

KLINIK TIP BİLİMLERİ DENEME-11

CEVAP ANAHTARI VE AYRINTILI ÇÖZÜMLER

2. Oturum · 100 Soru · 135 Dakika

Bölüm	Soru Sayısı
Dahili Tıp Bilimleri	35
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	25
Cerrahi Tıp Bilimleri	30
Kadın Hastalıkları ve Doğum	10

- Her soruda yalnız bir doğru cevap vardır.
- Dört yanlış cevap bir doğru cevabı götürür.
- Sorular özgün eğitim içeriğidir; resmî ÖSYM yayını değildir.

HIZLI CEVAP ANAHTARI

No	Cevap	No	Cevap	No	Cevap	No	Cevap	No	Cevap
1	D	21	A	41	B	61	B	81	A
2	E	22	E	42	D	62	A	82	D
3	A	23	D	43	C	63	E	83	B
4	B	24	B	44	A	64	C	84	C
5	C	25	C	45	E	65	D	85	E
6	A	26	E	46	A	66	C	86	B
7	B	27	A	47	E	67	D	87	D
8	D	28	D	48	C	68	A	88	C
9	E	29	B	49	D	69	B	89	A
10	C	30	C	50	B	70	E	90	E
11	E	31	D	51	A	71	D	91	D
12	C	32	B	52	C	72	B	92	A
13	D	33	A	53	B	73	C	93	B
14	A	34	E	54	E	74	A	94	C
15	B	35	C	55	D	75	E	95	E
16	C	36	B	56	A	76	D	96	A
17	D	37	A	57	B	77	E	97	D
18	E	38	E	58	D	78	C	98	E
19	A	39	C	59	E	79	A	99	C
20	B	40	D	60	C	80	B	100	B

DAHİLİ TIP BİLİMLERİ

1. Ağır babesiyozda değişim transfüzyonu endikasyonu

Doğru cevap: D) Eritrosit değişim transfüzyonu

1. Malta haçı görünümü Babesia enfeksiyonu için oldukça özgüdür.
2. Aspleni, %10'un üzerinde parazitemi ve böbrek/nörolojik organ tutulumu ağır babesiyozu gösterir.
3. Ağır babesiyozda antimikrobiyal tedaviye ek olarak eritrosit değişim transfüzyonu parazit yükünü ve hemolizi hızla azaltır.

Kritik tuzak: Yalnız hemoglobin değerine odaklanıp, %10'un üzerindeki parazitemi ile organ yetmezliğinin değişim transfüzyonu endikasyonu olduğunu atlamaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Sadece eritrosit süspansiyonu verilmesi	Anemiye geçici olarak düzeltir ancak yüksek parazit yükünü ve organ yetmezliği riskini hızla azaltmaz.
B	Acil splenektomi yapılması	Hasta zaten splenektomilidir; splenektomi babesiyoz tedavisi değildir ve ağırlaşma riskini artıran bir durumdur.
C	Yüksek doz intravenöz immünglobulin verilmesi	Babesia parazitemisini düşürmek için standart veya kanıtlanmış bir tedavi değildir.
E	Trombosit aferezi uygulanması	Trombositopeni tüketim ve ağır enfeksiyonla ilişkilidir; aferez parazitemiyi azaltmaz.

2. Weil hastalığında ağır leptospiroz tedavisi

Doğru cevap: E) İntravenöz seftriakson

1. Sel suyu teması, konjunktival suffüzyon ve baldır miyaljisi leptospirozu düşündürür.
2. Sarılık, trombositopeni ve akut böbrek hasarı Weil hastalığı olarak adlandırılan ağır formu gösterir.
3. Ağır leptospirozda intravenöz penisilin G veya seftriakson uygun parenteral seçeneklerdir.

Kritik tuzak: Sarılığı viral hepatit, oligüriyi yalnız dehidratasyon kabul ederek karakteristik konjunktival suffüzyon ve baldır ağrısını gözden kaçırmaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Oral azitromisin	Hafif olgularda alternatif olabilir; sarılık ve akut böbrek hasarıyla seyreden ağır hastalıkta parenteral tedavi gerekir.
B	Oral nitrofurantoin	Üriner sistemde yoğunlaşır ve sistemik leptospiral enfeksiyonda etkili bir seçenek değildir.
C	İntravenöz vankomisin	Leptospira'ya yönelik standart tedavi değildir ve ağır leptospirozun ampirik seçeneği olmaz.
D	Oral metronidazol	Anaerop enfeksiyonlara yöneliktir; leptospiroz tedavisinde yeri yoktur.

3. Candida auris kandidemisinde başlangıç tedavisi

Doğru cevap: A) İntravenöz ekinokandin

1. Yoğun bakım, santral kateter ve kandidemi C. auris için tipik risk ortamıdır.
2. C. auris sıklıkla flukonazole dirençlidir ve salgınlara yol açabilir.
3. Erişkin C. auris invaziv enfeksiyonlarında ilk tercih genellikle intravenöz ekinokandindir; kateter yönetimi ve temas önlemleri de gerekir.

Kritik tuzak: Tüm Candida türlerini flukonazole duyarlı kabul edip tür düzeyinde tanımlama ve direnç paternini önemsememektir.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
B	Oral flukonazol	C. auris izolatlarında azol direnci sık olduğundan duyarlılık bilinmeden başlangıç monoterapisi uygun değildir.
C	İntravenöz asiklovir	Herpesviruslara etkilidir; kandidemi tedavisinde yeri yoktur.
D	Oral terbinafin	Dermatofit enfeksiyonlarında kullanılır ve kandidemi için sistemik standart tedavi değildir.
E	İntravenöz metronidazol	Anaerob bakterilere ve bazı protozoonlara etkilidir; Candida türlerine etkisizdir.

4. Whipple hastalığında okülomastikatoz miyoriitmi

Doğru cevap: B) Tropheryma whipplei

1. Gezici artrit, kilo kaybı ve malabsorpsiyon Whipple hastalığının sistemik paternidir.
2. Okülomastikatoz miyoriitmi hastalık için çok özgün bir nörolojik bulgudur.
3. PAS-pozitif makrofajlarla birlikte etken Tropheryma whipplei'dir; tanı doku PCR ile desteklenebilir.

Kritik tuzak: PAS-pozitif makrofajları yalnız atipik mikobakteri enfeksiyonu olarak yorumlayıp özgün nörolojik bulguyu dikkate almamaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Mycobacterium avium kompleks	PAS-pozitif makrofajlar görülebilse de okülomastikatoz miyoriitmi ve uzun süreli gezici artrit Whipple hastalığı için daha tipiktir.
C	Giardia intestinalis	Malabsorpsiyon yapabilir ancak PAS-pozitif makrofajlar ve nörolojik ritmik hareketler beklenmez.
D	Entamoeba histolytica	Kanlı ishal ve karaciğer apsesiyle ilişkilidir; bu histoloji ve nörolojik bulguları açıklamaz.
E	Mycobacterium tuberculosis	Granülomatöz inflamasyon beklenir; okülomastikatoz miyoriitmi Whipple hastalığına özgü bir ipucudur.

5. Bartonella quintana ilişkili kültür-negatif endokardit

Doğru cevap: C) Bartonella quintana

1. Tekrarlayan negatif kan kültürleri kültür-negatif endokardit grubunu düşündürür.
2. Evsizlik, yoğun alkol kullanımı ve vücut biti maruziyeti Bartonella quintana için klasik epidemiyolojik triaddır.
3. Tanı seroloji ve/veya kapak dokusunda PCR ile desteklenir.

Kritik tuzak: Kültür-negatif endokarditi otomatik olarak Coxiella ile eşleştirip vücut biti maruziyetini göz ardı etmektir.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Coxiella burnetii	Kültür-negatif endokardit yapabilir ancak çiftlik hayvanı/doğum ürünü teması ve faz I antikor yüksekliği daha tipiktir.
B	Brucella melitensis	Hayvancılık ve pastörize edilmemiş süt öyküsü beklenir; vücut biti ve evsizlik Bartonella quintana'yı destekler.
D	Tropheryma whipplei	Kültür-negatif endokardit yapabilir de malabsorpsiyon, artralji ve doku PCR bulguları ön plandadır.
E	HACEK grubu	Uzamış inkübasyonla çoğu kez kültürde üreyebilir; vücut biti ile epidemiyolojik ilişki göstermez.

6. Otoimmün pulmoner alveoler proteinozda tedavi

Doğru cevap: A) Tüm akciğer lavajı

1. Crazy-paving, süt görünümünde BAL ve PAS-pozitif materyal pulmoner alveoler proteinozu gösterir.
2. Anti-GM-CSF antikor otoimmün formu destekler.
3. Semptomatik ve hipoksemik otoimmün hastalıkta standart ilk basamak tüm akciğer lavajıdır; bazı olgularda inhale GM-CSF düşünülebilir.

Kritik tuzak: Crazy-paving görünümünü tek başına fibrozis veya enfeksiyon olarak yorumlayıp BAL bulgularını gözden kaçırmaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
B	Uzun süreli sistemik glukokortikoid	Enfeksiyon riskini artırabilir ve otoimmün pulmoner alveoler proteinozda standart ilk tedavi değildir.
C	Antifibrotik tedavi	Nintedanib veya pirfenidon fibrotik interstisyel akciğer hastalıklarında kullanılır; alveollerde sürfaktan birikimini gidermez.
D	Plöredez	Plevral hava veya sıvı problemlerinde kullanılır; alveoler proteinoz patofizyolojisine etkisi yoktur.
E	Bronşiyal termoplasti	Ağır astımda seçilmiş olgularda kullanılabilir; alveoler proteinoz tedavisi değildir.

7. Kronik tromboembolik pulmoner hipertansiyonda küratif tedavi

Doğru cevap: B) Pulmoner endarterektomi

1. Süreğen dispne, uyumsuz perfüzyon defektleri ve prekapiller pulmoner hipertansiyon kronik tromboembolik pulmoner hipertansiyonu düşündürür.
2. Anjiyografide proksimal, cerrahi olarak erişilebilir organize trombüs bulunması operabiliteyi gösterir.
3. Operabl hastalıkta pulmoner endarterektomi potansiyel olarak küratif tedavidir.

Kritik tuzak: Kronik organize trombüsleri akut emboli gibi değerlendirip tromboliz seçmektir.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Ömür boyu yalnız oral antikoagülasyon	Antikoagülasyon gereklidir ancak operabl kronik tromboembolik pulmoner hipertansiyonda tek başına küratif değildir.
C	Akut sistemik tromboliz	Organize kronik trombüsler akut trombolize yanıt vermez ve hasta akut masif emboli tablosunda değildir.
D	Yüksek doz inhale kortikosteroid	İnflamatuvar hava yolu hastalığı tedavisidir; vasküler obstrüksiyonu ortadan kaldırmaz.
E	Plevral dekortikasyon	Plevral kalınlaşma ve hapsolmuş akciğer için uygulanır; pulmoner arter içindeki organize trombüse etkisizdir.

8. Lenfanjiyoleiyomiyomatozda sirolimus tedavisi

Doğru cevap: D) Sirolimus

1. Doğurganlık çağındaki kadında diffüz ince duvarlı kistler ve tekrarlayan pnömotoraks LAM'ı düşündürür.
2. Renal anjiyomiyolipom eşlik etmesi tanıyı güçlendirir.
3. İlerleyici veya orta-ağır LAM'da mTOR inhibitörü sirolimus akciğer fonksiyon kaybını yavaşlatır.

Kritik tuzak: Kistik görünümü amfizem kabul edip yaş, cinsiyet ve anjiyomiyolipom birlikteliğini gözden kaçırmaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Pirfenidon	İdiyopatik pulmoner fibroziste kullanılır; LAM'daki mTOR aktivasyonunu hedeflemez.
B	Omalizumab	IgE aracılı ağır astımda kullanılır; kistik akciğer hastalığının hastalık değiştirici tedavisi değildir.
C	Bosentan	Pulmoner arteriyel hipertansiyonda kullanılabilir; LAM'ın temel patogenezi hedeflemez.
E	İnfliximab	TNF-alfa aracılı inflamatuvar hastalıklarda kullanılır; LAM için standart değildir.

9. Diffüz alveoler hemorajide bronkoalveoler lavaj bulgusu

Doğru cevap: E) Ardışık lavaj örneklerinin giderek daha kanlı gelmesi

1. Hemoptizi, akut hemoglobin düşüşü ve yaygın alveoler opasiteler alveoler hemoraji triadını oluşturur.
2. Bronkoalveoler lavajda ardışık aliquotların giderek daha kanlı olması kanamanın alveoler kaynaktan geldiğini gösterir.
3. Daha geç dönemde hemosiderin yüklü makrofajlar da tanıyı destekler.

Kritik tuzak: İlk kanlı örneği tanısal kabul edip travmatik bronkoskopi kanamasını alveoler hemorajiyle karıştırmaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	İlk örneğin kanlı, sonraki örneklerin giderek açılması	Bu patern bronkoskopi sırasında gelişen travmatik kanamayı daha çok düşündürür.
B	BAL sıvısında belirgin eozinofili	Eozinofilik pnömoni veya ilaç ilişkili akciğer hastalığını destekler; alveoler hemorajiye özgü değildir.
C	BAL sıvısında süt görünümü	Pulmoner alveoler proteinoz için tipiktir.
D	BAL sıvısında yoğun nötrofil ve pozitif bakteri kültürü	Bakteriyel pnömoniyi destekler; diffüz alveoler hemorajiyi doğrulamaz.

10. Transtiretin kardiyak amiloidozda tafamidis

Doğru cevap: C) Tafamidis

1. Karpal tünel, spinal stenoz, duvar kalınlığı artışı ve düşük voltaj ATTR kardiyak amiloidozu düşündürür.
2. Monoklonal protein çalışmalarının negatif olması AL amiloidozu dışlamaya yardımcı olur; belirgin pirofosfat tutulumu ATTR'yi destekler.
3. Tafamidis transtiretini stabilize ederek uygun semptomatik ATTR kardiyomyopatide progresyonu ve mortaliteyi azaltır.

Kritik tuzak: Her kardiyak amiloidozu AL tipi kabul edip monoklonal protein dışlanmasına rağmen plazma hücre tedavisi seçmektir.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Bortezomib	Plazma hücreli AL amiloidozda kullanılabilir; monoklonal protein dışlanmış ATTR amiloidozda temel tedavi değildir.
B	Yüksek doz prednizolon	ATTR fibril birikimini durdurmaz ve kalp yetmezliğini kötüleştirebilir.
D	İmatinib	BCR-ABL ve bazı tirozin kinaz hedefli hastalıklarda kullanılır; transtiretin stabilizasyonu sağlamaz.
E	Epoprostenol	Pulmoner arteriyel hipertansiyonda kullanılır; ATTR kardiyomyopatisini tedavi etmez.

11. Aritmojenik sağ ventrikül kardiyomiyopatisinde ani ölümden korunma

Doğru cevap: E) İmplant edilebilir kardiyoverter-defibrilatör yerleştirilmesi

1. Epsilon dalgası, sağ ventrikül bölgesel hareket kusuru ve LBBB morfolojili VT ARVC ile uyumludur.
2. Açıklanamayan senkop ve sürdürülebilir VT yüksek ani ölüm riskini gösterir.
3. Bu risk profilinde ICD sekonder/ileri primer korunmanın temelidir; yoğun egzersiz kısıtlanır.

Kritik tuzak: Ventriküler taşikardiyi ablasyonla tamamen çözülebilecek izole bir odak gibi görüp ilerleyici kardiyomiyopati riskini küçümsemektir.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Yalnız beta blokör başlanması	Aritmi yükünü azaltabilir ancak senkop ve sürdürülebilir VT bulunan yüksek riskli hastada tek başına yeterli ani ölüm koruması sağlamaz.
B	Kateter ablasyonu sonrası başka tedavi verilmemesi	Ablasyon nüksleri azaltabilir fakat hastalığın ilerleyici substratı nedeniyle ICD gereksinimini ortadan kaldırmaz.
C	Kalıcı çift odacıklı pacemaker takılması	Bradikardi tedavisi sağlar; ventriküler fibrilasyonu sonlandıracak şok kapasitesi yoktur.
D	Rekabetçi spora devam edilmesi	Yoğun egzersiz hastalık progresyonu ve aritmi riskini artırır; kısıtlanmalıdır.

