

KLİNİK TIP BİLİMLERİ

DENEME-1

2. Oturum • Klinik Tıp Bilimleri Testi (KTBT)

CEVAP ANAHTARI VE AYRINTILI ÇÖZÜMLER

Soru Sayısı	100
Süre	135 dakika

Bu çalışma özgün eğitim içeriğidir. Resmî ÖSYM yayını değildir.

Soru üslubu ve klinik düşünme düzeyi, kullanıcı tarafından sağlanan 2014-2021 KTBT kitapçıkları incelenerek modellenmiştir.

CEVAP ANAHTARI

1-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	91-100
1-C	11-D	21-C	31-A	41-E	51-B	61-E	71-E	81-A	91-B
2-D	12-E	22-D	32-B	42-B	52-C	62-C	72-B	82-B	92-D
3-E	13-D	23-E	33-B	43-E	53-B	63-E	73-A	83-B	93-A
4-B	14-A	24-A	34-D	44-A	54-E	64-A	74-B	84-E	94-E
5-C	15-C	25-A	35-D	45-D	55-A	65-E	75-C	85-E	95-D
6-A	16-D	26-E	36-E	46-B	56-D	66-C	76-C	86-D	96-A
7-C	17-C	27-E	37-C	47-A	57-C	67-C	77-D	87-B	97-B
8-D	18-C	28-A	38-B	48-C	58-B	68-A	78-E	88-C	98-A
9-B	19-D	29-E	39-D	49-E	59-D	69-A	79-A	89-B	99-D
10-D	20-C	30-B	40-E	50-C	60-A	70-B	80-D	90-C	100-A

DAĞILIM ÖZETİ

Bölüm	Soru	Kolay-Orta-Zor	Tahmini Süre
Dahili Tıp Bilimleri	35	10-15-10	47.5 dk
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	25	7-15-3	32.2 dk
Cerrahi Tıp Bilimleri	30	2-22-6	41.8 dk
Kadın Hastalıkları ve Doğum	10	1-8-1	13.4 dk

1. Soru • Enfeksiyon Hastalıkları • Akut bakteriyel menenjit**Doğru cevap: C — Vankomisin + seftriakson + ampisilin | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Altmış sekiz yaşındaki erkek hasta; ateş, ense sertliği ve bilinç bulanıklığı nedeniyle acil servise getiriliyor. Kraniyal görüntülemelerde kitle etkisi saptanmıyor ve lomber ponksiyon yapılıyor. BOS incelemesi bakteriyel menenjitte uyumlu bulunuyor. Hastanın bilinen ilaç alerjisi yoktur.

Kültür sonuçları beklenirken başlanması gereken en uygun ampirik antibiyotik tedavisi aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Akut bakteriyel menenjit klinik olarak gecikmeden tedavi edilmelidir.
- Vankomisin dirençli pnömokokları, seftriakson sık toplum kökenli etkenleri kapsar.
- Yaşın 50'nin üzerinde olması Listeria kapsamı için ampisilin eklenmesini gerektirir.

Sonuç: İleri yaş, Listeria monocytogenes riskini artırır. Bu nedenle standart vankomisin ve üçüncü kuşak sefalosporin kombinasyonuna ampisilin eklenir. Doğru cevap C'dir.

Kritik tuzak: Yaşlı hastada ampisilini unutmak.

Çeldirici analizi

- A) Seftriakson tek başına:** Dirençli pnömokok ve ileri yaşta Listeria olasılığı için yetersiz kapsama sağlar.
- B) Vankomisin + seftriakson:** Pnömokok kapsamı uygundur ancak 50 yaş üzerindeki hastada Listeria için ampisilin eklenmelidir.
- D) Meropenem + metronidazol:** Metronidazol rutin toplum kökenli menenjit ampirik tedavisinin parçası değildir.
- E) Ampisilin tek başına:** Listeria'yı kapsasa da pnömokok ve meningokok için yeterli ampirik kapsam sağlamaz.

2. Soru • Enfeksiyon Hastalıkları • HIV enfeksiyonunda fırsatçı enfeksiyon profilaksisi**Doğru cevap: D — Trimetoprim-sülfametoksazol | Zorluk: Kolay | Süre: 60 sn**

Yeni tanı HIV enfeksiyonu olan 34 yaşındaki erkek hastanın CD4+ T lenfosit sayısı 160/mm³, HIV-RNA düzeyi 180.000 kopya/mL olarak bulunuyor. Hastada aktif fırsatçı enfeksiyon bulgusu yoktur.

Antiretroviral tedaviye ek olarak başlanması gereken profilaksi aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- CD4 sayısı 160/mm³tür.
- Bu eşik Pneumocystis jirovecii pnömonisi profilaksisi gerektirir.
- İlk seçenek trimetoprim-sülfametoksazoldür.

Sonuç: CD4 sayısı 200/mm³ün altında olduğunda Pneumocystis jirovecii pnömonisine karşı trimetoprim-sülfametoksazol profilaksisi gerekir. Doğru cevap D'dir.

Kritik tuzak: MAC profilaksisi ile PCP profilaksisi için kullanılan CD4 eşiklerini karıştırmak.

Çeldirici analizi

- A) Azitromisin:** Mycobacterium avium kompleksi profilaksisi esas olarak CD4 sayısı 50/mm³ün altındaki seçilmiş hastalarda düşünülür.
- B) Flukonazol:** Primer kandidiyazis profilaksisi rutin olarak önerilmez.
- C) Valgansiklovir:** CMV için rutin primer profilaksi verilmez; klinik hastalık varsa tedavi edilir.
- E) İzoniazid:** Latent tüberküloz enfeksiyonu kanıtlanmadan sırf CD4 düşüklüğü nedeniyle başlanmaz.

3. Soru • Enfeksiyon Hastalıkları • Enfektif endokardit**Doğru cevap: E — İntravenöz sefazolin | Zorluk: Kolay | Süre: 60 sn**

İntravenöz madde kullanımı öyküsü olan 29 yaşındaki erkek hasta; ateş, hemoptizi ve plöritik göğüs ağrısıyla başvuruyor. Transtorasik ekokardiyografide triküspit kapakta 16 mm vejetasyon görülüyor. Üç ayrı kan kültüründe metisiline duyarlı *Staphylococcus aureus* üremesi saptanıyor.

Bu hastanın hedefe yönelik antibiyotik tedavisinde en uygun seçenek aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Sağ kalp endokarditi ve septik pulmoner emboliler düşünülür.
- Etken MSSA olarak tanımlanmıştır.
- MSSA için beta-laktam tedavisi, vankomisine tercih edilir.

Sonuç: Metisiline duyarlı *S. aureus* endokarditinde antistafilokokal beta-laktamlar tercih edilir. Sefazolin uygun ve etkili bir seçenektir. Doğru cevap E'dir.

Kritik tuzak: *S. aureus* görüldüğünde duyarlılık sonucunu dikkate almadan vankomisine devam etmek.

Çeldirici analizi

A) Oral amoksisilin: MSSA endokarditinde oral amoksisilin uygun hedefe yönelik tedavi değildir.

B) İntravenöz vankomisin: Vankomisin metisiline duyarlı *S. aureus* için beta-laktamlardan daha az etkili olabilir; ciddi beta-laktam alerjisinde düşünülür.

C) İntravenöz daptomisin + metronidazol: Metronidazolün bu tabloya katkısı yoktur; kombinasyon gereksizdir.

D) Oral doksisisiklin: Stafilokokal endokarditte tek başına oral doksisisiklin yeterli değildir.

4. Soru • Enfeksiyon Hastalıkları • Clostridioides difficile enfeksiyonu**Doğru cevap: B — Oral veya nazogastrik vankomisin + intravenöz metronidazol | Zorluk: Zor | Süre: 105 sn**

Yetmiş iki yaşındaki kadın hasta, yakın zamanda klindamisin kullandıktan sonra başlayan günde 12-15 kez sulu dışkılama ve karın ağrısı nedeniyle getiriliyor. Kan basıncı 82/50 mmHg, lökosit sayısı 34.000/mm³, kreatinin düzeyi önceki değerinin üç katıdır. Batın grafisinde belirgin kolon dilatasyonu ve ileus bulguları vardır.

Bu hastada en uygun başlangıç tedavisi aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Fulminan hastalık hipotansiyon, şok, ileus veya megakolonla tanımlanır.
- Vankomisin enteral yolla verilmelidir.
- İleus ve sistemik toksisite nedeniyle intravenöz metronidazol eklenir; erken cerrahi değerlendirme de gerekir.

Sonuç: Hipotansiyon, ileus ve ciddi lökositoz fulminan *C. difficile* enfeksiyonunu gösterir. Oral/nazogastrik vankomisin kolon lümenine ulaşır; sistemik ağır tabloda intravenöz metronidazol eklenir. Doğru cevap B'dir.

Kritik tuzak: İntravenöz vankomisinin *C. difficile* kolitini lümeninden tedavi edeceğini düşünmek.

Çeldirici analizi

A) Yalnız oral metronidazol: Fulminan hastalıkta tek başına metronidazol yetersizdir.

C) Yalnız intravenöz vankomisin: İntravenöz vankomisin kolon lümeninde yeterli konsantrasyona ulaşmaz.

D) Oral rifaksimin: Rifaksimin başlangıç fulminan *C. difficile* tedavisinin standardı değildir.

E) Loperamid + oral sıvı: Antimotilite ilaçları toksik megakolon ve komplikasyon riskini artırabilir.

5. Soru • Göğüs Hastalıkları • Pulmoner tromboemboli**Doğru cevap: C — Sistemik trombolitik tedavi | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Kalça protezi ameliyatından 6 gün sonra ani nefes darlığı ve senkop gelişen 70 yaşındaki hastanın kan basıncı 70/40 mmHg, nabızı 128/dakika ve oksijen saturasyonu %82'dir. Yatak başı ekokardiyografide akut sağ ventrikül dilatasyonu ve septumun sola deviasyonu görülüyor. Aktif kanaması ve yakın zamanda intrakraniyal girişim öyküsü yoktur.

Bu hastada en uygun reperfüzyon yaklaşımı aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Yakın ameliyat ve ani klinik pulmoner emboliyi düşündürür.
- Hipotansiyon, hastayı yüksek riskli gruba sokar.
- Kontrendikasyon yoksa sistemik trombolitik tedavi endikedir.

Sonuç: Hipotansiyon ve şokla seyreden pulmoner tromboemboli yüksek risklidir. Mutlak kontrendikasyon yoksa sistemik tromboliz hızlı reperfüzyon sağlar. Doğru cevap C'dir.

Kritik tuzak: Hemodinamik instabil pulmoner emboliyi yalnız antikoagülanla tedavi etmeye çalışmak.

Çeldirici analizi

A) Yalnız düşük molekül ağırlıklı heparin: Şok tablosundaki yüksek riskli pulmoner embolide tek başına antikoagülasyon yeterli değildir.

B) Oral doğrudan faktör Xa inhibitörü: Hemodinamik instabil hastada başlangıç reperfüzyon gereksinimini karşılamaz.

D) Alt vena kava filtresi: Filtre reperfüzyon sağlamaz; antikoagülasyonun mutlak kontrendike olduğu seçilmiş durumlarda düşünülür.

E) Yalnız yüksek akımlı oksijen: Destek tedavisidir ancak obstrüktif şoku ortadan kaldırmaz.

6. Soru • Göğüs Hastalıkları • KOAH ve uzun süreli oksijen tedavisi**Doğru cevap: A — Oda havasında istirahat PaO₂ 53 mmHg ve SaO₂ %87 olan hasta | Zorluk: Kolay | Süre: 60 sn**

Stabil dönemde değerlendirilen ileri KOAH'lı hastalardan hangisinde uzun süreli evde oksijen tedavisi için en güçlü endikasyon vardır?

Çözüm yolu

- Oksijen endikasyonu obstrüksiyon derecesinden çok kronik hipoksemiye göre verilir.
- PaO₂ 53 mmHg ve SaO₂ %87 eşik değerlerin altındadır.

Sonuç: Stabil KOAH'ta istirahatte PaO₂ 55 mmHg veya altında ya da SaO₂ %88 veya altında ise uzun süreli oksijen tedavisi endikedir. Doğru cevap A'dır.**Kritik tuzak:** FEV₁ düşüklüğünü doğrudan oksijen endikasyonu sanmak.**Çeldirici analizi****B) PaO₂ 64 mmHg, SaO₂ %92 ve yalnız merdiven çıkarken dispnesi olan hasta:** Bu değerler tek başına uzun süreli oksijen tedavisi eşiğini karşılamaz.**C) PaO₂ 59 mmHg, SaO₂ %90 ve kor pulmonale bulgusu olmayan hasta:** 55-60 mmHg aralığında ek hipoksik organ etkisi yoksa güçlü endikasyon oluşmaz.**D) İstirahat SaO₂ %93, yalnız uyku sırasında kısa desatürasyonları olan hasta:** İzole hafif gece desatürasyonu rutin uzun süreli oksijen endikasyonu değildir.**E) PaO₂ 70 mmHg olan ancak FEV₁ değeri %25 bulunan hasta:** FEV₁ düşüklüğü tek başına uzun süreli oksijen tedavisi belirleyicisi değildir.**7. Soru • Göğüs Hastalıkları • Astım basamak tedavisi****Doğru cevap: C — Orta doz inhale kortikosteroid-formoterol ile idame ve rahatlatıcı tedaviye geçmek | Zorluk: Zor | Süre: 105 sn**

Otuz iki yaşındaki kadın hasta düşük doz inhale kortikosteroid-formoterol tedavisini hem idame hem rahatlatıcı olarak doğru teknikle ve düzenli kullanmaktadır. Buna rağmen son 2 ayda haftanın çoğu günü semptomu olmakta, haftada iki kez gece uyanmakta ve bir kez sistemik steroid gerektiren alevlenme geçirmektedir. Eşlik eden hastalık ve belirgin çevresel tetikleyici saptanmıyor.

Bu hastada en uygun tedavi düzenlemesi aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Önce uyum, inhaler teknik ve tetikleyiciler değerlendirilmiştir.
- Hasta düşük doz MART tedavisine rağmen kontrolsüzdür.
- Bir sonraki uygun adım orta doz ICS-formoterol MART tedavisidir.

Sonuç: Uyum ve teknik doğrulandıktan sonra kontrolsüz astımda inhale kortikosteroid-formoterol içeren idame-rahatlatıcı tedavinin dozu bir basamak artırılır. Doğru cevap C'dir.**Kritik tuzak:** Kontrolsüz astımda doğrudan kronik oral steroide geçmek.**Çeldirici analizi****A) İnhaler kortikosteroidi kesip yalnız uzun etkili beta₂ agonist kullanmak:** LABA monoterapisi astımda güvenli değildir.**B) Aynı tedaviye düzenli oral teofilin eklemek:** Teofilin daha fazla yan etki ve sınırlı yarar nedeniyle öncelikli basamak artırma seçeneği değildir.**D) Her gün oral prednizolon başlamak:** Uzun süreli sistemik steroid, daha güvenli basamak seçenekleri tükenmeden kullanılmamalıdır.**E) Sadece gerektiğinde kısa etkili beta₂ agonist eklemek:** Mevcut kontrolsüzlüğün temel çözümü antiinflamatuvar tedaviyi uygun basamakta artırmaktır.**8. Soru • Göğüs Hastalıkları • İdiyopatik pulmoner fibrozis****Doğru cevap: D — Bazal ve subplevral baskın retikülasyon, traksiyon bronşiektazisi ve bal Peteği görünümü | Zorluk: Kolay | Süre: 60 sn**

İdiyopatik pulmoner fibrozis düşünülen bir hastanın yüksek çözünürlüklü toraks bilgisayarlı tomografisinde aşağıdaki bulgulardan hangisi tipik olağan interstisyel pnömoni paternini en iyi destekler?

Çözüm yolu

- Dağılım bazal ve subplevral olmalıdır.
- Fibrozis bulguları traksiyon bronşiektazisi ve bal Peteğidir.
- Belirgin alternatif patern bulguları bulunmamalıdır.

Sonuç: UIP paterni bazal-subplevral dağılım, retikülasyon, traksiyon bronşiektazisi ve bal Peteği ile karakterizedir. Doğru cevap D'dir.**Kritik tuzak:** Yaygın buzlu cam opasitesini UIP'nin baskın bulgusu sanmak.**Çeldirici analizi****A) Üst loblarda santral yerleşimli kaviter nodüller:** Bu görünüm enfeksiyon veya granümatöz hastalıkları düşündürür.**B) Yaygın, homojen buzlu cam opasiteleri ve belirgin subplevral korunma:** Bu patern nonspesifik interstisyel pnömoni ile daha uyumludur.**C) Orta lob ve lingulada ağaçta tomurcuk görünümü:** Küçük hava yolu enfeksiyonu veya bronşiyolit lehinedir.**E) Perihiler simetrik alveoler dolum ve hava bronkogramları:** Pulmoner ödem veya alveoler süreçleri düşündürür.

9. Soru • Kardiyoloji • Kalp yetersizliğinde kılavuz temelli tedavi**Doğru cevap: B — Dapagliflozin | Zorluk: Zor | Süre: 105 sn**

İskemik kardiyomyopatiye bağlı sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu %30 olan 61 yaşındaki erkek hasta NYHA sınıf II yakınmalarla izleniyor. Sakubitril/valsartan, kanıta dayalı beta blokör ve spironolaktonu tolere edilen dozlarda kullanıyor. Övolemik, kan basıncı 112/70 mmHg, eGFR 58 mL/dk/1,73 m² ve potasyumu 4,5 mEq/L'dir. Diyabeti yoktur.

Mortalite ve kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye yatışı azaltmak için tedaviye eklenmesi en uygun ilaç aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Hasta ARNI, beta blokör ve MRA kullanmaktadır.
- Böbrek fonksiyonu ve kan basıncı SGLT2 inhibitörü için uygundur.
- Dapagliflozin diyabetten bağımsız HFrEF yararı sağlar.

Sonuç: SGLT2 inhibitörleri, diyabet olsun veya olmasın HFrEF'de mortalite ve hastaneye yatışı azaltan dört temel tedavi sınıfından biridir. Doğru cevap B'dir.

Kritik tuzak: SGLT2 inhibitörlerini yalnız diyabet ilacı olarak görmek.

Çeldirici analizi

A) Verapamil: Azalmış ejeksiyon fraksiyonunda negatif inotrop etkisi nedeniyle uygun değildir.

C) Diltiazem: HFrEF'de negatif inotropi nedeniyle rutin tedavide kullanılmaz.

D) Doksazosin: Semptomatik HFrEF'de mortalite azaltıcı temel tedavi değildir.

E) Hidroklorotiazid: Konjesyon yoktur ve tiazid mortalite azaltıcı temel ajan değildir.

10. Soru • Kardiyoloji • Aort darlığı**Doğru cevap: D — Pulsus parvus et tardus | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Eforla göğüs ağrısı ve senkop yakınmaları olan 76 yaşındaki hastada sağ ikinci interkostal aralıkta karotislere yayılan geç pik yapan sistolik ejeksiyon üfürümü duyuluyor. İkinci kalp sesinin aortik bileşeni zayıftır.

Bu hastanın arteriyel nabız muayenesinde en olası bulgu aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Üfürüm ve semptomlar ciddi aort darlığını düşündürür.
- Sabit çıkış yolu obstrüksiyonu nabız yükselişini geciktirir ve amplitüdü azaltır.

Sonuç: Ciddi aort darlığında karotis nabız düşük amplitüdlü ve geç yükselir; bu pulsus parvus et tardus olarak adlandırılır. Doğru cevap D'dir.

Kritik tuzak: Geniş nabız basıncı bulgularını aort darlığına atfetmek.

Çeldirici analizi

A) Corrigan nabızı: Geniş nabız basıncıyla seyreden aort yetersizliğinde görülür.

B) Pulsus bisferiens: Aort yetersizliği ve bazı hipertrofik kardiyomyopati tablolarında görülür.

C) Pulsus paradoksus: Kardiyak tamponad ve ağır obstrüktif hava yolu hastalığında tipiktir.

E) Pulsus alternans: İleri sol ventrikül sistolik disfonksiyonunu düşündürür.

11. Soru • Kardiyoloji • Sağ ventrikül miyokart enfarktüsü**Doğru cevap: D — Sağ ventrikül enfarktüsü | Zorluk: Kolay | Süre: 60 sn**

Akut inferior ST yükselmeli miyokart enfarktüsü nedeniyle izlenen 64 yaşındaki hastada kan basıncı 84/56 mmHg'dir. Boyun venleri dolgun, akciğer oskültasyonu temizdir. Sağ prekordiyal derivasyonlarda ST yükselmesi saptanıyor.

