



2025 AĞUSTOS TUS'U REFERANSLARI:

KLİNİK BİLİMLER:

DAHİLİYE: 22/23

PEDİATRİ:23/24

GENEL CERRAHİ: 21/22

KÜÇÜK STAJLAR: 21/21

KADIN DOĞUM: 10/10

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz.

Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

1- Boğaz ağrısı ve ateş şikâyetleriyle başvuran 24 yaşındaki erkek hastaya 4x500 mg eritromisin başlanıyor. Tedavinin 4. gününde üşüme, titreme ile yükselen ateş, boynunda artan şişlik, çene kaslarında sertlik ve ağız içinde kötü koku nedeniyle tekrar başvuruyor. Boyun Doppler ultrasonografisi ile değerlendirildiğinde jugüler vende tromboflebit olduğu saptanıyor.

Bu hasta için en olası tanı ve bu tanıya yol açması en olası etken aşağıdakilerin hangisinde birlikte verilmiştir?

- A) Difteri – Corynebacterium diphtheriae
- B) Peritonsiller apse – Streptococcus pyogenes
- C) Boyunda kas içi apse – Peptococcus spp.
- D) Vincent anjini – Prevotella melaninogenica
- E) Lemierre sendromu – Fusobacterium necrophorum

Cevap Anahtarı: E

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz.** Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:

NAZOFARENKS-OROFARENKS HASTALIKLARI

TONSİLLİT VE FARENJİT

Etyoloji;

- Genelde **viral** (Adenovirüs, enterovirüs,EBV,) enfeksiyonlar sebep olur.
- Bakteriyel (S.Pyogenes (Grup A streptokok), Difteri (Aşısı yoksa), (Fusobacterium necrophorum-Lemierre sendromu)

**REFERANS: TUSWORLD KÜÇÜK STAJLAR NİRVANA KONU KİTABI
SAYFA: 135**

TUSWORLD

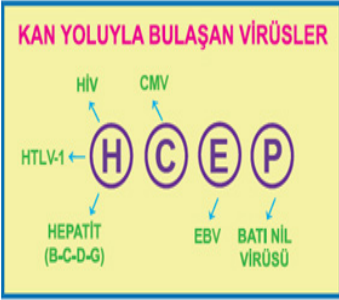
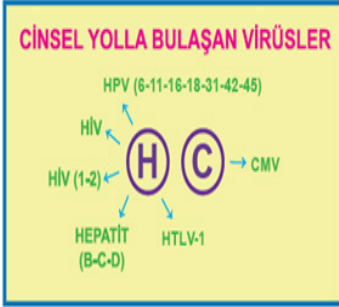
2- Aşağıdakilerden hangisinin kan ve kan ürünü transfüzyonu ile bulaşması en az olasıdır?

- A) Herpes simpleks virus tip 1
B) Parvovirus B19
C) Trypanosoma cruzi
D) Sitomegalovirus
E) Plasmodium falciparum

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Cevap Anahtarı: A

Açıklama:



CMV (SİTOMEGALOVİRÜS)

- o Megalo = Dev hücre
- o Latent enfeksiyon yapar (respiratuar sistem, tükürük bezleri, kemik iliği, böbrek, lökositler, lenfositler).
- o BCRF-1 proteini adı verilen viral bir IL-10 analogu sentezleyerek, hücresel immün yanıtı suprese eder (EBV, CMV). Bu protein interferon salınımını ve sitotoksik T hücre yanıtını bloke eder.
- o Uzun dönem latent kalmasını sağlayan mekanizmalar
 - o Virüsle enfekte hücrelerdeki MHC-1 peptid karması kararsızdır ve buna bağlı antijenler de hücre yüzeyinde ifade edilemez. Bu sebeple T hücreleri tarafından öldürülemez.
 - o Virüs, T hücrelerini inhibe eder.
- o Yalnızca insan hücrelerinde çoğalabildiği için yapay hücre kültürlerinde üretilmez.
- o Bulaş en sık solunum yoluyla olur. Ayrıca kan transfüzyonu, cinsel ilişki, vertikal yolla [anneden

RETROVİRÜSLERİN BULAŞI VE REPLİKASYONU

- o Virüsün temel bulaşı cinsel yolla olmaktadır. Ayrıca transfüzyonla, vertikal yolla (anneden bebeğe), anne sütü dahil vücut sıvılarıyla, açık yaralardan, ortak iğne kullanımıyla, iğne batmasıyla (%0,3) da bulaş mümkündür (iğne batmasında risk HBV'de %30, HCV'de %1,7-2'dir).



PLASMODIUM SPP.

- Plasmodium'lar dışı anofel sivrisineğinin sokmasıyla bulaşır.
- Nadiren de olsa anneden bebeğe ve kan transfüzyonu ile de bulaş görülür.
- Döngüleri seksüel (sporogoni) ve aseksüel (şizogoni) olarak ikiye ayrılır. Sporogoni sivrisinekte (kesin konakta) gerçekleşirken, şizogoni insanda (ara konakta) gerçekleşmektedir.
- Sıtmalı insandan gametositleri alan sivrisinekte (anofel) eşeyli üreme (sporogoni) ile sporozoidler meydana gelir.
- Anofel, insanı ısırığında sporozoidler insana geçer. Sporozoidler karaciğerdeki reseptörlerine tutunur.
- Karaciğerde eşeysiz üreme (şizogoni) ile şizont ve merozoidler oluşur.
- P.vivax ve P.ovale'de bazı sporozoidler hipnozoid forma dönüşebilir. Zaman zaman relapslara neden olabilir.
- Merozoidler, eritrositleri enfekte ederler ve eritrositer döngünün sonunda eritrositleri parçalayarak diğer eritrositleri enfekte ederler.
- Bazı merozoidler, eritrositlerin içerisinde dişi ve erkek gametositlere dönüşür. Daha sonra bu gametositler, sivrisinek insanı ısırığında sivrisineğe geçer.
- Kan transfüzyonuna bağlı sıtma merozoidlerin bulaşı ile olur. Bunda ise relaps görülmez. (Merozoidler bir daha KC'e dönmediği için.)
- Bir eritrositer döngü P.malariae'de 72 saat, diğerlerinde 48 saattir. Klinikte ateş nöbetleri olur. Kronik hale gelirse anemi ve splenomegali oluşur.
- P.vivax ve P.ovale eritrositlerde büyüme ve şekil bozukluğu oluştururken P.malariae ve P.falciparum oluşturmaz.
- P.falciparum çoğunlukla hücrenin dışında çubukmuş gibi görülür. Bu yapıları 'aplique' veya 'accolle' adı verilir ve P.falciparum için ayırt edicidirler.
- Plasmodium'un bulaş yolları
 - o Anofel türü sivrisinekleri ısırması (en sık)
 - o Kan transfüzyonu (transfüzyon sıtması)

REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI
SAYFA: 195

REFERANS: TUSWORLD MİKROBİYOLOJİ EFSANE KONU KİTABI
SAYFA: 219-234-293

3- Aşağıdaki mikroorganizmalardan hangisinin HIV pozitif olgularda basiler anijiyömatozise neden olması en olasıdır?

- A) Pseudomonas aeruginosa
- B) Bartonella henselae
- C) Cryptococcus neoformans
- D) Histoplasma capsulatum
- E) Leishmania donovani

Cevap Anahtarı: B

Açıklama:

- **Bartonella henselae**. Primer rezervuarlar ev kedileridir. İmmünsistem bozukluğu olanlarda **keditirmığı hastalığı** (lenf nodlarının nekrotizan granülatöz bozukluğu) etkenidir.
- **Bartonella quintana**. İnsan vücut bitleri ile taşınır (I.DünyaSavaşı'nda "Siper Ateşi").
- B. henselae enfeksiyonu ile, bakteri tarafından konakçı **HIF-1 uyarısı** sonucunda vasküler proliferasyon meydana gelir.

AIDS'te görülen fırsatçı enfeksiyonlar

- **Pneumocystis jirovecii pnömonisi**
 - AIDS'te **en sık fırsatçı patojen ve pnömoni** etkeni Pneumocystis jirovecii'dir.
 - Akciğer alveollerinde **köpüksü materyal (eozinofilik) ve intersitsiyel mononükleer hücre infiltrasyonu** tipiktir (atipik pnömoni yapar).
 - LDH seviyeleri yükselmiştir.
 - Akciğerde gaz alışverişi bozulmuştur (Tip 1 alveoler hücreler etkilendiği için).
 - Tedavide ve profilakside **ko-trimoksazol** verilir.
- **Kaposi Sarkomu**
 - AIDS'te **en sık rastlanan tümördür**.
 - Etken HHV-8'dir.
 - En sık **deride ve medial malleol** hizasındadır (AIDS'li hastada en sık yüzde).
 - İç organlardan en sık mideyi tutar.
- **Basiller anjiomatozis**
 - Etken **Bartonella henselae**'dir.
 - Kaposi sarkomuna benzer (**Kaposi sarkomu**'nda **mekik** şekilli hücreler görülürken, **basiller anjiomatozis**'te **nötrofilik granülom** vardır).

REFERANS: PATOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 95

REFERANS: MİKROBİYOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 236

4- Yirmi sekiz haftalık gebe olan 24 yaşındaki kadın hasta ani başlayan nefes darlığı ve göğüs ağrısı şikâyetleri ile acil servise başvuruyor. Akciğer grafisi normal olan hastanın perfüzyon sintigrafisinde sağ akciğer alt lobda perfüzyon defekti izleniyor.

Bu hasta için en uygun tedavi seçeneği aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Rivaroksaban
- B) Apiksaban
- C) Enoksaparin
- D) Edoksaban
- E) Dabigatran

Cevap Anahtarı: C

Açıklama:

DÜŞÜK MOLEKÜL AĞIRLIKLIL HEPARİN

Enoksaparin, Dalteparin, Tinzaparin, Fraksiparin, Parnaparin, Nadroparin

Antitrombin III'e bağlanarak kısmen faktör IIa ve daha güçlü bir şekilde faktör Xa'yı inhibe eder. Endikasyonları heparinle aynı olmasına rağmen trombositopeni, osteoproz ve kanama gibi **yan etkileri heparinden çok daha nadir görülür.** Etki süreleri daha uzundur. Etkisimleri benzerdir. Aktive PTT ile takibine gerek yoktur. Renal yetmezlikte doz azaltılır. Kan düzeyi **anti-Xa ünitesi ile** belirlenebilir. Protamin sülfat ile etkileri antagoneze edilebilir.

**REFERANS FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI
SAYFA: 107**

TUSWORLD

5- Yirmi sekiz yaşındaki kadın hasta öksürük, balgam çıkartma ve hemoptizi şikâyetleriyle acil servise başvuruyor. Çocuklukta ağır bir pnömoni geçiren ve o dönemden bu yana sık sık öksürük ve balgam çıkartma şikâyetleri olan hastanın son 2 gündür, günde bir kahve fincanı kadar hemoptizisi lu tespit ediliyor. Fizik muayenesinde, bilateral bazalarda kaba raller duyuluyor ve her iki el parmaklarında çomak parmak saptanıyor.

Bu hastada tanısal amaçlı olarak aşağıdaki tetkiklerden hangisinin yapılması en uygundur?

- A) Bilgisayarlı tomografi pulmoner anjiyografi
- B) Toraks manyetik rezonans görüntüleme
- C) Akciğer perfüzyon sintigrafisi
- D) Toraks yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi
- E) Pozitron emisyon tomografi

Cevap Anahtarı: D

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır.**"

Açıklama:

TUSWORLD YDUSWORLD Dahiliye - NİRVANA

3) Adenokarsinom

- Histolojik olarak en sık görülen akciğer kanseridir.
- Sıklıkla 40 yaş altı sigara içmeyen kadınlarda görülür.
- Skar dokusundan gelişebilir.
- Periferik yerleşimlidir.
- Beyin metastazına en fazla neden olan akciğer kanseri türüdür.

4) Büyük Hücreli Akciğer Karsinomu:

- Undiferensiyö özellikle, agresif tümörlerdir.
- Sıklıkla periferik yerleşimlidir. Kadınlarda daha sık izlenir.

5) Bronkoalveolar Karsinom

- Pnömoni benzeri tabloyla belirti verir.
- Adenokarsinomun alt tipidir.
- Periferik yerleşimlidir.
- En iyi prognozlu akciğer kanseridir.
- Atelektazi ve amfizem gelişimine neden olması beklenmez.

5) Bronşial Karsinoid Tümör:

- Bronş mukozasında bulunan Kulchitsky hücrelerinden kaynaklanır.
- Ana bronş üzerinde polipoid karakterde saplanır.
- İyi diferensiyedirler, nöroendoksin tümörler içinde en iyi prognozudur.

Tanı:

Akciğer kanseri risk grubundaki insanlarda aynı lobda tekrarlayan pnömoni veya pnömoninin gerilemesinde gecikme olması durumunda akciğer kanseri akla gelmelidir. Bu durumda ilk olarak toraks BT istenmelidir.

- Tanıda ilk olarak akciğer grafisi çekilmelidir.
- Akciğer grafisinde kitle tespit edilen yada malignite şüphesi olan hastalara bilgisayarlı tomografi çekilmeiştir. Tomografi ile lezyon özellikleri (sınırları, çevreye invazyonu, kalsifikasyon vs), lenfadenopati tubulumu ve metastaz varlığı değerlendirilir.
- Kesin tanı **biyopsi** ile konulur.
- Bronkoskopi ile santral lezyonlardan
- Periferik lezyonlardan ise tomografi eşliğinde iğne aspirasyonu veya açık akciğer biyopsisi ile biyopsi alınır.

Pancaost Tm → Horner + Sinir felci

↑

Squamöz hücreli Ac Ca

VCSS → 1- Small cell Ac Ca

2- Squamöz hücreli AC Ca

438 Kazananların Dünyası tusworld.com.tr - ydsusworld.com.tr

REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE NİRVANA KONU KİTABI SAYFA: 438

6- Düşük ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetmezliği tanısıyla takip edilen hasta, rutin kontrol amacıyla polikliniğe başvuruyor. Herhangi bir şikâyeti olmadığını belirten hastanın nabızı disritmik saptanıyor. EKG'sinde R-R aralıklarının düzensiz olduğu, P dalgalarının gözlenmediği ve kalp atım hızının 90/dakika olduğu izleniyor. Hastanın ekokardiyografisinde sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonununun %30 olduğu görülüyor.

Bu hastanın kullanmakta olduğu aşağıdaki ilaçlardan hangisinin kesilmesi en uygundur?

- A) Empagliflozin
- B) Metoprolol
- C) İvabradin
- D) Spironolakton
- E) Trandolapril

Cevap Anahtarı: C

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz.** Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

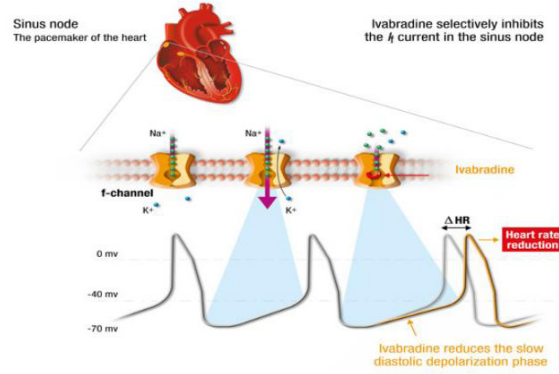
Açıklama:

Sistolik kalp yetmezliği :

- Ejeksiyon fraksiyonu (EF) olarak tanımlanan sol ventrikül kontraktilite bozukluğunun (EF<%40) varlığı ile karakterizedir.
- En sık nedeni koroner arter hastalıklarıdır.
- EF %40-50 aralığı gri zone olarak değerlendirilir. Bu hastalarda hafif sistolik disfonksiyon varlığı kabul edilir.

İvabradin:

- İf kanallarını bloke ederek sinoatrial nodda spontan diastolik depolarizasyonu inhibe eder. Kalp hızını yavaşlatır.
- Standart medikal tedaviye dirençli EF <%35 kalp yetmezliği hastalarında **sinüs ritminde** ve kalp hızı 70 in üzerinde ise verilir.



**REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE NİRVANA KONU KİTABI
SAYFA: 321, 329**

7- Kırk sekiz yaşındaki erkek hasta arteriyel kan basıncı yüksekliği nedeniyle başvuruyor. Yapılan ambulatuvar kan basıncı ölçümünde hastanın arteriyel kan basıncının hastane ortamındayken normal, hastane dışındayken yüksek olduğu saptanıyor.

Bu hastada arteriyel kan basıncı açısından en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Beyaz önlük hipertansiyonu
- B) Maskeli hipertansiyon
- C) "Dipper" hipertansiyon
- D) "Nondipper" hipertansiyon
- E) Psödohipertansiyon

Cevap Anahtarı: B

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:

Beyaz önlük hipertansiyonu: Kan basıncının tekrarlayan vizitlerde ofiste yüksek iken, ofis dışında gerek ambulatuvar gerekse evde kan basıncı ölçümü ile normal olması durumuna denir.

Maskeli hipertansiyon: Ofiste ölçülen kan basıncı normal iken, ofis dışında (evde) kan basıncının yüksek olması durumuna denir. (Beyaz önlük hipertansiyonunun tersi)

**REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE NİRVANA KONU KİTABI
SAYFA: 297**

TUSWORLD

8- Altmış iki yaşındaki erkek hasta göğüs ağrısı şikâyetiyle başvuruyor. Fizik muayenede arteriyel kan basıncının 80/50 mmHg ve nabzının 45/dakika olduğu, jugüler venlerde dolgunluk bulunduğu, akciğerlerin dinlemekle normal olduğu saptanıyor: EKG'de üçüncü derece atriyoventriküler blok ve II, III ve aVF derivasyonlarında ST yükselmesi izleniyor.

Bu hastada aşağıdaki tedavi yaklaşımlarından hangisi en az uygundur?

- A) İntravenöz nitroglicerinin verilmesi
- B) Erken revaskülarizasyon
- C) İntravenöz sıvı yüklemesi
- D) Geçici pil takılması
- E) Dopamin infüzyonu

Cevap Anahtarı: A

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz.** Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:

Sağ ventrikül infarktüsü:

- Çoğu kez inferior MI ile birlikte görünür.
- **Hipotansiyon**, **boyun venöz dolgunluğu** ve **temiz akciğer** izlenir. Dispne sıklıkla olmaz.
- Sağ kalp boşlukları basınçlarında artış olur , kussmal işareti ve pulsus paradoksus izlenebilir.
- **Ekokardiyografi:**
 - o Sağ ventrikül dilatasyonunu ve ciddi sağ ventrikül disfonksiyonu
- Pulmoner arter kataterizasyonu:
 - o Düşük pulmoner kapiller basınç , yüksek sağ atrial basınç
- **Tedavi**
 - o **Revaskülarizasyon, sıvı tedavisi**, inotrop, ciddi bradikardisi olan hastalarda pacing
 - o **Diüretik ve nitrat** verilmemelidir.

MI sonrası hipotansiyon, sağ yetmezlik bulguları ve temiz akciğerler: **sağ ventrikül infarktüsü** ya da **rüptüre bağlı tamponad** düşün.

**REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE NİRVANA KONU KİTABI
SAYFA: 316**

TUSWORLD

9- Elli beş yaşındaki kadın hasta 8 aydır olan bulantı ve kusma şikâyetiyle başvuruyor. Yaklaşık 15 kilo verdiğini belirten hastanın her yemekten sonra kustuğu öğreniliyor. Fizik muayenesinde özellik saptanmayan hastanın laboratuvar tıetkiklerinde demir eksikliği anemisi ile uyumlu sonuçlar elde ediliyor.

Bu hastaya aşağıdaki tanılardan hangisinin konulması en az olasıdır?

- A) Gastroparezi
- B) Pilor kanalı obstrüksiyonu
- C) Anoreksia nervoza
- D) Narkotik ilaç kullanımı
- E) İrritabi bağırsak sendromu

Cevap Anahtarı: E

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:

Roma 4 İritabl Bağırsak Sendromu Tanı Kriterleri	
Son 3 ayda, haftada ≥ 1 kere tekrarlayan rekürren karın ağrısı + aşağıdakilerden ≥ 2 kriter	
1.	Ağrının defekasyonla ilişkili olması
2.	Defekasyon sıklığında değişiklik olması
3.	Gaita görünümünde değişiklik olması

* **Tanı kriteri olmayan diğer semptomlar:** Defekasyonda zorlanma-ıknma, defekasyondan sonra rahatlayamama, aniden defekasyon hissinin gelmesi (urgency), gaitada mukus ve gaz/şişme hissi

* Ağrı akut karınla karışacak ciddiyette olabilir ancak malnutrisyon ve kilo kaybı nadirdir. Semptomlar neredeyse her zaman uyanikken olur ancak uykudan uyandıran ağrı (eskiden düşünülenin aksine) İBS tanısını dışlamaz.

**REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE NİRVANA KONU KİTABI
SAYFA: 297**

İRİTABL BAĞIRSAK SENDROMU

* Yapısal bir sorun olmadan karın ağrısı, rahatsızlık hissi ve bağırsak alışkanlıklarında değişiklik (konstipasyon-diyare) olmasıdır. Tüm yaşlarda görülebilir, adolesan çağda başlama olasılığı daha yüksektir. Kadınları daha sık etkiler.

* İBS semptomları ataklar halinde gelir-geçer. Fibromiyalji, baş ağrısı, sırt ağrısı ve genitoüriner sistem sorunları gibi fonksiyonel (yapısal-organik olmayan) bozukluklarla birlikte sık görülür.

* Çok geniş bir klinik yelpazede semptom verir, tanısı zordur ve olası yapısal nedenlerin dışlanması gerekir.

**REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI
SAYFA: 454**

10- Elli yaşındaki erkek hasta ödem yakınmasıyla başvuruyor. İlk değerlendirmesinde hipoproteinemi saptanan hastada proteinürinin kronik karaciğer hastalığı, malnütrisyon ve böbrek hastalığından kaynaklanmadığı belirleniyor. İntestinal kayıptan şüpheleniliyor.

Bu hastanın tanısına yönelik aşağıdaki testlerden hangisinin yapılması en olasıdır?

- A) Alfa-1 antitripsin klirens ölçümü
- B) Fekal kalprotektin ölçümü
- C) Kapsül endoskopi
- D) Lenfanjiyografi
- E) Gaitada parazit incelemesi

Cevap Anahtarı: A

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz.** Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:

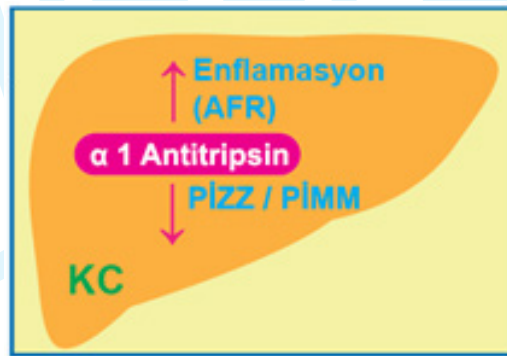
* **Protein Kaybettiren Enteropati:** Karaciğer hastalığı veya proteinüri olmadan, gaitada şiddetli protein kaybı ve protein eksikliğiyle karakterize tablodur. Gaitada α 1-antitripsin bakılarak **bağırsak** kaynaklı protein kaybı değerlendirilebilir. 3 farklı mekanizma tanımlanmıştır.

REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE NİRVANA KONU KİTABI SAYFA: 255

ALFA 1 ANTİTRİPSİN EKSİKLİĞİ

PİZZ veya PİMM Aleli AAT Geni Mutasyonu Sonucu Oluşur

- α , 1T eksikliği, α , 1AT proteininin anormal katlanmasına ve böylece bu proteinin karaciğerden sekresyonunda yetmezliğe yol açan kalıtsal bir bozukluktur. Amfizem ve siroz nedenidir.
- Enzimin eksikliği sonucu karaciğerde hepatit ve siroz, akciğerde ise panasiner amfizem kliniği görülebilir. Kesin tanısı karaciğer biopsisinde PAS pozitif eozinofilik inklüzyon cisimciklerinin saptanması ile konulur. Tedavisi enzim replasmanıdır
- *Kistik fibroziste* Biliyer tip siroz görülebilir.



REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 288

11- On sekiz yaşındaki kadın hasta hâlsizlik ve yorgunluk şikâyetleriyle başvuruyor. Öyküsünden hipoparatiroidi nedeniyle aktif D vitamini ve kalsiyum kullandığı ancak boyuna yönelik bir cerrahi girişim yapılmadığı ve radyoterapi almadığı öğreniliyor. Fizik muayenesinde yaygın oral mukokutanöz kandidal beyaz plaklar, hipotansiyon ve deri turgotenusunda azalma saptanıyor. Laboratuvar incelemelerinde hipoglisemi ve hiponatremi tespit edilen hastanın ACTH düzeyi yüksek ve kortizol düzeyi çok düşük olarak belirleniyor.

Bu hastada en olası tanıyı desteklemek için aşağıdakilerden hangisinin yapılması en uygundur?

- A) Tiroid peroksidaz antikoruna bakılması
- B) 21-hidroksilaz antikoruna bakılması
- C) FOXP3 mutasyonu bakılması
- D) CTLA-4 inhibitörü kullanımının sorgulanması
- E) AIRE gen mutasyonu bakılması

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimize telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Cevap Anahtarı: E

Açıklama:

2- Kronik Mukokutanöz Kandidiazis:

- **Hastalıkta primer defekt candida antijenine karşı hücreli bağışıklık yanıtın yetersiz olmasıdır.** Bulgular 6. aydan sonra belirginleşir. Mukoza deri, saçlar ve tırnakların inatçı candida enfeksiyonu ile karakterizedir. Bazı olgularda candida dışı enfeksiyonlara da yatkınlık görülür.
- **Kandida en sık oral mukozayı ve sıklıkla ayak tırnaklarını tutar.**
- Solunum sistemi ile ilişkili veya sistemik bulgular görülmez. Diğer otoimmün hastalıklar eşlik edebilir.
- Tedavide sistemik antifungal ilaçlar (ketakonazol, flukonazol, amfoterisin-B) kullanılır. Birlikte bulunan endokrin bozuklukların tedavisi yapılır.

Kronik mukokutanöz kandidiazis olgusunu gördüğümüzde aklımıza mutlaka otoimmün poliglandüler sendrom (OPS) Tip-1 (APECED sendromu) gelmelidir.

AIRE gen mutasyonu
Mukokutanöz kandidiazis
Hipoparatiroidi
Adrenal yetmezlik

İmmün sistemin CD antijenleri bilinmelidir
B lenfosit - CD 19,20,21
T lenfosit - CD3
NK hücre - CD16,56
T helper - CD4
Sitotoksik T hücresi - CD8 (NK hücrelerin % 30'unda da bulunur)

Önemli Gen Mutasyonları ve Yatkınlık Oluşturdukları Enfeksiyonlar

Streptococcus pneumoniae	IRAK4, MyD88, C1QA, C1QB, C1QC, C4A+ C4B, IL12B, IL12RB1, IKBKG, IFNGR1, IFNGR2, STAT1
Mycobacteria mikobakteriler (genellikle tüberküloz dışı)	TRAF3, TRIF, TBK1, UNC93B1, TLR3, STAT1
Herpes simplex virus (özellikle ensefalite)	SH2DIA, XIAP, ITK, CD27, PRF1, STXB2, UNC13D, LYST, RAB27A, STX11, AP3B1
Epstein-Barr virus (ağır enfeksiyöz mononükleoz ve hemofagositik sendroma yatkınlık oluşu)	AIRE, STAT1, IL17RA, ACT1
Candida (mukokutanöz)	CARD9, STAT3, IL17F, IL17RC,
Aspergillus	CYBB, CYBA, NCF1, NCF2
Klasik yol yetmezlikleri; C1q, C1r, C1s C4, C2, C3 ve MAK eksiklerini kapsar	
Alternatif yol yetmezlikleri; faktör B, faktör D ve properdin bozukluklarını kapsar.	
Mannoz bağlayan lektin yolu; mannan bağlayan lektin yetmezliği, MBL-associated serine protease 2 (MASP-2) yetmezliği ve fikolin yetmezliğini kapsar.	
Regülatör Protein Bozuklukları, Homozigot Faktör H, Faktör I eksikliği, Heterozigot faktör H, faktör I, faktör B, C3, MCP ve faktör H-ilişkili proteinler eksikliği, C1 INH eksikliği, CD59, DAF eksikliği.	

Otoimmün Poliglandüler Sendromlar

Monogenik Otoimmün Poliglandüler Sendromlar (OPS)

OPS	Epidemiyoloji ve Genetik	Klinik Özellikler
OPS – 1	OR – AIRE	Kandidiazis, hipoparatiroidizm, adrenal yetmezlik, ektodermal displazi
IPEX	X'e bağlı – FOXP3	Enteropati, infantil Tip 1 DM, egzamatöz dermatit
CTLA4	OD – CTLA4	Enteropati, sitopeni, lenfositik agregatlar, hipogamaglobulinemi
LRBA	OR – LRBA	Enteropati, solunum yolu hastalığı, organomegali, otoimmün infiltratlar
ITCH	OR – ITCH	Dismorfik bulgular, gelişme geriliği, organomegali, otoimmün infiltratlar
STAT1	OD – STAT1	Kandidiazis, rekürren enfeksiyonlar, multipl otoimmünite, serebral anevrizma
STAT5b	OR – STAT5b	Enteropati, solunum yolu hastalığı, rekürren enfeksiyonlar, büyüme geriliği
CD25	OR – IL2RA	Enteropati, infantil Tip 1 DM, rekürren enfeksiyonlar

**REFERANS: TUSWORLD PEDIATRİ NİRVANA KONU KİTABI
SAYFA: 108, 116, 269**

12- Otuz dokuz yaşındaki erkek hasta son 2 aydır çok su içtiği ve sık idrara çıkma şikâyetleriyle başvuruyor. Öyküsünden santral hipotiroidi ve retroperitoneal fibrozisi olduğu öğrenilen hastanın fizik muayenesinde tiroid bezi sert palpe ediliyor. Laboratuvar incelemelerinde açlık kan şekeri ve HbA1c seviyeleri normal, prolaktin düzeyi yüksek, FSH, LH ve testosteron düzeyleri düşük olarak ölçülüyor. Hipofiz bezi MR görüntülemesinde sellar yerleşimli kitle ve stalkta kalınlaşma saptanıyor.

Bu hasta için en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Pitüiter apopleksi
- B) Empiy sella sendromu
- C) Kraniofarenjiyom
- D) İmmünglobulin-G4 ilişkili hipofizit
- E) Rathke kleft kisti

Cevap anahtarı: D

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz.** Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:

İdiopatik Retroperitoneal Fibrozis

- Sebep genellikle idiyopatiktir, eşlik eden otoimmün hastalıklar; ankilozan spondilit, SLE, WG ve poliarteritis nodosadır.
- **IgG4 ile ilişkili hastalıklardandır. HLA-DRB1*03 ile ilişkili olabilir.**
- **Esas tedavisi glikokortikosteroidlerdir. Steroid'in kontraendike olduğu hastalarda tamoksifen kullanılabilir.**

tusworld.com.tr - ydusworld.com.tr

Kazananların
dünyası

151

**REFERANS: TUSWORLD GENEL CERRAHİ NİRVANA KONU KİTABI
SAYFA: 151**

IgG4-İLİŞKİLİ HASTALIK

IgG4 antikoru-üreten plazma hücreleri ve lenfositlerden oluşan (özellikle T) doku infiltratları ve **iğsi (storiform) fibrozis, obliteratif flebit** ve genellikle artmış serum IgG4 ile karakterize bir hastalıktır. Orta-yaş ve yaşlı erkeklerde daha sık görülür.

- ↳ **Mikulicz sendromu, Riedel tiroiditi, retroperitoneal fibrozis,** otoimmün pankreatit ve primer sklerozan kolanjit görülür.
- ↳ Orbita, akciğerler ve böbreklerin **inflamatuvar psödotümörleri** görülebilir.
- ↳ **Rituximab** tedavisi faydalıdır.

13- Hepsidin proteini ile ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

- A) Ferroportin aracılığı ile eritrositlerden bağırsak lümenine demir atılımını artırır.
- B) İnflamasyonda düzeyi artar.
- C) HFE (hemokromatozis geni) mutasyonu serum seviyesini düşürür.
- D) Makrofajlardan demir salınımını azaltır.
- E) Eritroblastlardan salınan eritroferon hepsidin seviyesini azaltır.

Cevap Anahtarı: A

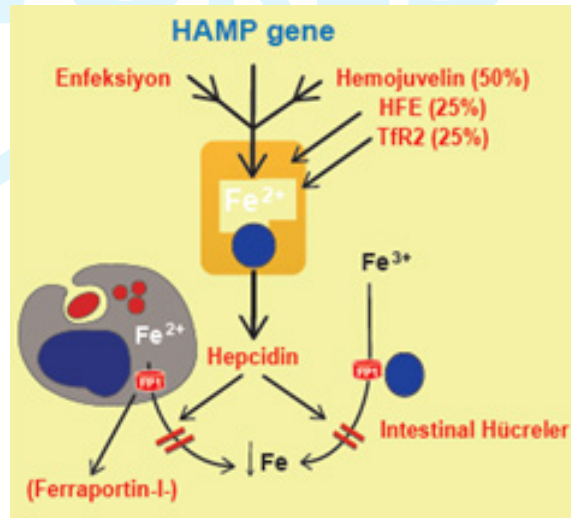
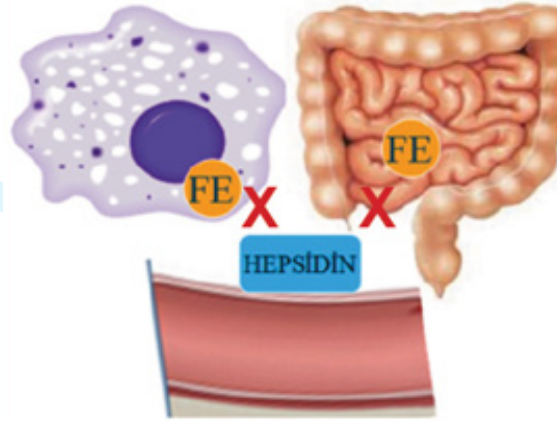
"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:

DEMİR EKSİKLİĞİ ANEMİSİ

Demir'in vücutta %67'si hemoglobin'lerin yapısında bulunur. Hemoglobin dışında demir feritinin ve hemosiderin yapılarında bulunur. Demir kanda transferrin ile taşınır. Askorbik asit, süksinat ve HCl demir emilimini artırır. Demir metabolizmasını majör düzenleyen akut faz reaktanı; Hepsidindir.

REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE NİRVANA KONU KİTABI
SAYFA: 9



REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI
SAYFA: 204

14-Kırk beş yaşındaki erkek hasta son 6 aydır banyo yaptıktan sonra tüm vücutta yaygın kaşıntı ve hâlsizlik yakınmalarıyla başvuruyor. Öyküsünden herhangi bir hastalığı olmadığı ve alkol veya sigara tüketmediği öğreniliyor. Fizik muayenede kot kavsini 1 cm geçen dalak saptanıyor. Tam kan sayımında lökosit $12 \times 10^9/L$, ve hemoglobin 18,9 g/dL ve trombosit $485 \times 10^9/L$ bulunuyor. Parmak ucundan yapılan kan yayması normal olarak değerlendiriliyor.

Bu hastanın tanı aşamasında aşağıdaki genetik tetkiklerden hangisi öncelikle istenmelidir?

- A) JAK2 ekzon 12
- B) t(9:22)
- C) JAK2 V617F
- D) Kalretikülin
- E) MPL

Cevap Anahtarı: C

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır.**"

Açıklama:

Primer Miyelofibrozis (MF)

DSÖ Tanı kriterleri (3 major+ 2 minör gereklidir)

Major :

- 1- Kemik iliğinde Grade 2-3 fibroz gelişmesi (kollajen veya retikülin lif artışı) + megakaryositik seride proliferasyon ve atipi varlığının tespiti
- 2- PV, ET, KML gibi myeloid neoplazi kriterlerinin karşılanmaması
- 3- 3-JAK2V617F ,CALR ve MPL mutasyonların tespiti veya diğer klonal markerların varlığı veya klonal belirteç saptanmadıysa Kl fibrozunun sekonder olmadığına saptanması

**REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE NİRVANA KONU KİTABI
SAYFA: 255**

Polisitemia Vera (PV)

WHO 2016 -POLİSİTEMİ VERA TANI KRİTERLERİ (3 major/ 2 MAJOR + 1 minör)

Major tanı kriterleri:

1. Hb >16.5 gr/dl veya Htc >49 % (erkek)
Hb> 16 gr/dl veya Htc>48% (kadın)
Veya artmış kırmızı hücre kütlesi (red cell mass)
- 2- Kemik iliğinde 3 seride (eritroid, granulasiter ve megakaryositer) proliferasyon ve hipersellularite (panmyelosis) ve pleomorfik – mature megakaryositler
- 3- **JAK2V617F (+) veya jak2 exon**

Sık Semptomlar

- Burun kanaması
- **Banyo sonrası kaşıntı**
- Aspirine yanıt veren bacak ağrısı
- Pleatore
- Splenomegali

**REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI
SAYFA: 232-233**

15- Aşağıdakilerden hangisi meme kanseri tedavisinde kullanılan ve HER-2 (c-erbB2) reseptörünü hedef alan ilaçlardan biri değildir?

- A) Lapatinib
- B) Erlotinib
- C) Pertuzumab
- D) Trastuzumab
- E) Neratinib

Cevap Anahtarı: B

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır.**"

Açıklama:

* Distal özofagus, proksimal mide, gastroözofageal bileşke kanserlerinde %15 oranında **HER2/neu** overekspresyonu görülür. Bu kanserler **trastuzumab** ve **pertuzumab** gibi monoklonal antikor tedavilerinden fayda görür.

* **Pembrolizumab, Nivolumab** (anti-PD-1 ve PD-2): Prognozu olumlu etkiler

**REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE NİRVANA KONU KİTABI
SAYFA: 249**

Erlotinib/Gefitinib

*EGF Tirozin kinaz inhibisyonu yaparlar.

*Küçük hücreli dışı akciğer kanserlerinde etkinlikleri kanıtlanmıştır.

tusworld.com.tr

Kazananların
dünyası

423

**REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI
SAYFA: 423**

TUSWORLD

16- Elli beş yaşındaki erkek hasta son üç aydır var olan ve tedricen artan mide bulantısı, karın ağrısı ve kilo kaybı yakınmalarıyla başvuruyor. Tetkiklerinde Hb 9,9 g/dL, AST 88 IU/L, ALT 132 IU/L, GGT 98 IU/L, ALP 146 IU/L, total bilirübin 3,8 mg/dL ve direkt bilirübin 2,1 mg/dL tespit ediliyor. Abdomin ultrasonografisinde pankreas başında 5 cm çapında solid lezyon saptanıyor.

Bu hastada aşağıdakilerden hangisinin etiolojide rol oynaması en az olasıdır?

- A) BRCA2 mutasyonu varlığı
- B) ATM mutasyonu varlığı
- C) Kronik pankreatit öyküsü
- D) Kronik proton pompa inhibitörü kullanımı
- E) Obezite

Cevap anahtarı: D

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:

Pankreas adenokarsinomları risk faktörleri

- * SİGARA
- * Tip 2 DM
- * Kronik pankreatit
- * Diet (YAĞ)
- * Aile öyküsü
- * Kahve-alkol kullanımı
- * Genetik geçiş (K-ras %90 ile en sık tespit edilendir)
(K-ras/Her2neu/P53/P16/DPC4/BRCA-2/STK 11-LKB-1/ CDKN2A/MLL3/TGFBR2/APC)

YENİ DİYABET veya DİYABETİK HASTADA İNSÜLİN GEREKSİNİMİNİN ARTMASI
PANKREAS KANSERİ Düşündürür.

**REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE NİRVANA KONU KİTABI
SAYFA: 410**

PPI'ların Yan Etkileri

- Mikrozoimal enzim inhibisyonu
 - o En fazla omeprazol, en az pantoprazolve rabeprazol
- Bulantı, diyare, karın ağrısı
- **B₁₂ vitamin eksikliği**
- Kalça kırığı ve kemik fraktörü riskinde artış
- Solunum ve barsak enfeksiyonları sıklığında artış
- **Serum gastrin düzeyinin artması** (ilaç kesilmesi sonrası rebound hipersekresyon, ECL hücreleri hipersekresyonuna neden olur, karsinojen değildir.)
- Bening gastrik fundus polipleri

**REFERANS: TUSWORLD FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI
SAYFA: 290**

- Ras → Nokta mutasyon (GTP) → Pankreas, Mesane ve Kolon Ca
- Ret → Nokta mutasyon → Tiroid kanserleri
- CDK 4 → Amplifikasyon → Malign melanom, GBM

Tümör süpresör gen inhibisyonu ile ilişkili kanserler

- APC → Sitoplazmik, sitoskeletal → Kolon Ca
- NF-1 → Sitoplazmik, sitoskeletal → Nörofibromatozis Tip I
- Merlin (NF -2) → Sitoplazmik, sitoskeletal → Nörofibromatozis Tip II
- BRCA1 ve 2 → Transkripsiyon faktörü → Meme ve Over Ca
- RB → Transkripsiyon faktörü → Retinoblastom, Osteosarkom
- WT-1 → Transkripsiyon faktörü → Wilm's tümörü, Hepatoblastom
- VHL → Bilinmiyor → RCC ve Hemanjioblastom
- MLH1/2 → Mismatch tamiri → Herediter Nonpolipozis Koli
- ERCC → Nükleotid ekzisyon tamiri → Kseroderma pigmentozum
- FACC → DNA onarımı → Fanconi anemisi, Lösemi
- DNA Ligaz 1 → DNA onarımı → Ataksi telenjektazi, Bloom Send

Protoonkogenlerin aktif hale gelmesi :

- Translokasyon ile → abl-bcr
- Promoter sinyal ile → c-myc
- Mutasyon ile → K-RAS
- Amplifikasyon ile → HER2/NEU (ERBB2)

GENLER					
APC	5q21	FAP	RET	10q	MEN II
BMPRIA	10q		NF1	17q	
SMAD2	18q	FJP	NF2	22q	Nörofibromatozis
DPC4	18q		PTEN	10q	Cowden
BRCA1	17q	Meme, Over, Kolon, Prostat, Safra K., Pankreas, Melanom	STK11	19p	Peutz-Jeghers
BRCA2	13q		P53	17q	Li-Fraumeni

**REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI
SAYFA: 415**

17- Aşağıdaki klinik bulgulardan hangisinin makrofaj aktivasyon sendromunda (MAS) görülmesi en az olasıdır?

- A) Trombositopeni
- B) Nötrofili
- C) Koagülopati
- D) Hiperferritinemi
- E) Hemofagositoz

Cevap Anahtarı: B

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:

HEMOFAGOSİTİK LENFOHİSTİYOSİTOZ (Makrofaj Aktivasyon Sendromu)

Makrofaj aktivasyonuna işaret olan sitopeniler ve sistemik inflamasyonun belirti ve semptomları ile belirgin reaktif bir durumdur.

↳ Tüm formlarının ortak özelliği makrofajların ve sitotoksik CD8+ T-hücrelerin sistemik aktivasyonudur.

Aktive makrofajlar kemik iliğinde kan hücre prekürsörlerinin fagosite ederler. Makrofajlar ve lenfositler hematopoezi baskılayan ve sistemik inflamasyon semptomunun tetikleyen sitokinler üretirler. Sitopeniler ve şok-benzeri tablo ortaya çıkar (sitokin fırtınası).

↳ HLH'un en sık başlatıcısı enfeksiyonlardır. Özellikle de EBV etkindir.

Klinikte hepatosplenomegali ve ateş görülür. Laboratuvarda anemi, trombositopeni ve plazmada ferritin ve solubl İL-2 reseptör artışı ve KCFT ve TG yüksekliği (hepatite işaret) görülür. DİK, çoklu organ yetmezliği, şok ve ölüm gelişebilir. Steroid ve KT uygulanabilir.

**REFERANS: TUSWORLD PATOLOJİ EFSANE KONU KİTABI
SAYFA: 108**

TUSWORLD

18- Yirmi altı yaşındaki erkek hasta sağ baldırda ağrı ve şişlik yakınmaları ile başvuruyor. Öyküsünden 2 yıl önce eritema nodozum ve 1 yıl önce üveit tanıları aldığı öğreniliyor. Hastanın 9 paket/yıl sigara kullanımı mevcut olup ek ilaç veya travma öyküsü olmadığı belirtiliyor. Annede FMF öyküsü olan hastanın fizik muayenesinde, sırtında akneiform lezyonlar, skrotumda skar izi görülüyor ve sağ baldırda homans testi pozitif bulunuyor.

Bu hasta için en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Sarkoidoz
B) Granülomatoz polianjitis
C) Behçet hastalığı
D) Poliarteritis nodoza
E) İnflamatuvar bağırsak hastalığı

Cevap Anahtarı: C

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır.**"

Açıklama:

BEHÇET HASTALIĞI

TANIM

Behçet hastalığı oral, genital aftlar ve oküler tutulum ile seyreden multisistemik bir hastalıktır. Kadın ve erkekleri eşit oranda tutar ve tipik olarak gençlerde görülür.

Behçet hastalığı küçük, orta ve büyük damar ve venleri etkiler. Asya kökenli hastalarda **HLA-B51** aleli yüksek oranda görülür.

KLİNİK

- **Oral aftöz ülserler hastalığın tanısı için olmazsa olmaz bulgudur.** Oral ülserler ağrılı, yüzeysel veya derin; sarımsı renkli, yuvarlak veya oval, tek veya grup halinde olup oral kavitede herhangi bir yerde görülebilir. Skar bırakmadan iyileşirler.
- **Genital ülserler ise daha nadir ve ağrılıdır, skar bırakırlar.** Glans penis ve üretrayı tutmazlar.
- Ciltte ise **eritema nodozuma**, akneiform nodüllere ve pyoderma gangrenozuma yol açar. [Behçetin neden olduğu eritema nodozum hiperpigmentasyon ve skar bırakarak iyileşir.](#)
- **Behçet hastalığında morbiditenin en sık nedeni oküler tutulumla bağlı görme kaybıdır.** Bilateral panüveitis, anterior ve posterior üveitis görülebilir.
- Behçet hastalığında gezici tromboflebit görülür.
- **Süperfisyal veya derin venlerin trombozisi görülür.** Vena kava superior obstrüksiyonuna bağlı katarst-rofik tabloya neden olabilir, Budd-Chiari sendromuna neden olabilir
- Behçet hastalığı ağızdan anüse kadar GIS'in herhangi bir yerinde aftöz ülserle neden olmakla beraber, **sıklıkla ileum ve çekumu etkiler.**
- **Artrit ve artlaji deformasyon bırakmaz** ve en çok diz ve ayak bileği eklemini etkiler.
- SSS'de primer olarak parankim tutulumu yapar, meningoensefalite neden olur; serebrospinal sıvıda IL-6 seviyesi yükselir ve kötü prognozlu seyredir. Serebral venöz trombozisi ise daha sıklıkla görülür ve en sık süperiorsagittal sinüste görülür, baş ağrısına ve KIBAS'a neden olur.
- **Epididimite yol açabilir.**
- Laboratuvar bulguları inflamasyonun non-spesifik bulgularını içerir.

Paterji bulgusu ön kola steril iğne batırıldıktan 24-48 saat sonra 2mm'den büyük aseptik nodül veya ülser oluşumu olarak tanımlanır.

BEHÇET HASTALIĞI TANI KRİTERLERİ

Tekrarlayan oral ülserler	Ek olarak aşağıdakilerden ikisi
Tekrarlayan genital ülserler	
Oküler lezyonlar	
Cilt lezyonları	
Pozitif paterji testi	

REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE NİRVANA KONU KİTABI SAYFA: 189

BEHÇET HASTALIĞI

TANIM

Behçet hastalığı oral, genital aftlar ve oküler tutulum ile seyreden multisistemik bir hastalıktır. Kadın ve erkekleri eşit oranda tutar ve tipik olarak gençlerde görülür.

Behçet hastalığı küçük, orta ve büyük damar ve venleri etkiler. Asya kökenli hastalarda **HLA-B51** aleli yüksek oranda görülür.

KLİNİK

- **Oral aftöz ülserler hastalığın tanısı için olmazsa olmaz bulgudur.** Oral ülserler ağrılı, yüzeysel veya derin; sarımsı renkli, yuvarlak veya oval, tek veya grup halinde olup oral kavitede herhangi bir yerde görülebilir. Skar bırakmadan iyileşirler.
- **Genital ülserler ise daha nadir ve ağrılıdır, skar bırakırlar.** Glans penis ve üretrayı tutmazlar.
- Ciltte ise **eritema nodozuma**, akneiform nodüllere ve pyoderma gangrenozuma yol açar. [Behçetin neden olduğu eritema nodozum hiperpigmentasyon ve skar bırakarak iyileşir.](#)
- **Behçet hastalığında morbiditenin en sık nedeni oküler tutulumla bağlı görme kaybıdır.** Bilateral panüveitis, anterior ve posterior üveitis görülebilir.

REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 332

19- Yetmiş beş yaşındaki erkek hasta son 2 haftadır olan şiddetli baş ağrısı, yüksek ateş, tek taraflı görme kaybı şikâyetleriyle başvuruyor. Öyküsünden hipertansiyon için rutin olarak ilaç kullandığı öğreniliyor. Fizik muayenesinde arteriyel kan basıncı 130/80 mmHg, nabız 106/dakika ve ritmik, vücut sıcaklığı 38,2 °C saptanıyor. Ayrıca sağ temporal arterde palpasyonla hassasiyet tespit edilen hastanın oftalmolojik incelemede optik diskin soluk ve ödemli olduğu gözleniyor. Eritrosit sedimentasyon hızı 110 mm/saat olan hastada kan ve idrar kültüründe üreme olmazken, akciğer grafisi, kraniyal bilgisayar tomografi ve kraniyal difüzyon manyetik rezonans görüntüleme sonuçları normal saptanıyor. Lomber ponksiyon yapılan hastada enfeksiyon lehine bulgu saptanmıyor. Transözofageal ekokardiyografi ile infektif endokardit ekarte ediliyor.

Bu hasta için en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Takayasu arteriti
- B) Behçet hastalığı
- C) Cogan sendromu
- D) Poliarteritis nodoza
- E) Dev hücreli arterit

Cevap Anahtarı: E

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz.** Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:

DEV HÜCRELİ ARTERİT VE POLİMİYALJİ ROMATİKA

Tanım

Dev hücreli arterit, tarihsel olarak temporal arterit gibi anılmıştır, orta ve büyük ölçekli **arterlerin granülatöz bir inflamasyondur**. Karakteristik olarak özellikle **temporal arter olmak üzere karotis arterinin bir veya daha fazla dalını segmental tutar**. Ancak, özellikle aorta ve onun ana dallarını olmak üzere multipl yerlerde arterleri tutabilen sistemik bir hastalıktır.

Dev hücreli arterit; sertlik, ağrı ve boyun kaslarında, omuzlarda, belde, kalçada ve uylukta ağrı ile karakterize olan **polimiyalji romatika ile yakından ilişkilidir**. En sık olarak, polimiyalji romatika izole olarak meydana gelir, fakat dev hücreli arteritli hastalarının %40-50'sinde görülebilir.

Dev hücreli arterit neredeyse sadece >50 yaştaki bireylerde meydana gelir.

Klinik Ve Laboratuvar Bulguları

Dev hücreli arterit sık olarak; ateş, anemi, yüksek ESR ve 50 yaş üzerindeki bir hastada baş ağrısı ile klinik olarak karakterizedir.

Kranial arter tutulumu olan hastalarda, **baş ağrısı baskın semptomdur** ve bu; hassas, kalınlaşmış veya hastalığın erken döneminde titreşebilen fakat daha sonra tıkanabilen nodüler arter ile ilişkili olabilir. **Scalp ağrısı ve çene ve dil kladikasyonu oluşabilir**. Özellikle tedavi edilmemiş hastalarda, dev hücreli arteritin iyi tanınan ve **en korkulan komplikasyonu**, ciddi görsel semptomlara yol açabilen, hatta bazı hastalarda ani **körlüğe** bile neden olabilen iskemik optik nöropatidir.

Tanı

Temporal arter biyopsisi ile tanı konur. Damarın tutulumu segmental olabilirken, biyopsi örneklerinin seri kesit alınması ile birlikte 3-5 cm biyopsi segmenti temin edilmesi ile artar. Granülatöz panartrit görülür.

Dev hücreli artit tanı kriterleri (3 kriter varlığı ile tanı konur)

Başlangıç yaşı 50'nin üzerinde olmalı
Yeni başlayan başağrısı (lokalle ağrı)
Temporal arterde anormallik (azalmış pulsasyon veya hassasiyet)
Yüksek sedimentasyon (ESH >50 mm/sn)
Anormal biyopsi (mononükleer hücrelerin üstünlüğü olan vaskülit veya multinükleer hücrelerin oluşturduğu granülatöz inflamasyon)

REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE NİRVANA KONU KİTABI SAYFA:186

Klinik Ve Laboratuvar Bulguları

Dev hücreli arterit sık olarak; ateş, anemi, yüksek ESR ve 50 yaş üzerindeki bir hastada baş ağrısı ile klinik olarak karakterizedir.

Kranial arter tutulumu olan hastalarda, **baş ağrısı baskın semptomdur** ve bu; hassas, kalınlaşmış veya hastalığın erken döneminde titreşebilen fakat daha sonra tıkanabilen nodüler arter ile ilişkili olabilir. **Scalp ağrısı ve çene ve dil kladikasyonu oluşabilir**. Özellikle tedavi edilmemiş hastalarda, dev hücreli arteritin iyi tanınan ve **en korkulan komplikasyonu**, ciddi görsel semptomlara yol açabilen, hatta bazı hastalarda ani **körlüğe** bile neden olabilen iskemik optik nöropatidir.

REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 329



20- Yirmi iki yaşındaki erkek hasta 6 aydır süren hâlsizlik ve çabuk yorulma şikâyetleriyle başvuruyor. Bilinen hastalığı olmayan ve soy geçmişinde özellik saptanmayan hastanın arteriyel kan basıncı 120/80 mmHg olarak ölçülüyor. Laboratuvar tetkiklerinde serum kreatinin 0,6 mg/dL, sodyum 133 mmol/L, potasyum 2,8 mmol/L, klor 90 mmol/L, bikarbonat 32 mmol/L ve magnezyum 0,6 mg/dL (Normal: 1,6–2,6 mg/dL) bulunuyor. İdrar tetkiklerinde proteinüri ve hematüri saptanmıyor.

Bu hasta için en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Distal tip 1 renal tübül asidoz
- B) Liddle sendromu
- C) Fanconi sendromu
- D) Gitelman sendromu
- E) Tip 1 Bartter sendromu

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz.** Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

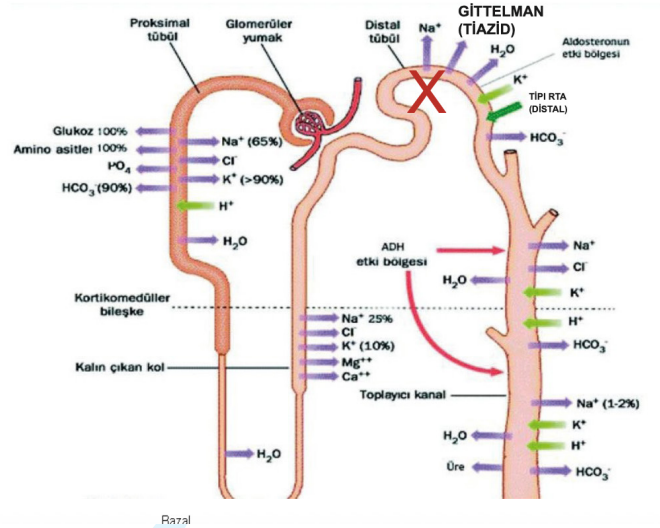
Cevap Anahtarı: D

Açıklama:

Gitelman Sendromu: (TIAZİD)

- Distal tübüllerdeki Na-Cl kanalı bozuktur. Hastalar Tiazid almış gibidir.
- Bartter Sendromu'na göre daha sık görülür.
- Hipomagnezemi Bartter Sendromu'na göre daha ağırdır çünkü distal tübül sonrası Magnezyum geri emiliminin telafi edileceği başka bir tübül sistemi kalmamıştır.
- Bartter Sendromu'nun aksine idrar kalsiyumu düşüktür, hiperkalsemiye yatkınlığı vardır.
- Hipopotasemi ve Metabolik Alkaloz
- Hipokloremi
- Hiponatremi
- Hipertansiyon Gitelman Sendromu'nda da beklenmez!

Herşey azalır, Kalsiyum artar



REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE NİRVANA KONU KİTABI SAYFA: 87

Gitelman Sendromu: (TIAZİD)

- Distal tübüllerdeki Na-Cl kanalı bozuktur. Hastalar Tiazid almış gibidir.
- Bartter Sendromu'na göre daha sık görülür.
- Hipomagnezemi Bartter Sendromu'na göre daha ağırdır çünkü distal tübül sonrası

REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 393

21- Akut böbrek hasarı tablosuyla takip edilen hastanın idrar sedimentinde eritrosit silendileri görülüyor.

Bu hastada gelişen akut böbrek hasarına aşağıdakilerden hangisinin neden olması en az olasıdır?

- A) Akut tübüler nekroz
- B) Akut glomerülonefrit
- C) ANCA ilişkili vaskülit
- D) Malign hipertansiyon
- E) Trombotik mikroanjiyopati

Cevap Anahtarı: A

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır.**"

Açıklama:

BÖBREK PATOLOJİLERİNİN LABORATUVAR DEĞERLENDİRİLMESİ

Hematüri

- Kadınlarda mikroskopik incelemede 5, Erkeklerde 3 tane eritrosit saptanması hematüri tanısı için yeterlidir.
- Eritrositler normal şekilli ise (izomorfik ise) mesane, üreteral veya pelvikalsiyel sistem kaynaklı bir hematüri söz konusudur.
- Eritrositlerin şekli bozulmuş (dismorfik) ve eritrosit silendiri saptanmış ise glomerülonefritler düşünülmelidir.
- Toplumda hematürinin en sık nedeni idrar yolları enfeksiyonudur.
- 20 yaş altı hastalarda görülen hematürinin en sık nedeni glomerülonefritlerdir.
- 55 yaş üzeri erkek hastalarda görülen hematürinin en sık nedeni Benign Prostat Hipertrofisidir.
- Mikroskopik hematürinin en sık nedeni idrar yolları enfeksiyonudur.
- Tekrarlayan mikroskopik hematürinin en sık nedeni İdiopatik hiperkalsiüridir.
- Makroskopik hematürinin en sık nedeni idrar yolları enfeksiyonudur.
- Makroskopik hematürinin en sık glomerüler nedeni Akut Poststreptokoksik Glomerülonefrit'tir.
- Tekrarlayan makroskopik hematürinin en sık nedeni IgA Nefropatisi'dir.

REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE NİRVANA KONU KİTABI SAYFA:91

Renal ABH (%40)

- Akut Tübüler Nekroz en sık renal kökenli ABY nedenidir. (%90) Akut Tübüler Nekrozun da en sık nedeni iskemi, yani prerenal ABY'dir! Sepsis veya toksinler nedeniyle de oluşabilir.

REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 399

TUSWORLD

22- Yetmiş beş yaşındaki kadın hasta son 1 yıldır belirginleşen hâsizlik ve çabuk yorulma nedeniyle başvuruyor. Hipertansiyon ve osteoporoz dışında sistemik hastalığı olmadığı ve evdeki kan basıncı ölçümlerinin regüle seyrettiği öğreniliyor. Hasta özellikle merdiven çıkmak ve yük taşımakta zorlandığını ancak göğüs ağrısı ya da nefes darlığı olmadığını, sadece çabuk yorulduğunu ifade ediyor. Ayrıca son 1 yılda 3 kez düştüğü, herhangi bir şekilde şuur kaybı yaşamadığı, son düşüşü sağ el bilek kırığı geliştiği öğreniliyor. Yapılan tetkiklerde kardiyak, nörolojik, vestibüler ya da ortopedik bir sorun ve anemiye dair laboratuvar bulgusu olmadığı belirleniyor.

Aşağıdakilerden hangisinin bu hastada tarif edilen geriatrik sendromun gelişiminde rol oynaması en az olasıdır?

- A) İnaktivite
- B) Proinflamatuvar sitokin düzeylerinde azalma
- C) Yaşlanmaya bağlı büyüme hormonu ve insülin benzeri büyüme faktörü (IGF-1) düzeylerinde azalma
- D) Düşük proteinli diyetle beslenme
- E) Yaşlanma ile D vitamini düzeyinde azalma

Cevap Anahtarı: B

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz.** Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:

TUSWORLD KAYNAKLARINDAN BU SORUYA UYGUN REFERANS VERİLEMEMİŞTİR.

TUSWORLD

- 23- I. Büllöz impetigo – Staphylococcus aureus
 II. Ektima gangrenozum – Staphylococcus aureus
 III. Sert şankr – Haemophilus ducreyi
 IV. Yeşil tırnak – Corynebacterium minutissimum

Yukarıdaki enfeksiyöz deri hastalığı ve etken patojen eşleştirmelerinden hangileri doğrudur?

- A) Yalnız I
 B) III ve IV
 C) II ve IV
 D) I, II ve III
 E) I, II, III ve IV

Cevap Anahtarı: A

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz.** Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:

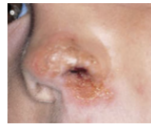
BAKTERİYEL HASTALIKLAR

YÜZEYEL BAKTERİYEL HASTALIKLAR

- * Deri > İmpetigo > İki klinik patern > Non-büllöz (%70) > S.aureus en sık, genelde yüzde **bal rengi krutlu** papüller görülür.
 > Büllöz (%30) > S.aureus **eksfolyatif** toksini > seröz sıvı dolu büller Nikolsky negatif
 > Ektima > Etken genelde S.Pyogenes. En sık bacaklarda üzeri krutlu zemini cerahatli ülserler izlenir. DM risk ↑
 > Ektima gangrenozumda etken **P.Aeruginosa** > Eritem çevresinde metal grisi makül, papülle başlar
 > Püstül, hemorajik bül gelişebilir, nekrotik ülseraif eskara döner
 > En sık anogenital bölgede ve özellikle **nötropenik hastalarda ↑**
 > Eritrazma > Etken **C.Minutissimum**. En sık **kıvrım** yerlerinde, düzensiz **kırmızı** yama şeklinde lezyonlar
 > Wood ışığı altında > **Mercan kırmızısı** röfle verir.
 > Tedavi > Klindamisin/Eritromisin
 * Kıl folikülü > Folikülit > Kıl folikülünün yüzeysel enfeksiyonu, en sık S.aureus.
 > **Hot-tub folikülit** > etken **P.Aeruginosa**
 > Perioritis stafilogenes > Yenidoğanlarda **miliarianın** sekonder enfeksiyonu.
 > Furonkül > Kıl folikülünün S.Aureus nedeniyle gelişen, abseleşen ve nekrotik lezyona dönüşen enfeksiyonu.
 > Üst dudak ve yanak bölgesindekiler > kavernöz sinüs tromboz riski
 > Karbonkül > Birden fazla kıl folikül grubunun S.Aureus nedeniyle gelişen derin yerleşimli enfeksiyonu.
 > Botriyomikoz > Genelde immünsüprese hastalar izlenen S.Aureus nedenli kronik granüloamatöz enfeksiyon
 * Parmak > Paronişi > Travmaya maruz kalan parmaklarda, tırnak çevresindeki kıvrımların enfeksiyonudur.
 > Herpetik dolama (HSV) > sağlıklı çalışanlarında ↑

Pseudomonas Aeruginosa

- > Yeşil tırnak sendromu
 > Hot tube folikülit
 > Ektima gangrenozum
 > Malign eksternal otit



İmpetigo



Büllöz impetigo



Ektima



Folikülit



Eritrazma



Karbonkül



Erizipel



Şarbon

REFERANS: TUSWORLD KÜÇÜK STAJLAR NİRVANA KONU KİTABI
 SAYFA: 256

24- DNA tamir mekanizma defekti nedeniyle yaşamın erken dönemlerinden itibaren çok sayıda bazal hücreli karsinom, yassi hücreli karsinom ve melanom gelişimiyle karakterize genodermatoz aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Gorlin sendromu
- B) Bazex sendromu
- C) Okülökutanöz albinizm
- D) Kseroderma pigmentozum
- E) Li-Fraumeni sendromu

Cevap Anahtarı: D

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz.** Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:

SKUAMÖZ HÜCRELİ KANSER

Yaşlılarda ve güneş gören yerlerde daha sık görülür. Erkeklerde daha sıktır. Risk faktörleri:

- **Güneş ışığı** (en önemli, p53 mutasyonu, pirimidin dimerleri ve ATM mutasyonu)
- Aktinik keratoz
- **Epidermodisplazi verrusiformis: HPV 5 ve 8** alttipleri keratinositleri enfekte ederek skuamöz hücreli kansere neden olur. **OR** geçişli kalıtsal bir durumdur.
- Bowen hastalığı
- Kronik ülser
- Kronik osteomyelit drenajı
- Eski yanık skarları (**Marjolin ülseri**)
- Arsenik, *iyonize radyasyon (kronik radyodermi)*
- **Kseroderma pigmentozum** (DNA tamir hastalığı, OR, SCC, BCC, Melanom, Pigment)
- Oral kavite için: Tütün kullanımı, kronik iritasyon, lökoplaki, eritroplaki

**REFERANS: TUSWORLD PATOLOJİ EFSANE KONU KİTABI
SAYFA: 251**

TUSWORLD

25- Altmış beş yaşındaki erkek hasta konuşma bozukluğu nedeniyle acil servise getiriliyor. Muayenesinde konuşmasının akıcı ve ekolalik olduğu, isimlendirmenin bozulduğu ancak tekrarlanmanın normal olduğu saptanıyor.

Bu hastadaki en olası afazi türü aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Transkortikal motor
- B) Kondüksiyon
- C) Transkortikal sensoryal
- D) Anomik
- E) Wericke

Cevap Anahtarı: C

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:

- TransKortikal, Tekrarlanmanın korunduğu afazilerdir
- Motor; Anlama ve tekrarlama korunmuştur, hasta kendini ifade edemez.
- Sensoryal; Konuşma ve tekrarlama korunmuştur, anlaması bozuktur. (Wernicke)
- Mikst (İzolasyon sendromu); Sadece tekrarlama korunmuştur. (Global)
- Global; Perisilvian alanın etkilenmesi sonucunda; konuşma, anlama ve tekrar etme bozulmuştur.
- Anomik (Nominal).Hasta akıcı ve anlaşılır konuşur ancak adlandırma da güçlük çeker.

	SPONTAN KONUŞMA	ANLAMA	TEKRARLAMA	OKUMA	YAZMA	EŞLİK EDEN
Broca (Motor)	Akıcı Değil	Korunmuş	Bozulmuş	Bozulmuş	Bozulmuş	Sağ hemipleji/parezi ±Solda apraksi
Wernicke	Akıcı Ancak Parafazik	Bozulmuş	Bozulmuş	Bozuk Sesli Okur	Düzensiz	±Sağ hemianopsi Genelde Motor-Duyu bulgu beklenmez
Konduksiyon (İletim)	Akıcı	Korunmuş	Bozulmuş	Sesli Okuyamaz	-	Sol eks. apraksi Sağ hemianopsi
Transkortikal Motor	Akıcı Değil	Korunmuş	Korunmuş	İntakt	İntakt	
Transkortikal Duyu	Akıcı, Ekolali	Bozulmuş	Korunmuş	Bozulmuş	Bozulmuş	
Global	Akıcı Değil	Bozulmuş	Bozulmuş	Bozulmuş	Bozulmuş	Sağ hemipleji/parezi

TW-KS-TRBXQ00000313

AFAZİLER

- * Beyindeki dil ve konuşmada rol alan bölgelerdeki hasara bağlı gelişen dil ve konuşma bozukluğudur.
- * **Dizartri** ise konuşmada rol alan kasların kontrolündeki soruna bağlı gelişen bir bozukluktur.
- * Broca alanı **inferior posterior frontal lobda (pars triangularis ve opercularis)** yer alır ve dil üretiminde rol alır.
- * Wernicke alanı **temporal lobda (gyrus temporalis superior)** yer alır ve dilin kavranmasında rol alır.
- * Genellikle konuşmada baskın olan sol hemisferdir, afazilerin en sık nedeni ise sol orta serebral arter tıkanıklığıdır.
- * **Arkuat** fasikül ise Wernicke ve Broca alanlarını birbirine bağlar.
- * Afazi çeşitleri :

- > **Broca** > Anlama iyi durumdadır, hasta kendini ifade edemez.
> Afemi > izole konuşma apraksisi
- > **Wernicke** > Hastanın anlaması bozuktur, konuşma akıcı ve sağlamdır.
- > **Konduksiyon** > Arkuat fasikül lezyonlarında görülür, tekrar etme bozuktur.
- > **TransKortikal** > Tekrarlanmanın korunduğu afazilerdir
> **Motor** > Anlama ve tekrarlama korunmuştur, hasta kendini ifade edemez.
> **Sensoryal** > Konuşma ve tekrarlama korunmuştur, anlaması bozuktur. (Wernicke)
> **Mikst** (İzolasyon sendromu) > Sadece tekrarlama korunmuştur. (Global)
- > **Global** > Perisilvian alanın etkilenmesi sonucunda; konuşma, anlama ve tekrar etme bozulmuştur.
- > **Anomik (Nominal)** > Hasta akıcı ve anlaşılır konuşur ancak adlandırma da güçlük çeker.

