya çok azında hafif hipertansiyon olabilir.
- Böbrek fonksiyon testleri normaldir, KBY gelişmez.
- İmmun deposit görülmez.

72. Proksimal renal tubuler asidoz için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- A) Na ve HCO<sub>3</sub> emilimi bozulmuştur
- B) En sık nedeni fanconi sendromudur
- C) İdrar pH < 5.5'dir
- D) Prognozu distal renal tubuler asidoza göre daha kötüdür
- E) Hiperkalsüri ve nefrokalsinoz görülür

## 72 – E

Proksimal tübül HCO<sub>3</sub> reabsorbsiyonunun bozulması sonucudur. Distal tubule fazladan gelen HCO<sub>3</sub> emilirken birlikte Na da reabsorbe olup K sekrete edildiğinden hipokalemi olur. Hiperkloremi vardır. HCO<sub>3</sub> kaybı genelde distal RTAdan daha ağırdır. Serum HCO<sub>3</sub> 15-18 meq/lere düşünce distal tubul gelen HCO<sub>3</sub>ün tümünü reabsorbe edebilmeye başlar. Distal tubuler asidifikasyon mekanizması normal olduğundan idrar asidifiye edilebilir.

**Tipik olarak proksimal RTA** global proksimal tüp disfonksiyonunun bir komponenti veya **Fankoni sendromu**ya da Fankoni s. düşük molekülü proteinüri, glikozüri, fosfatüri, artmış üriner Na veya K ekskresyonu aminoasidüri, urikozüri ve proksimal RTA ile karakterizedir. Primer Fankoni s.nun OD ve OR formları görülebilir.

Proximal RTA ve Fanconi s.'nin klinik manifestasyonu genellikle hayatın ilk yılında büyüme geriliği, poliüri, dehidratasyon (Na kaybına bağlı), anoreksiya, kusma, konstipasyon ve hipotoni ile olur. Fanconi sendromlu hastalar fosfat kaybına bağlı rikets semptomları geliştirebilir.

**Hiperkalsüri ve nefrokalsinoz distal renal tubuler asidozun özelliğidir. Distal RTA'nın prognozu daha iyidir.**

**73. Serum kalsiyum düzeyi 15 mg/dl olan bir hastada aşağıdakilerden hangisi kalsiyum düzeyini düşürerek, semptomların hızla ilerlemesini önlemek için ilk yapılması gereken tedavi aşağıdakilerden hangisidir?**

- A) İnorganik fosfat çözeltilerinin verilmesi
- B) IV sodyum sulfat verilmesi
- C) Ekstrasellüler sıvı açığının yerine konması
- D) Kortikosteroid verilmesi
- E) Kalsitonin verilmesi

## 73 – C

Semptomatik hiperkalsemi yada >12 mg/dl ise

İv hidrasyon

furosemid

Kalsitonin (akut tedavi için kullanılır)

Bifosfonatlar (etidronat, pamidronat): Malign hastalar, kemik yıkımını önlemek için Mithramycin, steroidler, hemodiyaliz

**74. Anal kanaldan mukuslu akıntı şikayetiyle yapılan endoskopik incelemede villöz adenom tesbit edilen hastada aşağıdaki elektrolit bozukluklarından hangisi beklenebilir?**

- A) Hiponatremi
- B) Hipernatremi
- C) Hipokalemi
- D) Hiperkalemi
- E) Hipermagnezemi

## 74 – C

GIS de tükrük, mide sıvısı ve kolonik salgıda potasyum ekstrasellüler sıvıya göre fazladır. Buralardan olan kayıplar hipokalemiye neden olur. Villöz adenomda bol miktarda mukuslu kolonik salgı olduğundan hipopotasemi nedenidir.

75. Aşağıdakilerden hangisi travma sonrası dönemde azalan hormonlardan birisi değildir?

- A) İnsülin  
B) Tiroksin  
C) Testosteron  
D) Follikül stimüle edici hormon  
E) Prolaktin

75 – E

**TRAVMAYA CEVAP OLARAK AZALAN HORMONLAR**

İnsülin (geç dönemde artar),

Tiroid Hormonları,

seks steroidleri, FSH/LH,

İnsülin benzeri BF-1

76. Hemorajik şokta verilen sıvının yeterli cevap oluşturduğunu gösteren bulgu aşağıdakilerden hangisidir?

- A) İdrar miktarının artması  
B) Tansiyonun yükselmesi  
C) Taşikardinin düzelmesi  
D) Susuzluğun azalması  
E) Arteriyel oksijenizasyonda artış

76 – A

Saatlik idrar çıkımının 15 ml üzerine çıkması resüsitasyona cevap olduğunu gösterir.

77. Aşağıdakilerden hangisi normovolemik bir hastadaki septik şokun parametrelerinden değildir?

- A) Hipotansiyon  
B) Periferik dirençte azalma  
C) Respiratuar alkaloz  
D) Arterio venöz oksijen farkında artma  
E) Kalp debisinde artma

77 – D

**SEPTİK ŞOK NORMOVLEMİK DÖNEMDE**

Deri sıcak ve kurudur

Kan basıncı düşük

CVP N düşük veya yüksek

Nabız basıncı ve stroke volüm normal

Kalp debisi normal veya yüksektir

Taşikardi ve taşipne

Orta derecede solunumsal alkaloz

**Arteriyovenöz oksijen farkında azalma gözlenir.**

78. Aşağıdakilerden hangisi oksihemoglobin disosiyasyon eğrisini sağa kaydıran faktörler arasında yer almaz?

- A) Hipertermi  
B) Kortizol  
C) Aldosteron  
D) 2,3-DPG'nin artması  
E) pH'nın artması

78 – E

**Hb-O2 disosiasyon eğrisinde sağa kaymaya neden olan faktörler:**

Hipoksi

Asidoz

2,3 DGP ↑

pCO<sub>2</sub> ↑

Kortizol, aldosteron

Tiroid hormonları

Hipertermi

Pirüvat kinaz eksikliği

Genç eritrositler

**79. Aşağıdakilerden hangisi sistemik inflamatuvar yanıt sendromunun kriterlerinden biri değildir?**

- A) Vücut sıcaklığının 36 °C den düşük olması
- B) Vücut sıcaklığının 38 °C den yüksek olması
- C) Kalp atım sayısının 90/dakikadan fazla olması
- D) Solunum frekansının 20/dakikadan az olması
- E) Lökosit sayısının 12 000/mm<sup>3</sup> ten fazla olması

**79 – D****SIRS**

Vücut ısı &gt;38°C yada &lt;36°C

Kalp hızı &gt; 90/dk

SS > 20/dk yada PCO<sub>2</sub> < 32 mmHg

BK &gt;12.000 yada &lt;4000; çomak &gt;%10

**80. Nazokomiyal enfeksiyonlar en sık kaynağı aşağıdakilerden hangisidir?**

- A) İnsizyon hattı
- B) Solunum yolu
- C) Üriner sistem
- D) İntravenöz girişim yerleri
- E) Bacağın derin venleri

**80 – C****Hastane enfeksiyonları**

En sık nasokomial enfeksiyon üriner sistem enfeksiyonlarıdır

Yoğun bakımlarda en sık enfeksiyon Gr (-) nazokomial pnömoni (en sık aspirasyon nedeniyle gelişir.