Bu klinik tablonun en olası nedeni aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- İnför MI sağ ventrikül tutulumuyla birlikte olabilir.
- Sağ ventrikül dolum basıncı artar, ancak sol kalp konjesyonu olmadığı için akciğerler temiz kalır.
- Sağ prekordiyal derivasyonlar tanısız katkı sağlar.

Sonuç: Hipotansiyon, juguler venöz dolgunluk ve temiz akciğerler sağ ventrikül enfarktüsünün klasik hemodinamik üçlüsüdür. Sağ prekordiyal ST yükselmesi tanıyı destekler. Doğru cevap D'dir.

Kritik tuzak: Hipotansiyonu otomatik olarak sol ventrikül yetmezliğine bağlamak.

Çeldirici analizi

A) Papiller kas rüptürü: Akut ciddi mitral yetersizliği ve pulmoner ödem beklenir.

B) Ventriküler septum rüptürü: Yeni pansistolik üfürüm ve iki ventrikül arasında şant bulguları beklenir.

C) Sol ventrikül serbest duvar rüptürü: Tamponad ve elektromekanik dissosiyasyon tablosu ön plandadır.

E) Akut perikardit: Yaygın ST yükselmesi ve pozisyonla değişen ağrı beklenir; bu hemodinamik örüntüyü açıklamaz.

12. Soru • Kardiyoloji • Preeksitasyonlu atriyal fibrilasyon**Doğru cevap: E — İntravenöz prokainamid | Zorluk: Zor | Süre: 105 sn**

Yirmi altı yaşındaki erkek hasta çarpıntı ve baş dönmesiyle başvuruyor. Kan basıncı 118/72 mmHg'dir. Elektrokardiyografide düzensiz ritimli, geniş QRS'li ve ventrikül hızı 220/dakika olan taşikardi görülüyor. Önceki EKG'sinde kısa PR aralığı ve delta dalgası olduğu biliniyor.

Hemodinamik olarak stabil olan bu hastada en uygun ilaç tedavisi aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Düzensiz geniş kompleksli taşikardi ve delta dalgası, preeksitasyonlu AF'yi düşündürür.
- AV düğüm blokörleri aksesuar yol üzerinden çok hızlı iletme neden olabilir.
- Stabil hastada prokainamid uygun seçenektir.

Sonuç: Preeksitasyonlu atriyal fibrilasyonda AV düğüm blokörlerinden kaçınılır. Stabil hastada prokainamid veya uygun bir aksesuar yol etkili antiaritmik tercih edilir; instabil hastada senkronize kardiyoversiyon gerekir. Doğru cevap E'dir.

Kritik tuzak: Atriyal fibrilasyon gördüğünde rutin hız kontrol ilaçlarını vermek.

Çeldirici analizi

A) İntravenöz verapamil: AV düğüm blokajı aksesuar yol ile iletimi hızlandırıp ventriküler fibrilasyona yol açabilir.

B) İntravenöz adenoazin: Düzensiz geniş kompleksli preeksitasyonlu AF'de AV düğüm blokajı tehlikelidir.

C) İntravenöz digoksin: Aksesuar yol ile iletimi artırabilir ve kontrendikedir.

D) İntravenöz metoprolol: Beta blokör de AV düğümü baskılayarak aksesuar yol ile iletimi artırabilir.

13. Soru • Kardiyoloji • Akut aort diseksiyonu**Doğru cevap: D — İntravenöz esmolol, gerekirse ardından intravenöz vazodilatör | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Ani başlayan yırtılır tarzda sırt ağrısıyla başvuran 58 yaşındaki hastanın bilgisayarlı tomografik anjiyografisinde çıkan aortayı tutan diseksiyon saptanıyor. Kan basıncı 210/120 mmHg, kalp hızı 118/dakikadır.

Cerrahi hazırlık sürerken uygulanması gereken en uygun başlangıç farmakolojik yaklaşım aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Önce analjezi ve yoğun bakım izlemi sağlanır.
- Beta blokör aort duvarındaki kesme stresini azaltır.
- Gerekirse ardından nitroprusid veya benzeri intravenöz vazodilatör eklenir.

Sonuç: Akut diseksiyonda ilk amaç kalp hızını ve dP/dt 'yi beta blokörle azaltmaktır. Kan basıncı yüksek kalırsa beta blokajından sonra vazodilatör eklenir. Doğru cevap D'dir.

Kritik tuzak: Vazodilatörü beta blokörden önce başlamak.

Çeldirici analizi

A) Yalnız intravenöz nitroprusid: Beta blokajı olmadan vazodilatasyon refleks taşikardi ve aort duvar stresini artırabilir.

B) Sublingual nifedipin: Hızlı ve öngörülemez kan basıncı düşüşü ile refleks taşikardi riski vardır.

C) İntravenöz furosemid: Aort duvarındaki kesme kuvvetini azaltan temel tedavi değildir.

E) Oral kaptopril: Akut diseksiyonda hızlı titre edilebilir intravenöz tedavi gerekir.

14. Soru • Gastroenteroloji • Asit sıvısı analizi**Doğru cevap: A — Sağ kalp yetersizliğine bağlı portal hipertansiyon | Zorluk: Zor | Süre: 105 sn**

Karında şişlik ve efor dispnesi olan 66 yaşındaki hastada asit saptanıyor. Serum albümini 3,6 g/dL, asit albümini 1,4 g/dL ve asit total protein düzeyi 3,2 g/dL bulunuyor. Ekokardiyografide sağ ventrikül dilatasyonu ve ciddi triküspit yetersizliği görülüyor.

Bu hastadaki asitin en olası nedeni aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- SAAG hesaplanır: 2,2 g/dL.
- SAAG 1,1 g/dL veya üzerindeyse portal hipertansiyon vardır.
- Yüksek asit proteini ve sağ kalp bulguları kardiyak asiti gösterir.

Sonuç: SAAG 3,6-1,4=2,2 g/dL'dir ve portal hipertansiyonu gösterir. Asit protein düzeyinin 2,5 g/dL'nin üzerinde olması kardiyak asiti destekler. Doğru cevap A'dır.

Kritik tuzak: Yüksek asit proteinini tek başına enfeksiyon veya maligniteyle eşitlemek.

Çeldirici analizi

B) Peritoneal karsinomatozis: Genellikle SAAG düşüktür; portal hipertansiyon paternine uymaz.

C) Tüberküloz peritonit: Çoğunlukla düşük SAAG ve lenfosit baskın eksüdatif asit görülür.

D) Pankreatik asit: Asit amilazı yüksek ve SAAG genellikle düşüktür.

E) Nefrotik sendrom: Hipoalbuminemiyle ilişkili düşük SAAG paternine daha yakındır.

15. Soru • Gastroenteroloji • Akut varis kanaması**Doğru cevap: C — Vazoaktif tedavi + intravenöz antibiyotik profilaksisi + erken endoskopi | Zorluk: Zor | Süre: 105 sn**

Alkolik siroz tanısıyla izlenen 54 yaşındaki erkek hasta bol hematemez ve meleno ile getiriliyor. Havayolu güvenliği sağlanıyor, iki geniş damar yolu açılıyor ve kontrollü sıvı-kan resüsitasyonuna başlanıyor.

Endoskopi hazırlığı yapılırken uygulanması gereken en uygun tedavi paketi aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- ABC ve kontrollü resüsitasyon ilk adımdır.
- Vazoaktif tedavi portal basıncı azaltır.
- Antibiyotik profilaksisi enfeksiyon ve yeniden kanamayı azaltır.
- Endoskopik bant ligasyonu için erken endoskopi planlanır.

Sonuç: Şüpheli varis kanamasında oktreotid/terlipressin gibi vasoaktif ajan ve seftriakson gibi antibiyotik profilaksisi endoskopiden önce başlanır; endoskopi erken yapılır. Doğru cevap C'dir.

Kritik tuzak: Sirozlu üst GİS kanamasını yalnız peptik ülser protokolüyle yönetmek.

Çeldirici analizi

A) Yalnız yüksek doz proton pompası inhibitörü ve 72 saat gözlem: Varis kanamasında vasoaktif tedavi ve antibiyotik profilaksisi gerekir.

B) Acil TIPS, endoskopi yapılmadan tüm hastalara: TIPS seçilmiş yüksek riskli veya kontrol edilemeyen kanamalarda düşünülür; tüm hastalarda ilk adım değildir.

D) Traneksamik asit + rutin nazogastrik lavaj: Bu kombinasyon varis kanamasında standart başlangıç paketi değildir.

E) Yalnız eritrosit transfüzyonu ve endoskopi 72 saat erteleme: Erken endoskopi gerekir; aşırı transfüzyon portal basıncı artırabilir.

16. Soru • Gastroenteroloji • Otoimmün hepatit**Doğru cevap: D — Tip 1 otoimmün hepatit | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Otuz bir yaşındaki kadın hasta yorgunluk ve artralji yakınmalarıyla başvuruyor. ALT ve AST düzeyleri normalin 10 katı, IgG düzeyi belirgin yüksek bulunuyor. HBsAg, anti-HCV ve HCV-RNA negatiftir. ANA ve düz kas antikorları yüksek titrede pozitifdir.

Bu hasta için en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Viral hepatitler dışlanmıştır.
- IgG artışı ve otoantikorlar otoimmün kökeni destekler.
- ANA ve SMA tip 1 otoimmün hepatit ile ilişkilidir.

Sonuç: Hepatoselüler enzim yüksekliği, hipergamaglobulinemi ve ANA/SMA pozitifliği tip 1 otoimmün hepatit için tipiktir. Doğru cevap D'dir.

Kritik tuzak: Kadın hastada her kolestatik/otoimmün karaciğer tablosunu primer biliyer kolanjit sanmak.

Çeldirici analizi

A) Primer biliyer kolanjit: Kolestatik enzim yüksekliği ve AMA pozitifliği beklenir.

B) Primer sklerozan kolanjit: Kolanjiyografide safra yolu darlık-genişlemeleri ve sıklıkla inflamatuvar bağırsak hastalığı birlikteliği beklenir.

C) Wilson hastalığı: Genç yaşta düşünülebilir ancak ANA/SMA ve yüksek IgG paterni tipik değildir.

E) Alkolik hepatit: Öykü ve serolojik patern desteklememektedir; AST/ALT oranı da tipik verilmemiştir.

17. Soru • Gastroenteroloji • Akut pankreatit şiddet sınıflaması**Doğru cevap: C — Şiddetli akut pankreatit | Zorluk: Zor | Süre: 105 sn**

Akut pankreatit tanısıyla izlenen 48 yaşındaki hastada ilk 24 saatte sıvı tedavisine rağmen hipotansiyon ve hipoksemi gelişiyor. Organ destek tedavisi gereksinimi 60 saat devam ediyor; lokal nekroz saptanıyor.

Revize Atlanta sınıflamasına göre bu pankreatitin şiddeti aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Organ yetmezliği vardır.
- Süre 60 saattir ve 48 saati aşmıştır.
- Kalıcı organ yetmezliği, lokal komplikasyondan bağımsız olarak şiddetli pankreatiti tanımlar.

Sonuç: Organ yetmezliğinin 48 saatten uzun sürmesi kalıcı organ yetmezliğidir ve şiddetli akut pankreatit tanımını karşılar. Doğru cevap C'dir.

Kritik tuzak: Nekroz varlığını tek başına şiddet ölçütü sanmak; temel belirleyici kalıcı organ yetmezliğidir.

Çeldirici analizi

A) Hafif akut pankreatit: Hafif hastalıkta organ yetmezliği ve lokal/sistemik komplikasyon yoktur.

B) Orta şiddetli akut pankreatit: Organ yetmezliği 48 saatten kısa sürerse veya yalnız komplikasyon varsa bu sınıfa girer.

D) Kronik pankreatit alevlenmesi: Verilen sınıflama akut pankreatit içindir; kronik hastalık bulgusu yoktur.

E) Rekürren akut pankreatit: Önceki atak bilgisi verilmemiştir ve şiddeti tanımlamaz.

18. Soru • Endokrinoloji • Diyabetik ketoasidoz**Doğru cevap: C — İnsülini geçici olarak erteleyip intravenöz potasyum replasmanı yapmak | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Tip 1 diyabetli 24 yaşındaki kadın hasta diyabetik ketoasidozla getiriliyor. Kan şekeri 520 mg/dL, pH 7,16, bikarbonat 10 mEq/L ve serum potasyumu 2,9 mEq/L'dir. İzotonik sıvı tedavisi başlanmıştır.

Bu aşamada en uygun yaklaşım aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- DKA'da toplam vücut potasyumu azalmıştır.
- İnsülin potasyumu hücre içine sokar.
- $K < 3,3$ mEq/L olduğunda önce potasyum replasmanı yapılır.

Sonuç: Serum potasyumu 3,3 mEq/L'nin altındaysa insülin, potasyum güvenli düzeye çıkarılana kadar ertelenir ve intravenöz potasyum verilir. Doğru cevap C'dir.

Kritik tuzak: Serum glukozu çok yüksek diye potasyumu görmezden gelerek insülini hemen başlamak.

Çeldirici analizi

A) Hemen intravenöz insülin bolusu vermek: Potasyum 3,3 mEq/L'nin altındayken insülin ciddi hipokalemiyi ve aritmiyi tetikleyebilir.

B) İntravenöz bikarbonat infüzyonuna başlamak: pH 7,16'da rutin bikarbonat önerilmez.

D) Hipotonik salinle devam etmek: İlk sıvı seçimi ve hemodinamik durum dikkate alınmadan hipotonik sıvıya geçilmez.

E) Yalnız oral potasyum vermek: DKA'da hızlı ve kontrollü intravenöz replasman gerekir.

19. Soru • Endokrinoloji • Primer aldosteronizm**Doğru cevap: D — Plazma aldosteron konsantrasyonu / plazma renin aktivitesi oranı | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Otuz dokuz yaşındaki kadın hastada üç farklı antihipertansif ilaca rağmen kan basıncı 168/104 mmHg'dir. Serum potasyumu 3,0 mEq/L, bikarbonatı 31 mEq/L bulunuyor. Sekonder hipertansiyon araştırılması planlanıyor.

Primer aldosteronizm için en uygun tarama testi aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Klinik patern mineralokortikoid fazlalığı ile uyumludur.
- Aldosteron yüksek, renin baskılı olduğunda oran artar.
- Pozitif tarama uygun koşullarda doğrulama testleriyle değerlendirilir.

Sonuç: Dirençli hipertansiyon, hipokalemi ve metabolik alkaloz primer aldosteronizmi düşündürür. İlk tarama testi aldosteron-renin oranıdır. Doğru cevap D'dir.

Kritik tuzak: Adrenal görüntülemeyi biyokimyasal taramadan önce yapmak.

Çeldirici analizi

A) 24 saatlik idrarda serbest kortizol: Cushing sendromu taramasında kullanılır.

B) Plazma serbest metanefrin: Feokromositoma taramasında kullanılır.

C) Renal arter Doppler ultrasonografisi: Renovasküler hipertansiyon için görüntüleme testidir; primer aldosteronizm taraması değildir.

E) Serum ACTH düzeyi: Adrenal yetmezlik veya hiperkortizolizm ayırıcı tanısında kullanılır.

20. Soru • Endokrinoloji • Diabetes insipidus**Doğru cevap: C — Santral diabetes insipidus | Zorluk: Kolay | Süre: 60 sn**

Hipofiz cerrahisinden sonra günde 7 litre idrar çıkarmaya başlayan hastanın serum sodyumu 151 mEq/L, idrar osmolalitesi 90 mOsm/kg'dir. Desmopressin sonrası idrar osmolalitesi 420 mOsm/kg'ye yükseliyor.

Bu hasta için en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Poliüri ve hipernatremi serbest su kaybını gösterir.
- İdrar osmolalitesi çok düşüktür.
- Desmopressin sonrası belirgin konsantrasyon artışı ADH eksikliğini kanıtlar.

Sonuç: Hiperosmolar plazma ile uygunsuz derecede seyreltilmiş idrar ve desmopressine belirgin yanıt santral diabetes insipidusu gösterir. Doğru cevap C'dir.

Kritik tuzak: Her poliüriyi diabetes mellitus kaynaklı ozmotik diürez sanmak.

Çeldirici analizi

A) Nefrojenik diabetes insipidus: Desmopressine belirgin yanıt beklenmez.

B) Primer polidipsi: Genellikle serum sodyumu yüksek olmaz ve su kısıtlamasıyla idrar yoğunlaşır.

D) Uygunsuz ADH salgılanması: Hiponatremi ve konsantre idrar beklenir.

E) Ozmotik diürez: İdrar osmolalitesi genellikle yüksek olur; desmopressinle bu kadar belirgin değişmez.

21. Soru • Endokrinoloji • Akromegali tanısı**Doğru cevap: C — Yaşa göre düzeltilmiş serum IGF-1 düzeyi | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Kırk yedi yaşındaki erkek hasta; yüz hatlarında kabalaşma, ayakkabı numarasında artış, terleme ve horlama yakınmalarıyla başvuruyor. Fizik muayenede prognatizm ve makroglossi saptanıyor.

Bu hastada ilk basamak biyokimyasal tarama testi aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Klinik bulgular GH fazlalığını düşündürür.
- IGF-1 gün içi değişkenliği daha az olduğu için uygun tarama testidir.
- Pozitif tarama, GH baskılama testi ve hipofiz görüntülemesiyle tamamlanır.

Sonuç: Akromegali şüphesinde ilk tarama testi yaşa göre düzeltilmiş IGF-1 düzeyidir. Yüksek bulunursa oral glukoz yüklemesi sırasında GH baskılanmasının gösterilememesiyle doğrulama yapılır. Doğru cevap C'dir.

Kritik tuzak: Pulsatil salgılanan GH'nin rastgele tek ölçümünü tanısal kabul etmek.

Çeldirici analizi

A) Rastgele büyüme hormonu düzeyi: GH pulsatil salgılandığı için tek rastgele ölçüm tarama için güvenilir değildir.

B) İnsülin tolerans testi: Büyüme hormonu eksikliği ve adrenal aks değerlendirmesinde kullanılır.

D) Gece yarısı tükürük kortizolü: Cushing sendromu taramasında kullanılır.

E) Serum prolaktin düzeyi tek başına: Eşlik eden prolaktin yüksekliği olabilir ancak akromegali tarama testi değildir.

22. Soru • Hematoloji • Trombotik trombositopenik purpura**Doğru cevap: D — Acil terapötik plazma değişimi ve glukokortikoid | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Otuz sekiz yaşındaki kadın hasta ateş, baş ağrısı ve geçici konuşma bozukluğu nedeniyle getiriliyor. Hemogloblin 8,1 g/dL, trombosit 18.000/mm³, LDH 1.650 U/L'dir. Periferik yaymada şistositler görülüyor; direkt antiglobulin testi negatif, PT ve aPTT normaldir.

Bu hastada en uygun acil tedavi aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Şistositler ve yüksek LDH mikroanjiyopatik hemolizi gösterir.
- Normal PT/aPTT DIC'den uzaklaştırır.
- TTP ölümcül olabileceği için plazma değişimi geciktirilmez.

Sonuç: Mikroanjiyopatik hemolitik anemi, ağır trombositopeni, nörolojik bulgu ve normal koagülasyon testleri TTP'yi düşündürür. ADAMTS13 sonucu beklenmeden plazma değişimi ve immünsüpresyon başlanır. Doğru cevap D'dir.

Kritik tuzak: ADAMTS13 sonucunu bekleyerek plazma değişimini geciktirmek.

Çeldirici analizi

A) Yalnız trombosit süspansiyonu: Aktif yaşamı tehdit eden kanama yoksa trombosit verilmesi mikrotrombozu artırabilir ve temel tedavi değildir.

B) Yalnız düşük molekül ağırlıklı heparin: TTP'nin patofizyolojisini düzeltmez.

C) K vitamini ve taze donmuş plazma: Koagülasyon testleri normaldir; K vitamini eksikliği tablosu değildir.

E) Splenektomi: Akut ilk basamak tedavi değildir.

23. Soru • Hematoloji • Multipl miyelom tanı ölçütleri**Doğru cevap: E — Miyelom tanımlayıcı biyobelirteç nedeniyle multipl miyelom | Zorluk: Zor | Süre: 105 sn**

Altmış üç yaşındaki hastanın kemik iliğinde klonal plazma hücre oranı %16'dır. Hemogloblin, kalsiyum ve böbrek fonksiyonları normaldir; görüntülemede litik lezyon yoktur. Serum serbest hafif zincir incelemesinde ilgili/ilgisiz zincir oranı 112 ve ilgili hafif zincir düzeyi 180 mg/L bulunuyor.