	Spontan Konuşma	Anlama	Tekrarlama	Okuma	Yazma	Eşlik Eden
Broca (motor)	Akıcı değil, dizartri	Korunmuş	Bozulmuş	Bozulmuş	Bozulmuş	Sağ hemipleji/parezi ±Solda apraksi
Wernicke	Akıcı ancak parafazik	Bozulmuş	Bozulmuş	Bozuk, sesli okur	Düzensiz	±Sağ hemianopsi Genelde motor-duyu bulgu beklenmez.
Konduksiyon (İletim)	Akıcı	Korunmuş	Bozulmuş	Sesli okuyamaz	-	Sol eks. apraksi Sağ hemianopsi
TransKortikal Motor	Akıcı değil	Korunmuş	Korunmuş	İntakt	İntakt	
TransKortikal Duyu	Akıcı, ekolali	Bozulmuş	Korunmuş	Bozulmuş	Bozulmuş	
Global	Akıcı değil	Bozulmuş	Bozulmuş	Bozulmuş	Bozulmuş	Sağ hemipleji/parezi

TRANSKORTİKAL > TEKRAR KORUNMUS

REFERANS: TUSWORLD KÜÇÜK STAJLAR NİRVANA KONU KİTABI SAYFA: 32, 152, 153

26- Yirmi beş yaşındaki kadın hasta 2 gündür sağ gözünde giderek artan bulanık görme ve göz hareketlerine eşlik eden ağrı nedeniyle başvuruyor. Muayenesinde sağda görme keskinliğinde belirgin azalma dışında bir bulgu tespit edilemiyor. Beyin MRG'sinde birkaçı kontrast madde tutan, yaygın, ovoid karakterde, demiyelinizasyonla uyumlu lezyonlar ve BOS incelemesinde oligoklonal band pozitifliği saptanıyor.

Bu hasta için öncelikle uygulanabilecek en olası tedavi aşağıdakilerden hangisidir?

- A) 3-5 gün 1 g intravenöz metilprednizolon infüzyonu
- B) 30 gün 32 mg/gün oral metilprednizolon tedavisi
- C) Subkutan interferon β -1a tedavisi
- D) Natalizumab infüzyonu
- E) Oral fingolimod tedavisi

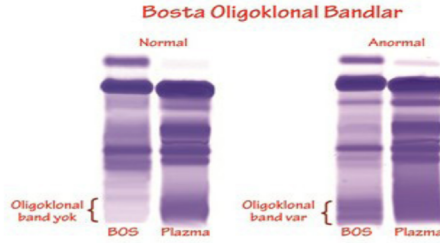
"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Cevap Anahtarı: A

Açıklama:

Tanısı:

- > MR > Genelde periventriküler alanda çok sayıda asimetric plaklar izlenir, aktif lezyonlar gadolinium tutar. En iyi yöntemdir.
- > LP > Artmış IgG indeksi, oligoklonal band pozitifliği
- > Uyarılmış potansiyeller > Görsel (VEP) ve duysal(SEP) bozulma



Tedavisi:

- > Akut atak tedavisinde > kortikosteroidler
- > Hastalık seyrini değiştirici tedaviler
 - => İnterferon beta, Glatiramer asetat, Fingolimod (sFingozin modulatorü)
 - => Azatiopürin, Siklofosamid, Siklosporin
 - => Ocrelizumab > Anti CD20
 - => Natalizumab > Alfa 4 integrin antikorü > JC virüs nedenli progresif multifokal lökoensefalopatiye neden olabilir.
 - => Alemtuzumab > Anti CD52
 - => Fampiridin / Dalfampiridin > K kanal blokajı yapar > MS'de yürüme hızını ↑

REFERANS: TUSWORLD KÜÇÜK STAJLAR EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 169

MULTİPL SKLEROZ (MS)

- Kronik, remisyon-relaps ile karakterizedir. Beyaz cevherde multipl lezyonlara neden olur. Çocuklarda nadir olup, %5 hasta 18 yaşından önce bulgu verir. Genetik, immünolojik, enfeksiyöz faktörler suçlanmaktadır.
- **Birinci derece akrabalarda MS öyküsü yaklaşık %20'dir.**
- En sık klinik başvuru bulgusu, tek taraflı güçsüzlükle beraber üst motor nöron tutulumu, duysal anomaliler, görme yakınmaları veya ataksidir. Paresteziler sıktır. Görme problemleri arasında diplopi, nistagmus ve optik nörite bağlı ani görme kaybı sayılabilir.
- En sık optik sinir tutulumu olur.
- Başağrısı, yorgunluk, dizartri, nörojenik mesane görülebilirken, **bilinç bulanıklığı ve ensefalopati beklenmez.** **Nöromiyelitis optica (Devic hastalığı) MS varyantı olup, optik nörit ve transvers miyelit birlikteliğidir.**
- Kesin tanı otopsi veya biyopsi ile konur. **Tanıda tercih edilecek yöntem MRI'dır.** MRI'da corpus callosum, periventriküler beyaz cevher, beyin sapı ve spinal kordda küçük 3-4 mm plaklar görülür. **BOS, oligoklonal bant içerir.** Atakta yüksek doz **metilprednizolon** (Uzun dönem prognoz üstüne etkisi yok).
- Kronik tedavide modifiye edici İnterferon tedavisi, hastalık aktivitesini azaltabilir. En çok kullanılan İNF- β ' dir. İF-alfa, glatiramer asetat, fingolimod ve natalizumab erişkinde kullanılmakta.
- **Fingolimod çocuklarda FDA onayı almıştır.**

REFERANS: TUSWORLD PEDIATRİ NİRVANA KONU KİTABI SAYFA: 477

27- Bipolar bozukluk tanısıyla takip edilen 40 yaşındaki kadın hasta rutin kontrol için başvuruyor. Son 6 ayda yaklaşık 8 kilo alan hasta sürekli uyumak istediğini, çok hâlsiz olduğunu, kabızlık çektiğini, dikkat dağınıklığı ve unutkanlık yakınmalarının olduğunu, kitap bile okuyamadığını belirtiyor. Öyküsünden hastalığına yönelik 8 yıldır lityum kullandığı, 6 yıldır remisyonda olduğu ve bilinen başka bir hastalığı olmadığı öğreniliyor. Muayenesinde hastanın el ve ayaklarında şişlik ile cildinde kuruma saptanıyor.

Bu hastada aşağıdakilerden hangisinin saptanması en olasıdır?

- A) Karaciğer fonksiyon bozukluğu
- B) Böbrek fonksiyon bozukluğu
- C) Kanda elektrolit düzeyinde bozulma
- D) Tiroid fonksiyon bozukluğu
- E) Lityum intoksikasyonu

Cevap Anahtarı: D

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz.** Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:

HİPOTİROİDİ

Etyoloji:

Primer: Otoimmün; Hashimoto, tiroititler, iatrojenik, tiroidektomi, iyot eksikliği, aşırı iyot, ilaçlar (lityum, anti-tiroid ilaçlar, perklorat, dopamin)

Sekonder: Hipofiz yetmezliği

Tersiyer: Hipotalamus hastalıkları

Hashimoto Tiroidit:

Hashimoto kronik otoimmün lenfositik tiroidit genel adıyla bilinir ve tedavi edilebilen bir hastalıktır. Hipotiroidide THS artarken PRL'de artar ve hipotiroidide jinekolojik sorunlar hiperprolaktinemiye bağlıdır. Hipotiroidi ve tiroiditlerin en sık nedeni Hashimoto hastalığıdır.

Tanı

Primer hipotiroidid tanısında sT4 düşüklüğü ve TSH yüksekliği en önemli laboratuvar bulgusudur.

Subklinik hipotiroidide T3 ve T4 normal sadece TSH yüksek olabilir. Hashimotoya bağlı ise otoantikörler saptanır (tiroid peroksidaz ve anti-TG antikörleridir). Tek başına **TSH>6** IU olduğunda ilaç başlanılabilir.

REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE NİRVANA KONU KİTABI SAYFA: 127

BİPOLAR BOZUKLUK

* Bu grupta > bipolar I bozukluk, bipolar II bozukluk ve siklotimik bozukluk yer alır.

* Bipolar I bozukluk > **Manik** ya da karma epizod yaşanmıştır. **Tek bir manik epizod bu tanı için yeterlidir.**

* Bipolar II bozukluk > Major depresif ve **hipomanik** epizod yaşanmıştır. Manik ya da karma epizodlar varsa tanı bipolar I e döner.

* Siklotimik bozukluk > Hipomanik ve minor depresif belirtiler >2 sene, semptomsuz süre <2 ay

* Hızlı döngü > 1 senede dörtten fazla epizod yaşanması

Manik Epizod DSM 5 Tanı Kriterleri

A.En az bir hafta süreyle anormal ve sürekli bir şekilde yükselmiş, öforik, irritable ya da ekspansif duygudurum döneminin varlığı

B.Bu dönem sırasında aşağıdaki belirtilerden en az 3 tanesinin (duygudurum yalnızca irritable ise 4 tanesi) varlığı

- 1-Abartılı yükselmiş benlik değeri duygusu ya da grandiyözite
- 2-Uyku ihtiyacında azalma
- 3-Her zamankinden daha konuşkan olma ya da baskılı konuşma
- 4-Düşünce uçuşması ya da hastanın düşüncelerinin çok hızlı olduğunu hissetmesi
- 5-Distraktibilite (Dikkatin kolayca konu dışı uyaranlarla dağılabilmesi)
- 6-Amaca yönelik aktivite artışı ya da psikomotor ajitasyon
- 7-Önemli zararlı sonuçlanabilecek zevk verici aktivitelere kolayca girme

C.Toplumsal/mesleki işlev bozukluğu veya kendine ya da başkalarına zarar vermeme için hastaneye yatış olması veya psikotik özellikte olması

D.Madde kullanımı ve genel tıbbi duruma bağlı nedenlerin dışlanması

Hipomanik epizodda

> manik epizodun A ve B kriterleri sağlanır ve süre olarak 4 ardışık gün yeterlidir.

> psikotik özellik varsa ve hastaneye yatış gerekiyorsa > manik epizoda döner

Mani semptomları :

Aşırı para harcama hiperseksüel, iştahsızlık, parıltılı giysiler .

Sanrılar:

Pozitif sanrılar (grandiyöz, paranoid, erotomanik)

Tedavisi:

> Akut manik epizod > Lityum, Valproat, Karbamazepin

> Depresif epizodlar > Lityum, Lurasidon, Lamotrijin, Antidepresanlar tek başına önerilmez.

> İdame tedavi > Lityum, Karbamazepin, Lamotrijin, Valproat

REFERANS: TUSWORLD KÜÇÜK STAJLAR EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 284

28- Fabrikada çalışan ve tek başına yaşayan 26 yaşındaki erkek hasta yaklaşık iki ay önce başlayan, son bir ay içinde sıklığı artan, ataklar hâlinde gelen, çarpıntı, terleme ve nefes darlığı gibi bedensel yakınmalarla başvuruyor. Bu belirtiler bazen gece uykusundan uyandıracak şekilde bazen de gündüz vakti birden ortaya çıkıyor, 10-15 dakika sürüyor ve kendisi bu durumu herhangi bir psikolojik nedene bağlayamıyor. Hasta acil servise gittiğinde kardiyovasküler sistem ve merkezi sinir sisteminde bu belirtilere neden olabilecek durumlarla ilgili incelemeler yapılıyor. EKG'sinde sinüs taşikardisi dışında ek pozitif bulguya rastlanmıyor. Hastaya önceki başvurularında kalple ilgili hayatı tehdit eden riskli bir durum olmadığı söylenmesine karşın son bir aydır kalp krizi geçirme korkusuyla yalnız dışarı çıkamıyor.

Bu hasta için en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Yaygın anksiyete bozukluğu
- B) Panik bozukluğu
- C) Sosyal anksiyete bozukluğu
- D) Obsesif kompulsif bozukluk
- E) Bipolar bozukluk

Cevap Anahtarı: B

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır.**"

Açıklama:

A) Panik bozukluk

- * Özellikle 20 li yaşlarda görülür, **beklenmedik,tekrarlayan ve panik ataklar izlenir.**
- * **1 ay veya daha uzun** süreyle tekrar panik atak yaşayacağından kaygılanır.
- * Panik atak sırasında → çarpıntı,terleme, nefes almada güçlük, titreme, bulantı, göğüs ağrısı,karıncalanma hissi,sıcak basması
- * **Tedavi; SSRI,SNRI ilaçlar kullanılır.** Tam yanıt major depresyona göre daha geç alınır. (12 hafta kadar sürebilir), Benzodiazepinler 2. seçenektir.

**REFERANS: TUSWORLD KÜÇÜK STAJLAR NİRVANA KONU KİTABI
SAYFA: 300**

TUSWORLD

29- Romatoid artrit tedavisinde kullanılan aşağıdaki ilaçlardan hangisi janus kinaz (JAK) üzerinden etki eder?

- A) Barisitinib
- B) Rituksimab
- C) Tosilizumab
- D) Adalimumab
- E) Abatasept

Cevap Anahtarı: A

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimize telif ücreti ödeyerek izin almıştır.**"

Açıklama:

ROMATOİD ARTRİT TEDAVİSİNDE KULLANILAN İLAÇLAR

İlaç	Etki mekanizması	Yan etkileri
Abatasept	Antijen sunan hücrelerde CD80/86 üzerine bağlanan monoklonal insan füzyon proteindir. CD80/86 ile Tlenfosit üzerindeki CD28 bağlanmasını bloke ederek T lenfosit aktivasyonunu bloke eder.	Enfeksiyon riskini artırır.
Azatioprin	Pürin antimetabolitidir. Özellikle CD4+ T lenfositler olarak üzere immünsistem hücrelerinde pürin sentezini azaltarak etki gösterir	Kemik iliği depresyonu, GIS rahatsızlıkları, enfeksiyon riskinde artış.
Klorokin ve hidroksikloramin	T lenfositlerin baskılanması, kemotaksiste azalma, lizozomal enzimlerin stabilizasyonu	Yüksek dozda oküler toksisite, gebede nispeten güvenlidir.
Siklofosamid	DNA çaprazlanması	akrolein nedeniyle steril hemorojik sistite neden olur.
Siklosporin	IL-1 ve IL-2 oluşumunu inhibe eder. Makrofaj T hücre etkileşmesini ve T hücre yanıtını bloke eder.	Nefrotoksisite, trombositopeni
Leflunomid	Dihidroorotat dehidrogenazı inhibe ederek pirimidin sentezini bloke eder.	Anjina, kçft'de yükselme
Metotreksat	Amido-imidazolkarboksamid ribonükleotid(AICAR)transformlaz ve timidilat sentaz inhibisyonu	Mukoza ülseri, lökopeni, anemi
Mikofenolat mofetil	guanin denovo sentezini bloke eder. inozin monofosfat inhibitörüdür. Lenfosit proliferasyonu ve fonksiyonunu, hücrel adezyonu ve migrasyonu önlerler.	Lökopeni, hepatotoksisite
Ritüksimab	B lenfosit üzerindeki CD-20'ye etkili monoklonal antikorudur.	Anafaksi, sekonder fırsatçı patojenlerin görülmesi
Sulfasalazin	Ig A-M, RF ve sitokin salınımlında azalma	Bulantı-kusma, baş ağrısı, döküntü
Tocilizumab	IL-6 ya bağlanan rekombinant IgG, yapısında antikorudur.	Tbc, ve diğer fırsatçı enfeksiyon riskinde artış
Adalimumab, Certolizumab, Etanersept, Golimumab, İnfliksımab	TNF-α blokasyonu	Fırsatçı ve sekonder enfeksiyon riskinde artış.

REFERANS: TUSWORLD FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 217, 218

İlaç	Ciddi Toksikite	Etki mekanizması	İlk Değerlendirme	İzlem
Hidroksiklorokin	Geri dönüşümsüz retinal hasar, kardiyotoksisite, kan diskrazisi	DMARD	>40 yaşında ya da daha önce göz hastalığı varsa göz muayenesi	Fundoskopik ve görme alanı testi her 12 ayda yapılır
Sulfasalazine	Granülositopeni, hemolitik anemi (G6PD eksikliği ile birlikte)	DMARD	CBC, LFTs, G6PD düzeyi	İlk 3 ay boyunca her 2-4 haftada, ardından her 3 ayda CBC bakılır
Metotreksat	Hepatotoksisite, miyelosupresyon, enfeksiyon, interstisyel pnömoni, gebelik kategorisi X	DMARD	CBC, LFTs, viral hepatit paneli ^a , göğüs X-ray'i	CBC, kreatinin, LFTs her 2-3 ayda bir
Leflunomid	Hepatotoksisite, miyelosupresyon, enfeksiyon, gebelik kategorisi X	DMARD	CBC, LFTs, viral hepatit paneli ^a	CBC, kreatinin, LFTs her 2-3 ayda bir
İnfliksımab	Bakteriyel, fungal enfeksiyon riski artar. Latent TB reaktivasyonu. Lenfoma riski artar (tartışmalı). İlaç bağlı lupus. Nörolojik defisitler.	TNF-α İnhibisyonu	PPD deri testi	LFTs periyodik olarak
Etanercept	Yukarıdaki gibi	TNF-α İnhibisyonu	PPD deri testi	Enjeksiyon yeri reaksiyonları için izlem
Adalimumab	Yukarıdaki gibi	TNF-α İnhibisyonu	PPD deri testi	Enjeksiyon yeri reaksiyonları için izlem
Golimumab	Yukarıdaki gibi	TNF-α İnhibisyonu	PPD deri testi	Enjeksiyon yeri reaksiyonları için izlem
Certolizumab	Yukarıdaki gibi	TNF-α İnhibisyonu	PPD deri testi	Enjeksiyon yeri reaksiyonları için izlem
Abatasept	Bakteriyel, viral enfeksiyon riski artar	CD28- CD80/86 bağlantısını bloke eder.	PPD deri testi	İnfüzyon reaksiyonları için izlem
Anakinra	Bakteriyel, viral enfeksiyon riski artar. Latent TB reaktivasyonu. Nötropeni.	IL-1 reseptör antagonisti	PPD deri testi, kademe ile CBC	CBC ilk 3 ay boyunca her ay bakılır, ardından 1 yıl boyunca her 4 ayda bir bakılır. Enjeksiyon yeri reaksiyonları için izlem.
Ritüksimab	Bakteriyel, viral enfeksiyon riski artar. İnfüzyon reaksiyonu. Sitopeni. Hepatit B reaktivasyonu.	CD-20'ye karşı geliştirilmiş monoklonal antikor	CBC, viral hepatit paneli ^a	Düzenli aralıklarla CBC
Tocilizumab	Enfeksiyon riski, infüzyon reaksiyonu, LFT yükselmesi, dislipidemi, sitopeniler	IL-6'ya karşı geliştirilmiş insan monoklonal antikor	PPD deri testi	Düzenli aralıklarla CBC ve LFTs
Tofacitinib	Enfeksiyon riski, infüzyon reaksiyonu, LFT yükselmesi, dislipidemi, nötropeni	JAK1 ve JAK3 inhibisyonu ile T ve B lenfositin aktivasyonunu azaltır.	PPD deri testi	Düzenli aralıklarla CBC, LFTs ve lipidler

REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE NİRVANA KONU KİTABI SAYFA: 217, 218

30- Salgın sırasında kaynağa yönelik alınabilecek en olası tedbir aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Kesin tanı
- B) Sudezenfeksiyonu
- C) Aşılama
- D) Sağlıklı beslenme
- E) Vektör kontrolü

Cevap Anahtarı: A

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır.**"

Açıklama:

LABORATUVAR BULGULARI VE TANI

Akut hastalık esnasında boğaz, nazofaringeal sürüntü örneği veya balgamdan saptanabilir. **Virüs tespitinde revers-transkriptaz polimeraz zincir reaksiyonu (RT-PCR) en sensitif ve spesifik yöntemdir.** Bu yöntem influenza alt tiplerinin ayırımında ve kuş gribi virüsü tespitinde kullanılır. Hızlı influenza tanı testi, influenza virüs antijenlerinin immünolojik veya enzimatik yollarla tespitine dayanır. Hızlı şekilde sonuç verir. İnfluenza virüsleri doku kültürü veya tavuk embriyolarından elde edilebilmekle birlikte tanı için bu yöntemler artık kullanılmamaktadır.

Lökosit sayısı değişkenlik gösterir. Hastalığın başlangıcında düşük iken sonradan normal veya hafif yükseklik gösterebilir. Yoğun hastalık sırasında ciddi lökopeni gelişebilir. Lökosit sayısının 15.000/µL 'nin üzerinde olması sekonder bakteriyel enfeksiyonu düşündürür.

TEDAVİ

TABLO – 10: İNFLUENZA TEDAVİ VE PROFİLAKSİSİNDE KULLANILAN İLAÇLAR	
İlaç	Özellik
Oseltamivir	İnfluenza A ve B 'nin hem tedavisi hem profilaksisinde kullanılır. Oral yolla verilir. Çocuklarda nöropsikiyatrik yan etkilere yol açabilir
Zanamivir	İnfluenza A ve B 'nin hem tedavisi hem profilaksisinde kullanılır. İnhalasyon yoluyla verilir. Astımlı kişilerde bronkospazmı tetikleyebilir.
Amantadin	İnfluenza A 'nın tedavi ve profilaksisinde kullanılır. Oral yolla verilir.
Rimantadin	İnfluenza A 'nın tedavi ve profilaksisinde kullanılır. Oral yolla verilir. 12 yaş altı çocuklarda tedavide kullanımı onaylı değildir.

Amantadin ve rimantadin sadece influenza A 'ya etkilidir. Amantadin ve rimantadin kullanımı, son zamanlarda influenza A 'ya direnç gelişimi nedeniyle tavsiye edilmemektedir. İlaça duyarlılığı gösterilebilirse verilebilir.

Ribavirin, influenza A ve B 'ye in vitro etki gösteren bir nükleozid analogudur. Oral verildiğinde etki etmez. Aerosol olarak verildiğinde etkisinin değişken olduğu bildirilmiştir. Tedavide etkinliği kanıtı değildir. Baş ağrısı, miyalji ve ateş gibi semptomlar için asetaminofen veya NSAİD ilaçlar kullanılabilir. Re4'ye sendromuna yol açabileceği için 18 yaş altı çocuklarda salisilat kullanımından kaçınılmalıdır.

PROFİLAKSİ

İnfluenza 'dan korunmada en büyük önlem aşıdır. Canlı ve ölü aşıları mevcuttur. Önceki sezonun influenza A ve B virüsleri ile gelecek sezonda muhtemel beklenen virüsleri içerir. İntranazal sprey olarak uygulanabilen canlı atenüe aşısı da mevcuttur. Aşılama, yüksek risk grubunda bulunan veya bu kişilerle yakın temasta bulunanlar için önerilmektedir.

1975 'ten beri aşılar, iki influenza A suşu (H3N2 ve H1N1) ve bir influenza B suşu içerecek şekilde trivalan olarak üretilmekteydi. Fakat 1980 'den sonra influenza B 'nin iki suşunun enfeksiyon yapması nedeniyle günümüzde influenza B 'nin bu iki suşunu da içeren kuadrivalan aşı üretilmektedir.

İnfluenza aşıları yumurtada üretildiğinden yumurta allerjisi olanlara yapılmamalıdır. Bu kişiler için yumurta içermeyen, rekombinant DNA teknolojisiyle üretilmiş aşılar mevcuttur. Ölü aşılar immün sistemi baskılı kişilere güvenle yapılabilir. İnfluenza aşısı, santral sinir sistemi hastalıklarında (multipl skleroz gibi) alevlenmeye yol açmaz. Aşı, sonbaharın başında salgın dönemi başlamadan uygulanmalı ve her yıl tekrar edilmelidir.

**REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE NİRVANA KONU KİTABI
SAYFA: 462**

31- Kırk yaşındaki kadın hasta yoğun emosyonel stres sonrası huzursuzluk, ellerde ve ağız kenarında uyuşma ile baldırında kasılma şikâyetleriyle başvuruyor. Öyküsünden 3 ay önce tiroidektomi geçirdiği öğreniliyor. Fizik muayenesinde boynunda kolye tipi kesi izi görülen hastanın her iki üst ekstremitesinde parestezi ve "ebe eli" bulgusu saptanıyor. elektrokardiyografide OT mesafesinde uzama tespit ediliyor.

Bu hastada gelişen en olası elektrolit bozukluğu aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Hipokalemi
- B) Hiperkalemi
- C) Hipokalsemi
- D) Hiperkalsemi
- E) Hipomagnezemi

Cevap Anahtarı: C

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz.** Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:

HIPOKALSEMİ

Hipokalsemi Nedenleri: Hipoparatiroidi, pseudohipoparatiroidi, Akut ve kronik böbrek hasarı, Hipoalbuminemi, Fosfat, sitrat, EDTA, bikarbonat infüzyonu, **Alkaloz**, Hiperfosfatemiye bağlı hipokalsemi, Hipomagnezemi, Sitratlı kan transfüzyonları, D vitamini eksikliği, Vitamin D ye bağımlı raşizm, Akut pankreatit, Tümör lizis sendromu, Sepsis, toksik şok sendromu, Akut rabdomiyoliz, Aç kemik sendromu, Osteoblastik metastazlar (Prostat kanseri), Kalsitonin, bifosfanatlar ve mitramisin.

Semptom ve bulgular; Chvostek ve Trousseau belirtisi, paresteziler, nöbetler, kas krampları, larinks spazmı, bronkospazm, bazal gangliyon kalsifikasyonuna bağlı ekstrapiramidal belirtiler, kişilik değişiklikleri, psikoz. EKG de QT mesafesinde uzama ve Subkapsüler katarakttır.

**REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE NİRVANA KONU KİTABI
SAYFA: 134**

TUSWORLD

32- Yirmi beş yaşındaki kadın hasta araç içi trafik kazası nedeniyle getiriliyor. Öyküsünden orak hücreli anemi nedeniyle takip edildiği, 3 yıl önce entübe olarak yoğun bakım yatışı olduğu öğreniliyor. Fizik muayenesinde arteriyel kan basıncı 90/60 mmHg, nabız 120/dakika tespit ediliyor. Kanama bulguları olmayan hastanın hemogloblin değeri 6,8 g/dL bulunuyor. Hastanın vücut sıcaklığının yüksek, göğüs ağrısı, nefes darlığı ve şuur bulanıklığı olduğu belirleniyor. Arteriyel kan gazında respiratuvar alkaloz tespit ediliyor.

Bu aşamada hastaya aşağıdakilerden hangisinin yapılması en uygundur?

- A) Exchange transfüzyon
- B) Hidroksiüre tedavisi
- C) Plazmaferez
- D) İntravenöz steroid
- E) Opioid analjezik

Cevap Anahtarı: A

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:

- Kronik organ hasarı: KBH, KKY, Hipopitüitarizm ve MI şeklinde oluşabilir.
- **Akut Göğüs Sendromu:** mortalitesi yüksektir ve yetişkinde ölümün en sık sebeplerindendir. (ÖLÜM)
- **Tanı ve Tedavi:**
- **Hemoglobin elektroforezi: HbS>%85, HbA yok**
- **HbS dışında HbA2 ve HbF bulunabilir**
- Taşıyıcılarda HbA ve HbS her ikisi de bulunur.
- Ditionit, metabusülfid: **tarama testleri**
- Ağrılı kriz tedavisi: Hidrasyon + NSAİ, transfüzyon kontrendikedir.
- Enfeksiyonlara karşı Pnömonokok ve Hİb aşısı muhakkak yapılmalıdır.
- Splenik sekestresyon krizi: Exchange Transfüzyon ve splenektomi
- SVO, akut göğüs sendromu tedavisi; exchange transfüzyon
- Hidroksiüre, 5-azasitidin: HbF(↑),
- İlik nakli, çocuklarda küratif tedavidir.

**REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE NİRVANA KONU KİTABI
SAYFA: 22**

33- Kırk beş yaşındaki erkek hastada karaciğerde çok sayıda kitle saptanıyor ve yapılan biyopsi sonucunda düşük rade'li nöroendokrin tümör metastazı geliştiği tespit ediliyor. Konvansiyonel tetkiklerinde primer tümör odağı bulunamıyor.

Primer tümör odağını saptamak için aşağıdaki ileri tetkiklerden hangisi en uygundur?

- A) F-18 FDG PET-BT
- B) Tc-99m MIBI tüm vücut tarama
- C) Ga-68 PSMA PET-BT
- D) Ga-68 DOTATATE PET-BT
- E) Tl-201 tüm vücut tarama

Cevap Anahtarı: D

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır.**"

Açıklama:

- * Hipergastrinemi + bazal asit üretiminin (BAÜ) >15 mEq/saat olması ZES tanısını koydurur.
- * **Pentagastrin Stimulasyon Testi:** Maksimum asit üretiminin (MAÜ) ölçülmesinde kullanılır. BAÜ/MAÜ >0,6 olması ZES düşündürür.
- * **Sekretin Stimulasyon Testi:** Sekretin enjeksiyonundan 15 dk sonra gastrinin ≥ 120 pg artması ZES düşündürür.
- * **Kalsiyum İnfüzyon Testi:** ZES tanısında artık kullanılmamaktadır.
- * Bu testlerden 1 hafta önce PPI tedavisi kesilmelidir.
- * **Endoskopik USG:** Sadece pankreastaki gastrinomaların görüntülenmesinde etkilidir.
- * **OctreoScan (Pentrotid) Testi:** Gastrinomalar somatostatın reseptörü (öz. SSTR2) pozitifdir. Bu yöntemle gastrinoma lokalizasyonu yüksek başarıyla yapılabilmektedir.
- * **68Ga-DOTATATE PET BT:** Pentrotid testinden daha başarılıdır. Bu iki test diğer nöroendokrin tümörlerde de kullanılabilir.
- * **Tedavi:** ZES yüksek doz PPI ile tedavi edilir. Octreotid veya lanreotid gibi somatostatın analogları eklenebilir.
- * Gastrinoma'nın asıl tedavisi cerrahidir.
- * **MEN1 ilişkili ZES'te prognoz daha iyidir.**

**REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE NİRVANA KONU KİTABI
SAYFA: 245**

TUSWORLD

34- Aşağıdaki görüntüleme yöntemlerinden hangisinin yumuşak doku kontrast rezolüsyonu diğerlerine göre **daha yüksektir?**

- A) Konvansiyonel radyografi
- B) Dijital radyografi
- C) Bilgisayarlı tomografi
- D) Pozitron emisyon tomografisi
- E) Manyetik rezonans görüntüleme

Cevap Anahtarı: E

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz.** Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:

Kardiak MR EKO'ya Koroner arterde bulunan plağın yumuşak mı yoksa kalsifik mi olduğunu belirlemede üstündür.

TW-KS-TRBXQ000000205

REFERANS: TUSWORLD KÜÇÜK STAJLAR NİRVANA KONU KİTABI SAYFA: 350

EKLEM GÖRÜNTÜLEME

Düz Radyografi: RA'da klasik olarak, **ilk radyografik bulgu periar-tiküler osteopenidir.** Düz grafilerdeki diğer bulgular: **yumuşak doku şişliği, simetrik eklem boşluğu kaybı ve subkondral erozyonlar-dur.** Bunlar en sık olarak bileklerde ve ellerde (MCPs ve PIPs) ve ayak-larda(MTPs) olur. Ayaklarda sıklıkla beşinci MTP'nin lateral yüzü ilk olarak etkilenir ancak diğer MTP eklemleri aynı anda tutulabilir. İlerlemiş RA'nın x-ray görüntülemesi **eklem subluksasyonu ve kollapsı** gibi şiddetli hasar bulgularını gösterebilir.

Proksimal interfalangeal eklem üzerindeki erozyon ilerlemesini gösteren **MR:** MRG, sinovit ve eklem efüzyonlarının saptanması için hem de erken kemik ve kemik iliği değişiklikleri için **en hassas** tetkiktir.

REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE NİRVANA KONU KİTABI SAYFA: 350

35- Elli beş yaşındaki kadın hasta hâlsizlik ve şiddetli kaşıntı şikâyetleriyle başvuruyor. Öyküsünden Sjögren sendromu tanısıyla takip edildiği öğreniliyor. Muayenesinde göz çevresinde ksantelezmalar olduğu gözleniyor. Sigara ve alkol kullanım öyküsü olmayan hastanın tetkiklerinde ALT 80 IU/L, AST 76 IU/L, ALP 460 IU/L, GGT 650 IU/L ve total/direkt bilirübin 2/1,2 mg/dL tespit ediliyor. Hepatit belirteçleri negatif, AMA-M2 pozitif saptanıyor.

Bu hasta için en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Otoimmün hepatit
- B) Primer sklerozan kolanjit
- C) Primer biliyer kolanjit
- D) Wilson hastalığı
- E) Crest sendromu

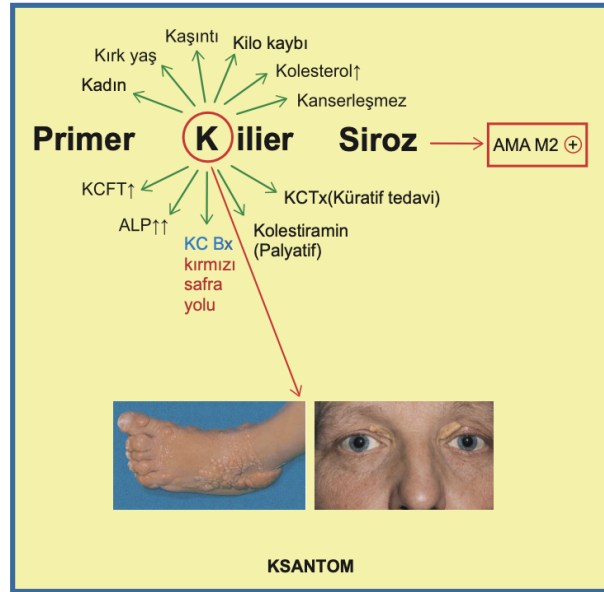
Cevap Anahtarı: C

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz.** Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:

Primer Biliyer Siroz

Genellikle **orta yaş** kadın cinsiyette görülen (ortalama **40 yaş** civarı) **küçük** ve orta boy intrahepatik safra kanallarının progresif nekroz ve inflamasyonu ile karakterize sebebi bilinmeyen bir hastalıktır. **Kolestatik** bulgular tabloya hakimdir. **Kaşıntı** genellikle tanı anında %50 bulunmaktadır. Genellikle ilk bulgu kaşıntıdır. Kaşıntı öncesi sarılık ortaya çıkması prognozun kötü olduğunu gösterir. Bunun dışında karaciğer yetmezliğinin diğer tüm bulguları tabloya eşlik edebilir. Hiperpigmentasyon, **ksantelezmalar** ve **ksantomlar** gibi kolesterol metabolizma bulguları da tabloya eşlik edebilir. Laboratuvarında transaminazlarda, ALP, GGT ve immunglobulinlerde (özellikle Ig M) yükselme görülebilir. **AMA antikör pozitifliği en fazla saptanan ve en önemli otoimmün markerdir. Tanı genellikle orta yaş kadın hastalarda klinik, laboratuvar ile birlikte karaciğer biopsisi ile konulur.** Tedavide başlangıçta **ursodeoksikolik asit** kullanılmasıyla histolojik ve laboratuvar bulguları düzelttiği gösterilmiştir. Kolestramin palyatif tedavide uygulanabilir. Kesin tedavi uygun vakalarda karaciğer naklidir.



REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE NİRVANA KONU KİTABI SAYFA: 220

- 36- I. BCG aşısı
 II. Pnömonokok aşısı
 III. Haemophilus influenzae tip B aşısı
 IV. Meningokok aşısı

Yukarıdakilerden hangileri dalak disfonksiyonu olan çocuğa özellikle önerilen aşılardır?

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

Cevap Anahtarı: D

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır.**"

Açıklama:

HEMOGLOBİNOPATİLER

Orak Hücreli Anemi (HbS)

- Hemoliz + Vazookkluzif olaylar ile karakterize hastalıktır.
- Beta zinciri 7. sıra: Glutamat yerine valin gelince olur.
- HbS, deoksi durumda çözünürlüğü azalır: polimerize olur.
- Hemoglobin zincirleri birleşip **taktoid** multimerler yaparlar.
- Eritrosit deformeabilitesi kaybolur ve oraklaşır (reversibl)
- Heterozigot form sadece taşıyıcıdır.
- Enfeksiyonlara yatkınlık: otosplenektomiye bağlı oluşur.
- S. pneumonia, menejit: En sık mortalite nedenleridir.
- **Serebral iskemik Atak** (EN sık NÖROLOJİK KOMP)
- Osteonekroz (vertebra, femur avasküler nekrozu)
- Renal medüller nekroz ve akut böbrek hastalığı görülebilir.
- Kronik ayak bileği ülseri (en sık bu hastalıkta)
- Safra taşı (bilirubin taşı, yetişkinlerde %70)
- **Osteomyelit** (Salmonella sık, ama en sık S aureus)
- Kronik organ hasarı: KBH, KKY, Hipopitüitarizm ve MI şeklinde oluşabilir.
- **Akut Göğüs Sendromu**: mortalitesi yüksektir ve yetişkinde ölümün en sık sebeplerindendir. (**ÖLÜM**)

• Tanı ve Tedavi:

- **Hemoglobin elektroforezi: HbS>%85, HbA yok**
- **HbS dışında HbA2 ve HbF bulunabilir**
- Taşıyıcılarda HbA ve HbS her ikisi de bulunur.
- Ditionit, metabüsitid: **tarama testleri**
- Ağrılı kriz tedavisi: Hidrasyon + NSAİ, transfüzyon kontrendikedir.
- Enfeksiyonlara karşı Pnömonokok ve H1b aşısı muhakkak yapılmalıdır.
- Splenik sekestresyon krizi: Exchange Transfüzyon ve splenektomi
- SVO, akut göğüs sendromu tedavisi; exchange transfüzyon
- Hidroksiüre, 5-azasitidin: HbF(↑),
- İlik nakli, çocuklarda küratif tedavidir.

REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE NİRVANA KONU KİTABI SAYFA: 22

- **Splenektomiden önce** pnömonokok, meningokok ve H. Influenzae gibi kapsüllü mikroorganizmalara karşı **aşılardan yapılmalı ve sonrasında oral profilaktik penisilin V** (<5 yaş: 125 mg/12 saat; >5 yaş – erişkinlik: 250 mg/12 saat) verilir
- 5 yaşından küçüklerde ve hafif hastalığı olanlarda **parsiyel splenektomi** denenebilir

REFERANS: TUSWORLD PEDIATRİ NİRVANA KONU KİTABI SAYFA: 42

37- Dört aylık kız bebek ağızda pamukçuk, ishal ve kilo alamama şikâyetleriyle getiriliyor. Öyküsünden pnömoni nedeniyle iki kez yatırılarak intravenöz antibiyotik tedavisi aldığı öğrenilen hastanın anne ve babasının akraba olduğu belirtiliyor. Fizik muayenesinde vücut ağırlığı ve boyu 3 persentilin altında ve oral moniliazis olan hastanın akciğerlerinde bilateral ral duyuluyor. Laboratuvar incelemelerinde tam kan sayımında hemoglobinin 9 g/dL, lökosit 6.500/mm³, mutlak lenfosit sayısı 300/mm³, mutlak nötrofil sayısı 5.200/mm³, trombosit sayısı 400.000/mm³ saptanıyor. Serum immünoglobulin düzeyleri düşük olduğu görülüyor.

Bu hasta için en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Ağır kombine immün yetmezlik
- B) Wiskott-Aldrich sendromu
- C) Selektif immünoglobulin A eksikliği
- D) X'e bağlı agamaglobulinemi
- E) Konjenital nötropeni

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimize telif ücreti ödeyerek izin almıştır.**"

Cevap Anahtarı: A

Açıklama:

1- Ağır Kombine İmmün Yetmezlikler (SCID):

- **OR, X'e bağlı geçişlidir. Kalıtsal veya sporadic görülebilir. 6. aydan önce bulgular başlar.**
- **X'e bağlı tip en sık görülen tiptir.** Bu tipte anormal gen lokusu Xq13'tedir. Bu gen birçok sitokin (IL2, IL-4, IL-7, IL-15) reseptörü için ortak olan c zincirini kodlar. Hastaların 2/3'ünde gama-c zinciri anormal 1/3'ünde ise bu zincir yoktur.
- **OR tipte, adenoazin deaminaz (ADA) enzim eksikliği olabilir.**
- **Ağır kombine immün yetmezlikte semptomlar genelde 6. aydan önce başlar.** Ağır enfeksiyon nedeniyle genellikle süt çocukluğu döneminde kaybedilirler.
- **Ağır kombine immün yetmezlikte, T ve B hücre fonksiyonları doğumda yoktur.**
- İlk bulgular: Büyüme geriliği, kronik ishal, oral candida enfeksiyonları, pnömoni, otitis media ve sepsistir. Bu çocuklarda özellikle candida, CMV ve pnömosistis carini enfeksiyonuna yatkınlık vardır. **Anneden geçen IgG antikorlarının koruyucu etkisi nedeniyle ilk aylarda bakteriyel enfeksiyonlar sık görülmez.**
- Bu çocuklarda T hücre fonksiyonları yetersizdir. Bu nedenle gestasyonel dönemde ve doğumda annenin T hücrelerinin bebeğe geçişi nedeniyle ve doğumdan sonra da T hücreleri içeren canlı hücrelerin verilmesi nedeniyle **Graft-versus-host (GVH) hastalığı sık görülür.**
- **GVH hastalığı ile komplike değilse hepatosplenomegali ve lenfadenopati görülmez.**
- **ADA eksikliği olan çocuklarda raşitizmdeki gibi kemik değişiklikleri (uzun kemiklerde ve kostakondral birleşim yerlerinde kadeleşme) görülür.**

Tanı:

Kemik iliğinde plazma hücrelerinin yokluğu, yüzeysel lenfoid dokunun olmaması ve göğüs filminde timus lgesinin olmaması önemli bulgulardır. Dalakta foliküller ve parakortikal alanlarda lenfosit yoktur.

Lenf nodları, tonsil, adenoid ve peyer plakları hipoplazik veya yoktur.

T hücre fonksiyonlarını gösteren bütün testler bozuktur. **Deri testleri (-)'tir ve timus yoktur.**

- Genel olarak belirgin lenfopeni vardır (<2500/mm³). T hücre rozeti azalmıştır.
- İmmünglobülin düzeyleri belirgin azalmış veya yoktur.
- Aşılama sonrası spesifik antikor yanıtı oluşmaz.
- **Hastalarda T ve B lenfositlerinin periferdeki sayılarının ve fonksiyonlarının azaldığının gösterilmesi ile tanı konulur.**
- X'e bağlı formunda T lenfosit ve NK hücreler azalmış, B hücreleri artmıştır. NK ve B hücre fonksiyonları azalmıştır.
- **ADA eksikliğinde tüm lenfosit tipleri belirgin azalmıştır, ağır lenfopeni (<500/mm³) vardır. NK hücrelerinin sayısı azalmış, fonksiyonları normaldir.**

REFERANS: TUSWORLD PEDIATRİ NİRVANA KONU KİTABI SAYFA: 109

38- Aşağıdakilerden hangisinde osteoporoz riskinin artması en olasıdır?

- A) Puberte prekoks
- B) Anoreksia nervoza
- C) Gastroözofageal reflü hastalığı
- D) von Willebrand faktör eksikliği
- E) Hipotiroidizm

Cevap Anahtarı: B

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır.**"

Açıklama:

YEME BOZUKLUKLARINDA KOMPLİKASYONLAR

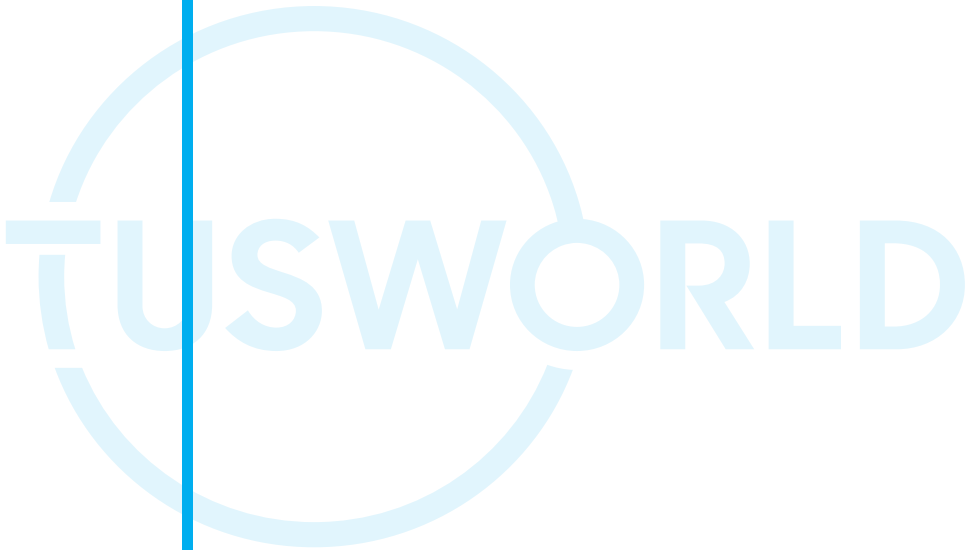
Açlık/Kısıtlama olanlarda

* Hipotansiyon kan basıncı ve nabız artışı / Hipotalamik hipogonadizm / Amenore / T3-T4-Ca-Mg-PO4 azalma oluşabilir / Osteoporoz / Kolesterol-Üre-GH gibi sebepler ile oluşabilir.

Yeme/çıkarma olanlarda

* Russell bulgusu (el arkasında nedbe) / Aspirasyon pnomonisi / Mallory-Weiss yırtıkları / Hipokalemik metabolik alkaloz

**REFERANS: TUSWORLD KÜÇÜK STAJLAR NİRVANA KONU KİTABI
SAYFA: 308**



40- Gestasyonel diyabet tanısı ile izlenen 33 yaşındaki annenin 2. gebeliğinden 2. yaşayan olarak 37. haftasında 4.200 gram ağırlığında vajinal yolla doğan erkek bebek yenidoğan ünitesine getiriliyor. Bu bebekte aşağıdakilerden hangisinin görülmesi en az olasıdır?

- A) Kardiyak septal hipertrofi
- B) Polisitemi ve hiperbilirübinemi
- C) Respiratuvar distres sendromu
- D) Hipokalsemi ve hipomagnezemi
- E) Kaudal regresyon sendromu

Cevap anahtarı: E

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:

Gebelik ve Diyabetes mellitus: Gebe açlık hipoglisemisi daha sıktır. hPL (plasental laktojen) sebebi ile lipoliz artmıştır. Bu yüzden ketogenez eğilimi vardır.

Konjenital anomaliler: Kaudal regresyon, Situs inversus, Çift üreter, Atrial septal defekt ve Ventriküler septal defekt görülebilir.

Diyabet'li anneden doğan çocukta: Respiratuvar distres, Hipoglisemi, Hipokalsemi, Hiperbilirübinemi, Polisitemi, Kötü emme olabilir.

Tanı:

Tarama: Her gebede 24-28 gebelik haftasında 50 gr oral glukoz yükleme testi (OGL) yapılır. 1. saatte serum glukoz >140 mg/dL ise hasta diyabet yönünden yüksek risklidir ve tanısal test olan 3 saatlik 100 gr oral glukoz tolerans testi (OGTT) yapılmalıdır.

**REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE NİRVANA KONU KİTABI
SAYFA: 146**



41- Dokuz yaşındaki erkek çocuk travma sonrası kafa basınç artışı sendromu nedeniyle yoğun bakımda takip ediliyor.

Bu hastada aşağıdaki tedavi yöntemlerinden hangisinin intrakraniyal basıncı düşürmesi en az olasıdır?

- A) Hiperozmolar tedavi
- B) Hipoventilasyon
- G) Hipotermi (32-34 *C)
- D) Barbitürat infüzyonu
- E) Dekompresif kraniyektomi

Cevap Anahtarı: B

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz.** Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:

Hipertansif acil tedavisinde kullanılan IV ilaçlar:

Labetolol

- Alfa ve non-selektif beta blokördür.
- İntrakranial basıncı arttırmaz.
- Labetadol **akut kalp yetmezliği**, 2. ve 3. derece AV blok ve reaktif havayolu olan hastalarda kontrendikedir.

Sodyum nitroprussid

- Çoğu hipertansif acilde kullanılabilir.
- Serebral kan akımının arttırmasına rağmen kan basıncını etkin düşürebilmesi nedeniyle intrakranial basınç artışı yapan durumda (SVO) kontrollü kullanılabilir.

Nitrogliserin

- Serebral kan akımını artırır bu yüzden intrakranial basınç artışı yapan durumlarda (SVO, ensefalopati) kullanılmaz. (**Dikkat nitrogliserin, nitroprussid değil**)

Hidralazin

- **Eklampsi** tedavisinde tercih edilen ilaçtır. Direkt arteriyel vazodilatatördür.
- Refleks taşikardi nedeniyle anjinayı arttırabilir .
- Aort disseksiyonu ve artmış intrakraniyal basıncı olan hastalarda kontrendikedir.

Nikardipin

- Kalsiyum kanal blokörüdür.
- İntrakranial basıncı arttırmadığı ve doğrudan serebral iskemiye azalttığı için **postoperatif hipertansif krizlerde ve nörolojik durumlarda** tercih edilir.

REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE NİRVANA KONU KİTABI SAYFA: 303

Travmatik beyin hasarı ile başvuran hastalarda öncelikle ABC ve gerekiyorsa resüsitasyon yapılmalı, travma ve servikal stabilizasyon sağlanmalı ve kraniyal BT uygulanmalıdır. Gerekiyorsa acil cerrahi girişim ve intrakraniyal girişim ile intrakraniyal basınç ölçümü yapılmalıdır. Tüm bu müdahale ve girişimlerden sonra ilk basamak ve gerekirse ikinci basamak tedavi şekilleri uygulanmalıdır. Hiperventilasyon ikinci basamak tedavi şeklidir.

Birinci Basamak Tedaviler

- Entübasyon, kontrollü ventilasyon
- Yatak başının yükseltilmesi
- Sedasyon ve analjezi
- Nöromusküler blokaj
- Ventriküler drenajla BOS boşaltımı
- Osmolar ajanlar
 - > Hipertonik salin
 - > Mannitol

İkinci Basamak Tedaviler

- Barbitürat infüzyonu
- Dekompresif kraniyektomi
- Hafif hipotermi
- Hiperventilasyon
- Lumbar BOS boşaltımı

REFERANS: TUSWORLD PEDIATRİ NİRVANA KONU KİTABI SAYFA: 310

42- On altı aylık erkek çocuk, üç gündür olan ateş ve öksürük, bir gün önce de kulak arkası, saçlı deri çizgisinden başlayıp gövdeye ve ekstremitelere yayılan döküntü ile getiriliyor. Öyküsünden 8 aylıkken Kawasaki hastalığı geçirdiği, şu ana kadar izlendiği aile sağlığı merkezinde önerilen aşılarının yapıldığı fakat canlı aşılarının ertelendiği öğreniliyor; Fizik muayenesinde genel durumu orta, orofarinks ve tonsilleri hiperemik, ağız içinde bukkal bölgede enanemler ve tüm vücutta maküler ve papüler döküntüler ile gözde konjonktivit tespit ediliyor. İzleminde kulak ağrısı ve ishal gelişiyor.

Bu çocuk için en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Kızamıkçık
- B) Beşinci hastalık
- C) Kızamık
- D) Altıncı hastalık
- E) El-ayak-ağız hastalığı

Cevap Anahtarı: C

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır.**"

Açıklama:

VİRAL ENFEKSİYONLAR

KIZAMIK (Rubeola)

İnkubasyon evresi: 10-12 gün Kızamık: Raş evresi

Döküntünün başlamasıyla **ateş aniden yükselir ve çoğu kez 40 C°'yi geçer.**

Komplike olmayan olgularda, döküntünün kol ve bacaklara ulaşmasıyla **2 gün içinde semptomlar hızla alır.** Vücut ısısı aniden normale düşer, hasta iyi görünür.

Raş boyun yan kısımlarında, kulak arkasında, saç çizgisinde ve yanak arka kısımlarında ince aküller olarak başlar.

Döküntü ilk 24 saat içinde tüm yüz, boyun, kolların ve gövdenin üst kısmına yayıldıkça, her bir yon artarak makülopapüler hale gelir.

Kızamık: Raş evresi-2

Sonraki 24 saatte raş **sırt, karın, tüm kol ve kasıklara yayılır.**

Nihayet, 2-3. günde ayaklara ulaştığında, yüzde solmaya başlar.

Raş görüldüğü sırayla kaybolur.

Hafif vakalarda raş ayrık kalırken, ağır vakalarda birleşir.

Kızamık döküntü öncesi 2-4 gün ve döküntü sonrası 4 gün bulaşıcıdır.

Kızamık Komplikasyonları

Otitis media (En sık)

Pnömoni (En sık neden pnömokok)

Kızamık → Hecht (dev hücreli) pnömonisi

Lerenjit, Trakeit, Bronşit Ensefalit

Guillan – Barre sendromu Optik nörit – Serebral tromboz

Subakut Sklerozan Panensefalit (GEÇ)

Oral vitamin A tedavisi ağır kızamığı olan çocuklarda mukozal komplikasyonlara bağlı morbidite mortaliteyi azaltır.

**REFERANS: TUSWORLD PEDIATRİ NİRVANA KONU KİTABI
SAYFA: 438**

43- Aşağıdakilerden hangisinin çocukluk çağında kistik fibroziste görülen enfeksiyon etkenlerinden biri olması en az olasıdır?

- A) Pseudomonas aeruginosa
- B) Klebsiella ppeumoniae
- C) Staphylococcus aureus
- D) Stenotrophomonas maltophilia
- E) Achromobacter xylosoxidans

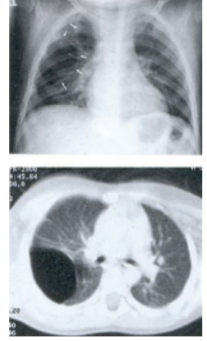
Cevap Anahtarı: B

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır.**"

Açıklama:

STAFİLOKOK PNÖMONİSİ

- Önceden sağlıklı çocuklarda genellikle görülmez.
- Hastaneye yatanlar özellikle **trakeostomi, entübasyon** veya **malnütre** bebeklerde beklenir.
- İmmün supresif olanlar
- Kistik fibrozis
- Kronik granulomatöz hastalık
- Viral pnömoni sonrası superenfeksiyon
- **En sık bronkopnömoni şeklinde seyreder**
- **Efüzyon – ampiyem %90, pnömotesel**
- **%50 oranında görülür**
- **E. Coli, Klebsiella, Pseudomonas, Gr(-) mikroorganizmalar, A grubu streptokoklar, Pnömokok**
- **Komplikasyonlar:**
 - **Ampiyem (en sık)**
 - Akciğer apsesi
 - Pyopnömotoraks
 - Bronkoplevral fistül
 - Aortbronşial fistül



REFERANS: TUSWORLD PEDIATRİ NİRVANA KONU KİTABI
SAYFA: 383

TUSWORLD

44- Aşağıdakilerden hangisinin çocuklarda stridora yol açması en az olasıdır?

- A) Epiglottit
- B) Vokal kord disfonksiyonu
- C) Subglottik stenoz
- D) Hipersensitivite pnömonisi
- E) Laringomalazi

Cevap Anahtarı: D

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz.** Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:

Hipersensitivite Pnömonisi (Ekstresek Alerjik Alveolit)

- Ekstresek allerjik alveolit akciğer parankiminde inhale edilen **organik antijenlere** karşı gelişen immünolojik inflamatuvar reaksiyondur.
- Tip 3 ve 4 hipersensitivite reaksiyonudur. Granülatöz bir reaksiyondur. BAL da lenfosit artışı izlenir. Eozinofili görülmez.
- **En sık görülen türü çiftçi akciğeridir.**
- **En sık neden küflü saman içerisindeki termofilik aktinomiçeslerdir.**
- Akut formu maruziyetten saatler sonra ateş, nefes darlığı, halsizlik ile gelirler. Uzun yıllar maruziyet sonrasında ise kronik interstisyel akciğer hastalığı gelişir.
- Tedavisinde steroid verilir.

Hastalık	Meslek	İnhale edilen ajan
Çiftçi akciğeri	Çiftçilik	Küflü saman
Bagassozis	Duvar kaplama, kağıt üretimi	Şeker kamışı
Kuş yetiştirici akciğeri	Kuş yetiştiriciliği	Kuş pisliği

**REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE NİRVANA KONU KİTABI
SAYFA: 411**

ÇOCUKLARDA PERSİSTAN STRİDOR NEDENLERİ

- **Larengeal obstrüksiyon**
 - o Subglottik trakeal stenosis
 - o **Laringomalazi**
 - o Papillomalar ve diğer tümörler
 - o Kistler ve laringoseller
 - o Larengeal webler
 - o Vokal kord paralizisi
 - o Yabancı cisim
- **Ekstrinsik kitleler**
 - o **Mediastinal kitleler**
 - o **Vasküler ring**
 - o Lober amfizem
 - o Bronkojenik kistler
 - o Tiroid bezinin büyümesi
 - o Özofageal yabancı cisim
- **Trakeobronşial hastalık**
 - o Trakeomalazi
 - o Subglottik trakeal webler
 - o Endotrakeal, endobronşial tümörler
- **Trakeoözofageal fistüller**
- **Diğer**
 - o **Gastroözofageal reflü**
 - o **Hipokalsemi**
 - o Makroglossi, Pierre Robin sendromu
 - o Cri-du-chat sendromu
 - o Histerik stridor
 - o Chiari krizi

LARİNKİN KONJENİTAL ANOMALİLERİ

LARİNGOMALAZİ

- En sık görülen konjenital larengeal anomalidir.
- **İnfant ve çocuklardaki stridorun en sık nedenidir.**
- **En önemli klinik bulgusu düşük perdeli, sırtüstü yatma ve uyanıyla (ağlama, ajitasyon, beslenme) artan inspiratuvar stridordur.**
- **Genellikle postnatal 2. haftada görülmeye başlar** ve 6. aya kadar şiddetini artırır ve herhangi bir yaşta gerilemeye başlar. Larengofarengeal reflü tabloya sıkça eşlik eder.

LARİNKİN NEOPLAZMLARI

Vokal nodül

- Gerçek neoplazm değildir. Çocuklardaki **kronik ses kısıklığının en sık nedenidir.**

Rekurrent respiratuvar papilomatosis

- Çocuklarda solunum yolunda en sık görülen neoplazmlardır. Human papillomavirüs etkindir. Larengeal hastalıktan HPV 6 ve 11 sorumludur. **%67 oranında maternal condyloma vardır.** Hastalarda ses kısıklığı olabilir. Pek çoğu soliterdir ve larenkste bulunur. Tedavi cerrahi eksizyondur.

Konjenital subglottik hemanjioma

- **Stridor bifaziktir**, insipirasyonda daha belirgindir. %50 olguda deride belirgin lezyonlar vardır. Tedavide steroidler, direçli olgularda IFN a denenir.

KONJENİTAL SUBGLOTTİK STENoz

- **Stridorun 2. sık nedenidir.**
- **Stridor bifaziktir.**
- **Rekürren veya persisten krup tipiktir.**

**REFERANS: TUSWORLD PEDIATRİ NİRVANA KONU KİTABI
SAYFA: 372, 380**

45- Üç aylık kız bebek günde 2-3 kez kanlı ve mukuslu gaita yapması nedeniyle getiriliyor. Öyküsünden bu durumun 5 gündür sürdüğü ve ilk kez 4 hafta önce görüldüğü öğreniliyor. Hastanın sadece anne sütüyle beslendiği ve annenin süt ve sütlü gıda alımını kestiği zaman bebeğin gaitasının düzeldiği belirtiliyor. Annesi iki hafta sonra sütlü kahve tükettiğinde bebeğin tekrar bol mukuslu ve kanlı gaitası olduğu görülüyor. Fizik muayenede vücut sıcaklığı 37,1 °C ve diğer sistem bulgularının normal olduğu saptanıyor.

Bu klinik tabloya yol açan en olası neden aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Besin alerjisi dışı nedenlerle gastrointestinal kanama
B) Besinlerle ilişkili Tip I hipersensitivite reaksiyonu
C) Besin proteini ilişkili enterokolit sendromu
D) Alerjik proktokolit
E) Enfeksiyöz gastroenterit

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Cevap Anahtarı: D

Açıklama:

Advers Besin Reaksiyonları
Besin İntoleransı Konak Faktörleri <ul style="list-style-type: none"> Enzim eksiklikleri; laktaz (primer ya da sekonder), sükröz/izomaltaz, herediter fruktoz intoleransı, galaktozemi Gastrointestinal bozukluklar; inflamatuvar barsak hastalığı, irritabl barsak sendromu, psödoobstrüksiyon, kolik İdiyosenkratik reaksiyonlar; alkolsüz içeceklerdeki kafein (hiperaktivite) Psikolojik; yemek fobileri, obsesif kompulsif bozukluk Migren (nadir) Besin Faktörleri <ul style="list-style-type: none"> Enfeksiyöz organizmalar; Escherichia coli, Staphylococcus aureus, Clostridium perfringens, Shigella, botulisim, Salmonella, Yersinia, Campylobacter Toksinler; histamin (uskumru balığı (scombroid) zehirlenmesi), saksitoksin (deniz kabukluları) Farmakolojik ajanlar; kafein, teobromin (çikolata, çay), triptamin (domates), tiramin (peynir), turuncgillerdeki benzoik asit (perioral kızarıklık) Kontamine gıda; ağır metaller, pestisidler, antibiyotikler
Besin Alerjisi IgE aracılı <ul style="list-style-type: none"> Kutanöz; ürtiker, anjiödem, morbilliform döküntüler, kızarma, kontakt ürtiker Gastrointestinal; oral alerji sendromu, gastrointestinal anafilaksi Respiratuvar; akut rinokonjunktivit, bronkospazm Generalize; anafilaktik şok, ekzersiz ile indüklenen anafilaksi Mikst IgE aracılı ve Non-IgE (Hücre Aracılı) aracılı <ul style="list-style-type: none"> Kutanöz; atopik dermatit, kontakt dermatit Gastrointestinal; alerjik eozinofilik özofajit ve gastroenterit Respiratuvar; astım Non IgE aracılı (Hücre Aracılı) <ul style="list-style-type: none"> Kutanöz; kontakt dermatit, dermatitis herpetiformis (çölyak hastalığı) Gastrointestinal; besin protein ilişkili enterokolit, proktokolit ve enteropati sendromu, çölyak hastalığı Respiratuvar; besin tarafından indüklenen pulmoner hemosideroz (Heiner sendromu) Sınıflandırılmamış

**REFERANS: TUSWORLD PEDIATRİ NİRVANA KONU KİTABI
SAYFA: 415**

46- On sekiz aylık erkek hasta 3 gündür devam eden ateş ve öksürük şikâyetleriyle gelişen ani soluklaşma nedeniyle çocuk acil servisine getiriliyor. Öz ve soy geçmişinde özellik saptanmayan hastanın fizik muayenesinde vücut sıcaklığı 39,5 °C, nabızı 148/dakika ve solunum sayısı 40/dakika olarak tespit ediliyor. Genel durumu orta, hâlsiz, uykuya meyilli, soluk görünümde olan hastanın tonsillerinin hiperemik ve hipertrofik görünümde olduğu saptanıyor. Dalak orta hatta kot altı 3 cm palpe ediliyor. Laboratuvar incelemelerinde hemogloblin 4,5 g/dL, hematokrit %14,6, MCV 106 fL, RDW %26, lökosit 13.000/mm³, trombosit 155.000/mm³ bulunuyor. Periferik kan yaymasında sferositleri görülen hastanın direkt Coombs testi pozitif ve immünoglobulin G tipinde antikor saptanıyor.

Bu hasta için en olası tanı ve tedavi eşleştirmesi aşağıdakilerin hangisinde birlikte verilmiştir?

- A) Otoimmün hemolitik anemi (sıcak tip) – Steroid
 B) Otoimmün hemolitik anemi (soğuk tip) – Steroid
 C) Herediter sferositoz – İmmünoglobulin
 D) Evans sendromu – Siklofosfamid
 E) Miyelofibrozis – JAK2 inhibitörü

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Cevap Anahtarı: A

Açıklama:

HEMOLİTİK ANEMİLERDE TANISAL TESTLER

PNH= Flow sitometri
 H. sferositoz = Osmotik fragilite testi
 Talasemi = HB elektroforezi
 Orak hücreli anemi = HB elektroforezi
 G6PD eksikliği = G6PD ve NADPH düzeyi
 Otoimmün hemolitik anemi = Direkt coombs testi

Otoimmün Hemolitik Anemiler

Eritrositlerin otoantikör ± kompleman ile reaksiyonu sonucu parçalanması ve anemi gelişimi ile karakterize hastalık grubudur.

Klinik Bulgular: Anemi bulguları (solukluk, iktet, takipne, taşikardi v.b.)

Splenomegali: idiyopatik veya sekonder şeklinde olabilir. Özellikle yaşlı bir hastada splenomegali beraberinde lenfadenopati varlığında lenfoproliferatif hastalıklar düşünülmelidir.

• Soğukta oluşan akrosiyanoz, kol ve bacaklarda livedo retikularis (soğuk tip antikörler tetiklenen türde ek olarak görülen klinik bulgu)

Laboratuvar: Hemogram → Hb ↓, Htc ↓, MCV ▲ (retikülositoz nedeniyle), MCHC ▲

Periferik yayma: Polikromatofili ve sferositler; Soğuk otoantikör varsa aglütinasyon yapmış eritrositler
Retikülosit sayısı: POLİKROMAZİ=RETİKÜLOSİTOZ

Biyokimya: LDH ▲, İndirekt bilirubin ▲, haptogloblin ▼

Direct Coombs testi POZİTİF (Sıcak tip otoantikörler Ig G ve C3 'e karşı geliştiğinden ,her ikisini de saptayacak belirteçler çalışılır)

Coombs testinin diğer adı direkt antiglobulin testidir

İndirect Coombs Testi: POZİTİF

Soğuk aglütinasyon testi: Soğuk aglütinin hastalığından şüphesinde testler +4 derecede uygulanır.

Sıcak Antikörlerle tetiklenen	Soğuk Antikörlerle Tetiklenen	Paroksizmal Soğuk Hemoglobininürisi
İdiopatik (En sık) IGG	İdiopatik IGM	İdiopatik IGG
KLL, NHL (lenfoproliferatif hastalıklara sekonder)	Mikoplazma enfeksiyonu	Viral enfeksiyonlara sekonder
SLE (otoimmün hastalıklara sekonder)	Enfeksiyöz mononükleaz	Doğumsal-Tersiye Sifiliz
İlaç kullanımı ilişkili	Soğuk hemaglütinin hast.	
	Lenfoma	

Sıcak Tipte Otoimmün Hemolitik Anemi

Ekstravasküler hemoliz bulguları görülür

Sıcak tipte otoimmün hemolitik aneminin tedavisi

A- Sekonder OİHA varlığında, tetikleyen hastalığa yönelik tedavi uygulanır.
 B-İdiyopatik OİHA:

1- KORTİKOSTEROİD: İlk tercih tedavidir (Prednizolon 1 mg/kg/gün) Direkt Coombs negatifleşene dek sürdürülür (3-12 ay süre ile)

Aralıklı olarak hemogram, retikülosit ve Coombs testi ile tedavi yanıtı kontrol edilir.

4-6 haftada TEDAVİ YANITSIZ (REFRAKTER) veya NÜKS hastalarda diğer tedaviler uygulanır

2-SPLENEKTOMİ : Steroid yanıtı olmayan ve nüks eden erişkinlerde ikinci tedavi olarak tercih edilir.

3-İmmünesupresif Tedavi :Ritüksimab ,Siklosporin,Siklofosfamid, Vinkristin ve Azotiopurin tercih edilir.

4- Ritüksimab: Haftalık dozlarla 4 hafta ardışık olarak kullanılır.

5-Hayatı durumlar haricinde transfüzyondan kaçınılmalıdır. Tedavilere refrakter seyreden hastalarda ek olarak plazmaferez uygulanabilir.

REFERANS: TUSWORLD PEDIATRİ NİRVANA KONU KİTABI SAYFA: 20,21

47- Makrozomik doğum ve postnatal hipoglisemi öyküsü olan 2 yaşındaki kız çocuğun yaşına göre boy ve ağırlığı 97. persentilin üzerinde saptanıyor. Makroglossi, kulak sayvanında çentik ve yüzünde nevus flammeus tespit ediliyor.

Bu hastanın aşağıdaki hangi tümör açısından periyodik tarama ile izlenmesi en uygundur?