Yara enfeksiyonları (postoperatif en sık enfeksiyon), kateter sepsisi

81. **Differensiyel tiroid kanserli bir hastada aşağıdakilerden hangisi prognostik faktör olarak kabul edilir?**

- A) Soğuk nodül zemininde gelişmiş olması
- B) Yaşın 50 den büyük olması
- C) Eşlik eden hipertiroidi olması
- D) Ailesinde başka tiroid malignitesi öyküsü olması
- E) Başlangıçta Kalsiyum yüksekliği olması

81 – B

- **AGES skalası (Age, Grade'i, Extent of disease, Size of tumor)**
- **AMES skalası:** AGES'in modifikasyonudur. M=Metastaz (lenf nodu hariç)
- **MACIS skalası AGES'in bir modifikasyonudur. (Metastaz, Age, Completeness of resection, ekstratiroidal Invazyon, Size)**

82. **Adrenal adenoma sekonder gelişen Cushing sendromuna ilişkin olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- A) Nadiren maligndir
- B) Ameliyat sırasında ve sonrasında steroid tedavisi gerekir.
- C) Hipertansiyon hastalarının yarısından çoğunda vardır.
- D) Kortizol sekresyonunun diüurnal ritminin kaybı oldukça tipiktir.
- E) Etiyolojiyi belirlemede kan total kortizol düzeyi bakmak en hassas testtir.

82 – E

Cushing sendromu tanısı için en duyarlı ve özgül tarama testi 24 saatlik idrarda serbest kortizol düzeyinin ölçülmesidir.

83. **Majör cerrahi geçirmiş bir hastada, artmış santral ven basıncı, hipoksemi, nefes darlığı, takipneye bağlı hipokarbi ve Elektrokardiyografide sağ aks baskınlığı birlikte izleniyor.**

**Bu hasta için en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?**

- A) Pulmoner emboli
- B) Akut respiratuvar distres sendromu
- C) Pnömoni
- D) Pnömonit
- E) Atelektazi

83 – A

Pulmoner Emboli:

**CVP yüksekliği**

**hipoksemi, hipokarbi, nefes darlığı, göğüs ağrısı**

**EKG'de sağ ventrikül yüklenmesi**

84. **Aşağıdaki meme biyopsisi bulgularından hangisi daha sonra gelişecek karsinom açısından en yüksek riske sahiptir?**

- A) Apokrin metaplazi
- B) Atipik lobüler hiperplazi
- C) Duktal ektazi
- D) İntraduktal papillom
- E) Sklerozan adenozis



## 84 – B

Abnormality	Relative Risk
Nonproliferative lesions of the breast	No increased risk
Sclerosing adenosis	No increased risk
Intraductal papilloma	No increased risk
Florid hyperplasia	1.5 to 2-fold
Atypical lobular hyperplasia	4-fold
Atypical ductal hyperplasia	4-fold
Ductal involvement by cells of atypical ductal hyperplasia	7-fold
Lobular carcinoma in situ	10-fold
Ductal carcinoma in situ	10-fold

85. Annesinde ve teyzesinde meme kanseri olduğu bilinen 32 yaşında bir kadın hastanın sağ memesinde invaziv karsinom saptanmıştır. Bu hastada aşağıdaki genlerin hangisinde mutasyon olduğu düşünülmelidir?

- A) BRCA-1
- B) p53
- C) APC
- D) Met
- E) WT-1

## 85 – A

**Meme kanseri ile ilişkili olabilecek sendromlar**

BRCA 1 (17q)

BRCA 2 (13q)

LiFraumeni Sendromu (p53)

Peutz Jegers Sendromu (STK 11, LKB)

Cowden Hastalığı (PTEN)

Muir Torre sendromu (MSH2 MLH1)

Ataksia telenjiyektazi (ATM)

86. Cilde infiltrasyonu bulunan 2 cm çapındaki meme tümörü, ipsilateral supraklavikuler lenf nodu tutulumu var, uzak metastaz yok.

**Bu hastada tarif edilen TNM sınıflandırması aşağıdakilerden hangisidir?**

- A) T1 N2 M1
- B) T2 N3 M1
- C) T2 N3 M0
- D) T4 N3 M0
- E) T4 N3 M1

**86 – D**

**Tis:** Carcinoma in situ.

**T1:** En geniş çapı 2cm den küçük primer tümör.

**T2:** En geniş çapı 2-5 cm olan primer tümör.

**T3:** En geniş çapı >5 cm olan primer tümör.

**T4:** Göğüs duvarı veya cilde invazyon göstermiş herhangi çapta primer tümör.

**N0:** Regionel lenf nodlarında metastaz yok.

**N1:** İpsilateral, mobil metastaz.

**N2:** İpsilateral fixed regionel metastaz veya ipsilateral internal mammarian node metastazı.

**N3:** İpsilateral infraclavicular metastaz, axillar metastaz ve ipsilateral internal mammarian metastaz, ipsilateral supraklavikular metastaz.

**M0:** Uzak metastaz yok.

**M1:** Uzak metastaz var.

**87. Aşağıdakilerden hangisi Littre fitiği için doğrudur?**

- A) Barsak duvarının bir kenarının fasiyal defekt içinde olmasıdır
- B) Fitik kesesi duvarının bir kısmını bir organın yaptığı indirekt fitiktir.
- C) Fitik kesesi içinde Meckel divertikülünün olmasıdır.
- D) Fitik kesesi içinde appendix vermiformis'in olmasıdır.
- E) Hem direkt hem de indirekt fitik kesesinin birlikte bulunmasıdır

**87 – C**

İnkarsere=İrredüktabl=Redükte edilemeyen

Strangüle=Kanlanma bozulmuş.

**Littre Fitigi:** Fitik kesesi içinde Meckel Divertikülü olmasıdır.

Richter fitigi: Barsak lümeninin tam çevresinden daha az bir kısmı fitik kesesi içindedir

**88. Gastroözafajiel reflüde en iyi tanı yöntemi hangisidir?**

- A) PH monitorizasyon
- B) Baryumlu grafi
- C) Manometrik basınç ölçme
- D) Endoskopi
- E) Sintigrafi

**88 – A**

Gastroözefageal Reflü hastalığında:

- Hikaye ve FM sonrası ilk tetkik Ba grafi
- 1 aylık medikal tedaviye yanıt yoksa üst endoskopi
- 24 saatlik Ph monitörizasyonu en spesifik, en sensitif tanı yöntemidir.

89. İnce Barsak Crohnda aşağıdakilerden hangisi en sık cerrahi tedavi endikasyonu aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Obstüksiyon
- B) Perforasyon
- C) Kanama
- D) İntestinal fistül
- E) External fistül

89 – A

**Cerrahi Tedavi Endikasyonları:**

Obstrüksiyon (en sık)

Fistül oluşumu

Apse

Perforasyon

Ağır perianal tutulum

Tıbbi tedaviye direnç

Kanser varlığı

Kanama

90. Hereditör Nonpolipozis Kolon Kanseri Sendromu ile ilişkili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- A) Otozomal dominant geçiş özelliği gösterir.
- B) Sporadik kolon kanserlerine göre daha genç hasta grubunda görülür.
- C) Sporadik kolon kanserlerine göre prognozu daha kötüdür.
- D) Proksimal kolon segmentlerinde daha fazla oranda görülür.
- E) Senkron ve metakron kolon kanseri görülme olasılığı daha fazladır.

90 – C

HNPCC

Tüm kolorektal kanserlerin %3'ü, otozomal dominant

DNA onarım genlerinde mutasyon (DCC)

40 yaş civarında hastaların %80'inde kolorektal Ca gelişir.