Bu hasta için en doğru tanımlama aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Klonal plazma hücre oranı %10'un üzerindedir.
- Serbest hafif zincir oranı 112'dir ve ilgili zincir 180 mg/L'dir.
- Bu biyobelirteç yakın organ hasarı riskini gösterir ve aktif miyelom ölçütüdür.

Sonuç: Kemik iliğinde en az %10 klonal plazma hücresi ve ilgili/ilgisiz serbest hafif zincir oranının 100 veya üzerinde olması, ilgili zincir yeterince yüksekse miyelom tanımlayıcı olaydır. CRAB bulgusu olmasa da multipl miyelom tanısı konur. Doğru cevap E'dir.

Kritik tuzak: CRAB bulgusu yoksa hiçbir zaman aktif miyelom denemeyeceğini düşünmek.

Çeldirici analizi

A) Monoklonal gammopati, klinik önemi bilinmeyen: Kemik iliği plazma hücresi %10'un üzerindedir ve miyelom tanımlayıcı biyobelirteç vardır.

B) Smoldering multipl miyelom: Serbest hafif zincir oranının 100 veya üzerinde olması ve ilgili zincirin yeterince yüksek olması tedavi gerektiren miyelom tanımlayıcı olaydır.

C) Soliter plazmasitom: Kitle veya tek kemik lezyonu tanımlanmamıştır; kemik iliği klonal plazma hücresi oranı da yüksektir.

D) AL amiloidoz: Organ amiloid birikimi bulgusu verilmemiştir.

24. Soru • Hematoloji • Tümör lizis sendromu**Doğru cevap: A — Hiperkalemi, hiperfosfatemi, hiperürisemi ve hipokalsemi | Zorluk: Kolay | Süre: 60 sn**

Yüksek tümör yüküne sahip Burkitt lenfomalı hastada kemoterapiden 24 saat sonra oligüri ve ritim bozukluğu gelişiyor.

Aşağıdaki laboratuvar örüntülerinden hangisi tümör lizis sendromuyla en uyumludur?

Çözüm yolu

- Hücre içi potasyum ve fosfat dolaşıma çıkar.
- Pürin yıkımı hiperürisemiye neden olur.
- Hiperfosfatemi sekonder hipokalsemi yapar.

Sonuç: Hızlı hücre yıkımıyla potasyum, fosfat ve nükleik asit yükü artar; ürik asit yükselir ve fosfata bağlanan kalsiyum düşer. Doğru cevap A'dır.**Kritik tuzak:** Hiperkalsemiyi tüm malignite tablolarına genellemek.**Çeldirici analizi****B) Hipokalemi, hipofosfatemi, hipürisemi ve hiperkalsemi:** Tümör hücre lizisinin beklenen elektrolit yönleri ters verilmiştir.**C) Hiponatremi, hipomagnezemi, hiperürisemi ve hiperkalsemi:** Klasik tümör lizis örüntüsü değildir.**D) Hiperkalemi, hipofosfatemi, hipürisemi ve hipokalsemi:** Fosfat ve ürik asit hücre lizisiyle yükselir.**E) Hipokalemi, hiperfosfatemi, hiperürisemi ve hiperkalsemi:** Potasyum yükselir, kalsiyum fosfat bağlanmasına bağlı düşer.**25. Soru • Hematoloji • Demir eksikliği anemisi****Doğru cevap: A — Demir eksikliği anemisi | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Otuz dokuz yaşındaki kadın hastada hemoglobin 9,4 g/dL, MCV 70 fL, ferritin 7 ng/mL, total demir bağlama kapasitesi yüksek ve transferrin satürasyonu %6 bulunuyor.

Bu laboratuvar bulgularının en olası açıklaması aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Mikrositer anemi vardır.
- Ferritin demir depolarını gösterir ve düşüktür.
- TIBC artışı ile transferrin satürasyonunun düşmesi demir eksikliğini destekler.

Sonuç: Düşük ferritin, yüksek demir bağlama kapasitesi ve düşük transferrin satürasyonu demir eksikliğine özgü bir örüntüdür. Doğru cevap A'dır.**Kritik tuzak:** Her mikrositer anemiyi talasemi olarak değerlendirmek.**Çeldirici analizi****B) Kronik hastalık anemisi:** Ferritin çoğunlukla normal veya yüksek, demir bağlama kapasitesi düşük olur.**C) Talasemi taşıyıcılığı:** Ferritin düşüklüğü ve yüksek demir bağlama kapasitesi talasemiyi açıklamaz.**D) Sideroblastik anemi:** Serum demiri ve ferritin genellikle yüksek olur.**E) Kurşun zehirlenmesi:** Bazofilik noktalanma ve maruziyet öyküsü beklenir; ferritin örüntüsü tipik değildir.**26. Soru • Nefroloji • Akut böbrek hasarında prerenal ayırım****Doğru cevap: E — Fraksiyonel üre atılımının %35'in altında olması | Zorluk: Zor | Süre: 105 sn**

Kalp yetersizliği nedeniyle loop diüretik kullanan 74 yaşındaki hasta, üç gündür kusma sonrası oligüriyle başvuruyor. Serum kreatinini 1,0 mg/dL'den 2,2 mg/dL'ye yükselmiştir. İdrar sodyumu diüretik nedeniyle güvenilir bulunmuyor.

Prerenal akut böbrek hasarını desteklemesi en olası bulgu aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Kusma hacim kaybı oluşturmuştur.
- Loop diüretik idrar sodyumunu ve FeNa'yı etkiler.
- FeÜre bu bağlamda daha yararlı olup %35'in altı prerenal lehinedir.

Sonuç: Diüretikler FeNa'yı yükseltebilir. Bu durumda fraksiyonel üre atılımının %35'in altında olması prerenal fizyolojiyi destekler. Doğru cevap E'dir.**Kritik tuzak:** Diüretik alan hastada FeNa'yı değişmez bir ölçüt gibi yorumlamak.**Çeldirici analizi****A) Fraksiyonel sodyum atılımının %3 olması:** Prerenal durumdan çok intrinsek hasarı düşündürür; ayrıca diüretikten etkilenir.**B) İdrarda kahverengi granüler silendirler:** Akut tübüler nekrozu destekler.**C) İdrar osmolalitesinin 250 mOsm/kg olması:** Konsantrasyon yeteneğinin bozulduğunu ve intrinsek hasarı düşündürür.**D) BUN/kreatinin oranının 8 olması:** Prerenal azotemide oran genellikle yükselir.

27. Soru • Nefroloji • IgA nefropatisi**Doğru cevap: E — IgA nefropatisi | Zorluk: Kolay | Süre: 60 sn**

Yirmi üç yaşındaki erkek hasta üst solunum yolu enfeksiyonunun ikinci gününde gelişen makroskopik hematüri nedeniyle başvuruyor. Serum kreatinini normal, kompleman düzeyleri normaldir. İdrar sedimentinde dismorfik eritrositler görülüyor.

Bu hasta için en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Dismorfik eritrositler glomerüler kaynağı gösterir.
- Hematüri enfeksiyonla senkron gelişmiştir.
- Komplemanın normal olması IgA nefropatisini destekler.

Sonuç: Üst solunum yolu enfeksiyonuyla eş zamanlı veya birkaç gün içinde gelişen glomerüler hematüri ve normal kompleman IgA nefropatisi için tipiktir. Doğru cevap E'dir.

Kritik tuzak: Tüm enfeksiyon sonrası hematürileri poststreptokoksik glomerülo nefrit sanmak.

Çeldirici analizi

A) Poststreptokoksik glomerülo nefrit: Hematüri enfeksiyondan genellikle 1-3 hafta sonra gelişir ve C3 düşebilir.

B) Minimal değişiklik hastalığı: Nefrotik proteinüri beklenir; makroskopik glomerüler hematüri tipik değildir.

C) Membranöz nefropati: Nefrotik sendromla seyrederek ve bu zaman ilişkisi beklenmez.

D) Akut interstisyel nefrit: Lökositüri, eozinofili ve ilaç öyküsü daha tipiktir.

28. Soru • Nefroloji • Nefrotik sendrom komplikasyonları**Doğru cevap: A — İdrarla antitrombin kaybı | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Nefrotik sendromlu bir hastada renal ven trombozu gelişiyor.

Bu trombotik eğilime katkıda bulunan en önemli mekanizmalardan biri aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Ağır proteinüri yalnız albümin kaybına yol açmaz.
- Antitrombin kaybı doğal antikoagülan aktiviteyi azaltır.
- Eş zamanlı prokoagülan faktör artışı hiperkoagülabiliyeti güçlendirir.

Sonuç: Nefrotik sendromda antitrombin gibi doğal antikoagülanlar idrarla kaybedilir; karaciğerde prokoagülan protein sentezi artar. Bu durum özellikle renal ven trombozu riskini yükseltir. Doğru cevap A'dır.

Kritik tuzak: Protein kaybının yalnız ödem ve hipoalbuminemi yaptığını düşünmek.

Çeldirici analizi

B) Faktör VIII sentezinde azalma: Nefrotik sendromda bazı prokoagülan faktörler artabilir; bu ifade trombozu açıklamaz.

C) Trombosit sayısında belirgin azalma: Trombositopeni nefrotik sendromun tipik tromboz mekanizması değildir.

D) Fibrinojen sentezinde azalma: Fibrinojen genellikle artar ve hiperkoagülabiliyete katkıda bulunur.

E) Protein C üretiminde zorunlu artış: Bu ifade trombotik eğilimi açıklamaz; doğal antikoagülan kaybı daha önemlidir.

29. Soru • Romatoloji • Dev hücreli arterit**Doğru cevap: E — Temporal arter biyopsisini beklemeden yüksek doz glukokortikoid başlamak | Zorluk: Zor | Süre: 105 sn**

Yetmiş bir yaşındaki kadın hasta yeni başlayan temporal baş ağrısı, çiğnerken çene ağrısı ve sağ gözde birkaç dakika süren görme kaybı atağı nedeniyle başvuruyor. ESR 92 mm/saat, CRP belirgin yüksektir.

Bu hastada en uygun ilk yaklaşım aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Yaş, temporal baş ağrısı, çene klidasyonu ve geçici görme kaybı tipiktir.
- Akut iskemik komplikasyon riski yüksektir.
- Tedavi biyopsi için geciktirilmaz.

Sonuç: Dev hücreli arteritte kalıcı görme kaybı gelişebilir. Klinik şüphe yüksekse yüksek doz glukokortikoid hemen başlanır; temporal arter biyopsisi tedaviden sonra da kısa süre içinde yapılabilir. Doğru cevap E'dir.

Kritik tuzak: Tanısal kesinlik uğruna görmeyi koruyucu tedaviyi ertelemek.

Çeldirici analizi

A) Biyopsi sonucuna kadar yalnız aspirin vermek: Görme kaybı riski nedeniyle steroid geciktirilemez.

B) Metotreksatı tek başına başlamak: Akut iskemi riskini hızla azaltan başlangıç tedavisi değildir.

C) Beyin MR sonucunu beklemek: Klinik olasılık yüksekken görme kaybını önlemek için tedavi bekletilmez.

D) Antibiyotik tedavisi başlamak: Bakteriyel enfeksiyon tablosu değildir.

30. Soru • Romatoloji • Aksiyel spondiloartrit**Doğru cevap: B — Düzenli egzersiz-fizyoterapi ile birlikte nonsteroid antiinflamatuar ilaç | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Yirmi yedi yaşındaki erkek hasta 8 aydır süren, sabahları belirgin olan ve egzersizle azalan bel ağrısından yakınıyor. Sakroiliak MR'da aktif bilateral sakroiliit saptanıyor. Enfeksiyon ve inflamatuvar bağırsak hastalığı bulgusu yoktur.

Bu hastada ilk basamak tedavi yaklaşımı aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Ağrı inflamatuvar karakterdedir.
- MR aktif sakroiliiti göstermektedir.
- İlk basamak farmakolojik tedavi NSAİİ, temel nonfarmakolojik yaklaşım egzersizdir.

Sonuç: Aktif aksiyel spondiloartritte eğitim, düzenli egzersiz/fizyoterapi ve uygun doz NSAİİ ilk basamaktır. Yetersiz yanıtta biyolojik tedaviler değerlendirilir. Doğru cevap B'dir.

Kritik tuzak: Periferik artritte kullanılan DMARD'ları saf aksiyel hastalığa otomatik taşımak.

Çeldirici analizi

A) Uzun süreli yatak istirahati: Hareket kısıtlılığını ve postür bozukluğunu artırabilir.

C) Yüksek doz sistemik glukokortikoid monoterapisi: Aksiyel hastalıkta rutin uzun süreli sistemik steroid önerilmez.

D) Metotreksat monoterapisi: Saf aksiyel tutulumda etkinliği sınırlıdır.

E) Profilaktik antibiyotik: Enfeksiyon bulgusu yoktur ve tedavi yaklaşımı değildir.

31. Soru • Nöroloji • Lateral medüller sendrom**Doğru cevap: A — Sağ lateral medulla | Zorluk: Kolay | Süre: 60 sn**

Altmış dört yaşındaki hasta ani başlayan vertigo, yutma güçlüğü ve ses kısıklığıyla getiriliyor. Muayenede sağ yüzde ağrı-sıcaklık duyusu kaybı, sol gövdede ağrı-sıcaklık duyusu kaybı, sağ Horner sendromu ve sağ ekstremitelerde ataksi saptanıyor.

Lezyonun en olası lokalizasyonu aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Nucleus ambiguus tutulumu disfaji ve ses kısıklığı yapar.
- Spinal trigeminal yol ipsilateral yüz, spinotalamik yol kontralateral gövde duyusunu etkiler.
- İnferior serebellar pedinkül tutulumu ipsilateral ataksi yapar.

Sonuç: Ipsilateral yüz ve kontralateral gövdede ağrı-sıcaklık kaybı, disfaji, ses kısıklığı, Horner ve ipsilateral ataksi lateral medüller sendromun tipik bulgularıdır. Doğru cevap A'dır.

Kritik tuzak: Sadece ataksiye odaklanıp serebellar lezyon demek.

Çeldirici analizi

B) Sol medial medulla: Kontralateral hemiparezi ve dilde ipsilateral güçsüzlük beklenir.

C) Sağ medial pons: Bulguların çapraz duyusal ve bulber örüntüsü lateral medullaya daha uygundur.

D) Sol iç kapsül: Çapraz yüz-gövde duyu kaybı ve ipsilateral ataksi-bulber bulgular açıklanmaz.

E) Sağ serebellar hemisfer: Ataksiyi açıklasa da çapraz duyu kaybı, Horner ve disfajiyi açıklamaz.

32. Soru • Nöroloji • Miyastenik kriz**Doğru cevap: B — Zorlu vital kapasite ve negatif inspiratuvar kuvvet | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Miyastenia gravis tanısı olan 46 yaşındaki kadın hastada pnömoni sonrası hızla artan disfaji, boyun fleksiyon güçsüzlüğü ve takipne gelişiyor.

Solunum yetmezliği riskini yatak başında izlemek için en yararlı seri ölçüm aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Bulber ve boyun kası güçsüzlüğü krizi düşündürür.
- Oksijenasyon normal görünürken ventilasyon hızla bozulabilir.
- FVC ve NIF seri izlem için uygundur.

Sonuç: Miyastenik krizde seri zorlu vital kapasite ve negatif inspiratuvar kuvvet ölçümü solunum kas rezervini ve entübasyon gereksinimini değerlendirmede en yararlı yatak başı parametrelerdir. Doğru cevap B'dir.

Kritik tuzak: Normal oksijen satürasyonunun solunum kaslarını güvenli gösterdiğini sanmak.

Çeldirici analizi

A) Tek başına arteriyel PaO₂: Hipoksemi geç gelişebilir ve ventilatuvar kas yorgunluğunu erken göstermez.

C) Elektroensefalografi: Nöromüsküler solunum güçsüzlüğünü değerlendirmez.

D) Serum kreatin kinazı: Miyastenide genellikle normaldir ve solunum rezervini göstermez.

E) D-dimer: Pulmoner emboli olasılığı için kullanılır; nöromüsküler ventilasyon takibi değildir.

33. Soru • Psikiyatri • Deliryum**Doğru cevap: B — Akut başlangıçlı, dalgalanan dikkat bozukluğu | Zorluk: Kolay | Süre: 60 sn**

Kalça kırığı ameliyatından iki gün sonra 79 yaşındaki hastada geceleri artan huzursuzluk, gün içinde uyuklama ve zaman zaman hemşireleri tanıma gelişiyor. Dikkatini bir konuşma boyunca sürdürüyor; belirtiler saatler içinde değişkenlik gösteriyor.

Bu tabloyu demanstan ayırmada en güçlü özellik aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Başlangıç ameliyat sonrası günler içindedir.
- Dikkat sürdürülemezdir.
- Klinik saatler içinde dalgalanmaktadır.

Sonuç: Deliryumun çekirdek özelliği akut gelişen ve gün içinde dalgalanan dikkat-bilinç bozukluğudur. Demans genellikle sinsi ve ilerleyici seyreder. Doğru cevap B'dir.

Kritik tuzak: Tüm konfüzyon tablolarını yaşa bağlı demans olarak kabul etmek.

Çeldirici analizi

A) İleri yaşta ortaya çıkması: Hem deliryum hem demans ileri yaşta sık görülür.

C) Bellek yakınmasının bulunması: Her iki tabloda da bellek etkilenebilir.

D) Geceleri kötüleşmesi: Deliryumda sık olsa da tek başına en ayırt edici temel özellik değildir.

E) Davranış değişikliğinin olması: Her iki durumda da görülebilir.

34. Soru • Dermatoloji • DRESS sendromu**Doğru cevap: D — İlaç reaksiyonu, eozinofili ve sistemik semptomlar sendromu (DRESS) | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Epilepsi nedeniyle 4 hafta önce karbamazepin başlanmış 35 yaşındaki hastada ateş, yaygın morbiliform döküntü, yüz ödemi ve lenfadenopati gelişiyor. Eozinofil sayısı $2.100/\text{mm}^3$, ALT 420 U/L'dir. Mukozalarda belirgin erozyon yoktur.

Bu hasta için en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Karbamazepin güçlü bir tetikleyicidir.
- Gecikmiş başlangıç ve eozinofili vardır.
- Karaciğer tutulumu sistemik ilaç reaksiyonunu gösterir.

Sonuç: İlaç başlanmasından 2-8 hafta sonra gelişen ateş, yaygın döküntü, yüz ödemi, eozinofili ve hepatit DRESS sendromu için tipiktir. Doğru cevap D'dir.

Kritik tuzak: Mukozal erozyon olmadan her ağır ilaç döküntüsünü Stevens-Johnson olarak adlandırmak.

Çeldirici analizi

A) Akut ürtiker: Organ tutulumu, eozinofili ve haftalar sonra gelişen kalıcı döküntü akut ürtikere uymaz.

B) Stevens-Johnson sendromu: Belirgin mukozal erozyon ve epidermal ayrışma beklenir.

C) Fiks ilaç erüpsiyonu: Aynı bölgede sınırlı tekrarlayan lezyonlar beklenir.

E) Toksik epidermal nekroliz: Yaygın epidermal ayrışma ve ciddi mukozit beklenir.

35. Soru • Acil Tıp ve Toksikoloji • Beta blokör zehirlenmesi**Doğru cevap: D — Glukagon | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Propranolol doz aşımı sonrası getirilen 41 yaşındaki hastada bradikardi, hipotansiyon ve hipoglisemi vardır. Atropin ve sıvı tedavisine yeterli yanıt alınamıyor.

Bu aşamada uygulanması en uygun antidotal tedavi aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Bradikardi, hipotansiyon ve hipoglisemi beta blokör toksisitesini destekler.
- Atropin ve sıvı yetersiz kalmıştır.
- Glukagon beta reseptöründen bağımsız pozitif inotrop-kronotrop etki sağlar.

Sonuç: Glukagon beta reseptöründen bağımsız olarak adenilat siklazı aktive eder ve kalp hızını-kasılmasını artırabilir. Refrakter olgularda yüksek doz insülin-euglisemi tedavisi ve vazopresörler de gerekebilir. Doğru cevap D'dir.

Kritik tuzak: Hipoglisemi nedeniyle yalnız dekstroz verip kardiyotoksisiteyi tedavi etmemek.