12. Düşük akımlı düşük gradiyentli aort darlığında dobutamin stres ekokardiyografisi

Doğru cevap: C) Düşük doz dobutamin stres ekokardiyografisi

1. Kapak alanı ağır darlık düzeyinde iken gradiyentin düşük olması düşük akım nedeniyle olabilir.
2. Düşük doz dobutamin akımı artırarak kapak alanı ve gradiyentin davranışını değerlendirir.
3. Akımla gradiyentin ≥ 40 mmHg'ye çıkıp kapak alanının ≤ 1 cm² kalması gerçek ağır darlığı destekler.

Kritik tuzak: Düşük gradiyenti otomatik olarak hafif darlık sayıp düşük atım hacminin gradiyenti maskeleyebileceğini unutmaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Eforlu treadmill testi	Semptomatik ağır aort darlığı şüphesinde güvenli değildir ve düşük akım mekanizmasını ayırt etmekte yetersizdir.
B	Holter elektrokardiyografi	Aritmi değerlendirmesinde kullanılır; kapak alanı ile akım bağımlı gradiyent ilişkisini göstermez.
D	Transözofageal ekokardiyografi ile yalnız morfolojik değerlendirme	Kapak anatomisini gösterir ancak akım rezervi ve gerçek-ciddi darlık ayırımı için dobutamin kadar işlevsel değildir.
E	Koroner kalsiyum skoru	Aort kapak kalsiyumu için özel eşikler kullanılabilir; ancak düşük EF'li klasik düşük akımda ilk işlevsel ayırım testi dobutamin stres ekodur.

13. Takotsubo kardiyomiyopatisinde kardiyak MR paterni

Doğru cevap: D) Ödemle uyumlu sinyal artışı olup belirgin geç gadolinyum tutulumu olmaması

1. Stres tetiklenmesi, apikal balonlaşma ve tıkaçıcı koroner hastalık olmaması Takotsubo'yu düşündürür.
2. Akut dönemde miyokard ödemi görülebilir.
3. Belirgin geç gadolinyum tutulumu olmaması kalıcı nekroz/skardan çok geçici miyokard sersemlemesini destekler.

Kritik tuzak: Troponin yükselmesini mutlaka infarkt kabul edip koroner anatomi ve MR doku karakterizasyonunu göz ardı etmektir.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Subendokardiyal damar dağılımına uyan geç gadolinyum tutulumu	İskemik miyokard enfarktüsü paternini destekler.
B	Orta duvar ve epikardiyal yamalı geç gadolinyum tutulumu	Miyokarditte daha tipik bir noniskemik skar paternidir.
C	Sağ ventrikülde yaygın yağlı infiltrasyon	Aritmojenik sağ ventrikül kardiyomiyopatisini düşündürür.
E	İnterventriküler septumda global demir birikimi	T2* azalmasıyla giden kardiyak demir yükünü düşündürür; Takotsubo için tipik değildir.

14. Steroid bağımlı tekrarlayan perikarditte IL-1 blokajı

Doğru cevap: A) Anakinra

1. Kolşisin/NSAİ'ye direnç ve steroid azaltımında nöks, dirençli steroid bağımlı tekrarlayan perikarditi gösterir.
2. Bu tabloda IL-1 aracılı otoinflamasyon önemli rol oynar.
3. Anakinra gibi IL-1 inhibitörleri nöksleri ve steroid gereksinimini azaltabilir.

Kritik tuzak: Her dirençli perikarditi enfeksiyöz kabul edip immünolojik çalışma tamamlanmadan antibiyotiklere yönelmektir.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
B	Adalimumab	TNF-alfa blokajı tekrarlayan idiopatik perikarditte standart hedefe yönelik seçenek değildir.
C	Omalizumab	IgE aracılı hastalıklarda kullanılır; otoinflamatuvar perikardit mekanizmasını hedeflemez.
D	Rituksimab	B hücre aracılı bazı otoimmün hastalıklarda kullanılır; idiopatik tekrarlayan perikarditte ilk biyolojik seçenek değildir.
E	Tocilizumab	IL-6 reseptörünü hedefler; tekrarlayan perikarditte kanıtlı temel sitokin hedefi IL-1'dir.

15. Pernisiyöz anemide nörolojik bulguların tedavisi

Doğru cevap: B) Parenteral vitamin B12 replasmanı

1. Makrositoz, yüksek metilmalonik asit ve posterior kolon bulguları B12 eksikliğini gösterir.
2. İntrinsik faktör antikoru pernisiyöz anemiye destekler ve emilim bozukluğu oluşturur.
3. Nörolojik tutulumda hızlı ve güvenilir replasman için parenteral B12 başlanır; tedavi genellikle yaşam boyudur.

Kritik tuzak: Folatın anemiye düzeltilebileceğini düşünerek B12 eksikliğine bağlı nörolojik hasarı tedavisiz bırakmaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Yalnız oral folik asit	Hematolojik bulguları kısmen düzelterek nörolojik hasarın ilerlemesini maskeleyebilir.
C	Demir şelasyon tedavisi	Demir yüklenmesi yoktur; makrositoz ve nörolojik bulguları açıklamaz.
D	Eritropoietin başlanması	Temel sorun B12 emilim bozukluğudur; eksik vitamin yerine konmadan etkili yaklaşım değildir.
E	Plazma değişimi	Otoantikör varlığına rağmen pernisiyöz anemide standart tedavi değildir.

16. Terminal ileum rezeksiyonu sonrası safra asidi diyaresi

Doğru cevap: C) Kolestiramin

1. Terminal ileum safra asitlerinin geri emildiği temel bölgedir.
2. Sınırlı ileal rezeksiyonda kolona ulaşan safra asitleri sekretuar diyareye yol açar.
3. Kolestiramin safra asitlerini bağlayarak semptomları azaltır.

Kritik tuzak: Crohn öyküsü nedeniyle her ameliyat sonrası diyareyi aktif inflamasyon kabul etmektir.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Pankreatik enzim replasmanı	Pankreas yetmezliği bulgusu yoktur; kısa terminal ileum rezeksiyonunda temel mekanizma kolona geçen safra asitleridir.
B	İntravenöz infliksimab	Aktif inflamasyon kanıtı bulunmadığından biyolojik tedaviyi artırmak uygun değildir.
D	Glutensiz diyet	Çölyak hastalığına yönelik bir tedavidir; ameliyat sonrası başlayan bu paternle uyumlu değildir.
E	Oral vankomisin	C. difficile kanıtı yoktur ve safra asidi malabsorpsiyonunu düzeltmez.

17. Budd-Chiari sendromunda ilk basamak antikoagülasyon

Doğru cevap: D) Terapötik antikoagülasyon

1. Hepatik ven akım kaybı, kaudat hipertrofisi ve asit Budd-Chiari sendromunu gösterir.
2. JAK2 pozitifliği altta yatan miyeloproliferatif neoplaziyi düşündürür.
3. Kontrendikasyon yoksa ilk basamak terapötik antikoagülasyondur; yanıtız hastada anjiyoplasti/TIPS, ileri olguda transplantasyon düşünülür.

Kritik tuzak: Asit ve hepatomegaliyi yalnız siroz olarak değerlendirip hepatik ven trombozunu tedavisiz bırakmaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Acil splenektomi	Portal hipertansiyon veya altta yatan miyeloproliferatif hastalığı düzeltmez; başlangıç tedavisi değildir.
B	Yalnız yüksek doz diüretik	Asiti azaltılabilir ancak trombotik süreci tedavi etmez.
C	Acil karaciğer rezeksiyonu	Diffüz hepatik ven çıkış obstrüksiyonunda uygun değildir.
E	Antikoagülasyondan kaçınma	Aktif kanama yoksa trombozun ilerlemesini önlemek için antikoagülasyon temel basamaktır.

18. Spontan portosistemik şanta bağlı dirençli hepatik ensefalopati

Doğru cevap: E) Spontan şantın endovasküler embolizasyonu

1. Maksimal medikal tedaviye rağmen tekrarlayan ensefalopati dirençli hastalığı gösterir.
2. Büyük spontan splenorenal şant bağırsak kaynaklı toksinlerin karaciğeri bypass etmesine yol açar.
3. Karaciğer rezervi uygun seçilmiş hastada şant embolizasyonu ensefalopati ataklarını azaltılabilir.

Kritik tuzak: Portal hipertansiyon tedavisinde kullanılan TIPS'in bu hastada şant yükünü artırarak ters etki yapacağını unutmaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	TIPS yerleştirilmesi	Portosistemik şant miktarını artırarak ensefalopatiji kötüleştirir.
B	Laktülozun tamamen kesilmesi	Amonyak yükünü artırabilir ve koruyucu tedaviyi ortadan kaldırır.
C	Acil splenektomi	Şantı hedefleyen standart tedavi değildir ve ek morbidite taşır.
D	Yüksek proteinli parenteral beslenme	Akut atakları önlemez; aşırı protein yükü bazı hastalarda ensefalopatiji artırabilir.

19. İmmün kontrol noktası inhibitörüne bağlı hipofizitte hormon replasman sırası

Doğru cevap: A) İntravenöz hidrokortizon

1. Düşük kortizol ve düşük ACTH santral adrenal yetmezliği gösterir.
2. Düşük serbest T4'e uygun yükselmeyen TSH santral hipotiroidiyi destekler; hipofiz büyümesi immün ilişkili hipofizitle uyumludur.
3. Hayatı tehdit eden adrenal yetmezlik önce hidrokortizonla tedavi edilir; levotiroksin daha sonra eklenir.

Kritik tuzak: Laboratuvarda düşük serbest T4'ü görüp önce levotiroksin başlamak ve adrenal krizi tetiklemektir.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
B	Yalnız levotiroksin	Kortizol eksikliği düzeltilmeden tiroid hormonu verilmesi adrenal krizi ağırlaştırabilir.
C	Metimazol	Hipertiroidi yoktur; serbest T4 düşüktür.
D	Desmopressin	Diabetes insipidus bulgusu verilmemiştir; temel acil sorun santral adrenal yetmezliktir.
E	Kabergolin	Prolaktinoma tedavisidir; immün ilişkili hipofizitte adrenal krizi düzeltmez.

20. Tiroid hormon direnci beta sendromunda THRB mutasyonu

Doğru cevap: B) THRB geninde patojenik varyant

1. Yüksek serbest tiroid hormonlarına rağmen TSH'nin baskılanmaması uygunsuz TSH sekresyonu paternidir.
2. Normal hipofiz görüntülemesi ve aile öyküsü TSH salgılayan adenomdan çok tiroid hormon direncini destekler.
3. En sık neden tiroid hormon reseptörü beta'yı kodlayan THRB genindeki heterozigot varyantlardır.

Kritik tuzak: Yüksek T4/T3'ü otomatik olarak Graves hastalığı kabul etmek; Graves'te TSH'nin baskılanması gerektiğini unutmaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	RET protoonkogen mutasyonu	MEN2 ve medüller tiroid kanseriyle ilişkilidir; yüksek tiroid hormonlarına rağmen baskılanmayan TSH paternini açıklamaz.
C	MEN1 gen mutasyonu	Paratiroid, hipofiz ve pankreatik nöroendokrin tümörlerle ilişkilidir; ailevi bu biyokimyasal paterne özgü değildir.
D	TSH reseptöründe aktive edici mutasyon	Toksik nodül/hipertiroidi yapabilir ancak TSH genellikle baskılanır.
E	TPO geninde iki allelli mutasyon	Konjenital hipotiroidiye yol açar; yüksek T4/T3 ile uyumlu değildir.

21. Ailesel hipokalsiürik hiperkalsemide cerrahiden kaçınma

Doğru cevap: A) Klinik izlem ve paratiroid cerrahisinden kaçınma

1. Hafif, asemptomatik ve ailevi hiperkalsemi FHH'yi düşündürür.
2. Çok düşük idrar kalsiyumu ve klirens oranının <0,01 olması FHH lehinedir.
3. FHH çoğunlukla benign seyreder; paratiroidektomi etkisiz olduğundan izlem uygundur.

Kritik tuzak: PTH'nin baskılanmamış olmasını tek başına primer hiperparatiroidi kabul edip idrar kalsiyumunu değerlendirmemektir.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
B	Acil total paratiroidektomi	FHH'de hiperkalsemi paratiroid bezlerinden bağımsız kalsiyum algılama bozukluğuna bağlıdır ve cerrahi genellikle düzeltmez.
C	Yüksek doz loop diüretik başlanması	Asemptomatik hafif kronik hiperkalsemide rutin tedavi değildir ve hacim kaybına yol açabilir.
D	Radyoaktif iyot tedavisi	Tiroid hastalıklarında kullanılır; kalsiyum algılayıcı reseptör bozukluğunu tedavi etmez.
E	Ömür boyu glukokortikoid	Granüloamatöz hastalık veya vitamin D aracılı hiperkalsemi bulgusu yoktur.

22. İnsülin otoimmün sendromunun tanınması

Doğru cevap: E) İnsülin otoimmün sendromu

1. Hipoglisemi sırasında yüksek insülin ve C-peptid endojen hiperinsülinemiye gösterir.
2. Sulfonilüre taramasının negatif olması ilaç kaynaklı sekresyonu dışlamaya yardım eder.
3. Sülfhidril içeren alfa-lipoik asit maruziyeti ve yüksek insülin otoantikörleri Hirata hastalığını gösterir.

Kritik tuzak: Yüksek insülin düzeyini doğrudan insülinoma olarak yorumlayıp otoantikör ve ilaç-takviye öyküsünü sorgulamamaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Eksojen insülin kullanımı	Eksojen insülinde C-peptid baskılanır; bu hastada C-peptid yüksektir.
B	Sulfonilüre kullanımı	Endojen insülin ve C-peptidi yükseltebilir ancak ilaç taraması negatiftir ve insülin otoantikörleri belgindir.
C	İnsülinoma	Endojen hiperinsülinemi yapabilir fakat alfa-lipoik asit maruziyeti ve yüksek insülin otoantikörleri otoimmün sendromu destekler.
D	Adrenal yetmezlik	Hipoglisemi yapabilir ancak insülin ve C-peptidin aşırı yüksek olması beklenmez.

23. Erişkin hemofagositik lenfhistiositozda etoposid temelli tedavi

Doğru cevap: D) Dekametazon ve etoposid içeren HLH tedavisi

1. Ateş, splenomegali, sitopeniler, hipertrigliseridemi/hipofibrinojenemi ve çok yüksek ferritin HLH kriterlerini karşılar.
2. Hemofagositoz tanıyı destekler ancak tek başına şart değildir.
3. EBV ilişkili ağır HLH'de immün aktivasyonu baskılamak için deksametazon ve etoposid temelli tedavi hızla başlanır.

Kritik tuzak: Ferritin yüksekliğini yalnız enfeksiyonun şiddeti olarak görüp HLH'nin ölümcül hiperinflamasyonunu tedavisiz bırakmaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Yalnız geniş spektrumlu antibiyotik	Sekonder enfeksiyonlar tedavi edilmelidir ancak tanımlanan hiperinflamatuvar HLH tablosunu tek başına kontrol etmez.
B	Trombosit transfüzyonu ile izlem	Destek tedavisidir; sitokin fırtınası ve organ hasarını durdurmaz.
C	Sadece splenektomi	Tanısal/septomatik bazı durumlarda düşünülebilir ancak akut HLH'nin standart başlangıç tedavisi değildir.
E	Demir şelasyonu	Ferritin yüksekliği demir yükünden çok ağır inflamasyonu yansıtır; şelasyon acil tedavi değildir.

24. Waldenström makroglobulinemisinde hiperviskozite acili

Doğru cevap: B) Acil plazma değişimi

1. Nörolojik semptomlar, mukozal kanama ve retinal venlerde 'sosis dizisi' görünümü hiperviskozite sendromunu gösterir.
2. IgM büyük intravasküler bir moleküldür ve plazma değişimiyle hızla uzaklaştırılabilir.
3. Acil plazma değişiminden sonra klonal hastalığa yönelik sistemik tedavi planlanır.