Prognozu sporadik kolon Ca'dan daha iyidir.

Daha çok sağ kolonu tutar (%70)

Müsinöz adenokarsinomlar daha sıktır

%40 hastada senkron – metakron lezyonlar görülür.

91. Kolon kanseri nedeni ile ameliyat edilen hastada ekplorasyonda tümörün 3 cm uzunluğunda ince barsak segmentini invaze ettiği görülmüştür. Spesmeninin patolojik incelemesinde tümör çapının 6 cm. olduğu ve alınan 12 mezenterik lenf nodundan 4 tanesinin pozitif geldiği saptanmıştır. Rezeksiyon sınırları temizdir.

**Bu hasta TNM sınıflamasına göre hangi evrededir?**

- A) I  
B) II  
C) III  
D) IV  
E) V

91 – C

**TNM Evrelemesi**

**Tis:** Karsinoma in situ

**T1:** Tümör submukozayı tutmuş

**T2:** Tümör muskularis propriayı tutmuş

**T3:** Tümör serozaya yayılmış

**T4:** Tümör visseral peritonu aşmış, komşu organlara yayılmış

**N1:** 1-3 adet perikolik veya perirektal lenf düğümü tutulumu

**N2:** ≥ 4 perikolik veya perirektal lenf düğümü tutulumu

**N3:** Damar pedikülü lenf düğümü tutulumu

**M0:** Metastaz yok

**M1:** Metastaz var

**TNM Evresi ve 5 yıllık sağ kalım**

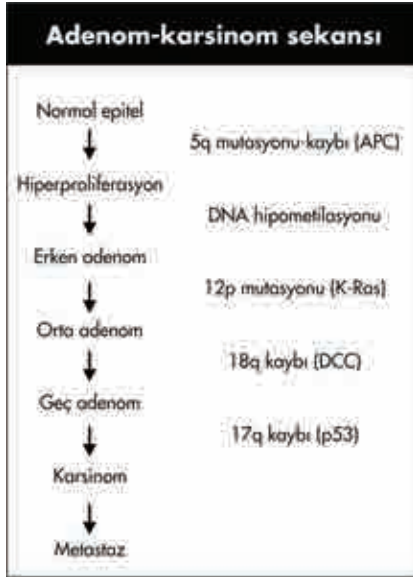
Stage	TNM	5-Y Survival (%)
I	T1-2, N0, M0	70-95
II	T3-4, N0, M0	54-65
III	Tany, N1-3, M0	39-60
IV	Tany, Nany, M1	0-16

TNM	Stage	Local Recurrence (%)	Survival (%)
T1-2 N0	I	<5	90
T3 N0	IIA	8	74
T4 N0	IIB	15	65
T1-2 N1	IIIA	6	81
T1-2 N2	IIIB	8	69
T3 N1	IIIB	11	61
T3 N2	IIIC	15	48
T4 N1-2	IIIC	19-22	36

92. Kolorektal adenomatöz poliplerin kansere dönüşümünde en son meydana geldiği düşünülen mutasyon aşağıdakilerden hangisidir?

- A) p53 mutasyonu  
B) APC (5q-) mutasyonu  
C) K-ras mutasyonu  
D) Ret mutasyonu  
E) 18q- mutasyonu

92 – A



93. Aşağıdakilerden hangisi Akut Pankreatit nedeniyle yatırılan hastanın yatış anında hastalığın ciddiyetini gösteren bulgulardan değildir?

- A) Yaşın 55'in üzerinde olması
- B) 16.000/ mm<sup>3</sup> üzerinde lökositoz
- C) Kan şekerinin 200 mg üzerinde olması
- D) Serum Ca<sup>++</sup> düzeyinin 8 mg'ın altında olması
- E) LDH'nin 350'nin üzerinde olması

93 – D

**RANSON KRİTERLERİ**

Başvuruda	48 saat sonra
>55 yaş	Hct değerinde %10'dan fazla düşme
BK > 16.000	BUN değerinin 5mg/dl'den fazla artması
Glu > 200	Hipokalsemi < 8
LDH > 350	PO <sub>2</sub> < 60 mmHg
AST > 250	Baz açığı > 4 mEq/lt
	Tahmini sıvı sekestrasyonu > 6 lt

94. Hangisi Hepatocelüler Karsinom için en duyarlı tümör belirleyicidir?

- A) CEA
- B) Alfa fetoprotein
- C) CA19-9
- D) CA15-3
- E) CA 15-5

**94 – B**

CEA = KOLOREKTAL

CA 19-9 = PANKREAS

CA15-3 = MEME

CA15-5 = ADNEKSİYEL TÜMÖR

**95. Aşağıdaki durumlardan hangisi kolonun travmatik yaralanmalarında onarımla birlikte kolostomi yapılmasını zorunlu kılmaz?**

- A) Peritoneal irritasyon bulguları olması
- B) Açıklanamayan şok durumu
- C) Rektumda kan saptanması
- D) Mediastende barsak gazı gölgesi olması
- E) Hipoaktif barsak seslerinin duyulması

**95 – E****Primer onarım endikasyonları:**

Yaralanmanın üzerinden <6 saat geçmiş ise

Hipotansiyon ve şok yoksa

Peritonda masif gayta kontaminasyonu yoksa

Kolonda birden fazla yaralanma yoksa

Ciddi ek organ yaralanması yoksa

Kolon duvarının %50'sinden azı tutulmuş ise

**96. Aşağıdakilerin hangisinde tiroiddeki soliter bir nodülün malignensi şansı en yüksektir?**

- A) Kadında I131 sintigrafisinde soğuk bir nodül
- B) TİİAB de kistik nodül saptanması
- C) Daha önce boyuna radyasyon almış olması
- D) Hipertiroidi ile birlikte olması
- E) Hashimoto tiroiditi olan hasta

**96 – C**

Radyasyon öyküsü olmayan hastaların %14'ünde tiroid nodülleri malign olarak saptanırken, radyasyon öyküsü olan hastalarda bu rakam %35'tir

**97. Multipl Endokrin Neoplazi IIA'da görülen tiroid kanseri aşağıdakilerden hangisidir?**

- A) Anaplastik Kanser
- B) Medüller Kanser
- C) Hurtle hücreli kanser
- D) Folliküler Kanser
- E) Papiller Kanser

**97 – B****MEN I**

Pitüiter tümörler  
Pankreatik tümörler  
Hiperparatiroidizm

**MEN II A**

Medüller Ca  
Feokromasitoma  
Paratiroid hiperplazi/adenom

**MEN IIB**

Medüller Ca  
Feokromasitoma  
Mukozal Nörinom  
Barsak Gangliomları  
Marfanoid Vücut Yapı

98. Ani göğüs ağrısı ve nefes darlığı yakınması ile başvuran hastanın fizik muayenesinde sağ tarafta solunum sesleri azalmıştır. Hasta taşikardik, takipneiktir. Çekilen Akciğer filmi aşağıdadır.



**Bu hasta için en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?**

- A) Total masif akciğer kollapsı (atelektazi)
- B) Yaygın akciğer harabiyeti
- C) Hidrotoraks
- D) Pnömotoraks
- E) Lober pnömoni

**98 – D**

Pnömotoraks plevral boşluğa hava girmesidir, PA akciğer filminde; içinde bronkovasküler yapı olmayan radyolüsensi olarak görülür.