- A) Retinoblastom
- B) Ewing sarkomu
- C) Optik gliom
- D) Wilms tümörü
- E) Medüllerblastom

Cevap Anahtarı: D

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır.**"

Açıklama:

Willm's tümörü için risk oluşturan durumlar ve sendromlar:

Wilms Tümörü ile İlişkili Sendromlar		
Sendrom	Klinik Özellikler	Genetik Özellikler
WAGR	Aniridi, genitoüriner anormallik, mental retardasyon	Del 11p13 (WT1 ve PAX6)
Denys-Drash	Mezengiyal skleroz ile karakterize erken başlangıçlı renal yetersizlik , erkek psödohermafroditizm	WT1 missens mutasyonları
Beckwith-Wiedemann	Organomegali (KC, böbrek, adrenal, pankreas) makroglossi, omfalosel, hemihipertrofi	Unilateral paternal dizomi, 11p1 duplikasyonu, imprinting kaybı Del 11p15.5, IGF2 ve H19 ekspresyonu
Frasier	Ambigus genitelya, fokal segmental glomeruloskleroz, gonadoblastom	WT1 mutasyonu
Fanconi	Kemik iliği yetmezliği, büyüme geriliği, mikrosefali, café-au-lait lekeleri,	BRCA2, PALB2
Edwards	Gelişme geriliği, hipertoni, oksipital çıkıklık, mikrognati, düşük kulak, VSD	Trizomi 18
Perلمان	Polihidroamniyoz, makrozomi, renal displazi, nefroblastomatoz, multipl konjenital anomaliler	DIS3L2
Ailesel Wilms		DICER1

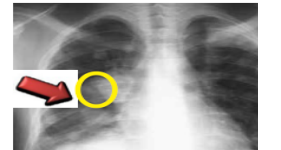
- ▼ Wilms tümörü %30 – 11. kromozom iki loküsünde delesyon ile tespit edilir.
- ▼ **11p13 delesyonu WT1 loküsü WAGR**
 - Wilms, Aniridi, Genitoüriner malformasyon, Retardasyon (mental)
 - Denys-Drash sendromu (Wilms, nefropati, genital anomali)
- ▼ **11p15 delesyonu WT2 delesyonu Beckwith-Wiedeman sendromu**
- ▼ Familial Wilms tm – bilateral olma özelliğinde
 - Bilateral (%7) ve familial (%1-2) Wilms tümörlerinde konjenital anomali daha fazla görülür.

Beckwith-Wiedeman sendromu:

- Fetal visseromegali
- Böbrek, karaciğer, adrenal korteks, pankreas, gonadlar
- Makroglossi, omfalosel, hemihipertrofi, mikrosefali, mental retardasyon, hipoglisemi, postnatal jıgantizm tespit edilir.
- Wilms, adrenal karsinom, hepatoblastom, nöroblastom ve gonadoblastom insidansında artış gözlenir.

Willm's Klinik:

- Ortalama görülme yaşı – **3 yaş**
- En sık bulgu – **abdominal kitle**
 - o Genellikle asemptomatik, üzeri düzgün, sert ve orta hattı geçmiş kitle ile tespit edilir.
- Hipertansiyon
- Mikroskopik veya gross hematüri
- Paraneoplastik sendromlar:
 - o EPO → polisitemi
 - o PTH ilişkili peptid → hiperkalsemi



Beckwith-Wiedemann Sendromu

- Adacık hücrelerinde hipertrofi-hiperinsülinizm
- Hipoglisemi
- Omfalosel
- Makroglossi
- Visseromegali: Karaciğer böbrek, adrenal, gonad
- Makrozomi
- Hemihipertrofi
- Postnatal jıgantizm
- Mikrosefali, MR
- Wilms tümörü
- Adrenal karsinom
- Hepatoblastom
- Gonadoblastom insidansında

Kazananların dünyası tusworld.com.tr – ydusworld.com



ÖNEMLİ:

- **Kıscası Beckwith-Wiedemann sendromunda herşey büyür-(Kafa ve glukoz hariç!) – (Mikrosefali ve hipoglisemi görülür!)**

REFERANS: TUSWORLD PEDIATRİ NİRVANA KONU KİTABI SAYFA: 85, 534

48- Aşağıdakilerden hangisi çocuklarda akut piyelonefritin en sık bakteriyel etkenidir?

- A) Klebsiella spp.
B) Escherichia coli
C) Proteus mirabilis
D) Pseudomonas aeruginosa
E) Staphylococcus saprophyticus

Cevap Anahtarı: B

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:

RISK FAKTÖRLERİ

- **Spermisidde birlikte diyafram kullanımı, sık cinsel ilişki ve daha önceden üriner sistem enfeksiyonu hikayesi olması** akut sistit için bağımsız risk faktörleridir.
- Sağlıklı postmenopozal kadınlarda cinsel aktivite, **diyabet ve inkontinans** risk faktörleridir. Sağlıklı genç kadınlarda piyelonefrit ile ilişkili olan risk faktörleri sık cinsel ilişki, yeni bir cinsel partner, önceki 12 ay içinde ÜSE geçirmek, **annede ÜSE öyküsü, diyabet ve inkontinans**tır. **Piyelonefrit, öncesinde bir sistit olmadan da gelişebilir.**
- Premenopozal kadınlarda rekürren ÜSE için risk faktörleri sık cinsel ilişki, spermisid kullanımı, yeni bir cinsel partner, ilk ÜSE 'yi 15 yaşından önce geçirmek ve annede ÜSE öyküsü olmasıdır. Postmenopozal kadınlarda rekürren ÜSE için risk faktörleri ise premenopozal dönemde ÜSE öyküsü olması, **sistolik ve üriner inkontinans** gibi mesane boşalmasını etkileyen anatomik bozukluklardır.
- ÜSE olan erkeklerde, çoğunluğu prostat hipertrofinde sekonder olmak üzere fonksiyonel veya anatomik anormallik mevcuttur. **Sünnetsiz olmak** da ÜSE riskinde artışa yol açar.

ETİYOLOJİ

Akut komplike olmamış sistitte en sık etken E. coli 'dir. Staphylococcus saprophyticus ikinci sıklıkta görülür. Klebsiella, Proteus, Enterococcus, Citrobacter diğer etkenlerdir. Komplike olmamış piyelonefritte de etkenler benzerdir.

REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE NİRVANA KONU KİTABI SAYFA: 459

ÜRİNER SİSTEM ENFEKSİYONLARI

1 yaşa kadar erkeklerde, daha sonra ise daima kızlarda sık İdrar yolu enfeksiyonunun (İYE) en sık nedeni kolonik bakterilerdir.

En sık etken E.coli'dir.

Bunu **Klebsiella** ve **Proteus** izler.

P-fimbriyalı E.Coliler üriner epitele rahat tutunur.

İYE RISK FAKTÖRLERİ

- Dişi cinsiyet
- Sünnet olmamış erkek
- Vezikoüretal reflü
- Tuvalet eğitimi
- İşeme disfonksiyonu
- Obstrüktif üropati
- Üretrayla ilgili aletli girişim
- Arkadan öne doğru perine temizliği
- Köpük banyosu
- Sıkı iç çamaşırları
- Enterobius vermicularis enfestasyonu
- Kabızlık P fimbriyalı bakteriler,
- Anatomik anomaliler (örn. labial adhezyon)
- Nörojenik mesane
- Anne sütü almama
- Cinsel aktivite
- Gebelik

İYE KLİNİK

Sistit:

- Mesanenin tutulumuyla **dizüri, urgency, poliüri, suprapubik ağrı, inkontinans, pis kokulu idrarla** seyredebilir.
- **Ateş ve renal hasar olmaz.**
- E.Coli sistitinde **hematüri** sıktır.

Asemptomatik Bakteriüri:

- Enfeksiyonun hiçbir göstergesi olmadan idrar kültürü pozitifliği söz konusudur ve sıklıkla kızlarda gözlenir.
- Benignidir. Renal hasar yapmaz.

PYELONEFRİT

- Renal parankim tutulmuşsa akut pyelonefrit, tutulmamışsa pyelit söz konusudur.
- **Sistemik semptomlar vardır.**
- Ateş, kusma, karın ağrısı, halsizlik, nadiren diare
- Yenidoğanlar sarılık, emmeme, irritabilite ve ağırlık kaybıyla gelebilir. Ancak tek bulgu ateş veya uzamış sarılık olabilir.
- Titreme, karın ağrısı, hassasiyet sıktır.

REFERANS: TUSWORLD PEDIATRİ NİRVANA KONU KİTABI SAYFA: 148

49-Hipertansiyonu olan çocuk hastada aşağıdakilerden hangisinin görülmesi durumunda feokromasitoma tanısı konulması en olasıdır?

- A) Abdominal üfürüm varlığı
- B) Ödem
- C) Pigmentasyon artışı
- D) Aşırı terleme
- E) Erken puberte

Cevap Anahtarı: D

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır.**"

Açıklama:

FEOKROMASITOMA

Sempatik sinir sisteminin kromaffin hücre kökenli tümörüdür. En sık **sağ** adrenal medullada yerleşir. Çoğunlukla tektir. Çocukta ve MEN'nin bir komponenti olarak görüldüğünde bilateral ve multiple olma sıklığı artar. (MEN IIa ve MEN IIb). Von Recklinghausen hastalığında feokromasitoma sıklığı artmıştır. Sürrenal dışında yerleşenlere **paraganglionoma** denilir. Bunlar en sık aortik bifurkasyon yanındaki yerleşirler. En sık **Zucker Kandell** sempatik ganglionundan oluşurlar ve norepinefrin salgılanır.

Feokromasitomada 10'lar kuralı: %10 familial, %10 ekstra-adrenal, %10 bilateral, %10 malign, %10 epinefrin salgılar ve %10 çocuklukta görülür. Feokromasitomanın ailesel olma ihtimali günümüzde çoğu kaynaktan %25'lerde gösterilse de Harrison internal medicine'da hala %10'dur.

Klinik: En sık görülen semptom ve bulguları hipertansiyon, baş ağrısı, çarpıntı ve terlemedir. **Hipertansiyon** en önemli bulgusudur. Feokromasitomadaki hipertansiyonun en önemli özelliği ataklar halinde gelmesidir. Fizik muayene sonrası tansiyon yükselmesi, işeme sonrası tansiyon yükselmesi gibi ataklar halinde gelen hipertansiyon en önemli özelliğidir. Ataklar metal ve fiziksel streslerle provake **olmaması** en önemli özelliğidir. **Epizodik flashing** feokromasitomada sık görülür.

**REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE NİRVANA KONUSU KİTABI
SAYFA: 150**

TUSWORLD

50- On yaşındaki erkek hasta karın ağrısı şikâyetiyle acil servise getiriliyor ve akut pankreatit tanısı alıyor. Hastanın izleminde aşağıdakilerden hangisinin gelişmesi morbidite ve mortalite riskinde artış ile **en fazla** ilişkilidir?

- A) Artmaya devam eden karın ağrısı ve kusma
B) Amilaz ve lipaz artışına ateşin eşlik etmesi
C) Görüntülemelerde pankreatik ödem saptanması
D) Sistemik inflamatuvar yanıt sendromu
E) Lökositöz saptanması

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır.**"

Cevap Anahtarı: D

Açıklama:

Sistemik İnflamatuvar Yanıt Sendromu (SIRS)

Enfeksiyon veya enfeksiyon-dışı tetikleyicilere karşı konak yanıtı tarafından başlatılan inflamatuvar kaskad Bu kaskad (çağlayan) konak savunma sistemi tetikleyici olayı tam olarak tanıyamadığı ve/veya temizleyemediği zaman tetiklenir Şok ile tetiklenen inflamatuvar kaskad hipovolemi, kalp ve damar yetmezliği, akut respiratuvar distres sendromu (ARDS), insülin direnci, sitokrom P450 aktivitesinde (steroid sentezinde) azalma, koagülopati ve sekonder enfeksiyona neden olur TNF ve diğer mediyatörler damar geçirgenliğini artırarak **kapiller sızıntı, vasküler tonus azalması ve dokuların metabolik ihtiyacı ile perfüzyon arasında dengesizliğe** yol açarlar

Pediyatrik Sepsis için Uluslararası Uzlaşma Tanımlamaları

Durum	Kriterler
Enfeksiyon	Şüpheli veya kanıtı enfeksiyon veya yüksek olasılıklı enfeksiyona eşlik eden klinik sendrom
SIRS	4 kriterden 2, bunların 1'i anormal vücut ısısı veya lökosit sayısı olmalı 1. Gövde ısısı > 38,5 C veya < 36 C (rektal, mesane, oral, santral kateter) 2. Taşikardi veya bradikardi 3. Takipne 4. Lökositöz veya lökopeni veya >%10 immatür nötrofil (çomak)
Sepsis	SIRS + şüpheli veya kanıtı enfeksiyon
Ağır sepsis	Sepsis + aşağıdakilerden 1'i 1. Kardiyovasküler organ disfonksiyonu 2. ARDS VEYA Sepsis + 2 veya daha çok organ disfonksiyonu (solunum, renal, nörolojik, hematolojik veya hepatik)
Septik şok	Sepsis + kardiyovasküler organ disfonksiyonu
MODS	Homeostazisin (kararlı denge) tıbbi müdahale olmaksızın sürdürülemediği organ fonksiyonlarında değişiminin varlığı

SIRS Ayırıcı Tanısı

ENFEKSİYON	KARDİYO PULMONER	ENDOKRİN	METABOLİK
Bakteriyemi Meningit-Ensefalit Viral hastalık Riketsiya-Sifiliz Aşı (boğmaca, influenza, kızamık) Toksin aracılı	Pnömoni Pulmoner emboli Kalp yetmezliği Aritmiler Perikardit Miyokardit	Adrenal yetmezlik Hipo-hipermatemi Hipo-hiperkalsemi Diabetes insipidus Diabetes mellitus Hipoglisemi	Organik asidemi Üre siklus defekti Karnitin eksikliği Mitokondrial hastalıklar
GASTRO İNTESTİNAL	HEMATOLOJİK	NÖROLOJİK	DİĞER
AGE+Dehidrasyon Volvulus İntussusepsiyon Apendisit Peritonit Nekrotizan entero. Hepatit-Reye send. Hemoraji Pankreatit	Anemi (orak hücre, kan kaybı, nütrisiyone) Methemoglobinemi Sekestrasyon krizi Lösemi-Lenfoma Hemofagositik sendrom	İntoksikasyon (CO) İntrakraniyal kanama Botulizm (infant) Trauma Guillan-Barre send. Miastenia gravis	Anafaksi Hemolitik üremik s. Kawasaki hastalığı Eritema multiforme Trauma Hemorajik şok-ensefalopati send. Makrofaj aktivasyon send.

REFERANS: TUSWORLD PEDIATRİ NİRVANA KONU KİTABI SAYFA: 314

AKUT PANKREATİT TEDAVİSİ

Mutlak hastane yatış endikasyonu ve gerekirse yoğun bakım endikasyonu vardır. Sıvı tedavisi ile başlar, sıvı tedavisine Ca ve Mg da eklenilebilir.

- *Başlangıç tedavisi ----- SIVI + NG + ORUÇ
*Ödematöz pankreatit tedavisi ----- SIVI + NG + ORUÇ
*Yaygın Nekrotizan pankreatit ----- SIVI + NG + ORUÇ + ANTİBİYOTİK
*Enfekte Nekrotizan pankreatit ----- CERRAHİ+SIVI+NG+ORUÇ+ANTİBİYOTİK

- Akut pankreatitte yukarıdada görüldüğü üzere acil tedavide Antibiyotik rutin başlanmamaktadır. Antibiyotik başlanılmış ise genellikle tercih edilen antibiyotik; **imipenem** veya **siprofloksasin**'dir.
- Akut pankreatitte cerrahi tedavi yıllardır çok tartışılan ve çekinilen bir durumdur.
- Şu an genel kural enfekte nekrozlar için açık laparotomi yapmak ve **nekrozektomi** sağlamaktır. Çoğu ekol nekrozektomi yerine artık **retroperitoneal drenaj** da uygulanmaktadır.
- Akut pankreatit; bir bakteriyal olmayan enflamasyondur ve SIRS ile SEPSİS gibi kavramlarla içiçedir. Bu bilginin ışığında PAF antagonistlerinin tedavide kullanılması TUS ve YDUS öğrencileri için şaşırtıcı değildir.
- Akut pankreatit en sık enfeksiyondan ölüme neden olur. (Akutlar genellikle enfeksiyon ile öldürür (Akut lösemi; ABY...))

REFERANS: TUSWORLD GENEL CERRAHİ NİRVANA KONU KİTABI SAYFA: 402

51- Aşağıdaki viral hepatit nedenlerinden hangisinin çocuklarda karaciğer yağlanmasıyla ilişkili olması **en olasıdır?**

- A) Hepatit A virusu
- B) Hepatit B virusu
- C) Hepatit C virusu
- D) Hepatit D virusu
- E) Hepatit E virusu

Cevap Anahtarı: C

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır.**"

Açıklama:

Progresif Ailesel Intrahepatik Kolestaz			
Özellik	PFIC1	PFIC2	PFIC3
Bulaşma	Otozomal resesif	Otozomal resesif	Otozomal resesif
Kromozom	18q21-22	2q24	7q21
Gen	ATP8B1/FIC1	ABCB11/BSEP	ABCB4/MDR3
Protein	FIC1	BSEP	MDR3
Konum	Hepatosit, kolon, bağırsak, pankreas; apikal membran	Hepatosit kanaliküler membran	Hepatosit kanaliküler membran
İşlev	ATP-bağımlı aminofosfolipid flip-paze; hücrel sinyalleşmedeki bilinmeyen etkiler	ATP-bağımlı safra asidi taşıma	ATP-bağımlı fosfatidilkolin translokasyonu
Fenotip	İlerleyici kolestaz, ishal, steatore, büyüme yetersizliği, şiddetli kaşıntı	Hızla ilerleyen kolestatik dev hücreli hepatit, büyüme yetersizliği, kaşıntı	Daha geç başlangıçlı kolestaz, portal hipertansiyon, minimal kaşıntı, intra-duktal ve safra kesesi taşları
Histoloji	İk hafif kolestaz; kaba, granüler kanaliküler safra EM'de	Yenidoğan dev hücreli hepatit, EM'de şekilsiz kanaliküler safra	Safra kanallarının proliferasyonu, periportal fibrozis, sonuçta safra yolu sirozu
Biokimyasal özellikler	Normal serum γ GT; yüksek serum, düşük safra asidi konsantrasyonları	Normal serum γ GT; yüksek serum, düşük safra asidi konsantrasyonları	Yüksek serum γ GT; düşük veya olmayan safra PC; olmayan serum LPX; normal safra asidi konsantrasyonları
Tedavi	Safra diversiyonu, ileal dışlama, karaciğer transplantasyonu, ancak post-OLT ishal, steatore, yağlı karaciğer	Safra diversiyonu, karaciğer transplantasyonu	UDCA eğer kalan PC salgılanıyorsa; karaciğer transplantasyonu

REFERANS: TUSWORLD PEDIATRİ NİRVANA KONU KİTABI SAYFA: 213



52- Aşağıdaki çocukluk çağı son dönem böbrek yetersizliği sebeplerinden hangisinin nakil sonrası tekrar etmesi en olasıdır?

- A) Nefronofitizis
B) Otozomal dominant polikistik böbrek hastalığı
C) Otozomal resesif polikistik böbrek hastalığı
D) Bardet-Biedl sendromu
E) Atipik hemolitik üremik sendrom

Cevap Anahtarı: E

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır.**"

Açıklama:

Pnömonoklara bağlı HÜS'te plazma kontrendikedir. Pnömonok enfeksiyonu dışında antibiyotik kullanılmamalıdır. Antikoagülan, antitrombosit, fibrinolitik ve antibiyotik tedavisi HÜS olgularında uygulanmamalıdır. Genel olarak bakıldığında plazmaferez trombositopenik trombotik purpura tedavisinde faydalıdır; HÜS olgularında ise ancak ishalsiz, atipik, ailesel kökenli ya da nörolojik tutulumu olan olgularda faydalıdır. Eculizumab (anti C5 antikor) atipik HÜS tedavisinde faydalıdır.

Herhangi bir endikasyon ile eculizumab tedavisi uygulanan tüm vakalara tedavi öncesinde

Meningokok Pnömonok
Haemophilus influenzae tip b aşısı yapılmalıdır.

Pnömonok ile oluşan HÜS

Nöraminidaz üreten pnömonok suşları sebep olabilir. "Pnömoni + ampiyem" klinikte önemlidir. Mortalite % 20 civarındadır. Coombs (+) olabilir.

HÜS LABORATUARI (Hematolojik)

- Hb genellikle 5–9 g/dL'dir.
- PY'de **helmet** ve burr hücreleri ve **fragmente RBC'ler** vardır.
- Plazma Hb düzeyi artar, haptoglobulin azalır.
- Retikülosit sayısı artar.
- **Coombs testi negatiftir.** Nöraminidaz taşıyan pnömonoka bağlı HÜS'te ise Coombs pozitifdir.
- Lökosit $30.000/\text{mm}^3$ 'e dek çıkabilir.
- Trombositopeni (20,000-100,000)
- PT-aPTT genellikle normaldir, uzama olursa daha çok K vit. eksikliğine bağlıdır; DİK nadirdir.

**REFERANS: TUSWORLD PEDIATRİ NİRVANA KONU KİTABI
SAYFA: 137**

54- Çocuklarda aşağıdakilerden hangisinin sistemik lupus eritematozusun ilaç ilişkili olduğunu desteklemesi en olasıdır?

- A) Antihiston antikor varlığı
- B) C-reaktif protein yüksekliği
- C) Eritrosit sedimentasyon hızının aşırı yüksekliği
- D) Kompleman-3 düzeyinin yüksekliği
- E) Kompleman-2 düzeyinin yüksekliği

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Cevap Anahtarı: A

Açıklama:

Spesifik Otoantikorlar ve İlişkili Romatolojik Hastalıklar

Antikor	Hastalık	Spesifik
ANA	SLE, juvenil romatoid artrit, dermatomyozit, skleroderma, psöriatik artrit	JİA ve psöriatik aritte artmış üveit riski
Anti dsDNA	SLE	Lupus nefriti
Anti Smith (Sm)	SLE	Lupus nefriti
Pm-Scl (Polimiyozit-Skleroderma)	Sklerodermomyozit	-
SSA (Ro)	SLE, Sjögren sendromu	Neonatal lupus, trombositopeni
SSB (La)	SLE, Sjögren sendromu	-
Ribonükleaz protein (RNP)	SLE, Miks konnektif doku hastalığı (MCTD)	MCTD
Histon	İlaç ilişkili lupus, SLE	-
Antinötrofil stoplazmik antikor (ANCAs)	Vaskülit	-
Sitoplazmik (cANCAs)/ PR3-ANCA		Wegener granüloatozisi, kistik fibrozis
Perinükleer (pANCAs)/ MPO-AN-CA		Mikroskopik polianjitis, PAN, SLE, inflamatuvar barsak hastalıkları, kistik fibrozis, sklerozan kolanjit, HSP, kawasaki hastalığı, Churg Strauss hastalığı
Anti-CCP	RF pozitif JİA	JİA spesifik (RF+)

SLE'de Antikorlar	
Antikor	Klinik İlişki
ANA	ANA pozitifliğinin SLE'de duyarlılığı %95-99; özgüllüğü ise %50'dir. ANA pozitifliği hastalık aktivasyonu ile ilişkili değildir.
Anti-Ds DNA	Hastalık aktivitesi ile korele (özellikle nefrit), SLE'ye spesifiktir.
Anti-Smith Ab	Hastalık aktivitesi ile korele değil, SLE'ye spesifiktir.
Anti-RNP Ab	Raynaud fenomeni ve pulmoner hastalık riski artar, yüksek titre mikst konnektif bağ dokusu hastalığı düşündürür.
Anti-Ro, Anti-La	Sicca sendromu, sjögren sendromu, neonatal lupus, izole diskoid lupusla ve SLE'nin kutanöz ve pulmoner komplikasyonları ile ilişkili olabilir
Anti Ribozomal P Antikoru	Lupus serebriti ile ilişkilidir
Anti-Histon Ab	İlaçların indüklediği lupusla ilişkilidir
Antifosfolipid Ab	Arteriyel ve venöz tromboz riski artar

**REFERANS: TUSWORLD PEDIATRİ NİRVANA KONU KİTABI
SAYFA: 157, 167**

55- Altı yaşındaki kız hasta dengesizlik ve göz hareketlerinde kısıtlılık nedeniyle çocuk acil polikliniğinde değerlendiriliyor. Öyküsünden 10 gün önce solunum yolu enfeksiyonuna ait şikâyetlerinin olduğu ve herhangi bir ilaç kullanmadığı öğreniliyor. Fizik muayenesinde pozitif bulgu olarak ataksi, oftalmopleji ve arefleksi saptanıyor.

Bu hasta için en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Myastenia gravis
- B) Miller-Fisher sendromu
- C) Kritik hastalık miyopatisi
- D) Konversiyon bozukluğu
- E) Leigh hastalığı

Cevap Anahtarı: B

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz.** Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:

GUİLLAİN-BARRE SENDROMU

Başlıca motor, bazen duysal ve otonomik sinirleri tutan **postenfeksiyöz polinöropatidir**. Tüm yaş gruplarında görülebilir herediter değildir. Paraliziler genellikle 10 yaş civarında non-spesifik bir viral enfeksiyona ikincil olarak ortaya çıkar. GİS (özellikle **Compylobacter jejuni**) ve solunum yolu (özellikle **Mycoplasma pneumonia**) enfeksiyonları sebep olabilir. Kas zayıflığı **alt** ekstremitelerden başlar ve gövdeye, üst ekstremitelere ve sonunda bulbar kaslara doğru çıkar (**Landry asendan paralizisi**). Paralizi simetrikdir. Bulbar tutulum vakaların yarısında görülür. **Solunum yetmezliği, disfaji ve fasial güçsüzlüğüne** yol açabilir. **Ekstraoküler kaslar nadiren tutulabilir.**

Miller-Fisher sendromu (eksternal oftalmopleji, ataksi ve arefleksi) nadir bir varyanttır.

Klinik seyir genellikle benignedir, 2-3 hafta içinde spontan iyileşme başlar. **DTR kaybı genellikle en son düzelir**. Hastalık tanısı konulamaz ve zamanında tedavi başlanmaz ise solunum kaslarının tutulumuna bağlı hasta kaybedilebilir. Tanıda BOS'ta proteinin yüksek, glukozu normal olması ve pleositozun olmaması karakteristiktir. (**albüminositolojik disosiasyon**). EMG'de sinir iletim hızları yavaştır. Anti-gangliosid antikorları pozitif olabilir. Tanı için kas ve sinir biopsisi gerekli değildir. Hastalığın tedavisinde İVIG kullanılır. Bazı olgularda plazmaferez tercih edilebilir. Steroidler tedavi etkinliği olmadığı için kullanılması önerilmez.

GUİLLAİN BARRE SENDROMU - 3A

Asendan paralizisi

Arefleksi

Albüminositolojik disosiasyon

**REFERANS: TUSWORLD PEDIATRİ NİRVANA KONU KİTABI
SAYFA: 476**

56- Aşağıdakilerden hangisinde ataksi görülmesi en az olasıdır?

- A) Abetalipoproteinemi
- B) Hartnup hastalığı
- C) GM2 gangliosidoz
- D) Fahr hastalığı
- E) Sialidozis

Cevap Anahtarı: D

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz.** Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:

GÜLLAİN-BARRE SENDROMU

Başlıca motor, bazen duysal ve otonomik sinirleri tutan **postenfeksiyöz polinöropatidir**. Tüm yaş gruplarında görülebilir herediter değildir. Paraliziler genellikle 10 yaş civarında non-spesifik bir viral enfeksiyona ikincil olarak ortaya çıkar. GIS (özellikle **Compylobacter jejuni**) ve solunum yolu (özellikle **Mycoplasma pneumonia**) enfeksiyonları sebep olabilir. Kas zayıflığı **alt** ekstremitelerden başlar ve gövdeye, üst ekstremitelere ve sonunda bulbar kaslara doğru çıkar (Landry **asendan paralizi**). Paralizi simetriktr. Bulbar tutulum vakaların yarısında görülür. **Solunum yetmezliği, disfaji ve fasial güçsüzlüğüne** yol açabilir. **Ekstraoküler kaslar nadiren tutulabilir**.

Miller-Fisher sendromu (eksternal oftalmopleji, ataksi ve arefleksi) nadir bir varyanttır.

Klinik seyir genellikle benignedir, 2-3 hafta içinde spontan iyileşme başlar. **DTR kaybı genellikle en son düzelir**. Hastalık tanısı konulamaz ve zamanında tedavi başlanmaz ise solunum kaslarının tutulumuna bağlı hasta kaybedilebilir.

Tanıda BOS'ta proteinin yüksek, glukozu normal olması ve pleositozun olmaması karakteristiktir.

(**albüminositolojik disosiasyon**).

EMG'de sinir iletim hızları yavaştır. Anti-gangliosid antikorları pozitif olabilir. Tanı için kas ve sinir biopsisi gerekli değildir.

Hastalığın tedavisinde İVİG kullanılır. Bazı olgularda plazmaferez tercih edilebilir. Steroidler tedavi etkinliği olmadığı için kullanılması önerilmez.

GÜLLAİN BARRE SENDROMU - 3A

Asendan paralizi

Arefleksi

Albüminositolojik disosiasyon

**REFERANS: TUSWORLD PEDIATRİ NİRVANA KONU KİTABI
SAYFA: 476**

57- Aşağıdakilerden hangisi tümör supresör genler arasında yer almaz?

- A) ABL
- B) RB1
- C) TP53
- D) VHL
- E) BRCA1

Cevap Anahtarı: A

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:

Çocukluk Çağında Akut Lenfoblastik Lösemide Gözlenen Sık Kromozomal Anomalliler			
Subtip	Kromozomal Anomali	Genetik Değişiklik	Prognoz
B-ALL	Trizomi 4, 10 ve 17	-	İyi
B-ALL	t(12;21)	ETV6-RUNX1	İyi
B-ALL	t(1;19)	TCF3-PBX1	-
B-ALL	t(4;11)	KMT2A(MLL)-AF4	Kötü
B-ALL	t(9;22)	BCR-ABL	Kötü
Matür B hücreli lösemi (Burkitt)	t(8;14)	IGH-MYC	-
B-ALL	Hiperdiploidi	-	İyi
B-ALL	Hipodiploidi	-	Kötü
T-ALL	t(10;14)	TLX1/HOX11	İyi
İnfant	11q23	KMT2A(MLL)	Kötü

REFERANS: TUSWORLD PEDIATRİ NİRVANA KONU KİTABI
SAYFA: 68

TÜMÖR SUPRESÖR GENLER			
GEN	KANSER	KROMOZOM	ETKİ ALANI
Rb	Retinoblastom	13q14	Çekirdek
TP53	Osteosarkom	17PB.1	Çekirdek
APC	Kolon Ca	5q21	Sitoskeleton
VHL	RCC	3. pa 25-26	Anjiogenez
P16	Melanom	9p	
BRCA-1	Meme Ca	17q	
BRCA-2	Meme Ca	13q	Çekirdek
BCL-2		18	Mitokondri
DCC	Kolon Ca	18q21.3	
NF-1	Shwannom	17q11.2	Stoplazma
NF-2	Shwannom	22q	
MLH-1	Kolon Ca	3p21.3	DNA Tamiri
MSH-2	Kolon Ca	22p22	Çekirdek
WT-1	Willm's Tm	11p13	
LKB-1	Kolon Ca	19	

TW-TRBXQ000377

REFERANS: TUSWORLD GENEL CERRAHİ NİRVANA KONU KİTABI
SAYFA: 280

58- Aşağıdaki konjenital enfeksiyonlardan hangisinde diabetes mellitus görülmesi en olasıdır?

- A) Toksoplazma enfeksiyonu
- B) Herpes enfeksiyonu
- C) Rubella enfeksiyonu
- D) Sifiliz enfeksiyonu
- E) Parvovirus enfeksiyonu

Cevap Anahtarı: C

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz.** Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:

Patojen	Fetus	Neonatal Hastalık	Konjenital Defekt	Geç Sekel
Rubella	Abortus	SGA, anemi, HSM, peteşi, osteit, kardit, ensefalit, pnömoni, "blueberry muffin" cilt lezyonları	Kalp defektleri (PDA), katarakt, mikroftalmi, mikrosefali	Sağırılık, MMR, otoimmünite, endokrinopati (DM), Hashimoto, otizm, konvülsiyon
CMV	---	---	Mikrosefali, hidrosefali mikroftalmi, periventriküler kalsifikasyon	Sağırılık, MMR, konvülsiyon
Varicella-zoster	---	SGA, koryoretinit, konjenital su çiçeği	Ekstremitte hipoplazisi, kortikal atrofi, ciltte skar	Sekonder enfeksiyona bağlı ölüm, MMR
Coxsackie / Echovirus	Abortus	Rinit, döküntü, hepatit, ensefalit, HSM, pnömoni	Miyokardit	Nörolojik defisit, konvülsiyon
Poliovirus	Abortus	Konjenital poliomiyelit	---	Paralizi
Herpes simplex	Abortus	Vezikül, hepatit, HSM hemorajik ensefalit, retinopati	Mikrosefali, hidrosefali, ciltte skar, hidransefali	Nörolojik defisit
Hepatit B	---	Nadiren akut hepatit	---	Kronik hepatit
HIV	---	HSM, trombositopeni	Serebral kalsifikasyon	AIDS, MMR
Parvovirus B19	Ölü doğum, hidrops	Anemi	---	---
Toksoplazma	Abortus, Hidrops	SGA, HSM, sarılık, anemi	Hidrosefali, mikrosefali yaygın serebral kalsifikasyon	Koryoretinit, MMR santral diabetes insipidus, sağırılık
Sifiliz	Ölü doğum, Hidrops	Ei ve ayaklarda soyulmalar, mukopürülan kanlı rinit, HSM, sarılık, osteit	---	Nefrotik sendrom, keratit, diş değişiklikleri
Malarya	Abortus	HSM, sarılık, anemi	---	Nefrotik sendrom
Trypanosoma cruzi (Chagas)	Abortus	SGA, anemi, kalp yetmezliği, ensefalit, HSM, megaözofagus	Katarakt	Miyokardit, akalazya, MMR
Lenfositik koryomenenjitik virüs	---	Retinit	Hidrosefali	---

REFERANS: TUSWORLD PEDIATRİ NİRVANA KONU KİTABI
SAYFA: 422

59- Üç yaşındaki kız hasta gece yattıktan yaklaşık 1,5-2 saat sonra bağıracak uyanma, uyanıldığında terleme, hızlı nefes alma, gözlerini bir noktaya dikme ve sözlü telkine yanıt vermeme şikâyetleriyle getiriliyor.

Bu hastadaki uyku bozukluğu ile ilgili olarak aşağıdaki ifadelerden hangisi doğrudur?

- A) Yaklaşık 2-3 saat süren bir durumdur.
 B) REM dönemi uyku bozukluğudur.
 C) Çocuk sabah uyanıldığında gece yaşananları hatırlar.
 D) Görülme sıklığı yaş büyüdükçe artar.
 E) Çoğunlukla uykusuzluk ve ateş gibi nedenlerle tetiklenir.