Kritik tuzak: Akut semptomları yalnız kemoterapiyle çözmeye çalışıp plazmaferezin dakikalar-saatler içinde viskoziteyi düşüren acil tedavi olduğunu kaçırmaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Eritrosit transfüzyonuna öncelik verilmesi	Viskoziteyi daha da artırabilir; hiperviskozite kontrol edilmeden gereksiz transfüzyondan kaçınılır.
C	Yalnız rituksimab başlanması	Hastalık tedavisinde kullanılabilir ancak IgM flare yapabilir ve akut hiperviskoziteyi yeterince hızlı düzeltmez.
D	Trombosit aferezi	Sorun trombosit sayısı değil dolaşımdaki yüksek IgM proteindir.
E	Acil splenektomi	Hiperviskoziteyi hızla azaltmaz ve ilk yaklaşım değildir.

25. Postpartum edinilmiş hemofili A'da bypass tedavisi

Doğru cevap: C) Rekombinant aktive faktör VII verilmesi

1. İzole aPTT uzaması ve karışım testinin düzelmemesi inhibitörü düşündürür.
2. Düşük faktör VIII ile postpartum dönem edinilmiş hemofili A için tipiktir.
3. Aktif ciddi kanamada rFVIIa veya aktive protrombin kompleks konsantresi gibi bypass ajanları kullanılır; ayrıca inhibitör eradikasyonu için immünsüpresyon başlanır.

Kritik tuzak: Kalıtsal hemofili gibi yalnız faktör VIII vermek; yüksek titreli inhibitörün replase faktörü nötralize edeceğini unutmaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Yalnız vitamin K	Ekstrinsik yol faktörlerini etkiler; izole aPTT uzaması ve faktör VIII inhibitörünü düzeltmez.
B	Desmopressin monoterapisi	Düşük titreli hafif olgularda sınırlı yarar olabilir; yüksek inhibitör titresi ve aktif ciddi kanamada güvenilir değildir.
D	Trombosit süspansiyonu	Trombosit sayısı normaldir ve sorun koagülasyon faktörü inhibitörüdür.
E	Kriyopresipitat	İnhibitör yüksek titrede olduğunda verilen faktör VIII hızla nötralize edilir; bypass ajanı tercih edilir.

26. AL amiloidozda daratumumab temelli tedavi

Doğru cevap: E) Daratumumab, bortezomib, siklofosamid ve deksametazon kombinasyonu

1. Monoklonal lambda zinciri ve AL tipi doku doğrulaması plazma hücre kökenli sistemik amiloidozu gösterir.
2. Tedavinin amacı toksik hafif zincir üretimini hızla baskılamaktır.
3. Daratumumab-CyBorD kombinasyonu uygun yeni tanı hastalarda temel ilk basamak rejimlerden biridir; transplant uygunluğu ayrıca değerlendirilir.

Kritik tuzak: Kardiyak amiloidoz gördüğünde tipi belirlemeden ATTR tedavisi seçmektir.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Tafamidis monoterapisi	Transtiretin amiloidozunda kullanılır; AL tipinde plazma hücre klonunu hedeflemez.
B	Yalnız yüksek doz furosemid	Ödemi azaltabilir ancak amiloid üreten klonu tedavi etmez.
C	İmatinib monoterapisi	BCR-ABL veya belirli tirozin kinaz hedefli hastalıklarda kullanılır; AL amiloidoz standardı değildir.
D	İnterferon-alfa	AL amiloidozda etkili ve güncel ilk basamak yaklaşım değildir.

27. Atriyal fibrilasyona bağlı renal infarkt

Doğru cevap: A) Terapötik sistemik antikoagülasyon

1. Ani yan ağrısı, yüksek LDH ve kama biçimli perfüzyon defekti renal infarktı düşündürür.
2. Atriyal fibrilasyon en olası kardiyoembolik kaynaktır.
3. Geç başvuran ve stabil hastada terapötik antikoagülasyon temel tedavidir; çok erken seçilmiş olguda revaskülarizasyon düşünülebilir.

Kritik tuzak: Yan ağrısı ve hematüriyi otomatik olarak renal kolik kabul edip LDH ile kontrastlı BT bulgusunu gözden kaçırmaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
B	Acil nefrektomi	Enfekte nekrotik böbrek veya kontrolsüz kanama yoktur; embolik infarkta ilk tedavi değildir.
C	Yüksek doz kortikosteroid	Vaskülit kanıtı yoktur; kardiyoembolik mekanizmayı tedavi etmez.
D	Sadece antibiyotik	Pyelonefrit bulguları ve enfeksiyon kanıtı yoktur; kama biçimli perfüzyon defekti infarkta işaret eder.
E	Ekstrakorporeal şok dalga litotripsisi	Taş saptanmamıştır ve vasküler oklüzyonu düzeltmez.

28. Yüksek riskli primer membranöz nefropatide rituksimab

Doğru cevap: D) Rituksimab

1. Yüksek anti-PLA2R, ağır persistan proteinüri ve düşen eGFR yüksek progresyon riskini gösterir.
2. Destek tedavisine rağmen devam eden yüksek riskli hastalık immünsüpresyon gerektirir.
3. B hücrelerini hedefleyen rituksimab uygun ilk basamak seçeneklerden biridir; siklofosfamid-steroid veya kalsinörin inhibitörü alternatifleri risk profiline göre değerlendirilir.

Kritik tuzak: Tüm glomerülonefritlerde steroid monoterapisinin yeterli olduğunu varsaymaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Yalnız düşük doz prednizolon	Steroid monoterapisi primer membranöz nefropatide etkili standart rejim değildir.
B	Hidroksiklorokin	Lupus nefriti gibi otoimmün hastalıklarda kullanılabilir; PLA2R pozitif primer membranöz nefropatide temel tedavi değildir.
C	Kolşisin	FMF ve bazı inflamatuvar hastalıklarda kullanılır; membranöz nefropatiyi tedavi etmez.
E	Desmopressin	Kanama bozukluğu veya diabetes insipidusta kullanılır; proteinüri ve antikor üretimini azaltmaz.

29. Behçet hastalığında pulmoner arter anevrizması tedavisi

Doğru cevap: B) Yüksek doz glukokortikoid ve siklofosfamid

1. Behçet'te pulmoner arter anevrizması vaskülitik büyük damar tutulumudur.
2. Hemoptizi rüptür riskini gösterir; çevre trombüsü çoğu kez inflamatuvar damar lezyonuyla birliktedir.
3. Yüksek doz glukokortikoid ve siklofosfamid ağır organ tutulumunda standart başlangıç yaklaşımıdır; girişimsel tedavi kanama kontrolü için gerekebilir.

Kritik tuzak: Trombüs görüldüğü için anevrizma varlığını önemsemeden doğrudan antikoagülasyon başlamak ve kanama riskini artırmaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Yalnız tam doz antikoagülasyon	Anevrizma rüptürü ve ölümcül kanama riskini artırabilir; vaskülitik inflamasyon öncelikle baskılanmalıdır.
C	Yalnız aspirin	Pulmoner arter vaskülitini ve anevrizmayı kontrol etmeye yeterli değildir.
D	İnhale bronkodilatör	Hemoptizinin vasküler nedenini tedavi etmez.
E	Uzun süreli izlem dışında tedavi vermeme	Pulmoner arter anevrizması hayatı tehdit eden vasküler tutulumdur ve acil immünsüpresyon gerektirir.

30. Erişkin başlangıçlı Still hastalığının tanınması

Doğru cevap: C) Erişkin başlangıçlı Still hastalığı

1. Günlük sivri ateş ve ateşle beliren somon renkli döküntü karakteristiktir.
2. Nötrofilik lökositoz, boğaz ağrısı, artrit ve çok yüksek ferritin tanısı destekler.
3. Enfeksiyon, malignite ve diğer romatolojik hastalıklar dışlandıktan sonra erişkin Still tanısı konur.

Kritik tuzak: Ferritin yüksekliğini tek başına HLH kabul etmek; HLH'de sitopeni ve hipofibrinojenemi beklenirken burada nötrofilik lökositoz olduğunu gözden kaçırmaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Sistemik lupus eritematozus	ANA negatifiği, nötrofilik lökositoz ve ateşle eş zamanlı somon döküntü Still hastalığını daha çok destekler.
B	Romatoid artrit	Yüksek quotidian ateş, evanesan döküntü ve çok yüksek ferritin klasik RA için tipik değildir.
D	Dermatomyozit	Proksimal kas güçsüzlüğü ve tipik heliotrop/Gottron lezyonları verilmemiştir.
E	Poliarteritis nodosa	Orta damar iskemi bulguları, nöropati veya anjiyografik mikroanevrizma paterni yoktur.

31. IgG4 ilişkili hastalıkta başlangıç tedavisi

Doğru cevap: D) Sistemik glukokortikoid

1. Otoimmün pankreatit, tükürük bezi tutulumu ve retroperitoneal fibrozis çoklu organ IgG4 hastalığı paternidir.
2. Storiform fibrozis ve obliteratif flebit tanıyı destekler.
3. Aktif semptomatik hastalıkta sistemik glukokortikoid remisyon indüksiyonunun temelidir; nüks/refrakter olguda rituksimab düşünülebilir.

Kritik tuzak: Ağrısız sarılığı yalnız pankreas kanseri kabul ederek doku ve çoklu organ bulgularına rağmen gereksiz cerrahiye yönelmektir.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Acil Whipple cerrahisi	Pankreas kanseri dışlanmış ve çoklu organ IgG4 paterni doğrulanmıştır; rezeksiyon gereksizdir.
B	Yalnız pankreatik enzim	Egzokrin yetmezlikte destek olabilir ancak aktif immün inflamasyonu baskılamaz.
C	İnterferon-alfa	IgG4 ilişkili hastalık için standart remisyon indüksiyon tedavisi değildir.
E	Uzun süreli geniş spektrumlu antibiyotik	Enfeksiyon kanıtı yoktur; storiform fibrozis ve IgG4 yüksekliği immün hastalığı gösterir.

32. Anti-NMDA reseptör ensefalitinde tümör tedavisi ve immünoterapi

Doğru cevap: B) Teratomun çıkarılması ve birinci basamak immünoterapi

1. Hızlı psikiyatrik değişim, nöbet, diskinezi ve otonom instabilite anti-NMDA ensefaliti için tipiktir.
2. Genç kadında over teratomu sık ilişkili neoplazidir.
3. Tümörün erken çıkarılması ile yüksek doz steroid, IVIG veya plazma değişimi gibi birinci basamak immünoterapi birlikte uygulanır.

Kritik tuzak: Psikiyatrik belirtileri primer psikoz olarak kabul edip nöbet, diskinezi ve otonom instabiliteyi göz ardı etmektir.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Yalnız antipsikotik tedavi	Semptomları kısmen kontrol etse de otoimmün süreci ve tümör tetikleyicisini tedavi etmez; bazı antipsikotikler hareket/otonom bulguları kötüleştirebilir.
C	Yalnız antiepileptik tedavi	Nöbetleri kontrol edebilir ancak ensefalitin temel immün mekanizmasını ortadan kaldırmaz.
D	Teratomu izleyip altı ay sonra görüntüleme	Tümör immün yanıtı sürdürür; erken çıkarılması iyileşme olasılığını artırır.
E	Geniş spektrumlu antibiyotik monoterapisi	Bakteriyel menenjit bulgusu yoktur ve anti-NMDA antikoru tanıyı destekler.

33. Serebral venöz sinüs trombozunda hemorajik infarkta rağmen antikoagülasyon

Doğru cevap: A) Terapötik doz düşük molekül ağırlıklı heparin

1. Postpartum dönem güçlü bir hiperkoagülabilité riskidir.
2. Baş ağrısı, nöbet, fokal defisit ve MR venografi bulgusu serebral venöz sinüs trombozunu doğrular.
3. Hemorajik venöz infarkt olsa bile terapötik heparin temel tedavidir; gebelik/lohusalıkta LMWH uygundur.

Kritik tuzak: Hemorajik komponenti arteriyel beyin kanaması gibi yorumlayıp hayat kurtarıcı antikoagülasyonu kesmektir.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
B	Hemoraji nedeniyle tüm antikoagülasyondan kaçınma	Venöz infarkt içindeki hemoraji antikoagülasyon için mutlak kontrendikasyon değildir; trombüsün ilerlemesi önlenmelidir.
C	Yalnız asetilsalisilik asit	Serebral venöz sinüs trombozunda terapötik antikoagülasyonun yerini tutmaz.
D	Acil karotis endarterektomisi	Patoloji arteriyel karotis darlığı değil venöz sinüs trombozudur.
E	Yalnız mannitol	İntrakraniyal basıncı azaltmada destek olabilir ancak trombozu tedavi etmez.

34. Gebelikte karbonmonoksit zehirlenmesinde hiperbarik oksijen

Doğru cevap: E) Hiperbarik oksijen tedavisi

1. Soba dumanı, senkop ve konfüzyon karbonmonoksit zehirlenmesini düşündürür.
2. Gebelikte fetal hemoglobinin CO'ya afinitesi yüksek olduğundan fetüs daha uzun süre ve daha ağır etkilenebilir.
3. Maternal nörolojik bulgu ve fetal distres, karboksihemoglobin oranı orta düzeyde olsa bile hiperbarik oksijen endikasyonunu destekler.

Kritik tuzak: Tedavi kararını yalnız maternal karboksihemoglobin yüzdesine bağlayıp gebelik ve nörolojik/fetal bulguları göz ardı etmektir.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Yalnız oda havasında izlem	Maternal nörolojik bulgular ve fetal distres ağır maruziyeti gösterir; tedavisiz izlem uygun değildir.
B	Metilen mavisi	Methemoglobinemi tedavisidir; karbonmonoksidi hemoglobinden uzaklaştırmaz.
C	N-asetilsistein	Parasetamol toksisitesinin antidotudur; karbonmonoksit zehirlenmesini tedavi etmez.
D	Fomepizol	Metanol ve etilen glikol zehirlenmelerinde kullanılır; CO için yeri yoktur.

35. Katatoni tanısında lorazepam testi

Doğru cevap: C) Lorazepam deneme dozu verilmesi

1. Mutizm, negativizm, postür alma ve balmumu esnekliği katatoni sendromunu oluşturur.
2. Lorazepam testi hem tanıyı destekler hem de çoğu olguda hızlı klinik yanıt sağlar.
3. Yanıtsız veya ağır katatonide elektrokonvülsif tedavi düşünülür; altta yatan neden eş zamanlı araştırılır.

Kritik tuzak: Hareketsizliği psikozun negatif belirtisi sayıp yüksek potent antipsikotik başlamak ve katatoniyi ağırlaştırmaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Yüksek doz haloperidol başlanması	Katatoniye kötüleştirilebilir ve nöroleptik malign sendrom riskini artırabilir.
B	Yalnız antidepresan başlanması	Altta yatan duygudurum bozukluğu olsa bile akut katatoniyi hızla çözmez.
D	Lityum yüklemesi	Akut katatoni için tanısal ve tedavi edici ilk yaklaşım değildir.
E	Hiç tedavi vermeden uzun süre gözlem	Dehidratasyon, tromboz ve bası yarası gibi komplikasyonlar nedeniyle gecikme sakıncalıdır.

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

36. Konjenital diyafram hernisinde doğum salonu stabilizasyonu

Doğru cevap: B) Endotrakeal entübasyon ve orogastrik dekompresyon

1. Çökük abdomen ve hemitoraksta bağırsak sesleri konjenital diyafram hernisini düşündürür.
2. Balon-maske ventilasyonu herniye bağırsakları şişirerek akciğer basısını artırır.
3. Bu nedenle erken entübasyon, nazogastrik/orogastrik sürekli dekompresyon ve nazik ventilasyonla stabilizasyon yapılır.

Kritik tuzak: Siyanotik yenidoğanda refleks olarak balon-maske ventilasyonuna başlamak ve intratorasik bağırsak distansiyonunu ağırlaştırmaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Balon-maske ile pozitif basınçlı ventilasyon	Mide ve bağırsakları şişirerek mediastinal basıyı ve akciğer hipoplazisine bağlı solunum sıkıntısını artırabilir.
C	Acil toraks tüpü takılması	Primer sorun pnömotoraks değil toraksa herniye abdominal organlardır; rutin tüp torakostomi yarar sağlamaz.
D	Doğum odasında acil laparotomi	Önce kardiyopulmoner stabilizasyon ve pulmoner hipertansiyon kontrolü gerekir; cerrahi stabilizasyon sonrası yapılır.
E	Nazal CPAP başlanması	Noninvaziv pozitif basınç gastrointestinal distansiyonu artırabilir ve ağır hastada yeterli hava yolu kontrolü sağlamaz.