Çeldirici analizi

A) Flumazenil: Benzodiazepin antagonisti olup beta blokör zehirlenmesinde etkili değildir.

B) Nalokson: Opioid zehirlenmesinde kullanılır.

C) Metilen mavisi: Methemoglobinemi ve seçilmiş vazoplejik durumlarda kullanılır; birincil antidot değildir.

E) N-asetilsistein: Parasetamol zehirlenmesinin antidotudur.

36. Soru • Neonatoloji • Yenidoğanın geçici takipnesi**Doğru cevap: E — Yenidoğanın geçici takipnesi | Zorluk: Kolay | Süre: 60 sn**

Otuz dokuz gebelik haftasında elektif sezaryenle doğan erkek bebekte yaşamın ilk saatinde takipne ve hafif interkostal çekilmeler geliyor. Akciğer grafisinde perihiler çizgilenmeler ve fissürlerde sıvı görülüyor. Düşük akımlı oksijen desteğiyle 36 saat içinde tamamen düzeliyor.

Bu bebek için en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Sezaryen doğum akciğer sıvısının gecikmiş temizlenmesi için risk faktörüdür.
- Grafide fissürlerde sıvı ve perihiler çizgilenme tipiktir.
- Hızlı spontan düzelme tanısı destekler.

Sonuç: Elektif sezaryen sonrası erken başlayan, fissürlerde sıvı ve perihiler belirginleşmeyle seyreden, 24-72 saatte düzelen takipne yenidoğanın geçici takipnesidir. Doğru cevap E'dir.

Kritik tuzak: Her yenidoğan solunum sıkıntısını surfaktan eksikliğine bağlamak.

Çeldirici analizi

A) Respiratuvar distres sendromu: Daha çok prematürelde görülür; retikülogranüler görünüm ve hava bronkogramları beklenir.

B) Mekonyum aspirasyon sendromu: Mekonyumlu doğum ve yamalı, kaba infiltrasyonlarla hiperinflasyon beklenir.

C) Konjenital pnömoni: Enfeksiyon riskleri, sistemik bulgular ve daha kalıcı klinik beklenir.

D) Persistan pulmoner hipertansiyon: Belirgin hipoksemi, pre-postduktal saturasyon farkı ve daha ağır seyir beklenir.

37. Soru • Neonatoloji • Neonatal kolestaz ve biliyer atrezi**Doğru cevap: C — Biliyer atrezi | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Dört haftalık kız bebek sarılığın devam etmesi nedeniyle getiriliyor. Anne, dışkının son bir haftadır açık gri olduğunu ve idrarın bezde koyu renk bıraktığını söylüyor. Total bilirübin 8,2 mg/dL, direkt bilirübin 5,6 mg/dL'dir.

Bu bebek için en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Direkt bilirübin totalin büyük bölümünü oluşturur.
- Akolik dışkı safra akımının bağırsağa ulaşmadığını gösterir.
- Biliyer atrezi zaman duyarlı bir tanıdır; erken yönlendirme önemlidir.

Sonuç: Direkt hiperbilirübinemi, koyu idrar ve akolik dışkı neonatal kolestazı gösterir. Yaşamın ilk haftalarında bu bulgular biliyer atreziyi güçlü biçimde düşündürür ve erken cerrahi değerlendirme gerekir. Doğru cevap C'dir.

Kritik tuzak: Uzamış her yenidoğan sarılığını anne sütü sarılığı olarak değerlendirmek.

Çeldirici analizi

A) Fizyolojik yenidoğan sarılığı: İlk haftada geriler ve direkt hiperbilirübinemi ile akolik dışkı yapmaz.

B) Anne sütü sarılığı: İndirekt bilirübin yüksekliğiyle seyreder; dışkı rengi normaldir.

D) Gilbert sendromu: İndirekt hafif hiperbilirübinemi yapar ve yenidoğanda akolik dışkıyı açıklamaz.

E) Hemolitik hastalık: İndirekt hiperbilirübinemi, anemi ve retikülositoz beklenir.

38. Soru • Neonatoloji • Nekrotizan enterokolit**Doğru cevap: B — Nekrotizan enterokolit | Zorluk: Kolay | Süre: 60 sn**

Yirmi sekiz gebelik haftasında doğan ve enteral beslenmesi artırılan 12 günlük bebekte karın distansiyonu, beslenme intoleransı ve kanlı dışkılama geliyor. Direkt karın grafisinde bağırsak duvarı içinde hava izleniyor.

Bu bebek için en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Prematürite temel risk faktörüdür.
- Beslenme intoleransı ve kanlı dışkı bağırsak hasarını düşündürür.
- Pnömatozis intestinalis tanısız radyolojik bulgudur.

Sonuç: Prematüre bebekte enteral beslenme sonrası karın distansiyonu, kanlı dışkı ve pnömatozis intestinalis nekrotizan enterokoliti gösterir. Doğru cevap B'dir.

Kritik tuzak: Kanlı dışkıyı yalnız anal fissür veya süt proteini alerjisiyle açıklamak.

Çeldirici analizi

A) Hirschsprung hastalığı: Gecikmiş mekonyum ve kronik distal obstrüksiyon tipiktir; pnömatozis intestinalis beklenmez.

C) Nekrotizan enterokolit dışı sepsis: Sepsis eşlik edebilir ancak bağırsak duvarında hava NEC için karakteristiktir.

D) İnfantil hipertrofik pilor stenozu: Fıskırır safrasız kusma ve metabolik alkaloz beklenir.

E) Mekonyum ileusu: Doğumdan itibaren distal obstrüksiyon ve kistik fibrozis ilişkisi beklenir.

39. Soru • Büyüme ve Gelişme • Boy kısalığı**Doğru cevap: D — Yapısal büyüme ve puberte gecikmesi | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

On üç yaşındaki erkek çocuğun boyu 3. persentilin altındadır; son bir yıldaki uzama hızı yaşına uygundur. Kemik yaşı 10 yaşla uyumlu bulunuyor. Babasının ergenliğe 16 yaşında girdiği öğreniliyor. Fizik muayenede kronik hastalık bulgusu yoktur.

Bu çocuk için en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Çocuk kısa ancak büyüme hızı korunmuştur.
- Kemik yaşı kronolojik yaştan geridir.
- Ailede geç puberte öyküsü vardır.

Sonuç: Normal uzama hızı, gecikmiş kemik yaşı ve ailede geç puberte öyküsü yapısal büyüme-puberte gecikmesini destekler. Doğru cevap D'dir.

Kritik tuzak: Tek bir kısa boy ölçümünü patolojik büyüme yetersizliği olarak görmek.

Çeldirici analizi

- A) Ailesel boy kısalığı:** Kemik yaşı genellikle kronolojik yaşla uyumludur ve ailede kısa erişkin boyu beklenir.
B) Büyüme hormonu eksikliği: Uzama hızı azalır ve klinik-laboratuvar ek bulgular beklenebilir.
C) Hipotiroidi: Büyüme hızı azalır ve kilo artışı gibi bulgular eşlik eder.
E) Kronik sistemik hastalık: Uzama hızında bozulma ve sistemik belirtiler beklenir.

40. Soru • Beslenme • Protein-enerji malnütrisyonu**Doğru cevap: E — Kwashiorkor | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

İki yaşındaki çocukta yaygın ödem, apati, saçlarda kolay kopma ve renk değişikliği, hiperpigmente-deskuame dermatoz ve belirgin hipoalbuminemi saptanıyor.

Bu çocukta en olası malnütrisyon tipi aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Ödem ve hipoalbuminemi belirgindir.
- Saç ve deri değişiklikleri kwashiorkorun karakteristik bulgularıdır.
- Marasmus'ta ödemden çok ileri zayıflık ön plandadır.

Sonuç: Ödem, hipoalbuminemi, saç ve deri değişiklikleri protein eksikliğinin baskın olduğu kwashiorkor için tipiktir. Doğru cevap E'dir.

Kritik tuzak: Tüm ağır malnütrisyonu marasmus olarak adlandırmak.

Çeldirici analizi

- A) Marasmus:** Belirgin kas-yağ kaybı vardır ancak ödem ve tipik dermatoz beklenmez.
B) Skorbüt: C vitamini eksikliğinde diş eti kanaması, peteşi ve kemik ağrısı ön plandadır.
C) Raşitizm: Kemik deformiteleri ve vitamin D-kalsiyum metabolizması bulguları beklenir.
D) Çinko eksikliği: Periorifisyal dermatit ve alopesi olabilir ancak yaygın ödemli tabloyu tek başına açıklamaz.

41. Soru • Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve İmmünoloji • İmmün yetmezlikte aşılama**Doğru cevap: E — Canlı oral rotavirus aşısı | Zorluk: Zor | Süre: 105 sn**

Üç aylık erkek bebek kronik ishal, oral kandidiyazis ve tekrarlayan ciddi enfeksiyonlar nedeniyle değerlendirilip ağır kombine immün yetmezlik tanısı alıyor.

Aşağıdaki aşılarından hangisinin uygulanması kesinlikle uygun değildir?

Çözüm yolu

- SCID'de hücresel bağışıklık ağır derecede bozuktur.
- Canlı aşılar kontrolsüz çoğalabilir.
- Rotavirus aşısı canlı olduğundan kontrendikedir.

Sonuç: Ağır T hücre yetmezliğinde canlı aşılar yaygın aşı enfeksiyonuna yol açabilir. Rotavirus aşısı canlı oral aşıdır ve uygulanmamalıdır. Doğru cevap E'dir.

Kritik tuzak: Aşının oral olmasını güvenli sanmak; belirleyici olan canlı içeriktir.

Çeldirici analizi

- A) İnaktif poliovirus aşısı:** Canlı değildir; immün yanıt yetersiz olabilse de aşı enfeksiyonu yapmaz.
B) Konjuge pnömokok aşısı: İnaktif bir aşıdır.
C) Hepatit B aşısı: Rekombinant inaktif aşıdır.
D) Difteri-tetanoz-aselüler boğmaca aşısı: Canlı mikroorganizma içermez.

42. Soru • Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları • Kawasaki hastalığı**Doğru cevap: B — İntravenöz immüoglobulin ve asetilsalisilik asit | Zorluk: Kolay | Süre: 60 sn**

Dört yaşındaki çocukta altı gündür ateş, bilateral eksüdasız konjunktivit, çilek dili, polimorf döküntü, el ve ayaklarda ödem ile 2 cm servikal lenfadenopati vardır.

Koroner arter komplikasyonlarını azaltmak için en uygun başlangıç tedavisi aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Beş günden uzun ateş ve beş klasik bulgu vardır.
- Tanı Kawasaki hastalığıdır.
- IVIG koroner komplikasyon riskini azaltan temel tedavidir; aspirin eklenir.

Sonuç: Kawasaki hastalığında ilk 10 gün içinde IVIG ve aspirin verilmesi koroner arter anevrizması riskini azaltır. Doğru cevap B'dir.

Kritik tuzak: Konjunktivit ve servikal lenfadenopatiyi bakteriyel enfeksiyon olarak tedavi etmek.

Çeldirici analizi

A) Yalnız geniş spektrumlu antibiyotik: Kawasaki enfeksiyöz bakteriyel bir lenfadenit değildir ve koroner riski azaltmaz.

C) İntravenöz immüoglobulin ve asetilsalisilik asit dışı yalnız parasetamol: Ateşi azaltabilir ancak vaskülit ve koroner komplikasyonu önlemez.

D) Yüksek doz oral penisilin: Akut romatizmal ateş profilaksisiyle karıştırılmamalıdır.

E) Yalnız sistemik antihistaminik: Döküntüyü hedeflese de vaskülit tedavisi değildir.

43. Soru • Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları • Boğmaca temas profilaksisi**Doğru cevap: E — Makrolid ile temas sonrası profilaksi vermek | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Boğmaca tanısı doğrulanmış 2 aylık bebeğin aynı evde yaşayan, aşıları yaşına uygun 9 yaşındaki ablasında henüz semptom yoktur.

Ablası için en uygun yaklaşım aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Ev içi temas bulaş açısından yüksek risklidir.
- Aşı tamlığı hastalığı tamamen dışlamaz.
- Azitromisin gibi makrolid temas sonrası profilakside kullanılır.

Sonuç: Boğmaca olgusunun ev içi yakın temaslarına, özellikle duyarlı bir bebeğin bulunduğu ortamda, aşı durumundan bağımsız olarak makrolid profilaksisi verilir. Doğru cevap E'dir.

Kritik tuzak: Tam aşıli temaslıya hiçbir profilaksi gerekmediğini düşünmek.

Çeldirici analizi

A) Aşıları tam olduğu için hiçbir işlem yapmamak: Yakın ev içi temaslılara aşı durumundan bağımsız profilaksi önerilir.

B) Yalnız nazofarenks kültürü pozitifse tedavi vermek: Kültür sonucunu beklemek bulaş riskini uzatır.

C) Tek doz benzatin penisilin yapmak: Bordetella pertussis profilaksisinde kullanılmaz.

D) İki hafta okuldan uzaklaştırıp antibiyotik vermemek: İzolasyon tek başına yakın temas profilaksisinin yerini tutmaz.

44. Soru • Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları • Konjenital sitomegalovirus enfeksiyonu**Doğru cevap: A — Sitomegalovirus | Zorluk: Kolay | Süre: 60 sn**

Yenidoğanda mikrosefali, peteşiler, hepatosplenomegali ve sensörinöral işitme kaybı saptanıyor. Kraniyal ultrasonografide periventriküler kalsifikasyonlar görülüyor.

Bu tablonun en olası etkeni aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Kalsifikasyonların periventriküler dağılımı önemlidir.
- İşitme kaybı konjenital CMV'nin sık sekellerindendir.
- Sistemik retiküloendotelyal bulgular eşlik eder.

Sonuç: Periventriküler kalsifikasyon, mikrosefali, peteşi ve sensörinöral işitme kaybı konjenital CMV enfeksiyonu için tipiktir. Doğru cevap A'dır.

Kritik tuzak: Tüm intrakraniyal kalsifikasyonları toksoplazmoz olarak yorumlamak.

Çeldirici analizi

B) Toxoplasma gondii: Hidrosefali, diffüz intrakraniyal kalsifikasyon ve koryoretinit daha tipiktir.

C) Rubella virusu: Katarakt, PDA ve işitme kaybı klasik üçlüsüdür; periventriküler kalsifikasyon tipik değildir.

D) Herpes simpleks virusu: Veziküler lezyon, ensefalit ve göz tutulumu olabilir; bu klasik periventriküler patern beklenmez.

E) Treponema pallidum: Snuffles, döküntü ve kemik bulguları daha tipiktir.

45. Soru • Çocuk Kardiyolojisi • Ventriküler septal defekt**Doğru cevap: D — Küçük restriktif ventriküler septal defekt | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Üç aylık, kilo alımı normal ve asemptomatik bebekte sternum sol alt kenarında 4/6 şiddetinde kaba pansistolik üfürüm duyuluyor. İkinci kalp sesi normal, kalp yetersizliği bulgusu yoktur.

Bu bebek için en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Üfürüm pansistolik ve sol alt sternal kenardadır.
- Bebekte kalp yetersizliği yoktur.
- Küçük defekt yüksek hızlı jet nedeniyle daha gürültülü olabilir.

Sonuç: Küçük restriktif VSD, yüksek basınç gradyanı nedeniyle belirgin kaba pansistolik üfürüm yapabilir; bebek asemptomatik kalır. Doğru cevap D'dir.

Kritik tuzak: Üfürüm ne kadar şiddetliyse defekt o kadar büyük sanmak.

Çeldirici analizi

A) Geniş ventriküler septal defekt: Pulmoner akım artışı, taşipne, beslenme güçlüğü ve yetersiz kilo alımı beklenir; üfürüm bazen daha yumuşak olabilir.

B) Atrial septal defekt: Sabit çiftleşmiş S2 ve pulmoner odakta sistolik ejeksiyon üfürümü beklenir.

C) Patent duktus arteriozus: Sürekli makine üfürümü ve geniş nabız basıncı beklenir.

E) Fallot tetralojisi: Siyanoz ve pulmoner darlığa bağlı ejeksiyon üfürümü beklenir.

46. Soru • Çocuk Kardiyolojisi • Hipoksik nöbet**Doğru cevap: B — Diz-göğüs pozisyonu vermek | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Fallot tetralojisi tanılı 10 aylık bebek ağlama sonrası aniden morarıyor, huzursuzlaşıyor ve oksijen satürasyonu %60'a düşüyor.

Bu bebeğe uygulanması gereken ilk fiziksel manevra aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Hipoksik nöbette sağdan sola şant artmıştır.
- Sistemik vasküler direnci artırmak şantı azaltır.
- Diz-göğüs pozisyonu hızlı ve ilk uygulanabilir manevradır.

Sonuç: Diz-göğüs pozisyonu sistemik vasküler direnci artırır, sağdan sola şantı azaltır ve pulmoner kan akımını artırır. Doğru cevap B'dir.

Kritik tuzak: Oksijeni tek başına yeterli sanmak; hemodinamik manevra da gerekir.

Çeldirici analizi

A) Bebeği düz yatırıp bacaklarını aşağı sarkıtmak: Sistemik vasküler direnci azaltabilir ve sağdan sola şantı artırabilir.

C) Trendelenburg pozisyonu: Hipoksik nöbetin temel hemodinamiğini düzeltmez.

D) Karotis sinüs masajı: Aritmi manevrasıdır ve bebekte uygun değildir.

E) Valsalva manevrası yaptırmak: Uygulanabilir değildir ve tedavi amacı taşımaz.

47. Soru • Çocuk Kardiyolojisi • Aort koarktasyonu**Doğru cevap: A — Aort koarktasyonu | Zorluk: Kolay | Süre: 60 sn**

On iki yaşındaki çocukta baş ağrısı ve egzersizle bacak ağrısı vardır. Sağ kol kan basıncı 160/90 mmHg, bacak kan basıncı 105/65 mmHg'dir. Femoral nabızlar gecikmiş ve zayıftır.

Bu hasta için en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Kol ve bacak arasında anlamlı sistolik basınç farkı vardır.
- Femoral nabız gecikmiştir.
- Bu bulgular aort isthmus düzeyinde darlığı düşündürür.

Sonuç: Üst ekstremitelerde hipertansiyonu, alt ekstremitelerde düşük basınç ve radyofemoral gecikme aort koarktasyonunun klasik bulgularıdır. Doğru cevap A'dır.

Kritik tuzak: Çocuk hipertansiyonunu primer hipertansiyon olarak kabul edip nabızları karşılaştırmamak.

Çeldirici analizi

B) Patent duktus arteriozus: Geniş nabız basıncı ve sürekli üfürüm beklenir; kol-bacak basınç farkı bu şekilde olmaz.

C) Pulmoner stenoza: Sağ ventrikül çıkış obstrüksiyonudur; üst ekstremitelerde hipertansiyonu yapmaz.

D) Atrial septal defekt: Sabit S2 çiftleşmesi ve pulmoner ejeksiyon üfürümü beklenir.

E) Ebstein anomalisi: Triküspit kapak ve sağ kalp bulguları ön plandadır.

48. Soru • Çocuk Göğüs Hastalıkları • Akut bronşiolit**Doğru cevap: C — Destek tedavisi, oksijen ve hidrasyon | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Beş aylık bebek iki gündür burun akıntısı, öksürük ve hışıltı nedeniyle getiriliyor. Solunum sayısı 54/dakika, oksijen saturasyonu %90'dır; hafif subkostal çekilmesi vardır ve yeterli sıvı alamamaktadır. İlk bronşiolit atağıdır.

Bu bebek için en uygun tedavi yaklaşımı aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Yaş ve klinik tipik bronşiolitle uyumludur.
- Hipoksemi ve beslenme yetersizliği yatış/destek gerektirir.
- Rutin bronkodilatör, steroid ve antibiyotik önerilmez.

Sonuç: Akut bronşiolitin temel tedavisi destekleyicidir. Oksijen saturasyonu düşük ve oral alımı yetersiz olduğundan oksijen ile hidrasyon gerekir. Doğru cevap C'dir.

Kritik tuzak: Hışıltı gördüğünde otomatik olarak astım tedavisi vermek.

Çeldirici analizi

A) Rutin nebulize salbutamol ve taburculuk: Bronşiolitte rutin bronkodilatör önerilmez; hipoksemi ve beslenme yetersizliği vardır.

B) Yüksek doz sistemik kortikosteroid: İlk tipik bronşiolit atağında rutin yararı gösterilmemiştir.

D) Amoksisilin-klavulanat: Bakteriyel enfeksiyon bulgusu yoktur.