Cevap Anahtarı: C

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz.** Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:

Non Epileptik Paroksizmal Fenomenler	
Yenidoğan	Çocuklar
Jitteriness Benign neonatal uyku miyokloniler	Suluk tutma atakları Senkop Migren ve migren eş değerleri, rekürren karın ağrısı, sıklık kusma
Infant Infantil senkop Siyanotik soluk tutma atakları Soluk tip senkop Titreme atakları Paroksizmal tortikollis Ekstrapiramidal ilaç reaksiyonları, distoni Distoni ile birlikte olan gastroözefagiyal reflü Ruminasyon (geviş getirme) Stereotipik hareketler, otizm; Rett sendromu, eşlik eden sağırılık ve körlük Konstipasyon Mastürbasyon Spasmus nutans Opsoklonus Benign paroksizmal vertigo Miyoklonus, nonepileptik; anksiyete, heyecanlanma, akut metabolik ensefalopati Erken süt çocukluğunun benign miyoklonusu Hipereksplesiya Çocukluk çağının alterman hemiplejisi Uyku bozuklukları Jactatio capitis, baş çarpma	Tik Spazmodik tortikollis ilaç reaksiyonları, distoni Paroksizmal koreatetoz Gastroözefagiyal reflü Benign paroksizmal vertigo Miyoklonus, nonepileptik; anksiyete, heyecanlanma, akut metabolik ensefalopati Hipereksplesiya Mastürbasyon Konstipasyon Hayal kurma, dalma atakları Stereotipik hareketler, otizm; eşlik eden sağırılık ve körlük Munchausen sendrom by proxy Hiperventilasyon Psikojenik nöbet Transient global amnezi Uyku bozuklukları Baş çarpma, jactatio capitis Pavor nocturnus Somnambulizm (uyurgezerlik), sayıklama
Adölesanlar	
Senkop Migren Psikojenik nöbet Disosiyatif evre, knversiyn bozuklukları, panik atak, Hayal kurma Uyku bozuklukları Noktürnal miyoklonus , uyku jerkleri Narkolepsi	Somnambulizm (uyurgezerlik) Sayıklama Epizodik öfkelenme Hasta rolü yapma hiperventilasyon Paroksizmal koreatetoz Tremor. Tik ilaç reaksiyonu, distoni Transient global amnezi

REFERANS: TUSWORLD PEDIATRİ NİRVANA KONU KİTABI SAYFA: 467

NON-REM BOZUKLUKLARI

Uyurgezerlik (Somnambulizm)

- > 5-10 yaş arasındaki çocuklarda sık, aile öyküsü genelde vardır.
- > Genelde gecenin ilk saatlerinde olur ve 10 dakikadan kısadır.
- > Çok zor uyandırılırlar.
- > Uyku ilişkili yeme ve seksüel davranış non-REM dönemde gerçekleşir.

Uyku terörü

- > 5-8 yaş arasındaki çocuklarda sık, aile öyküsü genelde vardır.
- > Genelde gecenin ilk saatlerinde panik ve korkuyla çığlık atarlar.
- > Sempatik aktivasyona bağlı belirtiler > midriyazis, taşikardi, takipne, terleme
- > Çok zor uyandırılırlar.

REM BOZUKLUKLARI

Kabus

- > Genelde gecenin sonunda gerçekçi, disforik, iyi hatırlanan rüyalar görülür.
- > Uyku terörü aksine > mental durum yerinde, otonomik bulgu daha az ve kolay uyandırılabilir haldedir.
- > L-Dopa, pergollid ve beta blokörler > kabusa neden olabilir
- > REM uykusu baskılayıcı olan SSRI ilaçlar aniden kesilirse > **kabus** görülebilir

REM uykusu davranış bozukluğu

- > REM uykusu sırasında iskelet kaslarında atoni gerçekleşmemiştir.
- > Atoni olmadığı için hasta rüyalarındaki aktiviteleri gerçekleştirir > tekme, yumruk gibi
- > Hastanın rüyaya uygun davranması uyurgezerlikten önemli bir farkıdır.
- > Tedavi > klonazepam

Rekürren izole uyku paralizisi

- > Normalde uykuda olan paralizis, uyku başlangıcında veya uyanırken devam ediyor olması.
- > Kişi çevrenin farkındadır ama hareket edemez

REFERANS: TUSWORLD KÜÇÜK STAJLAR EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 176

60- On yedi yaşındaki kız hasta nöbet geçirme nedeniyle acil servise getiriliyor. Öyküsünden 2 yıldır genellikle premenstrüel dönemde şiddetli karın ağrısıyla başlayan kusma, kabızlık, el ve ayak ağrıları ile karakterize ataklar nedeniyle birçok kez başvurduğu; oral kontraseptif ve diklofenak tedavisi verildiği öğreniliyor. Hastanın ön değerlendirmesinde atağın bu tedaviye bağlı olduğu düşünülüyor. Fizik muayenesinde taşikardi, hipertansiyon, letarji ve derin tendon reflekslerinde azalma saptanıyor. Laboratuvar tetkiklerinde tam kan sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normal bulunuyor; hiponatremi bulgusu dışında serum elektrolit düzeyinin referans aralıkta olduğu belirleniyor. İdrar incelemesinde rengin kırmızı olduğu saptanıyor, mikroskopide eritrosit tespit edilmiyor.

Bu hastanın tanısı ve acil tedavisi için aşağıdaki inceleme yöntemlerinden hangisinin öncelikle yapılması en uygundur?

- A) Serum kreatin kinaz düzeyi ölçümü
- B) İdrarda hemoglobin bakılması
- C) Lomber ponksiyon
- D) İdrar organik asit analizi
- E) İdrarda porfirin analizi

Cevap Anahtarı: E

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz.** Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:

Hematüri Dışında Kırmızı İdrar Nedenleri			
I.Hem Pozitif (Dipstick Pozitif)			
Hemoglobinüri			
-Hemoliz Miyoglobinüri			
-Rabdomiyoliz (viral miyozit, crush sendromu, hiponatremi, hipofosfatem, hipotansiyon, DIC, toksinler, metabolik kas hastalıkları, uzamış konvülsiyon)			
II.Hem Negatif (Dipstick Negatif)			
İlaçlar	Boyalar(sebze/meyve)	Metabolitler	
Klorokin Deferoksamin İbuprofen Metronidazol Nitrofurantoin	Fenotiyazin Fenazopiridin Rifampisin Salisilatlar Sülfasalazin	e) Kırmızı pancar Böğürtlen Keçi kulağı Gıda boyaları	Homogentisik asit Melanin Methemoglobin Porfirin Tirozinosis Üratlar
Dipstick ile Yanlış Negatif ve Pozitif Sonuçlar			
Dipstick ile yanlış negatif sonuçlar: Yüksek üriner askorbik asit ya da formalin nedeniyle olur.			
Dipstick ile yanlış pozitif sonuçlar: Menstrüel period, alkali idrar (ph>9), okside edici ajanlarla (perine temizliğinde kullanılan hidrojen peroksit gibi) kontaminasyon sonucu olur.			

**REFERANS: TUSWORLD PEDIATRİ NİRVANA KONU KİTABI
SAYFA: 121**

61- Uzun dönem total parenteral nütrisyon verilen hastalarda aşağıdaki eser elementlerden hangisinin eksikliğine bağlı olarak glukoz toleransında bozulma görülmesi en olasıdır?

- A) Selenyum
- B) Çinko
- C) Krom
- D) Bakır
- E) Manganez

Cevap Anahtarı: C

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz.** Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:

c. Mineral değişiklikleri:

i. Çinko (Zn) eksikliği: Parenteral nutrisyon tedavisi sırasında **en çok** görülen parenteral nutrisyon mineral eksikliğidir. Ekzematoid cilt döküntüleri, alopesi ve yara iyileşmesinde bozukluk ile karakterizedir. (akrodermitis enteropatika benzeri sendrom)

ii. Krom eksikliği: insülinin etkisinin yapıtaşlarından olduğundan, glukozun sağlıklı kullanımı için krom gereklidir. Krom azaldığında hiperglisemi oluşabilir. Bu tabloya ensefalopati de genellikle eklenir.

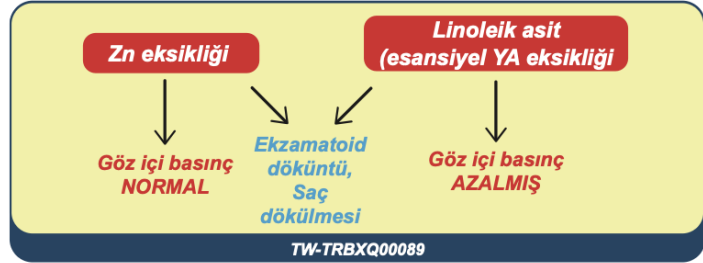
**Ensefalopati + Hiperglisemi + TPN (3 aydır) =
Krom Eksikliği**

d. Yağ Asidi değişiklikleri:

* Yağ asidi değişiklikleri içinde en sık **esansiyel yağ asidi** değişiklikleri görülür.

Özellikle Linoleik asit eksikliği en çok görülen alt tiptir.

Genellikle parenteral nutrisyonun KH ve proteinden zengin yapıldığı durumlarda yağ asitlerinin nutrisyon ürününe eksik ya da hiç katılmamasıyla oluşur. Uzun süren parenteral nutrisyonların özelliğidir. Buna engel olmak için günlük verilen toplam kaloringin %10'u yağlardan karşılanmalıdır. Ekzematoid döküntüler, alopesi, ciltte soyulma ve göz içi basınçta azalma esansiyel yağ asidi eksikliğinin önemli bulgularıdır.



REFERANS: TUSWORLD GENEL CERRAHİ NİRVANA KONU KİTABI SAYFA: 51

62- Aşağıdakilerden alınan sıvı örneklerinin hangisinde HCO_3^- miktarı diğerlerine göre daha fazladır?

- A) Kolon
- B) Mide
- C) İlm
- D) Pankreas
- E) Koledok

Cevap Anahtarı: D

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:

GİS Sekresyonlarının İçerikleri:

SALGI	VOLÜM (ml/gün)	Na (mEq/L)	K (mEq/L)	Cl (mEq/L)	HCO_3^-
Tükürük	1500	10	26	10	30
Mide	1500	60	10	130	-
Duodenum	100-2000	140	5	80	0-5
İleum	3000	140	5	104	30
Kolon	200	60	30	40	-
Pankreas	100-800	140	5	75	115
Safra	50-800	145	5	100	34
Plazma	3000	140	4	100	25

TW-TRBXQ00011

- * K içeriğinden en zengin sıvı → KOLON
- * HCO_3^- içeriğinden en zengin sıvı → PANKREAS
- * Cl içeriğinde en zengin sıvı → MİDE
- * HCO_3^- içermeyen sıvılar → KOLON, MİDE
- * Pankreatik sıvıda bulunan klor miktarı → 75 meq/lt



- * Komi'lerde HCO_3^- Yoktur !
- * GİS'e Sıvı Na'suz Girer Na'suz Çıkar !

TW-TRBXQ00012

REFERANS: TUSWORLD GENEL CERRAHİ NİRVANA KONU KİTABI
SAYFA: 8-9

- 63- I. Lynch sendromuna eşlik eder.
 II. Sol kolon tümörlerinde daha sıktır.
 III. Sporadik kolon kanserinde görülebilir.

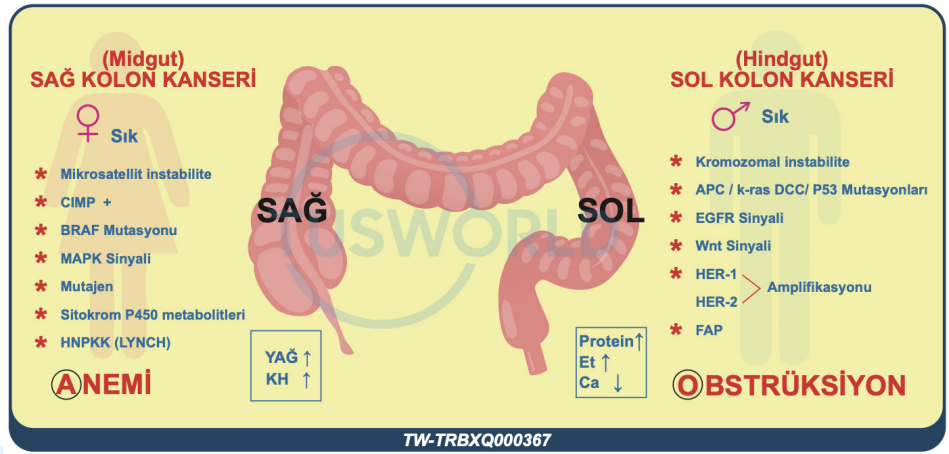
Adenomdan karsinom gelişiminde etkin rolü olan mikrosatellit instabilite (MSI) ile ilgili yukarıdaki ifadelerden hangileri doğrudur?

- A) Yalnız I
 B) I ve III
 C) I ve II
 D) II ve III
 E) I, II ve III

Cevap Anahtarı: B

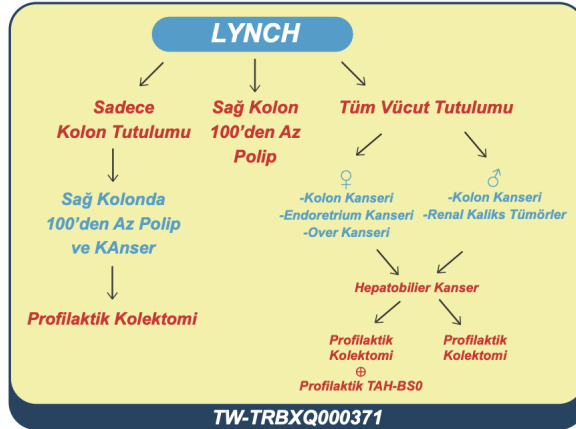
"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz.** Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:



Modifiye Amsterdam Kriterleri

- En az birisi birinci derece akraba (BABA), en az üç akrabada (AMCA-DEDE-BABA) kolon kanseri varlığı
 - En az iki ardışık kuşak (BABA-DEDE)
 - Akrabalardan birinde 50 yaşından önce kolon kanseri (AMCA 46 YAŞ)
 - Kanserlerin patolojik rapor ile tespiti
- Lynch Sendromunda DNA onarım mekanizmasındaki bozukluk vardır. (MMR) MSH2 (2. Kro.)-MLH1 (3. Kro.) bu genlerin en önemlileridir. Lynch bir mikrosatellit instabilite durumudur.



REFERANS: TUSWORLD GENEL CERRAHİ NİRVANA KONU KİTABI SAYFA: 343-344

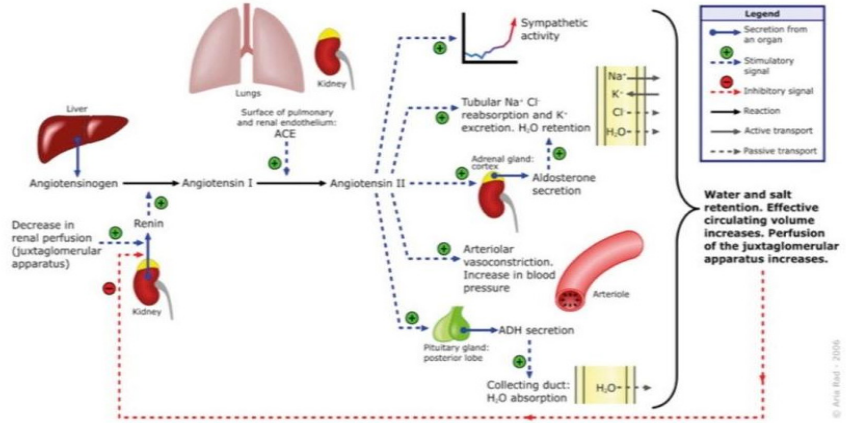
64- Şok gelişimini takiben pitüiter bezden aşağıdakilerden hangisinin salgılanması en olasıdır?

- A) ACTH (Adrenokortikotropik hormon)
- B) Anjiyotensinojen
- C) CRH (Kortikotropin releasing hormon)
- D) Kortizol
- E) Renin

Cevap Anahtarı: A

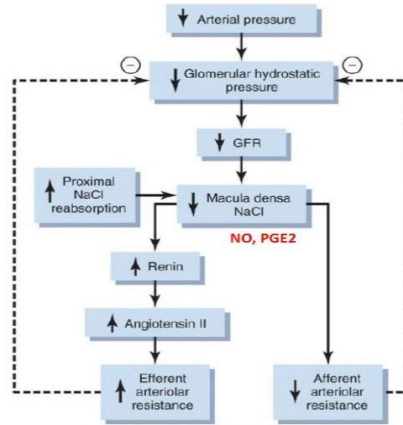
"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz.** Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:



Anjiyotensin II

- Damar düz kasını kasarak kan basıncını yükseltir.
- Ayrıca bir taraftan da böbrek üstü bezi korteksinden aldosteron salgılatır.
- Merkezi sinir sisteminde susama merkezini uyandır.
- Anjiyotensin II'nin bir kısmı aminopeptidazlar ile Anjiyotensin III'e çevrilir.
- Anjiyotensin III'ün de aldosteron yapımını artırıcı etkisi vardır.
- Dolaşımda hızla parçalanır, yarı ömrü 1-2 dakikadır.
- Postganglionik sempatik nöronlara direkt etki ile noradrenalin salınımını kolaylaştırır
- Proksimal tübül hücrelerden Na geri emilimini artırır.
- Baroreseptörlerin duyarlılığını beyin üzerinden azaltarak hipertansif etkiyi potansiyalize eder
- Beyin üzerinden su alımını, ACTH ve ADH salınımını artırıcı etki oluşturur.



RENİN SALIMINI UYARICI FAKTÖRLER

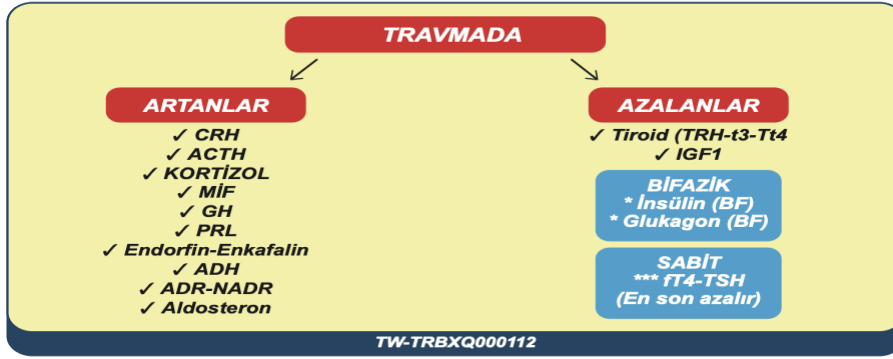
Artmış sempatik aktivite
Kotekolaminler
Prostaglandinler
Sodyum kaybı
Diüretikler
Hipotansiyon
Kanama
Dik durma
Dehidratasyon
Kalp yetmezliği
Siroz

RENİN SALIMINI BASKILAYICI FAKTÖRLER

Maküla densadan artmış Na ve Cl emilimi
Artmış afferent arteriolar basıncı
Anjiyotensin 2 ve Vazopressin

REFERANS: TUSWORLD FİZYOLOJİ EFSANE KONU KİTABI
SAYFA: 214-215

TRAVMAYA METABOLİK VE ENDOKRİNOLOJİK YANIT VE SİTOKİNLER



REFERANS: TUSWORLD GENEL CERRAHİ NİRVANA KONU KİTABI SAYFA: 214-215

ACTH:

Korku, enfeksiyon, hemoraji, hipoglisemi ve ağrı gibi etkenlerin SSS'ini uyarmasıyla Hipotalamustan salınan CRH etkisi ile, adenohipofizdeki bazofil hücrelerinde bulunan POMC'in parçalanmasıyla açığa çıkan bir hormondur. Vazopressinin de ACTH salgılanmasını arttırdığı gösterilmiştir. Etkisini hücre içi cAMP düzeyini artırarak göstermektedir.

ACTH, tıpkı LH gibi, adrenal kortekse kolesterolün girişini, kolesterolün pregnenolona dönüşümünü hızlandırarak, adrenal kortikosteroidlerin sentezini uyarmaktadır.

Adrenal korteks üzerine olan etkileri öncelikle zona fasikülatada kortizol salınımını düzenlemesi yönündedir. Negatif azot, fosfor ve potasyum dengesi, sodyum tutulumuna bağlı hipertansiyon, ödem, glikoz intoleransı, plazma serbest yağ asitlerinde artış gibi etkiler ACTH üzerinden kortizol tarafından gerçekleştirilir.

Patolojik konsantrasyonlarda, sadece zona fasikülata değil, diğer adrenal steroidlerin de sentezini arttırmaktadır.

ACTH'nin aşırı yapımının en sık nedeni hipofiz adenomudur (Cushing hastalığı). Hipofizden aşırı ACTH yapımı, adrenal steroidlerinin tümünün sentezinde de artışı beraberinde getirir. Glikokortikoidler (Plazmada serbest yağ asidinde artış, hiperglisemi, kas atrofisi, geç yara iyileşmesi, immün yetmezlik, DM, negatif azot dengesi), mineralokortikoidler in sentezinde de artış gözlenir. (Na tutulur, K atılır, hipertansiyon, ödem ve hipokalemi alkaloz gelişir)

ACTH artışı ile birlikte aynı zamanda MSH artışı da gözlenir (Moleküler benzerlik). Bu nedenle artan ACTH kişilerde aynı zamanda hiperpigmentasyon ile de karakterizedir.

MSH (MELANOSİT STİMULAN HORMON):

POMC'dan köken alan bir diğer peptittir. Görevi, hücre içi melaninlerin dağılımlarını düzenleyerek ten rengini oluşturmaktır. İnsanda dolaşımında α-MSH, β ve γ-LPH saptanmış olsa da, esas etkinliğin β ve γ-LPH'da olduğu düşünülmektedir.

ENDORFİN: Peptit yapıda, morfin veya opiyat benzeri moleküllerdir. Asıl endorfin, β-Endorfindir. Hipofizde

REFERANS: TUSWORLD BİYOKİMYA EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 214-215

65- Altmış yaşındaki erkek hasta araç içi trafik kazası sonrasında acil servise getiriliyor. Spontan göz yanıtı olmayıp seslenildiğinde gözünü açıyor. Konfüzyonu olan hasta, motor yanıt açısından verilen komutları yerine getirebiliyor.

Yukarıda tariflenen hastanın Glasgow koma skoru kaçtır?

- A) 7
- B) 9
- C) 11
- D) 13
- E) 15

Cevap Anahtarı: D

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:

Glasgow Koma Skalası			
Cevap	İnfant	Çocuk & Yetişkin	Puan
Göz Açma E: Eyes	Spontan	Spontan	4
	Sesli Uyarana	Sesli Uyarana	3
	Ağrılı Uyarana	Ağrılı Uyarana	2
	Yok	Yok	1
Sözel Cevap V: Verbal	Anlamsız Sözler	Oryante & Yeterli	5
	İrritabl, Ağlıyor	Uygun Konuşma	4
	Ağrı ile Ağlama	Yetersiz Kelimeler	3
	Ağrı ile İnleme	Anlamsız Sözler	2
	Yok	Yok	1
Motor Cevap M: Motor	Normal Spontan Hareket	İstekleri Yapma	6
	Dokunma ile Çekme	Dokunma ile Çekme	5
	Dekortike Postür	Ağrı ile Çekme	4
	Deserebre Postür	Dekortike Postür	3
	Yok	Yok	2
	Yok	Yok	1
Total Skor			3-15

TW-TRBXQ000222

REFERANS: TUSWORLD GENEL CERRAHİ NİRVANA KONU KİTABI
SAYFA: 139

66- Araç içi trafik kazası nedeniyle acil servise getirilen hastanın sürücü koltuğunda oturduğu öğreniliyor. Hipotansif, taşikardik ve soluk görünen hastada öncelikle dalak yaralanmasından şüpheleniliyor.

Bu hastadaki karın ağrısının aşağıdaki abdominal kadrınların hangisinde lokalize olması en olasıdır?

- A) Sol subkosta
- B) Sol lomber (flank)
- C) Soliliak fossa
- D) Hipogastrium
- E) Epigastrium

Cevap Anahtarı: A

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması** ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:

Sol Üst Kadran/Karın Ağrısı

- 1- Çekal Volvulus
- 2- Spontan Dalak Rüptürü (Kumadinize Hasta)
- 3- Splenik Vasküler Anevrizmalar
- 4- Kardiak Patolojiler

TW-TRBXQ000349

REFERANS: TUSWORLD GENEL CERRAHİ NİRVANA KONU KİTABI
SAYFA: 324

TUSWORLD

67- Aşağıdakilerden hangisi portal hipertansiyonun postsinüzoidal posthepatik nedenlerinden biridir?

- A) Splenik ven trombozu
- B) Siroz
- C) Budd-Chiari sendromu
- D) Splenomegali
- E) Primer sklerozan kolanjit

Cevap Anahtarı: C

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz.** Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:

	VOH	BUD-CHIARI
YER	Postsinüzoidal İntrahepatik Portal HT	Postsinüzoidal Posthepatik Portal HT
Trombotik Lezyon	YOK	VAR veya YOK
TANIM	Postsinüzoidal İntrahepatik Venüllerde subendotelyal non-trombotik kalınlaşma ve bunun sonucunda oklüzyon	Postsinüzoidal Posthepatik Venöz sistemin trombotik ya da non-trombotik oklüzyonu
AYRIM	KC Biyopsi	KC Biyopsi
TEDAVİ	TIPSS + Antikoagülan Tedavi	Hepatik Venografi sonrası TIPSS veya CERRAHİ

TW-TRBXQ000410

KAUDAT LOB HİPERTROFİSİ → BUDD CHIARI SENDROMU

TW-TRBXQ000411

**REFERANS: TUSWORLD GENEL CERRAHİ NİRVANA KONU KİTABI
SAYFA: 370**

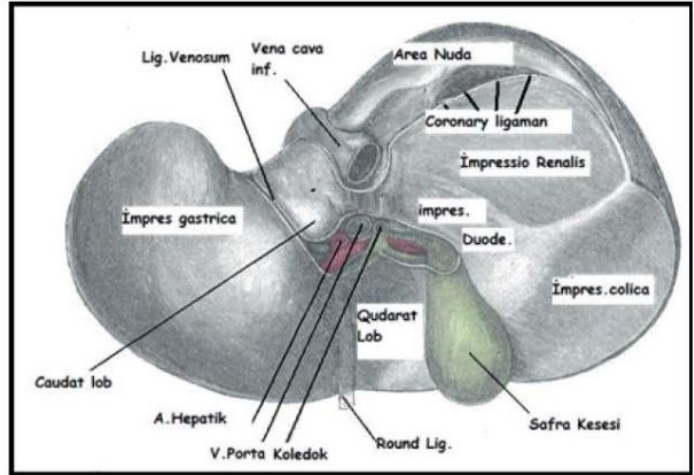
68- Karaciğer parankiminin periton ile örtülü olmayan alanı olan ve karaciğerin "bare alanı" olarak adlandırılan lokalizasyon aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Segment I
- B) Porta hepatis'in hilar bölgesi
- C) Ligamentum teres'in sol laterali
- D) Ana safra kanalının anterioru
- E) İnferior vena cava'nın sağ laterali

Cevap Anahtarı: E

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:



- Intraperitoneal'dir. Karaciğer'in büyük kısmı peritonla örtülüdür.

Karaciğer'in peritonsuz alanları:

- Area nuda
- Fissura lig. venosi
- Sulcus vena cava inferior
- Fissura lig. teretis
- Fossa vesicae biliaris
- Porta hepatis

**REFERANS: TUSWORLD ANATOMİ EFSANE KONU KİTABI
SAYFA: 222**

69- İnvaziv lobüler meme kanseriyle ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

- A) Boyutları uygun olanlarda negatif cerrahi sınır sağlandıysa meme koruyucu cerrahi yapılabilir.
B) Neoadjuvan kemoterapiye çok iyi yanıt verirler.
C) Gerçek boyutlarını göstermede manyetik rezonans görüntüleme kullanılabilir.
D) Genellikle hormon reseptörleri pozitifdir.
E) CDH1 germline mutasyonu taşıyan ailelerde daha sık görülürler.

Cevap Anahtarı: B

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz.** Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:

MKC nin kontraendike olduğu durumlar

- * Multisentrisite
- * Kollajen doku hastalığı
- * Cerrahi sınır pozitifliği
- * Gebelik 1. veya 2. trimester
- * Radyoterapi (RT)

MKC Geb RT

2- İnvaziv Lobüler Karsinom (%10)

- Kitle oluşturma etkisi zayıf olan ve radyolojik olarak mikrokalsifikasyon görülme ihtimali düşük olan invaziv kanserlerdir.
- İnvaziv lobüler karsinom **bilateral, multisentirik, multifokal**, senkron ve metakron kanser özelliği taşır.
- Özellikle **meninkslere** olan metastazıyla beyin yayılımı sık olan kanserdir. Patolojik olarak değerlendirildiğinde mûsin üreten taşlı yüzük hücreli karsinom olarak karşımıza çıkmaktadır.
- Prognozu infiltratif duktal karsinomdan iyi, invaziv medüller karsinomdan ise kötüdür.

tusworld.com.tr - ydusworld.com.tr

Kazananların
dünyası

223

**REFERANS: TUSWORLD GENEL CERRAHİ NİRVANA KONU KİTABI
SAYFA: 223, 226**

70- Lokal ileri meme kanseri nedeniyle neoadjuvan kemoterapi alan bir hastanın tedaviye yanıtını ölçmek için bilateral meme manyetik rezonans görüntülemesi yapılıyor.

"Response Evaluation Criteria in Solid Tumours (RECIST)" kategorilerine göre, aşağıdakilerden hangisi "stabil hastalık (SD)" olarak yorumlanır?

- A) Fizik muayenede ve görüntülemelerde kitlenin tespit edilememesi
- B) Tümörün en büyük çapında %30 ve daha fazla küçülme görülmesi
- C) Tümörün en büyük çapında %30'dan daha az küçülme görülmesi
- D) Tümörün en büyük çapında %20 ve daha fazla büyüme görülmesi
- E) Tümörün en büyük çapında %10 ve daha fazla büyüme görülmesi

Cevap Anahtarı: C

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:

TUSWORLD KAYNAKLARINDAN BU SORUYA UYGUN REFERANS VERİLEMEMİŞTİR.

TUSWORLD

71- Aşağıdaki lokalizasyonların hangisinde aberran tiroid dokusu bulunması en az olasıdır?

- A) Lingual
- B) Anterior mediastinal
- C) Posterior mediastinal
- D) Sublingual
- E) Aortopulmoner pencere

Cevap Anahtarı: C

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

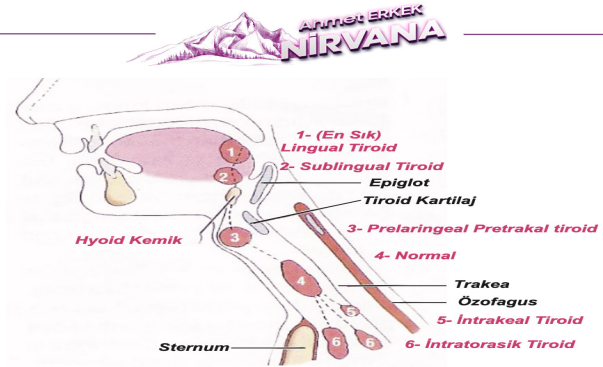
Açıklama:

Lingual Tiroid

Dil kökünde tiroid dokusunun bulunmasıdır.

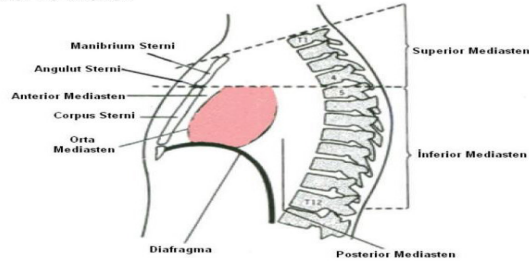
tusworld.com.tr - ydusworld.com.tr

Kazananların
dünyası



MEDIASTINUM

- Önde sternum, arkada torakal vertebralar, yukarıda apertura thoracis superior, aşağıda diaphragma ve yanlarda akciğerleri saran pleura parietalis'in pars mediastinalis'i ile sınırlıdır (iki plevra boşluğu arasındaki bölme).
- Mediastinum, angulus sterni'den T4 vertebra'ya uzanan horizontal bir düzlemle ikiye ayrılır. Mediastinum superior ve inferior.



- Mediastinum inferior da, mediastinum anterior, medius ve posterior olarak üçe ayrılır.

MEDIASTINUM POSTERİUS:

- Aorta thoracica
- Ductus thoracicus
- V. azygos
- V. hemiazygos
- V. hemiazygos accessoria
- Oesophagus
- N. vagus
- N. splanchnicus major
- N. splanchnicus minor
- N. splanchnicus imus
- Truncus sympathicus
- Nodi mediastinalis posterior

- Superior ve ön mediastinum'dan geçen oluşum: Thymus
- Superior ve orta mediastinum'dan geçen oluşumlar: VCS, N. phrenicus
- Superior ve arka mediastinum'dan geçen oluşumlar: Oesophagus, Ductus thoracicus, N. vagus, Truncus sympathicus
- Orta ve arka mediastinum'dan geçen oluşumlar: V. azygos



REFERANS: TUSWORLD GENEL CERRAHİ NİRVANA KONU KİTABI
SAYFA: 169, 170, ANATOMİ KONU KİTABI SAYFA: 144, 145

72- Yorgunluk, hafıza problemleri, depresyon ve kaslarda güçsüzlük nedeniyle başvuran 56 yaşındaki kadın hastanın distal 1/3 radius'ta ciddi osteopenisi olduğu ve lomber vertebralarda da kemik yoğunluğunda azalma olduğu tespit ediliyor.

Bu hastadaki tablonun en olası nedeni ve istenmesi gereken tetkik/tetkikler aşağıdakilerin hangisinde birlikte verilmiştir?

- A) Primer hiperparatiroidi – Kalsiyum ve PTH düzeyleri
B) D vitamini eksikliği – D vitamini düzeyi
C) Osteoporoz – Kalsiyum ve D vitamini düzeyleri
D) Tiroidit – Tiroid fonksiyon testleri
E) Demans – B12 vitamini düzeyi

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Cevap Anahtarı: A

Açıklama:

HİPERPARATİROİDİ LABORATUVARI

SPESİFİK

- * $Ca / Fosfat > 33$
- * ÜA-ALP (N veya ↑)
- * $Ca/Kreatinin Klerensi > 0,02$
- * İdrar Ca ↑ veya N
- * Dvit N veya ↑
- * $Cl \uparrow$ MetAsidoz
- * $Mg \downarrow$ (Osteotitis fibroza sistika)

NORMAL veya ARTMIŞ

- * ALP
- * İdrar Ca
- * Ürik Asit
- * D Vitamini

TW-TRBXQ000294

**REFERANS: TUSWORLD GENEL CERRAHİ NİRVANA KONU KİTABI
SAYFA: 199**

TUSWORLD

73- Mide gastrointestinal stromal tümörleriyle (GIST) ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi doğrudur?