37. Yenidoğan omfalitinde ampirik intravenöz tedavi

Doğru cevap: A) İntravenöz antistafilokokal ajan ve aminoglikozid kombinasyonu

1. Göbek çevresinde eritem, pürülan akıntı ve sistemik bulgular omfaliti gösterir.
2. En sık etkenler Staphylococcus aureus, grup A streptokoklar ve gram-negatif enterik basillerdir.
3. Hastaneye yatırılarak antistafilokokal beta-laktam ile aminoglikozid başlanır; nekroz/kötü koku varsa anaerop kapsamı eklenir.

Kritik tuzak: Göbek lezyonunu yüzeysel cilt enfeksiyonu kabul edip yenidoğandaki sepsis riskini küçümsemektir.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
B	Yalnız topikal antiseptik uygulanması	Sistemik bulgulu omfalit hızla sepsis ve nekrotizan fasiite ilerleyebilir; topikal tedavi yetersizdir.
C	Oral amoksisilin monoterapisi	Stafilokoklar ve gram-negatif enterik bakteriler için yeterli genişlikte ve şiddette değildir.
D	Tedavisiz kuru göbek bakımı	Profilaksi için yararlı olabilir ancak yerleşmiş enfeksiyonda gecikme ciddi komplikasyonlara yol açar.
E	Yalnız intravenöz asiklovir	Herpes enfeksiyonu bulgusu yoktur; omfalitin tipik bakteriyel etkenlerini kapsamaz.

38. Gestasyonel alloimmün karaciğer hastalığında erken tedavi

Doğru cevap: E) Değişim transfüzyonu ve intravenöz immünglobulin

1. Yenidoğan döneminde ağır karaciğer yetmezliği ve ekstrahepatik sideroz gestasyonel alloimmün karaciğer hastalığını destekler.
2. Hastalık maternal antikorların fetüs karaciğerine verdiği hasarla ilişkilidir.
3. Erken değişim transfüzyonu dolaşımdaki antikorları azaltır; IVIG immün hasarı baskılar.

Kritik tuzak: Ferritin yüksekliği ve siderozu primer demir depolama hastalığı sanıp alloimmün patogenezi gözden kaçırmaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Yalnız fototerapi	İndirekt hiperbilirubinemi tedavisidir; ağır neonatal karaciğer yetmezliğini ve alloimmün mekanizmayı düzeltmez.
B	Acil demir şelasyonu	Sideroz ikincil bulgudur; temel patogenez maternal antikor aracılı hepatosit hasarıdır.
C	Yalnız ursodeoksikolik asit	Kolestazi destekleyici olarak kullanılabilir ancak fulminan tabloyu tedavi etmez.
D	Oral ribavirin	Viral hepatit kanıtı yoktur ve gestasyonel alloimmün karaciğer hastalığının tedavisi değildir.

39. Konjenital klor diyaresinde elektrolit replasmanı

Doğru cevap: C) Yaşam boyu sodyum klorür ve potasyum klorür replasmanı

1. Prenatal bağırsak dilatasyonu ve doğumdan itibaren sulu diyare konjenital sekretuar diyareyi düşündürür.
2. Yüksek dışkı kloru ile hipokloremik metabolik alkaloz konjenital klor diyaresi için karakteristiktir.
3. Tedavi kaybedilen klorür, sodyum, potasyum ve sıvının sürekli yerine konmasına dayanır.

Kritik tuzak: Metabolik alkalozlu hastaya refleks olarak bikarbonat vermek veya tabloyu pilor stenozu gibi kusma kaynaklı sanmaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Glutensiz diyet	Çölyak hastalığında kullanılır; yenidoğandan beri süren yüksek dışkı kloruyla uyumlu değildir.
B	Laktaz enzimi	Laktoz intoleransında yardımcıdır; klor-bikarbonat değiştirici bozukluğunu düzeltmez.
D	Loop diüretik	Klor ve potasyum kaybını artırarak metabolik alkalozu ağırlaştırır.
E	Yüksek doz bikarbonat	Hastada alkaloz vardır; bikarbonat verilmesi asit-baz bozukluğunu kötüleştirir.

40. X'e bağlı agammaglobulinemide immünglobulin replasmanı

Doğru cevap: D) Düzenli intravenöz veya subkutan immünglobulin replasmanı

1. Altı aydan sonra başlayan kapsüllü bakteri enfeksiyonları humoral immün yetmezliği düşündürür.
2. Tonsillerin yokluğu, panhipogammaglobulinemi ve B hücrelerinin yokluğu BTK ilişkili X'e bağlı agammaglobulinemiyle uyumludur.
3. Düzenli immünglobulin replasmanı koruyucu antikor düzeyi sağlar ve enfeksiyonları azaltır.

Kritik tuzak: Tekrarlayan enfeksiyonları yalnız antibiyotikle tedavi edip kalıcı antikor replasmanı gereksinimini atlamaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Canlı viral aşılardan sıklaştırılması	Canlı aşılardan ağır humoral immün yetmezlikte riskli olabilir ve eksik antikor üretimini düzeltmez.
B	Yalnız profilaktik antifungal	Temel sorun kapsüllü bakterilere karşı antikor eksikliğidir; tek başına antifungal profilaksi yeterli değildir.
C	Uzun süreli yüksek doz steroid	İmmün yetmezliği artırır ve enfeksiyon riskini artırır.
E	Splenektomi	Antikor eksikliğini düzeltmez; kapsüllü bakteri enfeksiyonu riskini daha da artırabilir.

41. Wiskott-Aldrich sendromunda küratif tedavi

Doğru cevap: B) Hematopoietik kök hücre nakli

1. Egzama, enfeksiyon ve trombositopeni klasik triaddır.
2. Küçük trombositler Wiskott-Aldrich için ayırt edici bir ipucudur.
3. Uygun donörden hematopoietik kök hücre nakli bağışıklık ve hematopoietik bozukluğu düzelten küratif tedavidir.

Kritik tuzak: Trombositopeniyi immün trombositopeni sanıp trombosit hacminin düşük olmasını gözden kaçırmaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Yalnız topikal steroid	Egzamayı azaltabilir ancak immün yetmezlik ve mikrotrombositopeniyi düzeltmez.
C	Ömür boyu demir tedavisi	Kanama kaynaklı demir eksikliği gelişse bile temel genetik bozukluğu tedavi etmez.
D	Tonsillektomi	Enfeksiyonların temel nedeni anatomik değil kombine immün yetmezliktir.
E	Yalnız splenektomi	Trombosit sayısını artırabilir ancak enfeksiyon ve malignite riskini düzeltmez; küratif değildir.

42. Lökosit adezyon eksikliği tip 1'de CD18 bozukluğu

Doğru cevap: D) CD18 integrin ekspresyon bozukluğu

1. Gecikmiş göbek kordonu ayrılması ve püy oluşmaması nötrofillerin dokulara göç edemediğini gösterir.
2. Persistan nötrofilik lökositöz hücrelerin dolaşımda kalmasına bağlıdır.
3. LAD-1, beta-2 integrin alt birimi CD18'i kodlayan ITGB2 bozukluğuna bağlıdır.

Kritik tuzak: Tekrarlayan bakteriyel enfeksiyon nedeniyle kronik granüloamatöz hastalığı seçip püy yokluğu ve gecikmiş kordon ayrılmasını atlamaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	NADPH oksidaz eksikliği	Katalaz pozitif enfeksiyon ve granülom yapar; gecikmiş kordon ayrılması ve püy yokluğu CD18 eksikliğine daha özgüdür.
B	BTK mutasyonu	B hücre yokluğu ve hipogammaglobulinemi yapar; nötrofilin dokuya göçünü bozmaz.
C	C5-C9 kompleman eksikliği	Neisseria enfeksiyonlarına yatkınlık yapar; lökositöz ve gecikmiş kordon ayrılması beklenmez.
E	Adenozin deaminaz eksikliği	Ağır kombine immün yetmezlik yapar; bu özgün nötrofil adezyon paternini açıklamaz.

43. 22q11.2 delesyonunda DiGeorge sendromu

Doğru cevap: C) 22q11.2 delesyonu

1. Konotrunkal kalp defekti ve timik hipoplazi üçüncü-dördüncü faringeal poş gelişim bozukluğunu düşündürür.
2. Paratiroid hipoplazisi hipokalsemiye, timik hipoplazi T hücre eksikliğine yol açar.
3. Bu patern en sık 22q11.2 delesyon sendromudur.

Kritik tuzak: Sadece kalp anomalisi üzerinden başka kromozom bozukluğu seçip hipokalsemi ve timik gölge yokluğunu bütünleştirmemektir.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	7q11.23 delesyonu	Williams sendromu ve supravülvüler aort darlığıyla ilişkilidir; timik aplazi ve hipokalsemi tipik değildir.
B	15q11-q13 delesyonu	Prader-Willi veya Angelman sendromlarıyla ilişkilidir; konotrunkal anomali-timik aplazi paternini açıklamaz.
D	Trizomi 18	Çoklu malformasyon yapabilir ancak timik aplazi, hipokalsemi ve konotrunkal anomali birlikteliği 22q11.2 için karakteristiktir.
E	X kromozomunda FMR1 genişlemesi	Frajil X sendromuyla ilişkilidir; neonatal bu fenotipi oluşturmaz.

44. Blau sendromunda NOD2 mutasyonu

Doğru cevap: A) NOD2

1. Erken başlangıçlı granümatöz dermatit, artrit ve üveit Blau sendromunun klasik triadıdır.
2. Otozomal dominant aile öyküsü sporadik erken başlangıçlı sarkoidozdan ayırırda yardımcıdır.
3. Blau sendromu aktive edici NOD2 varyantlarıyla ilişkilidir.

Kritik tuzak: Nonkazeifiye granülomu erişkin sarkoidozuyla eşdeğer sayıp çocukluk başlangıcı ve Mendelyen aile öyküsünü gözden kaçırmaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
B	MEFV	Ailevi Akdeniz ateşiyle ilişkilidir; granümatöz dermatit-artrit-üveit triadı tipik değildir.
C	TNFRSF1A	TRAPS'a yol açar; uzun ateş atakları ve migratuvar miyalji daha tipiktir.
D	NLRP3	CAPS spektrumuyla ilişkilidir; ürtikeryal döküntü, işitme kaybı ve ateş ön plandadır.
E	FAS	Otoimmün lenfoproliferatif sendromla ilişkilidir; kronik lenfadenopati ve çift negatif T hücreleri beklenir.

45. Obstrükte total anormal pulmoner venöz dönüşte acil cerrahi

Doğru cevap: E) Acil cerrahi total anormal pulmoner venöz dönüş onarımı

1. Tüm pulmoner venlerin sistemik venöz dolaşıma açılması TAPVD'dir.
2. İnfrakardiyak tipte venöz obstrüksiyon ağır pulmoner ödem ve dirençli siyanoz yapar.
3. Obstrükte TAPVD yenidoğan kardiyak cerrahi acilidir; pulmoner venler sol atriyauma bağlanır.

Kritik tuzak: Siyanotik kalp hastalığında PGE1'in her zaman definitive çözüm olduğunu varsaymaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Yalnız prostaglandin E1 infüzyonu	Duktusu açık tutmak bazı siyanotik kalp hastalıklarında yararlıdır; obstrükte pulmoner venöz dönüşü gidermez.
B	Elektif olarak altı ay izlem	Pulmoner venöz obstrüksiyon hızla pulmoner ödem ve ölüm yapar; beklenemez.
C	Yalnız balon atriyal septostomi	Atriyal karışımı artırılabilir ancak temel obstrüksiyonu ve anormal bağlantıyı düzeltmez.
D	İnhale kortikosteroid	Pulmoner ödemin kardiyak anatomik nedenini tedavi etmez.

46. Trunkus arteriozusta erken cerrahi onarım

Doğru cevap: A) VSD'nin kapatılması ve sağ ventrikül-pulmoner arter kondüitiyle erken cerrahi onarım

1. Tek büyük arter, VSD ve tek S2 trunkus arteriozusu gösterir.
2. Pulmoner kan akımı artışı erken kalp yetersizliği ve pulmoner vasküler hastalık oluşturur.
3. Yaşamın ilk aylarında VSD kapatılır, trunkus aortaya bırakılır ve RV-pulmoner arter kondüiti yerleştirilir.

Kritik tuzak: Bebeğin semptomlarını yalnız kalp yetersizliği olarak tedavi edip hızlı gelişen pulmoner vasküler hastalık nedeniyle cerrahiye geciktirmektir.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
B	Yalnız diüretikle uzun süre izlem	Kalp yetersizliğini geçici azaltabilir ancak artan pulmoner vasküler hastalık riskini önlemez.
C	Balon pulmoner valvüloplasti	Ayrı bir pulmoner kapak yoktur; anatomik defekti düzeltmez.
D	Duktus arteriozusun cerrahi ligasyonu	Trunkus arteriozusun temel anatomik problemi değildir.
E	Yalnız atriyal septostomi	Karışım sorunu değil tek arter ve VSD anatomisi vardır; definitif onarım sağlamaz.

47. Pulmoner atrezide duktal açıklığın prostaglandinle sürdürülmesi

Doğru cevap: E) Prostaglandin E1 infüzyonu

1. Pulmoner atrezi, sağ ventrikülden akciğere antegrad akımı engeller.
2. Bu bebekte pulmoner dolaşım duktus arteriozus üzerinden sağlanır.
3. PGE1 duktusu açık tutarak kateter veya cerrahi girişime kadar hayat kurtarıcı köprü sağlar.

Kritik tuzak: PDA'yı her durumda kapatılması gereken bir lezyon sanıp duktusa bağımlı dolaşımı gözden kaçırmaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	İndometazin	Duktusu kapatır ve pulmoner kan akımını daha da azaltır.
B	Yüksek doz furosemid	Duktal açıklığı sağlamaz ve hipovolemiyi artırabilir.
C	Digoksin	Duktusa bağımlı pulmoner dolaşımı düzeltmez.
D	Adenozin	Supraventriküler taşikardi tedavisidir; anatomik pulmoner çıkış obstrüksiyonuna etkisizdir.

48. Primer siliyer diskinezi tanısı yaklaşım

Doğru cevap: C) Primer siliyer diskinezi

1. Yenidoğan solunum sıkıntısı ve yaşam boyu üst-alt hava yolu enfeksiyonları mukosiliyer temizleme bozukluğunu düşündürür.
2. Situs inversusla birlikte Kartagener fenotipidir.
3. Primer siliyer diskinezi düşük nazal nitrik oksit, yüksek hızlı video mikroskopi, ultrastrüktür veya genetik testlerle doğrulanır.

Kritik tuzak: Bronşiektazi nedeniyle kistik fibrozisi seçip normal ter testi ve situs inversusu gözden kaçırmaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Kistik fibrozis	Bronşiektazi yapılabilir ancak ter testi normaldir ve situs inversus primer siliyer diskineziyi daha güçlü destekler.
B	Alfa-1 antitripsin eksikliği	Çocuklukta kronik otit-sinüzit ve situs inversus oluşturmaz.
D	Ağır kombine immün yetmezlik	Erken ağır fırsatçı enfeksiyon ve lenfopeni beklenir; organ lateralizasyon bozukluğu tipik değildir.
E	Astım	Kronik ıslak öksürük, bronşiektazi, otit ve situs inversusu açıklamaz.

49. Yabancı cisim aspirasyonunda rijit bronkoskopi

Doğru cevap: D) Rijit bronkoskopi ile yabancı cismin çıkarılması

1. Ani boğulma atağı ve tek taraflı hışıltı yabancı cisim aspirasyonunu düşündürür.
2. Ekspirasyonda unilateral hava hapsi valf etkisini gösterir.
3. Rijit bronkoskopi çocuklarda hem tanısal hem de tedavi edici standart yöntemdir.