E) Rutin göğüs fizyoterapisi: Rutin kullanımın yararı yoktur ve temel tedavi değildir.

49. Soru • Çocuk Göğüs Hastalıkları • Çocukluk çağı astımı**Doğru cevap: E — Düşük doz inhale kortikosteroid | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Sekiz yaşındaki çocukta son iki ayda haftada dört gün öksürük-hışıltı, ayda üç gece semptom nedeniyle uyanma ve egzersizle yakınma vardır. Yalnız gerektiğinde kısa etkili beta₂ agonist kullanmaktadır. Spirometride reversibl obstrüksiyon saptanıyor.

En uygun düzenli kontrol edici tedavi aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Semptomlar haftada ikiden sık ve gece uyanmaları vardır.
- Reversibl obstrüksiyon astımı destekler.
- Düşük doz inhale kortikosteroid hava yolu inflamasyonunu kontrol eder.

Sonuç: Persistan astım bulguları olan okul çağındaki çocukta düşük doz inhale kortikosteroid uygun ilk kontrol edici tedavidir. Doğru cevap E'dir.

Kritik tuzak: Rahatlatıcı ilaç kullanımını kontrol edici tedavi yerine koymak.

Çeldirici analizi

A) Yalnız gerektiğinde kısa etkili beta₂ agonist: Semptom sıklığı düzenli antiinflamatuvar kontrol edici gerektirir.

B) Günlük oral prednizolon: Uzun süreli sistemik steroid ilk basamak değildir ve ciddi yan etkileri vardır.

C) Yalnız uzun etkili beta₂ agonist: Çocuk astımında LABA monoterapisi güvenli değildir.

D) Rutin antibiyotik profilaksisi: Astım kontrol tedavisi değildir.

50. Soru • Çocuk Gastroenterolojisi • Çölyak hastalığı ve IgA eksikliği**Doğru cevap: C — IgG sınıfı doku transglutaminaz veya deamide gliadin peptid antikorları | Zorluk: Zor | Süre: 105 sn**

Dokuz yaşındaki çocukta kronik ishal, demir eksikliği ve büyüme geriliği nedeniyle çölyak hastalığı araştırılıyor. Total serum IgA düzeyi belirgin düşük bulunuyor.

Bu hastada en uygun serolojik test aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Klinik çölyak hastalığını düşündürür.
- Total IgA düşüklüğü IgA-tTG'nin duyarlılığını azaltır.
- IgG tabanlı seroloji uygun alternatiftir.

Sonuç: IgA eksikliğinde IgA temelli çölyak testleri güvenilir değildir. IgG sınıfı tTG veya deamide gliadin peptid antikorları kullanılmalıdır. Doğru cevap C'dir.

Kritik tuzak: Total IgA'yı kontrol etmeden negatif IgA-tTG ile çölyakı dışlamak.

Çeldirici analizi

A) Yalnız IgA anti-doku transglutaminaz: IgA eksikliğinde yalancı negatif olabilir.

B) Yalnız total IgE: Çölyak taraması için kullanılmaz.

D) Anti-mitokondriyal antikor: Primer biliyer kolanjit ile ilişkilidir.

E) ASCA: Crohn hastalığında yardımcı olabilir; çölyak tarama testi değildir.

51. Soru • Çocuk Gastroenterolojisi • İnvajinasyon**Doğru cevap: B — Hava veya kontrast enema ile redüksiyon | Zorluk: Kolay | Süre: 60 sn**

On aylık bebek aralıklı şiddetli ağlama, bacaklarını karnına çekme ve kusma nedeniyle getiriliyor. Ultrasonografide hedef görünümü saptanıyor. Hemodinamik olarak stabil, peritonit ve perforasyon bulgusu yoktur.

Bu bebekte en uygun tedavi aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Klinik ve hedef görünümü invajinasyonu gösterir.
- Peritonit veya perforasyon yoktur.
- İlk tedavi radyolojik enema redüksiyonudur.

Sonuç: Stabil, perforasyon ve peritonit bulgusu olmayan invajinasyonda hava/kontrast enema hem tanısal hem tedavi edicidir. Doğru cevap B'dir.

Kritik tuzak: Her intestinal obstrüksiyonda doğrudan laparotomi gerektiğini düşünmek.

Çeldirici analizi

A) Acil laparotomi her durumda: Perforasyon, peritonit veya enema başarısızlığı yoksa önce nonoperatif redüksiyon tercih edilir.

C) Oral rehidrasyon ve gözlem: Mekanik invajinasyon kendi haline bırakılmamalıdır.

D) Yalnız antibiyotik: Enfeksiyon değil mekanik obstrüksiyon söz konusudur.

E) Piloromiyotomi: Hipertrofik pilor stenozunun tedavisidir.

52. Soru • Çocuk Endokrinolojisi • DKA'da serebral ödem**Doğru cevap: C — Hemen %3 hipertonik salin vermek | Zorluk: Zor | Süre: 105 sn**

Diyabetik ketoasidoz nedeniyle tedavi edilen 11 yaşındaki çocukta tedavinin altıncı saatinde şiddetli baş ağrısı, bradikardi, bilinç düzeyinde azalma ve tekrarlayan kusma gelişiyor.

Bu aşamada en uygun acil tedavi aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Nörolojik bozulma tedavi sırasında gelişmiştir.
- Bradikardi artmış kafa içi basıncı destekler.
- Osmoterapi gecikmeden başlanır; baş yükseltilir ve yoğun bakım desteği sağlanır.

Sonuç: DKA tedavisi sırasında baş ağrısı, bradikardi, kusma ve bilinç değişikliği serebral ödemi düşündürür. Görüntüleme beklenmeden hipertonik salin veya uygun doz mannitol verilmelidir. Doğru cevap C'dir.

Kritik tuzak: BT sonucunu bekleyerek osmoterapiyi geciktirmek.

Çeldirici analizi

A) Sıvı hızını artırıp gözlemlemek: Serebral ödem şüphesinde tedavi geciktirilmemeli; aşırı sıvı zararlı olabilir.

B) İnsülin dozunu iki katına çıkarmak: Serebral ödemi düzeltmez ve osmolalite değişimini hızlandırabilir.

D) Lomber ponksiyon yapmak: Artmış kafa içi basınçta tehlikelidir ve tanı klinikidir.

E) Yalnız parasetamol vermek: Yaşamı tehdit eden serebral ödemi tedavi etmez.

53. Soru • Çocuk Endokrinolojisi • Konjenital hipotiroidi**Doğru cevap: B — Levotiroksin tedavisine hemen başlamak | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Topuk kanı taramasında TSH yüksek bulunan 12 günlük bebeğin serum incelemesinde TSH 88 mIU/L, serbest T4 düşük bulunuyor. Fizik muayenede belirgin semptom yoktur.

En uygun yaklaşım aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- TSH yüksek, serbest T4 düşüktür; primer konjenital hipotiroidi vardır.
- Bebek asemptomatik olabilir.
- Tedavi ilk iki hafta içinde başlanmalıdır.

Sonuç: Konjenital hipotiroidide erken levotiroksin tedavisi nörogelişim için kritik önemdedir. Görüntüleme veya etiyolojik araştırma tedaviyi geciktirmemelidir. Doğru cevap B'dir.

Kritik tuzak: Klinik belirti yok diye tedaviyi ertelemek.

Çeldirici analizi

A) Bir ay sonra tiroid testlerini tekrarlamak: Nörogelişim kaybı riski nedeniyle tedavi geciktirilmez.

C) Radyoaktif iyot sintigrafisini beklemek: Etiyoloji araştırılabilir ancak tedavi geciktirilmemelidir.

D) Propiltiourasil başlamak: Hipertiroidi ilacıdır ve tabloyu ağırlaştırır.

E) Yalnız iyot desteği vermek: Konjenital hipotiroidinin standart tedavisi levotiroksindir.

54. Soru • Çocuk Endokrinolojisi • Konjenital adrenal hiperplazi**Doğru cevap: E — 17-hidroksiprogesteron | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

On günlük kız bebek kusma, kilo kaybı ve dehidratasyonla getiriliyor. Dış genital yapıda virilizasyon vardır. Serum sodyumu 124 mEq/L, potasyumu 6,4 mEq/L, glukozu 54 mg/dL'dir.

Bu tabloda yükselmesi en olası hormon öncülü aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Mineralokortikoid eksikliği tuz kaybı ve hiperkalemi yapar.
- Kortizol düşüklüğü hipoglisemiye katkıda bulunur.
- Androjen fazlalığı virilizasyon yapar ve 17-OHP yükselir.

Sonuç: Tuz kaybı, hiperkalemi ve virilizasyon klasik 21-hidroksilaz eksikliğini gösterir. Enzim bloğunun proksimalinde 17-hidroksiprogesteron birikir. Doğru cevap E'dir.

Kritik tuzak: Virilizasyonu 11-beta hidroksilaz eksikliğiyle karıştırıp hipertansiyonu gözden kaçırmak.

Çeldirici analizi

A) Aldosteron: 21-hidroksilaz eksikliğinde aldosteron sentezi azalır.

B) Kortizol: Kortizol sentezi azalır.

C) 11-deoksikortikosteron: 11-beta hidroksilaz eksikliğinde artar; o tabloda hipertansiyon beklenir.

D) Dehidroepiandrosteron sülfatın azalması: Androjen üretimi artar; azalma beklenmez.

55. Soru • Çocuk Hematolojisi • Akut lenfoblastik lösemi**Doğru cevap: A — TdT(+), CD10(+), CD19(+) hücreler | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Altı yaşındaki çocukta solukluk, kemik ağrısı ve hepatosplenomegali saptanıyor. Kemik iliğinde lenfoblastlar görülüyor.

Prekürsör B hücreli akut lenfoblastik lösemi için en olası immünofenotip aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Çocukluk çağında en sık ALL görülür.
- TdT lenfoid prekürsör immatürlüğünü gösterir.
- CD10 ve CD19 prekürsör B hücre kökenini destekler.

Sonuç: Prekürsör B-ALL'de immatürlük belirteci TdT ile B hücre belirteçleri CD19 ve sıklıkla CD10 pozitifdir. Doğru cevap A'dır.

Kritik tuzak: Miyeloperoksidaz pozitifliğini lenfoblastlarda beklemek.

Çeldirici analizi

B) Miyeloperoksidaz(+), CD13(+), CD33(+) hücreler: Akut miyeloid lösemi fenotipidir.

C) CD3(+), CD5(+), siklin D1(+) hücreler: Mantle hücreli lenfoma ve olgun T/B hücre belirteçlerini karıştırır.

D) CD20(+), CD10(+), BCL6(+) ve TdT(-) hücreler: Olgun germinal merkez B hücreli lenfoma fenotipine daha uygundur.

E) CD34(-), TdT(-), glikoforin A(+) hücreler: Eritroid seri fenotipini düşündürür.

56. Soru • Çocuk Onkolojisi • Wilms tümörü**Doğru cevap: D — Wilms tümörü | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Dört yaşındaki çocukta anne tarafından tesadüfen fark edilen ağrısız karın kitlesi vardır. Kitle düzgün sınırlı, böbrek kaynaklı ve orta hattı geçmiyor. Mikroskopik hematüri ve hipertansiyon saptanıyor.

Bu çocuk için en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Yaş Wilms tümörü için tipiktir.
- Kitle böbrek kaynaklı ve orta hattı geçmemektedir.
- Hematüri ve renin ilişkili hipertansiyon eşlik edebilir.

Sonuç: Okul öncesi çocukta böbrek kaynaklı, orta hattı geçmeyen ağrısız kitle, hematüri ve hipertansiyon Wilms tümörünü düşündürür. Doğru cevap D'dir.

Kritik tuzak: Her çocukluk çağı karın kitlesini nöroblastom olarak değerlendirmek.

Çeldirici analizi

A) Nöroblastom: Adrenal/simpatik zincir kaynaklıdır, sıklıkla orta hattı geçer ve katekolamin metabolitleri artabilir.

B) Hepatoblastom: Karaciğer kaynaklı kitle ve AFP yüksekliği beklenir.

C) Rabdomiyosarkom: Genitouriner bölgede olabilir ancak renal kitle ve klasik yaş-hipertansiyon örüntüsü daha az uyumludur.

E) Lenfoma: Yaygın lenfadenopati veya infiltratif kitle paterni beklenir.

57. Soru • Çocuk Nefrolojisi • Poststreptokoksik glomerülonefrit**Doğru cevap: C — Akut poststreptokoksik glomerülonefrit | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Sekiz yaşındaki çocuk impetigodan üç hafta sonra göz çevresinde şişlik, kola renginde idrar ve hipertansiyonla getiriliyor. İdrarda eritrosit silendirleri, serum C3 düzeyinde düşüklük saptanıyor.

Bu çocuk için en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- İmpetigo ile nefrit arasında latent dönem vardır.
- Ödem, hipertansiyon ve glomerüler hematüri nefritik sendromdur.
- Düşük C3 tanımı destekler.

Sonuç: Deri enfeksiyonundan 2-4 hafta sonra gelişen nefritik sendrom, eritrosit silendirleri ve geçici düşük C3 poststreptokoksik glomerülonefrit için tipiktir. Doğru cevap C'dir.

Kritik tuzak: Enfeksiyonla ilişkili tüm hematürilerde zaman aralığını önemsememek.

Çeldirici analizi

- A) IgA nefropatisi:** Hematüri enfeksiyonla eş zamanlı gelişir ve kompleman genellikle normaldir.
B) Minimal değişiklik hastalığı: Nefrotik sendrom yapar; eritrosit silendiri ve düşük C3 beklenmez.
D) Hemolitik üremik sendrom: Mikroanjiyopatik hemoliz ve trombositopeni beklenir.
E) Alport sendromu: Aile öyküsü, işitme/göz bulguları ve kronik seyir beklenir.

58. Soru • Çocuk Nefrolojisi • Minimal değişiklik hastalığı**Doğru cevap: B — Minimal değişiklik hastalığı | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Beş yaşındaki çocukta yaygın ödem, 4+ proteinüri, serum albümini 1,8 g/dL ve hiperlipidemi saptanıyor. Kan basıncı normal, böbrek fonksiyonları ve kompleman düzeyleri normaldir; hematüri yoktur.

Bu çocuk için en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Proteinüri, hipoalbuminemi, ödem ve hiperlipidemi nefrotik sendromdur.
- Nefritik bulgu yoktur.
- Bu yaş grubunda en sık neden minimal değişiklik hastalığıdır.

Sonuç: Okul öncesi çocukta saf nefrotik sendrom, normal kompleman ve normal böbrek fonksiyonları minimal değişiklik hastalığı için tipiktir. Doğru cevap B'dir.

Kritik tuzak: Ağır proteinüriyi otomatik olarak FSGS kabul etmek.

Çeldirici analizi

- A) Fokal segmental glomerüloskleroz:** Daha sık steroid direnci, hipertansiyon, hematüri veya böbrek işlev bozukluğu eşlik edebilir.
C) Membranoproliferatif glomerülonefrit: Düşük kompleman ve nefritik-nefrotik karışık tablo beklenir.
D) Poststreptokoksik glomerülonefrit: Hematüri, hipertansiyon ve düşük C3 beklenir.
E) IgA vaskülit nefriti: Purpura, karın/eklem bulguları ve hematüri beklenir.

59. Soru • Çocuk Nörolojisi • Basit febril nöbet**Doğru cevap: D — Aileyi bilgilendirmek; rutin sürekli antiepileptik tedavi başlamak | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Yirmi aylık çocuk 39°C ateş sırasında dört dakika süren jeneralize tonik-klonik nöbet geçiriyor. Aynı gün ikinci nöbet olmuyor, nörolojik muayene normal ve menenjit bulgusu yoktur.

Uzun dönem yaklaşım için en uygun seçenek aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Süre 15 dakikadan kısadır.
- Nöbet jeneralizedir ve 24 saatte tekrarlamamıştır.
- Bu nedenle basit febril nöbet tanımı karşılanır.

Sonuç: Nöbet jeneralize, 15 dakikadan kısa ve 24 saatte tekrarlamamıştır; basit febril nöbettir. Rutin kronik antiepileptik tedavi, EEG veya görüntüleme gerekmez; aile eğitimi esastır. Doğru cevap D'dir.

Kritik tuzak: Tek febril nöbeti epilepsi olarak kabul etmek.

Çeldirici analizi

- A) Fenobarbitali en az iki yıl sürekli kullanmak:** Basit febril nöbette yarar-zarar dengesi nedeniyle rutin kronik profilaksi önerilmez.
B) Her olguda lomber ponksiyon yapmak: Klinik menenjit şüphesi yoksa yaş ve aşı durumu da dikkate alınarak rutin değildir.
C) Elektroensefalografi sonucuna göre epilepsi tedavisi başlamak: Basit febril nöbette rutin EEG gerekmez ve epilepsi tanısı koydurmaz.
E) Beyin MR çekip sonuçlanana kadar hastanede yatırmak: Basit febril nöbette rutin nörogörüntüleme gerekmez.

60. Soru • Çocuk Nörolojisi • Duchenne musküler distrofi**Doğru cevap: A — Distrofin | Zorluk: Kolay | Süre: 60 sn**

Dört yaşındaki erkek çocuk koşarken sık düşme ve merdiven çıkmada zorlanma nedeniyle getiriliyor. Baldırlarda psödohipertrofi ve yerden kalkarken elleriyle uyluklarına tırmanma hareketi saptanıyor. Serum kreatin kinazı çok yüksektir.

Bu hastalıktan sorumlu protein aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Proksimal kas güçsüzlüğü Gowers bulgusuna yol açar.
- Baldır psödohipertrofisi ve çok yüksek CK tipiktir.
- Temel eksik protein distrofindir.

Sonuç: Gowers bulgusu, baldır psödohipertrofisi ve yüksek CK Duchenne musküler distrofiyi düşündürür. X'e bağlı distrofin genindeki patojenik varyantlar sorumludur. Doğru cevap A'dır.

Kritik tuzak: Psödohipertrofiyi gerçek kas gücü artışı sanmak.

Çeldirici analizi

B) Spektrin: Eritrosit membran iskelet proteini olup herediter sferositozla ilişkilidir.

C) Dinein: Silya hareketi ve bazı aksonal taşıma süreçleriyle ilişkilidir.

D) Fibrillin-1: Marfan sendromuyla ilişkilidir.

E) Merlin: Nörofibromatozis tip 2 ile ilişkilidir.

Cerrahi Tıp Bilimleri • Sorular 61-90**61. Soru • Genel Cerrahi • Gebelikte akut apandisit görüntülemesi****Doğru cevap: E — Kontrastsız abdominal manyetik rezonans görüntüleme | Zorluk: Zor | Süre: 105 sn**

Yirmi altı gebelik haftasındaki kadın hasta sağ alt kadranda ağrısı, bulantı ve lökositoz nedeniyle değerlendiriliyor. Ultrasonografide apandiks görüntülenemiyor; overler normal ve hasta hemodinamik olarak stabil bulunuyor. Akut apandisit kuşkusu devam ediyor.

Tanısal yaklaşımda bir sonraki en uygun görüntüleme yöntemi aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- İlk basamak ultrason yapılmış ancak nondiagnostiktir.
- Hasta stabil ve tanısal belirsizlik sürmektedir.
- MR hem apandiksi hem alternatif pelvik-abdominal nedenleri radyasyonsuz değerlendirir.

Sonuç: Gebede apandisit kuşkusu sürerken ultrason nondiagnostikse, iyonizan radyasyon içermeyen kontrastsız MR en uygun ikinci basamak görüntülemesidir. Doğru cevap E'dir.

Kritik tuzak: Gebelikte hiçbir ileri görüntüleme yapılamayacağını sanarak tanıyı geciktirmek.

Çeldirici analizi

A) Ayakta direkt karın grafisi: Apandisit dışlamak için duyarlılığı yetersizdir ve tanısal katkısı sınırlıdır.

B) Baryumlu kolon grafisi: Gebelikte uygun değildir ve akut apandisit değerlendirmesinde kullanılmaz.

C) Rutin kontrastlı bilgisayarlı tomografiyi ilk seçenek olarak yapmak: MR erişilebilir ve hasta stabilse iyonizan radyasyondan kaçınmak için önce MR tercih edilir.

D) Tanı kesinleşene kadar yalnız gözlem: Gecikme perforasyon riskini artırabilir; nondiagnostik ultrason sonrası ileri görüntüleme gerekir.