Başlıca 2 grupta sınıflandırılır. Travmatik pnömotoraksta göğüs duvarını delerek plevra boşluğuna hava girmesine neden olan bir yaralanma söz konusu iken, spontan (kendiliğinden) pnömotoraksta ise akciğer dokusunun yırtılması ile havayollarımızdan plevra boşluğuna kaçak olması tabloya neden olmaktadır. Spontan pnömotoraksa en sık subplevral

bölün spontan rüptürü neden olur. Spontan pnömotoraks bazen KOAH, akciğer tüberkülozu, astım, akciğer kanseri, bronşektazi, akciğer absesi gibi altta yatan hastalığının akciğer dokusunda yaptığı tahribat ve yırtılma sonucunda bazen de hiçbir akciğer hastalığı olmayan sağlıklı bireylerde ortaya çıkabilir.

o Klinikte dispne, takipne, taşikardi ile birlikte cilt altı amfizemler tespit edilebilir.

o **Tedavide;**

1. **İstirahat ve Oksijen tedavisi :** Sağlıklı bireylerde görülen akciğerin kısmen söndüğü (<10%) pnömotoraks olgularında hasta istirahat ve burundan verilen Oksijen tedavisi ile takibe alınır. Eğer 1 hafta içerisinde plevra boşluğundaki hava geri emilirse yani kaybolursa başka bir tedaviye gerek kalmaz. Bu tür hastalarda çekilen bilgisayarlı tomografide bazen akciğerin üst loblarında küçük hava kistleri görülür ve pnömotoraksın bu kistlerden birinin yırtılması ile oluştuğu anlaşılır.
2. **Basit aspirasyon :** 15% ten daha fazla alanı kaplayan ve altta yatan akciğer hastalığı olmayan pnömotoraks olgularında bu yöntem uygulanabilir. Lokal anestezi yapıldıktan sonra göğüs duvarından ince bir iğne ile plevra boşluğuna girilerek buradaki hava aspire edilir (geri çekilir). Kontrol grafisinde pnömotoraks düzeldi ise başka bir tedaviye gerek kalmaz.
3. **Göğüs tüpü ile drenaj:** Altta yatan bir akciğer hastalığına bağlı olarak gelişmiş pnömotorakslarda ve travmatik pnömotorakslarda ilk aşamada uygulanacak tedavi yöntemidir. Ayrıca 15% ten daha fazla alanı kaplayan veya baştaki diğer 2 yöntemin uygulanmasına rağmen başarı sağlanamayan altta yatan akciğer hastalığı olmayan spontan pnömotoraks olgularında uygulanması gereken diğer tedavi seçeneğidir. Bu yöntemde lokal anestezi sonrası göğüs duvarından plevra boşluğuna plastik steril bir tüp sokulur ve bu tüpün açıkta kalan ucu dışarı hava çıkmasına yani havanın drene edilmesine izin verecek ancak dışarıdan içeri hava girmesine izin vermeyecek kapalı bir sisteme bağlanır. Bu sayede plevra boşluğundaki hava kısa sürede boşaltılarak akciğerin yeniden açılması sağlanır.
4. **Cerrahi girişim:** Göğüs tüpü takılmasına rağmen düzelmeyen yada tekrarlayan pnömotorakslarda artık cerrahi yöntemlerin uygulanmasına gerek vardır. Cerrahi yöntemde ameliyathane koşulları ve genel anestezi altında göğüs boşluğuna girilerek akciğer veya göğüs duvarında hava kaçağına neden olan yırtıklar tamir edilir.

99. Hangisi premedikasyonda morfin verilmesinin amacı olamaz?

- A) Bulantı ve kusmayı önlemek
- B) Öksürük refleksinin inhibisyonuna yardımcı olmak
- C) Postoperatif eksitasyonu önlemek
- D) Kas gevşemesine yardımcı olmak
- E) Anestezik maddenin etkisini arttırmak

99 – A

Premedikasyonda en sık kullanılan narkotikler morfin ve dolantindir. Fentanilin etkisinin başlangıcı ve etki süresinin uygun olmaması nedeniyle premedikasyonda kullanımı önerilmez.

**Avantajları**

1. Endüksiyonda kolaylık ve rahatlık,
2. Anestetik gereksiniminde azalma,
3. Pre ve postoperatif analjezi sağlaması,
4. Kontrollü ventilasyonda kolaylık sağlaması
5. Naloksanla revers edilebilmesidir.

**Dezavantajları:** Fazla değildir. Miyokardda önemli bir depresyon oluşturmazlar.



1. Periferik damarların düz kaslarında gevşeme oluşturarak (vazodilatasyon) ortostatik hipotansiyona neden olurlar. Bu nedenle hipovolemisi olan hastalarda uygulanmamalıdır.
2. Solunum depresyonu oluşturmaları. Barbitüratların tersine solunum merkezinin CO<sub>2</sub>'e cevabını azaltarak solunum merkezini deprese ederler.
3. Bulantı ve kusmaya neden olmaları. Medüller kemoreseptör trigger zonu stimüle ederek bulantı - kusma oluştururlar.
4. Sfinkter spazmına neden olmaları. GİS'de düz adale spazmı (koledokodüedöнал sfinkterde) oluşturabilir, bu nedenle narkotik verilecek hastada safra yolları hastalığı olup olmadığı araştırılmalıdır. Premedikasyonu takiben sağ üst kadranda ortaya çıkan ağrı bu yan etkiden şüphelenilmelidir.

#### Kontrendikasyonları

1. Hipovolemisi olan hastalar
2. Kafa içi basınç artışı olan hastalar
3. Kronik obstruktif akciğer hastalığı olanlar ve status astmatikus
4. Karaciğer yetmezliği
5. Endokrin yetmezliği (Adrenal yetmezlik ve hipotiroidi)
6. MAO enzim inhibitörü alan hastalar
7. Akut kolesistit
8. Prostat hipertrofisi
9. Glukom

\*Premedikasyonda morfin verilmesi bulantı ve kusmayı önlemez aksine artırır.

#### 100. L5-S1 disk hernisi ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- A) S1 kökü sıkışır
- B) Aşil refleksi kaybolur
- C) Küçük parmak ve ayak tabanında uyuşma olur
- D) Ayak bileği plantar fleksiyonu kaybolur
- E) Stepaj yürüyüşü olur

#### 100 – E

Düşük ayak yaparak stepaj yürüyüşüne neden olan L4-5 disk hernileridir.

#### 101. Yetişkinde görülen beyin tümörlerinin hangisinin prognozu en kötüdür?

- A) Astrositom grade III
- B) Oligodendrogliom
- C) Ependimom
- D) Glioblastoma multiforme
- E) Medulloblastom

#### 101 – D

Erişkinde MSS dokusuna ait (primer) en sık beyin tümörü, en sık malign beyin tümörü ve en malign beyin tümörü Glioblastoma multiforme dir. Hızlı büyüdüğünden çevresinde çok yoğun ödem yapar. Beyinde çok yoğun ödem yapan lezyonlarda ilk düşünülecek tümördür. Ortalama 6 ay yaşarlar. Histolojide; nekroz görülmesi diğer astrositomlardan ayırır.

**102.** Sol gözünde, yanma, kızarma, sulanma, görmede azalma, ışıkta artan göz ağrısı şikayeti ile başvuran hastanın gözü palpasyonla ağrılı ve biyomikroskopik muayenede gözün ön kamarasında enflamatuvar hücre varlığı ve korneada keratik presipitat bulunmuştur.