Kritik tuzak: Normal inspirasyon grafisinin yabancı cismi dışladığını sanmaktır; radyografi tamamen normal de olabilir.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Yalnız oral antibiyotik	Sekonder enfeksiyon gelişse bile mekanik obstrüksiyonu ortadan kaldırmaz.
B	Bronkodilatör verip bir ay izlem	Tek taraflı bulgular ve boğulma öyküsü astımdan çok yabancı cismi düşündürür; gecikme akciğer hasarı yapılabilir.
C	Göğüs tüpü takılması	Pnömotoraks bulgusu yoktur; yabancı cismi çıkarmaz.
E	Baryumlu özofagus grafisi	Sorun hava yolundadır; tanı ve tedavi sağlamaz.

50. Hirschsprung hastalığında rektal suction biyopsi

Doğru cevap: B) Rektal suction biyopsisinde ganglion hücresi yokluğunun gösterilmesi

1. Gecikmiş mekonyum, distansiyon ve safralı kusma distal obstrüksiyonu düşündürür.
2. Rektal muayene sonrası patlayıcı dışkı Hirschsprung için tipik bir klinik ipucudur.
3. Kesin tanı rektal biyopside ganglion hücresi yokluğu ve hipertrofik sinir liflerinin gösterilmesiyle konur.

Kritik tuzak: Mekonyum gecikmesini yalnız mekonyum ileus sayıp rektal muayene sonrası patlayıcı boşalmayı gözden kaçırmaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Ter testi	Kistik fibrozis ve mekonyum ileus değerlendirmesinde kullanılır; Hirschsprung'u doğrulamaz.
C	Üst gastrointestinal sistem endoskopisi	Distal kolon innervasyon bozukluğunu göstermez ve yenidoğanda uygun ilk test değildir.
D	Dışkıda gizli kan	Enterokolit veya kanamayı gösterebilir ancak aganglioneoz tanısı koydurmaz.
E	Serum tripsinojen düzeyi	Pankreas fonksiyonunu değerlendirir; distal bağırsak aganglioneozuyla ilişkili değildir.

51. Alagille sendromunda JAG1 bozukluğu

Doğru cevap: A) JAG1

1. Safra kanalı azlığı neonatal/infantil kolestazın önemli nedenidir.
2. Periferik pulmoner stenoz, kelebek vertebra, posterior embriyotokson ve tipik yüz Alagille sendromunu oluşturur.
3. Hastaların çoğunda Notch yolundaki JAG1 geninde patojenik varyant bulunur.

Kritik tuzak: Kolestazı tek başına PFIC olarak değerlendirmek ve çoklu sistem dismorfik bulgularını birleştirmemektir.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
B	CFTR	Kistik fibrozis ve ilişkili kolestaz yapabilir; karakteristik yüz, periferik pulmoner stenoz ve kelebek vertebra paternini açıklamaz.
C	ATP8B1	PFIC1 ile ilişkilidir; safra kanalı azlığı ve tipik ekstrakaraciğer bulguları beklenmez.
D	ABCB11	PFIC2 ve BSEP eksikliğiyle ilişkilidir; Alagille fenotipini oluşturmaz.
E	SERPINA1	Alfa-1 antitripsin eksikliğine yol açar; posterior embriyotokson ve pulmoner stenozla ilişkili değildir.

52. Mikrovillus inklüzyon hastalığında MYO5B mutasyonu

Doğru cevap: C) Mikrovillus inklüzyon hastalığı

1. Doğumdan hemen sonra başlayan ve açlıkta devam eden diyare sekretuar konjenital enteropatiyi düşündürür.
2. Apikal PAS-pozitif ve ultrastrüktürel mikrovillus inklüzyonları tanısaldır.
3. Hastalık çoğunlukla MYO5B varyantlarıyla ilişkilidir ve uzun süreli parenteral beslenme/bağırsak nakli gerektirebilir.

Kritik tuzak: Tüm neonatal diyareleri enfeksiyon veya besin intoleransı sayıp açlıkta devam etmesini ve biyopsi bulgusunu göz ardı etmektir.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Konjenital laktaz eksikliği	Beslenme kesildiğinde ozmotik diyare azalır; mikrovillus inklüzyonları beklenmez.
B	Çölyak hastalığı	Gluten maruziyeti sonrası daha ileri aylarda gelişir; yenidoğan başlangıcı ve bu ultrastrüktürel uyumlu değildir.
D	İnek sütü protein alerjisi	Kanlı/mukuslu dışkı yapabilir; beslenmeden bağımsız dev sekretuar kayıp ve inklüzyonlar beklenmez.
E	Kistik fibrozis	Malabsorpsiyon ve yağlı dışkı yapar; doğumdan itibaren sekretuar diyare ve enterosit inklüzyonu tipik değildir.

53. MCAD eksikliğinde hipoketotik hipogliseminin önlenmesi

Doğru cevap: B) Uzun açlıktan kaçınmak ve hastalıkta erken glukoz vermek

1. Açlıkla tetiklenen hipoketotik hipoglisemi yağ asidi oksidasyon bozukluğunu düşündürür.
2. C8 açilkarnitin yüksekliği MCAD eksikliği için tipiktir.
3. Temel korunma uzun açlıktan kaçınmak, sık beslenmek ve hastalıkta erken oral/IV glukoz sağlamaktır.

Kritik tuzak: Hipoglisemi nedeniyle ketojenik diyet önermek; hastanın keton üretememesinin problemin kendisi olduğunu unutmaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Ketojenik diyet	Yağ asidi oksidasyon bozukluğunda enerji kaynağını yağlara yöneltir ve krizi tetikleyebilir.
C	Protein kısıtlaması	Üre döngüsü bozukluklarında kullanılır; MCAD'ın temel problemi orta zincirli yağ asidi oksidasyonudur.
D	Yüksek doz demir	Hipoketotik hipoglisemiye önlemez ve endikasyon yoktur.
E	Sıvı kısıtlaması	Dehidratasyonu artırır ve katabolik krizi ağırlaştırabilir.

54. Akçaağaç şurubu idrar hastalığında enzim kompleksi

Doğru cevap: E) Dalı zincirli alfa-ketoasit dehidrogenaz kompleksi

1. Akçaağaç şurubu kokusu ve nörolojik kötüleşme MSUD için karakteristiktir.
2. Lösin, izölösin ve valin dalı zincirli aminoasitlerdir.
3. Bunların ketoasitlerinin yıkımı dalı zincirli alfa-ketoasit dehidrogenaz kompleksiyle olur.

Kritik tuzak: Aminoasit hastalığı olduğu için fenilketonüriyi seçmek; yükselen aminoasitlerin dalı zincirli üçlü olduğunu gözden kaçırmaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Fenilalanin hidroksilaz	Fenilketonüriye yol açar; dalı zincirli aminoasitlerin tümünü yükseltmez.
B	Homogentizat oksidaz	Alkaptonüriye yol açar; koyu idrar ve okronozis beklenir.
C	Propionil-CoA karboksilaz	Propiyonik asidemi yapar; akçaağaç kokusu ve dalı zincirli aminoasit yüksekliği tipik değildir.
D	Ornitin transkarbamilaz	Hiperamonyemi yapar; karakteristik koku ve lösin yüksekliği beklenmez.

55. Tirozinemi tip 1'de nitisinon tedavisi

Doğru cevap: D) Nitisinon ve tirozin/fenilalanin kısıtlı diyet

1. Karaciğer yetmezliği, renal Fanconi ve rikets birlikteliği tirozinemi tip 1'i düşündürür.
2. Süksinilaseton tanısı metabolittir ve hepatoselüler kanser riskini de artırır.
3. Nitisinon toksik metabolit oluşumunu upstream düzeyde engeller; tirozin/fenilalanin kısıtlı diyetle birlikte verilir.

Kritik tuzak: Yüksek AFP'yi doğrudan karaciğer kanseri olarak kabul edip altta yatan tedavi edilebilir metabolik hastalığı gözden kaçırmaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Sadece folik asit	Tirozin yıkımındaki toksik metabolit üretimini durdurmaz.
B	Yüksek proteinli diyet	Tirozin ve fenilalanin yükünü artırarak toksisiteyi kötüleştirir.
C	Biotin monoterapisi	Biotinidaz eksikliği ve bazı karboksilaz bozukluklarında kullanılır; tirozinemi tip 1'i tedavi etmez.
E	Gluten kısıtlaması	Çölyak hastalığına yöneliktir; süksinilaseton birikimini etkilemez.

56. Fanconi anemisinde kromozom kırılma testi

Doğru cevap: A) Diepoksibütanla kromozom kırılma testi

1. Radyal ray anomalisi, pigmentasyon ve kemik iliği yetmezliği Fanconi anemisini düşündürür.
2. Hastalık DNA interstrand çapraz bağ onarımındaki bozukluktan kaynaklanır.
3. Diepoksibütan veya mitomisin C maruziyetiyle artmış kromozom kırılması tanısı destekler.

Kritik tuzak: Pansitopeniyi edinilmiş aplastik anemi kabul edip doğumsal anomalileri ve kanser yatkınlığını gözden kaçırmaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
B	Hemoglobin elektroforezi	Hemoglobinopatileri değerlendirir; DNA çapraz bağ onarım bozukluğunu göstermez.
C	Direkt Coombs testi	Otoimmün hemolizi araştırır; hiposellüler pansitopeni ve doğumsal anomalileri açıklamaz.
D	Osmotik fragilité testi	Hereditör sferositozu destekler; kromozom instabilitesini ölçmez.
E	G6PD enzim aktivitesi	Oksidatif hemoliz yatkınlığını değerlendirir; kemik iliği yetmezliği sendromu için tanısal değildir.

57. Akut hemoliz sırasında G6PD testinin yalancı normal olması

Doğru cevap: B) Hemoliz düzeldikten birkaç ay sonra G6PD aktivitesini tekrar ölçmek

1. Bakla maruziyeti, akut intravasküler hemoliz ve bite hücreleri G6PD eksikliğini düşündürür.
2. Akut atakta en düşük enzimli yaşlı eritrositler seçici olarak yıkılır ve retikülositler dolaşımda artar.
3. Bu nedenle enzim testi yalancı normal olabilir; stabil dönemde tekrarlanmalıdır.

Kritik tuzak: Tek bir normal enzim sonucunu kesin dışlama olarak yorumlayıp test zamanlamasını önemsememektir.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	G6PD eksikliğini kesin olarak dışlamak	Hemoliz sırasında yaşlı, enzim eksik eritrositler yıkılmış; retikülositler yüksek enzim aktivitesiyle yalancı normal sonuç verebilir.
C	Kemik iliği biyopsisi yapmak	Klinik oksidatif hemolizle uyumludur; kemik iliği incelemesi ilk seçenek değildir.
D	Direkt Coombs pozitif kabul edip steroid başlamak	Bite hücreleri ve oksidan maruziyet enzim eksikliğini destekler; otoimmün hemoliz kanıtı yoktur.
E	Ömür boyu demir şelasyonu başlamak	Demir yüklenmesi gösterilmemiştir ve akut hemolizin nedenini tedavi etmez.

58. Medulloblastomda kraniospinal evreleme

Doğru cevap: D) Kontrastlı tüm spinal MR ve uygun zamanda BOS sitolojisi

1. Orta hat posterior fossa kitlesi ve ataksi medulloblastomu düşündürür.
2. Medulloblastom BOS yoluyla spinal leptomeningeal yüzeylere yayılabilir.
3. Bu nedenle tüm spinal MR ve postoperatif güvenli zamanda lomber BOS sitolojisi evrelemenin temelidir.

Kritik tuzak: Solid tümörlerde alışılmış toraks-batın taramasına yönelip kraniospinal yayılım yolunu gözden kaçırmaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Yalnız abdominal ultrasonografi	Medulloblastomun tipik yayılımı leptomeningeal 'drop' metastazlarıdır; batın ultrasonu yeterli değildir.
B	Kemik sintigrafisi	Kemik metastazı temel yayılım yolu değildir; kraniospinal eksen değerlendirilmelidir.
C	Mammografi	Yaş ve tümör biyolojisiyle ilişkili değildir.
E	Yalnız toraks BT	Akciğer metastazı yerine BOS yolları boyunca yayılım ön plandadır.

59. Akut dissemine ensefalomiyelitte steroid tedavisi

Doğru cevap: E) Yüksek doz intravenöz metilprednizolon

1. Ensefalopatiyle birlikte çok odaklı nörolojik defisit ADEM için ayırt edici bir özelliktir.
2. Enfeksiyon sonrası tek fazlı seyir ve büyük, bilateral asimetrik beyaz cevher lezyonları tanıyı destekler.
3. İlk basamak yüksek doz IV metilprednizolondur; yanıtız olguda IVIG veya plazma değişimi düşünülebilir.

Kritik tuzak: Çoklu beyaz cevher lezyonlarını doğrudan multipl skleroz kabul edip çocukta ensefalopatinin ADEM lehine olduğunu unutmaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Uzun süreli antibakteriyel monoterapi	Enfeksiyon bulgusu ve bakteriyel odak yoktur; postinfeksiyöz demiyelinizan tabloyu tedavi etmez.
B	Acil karotis endarterektomisi	Çocukta çok odaklı beyaz cevher lezyonları arteriyel karotis hastalığıyla uyumlu değildir.
C	Yalnız levodopa	Parkinsonizm tedavisidir; inflamatuvar demiyelinizasyonu baskılamaz.
D	Ketojenik diyet	Refrakter epilepside kullanılabilir; ADEM'in başlangıç tedavisi değildir.

60. Nefropatik sistinozda sisteamin tedavisi

Doğru cevap: C) Sisteamin

1. Fanconi sendromu ve erken rikets proksimal tübül hasarını gösterir.
2. Korneal sistin kristalleri nefropatik sistinoz için karakteristiktir.
3. Sisteamin lizozomdaki sistini dışarı taşıyarak birikimi ve organ hasarını azaltır; elektrolit replasmanı da gerekir.

Kritik tuzak: Sadece Fanconi bulgularını replase edip sistin birikimini azaltan özgül tedaviyi geciktirmektir.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Allopürinol	Ürik asit üretimini azaltır; lizozomal sistin birikimini boşaltmaz.
B	Penisilamin	Wilson hastalığında bakır şelasyonu için kullanılır; sistinozun standart tedavisi değildir.
D	İmidazolin	Sistinozla ilişkili özel bir tedavi değildir.
E	Yüksek doz kalsitriol tek başına	Riketsi destekleyebilir ancak hücresel sistin birikimini ve progresif organ hasarını durdurmaz.

CERRAHİ TIP BİLİMLERİ

61. Bouveret sendromunda endoskopik taş çıkarılması

Doğru cevap: B) Endoskopik taş çıkarılması veya litotripsi girişi

1. Pnömobili, bilioenterik fistül ve ektopik safra taşı Rigler triadını oluşturur.
2. Taş duodenumda gastrik çıkış obstrüksiyonu yapıyorsa tablo Bouveret sendromudur.
3. Stabil, ileri yaştaki hastada daha az invaziv endoskopik ekstraksiyon/litotripsi ilk denenebilir; başarısızsa enterolitotomi yapılır.

Kritik tuzak: Fistülü gördüğü anda yüksek riskli tek aşamalı fistül onarımına yönelip önce obstrüksiyonun giderilmesi gerektiğini atlamaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Acil total gastrektomi	Gastrik malignite veya yaygın nekroz yoktur; aşırı invaziv ve gereksizdir.
C	Yalnız proton pompa inhibitörü	Mekanik çıkış obstrüksiyonunu ve ektopik taşı ortadan kaldırmaz.
D	Perkütan kolesistostomi	Akut kolesistit drenajı sağlar ancak duodenumdaki obstrüktif taşı çıkarmaz.
E	Elektif kolonoskopi	Lezyon üst gastrointestinal sistemdedir; tanı ve tedaviye katkı sağlamaz.

62. Roux-en-Y gastrik bypass sonrası internal hernide acil laparoskopi

Doğru cevap: A) Acil tanısal laparoskopi, herninin redüksiyonu ve mezenterik defektin kapatılması

1. Gastrik bypass sonrası mezenterik/Petersen defektleri internal herni için özgün risk oluşturur.
2. Mesenteric swirl ve kümelenmiş anslar BT'de internal herniyi güçlü biçimde destekler.
3. Kapalı ans ve iskemi riski nedeniyle gecikmeden laparoskopik eksplorasyon, redüksiyon ve defekt kapatılması gerekir.