62. Soru • Genel Cerrahi • Sigmoid volvulus**Doğru cevap: C — Endoskopik detorsiyon ve rektal tüp yerleştirilmesi | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Yetmiş altı yaşındaki erkek hasta karında şişlik, gaz-gaita çıkaramama ve kramp tarzında ağrıyla başvuruyor. Direkt grafide pelvis kökenli, kahve çekirdeği görünümünde dilate kolon ansı izleniyor. Peritonit, serbest hava ve hemodinamik instabilite yoktur.

Bu hastada ilk tedavi yaklaşımı aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Kahve çekirdeği görünümü sigmoid volvulusu düşündürür.
- İskemi ve perforasyon bulgusu yoktur.
- Bu nedenle ilk tedavi endoskopik redüksiyondur.

Sonuç: Komplike olmayan sigmoid volvulusunda ilk yaklaşım fleksibl endoskopiyle detorsiyon ve dekompresyondur; ardından nüksü önlemek için elektif cerrahi planlanır. Doğru cevap C'dir.

Kritik tuzak: Volvulus tanısı konunca her durumda doğrudan acil rezeksiyon gerektiğini düşünmek.

Çeldirici analizi

A) Acil total kolektomi: İskemi, perforasyon veya başarısız endoskopik redüksiyon yoksa ilk adım değildir.

B) Yalnız nazogastrik dekompresyon: Sigmoid kolon torsiyonunu çözmez.

D) Baryumlu enema ile gecikmeli izlem: Tanı belirgindir; güncel akut tedavide kontrollü endoskopik detorsiyon tercih edilir.

E) Loperamid başlamak: Obstrüksiyonu ağırlaştırır ve kontrendikedir.

63. Soru • Genel Cerrahi • Akut mezenterik iske mi**Doğru cevap: E — Bilgisayarlı tomografik anjiyografi | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Atriyal fibrilasyonu olan 72 yaşındaki hasta ani başlayan şiddetli yaygın karın ağrısıyla başvuruyor. Ağrı çok belirgin olmasına karşın erken fizik muayenede yalnız hafif hassasiyet vardır. Laktat düzeyi yükselmeye başlamıştır.

Tanı için en uygun ilk ileri inceleme aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Atriyal fibrilasyon emboli riskini artırır.
- Erken dönemde ağrı muayeneden daha şiddetlidir.
- BT anjiyografi hızlı tanı ve tedavi planı sağlar.

Sonuç: Muayene bulgularıyla orantısız ağrı ve atriyal fibrilasyon akut embolik mezenterik iske miyi düşündürür. Hem damar açıklığını hem bağırsak duvarını değerlendiren BT anjiyografi ilk tercih incelemedir. Doğru cevap E'dir.

Kritik tuzak: Laktat normal veya hafif yüksekse mezenterik iske miyi dışlamak.

Çeldirici analizi

A) Ayakta direkt karın grafisi: Erken mezenterik iskemide normal olabilir ve damar anatomisini göstermez.

B) Kolonoskopi: Akut ince bağırsak arteriyel iskemisinde ilk tanı testi değildir ve gecikmeye yol açabilir.

C) Baryumlu ince bağırsak grafisi: Akut vasküler acilde uygun değildir.

D) Tanısal laparoskopiyi görüntüleme olmadan rutin ilk adım yapmak: Peritonit yok ve hasta stabilken hızlı BT anjiyografi damar tıkanıklığını ve bağırsak etkilenmesini gösterir.

64. Soru • Genel Cerrahi • Perfore divertikülit**Doğru cevap: A — Resüsitasyon ve geniş spektrumlu antibiyotik sonrası acil cerrahi kaynak kontrolü | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Altmış sekiz yaşındaki hasta ateş, yaygın karın ağrısı ve hipotansiyonla getiriliyor. Muayenede tahta karın ve yaygın rebound vardır. BT'de sigmoid kolon çevresinde serbest hava, yaygın sıvı ve fekal kontaminasyon saptanıyor.

En uygun tedavi yaklaşımı aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Hasta septik şok ve yaygın peritonit tablosundadır.
- BT serbest perforasyonu ve fekal kontaminasyonu gösterir.
- Antibiyotik tek başına yeterli değildir; acil kaynak kontrolü gerekir.

Sonuç: Serbest perforasyon, fekal peritonit ve hemodinamik instabilite acil cerrahi kaynak kontrolü gerektirir. Resüsitasyon ve antibiyotik cerrahiyle eş zamanlı yürütülür. Doğru cevap A'dır.

Kritik tuzak: Komplike divertikülitte lokal apse yönetimini serbest perforasyona uygulamak.

Çeldirici analizi

B) Yalnız oral antibiyotikle ayaktan izlem: Yaygın peritonit ve şok vardır; konservatif tedavi uygun değildir.

C) Kolonoskopik drenaj: Akut perforasyon ve peritonitte kolonoskopi tehlikeli ve yetersizdir.

D) Elektif cerrahiye altı hafta sonraya ertelemek: Hasta sepsiste ve kontaminasyon devam etmektedir.

E) Yalnız perkütan apse drenajı: Lokal sınırlı apse değil, serbest perforasyon ve fekal peritonit vardır.

65. Soru • Genel Cerrahi • Toksik megakolon**Doğru cevap: E — Loperamid | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Ülseratif kolit tanılı 30 yaşındaki hastada günde 12 kez kanlı dışkılama, ateş, taşikardi ve karın distansiyonu geliyor. Direkt grafide transvers kolon çapı 6,5 cm ölçülüyor.

Aşağıdaki ilaçlardan hangisinin kullanılması en sakıncalıdır?

Çözüm yolu

- Sistemik toksisite ve kolon dilatasyonu toksik megakolonu gösterir.
- Bağırsak hareketini baskılayan ilaçlardan kaçınılır.
- Yakın cerrahi izlem ve yoğun medikal tedavi gerekir.

Sonuç: Antimotilité ilaçları kolonik dilatasyonu artırıp perforasyon riskini yükseltebilir; toksik megakolonda loperamid kontrendikedir. Doğru cevap E'dir.

Kritik tuzak: Diyareyi azaltmanın her durumda yararlı olduğunu düşünmek.

Çeldirici analizi

A) İntravenöz kortikosteroid: Toksik megakolonda başlangıç medikal tedavisinin temelidir.

B) Geniş spektrumlu antibiyotik: Seçilmiş olgularda bakteriyel translokasyon ve sepsis riskine karşı kullanılabilir.

C) Venöz tromboemboli profilaksisi: Aktif kanamaya rağmen ağır İBH'de tromboz riski yüksektir ve uygun değerlendirmeye önerilir.

D) Sıvı-elektrolit replasmanı: Destek tedavisinin temelidir.

66. Soru • Genel Cerrahi • Boğulmuş kasık fıtığı**Doğru cevap: C — Resüsitasyon sonrası acil cerrahi eksplorasyon | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Yetmiş yaşındaki erkek hasta 8 saattir devam eden ağrılı sağ kasık şişliği ve kusmayla başvuruyor. Kitle gergin, eritemli ve redükte edilemiyor; laktat yüksek, karında yaygın hassasiyet vardır.

En uygun yaklaşım aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- İnkarerasyon mekanik obstrüksiyon yapmıştır.
- İskemi bulguları strangülasyonu düşündürür.
- Nekrotik bağırsak olasılığı nedeniyle acil ameliyat gerekir.

Sonuç: Eritemli, redükte edilemeyen ağrılı fıtık, laktat yüksekliği ve peritoneal bulgular strangülasyonu gösterir. Zorlayıcı taxis yapılmadan acil cerrahi eksplorasyon gerekir. Doğru cevap C'dir.

Kritik tuzak: Her inkarse fıtığı acil serviste zorla redükte etmeye çalışmak.

Çeldirici analizi

A) Sedasyon altında zorlayıcı manuel redüksiyon: Strangülasyon ve nekroz olasılığında nekrotik bağırsak karın içine itilebilir ve tanı gecikir.

B) Elektif ameliyat için bir hafta sonrasına randevu: İskemi ve perforasyon riski nedeniyle acildir.

D) Yalnız analjezik ve gözlem: Sistemik ve lokal strangülasyon bulguları vardır.

E) Kolonoskopik dekompresyon: Kasık fıtığı içindeki bağırsak strangülasyonunu tedavi etmez.

67. Soru • Genel Cerrahi • Postoperatif anastomoz kaçağı**Doğru cevap: C — İntravenöz kontrastlı abdominopelvik BT, uygun olguda rektal kontrastla | Zorluk: Zor | Süre: 105 sn**

Sol hemikolektomi sonrası beşinci günde hastada açıklanamayan taşikardi, ateş, giderek artan karın ağrısı ve ileus geliyor. Drenaj sıvısı bulanıklaşmış, CRP belirgin yükselmiştir. Hemodinamik olarak şimdilik stabildir.

Anastomoz kaçağını değerlendirmek için en uygun inceleme aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- POD 5'te ateş-taşikardi ve karın bulguları kaçak kuşkusunu artırır.
- Hasta görüntülemeye gidebilecek kadar stabildir.
- BT hem tanıyı hem perkütan drenaj planını destekler.

Sonuç: Postoperatif açıklanamayan taşikardi erken alarm bulgusudur. Stabil hastada kontrastlı BT, kaçak, serbest hava ve drenaj gerektiren koleksiyonları birlikte değerlendiren en uygun incelemedir. Doğru cevap C'dir.

Kritik tuzak: Taşikardiyi yalnız ağrı veya ateşe bağlayarak anastomoz kaçağını geciktirmek.

Çeldirici analizi

A) Ayakta direkt karın grafisiyle yetinmek: Serbest hava ve ileusu gösterebilir ancak kaçak ve koleksiyonu güvenilir değerlendirmez.

B) Kolonoskopi: Erken postoperatif anastomozda insuflasyon riski taşır ve ilk tercih değildir.

D) Baryumlu kolon grafisi: Baryum ekstravazasyonu periton için zararlıdır; modern değerlendirmede BT tercih edilir.

E) Yalnız serum amilazı: Kolorektal anastomoz kaçağını tanımlamaz.

68. Soru • Genel Cerrahi • Akut pankreatitte beslenme**Doğru cevap: A — Erken enteral beslenme | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Şiddetli akut pankreatit nedeniyle yoğun bakımda izlenen hastanın oral alımı mümkün değildir; bağırsak sesleri mevcut ve mekanik obstrüksiyon yoktur.

Beslenme desteği için en uygun yaklaşım aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Mekanik obstrüksiyon yoktur ve gastrointestinal yol kullanılabilir.
- Enteral beslenme bağırsak bariyerini korur.
- Parenteral beslenme enteral yol mümkün değilse düşünülür.

Sonuç: Şiddetli pankreatitte bağırsak kullanılabiliriyorsa erken enteral beslenme, parenteral beslenmeye göre enfeksiyöz komplikasyonları azaltır. Doğru cevap A'dır.

Kritik tuzak: Pankreası dinlendirmek için uzun süre mutlak açlık gerektiğini düşünmek.

Çeldirici analizi

B) En az bir hafta tam açlık: Uzamış açlık bağırsak bariyerini bozar ve enfeksiyon riskini artırabilir.

C) Rutin total parenteral beslenme: Enteral yol kullanılabiliriyorsa enfeksiyon ve komplikasyon riski nedeniyle öncelikli değildir.

D) Yalnız intravenöz dekstroz: Yeterli protein ve enerji sağlamaz.

E) Beslenmeyi lipaz normale dönene kadar ertelemek: Klinik tolerans sağlanabiliyorsa enzim normalleşmesini beklemek gerekmez.

69. Soru • Hepatobiliyer Cerrahi • Safra taşı pankreatiti ve kolanjit**Doğru cevap: A — Acil endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi ve biliyer drenaj | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Safra taşı pankreatiti tanısıyla yatırılan hastada ateş, sarılık ve sağ üst kadranda ağrısı gelişiyor. Bilirubin yükselmiş, koledok geniş ve distal koledokta taş izleniyor.

Bu hastada en uygun acil girişim aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Charcot üçlüsü akut kolanjiti düşündürür.
- Görüntüleme koledok taşını ve obstrüksiyonu gösterir.
- Enfekte sistemde kaynak kontrolü ERCP ile sağlanır.

Sonuç: Pankreatite eşlik eden akut kolanjit ve devam eden koledok obstrüksiyonu acil ERCP ile sfinkterotomi/taş çıkarılması ve drenaj endikasyonudur. Doğru cevap A'dır.

Kritik tuzak: Her safra taşı pankreatitinde ERCP yapmak; burada belirleyici kolanjit ve obstrüksiyondur.

Çeldirici analizi

B) Sadece analjezi ve ertesi ay kontrol: Akut kolanjit ve obstrüksiyon acil drenaj gerektirir.

C) Acil açık kolesistektomi, koledok değerlendirmeden: Öncelik enfekte obstrükte safra yolunun drenajıdır.

D) Perkütan karaciğer biyopsisi: Tanı ve tedaviye katkı sağlamaz.

E) Yalnız ursodeoksikolik asit: Akut taş obstrüksiyonunu ve kolanjiti gidermez.

70. Soru • Hepatobiliyer Cerrahi • Akut kolesistit**Doğru cevap: B — Aynı yatışta erken laparoskopik kolesistektomi | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Kırk sekiz yaşındaki kadın hasta 36 saattir süren sağ üst kadranda ağrısı, ateş ve kusmayla başvuruyor. Ultrasonografide safra kesesi duvar kalınlaşması, perikolesistik sıvı ve sonografik Murphy bulgusu vardır. Cerrahi riski düşüktür.

En uygun tedavi yaklaşımı aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Klinik ve ultrasonografi akut kolesistiti doğrular.
- Hasta erken cerrahi için uygundur.
- Antibiyotik ve destek sonrası aynı yatışta laparoskopik kolesistektomi yapılır.

Sonuç: Cerrahi riski düşük akut kolesistit hastasında aynı yatışta erken laparoskopik kolesistektomi standart yaklaşımdır. Doğru cevap B'dir.

Kritik tuzak: Akut inflamasyon varken cerrahi yapılmaz şeklindeki eski yaklaşımı genellemek.

Çeldirici analizi

A) Altı hafta yalnız antibiyotik sonrası zorunlu gecikmiş cerrahi: Uygun cerrahi adayında erken kolesistektomi hastane yatışı ve nüksü azaltır.

C) Rutin ERCP: Koledok taşı veya kolanjit bulgusu yoktur.

D) Perkütan kolesistostomi: Yüksek cerrahi riskli veya kritik hastalarda köprü tedavisidir.

E) Ursodeoksikolik asit: Akut kolesistit tedavisi değildir.

71. Soru • Hepatobiliyer Cerrahi • Hepatoselüler karsinom ve transplantasyon**Doğru cevap: E — Karaciğer transplantasyonu | Zorluk: Zor | Süre: 105 sn**

Hepatit B'ye bağlı sirozu olan 56 yaşındaki hastada karaciğerde tek 2,4 cm hepatoselüler karsinom saptanıyor. Uzak metastaz ve damar invazyonu yoktur. Hasta Child-Pugh B, portal hipertansiyonu ve özofagus varisleri vardır.

Bu hasta için en uygun küratif tedavi aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Tümör erken evrededir ve Milan sınırları içindedir.
- Portal hipertansiyon rezeksiyon için olumsuzdur.
- Transplantasyon alta yatan sirozu da ortadan kaldırır.

Sonuç: Tek küçük tümör, damar invazyonu ve metastaz olmaması transplantasyon ölçütleriyle uyumludur. Portal hipertansiyon ve sınırlı karaciğer rezervi nedeniyle transplantasyon hem tümörü hem sirozu tedavi eder. Doğru cevap E'dir.

Kritik tuzak: Tüm küçük HCC'lerde otomatik olarak rezeksiyon seçmek; karaciğer rezervi ve portal hipertansiyon belirleyicidir.

Çeldirici analizi

A) Geniş anatomik karaciğer rezeksiyonu: Portal hipertansiyon ve Child-Pugh B karaciğer rezervi rezeksiyon riskini artırır.

B) Yalnız sistemik immünoterapi: Erken evre, transplant ölçütlerini karşılayan hastada küratif yerel yaklaşım önceliklidir.

C) Transarteriyel kemoembolizasyon: Köprü tedavisi olabilir ancak uygun transplant adayında nihai küratif seçenek değildir.

D) Sadece izlem: HCC tedavisiz bırakılmamalıdır.

72. Soru • Hepatobiliyer Cerrahi • Pankreas başı kanseri**Doğru cevap: B — Pankreatikoduodenektomi | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Altmış dört yaşındaki hasta ağrısız ilerleyici sarılık, kilo kaybı ve kaşıntıyla başvuruyor. BT'de pankreas başında 2,5 cm kitle, koledok ve pankreatik kanalda birlikte genişleme saptanıyor. Uzak metastaz, çölyak veya superior mezenterik arter tutulumu yoktur.

En uygun tedavi yaklaşımı aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Çift kanal bulgusu pankreas başı obstrüksiyonunu destekler.
- Damar invazyonu ve metastaz olmadığı için tümör rezeke edilebilir görünmektedir.
- Baş yerleşimli tümörde Whipple tipi pankreatikoduodenektomi yapılır.

Sonuç: Rezeke edilebilir pankreas başı adenokarsinomunun cerrahi tedavisi pankreatikoduodenektomidir. Doğru cevap B'dir.

Kritik tuzak: Sarılığı stentle düzeltmeyi tümörün nihai tedavisi sanmak.

Çeldirici analizi

A) Distal pankreatektomi: Pankreas gövde-kuyruk tümörleri için uygundur.

C) Yalnız endoskopik biliyer stent ve kalıcı izlem: Stent palyasyon veya seçilmiş preoperatif durumlar içindir; rezeke edilebilir tümörde küratif değildir.

D) Total gastrektomi: Tümör lokalizasyonuna yönelik uygun rezeksiyon değildir.

E) Yalnız radyoterapi: Rezeksiyon şansı olan hastada tek başına küratif standart değildir.

73. Soru • Travma Cerrahisi • Pelvik travma**Doğru cevap: A — Pelvik kuşak uygulamak ve masif transfüzyon protokolünü başlatmak | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Yüksek enerjili trafik kazası sonrası getirilen hastanın kan basıncı 78/46 mmHg'dir. Pelvis instabil, alt karında ekimoz vardır. FAST incelemesinde intraperitoneal serbest sıvı saptanmıyor.

İlk dakikalarda uygulanması gereken en uygun yaklaşım aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- FAST negatifliği retroperitoneal pelvik kanamayı dışlamaz.
- Pelvik stabilizasyon kanama yüzeyini ve hacmini azaltır.
- Hemostatik resüsitasyon gecikmeden başlatılır; sonraki kanama kontrolü anjiyoembolizasyon veya cerrahi olabilir.

Sonuç: İnstabil pelvik kırık büyük retroperitoneal kanama kaynağı olabilir. Pelvik kuşak hacmi azaltır; dengeli kan ürünü resüsitasyonu masif kanamayı yönetir. Doğru cevap A'dır.

Kritik tuzak: FAST negatifse ciddi kanama yoktur sanmak.

Çeldirici analizi

B) Hastayı yürütüp pelvis grafisi çekmek: Hemodinamik instabil travma hastasında güvenli değildir.

C) Yalnız kristaloid ile uzun süre resüsitasyon: Kanama kontrolünü sağlamaz ve koagülopatiyi ağırlaştırabilir.

D) Kolonoskopi: Akut resüsitasyon ve kanama kontrolüne katkı sağlamaz.

E) Elektif MR planlamak: Hemodinamik instabilitede uygun değildir.

74. Soru • Travma Cerrahisi • Tansiyon pnömotoraks**Doğru cevap: B — Görüntüleme beklemeden acil torasik dekompresyon | Zorluk: Kolay | Süre: 60 sn**

Göğüs travması sonrası hastada ani ağır dispne, hipotansiyon, tek taraflı solunum sesi kaybı, boyun ven dolgunluğu ve trakeanın karşı tarafa deviasyonu saptanıyor.

Bir sonraki en uygun işlem aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Tek taraflı solunum sesi kaybı ve hipotansiyon obstrüktif şoku gösterir.
- Trakeal deviasyon ve juguler dolgunluk tanıyı güçlendirir.
- Görüntüleme beklenmeden dekompresyon gerekir.

Sonuç: Tansiyon pnömotoraks klinik olarak tanınır ve iğne/finger torakostomiyle hemen dekomprese edilir; ardından tüp torakostomi yapılır. Doğru cevap B'dir.

Kritik tuzak: Tanıyı görüntüyle kanıtlama isteği nedeniyle yaşam kurtarıcı işlemi geciktirmek.