**Bu hastada en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?**

- A) Akut konjoktivit
- B) Akut glokom
- C) Akut keratokonjoktivit
- D) Akut iridosiklit
- E) Fliktenüler keratit

**102 – D**

Ciddi ve ışıkta artan ciddi ağrı, fotofobi, kızarıklık ve görmede azalma iridosiklitin bulgusudur. İridosiklitin muayene bulguları;

- Silyer enjeksiyon denilen limbus etrafında, menekşe renginde korneayı çepeçevre saran kızarıklık
- Kornea endoteli üzerinde yer alan selüler birikintiler, enflamatuvar hücre depozitleri "keratik presipitatlar" olarak bilinir.
- Ön kamerada; hücre ve protein birikimine bağlı bulanıklık "Tindal fenomeni", bazen hipopion (pürülan mai) ve hifema (kan elemanları)
- İriste yapışıklıklar ve nodüller görülebilir. İris Nodülleri Granülomatöz inflamasyona ait bir özelliktir. Koeppe nodülleri, pupilla kenarına yerleşmiş küçük nodüllerdir. Busacca nodülleri, pupilla kenarından uzakta iris sathı üzerinde yerleşmişlerdir.

**Tedavide;**

- **Midriyatikler:** Midriyatik kullanımında iki önemli neden vardır. Bunlardan birisi anterior üveitlerde ortaya çıkan silyer kas ve pupilla sfinkterindeki spazmı ortadan kaldırarak hastanın rahatlatılması, geçici paralizi ye bağlı ağrının azaltılması, diğeri ise arka sineşi gelişiminin engellenmesidir. Bu amaçla tropikamid, siklopentolat kullanılabilir. Myotikler de kontrendike olarak bilinir.
- **Steroidler:** Steroidler topikal, periokuler enjeksiyon şeklinde ve sistemik olarak hastalığın durumuna göre kullanılabilir. Bu amaçla topikal kullanımda dexamethasone, bethametazone, prednisolone kullanılırken, periokuler enjeksiyonda dexhamethasone, triamcinolone, metilprednisolone acetat kullanılır. Sistemik tedavide ise prednisolone tercih edilir.
- **Siklosporin:** Faydalı ve steroid tasarrufu sağlayan bir ajandır. Hipertansiyon ve nefrotoksisite ana komplikasyonlarını teşkil etsede ilacın düzgün bir şekilde kullanımı halinde bu komplikasyonlar sistemik steroid tedavisinin yan etkilerine kıyasla çok daha kabul edilebilir türden rahatsızlıklardır.

**103. Hastanın işitme kaybının ve tinnitusunun olması, gürültülü ortamda daha iyi duyması, otoskopik muayenenin normal ve hava iletiminin azalmış olması aşağıdakilerden hangisini düşündürür?**

- A) Meniere
- B) Vestibuler nörit
- C) Otitis media
- D) Glomus timpanikum
- E) Otoskleroz

**103 – E**

**OTOSKLEROZ**

Otosklerozun genel kabul gören nedeni içkulakta yetersiz beslenmeye bağlı gelişim bozukluğudur (distrofi).

Otosklerozda içkulağın kemik dokusu düzensiz ve aşırı gelişme göstererek özellikle oval pencerenin kenarlarını çevi-

rir. Normal koşullarda oval pencerenin boşluğunda titreşen stapes kemiği hareketsiz kalır ve böylece titreşimleri kulak zarından içkulak sıvılarına ileten kulak kemikçiklerinin işlevi aksar ve işitme kaybı ortaya çıkar.

Otoskleroz genellikle çok sessiz başlar. Kadınlarda daha sık görülür. Orta yaşlarda az işittiğini, kulakta rahatsız edici uğultular fark eder. İşitme kaybı gittikçe ağırlaşır ve öbür kulakta da ortaya çıkar.

Otoskopik muayenede; genellikle anormal bir bulgu saptanamaz. Kulak zan sağlamdır; ortakulak boşluğunda olağan-dışı salgı birikimi yoktur. Buna karşılık işitme ölçümü (odyometri ve timpanometri) sonuçları ortakulağı ilgilendiren iletim tipi bir bozukluğu ortaya koyar. %10 hastada zar üzerinde bölgesel bir pembeleşme alanı gözlenir ve bu durum klinik bulgularla birlikte değerlendirildiğinde güçlü bir otoskleroz kuşkusu uyandırır.

#### 104. Politzer ışık üçgeni timpan zarın neresinde yer alır?

- A) Anterosuperior kadran
- B) Anteroinferior kadran
- C) Posterosuperior kadran
- D) Posteroinferior kadran
- E) Attik bölge

#### 104 - B

Politzer ışık üçgeni timpan zarın anteroinferiorunda yerleşmiştir.

#### 105. Doğuştan Kalça Çıkığının'da yeni doğan dönemi bulgusu olmayan aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Barlow belirtisi
- B) Ortolani testi
- C) Ağrısız kalça hareketleri
- D) Cetvel belirtisi
- E) Hert belirtisi

#### 105 – D

##### Yeni doğan dönemi bulguları;

- Eklem ve yumuşak dokularda hiperlaksite vardır.
- Abdüksiyon kısıtlılığı "Hert belirtisi" denir, bu kısıtlılık giderek artar.
- Barlow belirtisi; Unstabilitenin göstergesidir, dislokasyonun provoke edilmesidir.
- Ortolani belirtisi, Subluksasyonun göstergesidir. Barlow testinin aksine düzeltici, çıkık kalçanın redükte edildiği testtir.

Asetebulum displaziktir, USG de femur başı asetebulumun lateral ve superiorundadır, femur başı anteversion açısı yüksektir. Eklem kapsülü kum saati görünümündedir.

##### Süt çocuğu dönemi

- Pili asimetrisi (normal bebekde de görülebilir)
- Cetvel (Galeazzi- Allis) belirtisi: tek taraflı çıkıkta, kalçalar fleksiyonda iken, çıkık tarafın kısa görünmesidir.
- Bir bacakta kısalık
- Piston (teleskop) belirtisi: çıkık tarafda femurun aşağı yukarı hareket etmesidir.
- Ayakta durmada gecikme, yürümede gecikme
  - Kalça çıkığına ağrı olmaz.
  - Cetvel (Galeazzi- Allis) belirtisi süt çocuğu dönemi bulgusudur.
  - Yürüme çağıının en önemli testi ve belirtisi ise trendelenburg testi ile trendelenburg yürüyüşüdür.

**106. Çocuk kırıkları için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- A) Kırık genelde epifiz hattındadır
- B) Periost kalındır, kaynama hızlıdır
- C) Remodelling zayıftır, kaynama hataları zamanla düzelmez
- D) Torus kırıkları radius distalinde sıktır
- E) Kemik elastik, periost kalın olduğundan inkomplet kırıklar görülür

**106 – C****Çocuk kırıklarının özellikleri**

- Periostu kalındır ve kaynama hızlıdır. Bu nedenle malunion sıktır. Pseudoartroz görülmez.
- Kırık genelde epifiz hatlarında olur bu da radyolojik tanı zorluğu ve fazla uzama/kısalık veya acısal deformiteler (varum, valgum) gelişmesine neden olur.
- Eğrilme özelliği vardır, inkomplet kırıklar görülür. Çocuk kemiklerinde Havers kanalları daha geniş olması nedeniyle elastik özellik gösterirler, eğilip bükülmeye daha dayanıklıdır. Bu nedenle çocuklarda yeşil ağaç ve torus kırıkları gibi inkomplet kırıklar görülür

**Yeşil ağaç tipi kırıklar;** kemiğin eğilmesi sonucu oluşan tam olmayan kırıktır, kırık tek kortekste ve konveks taraftadır, diğer korteks sağlamdır.