Kritik tuzak: Karın muayenesinin başlangıçta hafif olmasına güvenip bariatrik cerrahi sonrası internal herninin hızla strangüle olabileceğini gözden kaçırmaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
B	Yalnız proton pompa inhibitörü	Peptik yakınmaları azaltabilir ancak strangülasyon riski taşıyan internal herniyi tedavi etmez.
C	Oral laksatif verip taburcu etme	Mekanik kapalı ans obstrüksiyonunu ve iskemi riskini artırabilir.
D	Bir hafta sonra elektif endoskopi	BT bulguları ve yükselen laktat zaman kritik mezenterik iskemi riskini gösterir; beklenemez.
E	Sadece nazogastrik dekompresyonla uzun süre izlem	Destek sağlayabilir ancak bariatrik cerrahi sonrası internal hernide negatif muayeneye rağmen acil cerrahi eksplorasyon gerekebilir.

63. Tehdit altındaki mezorektal fasyalı rektum kanserinde total neoadjuvan tedavi

Doğru cevap: E) Total neoadjuvan tedavi sonrası total mezorektal eksizyon

1. cT3cN2, EMVI pozitifliği ve mezorektal fasyaya yakınlık yüksek lokal ve sistemik risk gösterir.
2. Kemoterapi ile radyoterapinin ameliyat öncesi tamamlanması total neoadjuvan tedavidir.
3. Ardından standart onkolojik cerrahi total mezorektal eksizyon uygulanır.

Kritik tuzak: Rektum kanserini kolon kanseri gibi doğrudan cerrahiye götürüp pelvik MR'daki çevresel sınır riskini göz ardı etmektir.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Doğrudan lokal eksizyon	T3N2 ve tehdit altındaki cerrahi sınırdaki onkolojik olarak yetersizdir.
B	Yalnız ameliyat sonrası radyoterapi	Yüksek riskli lokal ileri hastalıkta neoadjuvan yaklaşım cerrahi sınır ve sistemik kontrolü iyileştirir.
C	Sadece endoskopik mukozal rezeksiyon	Submukozayı aşmış nod pozitif tümörde uygun değildir.
D	Tedavisiz izlem	Lokal ileri ve yüksek riskli rektum kanserinde kabul edilemez.

64. Anal kanal skuamöz kanserinde definitif kemoradyoterapi

Doğru cevap: C) Mitomisin ve floropirimidinle eş zamanlı definitif radyoterapi

1. Anal kanal skuamöz hücreli kanserinde sfinkter koruyucu standart tedavi kemoradyoterapidir.
2. Mitomisin ile 5-FU veya kapesitabin radyoterapiyle eş zamanlı verilir.
3. Persistan veya nüks hastalıkta abdominoperineal rezeksiyon kurtarma tedavisidir.

Kritik tuzak: Tüm gastrointestinal skuamöz tümörleri cerrahiyle başlatmak ve anal kanserde organ koruyucu standart yaklaşımı atlamaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	İlk seçenek abdominoperineal rezeksiyon	Günümüzde çoğu lokal-bölgesel anal skuamöz kanserde organ koruyucu kemoradyoterapi ilk tedavidir; APR kurtarma cerrahisidir.
B	Yalnız geniş lokal eksizyon	Nod pozitif ve 3 cm lezyonda yetersiz onkolojik tedavidir.
D	Yalnız sistemik kemoterapi	Lokal kontrol için radyoterapi gereklidir.
E	Aktif izlem	Biyopsiyle kanser ve nod tutulumu varken uygun değildir.

65. Familial adenomatöz polipoziste profilaktik proktokolektomi

Doğru cevap: D) Restoratif proktokolektomi ve ileal poş-anal anastomoz

1. APC mutasyonu ve yüzlerce adenomatöz polip FAP tanısını doğrular.
2. Kolorektal kanser riski çok yüksektir ve yüksek dereceli displazi cerrahi gereksinimini güçlendirir.
3. Rektum da yoğun tutulduğunda proktokolektomi ve ileal poş-anal anastomoz uygun koruyucu seçenektir.

Kritik tuzak: Polip sayısı çok fazla olmasına rağmen endoskopik polipektomi yeterli görmek ve rektal riskli mukozayı bırakmaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Yalnız polipektomilerle yıllık izlem	Yüzlerce polip ve yüksek dereceli displazide kanser riski pratik olarak kaçınılmazdır; endoskopik kontrol yetersizdir.
B	Sadece sağ hemikolektomi	Polipler tüm kolon ve rektumdadır; sınırlı rezeksiyon riskli mukozayı bırakır.
C	Total gastrektomi	Temel kanser riski kolorektal mukozadadır; rutin gastrektomi endike değildir.
E	Yalnız kemoprevensiyon	NSAİİ polip yükünü azaltabilir fakat cerrahinin yerine geçmez.

66. Mirizzi sendromunun tanınması

Doğru cevap: C) Mirizzi sendromu tip I

1. Hartmann poşu veya sistik kanaldaki impakte taş ortak hepatik kanala bası yapabilir.
2. Distal koledokun normal olması obstrüksiyonun hiler düzeyde dıştan bası olduğunu destekler.
3. Fistül olmaması Mirizzi tip I ile uyumludur.

Kritik tuzak: Sarılıklı safra taşı hastasında her zaman koledok içinde taş aramak ve dıştan bası mekanizmasını kaçırmaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Koledok taşı	Taş distal veya intraduktal değil; ortak hepatik kanala dıştan bası vardır.
B	Primer sklerozan kolanjit	Multifokal intra/ekstrahepatik darlıklar beklenir; impakte Hartmann poşu taşı açıklamaz.
D	Klatskin tümörü	Hiler malign darlık yapabilir ancak görüntülemeye dıştan taş basısı gösterilmiştir.
E	Budd-Chiari sendromu	Hepatik ven çıkış obstrüksiyonudur; ekstrahepatik safra yolu basısını açıklamaz.

67. İnsidental T1b safra kesesi kanserinde yeniden rezeksiyon

Doğru cevap: D) Karaciğer segment IVb-V rezeksiyonu ve portal lenfadenektomi

1. T1b tümör muskular tabakaya invazedir.
2. Basit kolesistektomi T1a için yeteriyken T1b ve üzeri hastalıkta rezidüel/nodal risk artar.
3. Uygun hastada segment IVb-V kama/anatomik rezeksiyon ve hepatoduodenal ligaman lenfadenektomisi yapılır.

Kritik tuzak: T1 ifadesini tek grup sayıp T1a ile T1b arasındaki cerrahi farkı atlamaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Başka tedavi vermeden izlem	T1a'da basit kolesistektomi yeterli olabilir; T1b'de nodal ve rezidüel hastalık riski nedeniyle genişletilmiş rezeksiyon önerilir.
B	Acil pankreatikoduodenektomi	Distal safra yolu veya pankreas başı tutulumu yoktur; gereksiz geniş cerrahidir.
C	Sadece koledok eksplorasyonu	Tümör yatağı ve bölgesel lenf nodu riskini adreslemez.
E	Total hepatektomi	Lokalize T1b hastalıkta aşırı ve endikasyonsuzdur.

68. Solid psödopapiller pankreas tümöründe cerrahi rezeksiyon

Doğru cevap: A) Onkolojik cerrahi rezeksiyon

1. Genç kadında büyük, kapsüllü, solid-kistik hemorajik pankreas kitlesi solid psödopapiller neoplazi için tipiktir.
2. Düşük dereceli malign potansiyeline rağmen cerrahiyle uzun dönem sağkalım çok iyidir.
3. Kuyruk yerleşiminde uygun splen koruyucu veya distal pankreatektomi planlanır.

Kritik tuzak: Genç yaş ve iyi sınırlı görünüm nedeniyle lezyonu tamamen benign kabul edip cerrahiye geciktirmektir.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
B	Yalnız yıllık görüntüleme	Tümör düşük dereceli olsa da malign potansiyeli vardır ve genç hastada rezeksiyonla yüksek kür olasılığı bulunur.
C	Radyoterapi monoterapisi	Cerrahi rezeksiyonun yerini tutan standart tedavi değildir.
D	Uzun süreli imatinib	GIST tedavisinde kullanılır; bu pankreatik tümörün standart tedavisi değildir.
E	Pankreas enzim replasmanı	Semptomatik destek sağlar ancak tümörü ortadan kaldırmaz.

69. Görüntülemesi negatif primer hiperparatiroidide bilateral boyun eksplorasyonu

Doğru cevap: B) Deneyimli cerrah tarafından bilateral boyun eksplorasyonu

1. Primer hiperparatiroidi biyokimyasal bir tanıdır; görüntüleme yalnız ameliyatı planlar.
2. İki uyumlu lokalizasyon yöntemi yoksa odaklanmış cerrahi uygun olmayabilir.
3. İlk boyun ameliyatında deneyimli cerrahın bilateral eksplorasyonu dört bezi değerlendirebilir.

Kritik tuzak: Negatif görüntülemeyi negatif tanı olarak yorumlayıp cerrahi endikasyonu iptal etmektir.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Paratiroid FNA yapıp PTH ölçümü	Rutin değildir; tümör ekimi, fibrozis ve yanlış tanı riski taşır.
C	Cerrahiden tamamen vazgeçme	Negatif lokalizasyon cerrahi endikasyonu ortadan kaldırmaz; görüntüleme tanı için değil planlama içindir.
D	Acil total tiroidektomi	Tiroid hastalığı gösterilmemiştir; paratiroid patolojisini hedeflemez.
E	Yalnız kalsiyum takviyesi	Hiperkalsemiyi kötüleştirilebilir ve semptomatik primer hiperparatiroidiyi tedavi etmez.

70. Karaciğer nakli sonrası erken hepatik arter trombozu

Doğru cevap: E) Acil cerrahi/endovasküler revaskülarizasyon ve gerekirse retransplantasyon değerlendirmesi

1. Nakil sonrası erken ani hepatoselüler hasar ve arter akım kaybı erken hepatik arter trombozunu gösterir.
2. Hepatik arter greft safra yollarının ana kan kaynağı olduğundan tromboz acildir.
3. Erken revaskülarizasyon grefti kurtarabilir; başarısız veya nekrotik greftte acil retransplantasyon gerekir.

Kritik tuzak: Karaciğerin portal ven akımı aldığı için arter trombozunun beklenebileceğini sanmaktır; safra yolları özellikle arteriyel iskemiye duyarlıdır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Yalnız ursodeoksikolik asit	İskemik greft hasarı ve arter trombozunu düzeltmez.
B	Bir hafta bekleyip Doppler tekrarı	Erken HAT hızla greft nekrozu ve safra yolu iskemisine yol açar; gecikme greft kaybına neden olabilir.
C	Sadece diüretik	Dolaşım veya ödemi etkileyebilir ancak arteriyel akımı yeniden sağlamaz.
D	Elektif splenektomi	Hepatik arter trombozunun acil tedavisi değildir.

71. Sekonder aortoenterik fistülde herald kanama

Doğru cevap: D) Sekonder aortoenterik fistül

1. Aort grefti öyküsü sekonder aortoenterik fistül için temel risk faktörüdür.
2. Kendiliğinden duran küçük 'herald' kanama genellikle katastrofik kanamadan önce gelir.
3. Greft çevresi gaz/inflamasyon ve duodenal komşuluk tanıyı güçlü destekler; acil damar cerrahisi gerekir.

Kritik tuzak: İlk kanamanın durmasına güvenip herald kanamayı benign kabul etmek ve ölümcül ikinci kanamayı öngörememektir.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Mallory-Weiss yırtığı	Kusma sonrası mukozal yırtık yapar; aort grefti çevresinde gaz ve herald kanama paternini açıklamaz.
B	Hemoroid	Üst gastrointestinal kanama ve masif hematemez oluşturmaz.
C	Portal hipertansif gastropati	Siroz/portal hipertansiyon bulgusu yoktur ve greft-duodenum ilişkisini açıklamaz.
E	Meckel divertikülü	Genç hastalarda alt GİS kanamasına yol açabilir; aort cerrahisi öyküsü ve BT bulgularıyla uyumlu değildir.

72. Paget-Schroetter sendromunda tromboliz ve birinci kaburga rezeksiyonu

Doğru cevap: B) Kateter yönlendirmeli tromboliz sonrası torasik çıkış dekompresyonu

1. Genç, aktif kişide tekrarlayıcı baş üstü hareket sonrası aksillosubklavyen tromboz Paget-Schroetter sendromudur.
2. Erken başvuruda kateter yönlendirmeli tromboliz ven açıklığını ve fonksiyonu koruyabilir.
3. Sonrasında birinci kaburga rezeksiyonu/skalenektomi gibi dekompresyon anatomik nedeni düzeltir.

Kritik tuzak: Üst ekstremité DVT'sini alt ekstremité DVT gibi yalnız antikoagülasyonla tedavi edip mekanik torasik çıkış nedenini bırakmaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Yalnız ömür boyu aspirin	Akut efor trombozunda trombüsü ve anatomik kompresyonu yeterince tedavi etmez.
C	Sadece elastik çorap	Üst ekstremité akut büyük ven trombozunda yetersizdir.
D	Acil karotis endarterektomisi	Patoloji arteriyel karotis darlığı değil venöz torasik çıkış kompresyonudur.
E	Hiç antitrombotik vermeden istirahat	Posttrombotik sendrom ve emboli riskini artırır.

73. Akut tromboze popliteal arter anevrizmasında revaskülarizasyon

Doğru cevap: C) Acil trombüs temizliği/trombolizle distal yatağın açılması ve popliteal bypass

1. Popliteal anevrizma trombozu distal embolizasyon ve akut ekstremitte iskemisi yapabilir.
2. Motor kayıp gelişmeden kurtarılabilir ekstremitte acil akım restorasyonu gerekir.
3. Distal run-off trombektomi/trombolizle iyileştirildikten sonra anevrizma dışlanır ve bypass yapılır.

Kritik tuzak: Anevrizma çapına odaklanıp semptomatik akut iskemi varlığında çap eşiği beklemektir.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Yalnız oral varfarin başlayıp taburcu etme	Tehdit altındaki ekstremitte hızlı revaskülarizasyon gerekir; gecikme amputasyona yol açabilir.
B	Anevrizmayı sadece gözlemleme	Semptomatik tromboze anevrizma acil tedavi gerektirir.
D	Sadece baldır masajı	Emboliyi artırabilir ve vasküler obstrüksiyonu düzeltmez.
E	Acil venöz trombektomi	Patoloji arteriyel popliteal anevrizma trombozudur.

74. Karotis cisim tümöründe biyopsiden kaçınma

Doğru cevap: A) Görüntülemeyle tanı koyup iğne biyopsisinden kaçınmak

1. Karotis bifurkasyonunda arterleri ayıran vasküler kitle karotis cisim paragangliomasını düşündürür.
2. Fontaine belirtisi olarak yatay hareketlilik ve dikey sabitlik görülebilir.
3. Tanı anjiyografik görüntülemeyle konur; biyopsi kanama riski nedeniyle yapılmaz.

Kritik tuzak: Her boyun kitlesinde sitolojik doğrulama istemek ve paragangliomanın hipervasküler doğasını göz ardı etmektir.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
B	İnce iğne aspirasyon biyopsisi yapmak	Yüksek vaskülarite nedeniyle ciddi kanama riski taşır ve tipik görüntülemeye gereksizdir.
C	Kitleyi insizyonla drene etmek	Apse değildir; vasküler tümörde katastrofik kanama yapabilir.
D	Yalnız antibiyotik başlamak	Enfeksiyon bulgusu yoktur ve karakteristik karotis bifurkasyon kitlesini tedavi etmez.
E	Kitleyi sıkı kompresyonla küçültmeye çalışmak	Vasküler yapıları zedeleyebilir ve tedavi edici değildir.

75. Phyllodes tümöründe geniş lokal eksizyon

Doğru cevap: E) Negatif geniş cerrahi sınırla lokal eksizyon

1. Hızla büyüyen fibroepitelyal kitle phyllodes tümörünü düşündürür.
2. Tedavinin temeli negatif cerrahi sınır elde eden geniş lokal eksizyondur; meme hacmine göre mastektomi gerekebilir.
3. Aksiller cerrahi rutin değildir çünkü nodal metastaz nadirdir.