Çeldirici analizi

A) Önce akciğer grafisi çekmek: Tansiyon pnömotoraks klinik tanıdır; görüntüleme gecikmesi ölümcül olabilir.

C) Yalnız oksijen verip gözlemek: Obstrüktif şoku düzeltmez.

D) Perikardiyosentez: Kardiyak tamponad tedavisidir.

E) Bronkoskopi: İlk yaşam kurtarıcı girişim değildir.

75. Soru • Travma Cerrahisi • Künt dalak yaralanması**Doğru cevap: C — Yakın izlemle nonoperatif tedavi | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Künt karın travması sonrası BT'de grade III dalak yaralanması saptanan 28 yaşındaki hastanın kan basıncı 118/74 mmHg, nabızı 82/dakikadır. Seri hemoglobin ölçümleri stabil, peritonit ve aktif kontrast ekstrevasyonu yoktur.

En uygun yaklaşım aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Karar yalnız yaralanma derecesine değil hemodinamiye dayanır.
- Aktif ekstrevasyon ve hemoglobin düşüşü yoktur.
- Yoğun izlem ve gerektiğinde anjiyoembolizasyon olanağıyla dalak korunur.

Sonuç: Hemodinamik olarak stabil, peritonitsiz ve aktif kanama bulgusu olmayan künt dalak yaralanması yakın izlemle nonoperatif yönetilebilir. Doğru cevap C'dir.

Kritik tuzak: Yaralanma derecesi yüksek diye hemodinamiden bağımsız splenektomi yapmak.

Çeldirici analizi

A) Rutin acil splenektomi: Hemodinamik stabil, aktif kanaması olmayan hastada dalak koruyucu nonoperatif yaklaşım tercih edilir.

B) Tanısal peritoneal lavaj: BT tanıyı koymuştur ve hasta stabildir.

D) Acil laparotomi ve total gastrektomi: Endikasyon ve hedef organla ilişkili değildir.

E) Antikoagülan başlamak: Akut travmatik kanama riskini artırır.

76. Soru • Yanık Cerrahisi • Yanık sıvı resüsitasyonu**Doğru cevap: C — 4.200 mL | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Yetmiş kilogram ağırlığındaki erişkinde alev yanığı sonrası toplam vücut yüzey alanının %30'u ikinci-üçüncü derece yanmıştır. Parkland formülü kullanılacaktır.

İlk 8 saatte verilmesi planlanan laktatlı Ringer miktarı yaklaşık kaç mL'dir?

Çözüm yolu

- 24 saatlik toplam: $4 \times 70 \times 30 = 8.400$ mL.
- İlk yarısı yaralanma anından itibaren ilk 8 saatte verilir.
- Sonuç 4.200 mL'dir; klinik idrar çıkışına göre titre edilir.

Sonuç: Parkland toplamı $4 \text{ mL} \times 70 \text{ kg} \times 30 = 8.400 \text{ mL}/24$ saattir. Bunun yarısı ilk 8 saatte, yarısı sonraki 16 saatte verilir; ilk 8 saat miktarı 4.200 mL'dir. Doğru cevap C'dir.

Kritik tuzak: İlk 8 saati hastaneye gelişten değil yanık anından başlatmak gerektiğini unutmak.

Çeldirici analizi

A) 2.100 mL: Parkland toplamının dörtte biridir; ilk 8 saatte toplamın yarısı verilir.

B) 8.400 mL: Bu 24 saatlik toplam sıvı miktarıdır, ilk 8 saatlik değil.

D) 12.600 mL: Formülün üzerinde aşırı sıvı yüküdür.

E) 21.000 mL: Yanık yüzdesi ve katsayı yanlış uygulanmıştır.

77. Soru • Meme Cerrahisi • Şüpheli meme kitlesi**Doğru cevap: D — Görüntüleme eşliğinde kalın iğne (core) biyopsisi | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Kırk altı yaşındaki kadında 2 cm, düzensiz sınırlı, sert ve fikse meme kitlesi saptanıyor. Mamografi ve ultrasonografi BI-RADS 5 olarak raporlanıyor.

Doku tanısı için en uygun yöntem aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- BI-RADS 5 biyopsi gerektirir.
- Core biyopsi yeterli doku mimarisi sağlar.
- Tanı ve moleküler belirteçler cerrahi-onkolojik planı yönlendirir.

Sonuç: Şüpheli solid meme lezyonunda görüntüleme eşliğinde core biyopsi histoloji, invazyon ve reseptör incelemesi için en uygun tanısal yöntemdir. Doğru cevap D'dir.

Kritik tuzak: Yüksek şüpheli lezyonda takip görüntülemesini seçmek.

Çeldirici analizi

A) Altı ay sonra kontrol ultrasonografisi: BI-RADS 5 lezyon yüksek malignite olasılığı taşır ve gecikmeden biyopsi gerekir.

B) Yalnız ince iğne aspirasyon sitolojisi: Sitoloji invazyon ve reseptör değerlendirmesi için daha sınırlıdır; core biyopsi tercih edilir.

C) Doğrudan mastektomi: Cerrahi plan öncesi histolojik tanı ve biyobelirteçler gerekir.

E) Serum CA 15-3 ölçümü: Primer tanı için yeterli değildir.

78. Soru • Meme Cerrahisi • Duktal karsinoma in situ**Doğru cevap: E — Mastektomi ile birlikte sentinel lenf nodu biyopsisi | Zorluk: Zor | Süre: 105 sn**

Ellili iki yaşındaki kadında memenin birden fazla kadrana yayılan 8 cm'lik segmental mikrokalsifikasyon alanının biyopsisi yüksek dereceli duktal karsinoma in situ olarak raporlanıyor. Meme koruyucu cerrahiyle temiz sınır sağlanması beklenmiyor.

En uygun cerrahi yaklaşım aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Hastalık yaygın olduğu için meme koruyucu cerrahi uygun değildir.
- Saf DCIS'de rutin aksiller diseksiyon gerekmez.
- Mastektomi sırasında sentinel nod biyopsisi, sonradan saptanabilecek invazyon için evreleme olanağı sağlar.

Sonuç: Yaygın DCIS'de mastektomi uygundur. Mastektomi sonrası sentinel nod haritalaması yapılamayacağından, olası okült invazyon için sentinel lenf nodu biyopsisi aynı seansta yapılır. Doğru cevap E'dir.

Kritik tuzak: DCIS invaziv değildir diyerek mastektomi sırasında sentinel nodu tamamen atlamak.

Çeldirici analizi

A) Yalnız geniş lokal eksizyon: Yaygın multicentrik hastalıkta temiz sınır ve kozmetik sonuç sağlanamayabilir.

B) Mastektomi ve rutin tam aksiller diseksiyon: Saf DCIS'de rutin aksiller diseksiyon gerekmez.

C) Yalnız radyoterapi: Doku hastalığını cerrahi olarak ortadan kaldırmaz.

D) Neoadjuvan kemoterapi: Saf DCIS için standart değildir.

79. Soru • Endokrin Cerrahisi • Tiroid nodülüne yaklaşım**Doğru cevap: A — Tiroid sintigrafisi | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Kırk iki yaşındaki kadında ultrasonografide 2,1 cm solid tiroid nodülü saptanıyor. TSH 0,03 mIU/L, serbest T4 normaldir.

Bir sonraki en uygun tanısal adım aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- TSH düşük olduğu için otonom hormon üretimi olasılığı vardır.
- Sintigrafi sıcak ve soğuk nodülü ayırır.
- Biyopsi kararı sintigrafi ve ultrason riskine göre verilir.

Sonuç: Tiroid nodülünde TSH baskılıysa önce radionüklid sintigrafiyle nodülün hiperfonksiyonel olup olmadığı değerlendirilir. Doğru cevap A'dır.

Kritik tuzak: Her 1 cm üzeri nodülde TSH sonucunu göz ardı ederek biyopsiye geçmek.

Çeldirici analizi

B) Doğrudan total tiroidektomi: Fonksiyonel durum ve sitolojik risk değerlendirilmeden cerrahi kararı verilmez.

C) TSH baskılı olmasına rağmen önce ince iğne aspirasyon biyopsisi: Önce nodülün hiperfonksiyonel olup olmadığı belirlenmelidir; sıcak nodüllerde malignite riski düşüktür.

D) Boyun bilgisayarlı tomografisi: İlk fonksiyonel değerlendirme testi değildir.

E) Serum tiroglobulin düzeyi: Primer tiroid nodülü tanısında ayırıcı test değildir.

80. Soru • Üroloji • Testis torsiyonu**Doğru cevap: D — Doppler sonucunu beklemeden acil cerrahi eksplorasyon ve bilateral orşiopeksi | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

On altı yaşındaki erkek hasta üç saat önce başlayan ani şiddetli sol skrotal ağrı ve bulantıyla başvuruyor. Sol testis yukarı yerleşimli ve yatay duruyor; kremaster refleksi alınamıyor.

En uygun yaklaşım aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Ani ağrı, yüksek-yatay testis ve kayıp kremaster refleksi torsiyonu gösterir.
- Testis canlılığı saatler içinde azalır.
- Acil eksplorasyon, detorsiyon ve bilateral orşiopeksi yapılır.

Sonuç: Klasik testis torsiyonu bulguları ve kısa semptom süresinde görüntüleme cerrahiye geciktirmemelidir. Detorsiyon sonrası anatomik yatkınlık bilateral olduğundan her iki testis fiks edilir. Doğru cevap D'dir.

Kritik tuzak: Tanı çok güçlü olsa da Doppler bekleyerek cerrahiye geciktirmek.

Çeldirici analizi

A) Oral antibiyotik verip 48 saat izlemek: Epididimitten çok torsiyon bulguları vardır; gecikme testis kaybına yol açar.

B) Yalnız analjezik ve skrotal elevasyon: İskemiye düzeltmez.

C) Elektif orşiopeksi bir ay sonra planlamak: Torsiyon zaman duyarlı cerrahi acildir.

E) Sadece etkilenen testise iğne aspirasyonu: Tanı ve tedavide yeri yoktur.

81. Soru • Üroloji • Enfekte obstrüktif üriner sistem**Doğru cevap: A — İntravenöz antibiyotik ve acil üriner sistem dekompresyonu | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Elli sekiz yaşındaki hasta ateş, titreme ve sağ yan ağrısıyla başvuruyor. Kan basıncı 88/54 mmHg, lökosit 19.000/mm³tür. BT'de sağ proksimal üreterde 9 mm taş ve belirgin hidronefroz saptanıyor.

En uygun acil yaklaşım aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Taş hidronefroz ve obstrüksiyon yapmıştır.
- Ateş, hipotansiyon ve lökositöz ürosepsisi gösterir.
- Antibiyotik tek başına kapalı enfekte sistemi sterilize edemez; drenaj gerekir.

Sonuç: Enfekte ve obstrükte üriner sistem ürolojik acildir. Antibiyotikle birlikte üreteral stent veya perkütan nefrostomiyle acil drenaj yapılmalıdır. Doğru cevap A'dır.

Kritik tuzak: Taşı hemen kırmaya odaklanıp septik sistemi önce drene etmemek.

Çeldirici analizi

B) Yalnız oral antibiyotik ve evde izlem: Sepsis ve obstrüksiyon vardır; kaynak kontrolü gerekir.

C) Acil ekstrakorporeal şok dalga litotripsisi: Septik obstrüksiyonda öncelik drenajdır; taşın kesin tedavisi stabilizasyon sonrası yapılır.

D) Yalnız alfa blokör: Bu boyuttaki enfekte obstrüksiyonda medikal taş düşürme tedavisi yetersiz ve tehlikelidir.

E) Sıvı kısıtlaması: Şok tablosunu ağırlaştırır ve kaynak kontrolü sağlamaz.

82. Soru • Ortopedi ve Travmatoloji • Akut kompartman sendromu**Doğru cevap: B — Alçıyı açıp acil fasiyotomi yapmak | Zorluk: Kolay | Süre: 60 sn**

Tibia kırığı sonrası alçı uygulanan hastada giderek artan, analjezikle geçmeyen ağrı ve parmakların pasif gerilmesiyle şiddetli ağrı geliyor. Ön bacak kompartmanı gergin, distal nabızlar alınabiliyor.

En uygun tedavi aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Erken en duyarlı bulgu orantısız ağrıdır.
- Pasif germe ağrısı ve gerginlik tanıyı güçlendirir.
- Basınç acilen azaltılmalıdır; gecikme kas ve sinir nekrozuna yol açar.

Sonuç: Orantısız ağrı, pasif germe ağrısı ve gergin kompartman akut kompartman sendromunu gösterir. Nabız varlığı dışlamaz; acil dekompresif fasiyotomi gerekir. Doğru cevap B'dir.

Kritik tuzak: Distal nabız varlığını kompartman sendromunu dışlatan bulgu sanmak.

Çeldirici analizi

A) Nabızlar alındığı için yalnız gözlem: Kompartman sendromunda nabız geç döneme kadar korunabilir.

C) Bacağı kalp seviyesinin çok üzerine kaldırmak: Perfüzyon basıncını azaltabilir; kesin tedavi değildir.

D) Yalnız nonsteroid antiinflamatuvar vermek: İskemiye düzeltmez ve tanıyı geciktirir.

E) Bir hafta sonra elektif EMG: Akut iskemi saatler içinde kalıcı hasar yapar.

83. Soru • Beyin ve Sinir Cerrahisi • Kauda ekuina sendromu**Doğru cevap: B — Acil lomber MR ve cerrahi dekompresyon değerlendirmesi | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Bel fıtığı öyküsü olan 49 yaşındaki hastada yeni gelişen idrar retansiyonu, eyer tarzı duyu kaybı ve iki bacakta ilerleyen güçsüzlük saptanıyor.

En uygun yaklaşım aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Sfinkter disfonksiyonu kırmızı bayraktır.
- Eyer duyu kaybı sakral kök basısını gösterir.
- Gecikmeden görüntüleme ve cerrahi görüş gerekir.

Sonuç: İdrar retansiyonu, eyer anestezi ve bilateral nörolojik defisit kauda ekuina sendromunu gösterir. Acil MR ve hızlı cerrahi dekompresyon gerekir. Doğru cevap B'dir.

Kritik tuzak: Bel fıtığı olgularının çoğu konservatif tedavi edilir bilgisini nörolojik acile genellemek.

Çeldirici analizi

A) Altı hafta fizik tedavi ve kontrol: Kauda ekuina bulguları geri dönüşsüz nörolojik hasar riski taşır.

C) Yalnız epidural steroid enjeksiyonu: Acil kompresyonu ve sfinkter disfonksiyonunu çözmez.

D) Elektif EMG sonucunu beklemek: Tanı ve dekompresyonu geciktirir.

E) Sadece analjezik ve yatak istirahati: Nörolojik acili tedavi etmez.

84. Soru • Beyin ve Sinir Cerrahisi • Epidural hematoma**Doğru cevap: E — Acil nöroşirürjik hematoma boşaltılması | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Motosiklet kazası sonrası kısa süre bilinç kaybı olan 22 yaşındaki hasta bir süre tamamen normale dönüyor, ardından hızla kötüleşiyor. BT'de temporal bölgede bikonveks hiperdens koleksiyon ve orta hat kayması saptanıyor.

Bu hasta için en uygun yaklaşım aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Temporal travma orta meningeal arter yaralanmasına yol açabilir.
- Epidural kanama suturelerle sınırlı bikonveks görünür.
- Kitle etkisi hızla artabileceği için acil evakuasyon yapılır.

Sonuç: Lucid interval ve bikonveks temporal hematoma epidural hematoma düşündürür. Klinik kötüleşme ve orta hat kayması acil cerrahi boşaltma gerektirir. Doğru cevap E'dir.

Kritik tuzak: Lucid intervaldeki geçici iyiliği güvenli dönem sanmak.

Çeldirici analizi

A) Yalnız seri nörolojik muayene: Orta hat kayması ve klinik kötüleşme cerrahi endikasyondur.

B) Trombolitik tedavi: Kanamayı artırır ve kontrendikedir.

C) Lomber ponksiyon: Kitle etkisinde herniasyon riski taşır.

D) Oral antiepileptik verip taburculuk: Yaşamı tehdit eden kitle etkisini tedavi etmez.

85. Soru • Beyin ve Sinir Cerrahisi • Subaraknoid kanama tanısı**Doğru cevap: E — Lomber ponksiyonla ksantokromi ve eritrosit değerlendirmesi | Zorluk: Zor | Süre: 105 sn**

Elli yaşındaki kadın 12 saat önce hayatının en şiddetli baş ağrısının aniden başladığını belirtiyor. Nörolojik muayene normaldir. Kontrastsız kraniyal BT'de kanama görülüyor ancak klinik şüphe yüksek kalıyor.

Bir sonraki en uygun tanısal adım aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Baş ağrısı ani ve maksimal başlangıçlıdır.
- BT 12. saatte negatif olsa da SAK'ı tamamen dışlamaz.
- Kitle etkisi yoksa LP tanısal tamamlayıcıdır; ardından anevrizma görüntülemesi yapılır.

Sonuç: Başlangıçtan saatler sonra BT duyarlılığı azalabilir. Yüksek klinik şüphe ve negatif BT sonrası lomber ponksiyonda ksantokromi/kalıcı eritrosit araştırılır. Doğru cevap E'dir.

Kritik tuzak: Negatif BT'yi zaman bağımsız olarak kesin dışlama kabul etmek.

Çeldirici analizi

A) Baş ağrısı geçerse değerlendirmeyi sonlandırmak: Sentinel kanama gözden kaçabilir ve yeniden kanama riski vardır.

B) Elektroensefalografi: Subaraknoid kanamayı dışlamaz.

C) Sinüs grafisi: Baş ağrısının vasküler acil nedenini değerlendirmez.

D) Yalnız serum D-dimer: SAK tanısında güvenilir dışlama testi değildir.

86. Soru • Anesteziyoloji ve Reanimasyon • Malign hipertermi**Doğru cevap: D — Dantrolen | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Genel anestezi sırasında hastada hızla artan end-tidal CO₂, taşikardi, masseter rijiditesi, metabolik asidoz ve daha sonra hipertermi gelişiyor.

Özgül tedavide kullanılması gereken ilaç aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Erken yükselen ETCO₂ ve kas rijiditesi tipiktir.
- Tetikleyiciler kesilir, %100 oksijen ve aktif soğutma başlanır.
- Özgül antidot dantrolendir.

Sonuç: Malign hipertermi volatil anestezikler veya süksinilkolinle tetiklenen iskelet kası kalsiyum salınım bozukluğudur. Dantrolen ryanodin reseptörü üzerinden kalsiyum salınımını azaltır. Doğru cevap D'dir.

Kritik tuzak: Hiperterminin geç bulgu olduğunu gözden kaçırıp tanıyı yalnız ateşe bağlamak.

Çeldirici analizi

A) Atropin: Bradikardi tedavisinde kullanılır; ryanodin reseptörü kaynaklı kas hipermetabolizmasını durdurmaz.

B) Nalokson: Opioid antagonisti olup malign hipertermi tedavisi değildir.

C) Sugammadex: Bazı nöromusküler blokörleri geri çevirir ancak malign hipertermiyi tedavi etmez.

E) Protamin: Heparin antagonisti olup ilgisizdir.

87. Soru • Anesteziyoloji ve Reanimasyon • Perioperatif anafilaksi**Doğru cevap: B — Epinefrin | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Anestezi indüksiyonundan dakikalar sonra hastada yaygın eritem, bronkospazm ve 55/30 mmHg hipotansiyon geliyor.

İlk tercih ilaç aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Başlangıç çok hızlı ve iki sistem tutulumu vardır.
- Hipotansiyon yaşamı tehdit eder.
- Epinefrin gecikmeden uygulanır; sıvı ve havayolu desteği eşlik eder.

Sonuç: Anafilakside vazokonstriksiyon, bronkodilatasyon ve kardiyak destek sağlayan birinci basamak ilaç epinefrindir. Doğru cevap B'dir.**Kritik tuzak:** Antihistamini epinefrinin yerine koymak.**Çeldirici analizi****A) Difenhidramin:** Yardımcıdır ancak şok ve bronkospazmı hızla düzelteren birinci basamak değildir.**C) Hidrokortizon:** Geç fazı azaltabilir ancak etkisi yavaştır ve ilk tercih değildir.**D) Salbutamol tek başına:** Bronkospazma yardımcı olabilir ancak hipotansiyon ve sistemik anafilaksiyi tedavi etmez.**E) Furosemid:** Anafilaksi tedavisinde yeri yoktur.**88. Soru • Radyoloji ve Acil Nörogörüntüleme • Akut iskemik inmede ilk görüntüleme****Doğru cevap: C — Kontrastsız kraniyal bilgisayarlı tomografi | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Ani sağ hemiparezi ve afazi gelişen 67 yaşındaki hasta semptom başlangıcından 75 dakika sonra acil servise getiriliyor.