**Torus tipi kırıklar;** Torus da kırık metafize yakın kısımda sıkışma tarzındadır. Yeşil ağaç kırığının tam tersi lokalizasyonda, yani konkav kısımda oluşan periost sıyrılması şeklindeki kırıklardır. Çocuklarda ve radius distal metafizinde sıktır.

- Remodelling iyidir; Vucut tarafından bazı redüksiyon eksiklikleri erişkine göre daha iyi remodele edilir, ancak eklem hareketi yönünde açılışmalar düzelirken yanlara açılışma-angulasyon ve rotasyon düzelmez.

**107. Mesane tranzisyonel kanseri için aşağıdakilerden aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- A) Erkeklerde 4 kat fazladır
- B) Tanı konulduğunda %75-85 yüzeyledir (mukozal, submukozal)
- C) Ağrısız pıhtılı hematürü en önemli belirtisidir
- D) Yüzeysel mesane kanserinde intravezikal BCG tedavisi yeterlidir
- E) İnvaziv mesane kanserinde sistektomi ve üriner diversiyon yapılır.

**107 – D**

Yüzeysel mesane kanserinde TUR + intravezikal immüno (BCG) veya kemoterapi yapılır.

**108. Altı haftalık bir erkek bebek bulantı, kusma nedeni ile getiriliyor. Bebeğe hipokloremik alkaloz saptanması aşağıdakilerden hangisini düşündürmelidir?**

- A) İmperfore anüs
- B) Trakeoözofagial fistül
- C) Özofagus atrezisi
- D) Moragagni hernisi
- E) Konjenital hipertrofik pilor stenozu

## 108 – E

Konjenital hipertrofik pilor stenozunda devamlı safrasız projektıl kusmalar(asıt ve sıvı kaybı) sonucu hipokloremik hipokalemik metabolik alkaloz gelişir.

Sıvı kaybı sonrası aldosteron artarak Na ve suyun renal tubuler absorpsiyonunu artırır. Bu yüzden idrarla K ve H iyonu atılır ve parodoksik asidüri gelişir.Böbrekte Na tutulurken hCO<sub>3</sub> ile beraber tutulduğu için metabolik alkalozis daha şiddetli olarak oturur.

Gastroözefagial reflü ile karışır.

Tanısı için fizik muayenede sağ üst kadranda oliv'in palpe edilmesi, ultrosonografik veya baryumlu çalışmalar tavsiye edilir. Baryumlu grafide 'string sign' görülür.

Cerrahi tedavi için serum K ve CL düzeyinin normale gelmesi ve dehidratasyonun düzeltilmesi şarttır. HCO<sub>3</sub> seviyesi 30 mEq /lt altında olmalıdır. Bu yüzden anestezi hazırlığı ve cerrahi düzeltme için sıvı elektrolit ve dehidratsyonun düzeltilmesi ilk yapılması gerektir.

## 109. Doğum eylemi sırasında genişleyebilen pelvis çapı aşağıdakilerden hangisidir?

- |                                  |                                 |
|----------------------------------|---------------------------------|
| A) Pelvik girimin transvers çapı | B) Orta pelvisin transvers çapı |
| C) Pelvik çıkımın transvers çapı | D) Pelvik girimin ön-arka çapı  |
| E) Pelvik çıkımın ön-arka çapı   |                                 |

## 109 – E

## Apertura pelvis superior çapları

• <b>Conjugata anatomica:</b> Promontoryum ile symphysis pubicanın üst kenarı arasındaki mesafedir.
• <b>Conjugata vera (Conjugata obstetrica):</b> Promontoryum ile symphysis pubicanın arka yüzünün orta noktası arasındaki mesafedir. Pelvik girimin en dar çapıdır.
• <b>Conjugata diagonalis:</b> Promontoryum ile symphysis pubicanın alt kenarı arasındaki mesafedir. Vajinal tuşe ile ölçülebilen tek çaptır. Ölçülen mesafeden 1,5 cm çıkartılarak conjugata obstetrica elde edilir.
• <b>Midpelvis Çapları: İnterspinöz diameter:</b> Tüm pelvisin en dar çapıdır.
• <b>Diameter transversa:</b> Karşılıklı linea terminalisler arasındaki mesafedir. Bu çap pelvis girişinin en geniş çapıdır.
• <b>Diameter obliqua:</b> Linea terminalis üzerinde bir tarafın eminentia iliopubica ile karşı tarafın articulatio sacroiliacası arasındaki mesafedir.

## Apertura pelvis inferior çapları:

- **Diameter anteroposterior:** Symphysis pubica'nın alt kenarı ile os ile os coccyx'in tepesi arasındaki mesafedir. Pelvik çıkımın en geniş çapıdır.
- **Diameter transversa:** Tuber ischiadicumların medial yüzleri arasındaki mesafedir

Pelvik çıkımın en geniş çapı olan anteroposterior çap doğum eylemi sırasında genişleyebilir. Bu genişleme en fazla dorsal litotomi pozisyonunda sağlanır. Bu nedenle vajinal doğum sırasında hastanın dorsal litotomi pozisyonunda olması önerilir.

## 110. Leiomyom gelişimi ile ilişkili olmayan aşağıdakilerden hangisidir?

- |                             |                |
|-----------------------------|----------------|
| A) Polikistik over sendromu | B) Nulliparite |
| C) Obezite                  | D) Siyah ırk   |
| E) Perimenopozal dönem      |                |

**110 – A**

Leiomyomlar mezenkimal kökenli, düz kas hücrelerinden köken alan benign ve psödökapsüllü neoplazilerdir. Pelvisin ve uterusun en sık görülen benign neoplazi ve kitlesidir. Ligamentler içerisinde de düz kas hücresi olması nedeni ile bu bölgelerden de gelişebilir. Bunun dışında servikste, vajende ve vulvada bile gözlenebilir.

- **İnsidans:** Reprodüktif dönemde %20-25 kadında saptanır. En sık 4-5. dekatta izlenir.
- **Etyoloji:** Kesin etyolojisi bilinmiyor, ancak estrogen bağımlı bir neoplazidir. Nulliparite, siyah ırk ve obezite riski artırır, ailesel yatkınlık saptanmıştır.

Polikistik over sendromu ile myom gelişimi arasında direkt bir ilişki yoktur.

**111. Sol tubada 5x4 cm boyutlarında kalp atımları izlenen ektopik gebelik saptanan 22 yaşındaki bir hasta ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- En sık yerleşim yeri tubal ampulladır
- En sık altta yatan neden tubal mukozal hasar olmasıdır
- Tedavide tek doz metotreksat kullanılabilir
- Cerrahi tedavide lineer salpingostomi tercih edilir
- Sonraki gebeliğinde en sık beklenen sonuç termde sağlıklı doğumdur

**111 – C**

Fertilize ovumun uterin kavite dışında bir yere yerleşmesi ektopik gebelik olarak tanımlanır. Tüm gebeliklerin %1-2'sinde görülür. İlk trimesterde gebeliğe bağlı anne ölüm nedenlerindedir. Son yıllarda erken tanı ve tedavisi ile mortalitesi azalmakta iken artan medikal tedavi, geçirilen PİH, IVF ve aşılama oranına bağlı olarak insidansında artma vardır.