Kritik tuzak: Meme malignitesi düşünülünce otomatik aksiller diseksiyon planlamak ve phyllodes'in yayılım paternini unutmaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Rutin aksiller lenf nodu diseksiyonu	Phyllodes tümörleri lenfatikten çok hematolojik yayılır; klinik nod yoksa aksiller diseksiyon yapılmaz.
B	Yalnız vakuum biyopsi	Büyük ve hızla büyüyen tümörde yeterli tedavi ve sınır sağlamaz.
C	Neoadjuvan hormon tedavisi	Stromal tümör biyolojisinde standart değildir.
D	Hiç cerrahi yapmadan yıllık izlem	Lokal nüks ve malign potansiyel nedeniyle uygun değildir.

76. Juvenil dev fibroadenomda meme koruyucu eksizyon

Doğru cevap: D) Gelişmekte olan meme dokusunu koruyacak şekilde kitlenin eksizyonu/enükleasyonu

1. Adölesanda hızlı büyüyen, düzgün sınırlı ve hareketli büyük kitle juvenil dev fibroadenomu düşündürür.
2. Biyopsinin benign olması aksiller evreleme veya onkolojik sistemik tedavi gereksinimini ortadan kaldırır.
3. Tedavide amaç kitlenin tamamen çıkarılması, gelişen meme dokusu ile meme başı-areola kompleksinin korunmasıdır.

Kritik tuzak: Hızlı büyüme ve dev boyut nedeniyle benign fibroadenomu malignite gibi değerlendirip mastektomiye yönelmektir.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Basit mastektomi	Benign ve kapsüllü lezyonda, meme dokusunu koruyan eksizyon mümkünken mastektomi aşırı tedavidir.
B	Aksiller lenf nodu diseksiyonu	Fibroadenom lenfatik metastaz yapan bir malignite değildir; aksiller cerrahi endike değildir.
C	Neoadjuvan kemoterapi	Juvenil fibroadenom benign fibroepitelyal bir lezyondur ve kemoterapiye gerek yoktur.
E	Kitle hızla büyüye de yalnız yıllık izlem	Dev boyut, hızlı büyüme ve belirgin asimetri cerrahi eksizyon gerektirir; yalnız izlem uygun değildir.

77. Tekrarlayan periduktal mastit ve subareolar fistülün kalıcı tedavisi

Doğru cevap: E) Sigaranın bırakılmasıyla birlikte fistül traktı ve hastalıklı subareolar duktaların eksizyonu

1. Sigara kullanımı, skuamöz metaplazi ve subareolar dukt tıkanıklığıyla periduktal mastit için güçlü risk faktörüdür.
2. Tekrarlayan apse ve persistan periareolar fistül, yalnız drenaj ve antibiyotiğin kalıcı çözüm sağlamadığını gösterir.
3. Akut enfeksiyon kontrolünden sonra fistül traktı ile etkilenen terminal duktaların eksizyonu ve sigaranın bırakılması nüks riskini azaltır.

Kritik tuzak: Akut apsede yararlı olan drenaj-antibiyotik yaklaşımını, tekrarlayan fistüllü hastalıkta tek başına kalıcı tedavi sanmaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Her nükste yalnız kısa süreli oral antibiyotik	Antibiyotik akut enfeksiyonu baskılayabilir ancak fistül ve tıkalı duktalar kaldıkça nüks beklenir.
B	Radikal mastektomi	Malignite yoktur; lokal dukt-fistül eksizyonu ile tedavi edilebilen benign hastalıkta mastektomi gereksizdir.
C	Aksiller lenf nodu diseksiyonu	Periduktal mastit nodal evreleme gerektiren bir kanser değildir.
D	Adjuvan radyoterapi	Enfeksiyöz-inflamatuvar benign süreçte radyoterapinin yeri yoktur.

78. Mesane karsinoma in situ tedavisinde intravezikal BCG

Doğru cevap: C) İntravezikal BCG indüksiyon ve idame tedavisi

1. Düz eritemli lezyon ve pozitif sitoloji mesane CIS için tipiktir.
2. Kas invazyonu olmayan yüksek riskli hastalık grubundadır.
3. İntravezikal BCG indüksiyon ve uygun idame, nüks ve progresyonu azaltan standart tedavidir.

Kritik tuzak: Görünür papiller kitle olmadığı için lezyonu inflamasyon sanıp pozitif sitoloji ve biyopsiyi küçümsemektir.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Yalnız transüretral rezeksiyon	CIS düz ve multifokal olabildiğinden yalnız rezeksiyonla yeterli kontrol sağlanmaz.
B	Acil radikal nefrektomi	Patoloji mesanededir; böbrek rezeksiyonu endikasyonu yoktur.
D	Oral antibiyotik	Enfeksiyon değil yüksek dereceli ürotelyal neoplazidir.
E	Aktif tedavisiz izlem	CIS yüksek progresyon risklidir ve tedavi gerektirir.

79. Yüksek riskli üst üriner sistem ürotelyal kanserinde nefroüretrektomi

Doğru cevap: A) Radikal nefroüretrektomi ve mesane cuff eksizyonu

1. Büyük, infiltratif ve yüksek dereceli renal pelvis tümörü yüksek riskli üst trakt ürotelyal karsinomdur.
2. Karşı böbrek fonksiyonu normal olduğu için böbrek koruyucu yaklaşım zorunlu değildir.
3. Radikal nefroüretrektomi distal üreter ve mesane cuff ile birlikte yapılır.

Kritik tuzak: Ürotelyal tümörün mesane kökenli olmadığını unutup yalnız mesaneye yönelik cerrahi planlamaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
B	Yalnız renal pelvis taş ekstraksiyonu	Lezyon malign ve yüksek derecelidir; taş hastalığı değildir.
C	Parsiyel sistektomi	Primer tümör renal pelvistedir; üst üriner sistemi çıkarmadan yeterli değildir.
D	Sadece endoskopik ablasyon	Düşük riskli küçük tümörlerde düşünülebilir; 3,5 cm infiltratif yüksek dereceli lezyonda yetersizdir.
E	Yalnız radyoterapi	Cerrahiye uygun lokalize yüksek riskli üst trakt tümöründe standart definitif tedavi değildir.

80. Fournier gangreninde acil debridman

Doğru cevap: B) Gecikmeden geniş cerrahi debridman ve geniş spektrumlu intravenöz antibiyotik

1. Orantısız ağrı, toksisite, morarma ve fasyal gaz nekrotizan enfeksiyonu gösterir.
2. Fournier gangreni polimikrobiyal perineal nekrotizan fasiittir.
3. Hayat kurtarıcı tedavi acil geniş debridman, tekrarlayan eksplorasyon, antibiyotik ve yoğun bakım desteğidir.

Kritik tuzak: BT'den sonra antibiyotik yanıtını bekleyip cerrahi kaynak kontrolünü geciktirmektir.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Yalnız topikal antibiyotik	Nekrotizan enfeksiyon fasyal planda hızla ilerler; yüzeysel tedavi ölümcüldür.
C	Antibiyotik yanıtını 48 saat beklemek	Cerrahi gecikme mortaliteyi artırır; kaynak kontrolü acildir.
D	Sadece hiperbarik oksijen	Yardımcı olabilir ancak debridmanın yerine geçmez.
E	Elektif sünnet	Enfeksiyonun yaygın perineal fasyal kaynağını ortadan kaldırmaz.

81. İskemik priapizmde aspirasyon ve fenilefrin

Doğru cevap: A) Kavernoza aspirasyon-irrigasyon ve intrakavernoza fenilefrin

1. Ağrılı sert kavernoza ve yumuşak glans iskemik priapizmi düşündürür.
2. Kavernoza kan gazında hipoksi, hiperkapni ve asidoz tanımı doğrular.
3. Aspirasyon-irrigasyon ve alfa agonist fenilefrin ilk basamak invaziv tedavidir; yanıtı olmazsa şant düşünülür.

Kritik tuzak: Orak hücre krizine odaklanıp hidrasyonun tek başına yeterli olacağını düşünerek zaman kritik kavernoza iskemik tedavisini geciktirmektedir.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
B	Yalnız oral hidrasyon ve bekleme	Dört saati aşan iskemik priapizm kavernoza nekroz riski taşır ve acil dekompresyon gerektirir.
C	Yüksek akımlı priapizm gibi arter embolizasyonu	Kan gazı hipoksik-asidotik ve ağrılı sert kavernoza düşük akımlı iskemik tipi gösterir.
D	Sadece buz uygulaması	Gecikmiş iskemik priapizmi güvenilir biçimde çözmez.
E	Testis detorsiyonu	Patoloji spermatik kord değil kavernoza kan akımıdır.

82. Monteggia kırıklı çıkığına ulnanın anatomik tespiti

Doğru cevap: D) Ulnanın anatomik açık redüksiyon ve internal tespiti

1. Proksimal ulna kırığı ile radius başı çıkığı Monteggia kırıklı çıkığıdır.
2. Erişkinde ulna uzunluğu ve açılanması anatomik olarak düzeltilmelidir.
3. Ulnanın plakla tespiti çoğu kez radius başını spontan redükte eder; kalırsa ayrıca redükte edilir.

Kritik tuzak: Yalnız görünür radius başı çıkığına odaklanıp ulnanın anatomik tespitin anahtar olduğunu unutmaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Yalnız radius başı eksizyonu	Akut Monteggia yaralanmasında stabiliteyi bozabilir; temel sorun ulna uzunluğu ve hizasının düzeltilmesidir.
B	Sadece alçıyla izlem	Erişkin instabil kırıklı çıkıkta anatomik redüksiyon ve tespit gerekir.
C	Acil karpal tünel gevşetme	Median sinir basısı bulgusu yoktur ve yaralanmanın anatomisini düzeltmez.
E	Yalnız omuz askısı	Ulna kırığı ve radial baş çıkığını tedavi etmez.

83. Posterior kalça çıkığında altı saat içinde redüksiyon

Doğru cevap: B) Sedasyon/anestezi altında acil kapalı redüksiyon

1. Dashboard mekanizması ve fleksiyon-adduksiyon-iç rotasyon posterior kalça çıkığı için tipiktir.
2. Siyatik sinir muayenesi redüksiyon öncesi ve sonrası belgelenmelidir.
3. Avasküler nekroz riskini azaltmak için tercihen altı saat içinde acil kapalı redüksiyon yapılır.

Kritik tuzak: Asetabulum kırığı olmadığını görünce yaralanmayı acil değil sanmaktır; çıkığın kendisi zaman zaman kritik bir ortopedik acildir.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Bir hafta traksiyon sonrası redüksiyon	Femur başı avasküler nekroz riski redüksiyon gecikmesiyle artar; beklenmemelidir.
C	Yalnız analjezik ve taburculuk	Eklem çıkığı devam eder ve ciddi nörovasküler/kıkırdak hasarı riski taşır.
D	Acil total kalça protezi	Genç hastada kırık olmadan ilk seçenek değildir.
E	Diz artroskopisi	Yaralanma kalça ekleminde ve çıkığı düzeltmez.

84. Erişkin septik kalçada acil cerrahi drenaj

Doğru cevap: C) Acil eklem drenajı ve intravenöz antibiyotik

1. Ateş, ağrılı kısıtlı hareket ve yüksek nötrofilli pürülan aspirat septik artriti doğrular.
2. Kalça derin ve kapalı bir eklem olduğu için hızlı kıkırdak destrüksiyonu gelişebilir.
3. Cerrahi/artroskopik drenaj ile uygun IV antibiyotik birlikte başlanmalıdır.

Kritik tuzak: Diyabetik hastadaki ağrıyı nöropatik veya dejeneratif kabul edip eklem aspirasyonunun acil önemini küçümsemektir.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Yalnız nonsteroid antiinflamatuvar	Enfeksiyonu tedavi etmez ve eklem destrüksiyonunu geciktirir.
B	İntraartiküler steroid enjeksiyonu	Aktif enfeksiyonu ağırlaştırabilir.
D	Elektif fizik tedavi	Akut pürülan eklemden uygun değildir ve kaynak kontrolü sağlamaz.
E	Yalnız oral antibiyotik	Derin büyük eklem enfeksiyonunda drenaj olmadan yetersizdir.

85. Subdural ampiyemde acil kraniyotomi

Doğru cevap: E) Acil cerrahi drenaj ve geniş spektrumlu intravenöz antibiyotik

1. Sinüzit sonrası ateş, nöbet ve fokal defisit intrakraniyal yayılımı düşündürür.
2. Hilal biçimli difüzyon kısıtlayan ekstraaksiyel koleksiyon subdural ampiyemdir.
3. Orta hat kayması ve nörolojik defisit acil kraniyotomi/burr-hole drenajı ile antibiyotik gerektirir.

Kritik tuzak: Menenjit düşünerek lomber ponksiyon yapmak; kitle etkisi varlığında herniasyon riskini gözden kaçırmaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Yalnız oral antibiyotik	Kitle etkili subdural ampiyemde kaynak kontrolü ve intrakraniyal basınç azaltımı sağlamaz.
B	Lomber ponksiyon	Kitle etkisi ve orta hat kaymasında herniasyon riski taşır.
C	Sadece antiepileptik verip izlem	Nöbeti kontrol eder ancak enfeksiyonu ve kitleyi tedavi etmez.
D	Elektif stereotaktik radyoterapi	Enfeksiyöz koleksiyon için uygun değildir.

86. Hipofiz apopleksisinde acil hidrokortizon

Doğru cevap: B) Yüksek doz intravenöz hidrokortizon

1. Ani baş ağrısı, oftalmopleji, görme kaybı ve adenom içi kanama hipofiz apopleksisini gösterir.
2. Hipotansiyon ve düşük kortizol akut ACTH eksikliğine bağlı adrenal krizi düşündürür.
3. Hidrokortizon derhal verilir; ağır görme/nörolojik bozuklukta acil transsfenoidal dekompresyon değerlendirilir.

Kritik tuzak: Görüntüleme ve cerrahi konsültasyonu beklerken adrenal krizin tedavisini geciktirmektir.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Yalnız levotiroksin	Kortizol replasmanı olmadan metabolik gereksinimi artırıp adrenal krizi ağırlaştırabilir.
C	Acil dopamin agonisti	Prolaktinoma olsa bile akut hemoraji ve adrenal yetmezlikte ilk hayat kurtarıcı tedavi değildir.
D	Yalnız mannitol	Intrakraniyal basınç desteği sağlayabilir ancak akut kortizol eksikliğini düzeltmez.
E	Antikoagülasyon	Aktif tümör içi hemorajiyi kötüleştirilebilir ve endikasyon yoktur.

87. Lokal anestezi sistemik toksisitesinde lipid emülsiyonu

Doğru cevap: D) %20 intravenöz lipid emülsiyonu

1. Blok sırasında hızla gelişen nörolojik prodrom ve kardiyovasküler kollaps lokal anestezi sistemik toksisitesidir.
2. Bupivakain yüksek kardiyotoksikite riski taşır.
3. Hava yolu/CPR ile birlikte %20 lipid emülsiyonu 'lipid sink' etkisiyle özgül kurtarıcı tedavidir.

Kritik tuzak: Nöbeti yalnız sedatif yan etkisi olarak görüp kardiyak toksisite gelişmeden lipid tedavisini geciktirmektir.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Fomepizol	Toksik alkollerde kullanılır; lokal anestezi bağlanmasını sağlamaz.
B	Flumazenil	Benzodiazepin antagonisti olup nöbet eşiğini düşürebilir; bupivakain toksisitesini tedavi etmez.
C	Nalokson	Opioid toksisitesinde etkilidir; ventriküler aritmi ve lokal anestezi toksisitesini düzeltmez.
E	Metilen mavisi	Methemoglobinemi veya vazoplejiye kullanılabilir; burada özgül antidot değildir.

88. Yüksek spinal blokta hava yolu ve vazopressör desteği

Doğru cevap: C) Hemen hava yolu kontrolü, pozitif basınçlı ventilasyon ve vazopressör desteği

1. Üst ekstremitelerde bulguları, bradikardi, hipotansiyon ve apne yüksek/total spinal bloğu gösterir.
2. Öncelik oksijenasyon ve ventilasyonun sağlanmasıdır.
3. Entübasyon/ventilasyon, hızlı sıvı ve uygun vazopressörlerle dolaşım desteklenir; gerekirse ileri yaşam desteği uygulanır.