Reperfüzyon kararından önce yapılması gereken ilk görüntüleme aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Hasta reperfüzyon penceresindedir.
- Öncelikle hemorajik inme dışlanmalıdır.
- Kontrastsız BT hızlı ve yaygın erişilebilir yöntemdir; uygun hastada ardından damar görüntüleme eklenir.

Sonuç: Akut inmede ilk görüntüleme hızlı kontrastsız kraniyal BT'dir; intrakraniyal kanamayı ve geniş yerleşik infarktı değerlendirir. Doğru cevap C'dir.**Kritik tuzak:** En ayrıntılı testi seçme isteğiyle reperfüzyonu geciktirmek.**Çeldirici analizi****A) Kontrastlı beyin MR'ı:** Daha ayrıntılı olabilir ancak ilk amaç kanamayı hızla dışlamak ve tedaviyi geciktirmemektir.**B) Karotis Doppler ultrasonografisi:** Etiyoloji değerlendirmesinde yararlı olsa da akut kanamayı dışlamaz.**D) Elektroensefalografi:** Akut inme reperfüzyon kararının ilk görüntülemesi değildir.**E) Direkt kafa grafisi:** Akut inme için tanısal değildir.**89. Soru • Kulak Burun Boğaz • Peritonsiller apse****Doğru cevap: B — Apse drenajı ve uygun antibiyotik tedavisi | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Yirmi iki yaşındaki hasta ateş, tek taraflı şiddetli boğaz ağrısı ve ağzını açmada güçlükle başvuruyor. Muayenede sol tonsil çevresinde kabarıklık, uvulanın sağa deviasyonu ve boğuk 'sıcak patates' sesi vardır.

En uygun tedavi aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Klinik bulgular apseyi destekler.
- Havayolu öncelikle değerlendirilir.
- Kaynak kontrolü için drenaj ve antibiyotik gerekir.

Sonuç: Trismus, uvula deviasyonu ve sıcak patates sesi peritonsiller apseyi düşündürür. İğne aspirasyonu veya insizyon-drenajla birlikte streptokok ve oral anaeroplara kapsayan antibiyotik verilir. Doğru cevap B'dir.**Kritik tuzak:** Peritonsiller apsenin tonsillit gibi yalnız antibiyotikle her zaman düzeleceğini düşünmek.**Çeldirici analizi****A) Yalnız gargara ve analjezik:** Oluşmuş apseyi boşaltmaz ve komplikasyon riskini azaltmaz.**C) Yalnız antihistaminik:** Bakteriyel derin boyun enfeksiyonunu tedavi etmez.**D) Acil trakeostomi tüm olgularda:** Havayolu tehdidi yoksa rutin değildir; drenaj esastır.**E) Rutin radyoterapi:** Endikasyonu yoktur.

90. Soru • Göz Hastalıkları • Akut aç kapanması glokomu**Doğru cevap: C — Göz içi basıncını hızla düşüren topikal ajanlar ve sistemik asetazolamid, ardından lazer iridotomi | Zorluk: Zor | Süre: 105 sn**

Altmış üç yaşındaki kadın hasta ani başlayan şiddetli göz ağrısı, baş ağrısı, bulantı ve bulanık görmeyle başvuruyor. Etkilenen göz kırmızı, kornea ödemli, pupil orta genişlikte ve ışığa yanıtsız; göz içi basıncı 52 mmHg'dir.

En uygun acil yaklaşım aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Ağrılı kırmızı göz, orta dilate pupil ve çok yüksek göz içi basıncı tanısaldır.
- İlk hedef basıncı hızla azaltmaktır.
- Kesin anatomik tedavi lazer iridotomidir; karşı göz de değerlendirilir.

Sonuç: Akut aç kapanması glokomu göz acilidir. Beta blokör/alpha agonist gibi topikal ajanlar ve asetazolamid ile basınç hızla düşürülür; kornea açıldıktan sonra kesin tedavi periferik lazer iridotomidir. Doğru cevap C'dir.

Kritik tuzak: Kırmızı gözü konjunktivit sanıp antibiyotik vermek.

Çeldirici analizi

A) Yalnız topikal antibiyotik: Enfeksiyon değil akut basınç yükselmesi söz konusudur.

B) Pupili genişleten damla: Midriyazis aç kapanmasını artırabilir.

D) Bir hafta sonra rutin poliklinik kontrolü: Optik sinir hasarı saatler içinde gelişebilir; acildir.

E) Yalnız suni gözyaşı: Göz içi basıncını düşürmez.

Kadın Hastalıkları ve Doğum • Sorular 91-100**91. Soru • Obstetri • Ağır özellikli preeklampsisi****Doğru cevap: B — Magnezyum sülfat ve acil antihipertansif tedavi sonrası doğumu gerçekleştirmek | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Otuz beş gebelik haftasında G1P0 kadın şiddetli baş ağrısı ve görme bulanıklığıyla başvuruyor. Kan basıncı tekrarlayan ölçümlerde 172/114 mmHg, trombosit sayısı 82.000/mm³ ve idrarda belirgin proteinüri vardır. Fetal değerlendirme güven vericidir.

En uygun yaklaşım aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Ağır hipertansiyon ve organ bulguları vardır.
- Magnezyum sülfat nöbet profilaksisi sağlar.
- Akut kan basıncı kontrolü sonrası 34 hafta üzerindeki ağır preeklampside doğum endikedir.

Sonuç: Şiddetli hipertansiyon, nörolojik semptom ve trombositopeni ağır özellikli preeklampsiyi gösterir. Eklampsi profilaksisi için magnezyum, inme riskini azaltmak için acil antihipertansif verilir ve 35 haftada stabilizasyon sonrası doğum gerçekleştirilir. Doğru cevap B'dir.

Kritik tuzak: Fetal test normal diye maternal ağır hastalığı beklemeyle bırakmak.

Çeldirici analizi

A) Gebeliği 39. haftaya kadar yalnız istirahatle sürdürmek: Ağır özellikler ve 34 haftayı aşmış gebelikte maternal risk nedeniyle doğum endikedir.

C) Yalnız oral demir tedavisi: Trombositopeni ve hipertansif acili tedavi etmez.

D) Tokoliz başlayıp 48 saat beklemek: Ağır preeklampside rutin tokoliz uygun değildir; maternal stabilizasyon ve doğum gerekir.

E) Proteinüri azalana kadar diüretik vermek: Diüretik rutin preeklampsi tedavisi değildir ve intravasküler hacmi azaltabilir.

92. Soru • Obstetri • Rüptüre ektopik gebelik**Doğru cevap: D — Resüsitasyonla eş zamanlı acil cerrahi girişim | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Yedi haftalık amenoreesi olan 30 yaşındaki kadın ani başlayan alt karın ağrısı ve senkopla getiriliyor. Kan basıncı 76/42 mmHg, nabız 126/dakikadır. Transvajinal ultrasonografide uterusu gebelik kesesi yoktur; sağ adnekte kitle ve batında yaygın serbest sıvı vardır.

En uygun tedavi aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Hasta hemorajik şokta.
- Ultrason hemoperitoneum ve ektopik kitleyi gösterir.
- Medikal tedavi değil acil cerrahi kaynak kontrolü gerekir.

Sonuç: Hemodinamik instabilite, adneksiyal kitle ve hemoperitoneum rüptüre ektopik gebeliği gösterir. Kan ürünleriyle resüsitasyon sürerken acil laparoskopi/laparotomi yapılmalıdır. Doğru cevap D'dir.

Kritik tuzak: Beta-hCG düzeyi bilinmeden ektopik gebelik tedavi edilemez sanmak; instabil hastada klinik ve US yeterlidir.

Çeldirici analizi

A) Tek doz metotreksat ve evde izlem: Hemodinamik instabilite ve rüptür şüphesi metotreksat için kontrendikedir.

B) Seri beta-hCG ile 48 saat beklemek: Şok tablosunda tanısız bekleme yaşamı tehdit eder.

C) Yalnız progesteron desteği: Ektopik gebeliği tedavi etmez.

E) Uterin küretajı tek başına yapmak: İntraabdominal kanamayı ve rüptüre tüpü kontrol etmez.

93. Soru • Obstetri • Plasenta previa**Doğru cevap: A — Dijital vajinal muayene | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Otuz iki gebelik haftasındaki kadın ağrısız, parlak kırmızı vajinal kanamayla başvuruyor. Uterus yumuşak ve hassas değil, fetal kalp hızı normaldir.

Tanı netleşene kadar kaçınılması gereken işlem aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Kanama ağrısız ve uterus yumuşaktır.
- Bu patern plasenta previa ile uyumludur.
- Dijital muayene plasentayı bozup kanamayı artırabilir.

Sonuç: Ağrısız üçüncü trimester kanaması plasenta previa'yı düşündürür. Plasenta yerleşimi ultrasonla belirlenmeden dijital vajinal muayene masif kanamayı tetikleyebilir. Doğru cevap A'dır.

Kritik tuzak: Her vajinal kanamada rutin dijital muayene yapmak.

Çeldirici analizi

B) Maternal vital bulguların izlenmesi: Kanama yönetiminin temelidir.

C) Transabdominal veya transvajinal ultrasonografi: Plasenta yerleşimini güvenli biçimde değerlendirmek için kullanılır.

D) Fetal kalp hızı monitörizasyonu: Fetal iyilik halini değerlendirmek için uygundur.

E) Damar yolu açılması ve kan grubu hazırlanması: Olası kanama artışına karşı gereklidir.

94. Soru • Obstetri • Omuz distosisi**Doğru cevap: E — McRoberts manevrası ve suprapubik bası | Zorluk: Kolay | Süre: 60 sn**

Vajinal doğumda fetal baş çıktıktan sonra perineye doğru geri çekiliyor ve omuzlar doğurtulamıyor.

İlk uygulanması gereken manevra aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Omuzlar pubik simfiz arkasında takılmıştır.
- McRoberts pelvis açısını düzeltir.
- Suprapubik bası ön omzu addukse ederek impaksiyonu çözmeye yardım eder.

Sonuç: Kaplumbağa bulgusu omuz distosisini gösterir. İlk basamak McRoberts pozisyonu ve suprapubik basıdır; fundal basıdan kaçınılır. Doğru cevap E'dir.

Kritik tuzak: Suprapubik bası ile fundal basıyı karıştırmak.

Çeldirici analizi

A) Fundal bası: Ön omzu daha fazla pubik kemiğe sıkıştırabilir ve uterin rüptür riskini artırabilir.

B) Vakum ekstraksiyonunu tekrar uygulamak: Baş doğduktan sonra omuz impaksiyonunu çözmez.

C) Hemen sezaryen yapmak: Baş doğduktan sonra rutin sezaryen mümkün değildir; vajinal kurtarma manevraları uygulanır.

D) Plasentayı elle çıkarmak: Doğumun bu aşamasıyla ilişkili değildir.

95. Soru • Obstetri • Preterm erken membran rüptürü**Doğru cevap: D — Hastanede bekleyici yönetim, antenatal kortikosteroid ve latent dönem antibiyotiği | Zorluk: Zor | Süre: 105 sn**

Otuz gebelik haftasındaki kadın vajenden su gelmesi nedeniyle başvuruyor. Spekulum muayenesinde amniyon sıvısı göllenmesi görülüyor. Ateş, uterin hassasiyet, fetal distres ve doğum eylemi yoktur.

En uygun yaklaşım aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Gebelik 30 haftadır ve PPROM doğrulanmıştır.
- Acil doğum endikasyonu yoktur.
- Kortikosteroid neonatal solunum morbiditesini, antibiyotik enfeksiyonu ve erken doğumu azaltır; yakın izlem yapılır.

Sonuç: Enfeksiyon, fetal distres veya aktif doğum olmayan 34 hafta altı PPROM'da bekleyici yönetim uygulanır; antenatal kortikosteroid ve latent dönem antibiyotiği verilir. Doğru cevap D'dir.

Kritik tuzak: Membran rüptürü tanısı konunca gestasyon haftasından bağımsız hemen doğurtmak.

Çeldirici analizi

A) Hemen rutin sezaryen: Enfeksiyon, fetal distres veya aktif doğum yoksa 30 haftada zorunlu değildir.

B) Vajinal dijital muayeneleri sık tekrarlamak: Enfeksiyon riskini ve latent dönemin kısalmasını artırır.

C) Gebeliği 40. haftaya kadar hiçbir izlem olmadan sürdürmek: Yakın maternal-fetal izlem gerekir.

E) Yalnız oral analjezik verip taburcu etmek: PPROM prematürite ve enfeksiyon açısından hastane yönetimi gerektirir.

96. Soru • Obstetri • Fetal kalp hızı monitörizasyonu**Doğru cevap: A — Uteroplasental yetersizliğe bağlı fetal hipoksemi | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Doğum eylemindeki gebede her kontraksiyondan sonra başlayan, tepe noktası kontraksiyon tepesinden sonra olan ve bazale geç dönen tekrarlayıcı deselerasyonlar izleniyor.

Bu paternin en olası mekanizması aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Deselerasyon kontraksiyon sonrası gecikmektedir.
- Bu, plasental gaz değişiminin kontraksiyon sırasında yetersiz kaldığını gösterir.
- Tekrarlayıcıysa intrauterin resüsitasyon ve doğum gereksinimi değerlendirilir.

Sonuç: Kontraksiyona göre gecikmiş, yavaş başlangıç ve dönüş gösteren deselerasyonlar uteroplasental yetersizlik ve fetal hipoksemiye düşündürür. Doğru cevap A'dır.

Kritik tuzak: Erken, geç ve değişken deselerasyonların zaman ilişkisini karıştırmak.

Çeldirici analizi

B) Fetal baş kompresyonu: Erken deselerasyonlara yol açar ve kontraksiyonla ayna görüntüsü oluşturur.

C) Umbilikal kord kompresyonu: Değişken, ani başlangıçlı V/W biçimli deselerasyonlara neden olur.

D) Fetal hareket: Akselerasyon beklenir.

E) Maternal hipertiroidi: Geç deselerasyonun doğrudan tipik mekanizması değildir.

97. Soru • Jinekolojik Endokrinoloji • Polikistik over sendromu**Doğru cevap: B — Oligo/anovulasyon, klinik-biyokimyasal hiperandrojenizm ve polikistik over morfolojisinden herhangi ikisi | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Yirmi dört yaşındaki kadın düzensiz adet ve hirsutizm nedeniyle değerlendiriliyor. Gebelik, tiroid hastalığı, hiperprolaktinemi ve nonklasik konjenital adrenal hiperplazi dışlanıyor.

Rotterdam ölçütlerine göre polikistik over sendromu tanısı için aşağıdakilerden hangisi yeterlidir?

Çözüm yolu

- Önce benzer endokrin durumlar dışlanır.
- Üç ana özellikten ikisi tanı için yeterlidir.
- Ultrason tek başına PCOS tanısı koydurmaz.

Sonuç: Diğer nedenler dışlandıktan sonra Rotterdam tanısı için oligo/anovulasyon, hiperandrojenizm ve polikistik over morfolojisinden en az ikisi gerekir. Doğru cevap B'dir.

Kritik tuzak: Polikistik over morfolojisini sendromla eş anlamlı görmek.

Çeldirici analizi

A) Yalnız ultrasonografide polikistik over görünümü: Tek başına tanı koydurmaz.

C) Üç ölçütün de zorunlu olarak bulunması: Rotterdam ölçütleri üç bulgudan ikisini yeterli kabul eder.

D) Yalnız LH/FSH oranının 2'nin üzerinde olması: Tanısal ölçüt değildir ve her hastada bulunmaz.

E) Yalnız insülin direncinin gösterilmesi: Sık eşlik eder ancak tanı ölçütü değildir.

98. Soru • Jinekoloji • Postmenopozal kanama**Doğru cevap: A — Endometriyal örnekleme yapmak | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Altmış iki yaşındaki kadın bir kez postmenopozal vajinal kanama nedeniyle başvuruyor. Transvajinal ultrasonografide endometriyal kalınlık 8 mm ve endometrium heterojen bulunuyor.

Bir sonraki en uygun işlem aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Postmenopozal kanama endometrium kanseri açısından alarm bulgusudur.
- Endometrium 8 mm ve heterojendir.
- Histolojik değerlendirme için endometriyal örnekleme yapılır.

Sonuç: Postmenopozal kanamada endometrium 4 mm'nin üzerinde veya heterojense endometriyal biyopsi gerekir. Doğru cevap A'dır.

Kritik tuzak: Tek kanama atağını önemsiz kabul etmek.

Çeldirici analizi

B) Yalnız yıllık kontrol önermek: Postmenopozal kanama ve kalın endometrium malignite dışlanmasını gerektirir.

C) Kombine oral kontraseptif başlamak: Nedeni araştırmadan kanamayı maskeleyerek uygun değildir.

D) Servikal serklaj: Gebelikle ilişkili bir işlemdir.

E) Yalnız CA-125 ölçmek: Endometrium kanserini dışlamaz ve tanısız örnekleme yerini tutmaz.

99. Soru • Jinekoloji • Adneksiyal torsiyon**Doğru cevap: D — Acil laparoskopi, detorsiyon ve overi koruyucu cerrahi | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Yirmi yedi yaşındaki kadın ani başlayan tek taraflı şiddetli alt karın ağrısı, bulantı ve kusmayla başvuruyor. Ultrasonografide 7 cm over kisti, overde büyüme ve periferik foliküller görülüyor; Doppler akımı azalmış ancak tamamen kaybolmamıştır.

En uygun yaklaşım aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Ani ağrı-kusma ve büyük over kisti torsiyon riskini gösterir.
- Periferik foliküller venöz/lenfatik tıkanmayı destekler.
- Tanı ve tedavi cerrahidir; canlılık görünümü kötü olsa bile detorsiyon tercih edilir.

Sonuç: Klinik ve ultrason adneksiyal torsiyonu düşündürür. Doppler akımının tamamen kaybolmaması tanıyı dışlamaz; acil laparoskopik detorsiyon ve over koruyucu yaklaşım gerekir. Doğru cevap D'dir.

Kritik tuzak: Doppler akımı varlığını torsiyonu dışlayan kesin bulgu sanmak.

Çeldirici analizi

A) Doppler akımı olduğu için torsiyonu dışlayıp taburcu etmek: Arteriyel akım çift kanlanma nedeniyle korunabilir; torsiyonu dışlamaz.

B) Bir ay oral kontraseptif verip kontrol etmek: İskemik over kaybı riski nedeniyle gecikilemez.

C) Yalnız antibiyotik: Mekanik torsiyonu düzeltmez.

E) Rutin total abdominal histerektomi: Genç hastada gereksiz ve aşırı cerrahidir.

100. Soru • Jinekolojik Onkoloji • Gestasyonel trofoblastik neoplazi**Doğru cevap: A — Postmolar gestasyonel trofoblastik neoplazi | Zorluk: Orta | Süre: 80 sn**

Komplet mol hidatiform nedeniyle uterin boşaltım yapılan hastanın beta-hCG değerleri üç hafta boyunca dört ardışık ölçümde plato çiziyor. Görüntülemeye yeni gebelik yoktur.

Bu durumun en doğru tanımı aşağıdakilerden hangisidir?

Çözüm yolu

- Mol sonrası hCG'nin düzenli düşmesi beklenir.
- Üç haftalık dört ölçümde plato GTN ölçütünü karşılar.
- Hasta metastaz ve risk açısından evrelenip uygun kemoterapiye yönlendirilir.

Sonuç: Mol boşaltımı sonrası beta-hCG'nin tanımlı seri ölçümlerde plato yapması postmolar gestasyonel trofoblastik neoplazi ölçütüdür ve evreleme-risk skorlaması sonrası tedavi gerektirir. Doğru cevap A'dır.

Kritik tuzak: hCG pozitifliğinin aylarca normal kabul edilmesi.

Çeldirici analizi

B) Normal postmolar gerileme: Normalde beta-hCG düzenli olarak düşmelidir; plato patolojiktir.

C) Yeni intrauterin gebelik: Görüntüleme ve takip örüntüsü bunu desteklememektedir.

D) Ektopik gebelik: Postmolar seri hCG platosu ve klinik bağlam GTN'yi düşündürür.

E) Menopoz: Yaş ve mol sonrası hCG paterniyle ilişkili değildir.