**Etyoloji:** En sık neden pelvik enfeksiyon, inflamasyon, ve cerrahi nedeniyle oluşan tubal mukozal hasardır. Hasarlı tubal mukozadan fertilize olmuş ovumun geçişi engellenir. Bir diğer nokta ise tubal myoelektriksel aktivitede meydana gelen değişikliklerdir(estrojen artırır, progesteron azaltır).

En sık yerleşim yeri tubal ampulladır. Reprodüktif çağda, karın ağrısı, adet rötarı ve vajinal kanaması olan tüm bayanlarda ektopik gebelik ekarte edilmelidir.

**Klasik Triad;** Abdominal ağrı (en sık) > Adet rötarı > Vajinal kanama. Klinik seyir olarak ya rüptür olur, ya tubal abort meydana gelir ya da spontan olarak geriler.

Tedavide uygun vakalarda metotreksat verilebilir. Cerrahi ile eş başarı oranları vardır.

Metotreksat Kullanım Endikasyonları	Metotreksat Kullanım Kontraendikasyonları	
Ağrı ya olmayacak ya da az olacak	Şiddetli ağrı ile birlikte ultrasonografide douglasta sıvı görünümünün artması	Hemodinamik instabilite
Hcg < 5000 IU/ml olacak	Hcg > 5000 IU/ml	Heterotopik gebelik
Fetal kardiyak aktivite olmayacak	Fetal kardiyak aktivite gözlenen ve 3,5 cm'den büyük ektopik gebelik kitlesi	Böbrek yetmezliği
Ektopik kitle 3.5-4 cm den küçük olacak	Fetus olsun ya da olmasın 4 cm'den büyük ektopik gebelik kitlesi	Hepatik yetmezlik
Tubal rüptür, kanama veya vital bulgularda bozulma olmayan stabil hastalar	Hematolojik hastalık (anemi, trombositopeni, lökopeni)	Peptik ülser
Cerrahi sonrası hCG titrelerinde yükselme veya plato görülen hastalar	Pulmoner hastalık - Emziren anne- Alkolizm	İmmünsüpresyon

HCG değeri 5000 üzerinde olanlar veya kardiyak aktivitesi olan ektopik gebeliği olan hastalarda metotreksat mutlak kontraendike değildir. Ancak başarısızlık oranı kabul edilebilir sınırlarda olmadığı için tercih edilmemelidir.

**112. Trikomonas vaginalis enfeksiyonu için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- A) Vajenin Ph'ı tipik olarak yükselmiştir
- B) Servikte submukozal kanama odaklarından dolayı çilek serviks görünümü olabilir
- C) Laktobasiller ortadan kalkmıştır
- D) İp ucu hücreleri görülebilir
- E) Eş tedavisi semptomatik ise gerekir

**112 – E**

**Trikomonas Vajiniti:** Cinsel yolla bulaşan hastalık grubundadır. Ancak nemli havlu, klozet kapağı ile de bulaş olabilmektedir. Anaerobik, 4 adet flajellası bulunan, sadece trofozoit formu olan bir protozondur. İnsan bilinen tek konağıdır. Kist formu gösterilememiştir. Genital traktusda vajen, skene, bartolin bezleri ve üretraya yerleşir. Erkeklerde üretrit ve prostatite neden olabilir. Beraberinde sıklıkla bakteriel vajinozis bulunur. Tek bir temasta bulaş olasılığı %70'dir.

**Klinik**

- En sık asemptomatiktir.
- **Lökore:** Semptom verdiğinde ise en sık kötü kokulu, bol miktarda, köpüklü, yeşilimsi akıntı ve kaşıntı yapar.
- **Vajen pH:** Vajinal pH yükselmiştir.
- **Vajen ve serviks:** Mukoza kırmızı ve ödemlidir. Mukoza altı kanamalardan dolayı Colpitis macularis= Strawberry cervix=Çilek serviks görünümüne neden olur.
- **Disparoni:** İlişki sırasında ağrıya neden olur.

**Tanı**

- Vajinal akıntidan yapılan ıslak yaymada hareketli trikomonastlar ve artmış lökosit sayısı ile tanı konur.
- Clue cell sıklıkla gözlenir, çünkü beraberinde sıklıkla bakteriyel vajinozis de vardır(%60)
- Dolayısı ile Whiff testi de yüksek oranda pozitifdir.

T. vaginalis tanısı konan hastalarda diğer cinsel yol ile bulaşan hastalıklar taranmalıdır.

Tedavi: Tek tercih metranidazol dür. Eş tedavisi mutlaka eklenmelidir. Tedavi başarısız olursa tinidazol verilebilir.

**113. Vajenin primer skuamöz hücreli kanseri ile ilgili aşağıdakilerden hangisi doğrudur?**

- A) Vajende en sık görülen tümör grubudur
- B) En sık semptom cinsel ilişki sırasında ağrıdır
- C) En sık vajen alt kısmında görülür
- D) En sık direk komşuluk yolu ile yayılır
- E) Tedavide cerrahi öncelikli olarak tercih edilir

**113 – D**

En sık primer vajen kanseri skuamöz (yassı) hücreli kanserdir. Ancak vajende saptanan en sık malignite metastatik vajen kanserleridir. Metastazlardan en sık sorumlu olan serviks kanseridir. Kanlı vajinal akıntı (postmenopozal kanama) en sık semptomdur. Sıklıkla hastalık ileri evrede yakalanır (En sık evre II). En sık yerleşim yeri 1/3 üst vajen posteriorudur. Direkt: En sık direk yayılımı seçer ve komşuluk yolu ile serviks ve yumuşak dokuya yayılır. Vajen kanserinde evreleme klinik olarak yapılır (serviks kanserinde olduğu gibi). Vajen kanserinin primer tedavisi radyoterapidir, erken evrede(evre1) seçilmiş hastalara cerrahi yapılabilir

**114. Aşağıdaki durumların hangisinin varlığında ilk aşamada konizasyon yapılmasına gerek yoktur?**

- A) İntrauterin diethylstil bestrol maruziyeti
- B) Kolposkopide transformasyon zonunun görülmemesi
- C) Servikal biyopsi sonucunun ağır displazi (CIN III) gelmesi
- D) Smear ve biyopsi arasında uyumsuzluk
- E) Biyopside adenokarsinoma in situ saptanması

## 114 – A

**Konizasyon:** Endoservikal kanalı içerecek şekilde serviksini koni şeklinde çıkartılması işlemidir. 2 şekilde yapılır:

**A) Loop elektrocerrahi eksizyon prosedürü (LEEP):** Loop şeklinde bir koter kullanarak ektoserviks ve endoservikal kanal çıkartılır. Soğuk konizasyona göre kanama, enfeksiyon ve servikal stenoz komplikasyonları daha azdır. Ancak cerrahi sınırlar koterizasyon sırasında yandığından, daha zayıf bir patolojik değerlendirme sağlar.

**B) Soğuk Konizasyon:** Bistüri ile ektoserviksi, servikal kanalı da içerecek şekilde koni şeklinde çıkarma işlemidir. Kanama, enfeksiyon, servikal stenoz ve servikal yetmezlik riski daha yüksektir, ancak cerrahi sınırlar izlenebildiği için daha net patolojik tanı imkanı sağlar. Bu nedenle biyopside mikroinvaziv ca ya da adenoca insitu tanısı varsa tercihen soğuk konizasyon yapılır.