Kritik tuzak: Hipotansiyonu yalnız sempatik blok olarak görüp apne gelişiminde hava yolu kontrolünü geciktirmektir.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Hastayı oturtup beklemek	Solunum ve dolaşım çöküşü vardır; gecikme kardiyak arreste yol açar.
B	Yalnız lokal anestezi antidotu vermek	Spinal blok yüksek seviyeye ulaşmıştır; özgül antidot yoktur ve destek tedavisi esastır.
D	Epidural kateterden ek lokal anestezi	Blok seviyesini daha da yükseltir ve durumu kötüleştirir.
E	Sadece antiemetik	Hayatı tehdit eden solunum ve dolaşım yetersizliğini tedavi etmez.

89. BOS rinorede beta-2 transferrin testi

Doğru cevap: A) Beta-2 transferrin

1. Travma sonrası pozisyonla artan berrak tek taraflı rinore BOS kaçağını düşündürür.
2. Beta-2 transferrin serumda bulunmaz, BOS ve bazı iç kulak sıvılarında bulunur.
3. Pozitifliği BOS kökenli rinoreyi yüksek özgüllükle doğrular; ardından yüksek çözünürlüklü BT ile defekt lokalize edilir.

Kritik tuzak: Glukoz strip testinin kolaylığına güvenip düşük özgüllüğünü göz ardı etmektir.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
B	Nazal sıvıda glukoz strip testi	Yanlış pozitif ve negatifleri fazladır; özgüllüğü düşüktür.
C	Serum CRP	Enfeksiyonu gösterebilir ancak sıvının BOS kökenini doğrulamaz.
D	Nazal kültür	Kolonizasyonu gösterir; BOS kaçağı tanısı koydurmaz.
E	D-dimer	Tromboembolik hastalıkların değerlendirilmesinde kullanılır; BOS kaçağıyla ilişkili değildir.

90. Rhegmatogen retina dekolmanında acil cerrahi değerlendirme

Doğru cevap: E) Rhegmatogen retina dekolmanı

1. Fotopsi ve yeni uçuşmalar vitreoretinal traksiyon/yırtık uyarısıdır.
2. Perde tarzı alan kaybı dekolmanın ilerlediğini gösterir.
3. Retinal yırtıkla ilişkili kabarık dalgalanan retina rhegmatogen dekolmandır ve acil vitreoretinal cerrahi değerlendirme gerektirir.

Kritik tuzak: Ağrı olmadığı için durumu acil görmemek; makula tutulmadan yapılan onarımın görme prognozu için zaman kritik olduğunu unutmaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Akut açg kapanması glokomu	Şiddetli göz ağrısı, kırmızı göz, mid-dilate pupil ve yüksek göz içi basıncı beklenir.
B	Santral retinal arter tıkanıklığı	Ani tam görme kaybı ve kiraz kırmızısı makula yapar; perde ve retinal yırtık paterni değildir.
C	Optik nörit	Göz hareketiyle ağrı ve renk görme bozukluğu daha tipiktir; fundusta dekolman görülmez.
D	Konjonktivit	Yüzeyel kızarıklık ve akıntı yapar; fotopsi, uçuşma ve alan defekti oluşturmaz.

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM

91. Vasa previa da membran rüptürü sonrası acil sezaryen

Doğru cevap: D) Acil sezaryen doğum

1. Membran rüptürü sonrası ağrısız kanama ve ani fetal bradikardi vasa previa için tipiktir.
2. Velamentöz kordon insersiyonu fetal damarların korunmasız seyretmesine neden olabilir.
3. Fetal kanama dakikalar içinde ağır anemiye yol açabileceğinden acil sezaryen gerekir.

Kritik tuzak: Maternal vital bulgular normal olduğu için kanamayı önemsiz sanmak; kanın fetal kaynaklı olabileceğini unutmaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Doğumu vajinal yolla hızlandırmak	Kanama fetal damarlardan kaynaklanır; devam eden kompresyon ve kan kaybı fetüsü hızla kaybettirebilir.
B	Tokoliz verip 48 saat beklemek	Akut fetal bradikardi ve kanama vardır; bekleme ölümcül olabilir.
C	Yalnız maternal kan transfüzyonu	Maternal hemodinami stabildir; temel sorun fetusun kan kaybıdır ve doğum geciktirilmemelidir.
E	Amniyoinfüzyon	Kordon basısında bazı durumlarda düşünülebilir; yırtılmış fetal damar kanamasını durdurmaz.

92. Plasenta accreta spektrumunda planlı sezaryen histerektomi

Doğru cevap: A) Deneyimli multidisipliner merkezde planlı sezaryen histerektomi ve plasentayı yerinde bırakma

1. Önceki sezaryenler ve plasenta previa accreta spektrumu için güçlü risk faktörleridir.
2. Lakünler, saydam zon kaybı ve köprü damarlar invaziv plasantasyonu destekler.
3. Standart yaklaşım seçilmiş haftada multidisipliner planlı sezaryen histerektomi ve plasentayı ayırmadan yerinde bırakmaktır.

Kritik tuzak: Doğum sonrası rutin plasenta çıkarma manevrasını uygulayıp masif kanamayı başlatmaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
B	Doğumda plasentayı elle ayırmaya çalışma	Masif kontrolsüz kanamayı tetikleyebilir; plasenta zorlanmadan yerinde bırakılır.
C	Evde vajinal doğum planlama	Plasenta previa ve accreta şüphesinde ciddi kanama riski nedeniyle uygun değildir.
D	Yalnız metotreksat verip doğumu süresiz erteleme	Olgun plasentayı güvenilir biçimde ayırmaz ve standart definitif yaklaşım değildir.
E	Rutin düşük riskli sezaryen hazırlığı	Kan bankası, deneyimli cerrahi ekip, üroloji/girişimsel destek ve yoğun bakım hazırlığı gerektiren yüksek riskli tablodur.

93. Akut uterin inversiyonda manuel replasman

Doğru cevap: B) Uterusu derhal manuel olarak anatomik konumuna döndürmek

1. Fundusun abdominal palpasyonda kaybı ve vajende kitle uterin inversiyonu gösterir.
2. İnversiyon hem masif kanama hem de vaginal şok yapabilir.
3. Resüsitasyonla eş zamanlı Johnson manevrasıyla hızlı manuel replasman yapılır; sonra uterotonik ve kanama kontrolü uygulanır.

Kritik tuzak: Uterotonikleri rutin postpartum kanama sırasıyla hemen verip kasılmış inversiyonu replase etmeyi zorlaştırmaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Plasentayı kuvvetle çekerek ayırmak	İnversiyonu ve kanamayı artırabilir; önce uterus replase edilir.
C	Uterotonik verip replasmanı ertelemek	Uterusun kasılmasını artırarak replasmanı zorlaştırabilir; uterotonikler replasmandan sonra verilir.
D	Yalnız vajinal tampon koymak	İnversiyonu düzeltmez ve şokun temel nedenini ortadan kaldırmaz.
E	Hastayı taburcu edip izlemek	Hayatı tehdit eden doğum sonu kanama ve şok tablosudur.

94. Amniyotik sıvı embolisinin tanınması

Doğru cevap: C) Amniyotik sıvı embolisi

1. Doğum sırasında ani hipoksi ve hipotansiyon amniyotik sıvı embolisini düşündürür.
2. Kısa sürede gelişen tüketim koagülopatisi/DIC tanıyı güçlendirir.
3. Tanı kliniklidir; tedavi agresif kardiyopulmoner destek, kan ürünleri ve obstetrik kanama kontrolüdür.

Kritik tuzak: Tanıyı doğrulayacak tek bir laboratuvar testi ararken resüsitasyon ve kan ürünü desteğini geciktirmektir.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Basit vazovagal senkop	Hipoksi, kardiyovasküler kollaps ve hızla gelişen DIC'yi açıklamaz.
B	Epidural baş ağrısı	Postdural baş ağrısı pozisyoneldir ve doğum sırasında ani DIC yapmaz.
D	Akut sistit	Dispne, şok ve koagülopatiye uyumlu değildir.
E	Hiperemesis gravidarum	Erken gebelikte kusmayla seyreder; intrapartum ani kardiyopulmoner kollaps oluşturmaz.

95. Gebeliğin intrahepatik kolestazında ursodeoksikolik asit

Doğru cevap: E) Ursodeoksikolik asit

1. Döküntüsüz palmar-plantar kaşıntı ve yüksek safra asidi gebeliğin intrahepatik kolestazını düşündürür.
2. Safra yolu obstrüksiyonunun olmaması ekstrahepatik nedeni dışlamaya yardım eder.
3. Ursodeoksikolik asit maternal kaşıntıyı ve biyokimyasal bozukluğu azaltmak için en sık kullanılan tedavidir; fetal risk için doğum zamanlaması safra asidine göre planlanır.

Kritik tuzak: Kaşıntıyı dermatolojik döküntü olmadan önemsiz sayıp fetal riskle ilişkili safra asidi yüksekliğini gözden kaçırmaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Metimazol	Hipertiroidi tedavisidir; kolestatik kaşıntıyı düzeltmez.
B	Misoprostol	Servikal olgunlaştırma ve bazı obstetrik endikasyonlarda kullanılır; kolestaz tedavisi değildir.
C	Metotreksat	Gebelikte teratojeniktir ve bu hastalıkta kullanılmaz.
D	İzotretinoin	Şiddetle teratojeniktir ve kaşıntı tedavisi değildir.

96. İntraamniyotik enfeksiyonda antibiyotik ve doğum

Doğru cevap: A) Geniş spektrumlu intravenöz antibiyotik başlanması ve doğumun ilerletilmesi

1. Maternal ateş, fetal/maternal taşikardi, uterin hassasiyet ve kötü kokulu sıvı intraamniyotik enfeksiyonu gösterir.
2. Ampisilin ve gentamisin gibi geniş spektrumlu IV tedavi gecikmeden başlanır; sezaryende anaerop kapsamı eklenebilir.
3. Doğum hızlandırılır; enfeksiyon tek başına sezaryen endikasyonu değildir.

Kritik tuzak: Enfeksiyon tanısını otomatik sezaryen olarak yorumlamak veya kültür beklerken antibiyotiği geciktirmektir.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
B	Antibiyotik vermeden kültür sonucunu beklemek	Tedavi gecikmesi maternal ve neonatal sepsis riskini artırır.
C	Tokolizle doğumu 48 saat durdurmak	Term gebede intraamniyotik enfeksiyon varken gebeliği uzatmak uygun değildir.
D	Sadece antipiretik verip taburcu etmek	Sistemik enfeksiyonu tedavi etmez.
E	Enfeksiyon varlığı tek başına zorunlu sezaryen demektir	Doğum gereklidir ancak sezaryen yalnız obstetrik endikasyon varsa yapılır.

97. Tekrarlayan ikinci trimester kaybında öykü endikasyonlu serklaj

Doğru cevap: D) 12-14. haftada öykü endikasyonlu servikal serklaj

1. Ağrısız ikinci trimester dilatasyonu ve tekrarlayan kayıplar servikal yetmezlik için klasik öyküdür.
2. Öykü endikasyonlu serklaj gebeliğin erken döneminde, genellikle 12-14. haftada uygulanır.
3. Transvajinal servikal uzunluk izlemi ve progesteron bazı risk profillerinde eklenebilir.

Kritik tuzak: Önceki kayıpları preterm eylem gibi değerlendirip ağrısız servikal dilatasyonun özgünlüğünü gözden kaçırmaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Rutin olarak 36. haftaya kadar beklemek	Tekrarlayan klasik servikal yetmezlik öyküsünde erken koruyucu girişim gerekir.
B	Gebelik boyunca misoprostol	Serviksi olgunlaştırıp gebelik kaybı riskini artırır; kontrendikedir.
C	Yalnız yatak istirahati	Etkinliği kanıtli cerrahi korumanın yerini tutmaz.
E	Her gebelikte elektif sezaryen	Sorun doğum şekli değil ikinci trimesterde serviksin erken açılmasıdır.

98. Ovaryan hiperstimülasyon sendromunda VEGF aracılı kapiller kaçak

Doğru cevap: E) VEGF aracılı artmış vasküler geçirgenlik ve üçüncü boşluğa sıvı kaçıışı

1. Gonadotropin tedavisi sonrası büyük overler, asit, hemokonsantrasyon ve oligüri OHSS'yi gösterir.
2. hCG etkisi granüloza hücrelerinden VEGF üretimini artırır.
3. VEGF endotel geçirgenliğini artırarak intravasküler hacim kaybı ve üçüncü boşluk sıvısı oluşturur.

Kritik tuzak: Asiti gerçek hipervolemi sanıp intravasküler hacim kaybı ve tromboz riskini gözden kaçırmaktır.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Aldosteron eksikliğine bağlı renal tuz kaybı	Hastada hemokonsantrasyon ve üçüncü boşluk vardır; primer adrenal yetmezlik paterni değildir.
B	İnsülin eksikliğine bağlı ketoasidoz	Hiperglisemi, ketoz ve asidoz bulguları verilmemiştir.
C	Antidiüretik hormon yokluğuna bağlı serbest su kaybı	Diabetes insipidus poliüri yapar; asit ve büyük overleri açıklamaz.
D	Kompleman eksikliğine bağlı hemoliz	Hemokonsantrasyon, asit ve ovaryan stimülasyonla ilişkili değildir.

99. Endometrial intraepitelyal neoplazide fertilitte koruyucu progestin

Doğru cevap: C) Levonorgestrelli rahim içi sistem veya yüksek doz progestin ve yakın endometrial örnekleme

1. EIN standart olarak histerektomi gerektiren premalign bir lezyondur.
2. Fertilitte isteyen, invazyonu olmayan ve uyumlu seçilmiş hastada progestinle konservatif tedavi düşünülebilir.
3. LNG-IUS veya sistemik yüksek doz progestin verilir ve 3-6 aylık endometrial örneklemelerle yanıt yakından izlenir; çocuk tamamlanınca definitif cerrahi önerilir.

Kritik tuzak: Fertilitte isteği nedeniyle tedaviyi tamamen ertelemek veya konservatif tedaviyi biyopsi izlemi olmadan vermektir.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Takipsiz gözlem	EIN eş zamanlı kanser ve progresyon riski taşır; tedavisiz izlem uygun değildir.
B	Yalnız kombine oral kontraseptif	Standart yüksek doz progestin yaklaşımının ve biyopsiyle yakın izlemin yerini tutmaz.
D	Pelvik radyoterapi	Fertilitteyi ortadan kaldırır ve noninvaziv prekürsör lezyonda ilk seçenek değildir.
E	Acil radikal vulvektomi	Lezyon endometriumdadır; anatomik olarak ilgisiz bir cerrahidir.

100. Antibiyotiğe yanıtızsız büyük tubo-ovaryan apse de drenaj

Doğru cevap: B) Görüntüleme eşliğinde apse drenajı ve antibiyotiğe devam

1. Kompleks adneksiyal kitle, PID bulguları ve ateş tubo-ovaryan apseyi gösterir.
2. Büyük çap ve 48-72 saatte klinik yanıtızsızlık yalnız antibiyotik başarısızlığını düşündürür.
3. Stabil, rüptüre olmamış hastada transvajinal/perkütan drenaj kaynak kontrolü sağlar; rüptür veya instabilitede cerrahi gerekir.

Kritik tuzak: Hemodinami stabil olduğu için kaynak kontrolünü gereksiz sanmak veya her apse de doğrudan radikal cerrahiye gitmektir.

Seçenek	İfade	Neden elenir?
A	Aynı tedaviyle sınırsız beklemek	Büyük apse ve 72 saatte yanıtızsızlık girişimsel kaynak kontrolü gerektirir.
C	Antibiyotiği tamamen kesmek	Enfeksiyon devam etmektedir; drenajla birlikte antibiyotik sürdürülmelidir.
D	Yalnız analjezikle taburcu etmek	Persistan sistemik enfeksiyon ve büyük apse nedeniyle güvenli değildir.
E	Rutin olarak total pelvik ekzenterasyon	Malignite yoktur ve aşırı morbid, endikasyonsuz bir cerrahidir.