- A) Midenin mukoza tabakasından gelişirler.
- B) Prognozda esas olarak mide duvarında yayılım ve lenf nodu tutulumu belirleyicidir.
- C) Adjuvan ve neoadjuvan tedavide sıklıkla 5-FU tabanlı kemoterapi kullanılır.
- D) KIT protoonkogenini aktive eden mutasyonlar siktir.
- E) Primer tedavi radikal gastrektomi + D2 lenf nodu diseksiyonudur.

Cevap Anahtarı: D

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz.** Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:

Gastrointestinal stromal tümörleri (GIST)

- Muskularis Propriadaki **Cajal hücrelerinin** tümörleridir. (İnterstisyel Pacemaker hücre)
- **CD 117 (+) / CD 34 (+) / KI 67 (+)**
- LN metastazı düşüktür (<%10) (YDUS yapmaz diyor!)
- İlk tedavi → R0 CERRAHİ (Temiz cerrahi sınırla çıkartılmak) (Wedge Rejeksiyon)
- CD117(+) / Metastatik / Anrezektabil Gistlerde → İmatinib tedaviye eklenebilir.
- **PDGFRA** → Mide (+) GİST'lerinde görülür.
- C-kit (+) GİST'ler → Tedaviye yanıt daha iyidir.

Malign GİST

- > 5 cm
- **Sellüler Atipi**
- **Nekroz**
- **Lokal İnvazyon**
- İnsidans: Mide > İB (GİST'ler mide de daha sık görülürler)
- Malignite: İB > Mide (İnce barsak GİST'leri daha kötü prognozludurlar)
- %95 c-kit (Tirozin kinaz aktivitesi)
- %70 CD34 pozitifler.

Malign Melanom da pozitif olup GİST lerde negatif olan boya ya da genetik özellikler;

- **S100**
- **BRAF V 600 E mutasyonu.**

LN Metastazı Ø

- 1- GİST
- 2- Filloides Tm (Meme)
- 3- Desmoid Tm
- 4- İntrakranial Tümörler

TW-TRBXQ000426

**REFERANS: TUSWORLD GENEL CERRAHİ NİRVANA KONU KİTABI
SAYFA: 309**

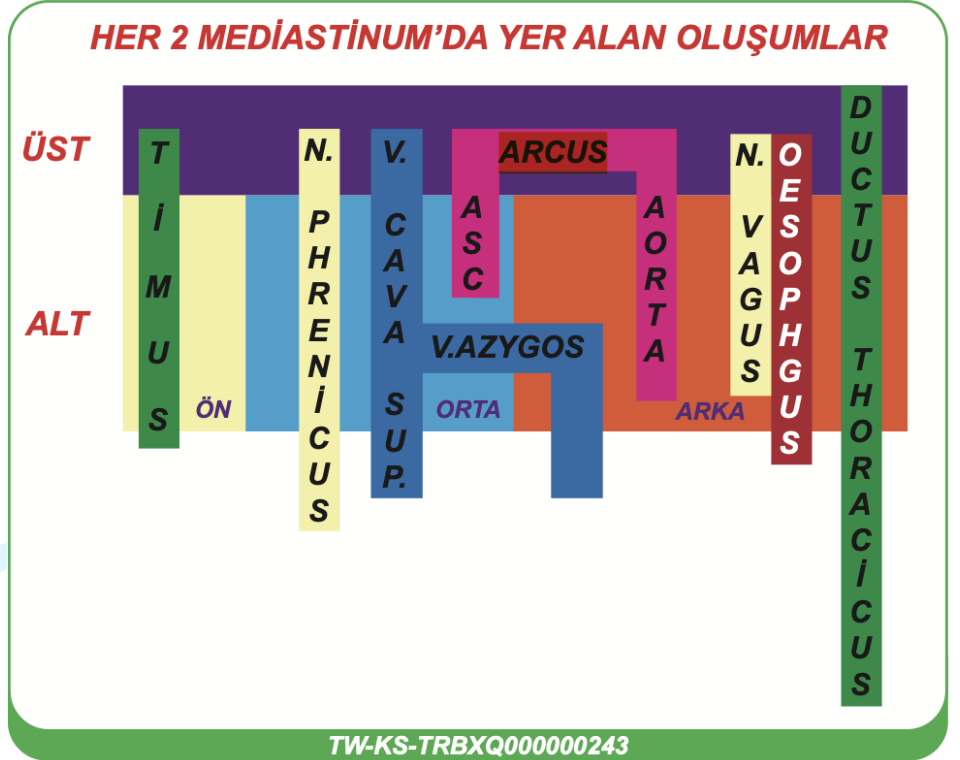
74- Aşağıdakilerden hangisinin özofagusun orta kısmındaki anatomik darlığa neden olması en olasıdır?

- A) Arcus aortae
- B) Vena azygos
- C) Ductus thoracicus
- D) Vena subclavia
- E) Nervus vagus

Cevap Anahtarı: A

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:



REFERANS: TUSWORLD GENEL CERRAHİ NİRVANA KONU KİTABI
SAYFA: 333

75- Aşağıdakilerden hangisi intestinal bir fistülün spontan kapanma olasılığını azaltan etkenlerden biri değildir?

- A) Malnütrisyon varlığı
- B) Fistül traktı uzunluğunun 8 cm olması
- C) İnflamatuvar bağırsak hastalığı varlığı
- D) Fistül debisinin 600 ml/gün olması
- E) Fistül distalindeki bağırsakta obstrüksiyon varlığı

Cevap Anahtarı: B

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır.**"

Açıklama:

Enterokütan fistülün spontan kapanmasını engelleyen faktörler:

- Yabancı cisim
- Radyasyon
- Enfeksiyon-Enflamasyon
- Fistül traktının 2 cm'den kısa oluşu (kolay epitelizasyon)
- Kanser
- Fistülün distalinde obstrüksiyon

Mide ve Duodenum Fistülleri Zor Kapanır !

TW-TRBXQ000333

İnce bağırsaklar ile lüminal organlar arasında oluşan fistüllerde; ilgili ince bağırsak segmenti çıkarılır ve fistülize olan lüminal organ kapatılır.

Fistül tedavisinde Octreotide (**Somatostatin**) spontan kapanmayı hızlandırır.

- *Fistülde cerrahi için 2-3 ay beklenir (%90'ı 5 haftada spontan kapanır)*
- *Fistül cerrahisinde oranlar;%50 Morbidite, %10 Rekürrens dir.*

**REFERANS: TUSWORLD GENEL CERRAHİ NİRVANA KONU KİTABI
SAYFA: 315**

TUSWORLD

76- Aşağıdakilerden hangisinin kısa bağırsak sendromunun komplikasyonlarından biri olması **en az** olasıdır?

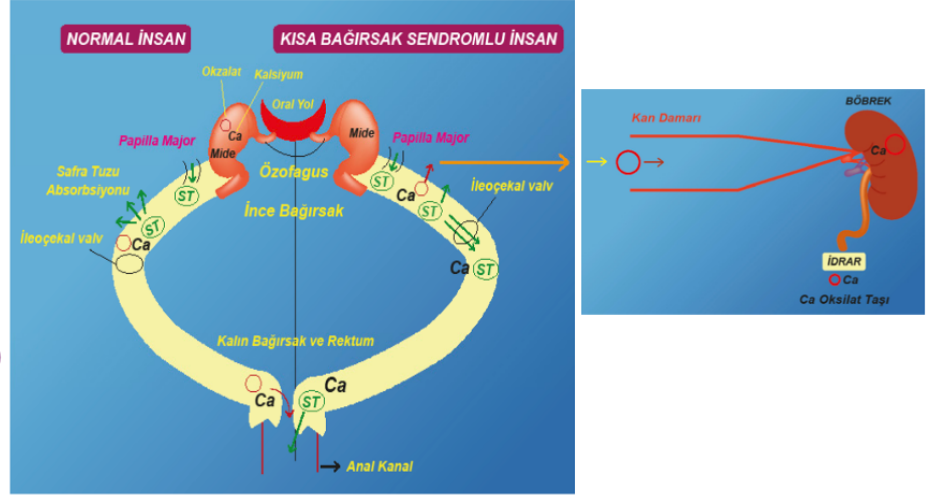
- A) Dehidratasyon
- B) Diyare
- C) Nefrolitiazis
- D) Hiperglisemi
- E) Hiperkalsemi

Cevap Anahtarı: E

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz.** Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:

Kısa Bağırsak Sendromu Şiddetini Artıran Etmenler	
Resekte edilen segment (ileum daha kötü)	Kalan bağırsaklarda hastalık (Crohn, mezenter iskemi)
Reseksiyon uzunluğu (%70'den fazla kötü)	
İleoçekal kapağın çıkarılması	Kalan bağırsağın adaptasyonu
Kolon rezeksiyonu eşlik etmesi	



* Benzer mekanizmalarla safrada kolesterol taşı riski de artar.

* **Tedavi:** Asıl tedavi opiyat (kodein) kullanımıyla gaita çıkışını azaltmak ve hastaya uygun diyeti uygulamaktır. Ayrıca PPI kullanımıyla diare ve steatore azaltılabilir.

Kalori ve/veya vitamin-mineral eksikliği olursa uygun replasman yapılmalıdır.

* **Teduglutid** (GLP-2 analogu) bağırsak büyümesini destekler ve besin emilimini artırır. Periferik nutrisyon bağımlı ince barsak sendromunda kullanılır.

REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE NİRVANA KONU KİTABI SAYFA: 254

77- Femoral kanaldan herniye olan herni kesesi ve içeriğinin aşağıdaki anatomik yapılardan hangisine direkt teması en az olasıdır?

- A) İnguinal ligament
- B) Lakunar ligament
- C) Femoral ven
- D) Pektineal ligament
- E) İlioinguinal sinir

Cevap Anahtarı: E

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:

İnguinal Bölge Fitiklarının Bazı Cerrahileri

Anterior Yaklaşımlar

- 1- **Lichtenstein**: Günümüzde en çok kullanılan yamalı fitik onarımıdır.
- 2- **McVay**: Cooper ligamanının fasya transversalis ve m.transversus abdominise tek tek dikildiği cerrahi yöntemdir.
- 3- **Bassini**: İliopubik traktın fasya transversalis ve m.transversus abdominise tek tek dikildiği, tendon konjuana ise devamlı dikildiği cerrahi yöntemdir.
- 4- **Moskovitch**: Cooper ligamanının inguinal ligamana sağlamlaştırıldığı yöntemdir.
- 5- **Shouldice**: Devamlı dikişlerle yapılan bassinidir.

Posterior Yaklaşımlar

Stoppa

Laparoskopik Yaklaşımlar

- 1- TAPP (Transabdominal Preperitoneal)
- 2- TEP (Total Ekstra Peritoneal)

- Fitik cerrahilerinde en çok yaralanan sinir **N.İlioinguinalistir**.
- Inguinal herni cerrahisinde insizyon inguinal ligaman'a paralel yapılır. Bu insizyon sırasında altta superfisyal epigastrik arter, üstte ise superfisyal sircumpleks arter yaralanabilir.

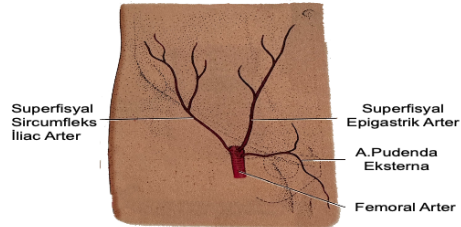
AÇIK İNGUİNAL HERNİ CERRAHİSİNDE GÖRÜLEBİLEN SINIRLAR

- L1 İliohipogastrik Sinir
- L1 İlioinguinal Sinir (İNGUİNAL KANAL)
- L1 Genitofemoral Sinir
- L2-L3 Lateral Femoral Kutanöz

İnguinal Fitiklarda NYHUS Sınıflaması

- Tip 1 → İndirekt fitik (İnternal Halka Normal) (Bebek-çocuk)
- Tip 2 → İndirekt fitik (İnternal Halka Geniş) (Skrotuma inmez)
- Tip 3A → Direkt Fitik
- Tip 3B → İndirekt Fitik (Skrotal) (Sliding) (Pantolon)
- Tip 3C → Femoral
- Tip 4A → Rekürren Direkt Fitik
- Tip 4B → Rekürren İndirekt Fitik
- Tip 4C → Rekürren Femoral Fitik
- Tip 4D → Rekürren Pantolon Fitik

Tip 3'te arka duvar defekti, Tip 4'te ise rekürren fitik anamlezi ortakdır.



REFERANS: TUSWORLD GENEL CERRAHİ NİRVANA KONU KİTABI SAYFA: 423

78- Üç gün önce başlayan karın ağrısı şikâyetiyle başvuran 63 yaşındaki erkek hastanın fizik muayenesinde akut karın saptanıyor. Ayakta direkt karın grafisinde diyafragma altında serbest hava saptanan hasta acil ameliyata alınıyor. Ameliyatta prepilorik 5 mm çaplı perforasyon alanı tespit ediliyor. Hastaya primer onarım yapılıyor. Bağırsaklarda yaygın ödem olduğu görülüyor. Ameliyat sonrası 2. günde solunum sıkıntısı gelişen hastanın karnında distansi; on, spit ediliyor. Takiplerinde vücut sıcaklığının 37,5 °C, arteriyel kan basıncının 90/80 mmHg, nabzının 110/dakika ve kan gazında pO₂'sinin 91 mmHg olduğu görülüyor. Santral venöz basıncı 18 mmHg, lökosit 14.000/mm³ ve hematokriti %42 olan hastanın son 8 saatte 60 mL idrar çıkardığı saptanıyor.

Bu hasta için en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Hemorajik şok
- B) Kardiyojenik şok
- C) Adult respiratuvar distres sendromu
- D) Abdominal kompartman sendromu
- E) Pulmoner tromboemboli

Cevap Anahtarı: D

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz.** Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:

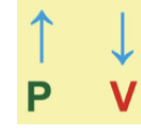
Abdominal Kompartman Sendromu

- Karın içerisindeki basıncın artışıyla karakterize bu hastalık cerrahinin önemli başlıklarından biridir. Kompartman isminden de anlaşılacağı gibi batin içinde basıncın artışı batin içi organlara ve vasküler yapılara kompresyon uygulamaktadır. Abdominal kompartman sendromunda en önemli etiyolojik sebepler primer nedenler içerisinde abdominal travmaya bağlı kanamalar sekonder nedenler içerisinde ise splanknik hipoperfzyondur.

Abdominal Kompartman Sendromunda Beklenen Bulgular

Abdominal kompartman sendromunda oluşan tüm bulgular intraabdominal basıncın artışına bağlı oluşurlar.

- Venöz dönüş azalır → Kardiyak output azalır
→ Diyastol sonu volüm azalır
→ Strok volüm azalır
→ Ön yük azalır
→ Art yük artar
- Sistemik vasküler direnç artar → Ekstremitelerde iskemi
→ Splanknik iskemi
- Böbreklere bası → İdrar çıkışında azalma
→ Böbrek kan akımında azalma
- İntratorasik Basınç Artışı → Hipoksemi
→ Hava yolu basıncında artış
→ Kompliansta azalma
→ PCWP artışı
→ CVP artışı
→ Pulmoner inspiratuvar basınç artışı
→ İntrakraniyel Basınç Artışı



- Karın içi basıncı; mesaneye konulan foley kateterin balonu 50 ml su ile şişirilip; foley kateterin drenaj tüpü kleplendikten sonra üçlü stopkok konularak ve de bu üçlü uçlardan biri su manometresine bağlanılarak ölçülür. Su manometresi basınç ölçümü sırasında symphysis pubise konulmalıdır.
- Abdominal basınç normal insanda yaklaşık 6 mm Hg (9 cm H₂O'dır.)

Abdominal Basınç Ölçümleri

Intraabdominal Basınç	Tanı
5-7 mmHg	Normal İnsan
12-15 mmHg	Evre I İAH (Intraabdominal Hipertansiyon)
16-20 mmHg	Evre II İAH
21-25 mmHg	Evre III İAH
>25 mmHg	Evre IV İAH
>20 mmHg ⊕ Organ Disfonksiyonu	Abdominal Kompartman Sendromu

TW-TRBXQ000234

- Intraabdominal basınç 25 mmHg'yi geçtiğinde acil cerrahiye gerektirir.

**REFERANS: TUSWORLD GENEL CERRAHİ NİRVANA KONU KİTABI
SAYFA: 146**

- 79- I. Safra taşlarının tanısında, gör bilgisayarlı tomografidir.
II. Hemolitik hastalıklarda siyah pigmentli taşları görülür.
III. Akut kolesistit McBurney noktasında belirgin ağrı ile karakterizedir.

Safra kesesi ve safra yolları hastalıklarıyla ilgili yukarıdaki ifadelerden hangileri doğrudur?

- A) Yalnız I
B) I ve III
C) Yalnız II
D) II ve III
E) I, II ve III

Cevap Anahtarı: C

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır.**"

Açıklama:

2: Pigment Taşları =

- Siyah renkli kalsiyum taşıdır ve hemolize bağlı oluşan taşlardır.
- Kahverengi renkli enfeksiyona ikincil taşlardır. (bilirubin di-glukoronid)
(Unkonjige bilirubin, ca ve bakteriler çöker) (Kahverengi taşlar 1 cm den küçük olurlar)



Clonorchis Sinensis ve Asconnis Umbricoides'te kahverengi safra taşına (pigment) neden olur.

**REFERANS: TUSWORLD GENEL CERRAHİ NİRVANA KONU KİTABI
SAYFA: 380**

80- Aşağıdakilerden hangisinin akut pankreatit etiyolojisinde yer alması en az olasıdır?

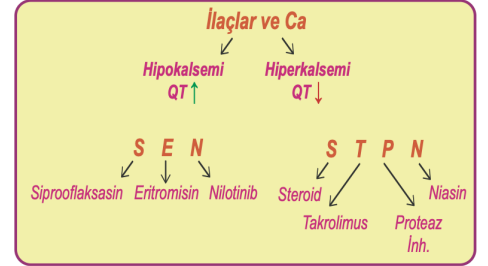
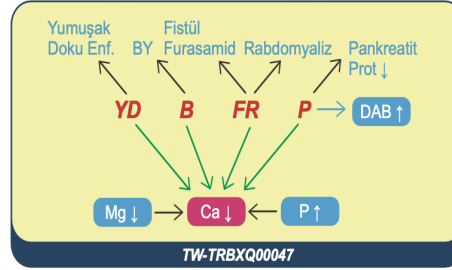
- A) Alkol
- B) ERCP (Endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi)
- C) Hipertrigliseridemi
- D) Östrojen replasman tedavisi
- E) Hipokalsemi

Cevap Anahtarı: E

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz.** Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:

- Akut pankreatitte hiperkalsemi sebep, hipokalsemi ise kötü prognostik sonuçtur.



REFERANS: TUSWORLD GENEL CERRAHİ NİRVANA KONU KİTABI
SAYFA: 29

TUSWORLD

81- lık kez akut anterior miyokard enfarktüsü geçiren bir hastaya trombolitik tedavi uygulanmış olup koroner yoğun bakım ünitesinde gözlem altında tutuluyor. Tanı konulduktan 24 saat sonra hastada tekrarlayıcı anjina ile ani hemodinamik bozukluk ve kardiyojenik şok tablosu ortaya çıkıyor. Fizik muayenede sternum sol kenarı boyunca şiddetli pansistolik üfürüm duyulan ve akciğer grafisinde pulmoner vaskülaritede artış saptanan olgunun elektrokardiyografisinde geçici atriyoventriküler ileti defekti saptanıyor.

Bu olgudaki en olası komplikasyon aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Sol ventrikül anevrizması
- B) Ventriküler septal defekt
- C) Triküspit yetmezliği
- D) Ventrikül serbest duvar rüptürü
- E) Pulmoner emboli

Cevap Anahtarı: B

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır.**"

Açıklama:

Ventriküler septal defekt:

- İleri yaş, bayan cinsiyet, KBY ve kollateral dolaşımın olmaması gelişimi için risk faktörleridir.
- **Klinik**
 - o **Yeni gelişen pansistolik üfürüm (mezokardiyak odakta) ve thrill.**
 - o Sağ kalp yetmezliği bulguları.
- Tanı:
 - o **Ekokardiyografi**
 - o Sağ kalp kateterizasyonu:
 - Sağ ventrikül ve pulmoner arterde O₂ satürasyon artışı
- Tedavi:
 - o **Cerrahi**
 - o Destek (vazodilatörler, İABP, inotrop ajanlar)

**REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE NİRVANA KONU KİTABI
SAYFA: 317**

TUSWORLD

82- Genel anestezi altında açık kolesistektomi ameliyatı planlanan bir hastaya uygulanabilecek aşağıdaki inhalasyon anesteziklerinden hangisinin analjezik etkisinin olması en olasıdır?

- A) Nitröz oksit
- B) Halotan
- C) Enfluran
- D) İzofluran
- E) Desfluran

Cevap Anahtarı: A

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:

	MAK (% vol)	Kan/Gaz Prt. K.	Metabolizma (%)	Özellik
Halotan	0,75	2,3	15-20	Hepatotoksik, kardiyotoksik, orta hızda induksiyon ve ayılma
Enfluran	1,6	1,8	2,4	En konvülzan, orta hızda induksiyon ve ayılma
İzofluran	1,2	1,4	0,2	Orta hızda induksiyon ve ayılma
Sevofluran	2	0,65	3	Hızlı induksiyon ve ayılma
Desfluran	6	0,45	0,02	Düşük uçuculuk, zayıf induksiyon, hızlı ayılma
Nitröz Oksit	105	0,47	Ø	Yetersiz anestezi, güçlü analjezi, hızlı induksiyon ve ayılma
Xenon	71	0,12	Ø	Nadiren kullanılır, diğerlerine göre daha güvenli

REFERANS: TUSWORLD FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI
SAYFA: 184

TUSWORLD

83- Otuz üç yaşındaki kadın hasta uzun süredir devam eden boyun arkasından başlayıp skapula altına kadar ilerleyen ağrı şikâyetiyle başvuruyor. Sağ kolunda uyuşma tarifleyen hasta uyuşukluk hissinin iş yaparken arttığını, dinlenme ile azaldığını belirtiyor. Fizik muayenede sağ elin iç kısmındaki kaslarının sol ele nazaran atrofik olduğu tespit ediliyor. Akciğer grafisinde servikal kosta varlığı gözleniyor.

Bu hasta için en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Akut miyokard enfarktüsü
- B) Torasik outlet sendromu
- C) Tromboanjitis obliterans
- D) Raynaud fenomeni
- E) Poland sendromu

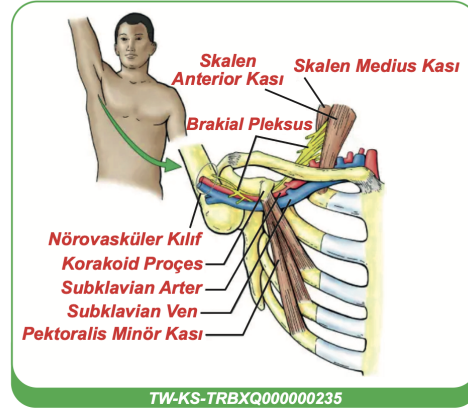
Cevap Anahtarı: B

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz.** Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:

Torasik outlet sendromu

Skalen üçgen kompresyonuna bağlı nonspesifik semptomlara **torasik outlet sendromları** adı verilir. (üst ekstremitede ağrı, atrofi, duyu bozukluğu ve dolaşım bozukluğu). Hastaların çoğunda servikal vertebral veya C7 transvers process uzanması gibi anomaller vardır. Bazı hastalarda normal kemiğin ucundan I. Kosta uzanan kalın fibroz bant vardır. Nörolojik muayene genellikle normaldir. Bazı hastalarda **adson manevrası** ile nabızda azalması ve kayıp tekrar tespit edilir.



**REFERANS: TUSWORLD KÜÇÜK STAJLAR NİRVANA KONU KİTABI
SAYFA: 87**

84- Aşağıdakilerden hangisi ektopik testis olarak değerlendirilmez?

- A) Kanaliküler testis
- B) Pubopenil (penopubik) testis
- C) Transvers ektopik (kontralateral hemiskrotal) testis
- D) Perineal testis
- E) Femoral testis

Cevap Anahtarı: A

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:

Ektopik testis: inguinal kanalın dışındaki testisler olarak adlandırılır. (femoral, perineal, pubopenil ve diğer testis skrotal)

234

Kazananların
dünyası

tusworld.com.tr



KÜÇÜK STAJLAR EFSANE KONU KİTABI

İnmemiş testis batin içerisinde kalan (abdominal) veya retraktıl (çekildiğinde inip tekrar geri kaçan) testis olmak üzere iki grupta toplanılır. İnmemiş testis kavramıyla bahsedilen bu başlıklar içinde en sık görüleni **süperfişyal inguinal formdur.**

Tanısında ilk tercih **USG**'dir, kesin tanı **MR** ile konur. Testisi indirmede hormonal tedavide (**HCG** veya GNRH) başarı oranı %5-20 civarındadır. Hormonoterapi işe yaramıyor ise cerrahi tedavi tercih edilmelidir (**Orşiopeksi**)

**REFERANS: TUSWORLD KÜÇÜK STAJLAR NİRVANA KONU KİTABI
SAYFA: 234-235**

85- Yirmi iki yaşındaki hasta bulanık görme şikâyetiyle başvuruyor. Hastanın bir hafta önce sağ orbitofrontal bölgeye yakın kafa travması geçirdiği öğreniliyor. Muayenesinde sağ pupilin sola göre dilate olduğu, sağ göze ışık tutulduğunda irisin bazı kısımlarının kontraksiyon gösterdiği ancak diğer kısımların göstermediği saptanıyor.

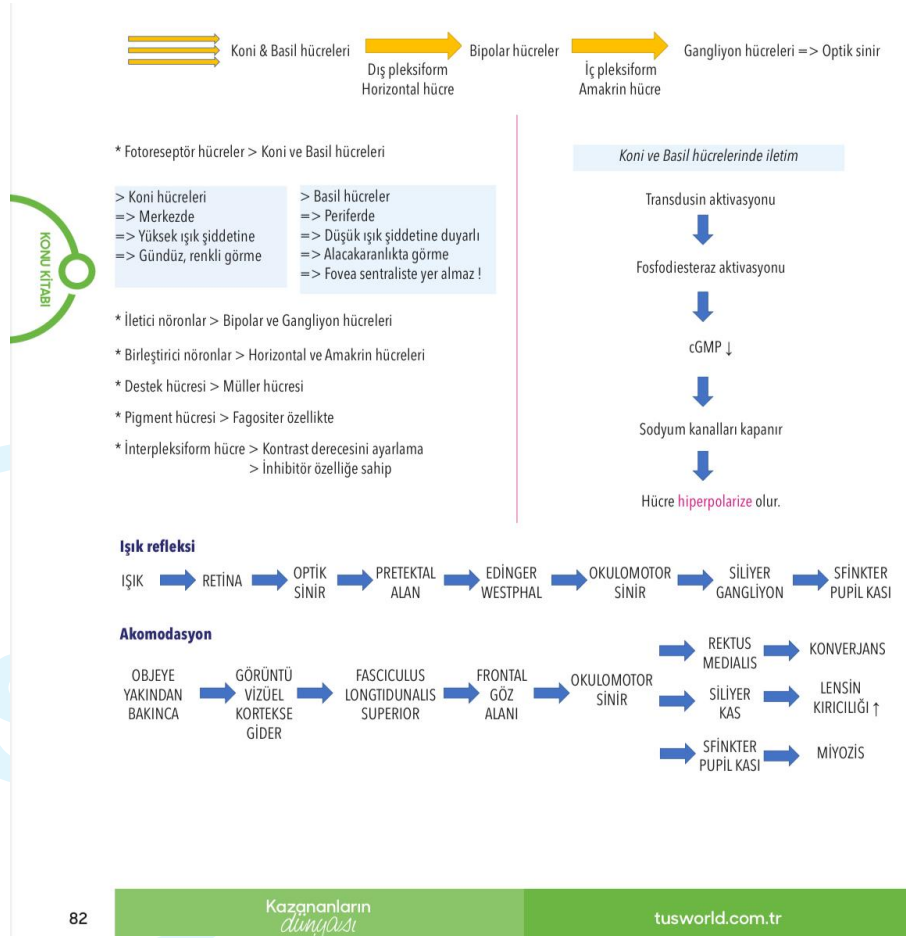
Bu hastada etkilenmiş olması en olası ganglion aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Siliyer
- B) Gasser
- G) Dorsal kök
- D) Genikulat
- E) Superior servikal

Cevap Anahtarı: A

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:



REFERANS: TUSWORLD KÜÇÜK STAJLAR EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 82

86- İki yaşında erkek çocuk sol kolunu oynatmak istemediği ve havaya kaldıramadığı şikâyetleriyle annesi tarafından getiriliyor. Öyküsünden herhangi bir travmasının olmadığı, yalnızca annesinin çocuk dengesini kaybedip düşecekken, çocuğun iki elinden hızla tutup kendine çektiği ve çocuğun düşmesini engellediği öğreniliyor. Fizik muayenesinde dirseklerde şişlik ya da deformite saptanmıyor. Çocuğun sol dirseğini hafif fleksiyonda ve ön kolunu pronasyonda tuttuğu, dirsek muayenesinde huzursuz olduğu görülüyor. Her iki dirseğin karşılaştırmalı direkt grafilerinin normal olduğu belirleniyor.

Bu çocuk için en uygun yaklaşım aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Basit yumuşak doku yaralanması nedeni, bu haliyle takip ve 7-10 gün sonra kontrol
 B) Dirsekte zorlanma öyküsü ve ağrı nedeni, uzun kol atel ve 7-10 gün sonra kontrol
 C) Nondeplase suprakondiler kırık (humerus alt uç kırığı) tanısı ile uzun kol atel
 D) Radius başı sublüksasyonu (dadı dirseği) tanısı ile kapalı redüksiyon
 E) Olası dirsekte kırık (nondeplase kırık) için dirsek bilgisayarlı tomografisi

Cevap Anahtarı: D

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır.**"

Açıklama:

Özel kırıklar:

- **Monteggia kırıklı çıkığı:** Ulna kırığı+radius başı çıkığı görülür.
- **Galeazzi kırıklı çıkığı:** Radius alt 1/3 ile orta 1/3 birleşim yerinde transvers kırıkla beraber alt radiolnar çıkık görülür.
- **Nightstick Kırığı:** * Radius başı dislokasyonu **olmadan** proksimal ulna cisim kırığıdır.
* Genelde ön kol siper olarak kullanılırken direkt travmayla meydana gelir
- **Barton Kırığı** * Oblik ekleme içine uzanan radius distal uç kırığı.
- **Söfor Kırığı** * Radius stiloid çıkıntının kırığıdır.
- **Dadı dirseği** * Düşecek olan çocuğun düşmeden önce tutulması ile oluşan radius başı çıkığıdır. Tedavisinde kapalı redüksiyon yapılır.

278

Kazananların
dünyası

tusworld.com.tr

**REFERANS: TUSWORLD KÜÇÜK STAJLAR NİRVANA KONU KİTABI
SAYFA: 278**



Anatomi

- **Art. Radioulnaris proximalis:** Trochoid tip eklemdir. Caput radii ile ulna'nın incisura radialis'i arasındaki eklemdir. Bu eklemin ayrılmasını engelleyen yapı **lig. anulare radii**'dir. **Bu bağ radius başını sarar ve ulna'nın incisura radialis'inin uçlarına tutunarak radius başını yerinde tutar.**
Çekmeye bağlı radius başının ulna'dan ayrılmasına 'dadı çıkığı' denir.

**REFERANS: TUSWORLD ANATOMİ EFSANE KONU KİTABI
SAYFA: 52**

87- On altı yaşındaki erkek çocuk sol el bileğinin ve parmaklarının aktif fleksiyon hareketinde kayıp, fleksiyon kontraktürü ve pasif ekstansiyonun sınırlı olması nedeniyle getiriliyor. Öyküsünden altı ay önce babasının iş yerinde ön kolunun bir iş makinesine sıkıştığı, travma sonrasında bir süre ağrısının olduğu, kısa süre sonra ağrısının geçtiği öğreniliyor. Hastanın fizik muayenesinde duyu kaybı saptanmıyor.

Bu hasta için en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Çok sayıda kapalı tendon yaralanması
- B) Dupuytren kontraktürü
- C) Tetik parmak
- D) İzole median sinir kesisi
- E) Volkmann iskemik kontraktürü

Cevap Anahtarı: E

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:

Volkmann iskemik kontraktürü

- **Ön kolun kompartman sendromunun özel adıdır.**
- Genellikle 10 yaşın altındaki çocuklarda görülür.
- Kompartman içindeki basınç 30 mmHg'yi geçerse venöz konjesyon olur.
- Suprakondiler humerus kırıklarında görülebilir.
- En sık yaralanan damar *A.brachialis*'tir.

Klinik:

Travmadan birkaç saat sonra ön kolda derin şiddetli ağrıya başlar. Pain (ağrı), pulselessness (nabızsızlık), pallor (solukluk), parestez ve paralizi tespit edilebilir. Kontraktür döneminde pençe el oluşur. Ortopedik acildir. Acil fasiotomi yapılmalıdır. **En önemli önlem kırığın en erken dönemde mobilize edilmesidir.**

5P

PAIN (Ağrı)
Pulselessness (Nabızsızlık)
Pallor (Solukluk)
Parestezi (Uyuşma)
Paralizi (Motor kayıp)

TW-KS-TRBXQ00000437

276

Kazananların
dünyası

tusworld.com.tr

**REFERANS: TUSWORLD KÜÇÜK STAJLAR NİRVANA KONU KİTABI
SAYFA: 276**

TUSWORLD

88- Aşağıdaki böbrek taşlarından hangisi radyografik olarak değerlendirildiğinde radyolusent (opak olmayan) taş grubunda yer alır?

- A) Kalsiyum okzalat
- B) Kalsiyum fosfat
- C) Magnezyum amonyum fosfat
- D) Ürikasit
- E) Sistin

Cevap Anahtarı: D

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:

Ürik Asit Taşları

- * En sık görülen organik taşlardır.
- * Grafide; Radyolusen / BT ve USG ile tespit edilebilir.
- * Romboid, rozet şeklinde kristaller
- * **Önleme;**
 - İdrarın alkalizasyonu
 - Allopürinol

REFERANS: TUSWORLD KÜÇÜK STAJLAR NİRVANA KONU KİTABI
SAYFA: 245

TUSWORLD

89- Diabetes mellitus nedeniyle takip edilen 56 yaşındaki kadın hasta sol göz kapağında şişlik ve kızarıklık nedeniyle kulak burun boğaz ve göz hastalıkları polikliniklerine başvuruyor. Öyküsünden iki hafta önce başlayan soğuk algınlığı sonrası artan burun tıkanıklığı, burun akıntısı ve ateşinin olduğu ve iki gün önce göz şikâyetlerinin başladığı öğreniliyor. Göz muayenesinde sağ göz muayenesi normal saptanıyor sol göz kapağında ödem ve hiperemi, sol gözde kemosis ve proptosis tespit ediliyor. Göz hareketleri normal ve ışık refleksi her iki gözde pozitif saptanıyor.