**Konizasyon endikasyonları:**

- Yetersiz kolposkopi (transformasyon zonunun izlenememesi = en sık endikasyon)
- Smear ve biyopsi arasında uyumsuzluk
- Pozitif endoservikal küretaj
- Adenokarsinoma in situ
- Mikroinvazyon

Intrauterin DES maruziyetinde öncelikle kolposkopik değerlendirme yapılır.

**115. Aşağıdakilerden hangisi endometrium kanseri için kötü prognostik faktör değildir?**

- A) Berrak hücreli histolojik tip
- B) Seröz papiller histolojik tip
- C) Grade III histoloji
- D) Myometrial invazyon olmaması
- E) Servikal tutulumun olması

## 115 – D

Endometrium kanserinde lenfatik yayılım azdır, çünkü endometriumun lenfatik drenajı yoktur, ancak myometrial invazyon meydana gelir ise lenfatik yayılım başlar. Bu nedenle evrelemede myometrial yayılım derecesi araştırılır. Saptanması kötü prognostik faktördür ve lenf nodu diseksiyonu gerektirir.

**Endometrium kanserinde prognostik faktörler:** Sağ kalımı belirleyen en önemli faktör hastalığın cerrahi evresidir. Ancak bunun dışında kötü prognostik faktörler bulunmaktadır:

**Prognostik faktörler: Sağ kalımı belirleyen en önemli faktör cerrahi evresidir.**

- **Yaş:** İleri yaş kötü, nisbeten genç yaş iyi prognostik faktördür.
- **Histolojik tip:** Nonendometrioid tipler tüm kanserin %10'sini oluşturur ve kötü faktördür.
- **Histolojik grade:** Grade'in artması önemli kötü prognostik faktördür.
- **Tümör çapı:** 2 cm'den büyük tümör varlığı kötü faktördür.
- **Hormon reseptörleri:** E. ve P. reseptör (+) ise iyi, (-) ise kötü faktördür.
- **DNA yapısı ve proliferatif indeks:** Diploid DNA yapısı iyi. Nondiploid ise kötü faktördür.
- **Myometrial invazyon:** Özellikle %50'den fazla olur ise kötü faktördür.
- Lenfo-vasküler alan tutulumu varlığı nüks ve ölüm için bağımsız risk faktördür.
- İstmik- servikal tutulum
- Peritonela sitolojide malign hücre varlığı
- Adneks ve uterin serozal tutulum olması
- **Lenf nodu metastazi:** Erken evre endometrium kanserinde en önemli prognostik faktördür.
- İntraperitoneal tümör varlığı
- **Genetik ve moleküler belirteçler:** HER2/neu, K-ras, P53, p16, e-cadherin ve heterozigosite kaybı kötü prognoz ile ilişkilidir.



**116. Gebelikte anjiotensin dönüştürücü enzim inhibitörü kullanımı sonucunda aşağıdaki fetal ve neonatal etkilere hangisi görülebilir?**

- |                     |                    |
|---------------------|--------------------|
| A) Anensefali       | B) Makrozomi       |
| C) Polidaktili      | D) Oligohidramnioz |
| E) Holoprozensefali |                    |

**116 – D**

Gebelikte ACE inhibitörleri kullanımı: En sık IUGR, hipokalvaria ve oligohidroamnioza, neonatal dönemde ise hipotansiyon ve anüriye neden olur, gebelikte antihipertansif olarak kullanılmamalıdır.

**117. Gebelere uygulanan aşağıdaki manevralardan hangisi yaklaşık gebelik haftası konusunda bilgi verir?**

- |                |               |
|----------------|---------------|
| A) Leopold I   | B) Leopold II |
| C) Leopold III | D) Leopold IV |
| E) Kristeller  |               |

**117 – A**

Fetal prezentasyon ve fetal pozisyon çeşitli şekillerde saptanabilir. Yöntemlerden birisi de Leopold manevralarıdır.

Leopold manevraları:dominal palpasyon (Leopold manevraları)

1.Fundustaki fetal kısım ve fundus yüksekliği (uterin cesamet=tahmini gebelik haftası)

2.Fetal Situs ve sırtın araştırılması

3.Prezente olan fetal kısım

4.Prezente olan kısmın pozisyonu

1.Leopold manevrası ile fundal yükseklik yan tahmini gebelik haftası konusunda bilgi edinilebilir.

**118. Normal gebelere göre preeklampitik gebelerde aşağıdakilerden hangisi belirgin olarak artar?**

- |                     |                              |
|---------------------|------------------------------|
| A) Kalp atım volümü | B) İntravasküler sıvı volümü |
| C) Trombosit sayısı | D) Hematokrit                |
| E) Renal kan akımı  |                              |

**118 – D**

Preeklampsideki temel sorun jeneralize vazospazm ve endotel hasarıdır. Buna bağlı olarak organ hipoperfüzyonu ve sistemik bulgular görülür. Endotel hasarı sonucu intravasküler volüm, ekstravasküler alana kaçır ve hemokonsantrasyon görülür. Buna bağlı olarak hemoglobin ve hematokrit artar. Ancak komplikasyon olarak HELLP sendromu gelişen hastalarda hemolize bağlı hemoglobin değerleri düşük ölçülebilir.

**119. Aşağıdaki doğum kontrol yöntemlerinden hangisinin kullanımı sırasında pelvik enfeksiyon sıklığının azalması beklenmez?**

- |             |                  |
|-------------|------------------|
| A) KOK      | B) RİA           |
| C) Depo-MPA | D) Tüp ligasyonu |
| E) Kondom   |                  |

**119 – B**

KOK, bariyer yöntemleri, sadece progesteron içeren yöntemlerde (sadece progesteron içeren hap, Depo-MPA, implant sistemleri,levonorgestrelli RIA) servikal mukusun kalınlaşmasına bağlı asendan enfeksiyon ve PİH riskleri azalır. Tüp ligasyonu da overler önünde bariyer oluşturucu etkisi ile PİH riskini azaltır. RIA kullanımında ise PID riski azalmaz, hatta RIA uygulandıktan sonraki ilk günlerde PID riski artar. RIA varlığında gelişim riski artığı bilinen enfeksiyon ise actinomyces enfeksiyonudur.

**120. Swyer sendromu için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?**

- A) Genotipi XX'dir  
B) Kromozomal anomali taşırlar  
C) FSH düzeyi artmıştır  
D) Androjenleri çok yükselmiştir  
E) Polimenoreiktir

**120 – C**

Swyer sendromu (46 XY,saf gonadal disgenezi) hipergonadotropik hipogonadizm nedenidir. Sorun germ hücrelerinin genital çıkıntıya migrasyonunun olmamasıdır. Bunlar fenotipik olarak dişi görünümüne sahiptirler. Herhangi bir kromozomal anomali taşımazlar. Gonadal yapı ince fibröz çizgi (streak gonad) şeklindedir. Ortamda testesteron ve AMH olmadığı için iç ve dış genitelya dişi yönde gelişir. Dışarıdan estrogen ve progesteron verilirse menstrüel kanama elde edilebilir. Estrojen olmayacağı için meme gelişimi söz konusu değildir. Gonadotropinler yükselmiştir. Saptandığı zaman gonadoblastom gelişme riski nedeni ile gonadektomi yapılmalıdır