Bu hasta için en olası tanı ve hastada gelişmiş olan en olası komplikasyon aşağıdakilerin hangisinde birlikte verilmiştir?

- A) Akutrinosinüzit – Preseptal selülit
- B) Kronik rinosinüzit – Subperiosteal apse
- C) Akutrinosinüzit – Orbital selülit
- D) Kronik rinosinüzit – Orbital apse
- E) Akutrinosinüzit - Kavernoöz sinüs trombozu

Cevap Anahtarı: C

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:



Orbital Selülit

- * Orbital septumun arkasında yer alan yumuşak dokunun enfeksiyonudur.
- * Sinüzit ve dental enfeksiyonlar, preseptal selülitte bağlı gelişebilir.
- * **Klinik:** ateş, ağrılı göz hareketleri, konjunktival hiperemi, görme kaybıdır.
- * **Etken:** S.Aureus, S.Pyogenes, H.Influenza
- * **Tedavi:** IV seftazidim ve cerrahi drenaj gerekebilir.

REFERANS: TUSWORLD KÜÇÜK STAJLAR NİRVANA KONU KİTABI SAYFA: 133-134, 173

90- Yetişkinlerde unilaterale ve bilateral ekzoftalmusun en sık nedeni aşağıda den hangisidir?

- A) Kavernoöz hemanjiyom
- B) Tiroid oftalmopati
- G) Psödotümör orbita
- D) Orbital dermoid kist
- E) Orbital selülit

Cevap Anahtarı: B

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimize telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:



OSTEOSARKOM
Retinoblastom Rabdomyosarkom

Nadir görülmesine rağmen retinoblastom, çocukluk çağıının en yaygın primer göz içi malignitesidir ve tüm çocukluk çağı kanserlerinin yaklaşık %3'ünü oluşturur. Üveal melanomdan sonra en sık görülen ikinci malign intraoküler tümördür.
Kanski's Clinical Ophthalmology, 10th Ed.

Retinoblastomda hastaneye başvuru, bilateral vakalarda 1 yaşında, tek taraflılarda ise 2 yaş civarındadır. En sık görülen prezentasyon lökokoridir ve olguların %60'ında görülür. İkinci sırada ise %20 oranla şaşılık bulunur.
Kanski's Clinical Ophthalmology, 10th Ed.

ORBİTA HASTALIKLARI

Eksoftalmus:

Unilateral eksoftalmus nedenlerinden orbital sellülit çocukta en sık nedendir. (ethmoid sinüzite bağlı). Ayrıca orbital pseudotumor ve tolosa-hunt sendromu nedenler arasındadır. Bilateral eksoftalmus nedenlerindense en sık hipertiroidi, (graves hastalığı), kavernoöz sinus tromboflebiti ve tümörler görülür.

- * **Temporal Arterit:** İskemik optik nöropati. Görme kaybı, temporal bölgede ağrı, çene kladikasyonu
- * **Sarkoidoz:** Granümatöz üveit. Keratik presipitatlar, arka sineşi,
- * **Graves Hastalığı:** Orbital dokuda birikim. Ekzoftalmi, periorbital ödem ve keratit görülür.



* İlaçlar ve göz

- Amiodaron** - Korneal birikim, keratopati
- Atropin** - Midriyazis - Akut kapalı açgı glokomu
- Klorokin** - Makulopati, keratopati
- OKS** - Santral ven oklüzyonu
- Etambutol** - Optik nöropati
- Dijitaler** - Sarı bulanık görme
- Steroidler** - Subkapsüler katarakt, glokom, HSV riski ↑
- Tamsulosin** - İntraoperatif gevşek iris sendromu
- Vigabatrin** - Periferel görme alan defekti

Enfeksiyöz kristalin keratopati, genellikle penetran keratoplastiyi takiben, uzun süreli topikal steroid tedavisi gören ve buna bağlı epitel defekti olan hastalarda ortaya çıkan nadir bir indolent enfeksiyondur. Streptococcus viridans en sık izole edilen nedendir.
Kanski's Clinical Ophthalmology, 10th Ed.

Romatoid artrit, skleritin en yaygın sistemik eşlikçisidir; simetrik deforme edici inflamatuvar poliartrropati ile karakterizedir.
Kanski's Clinical Ophthalmology, 10th Ed.

Sistemik lupus eritematozus hastalarının üçte birinde oküler tutulum görülür. En sık görülen bulgular, kuru göz sendromu ve %25 oranında sekonder Sjögren sendromudur.
Kanski's Clinical Ophthalmology, 10th Ed.

Graves oftalmopatisi, yetişkinlerde hem bilateral hem de tek taraflı proptozisin en yaygın nedenidir.
Kanski's Clinical Ophthalmology, 10th Ed.

REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE NİRVANA KONU KİTABI SAYFA: 171, 180

- 91- I. Su çiçeği
II. Kızamık
III. İnfluenza

Gebe bir kadında yukarıdaki viral enfeksiyonlardan hangileri pnömoni riskini artırır?

- A) Yalnız III
B) I ve II
C) I ve III
D) II ve III
E) I, II ve III

Cevap Anahtarı: E

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır.**"

Açıklama:

D.2.PNÖMONİ

Tüberküloz tedavisinde İNH,RIFAMPİN VE ETAMBUTOL kullanılır.Streptomisin kontraendikedir. Anne tedavi edilmezse bebeğe %50 bulaştırır.(1 yıl)

En sık pnömoni etkeni **st.pneumonia** dır.

HIV'li hastalarda pnömosistis carini pnömonisi profilaksisi olarak TMS kullanılır.

Dissemine mantar enfeksiyonunda ilk trimesterde Amfoterisin B;geç gebelikte itrakonazol verilir.

**REFERANS: TUSWORLD KADIN DOĞUM EFSANE KONU KİTABI
SAYFA: 167**

TUSWORLD

92- Aşağıdaki kardiyak durumlardan hangisinin varlığı, gebelikte maternal açıdan diğerlerine göre **daha yüksek risk oluşturur?**

- A) Önceden onarılmış olan fallot tetralojisi
- B) Önceden onarılmış olan ventriküler septal defekt
- C) Pulmoner stenoz
- D) Mekanik kalp kapağı
- E) Patent duktus arteriozus

Cevap Anahtarı: D

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz.** Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:

C.GEBELİK VE KALP HASTALIĞI

En sık görülen kalp hastalığı mitral darlıktır.
En sık görülen KKH biküspit aorta ve sonra Atrial Septal Defekt'dir.
Gebeliği en fazla etkileyen kapak hastalığı Aort darlığıdır.
Tercih edilen doğum yöntemi vaginal doğumdur.

KVSH FONKSİYONEL SINIFLANDIRMASI

- **I. Sınıf** : Asemptomatik
- **II. Sınıf** : Normalden fazla aktivite ile semptomatik
- **III. Sınıf** : Normal aktivite ile semptomatik
- **IV. Sınıf** : İstirahatte semptomatik

Gebelik için yüksek riskli hastalar

Mitral kapak yüzey alanı < 2 cm²

166

Kazananların dünyası

tusworld.com.tr

Aort kapak yüzey alanı < 1.5 cm²

En önemli risk faktörü azalmış ejeksiyon fraksiyonu ve kalp yetmezliği öyküsüdür.

Maternal mortalitesi çok yüksek olan kalp hastalıkları (gebelik tesbitinde tahlile önerilir)

Sınıf 3 ve 4 hastalar
Ejeksiyon fraksiyonu %40'ın altında olanlar
Eisenmenger sendromu
Aortik tutulumlu marfan sendromu
Komplike aort koarktasyonu

**REFERANS: TUSWORLD KADIN DOĞUM EFSANE KONU KİTABI
SAYFA: 166**

93- Yirmi beş yaşındaki 18 haftalık gebe rutin muayene için polikliniğe başvuruyor. Daha önce yapılan test sonuçlarının değerlendirilmesinde, birinci trimester kombine testinde Down sendromu riskinin 1/50'nin üzerinde olduğu görülüyor. Yapılan ultrasonografide fetal biyometrik ölçümler 18 hafta ile uyumlu saptanıyor ve fetusta herhangi bir anomali izlenmiyor.

Bu olguda kesin tanı için en uygun yaklaşım aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Maternal kanda hücre dışı DNA analizi
- B) Kordosentez
- C) Koryonik villus örnekleme
- D) Dörtlü test
- E) Amniyosentez

Cevap Anahtarı: E

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz.** Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:

B. II.TRİMESTER GEBELİK TAKİBİ

B.1.II. Trimester tarama testi

16.-20. gebelik haftasında yapılır.Kanda bakılan parametreler;

- **hCG
- **msAFP
- **Estril
- **Inhibin A



İkinci trimester Tarama Testi ile ;Down Sendromu (Trizomi 21),NTD,Trizomi 18 riski araştırılır

Trizomi 21: hCG yüksek, msAFP ve E3 düşüğe risk artar.Inhibin A'nın artışı riski artırır.

Trizomi 18: Her üçünde de azalma saptanır.

Serbest beta-hCG trizomi 21 ve 18 için 2. trimester taramalarında en spesifik ve sensitif belirteçtir.

Risk yüksekse Amniosentez önerilmelidir.

B.2.msAFP Taraması

AFP veya USG ile yapılabilir

Amniotik AFP fetal yolk sak ;msAFP ise fetal Karaciğer kökenlidir. AFP fetusun albuminidir.

34.haftaya kadar artar sonra artış yavaşlar ve plato çizer.

Düşük MSAFP düzeyleri Down Sendromu riskini artırır.

msAFP > 2.5 MOM olan durumlar

- Nöral Tüp Defekti
- Fetal abdominal duvar defektleri
- Gastrochisis
- Omphalocele
- Özefagus atrezisi,Duodenal atrezi
- Üriner sistem anomalileri
- Turner sendromu,Kistik higroma
- Preeklampsi
- İkiz gebelik
- Teratom
- Plasenta dekolmanı
- IUGR,Oligohidramnios

msAFP düşük olan olan durumlar

- Obesite
- Diabet
- Trizomiler
- Gestasyonel Trofoblastik Neoplaziler
- Fetal ölüm
- Yanlış gestasyonel yaş(büyük hesaplanması)

AFP 2.5 MOM üzerinde çıkarsa **hemen detaylı usg ve usg normale amniosentez yapılmalıdır.**

NTD de amniotik sıvıda asetil kolin esteraz artar ve NTD tanısında AFP den daha duyarlıdır

İkiz gebelikte eşik değer 3.5 MOM'dur.

**REFERANS: TUSWORLD KADIN DOĞUM EFSANE KONU KİTABI
SAYFA: 126-127**

94- Detrusor kasının aşırı aktivitesine bağlı gelişen urge inkontinans tedavisinde aşağıdakilerden hangisinin yeri **yoktur**?

- A) Midüretal sling uygulamaları
- B) Antikolinerjikler
- C) Sakral nöromodülasyon
- D) Onabotulinumtoksin A enjeksiyonu
- E) Beta-3 reseptör agonistleri

Cevap Anahtarı: A

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz.** Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:



D.URGE İNKONTİNANS

Aşırı aktif mesane anlamına gelmektedir. İstemsiz detrüsrör kontraksiyonları mevcuttur. Parasempatik uyarı sonucu artan kolinerjik aktivite bu kontraksiyonlardan sorumludur. Tedavide anti kolinerjikler kullanılır. 85 yaş üzerinde sıklığı artmaktadır.85 yaş üzerinde en sık görülen üriner inkontinanstır.

Tanıda Ürodinamik çalışmalar kullanılır.

Tedavi olarak antikolinerjikler verilmelidir.

Üriner inkontinansda kullanılan antikolinerjikler

- Tolterodin
- Oksibutin
- Fesoterodin
- Trospium
- Darifenasin
- Solifenasin

Mirabegron: Beta 3 reseptör agonistidir.

E.MİKST İNKONTİNANS:

Aynı anda hem urge hemde gerçek stress inkontinansın beraber olmasıdır.

F. TOTAL İNKONTİNANS:

Nedeni **vesikovajinal fistüldür.**Bunun en sık nedeni doğum travmasıdır. Gelişmiş ülkelerde ise neden cerrahidir.

50

Kazananların
dünyası

tusworld.com.tr

**REFERANS: TUSWORLD KADIN DOĞUM EFSANE KONU KİTABI
SAYFA: 50**

95- Otuz iki yaşındaki kadın hasta son iki aydır ara ara olan sol kasık ağrısı yakınması ile başvuruyor. Fizik muayenesinde vulva, vajen, serviks doğal ve batin rahat olup, defans veya rebaund saptanmıyor. Transvajinal ultrasonografide sol overde 6 cm çapında, düzgün sınırlı, hipoekoik, septa ve solid alan içermeyen kistik bir kitle tespit ediliyor.

Tümör belirteçleri normal sınırlarda olan bu hastaya, bu aşamada aşağıdakilerden hangisinin önerilmesi en uygundur?

- A) 1 yıl sonra rutin jinekolojik muayene ve transvajinal ultrasonografik değerlendirme
- B) 8 hafta sonra transvajinal ultrasonografik değerlendirme
- C) 6 ay oral kontraseptif tedavi
- D) Kist aspirasyonu
- E) Laparoskopik kistektomi

Cevap Anahtarı: B

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz.** Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:

Adneksiyel kitleye yaklaşım

Pelvik veya abdominal ağrı en sık semptomdur
Tanıda pelvik muayeneyi takiben özellikle **TVUS** primer yöntemdir.
Reprodüktif dönemde 8 cm'den ,postmenapozal 5 cm'den büyük kistler opere edilir.Büyük değilse takip edilir.
Kontrolde boyutu değişmez veya artarsa opere edilir.Uygun olan cerrahi yöntem **laparoskopidir**.

OVER KİSTLERİNİN ULTRASONOGRAFİK DEĞERLENDİRİLMESİ

Benign Kriterler	Malign Kriterler
• Uniloküle, septasız	• Vejetasyon içeren
• Solid komponent bulunmaması	• Nodülerite bulunduran
• 8 cm'den küçük	• Multiloküle, septalı
• internal ekolar içermemesi veya zayıf içermesi	• Yoğun internal ekolar içeren
• Asit yok	• Abdominal asit varlığı
	• Solid komponenti olan
	• Asit var

**REFERANS: TUSWORLD KADIN DOĞUM EFSANE KONU KİTABI
SAYFA: 27**

96- Yirmi yaşında evli ve çocuksuz olan kadın hasta her iki alt kadranda daha yoğun olmak üzere karın ağrısı, hâlsizlik, ateş ve vajinal akıntı şikâyetleriyle başvuruyor. Hasta kontraseptif yöntem olarak kondom kullandığını ve âdet kanamasının yaklaşık olarak bir hafta önce başlayıp iki gün önce bittiğini belirtiyor. Fizik muayenede vücut sıcaklığı 39 °C ölçülüyor ve karın her iki alt kadranda hassasiyet ve rebound bulgusu tespit ediliyor. Bimanuel muayenede serviks hareketlerinin hassas olduğu saptanıyor. Serum β -hCG testi negatif olan kadının hastaneye yatışı planlanıyor.

Bu aşamada, bu hastada aşağıdaki ilaç kombinasyonlarından hangisinin kullanılması tedavi için yeterli değildir?

- A) Sefotetan IV + Doksisisiklin PO
- B) Klindamisin IV + Gentamisin IV
- C) Gentamisin IV + Metronidazol PO
- D) Ampisilin/sulbaktam IV + Doksisisiklin PO
- E) Sefoksitin IV + Doksisisiklin PO.

Cevap Anahtarı: C

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:

Hospitalizasyon gerektiren durumlar

1. Tanının kesin olmadığı olgular
2. Kliniğin şiddetli olduğu olgular
3. Pelvik abse şüphesi olan olgular
4. Ayaktan tedaviye uyumsuz hasta
5. Gebe hasta
6. Adelosa hasta
7. Peritonit bulguları
8. Oral alımı engelleyen bulantı kusma
9. WBC>15000/mm³
10. Ateş 38,3 üstü

Pelvik Enflamatuvar Hastalık İçin Tedavi Kılavuzu

Ayakta Tedavi
Sefoksitin, 2 g intramüsküler, artı probenesid, 1 g oral olarak eşzamanlı olarak, veya
Seftriakson, 250 mg intramüsküler, veya
Eşdeğer sefalosporin
Artı:
Doksisisiklin, 100 mg oral olarak günde 2 kez, 14 gün boyunca, veya
Azitromisin, başlangıçta 500 mg, ardından günde 250 mg olmak üzere toplam 7 gün boyunca
Yatarak Tedavi
Tedavi Rejimi A
Sefoksitin, 2 g intravenöz olarak 6 saatte bir, veya
Sefotetan, 2 g intravenöz olarak 12 saatte bir
Artı:
Doksisisiklin, 100 mg oral veya 12 saatte bir intravenöz
Rejim B
Klindamisin, 8 saatte bir 900 mg intravenöz
Artı:
Seftriakson, 12 saatte bir 1-2 g intravenöz veya
Gentamisin, günlük intravenöz biçimde (vücut ağırlığına göre 5 mg/kg)

A.2.PID Komplikasyonları

- Rekürren PID (%25)
- İnfertilite**
- Ektopik gebelik (%5)
- Kronik pelvik ağrı (%15)

A.2.PID NEDENLERİ

A.2.a. GONORE

Özellikle endoserviks, üretra ve Scene bezlerini tutar. En fazla hasarı Fallop tüplerinde yapar. Akut PID'nin en sık nedenidir. N.Gonorrhoeae C.Trochomatis PID'de partner tedavisi gerekir. Thayer martin besiyerinde üretilir. Kültür için hasta başında ekim yapılmalıdır. Gebelikte; EMR ve preterm doğum nedeni olabilir. Neonatal dönemde neonatal konjunktivite neden olur.

Tedavi: SEFTRIAKSON(250 mg)_+azitromisin 1 gr oral

97- Yirmi sekiz yaşındaki nulligravid kadın, 14 aydır gebe kalamama nedeni ile polikliniğe başvuruyor. Öyküsünden adetlerinin 45 günde bir olduğu öğreniliyor. Laboratuvar tetkiklerinde TSH 2 mIU/L, AMH 3 ng/dL ve prolaktin 80 ng/mL olarak saptanıyor. Hastanın hipofiz MRG tetkikinde 5 mm çapında mikroadenom saptanıyor. Histerosalpingografide endometrial kavitesi düzgün ve her iki tüpte geçiş mevcut olarak izleniyor. Eşinin sperm analizinde patolojik bulgu saptanmıyor.

Bu hasta için aşağıdakilerden hangisi bu aşamada en uygun yaklaşımdır?

- A) Letrozol ile ovulasyon indüksiyonu
- B) Oral dopamin agonisti tedavisi
- C) Oral kontraseptif ajanlar
- D) Mikroadenom cerrahisi
- E) Tedavisiz takip

Cevap Anahtarı: B

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz.** Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:



Tedavi

- Öncelikli tercih edilen medikal tedavidir. **Kabergolin (ilk tercih)** ve bromokriptin kullanılır. Tedavi ile prolaktin düzeyleri kontrol altına alındığı gibi adenom boyutlarında küçülme de olur.

2. Dopamin agonistleri: Kabergolin kullanılabilir.

**REFERANS: TUSWORLD DAHİLİYE NİRVANA KONU KİTABI
SAYFA: 117**

98- Yirmi bir yaşındaki kadın hasta son 6 aydır âdet görememe şikâyeti ile başvuruyor. Öncesinde âdet düzensizliği şikâyeti olmayan hastanın yapılan serum β -hCG testinin negatif olduğu saptanıyor.

Bu hastada, amenore etiyolojisinin araştırılmasında aşağıdaki tetkiklerden hangisinin yapılması öncelikli değildir?

- A) Prolaktin TSH
- B) Östradiol FSH
- C) Karyotip analizi
- D) Rifampin
- E) Fenitoin

Cevap Anahtarı: C

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır."

Açıklama:

D.3.PROLAKTİN

Meme dokusunda laktagezden sorumlu trofik hormondur.

Yüksek prolaktin GnRH inhibisyonu yaparak anovulasyona neden olabilir.

Over düzeyinde gonadotropinlerin etkilerini inhibe eder (amenore-anovulasyon).

PRL ölçümü gereken durumlar: Amenore, galaktore, infertilite, anovulatuar kanama ve gecikmiş pubertedir.

A.2. P.Amenorede Tedavi:

Hipergonadotropik (primer veya sekonder) amenorenin tedavisi hormon replasman tedavisidir

Fizyolojik gecikme için beklemek dışında tedavi gerekmez

Santral sinir sistemi problemlerinde etyolojiye yönelik tedavi uygulanır

Disgenetik gonadlar çıkartılmalıdır.Neoplastik dönüşüm görülebilir. görülebilir.

B. SEKONDER AMENORE

Daha önceden adet gören bir kadında en az 3 siklus süresi ya da 6 ay boyunca adet görememe halidir.

B.1.En önemli sekonder amenore sebebi gebeliktir. İlk tetkik serum β -hCG testi bakılır.
Sonra TSH ve PRL istenir.

B.2.Testler normale hastaya progesteron çekilme testi yapılır.

Eğer test pozitifse(vajinal kanama olmuşsa)hastanın uterusunun östrojenlendiği;ancak progesteronla karşılanmadığı düşünülür.Bunun asıl nedeni anovulasyondur.Sıklıkla PCOS'ta görülür.

B.3.PCT negatifse Östrojen+progesteron çekilme testi yapılır.

Test negatifse ashermandır.

Asherman sendromu

Oluş nedenleri arasında en sık karşımıza çıkan postabortal küretajdır.

Endometrial kavite içindeki sineşiler (yapışıklıklar) nedeni ile kavitenin oblitere olmasıdır

Tedavide histeroskopik adezyolizis yapılır ve sonrasında siklik estrogen-progesteron tedavisi uygulanır

Tanı sadece histerosalfingografi veya histeroskopi ile konur

B.4.ÖPCT pozitifse FSH bakılır.

FSH yüksekse :

1.Xp21-28 delesyonu:Sekonder amenore+Normal karyotip+gonodal disgenezi

2.Prematür Ovaryan yetmezlik:

40 yaşından önce menstrüel siklusların sona ermesidir

Y kromozomun gösterildiği vakalarda gonadektomi yapılmalıdır

Galaktozemi:Galaktoz metabolitlerinin overe toksik etkisi

Radyoterapi, kemoterapi (özellikle siklofosamid gibi alkileyiciler)

Otoimmün hadiseler(en sık)

Frajil X sendromu taşıyıcılığı(FMR 1 mutasyonu)

3.Resistan over sendromu(savage sendromu):Overlerde folikül vardır.Ancak foliküler reseptör direnci vardır.

FSH düşükse (FSH>40 mIU/ml üzerinde):

1.Anoreksia nervosa:Vücut ağırlığının %25 den fazlası kaybedilmiştir.FSH,LH,Serbest T3

azalmış;kortizol artmıştır.

2.Aşırı egzersiz endorfinleri artırır.Endorfin GnRH'yı inhibe eder.

3.Sheehan sendromu:Doğum sonrasında görülen hipofiz nekrozu

4.Kraniofaringioma ve kraniyel germ hücreli tümörler

5.Prolaktinoma

**REFERANS: TUSWORLD KADIN DOĞUM EFSANE KİTABI
SAYFA: 50, 64, 65**

99- Aşağıdaki ajanlardan hangisinin, kombine oral kontraseptiflerle birlikte kullanıldığında kontraseptif etkiyi en az olasıdır?

- A) Varfarin
- B) Griseofulvin
- C) Karbamazepin
- D) Rifampin
- E) Fenitoin

Cevap Anahtarı: A

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır.**"

Açıklama:

VARFARİN

Varfarinin Etki Mekanizması

Protrombin (faktör II), faktör VII, IX, X ve endojen antikoagulanlar protein C ve S'nin sentezi için; glutamat rezidülerinin gama karboksilasyonu gerekir. Bu reaksiyon için aktif (redükte) K vitamini gerekir. K vitamininin bu karboksilasyon sonrası tekrar kullanılabilmesi için epoksit redüktazla indirgenmek (redükte olmak) zorundadır. Varfarin K vitamininin indirgenmesini engelleyerek protrombin, faktör VII, IX, X ve endojen antikoagulanlar protein C ve S'nin aktif hale geçmesini engeller.

Varfarinin Farmakokinetiği

Varfarinin plazma proteinlerine %99'un üzerinde bağlanır. Bu yüzden dağılım düzeyinde etkileşimlere açıktır. Oral absorpsiyonu iyidir. Uzun etkilidir. Karaciğerden metabolize edilerek atılır. Plasentayı geçer. **Teratojendir (X grubu)**. Gebelerde kullanılmaz. Terapötik penceresi dardır. **CYP2C19** ile metabolie edilir. Protrombin zamanı (PT-INR) ile takip edilir. **Antikoagülan etkisi 8-12 saatlik latent bir periyoddan sonra** başlar. Bu nedenle (varfarin nekrozunu engellemek için) **ilk gün heparin ile kombine** edilir. Acil durumlarda tercih edilmez.



Farmakoloji Konu

Varfarinin Yan Etkileri

- **Kanama**
 - o Taze donmuş plazma, K vitamini fitonadion ile tedavi edilir
- **Doğum defektleri**
 - o Teratojen olup bebeklerde nazal hipoplazi, kondrodizplazi punktata hatta intrauterin ölüme neden olabilir
- **Cilt nekrozu**
 - o Protein C aktivitesi azalmasına bağlı ilk saatlerde tek başına kullanılıncaya gelişebilir.
- **Ayak başparmağında ağrılı morarma**

Varfarinin Etkisini Değiştiren Durumlar

Varfarinin Etkisini Değiştiren Durumlar		
ARTTIRANLAR	Farmakokinetik	Amiodaron, Simetidin, Disülfiram, Metronidazol, Flukonazol, Fenilbutazon, Sülfipirazon, Kotrimksazol
	Farmakodinamik	Salisilat, Sefalosporinler (3. Kuşak), Heparin, Hipertiroid
		Karaciğer Hastalığı
AZALTANLAR	Farmakokinetik	Barbitüratlar, Kolestiramin, Rifampin
	Farmakodinamik	Diüretikler (Loop diüretikler hariç), K vitamini, Genetik direnç, Hipotiroidi

REFERANS: TUSWORLD FARMAKOLOJİ EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 108, 109

100- Molar gebelikte aşağıdaki klinik durumlardan hangisinin görülme sıklığında artış olması **en az** olasıdır?

- A) Preeklampsi
- B) Hipertiroidi
- C) Gestasyonel diyabet
- D) Hiperemesis gravidarum
- E) Teka lutein kistleri

Cevap Anahtarı: C

"Bu soruların her hakkı ÖSYM'ye aittir. Hangi amaçla olursa olsun, **tamamının veya bir kısmının kopya edilmesi, fotoğraflarının çekilmesi, herhangi bir yolla çoğaltılması ya da kullanılması, yayımlanması ÖSYM'nin yazılı izni olmadan yapılamaz. Yayınevimiz telif ücreti ödeyerek izin almıştır.**"

Açıklama:

KOK'LARDA KANSER RİSKİ

Endometrium Kanseri

KOK'ler endometrium kanserine karşı koruyucudur.

Over Kanseri

KOK'ler over kanserine karşı koruyucudur ve risk kullanım süresi arttıkça azalır.

Serviks Kanseri

1 yıldan uzun süreli KOK kullanımı ile CIN riski artmaktadır. İnvazif serviks kanseri riski artar. Tedavi edilmiş CIN, KOK kullanımı için kontrendikasyon değildir. KOK, servikal hipertrofi ve eversiyon yapabilir.

Karaciğer Kanseri

KOK'ler hepatosellüler kansere yatkınlık oluşturur.

Meme Kanseri

KOK'lerin benign meme hastalıklarına karşı koruyucu etkileri mevcuttur. Premenapozal meme kanseri riskini artırmaktadır. Geçmişte KOK kullanımı meme CA riskini artırmaz. Geçmişte KOK kullanımı metastatik meme CA riskini azaltır.

Diğer kanserler

Tükürük bezi kanseri: Risk azalır.
Molar gebelik: Risk hafif artar.
Kolonrektal kanser: Risk azalır.

KOMPLET VE PARŞİYEL MOL HİDATİFORMUN ÖZELLİKLERİ

	Komplet	Parşiyel
Karyotip	Diploid (46,XX; 46,XY)	Triploid (69,XXY; 69,XY)
Fetal veya embriyonik doku, hücre	Yok	Var
Koryonik villüslerde hidatiform şişme	Yaygın	Fokal
Trofoblastik hiperplazi	Yaygın	Fokal
Klinik semptomlar	Sık	Nadir
Postmolar komplikasyonlar	Sık	Nadir
b-hCG	Yüksek (>50,000 IU/mL)	Hafif yüksek (<50,000 IU/mL)
Gestasyonel trofoblastik neoplazi riski	%20-30	< %5
Trofoblastik stromal inklüzyonlar	Yok	Var

A.2.MOL HİDATİFORM RİSK FAKTÖRLERİ

Anne yaşı >40 ve A vitamini eksikliği **komplet mol hidatiform** riskini artırır. OKS kullanımı ve düzensiz menstruasyon **parşiyel mol** riskini artırır. Daha önce molar gebelik geçirme (10 kat artar).

A.3.MOL HİDATİFORM KLİNİĞİ

Anormal vajinal kanama en sık karşılaşılan semptomdur.

Komplet mol kliniği

Uterus gestasyonel yaşa göre daha büyüktür.
Hiperemesis gravidarum
20. gebelik haftasından önce preeklampsi
Hipertiroidi
Trofoblastik emboli: Tipik olarak molün boşaltılmasını takip eden pulmoner emboli
Tekalutein kistleri
Gestasyonel trofoblastik neoplazi riski yüksektir.

Parşiyel mol

Klinik tablo missed abortusa benzer

A.4.MOL HİDATİFORM TEDAVİSİ

1. Uterusun vakum küretaj ile boşaltılması
2. Histerektomi: Başka bir gebelik düşünülüyorsa
3. Tekalutein kistlerine müdahale edilmez.
4. Yüksek riskli gruba ya da takibin mümkün olamayacağı hastalara profilaktik KT (Metotreksat veya Aktinomisin D) verilebilir.

A.5.POSTMOLAR GESTASYONEL TROFOBİLASTİK NEOPLAZİ İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ

Uterus gestasyon yaşına göre çok büyükse
Overlerde tekalutein kistleri varsa
Beta hCG 100000 mIU/ml'nin üzerindeyse
Komplet mol sonrası ise
Yaş 18'in altında 35'in üzerinde ise

A.6.MOL HİDATİFORM TAKİBİ

Küretaj ve histerektomi ile tedavi edilenlerde aydır:

β-hCG seviyesi arda arda 3 kez negatif olana dek haftada bir bakılmalıdır.
 Sonra takip eden 6 ay boyunca ayda bir kez ve sonrasında 6 ay 2ayda bir takip edilir.
 Bu süreçte hastanın kesinlikle gebe kalmaması gerekir.**En uygun kontraseptif yöntem KOK 'tır.**
Takip döneminde aşağıdaki durumların varlığında KT başlanmalıdır:
 Ard arda 2 ölçümde β-hCG yükseliyor veya 3 ölçümde plato çiziyorsa
 Uterus boşaltılmasından 15 hafta sonra β-hCG yüksekse
 Koryokarsinom ultrason bulgusu var ise
 β-hCG normal düzeylere indikten sonra tekrar yükselirse
 Uterus boyutu normale indikten sonra tekrar büyürse

B. GESTASYONEL TROFOBLASTİK HASTALIKLAR

B.1.GTN TIPLERİ

B.1.A.İnvazif Mol (Koryoadenoma Destruens)

Lokal invazyon yapabilir.Hemen her zaman molar gebelik sonrasında görülür.

B.1.B.Malign GTH (Koryokarsinom)

Sıklıkla molar gebelik sonrasında gelişir.Ancak gerikalanın 2/3'ü normal term gebelik,1/3 'ü abortus veya ekto-
 pik gebelik sonrası geride kalan trofoblastlardan gelişen malignitedir.
 Sinsityotrofoblast ve sitotrofoblastlardan oluşan saf epitelyal tümördür.
Koryonik villüs görülmez

E3'ün azaldığı durumlar

Fetal Ölüm

Fetal Anensefali (Fetal adrenal korteks gelişmez)

Fetal Adrenal Hipoplazi

Plasental Sülfataz Eksikliği

Plasental Aromataz Eksikliği

Down sendromu(adrenal geç matüre olduğu için)

Fetal LDL kolesterol sentez eksikliği

Molar gebelik (Komplet molde fetüs yok)

E3'ün arttığı durumlar

Fetal eritroblastozis (Plasentomegali)

Çoğul gebelikler (Plasentomegali)

A.1.PREEKLAMPSİ

Preeklampsi, fetoplasental üniteyi de içermek üzere tüm organlarda kötü perfüzyon ile giden, vazokonstrüksiyon ve hipovolemi ile karakterize sistemik bir hastalıktır.

Jeneralize vazospazm vardır.

Tanı

1.Arılmış Kan Basıncı (Sistolik KB > 140 mmHg, Diastolik KB > 90 mmHg)

2.Proteinüri (> 300 mg / 24 saat)

Üçüncü trimesterde pretibial ödem hastaların hemen tamamında izlenir. Normal gebelikte fizyolojik olarak ayak sırtında ödem gelişebilir.

Risk Faktörleri

Koryon villuslarına ilk defa maruz kalan (nulliparite)

Koryon villuslarına normalden fazla maruz kalan (çoğul gebelik, molar gebelik)

Daha önce vasküler hastalığı olan (kronik HT, kollojen doku hastalıkları)

Genetik

Daha önce geçirilmiş gebelikte hipertansif hastalık hikayesi varsa risk %20-50 civarındadır.Ne kadar erken hfda görülmüşse risk o kadar fazladır.

Obezite

Anne yaşının > 35 olması

Siyah ırk

Fetusta trizomi 13 olması

Bir önceki eşinde preeklampsi olan erkeğin ikinci eşi

Sigara ve egzersiz preeklampsi riskini azaltır.Gebelik öncesi metformin alımı riski azaltır.

REFERANS: TUSWORLD KADIN DOĞUM EFSANE KONU KİTABI SAYFA: 73, 106, 107, 120, 162