

KLINIK TIP BİLİMLERİ DENEME-12

Cevap Anahtarı ve Ayrıntılı 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.
- Puanlama: doğru sayısı - yanlış sayısının dörtte biri.
- Bu çalışma özgün eğitim içeriğidir; resmî ÖSYM yayını değildir.

CEVAP ANAHTARI

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

DAHILI TIP BİLİMLERİ

1. Çiğ deniz ürünü sonrası *Vibrio vulnificus* sepsisemi

Doğru cevap: D) *Vibrio vulnificus*

1. Kronik karaciğer hastalığı *Vibrio vulnificus* sepsisemi için güçlü risk faktörüdür.
2. Çiğ istiridye tüketimi ile hızlı gelişen hemorajik bülle ayırt edici ipuçlarıdır.
3. Oksidaz pozitif kıvrık gram-negatif basil bulgusu tanıyı destekler.

Kritik tuzak: Tabloyu yalnız nekrotizan fasiit olarak adlandırıp deniz ürünü ve siroz birlikteliğini gözden kaçırmaktır.

Çeldirici analizleri

- A) *Aeromonas hydrophila*: Tatlı su yaraları ve travma ilişkisi daha tipiktir; çiğ istiridye-siroz birlikteliği özgül değildir.
- B) *Erysipelothrix rhusiopathiae*: Genellikle lokalize erizipeloid yapar; ağır hemorajik bülle sepsisemi bu bağlamda beklenmez.
- C) *Edwardsiella tarda*: Balık ve sürüngen temasıyla ilişkili olabilir ancak sirozda çiğ istiridye sonrası fulminan sepsis için klasik etken değildir.
- E) *Plesiomonas shigelloides*: Daha çok sulu ishal yapar; nekrotizan yumuşak doku bulguları ve sepsisemi tipik değildir.

2. Asiklovire dirençli HSV enfeksiyonunda foskarnet seçimi

Doğru cevap: B) Foskarnet

1. HSV timidin kinaz eksikliği asiklovir ve benzer nükleozid analoglarına çapraz direnç oluşturur.
2. Foskarnet viral DNA polimerazı fosfat analogu olarak doğrudan inhibe eder.
3. Bu nedenle aktivasyon için viral timidin kinaza gereksinim duymaz.

Kritik tuzak: Asiklovir dozunu artırmanın timidin kinaz eksikliğine bağlı direnci aşacağını sanmaktır.

Çeldirici analizleri

- A) *Valasiklovir*: Asiklovirin ön ilacıdır ve viral timidin kinaza bağımlı olduğundan aynı direnç mekanizmasından etkilenir.
- C) *Famsiklovir*: Aktivasyonu viral timidin kinaza bağlıdır; timidin kinaz eksikliğinde güvenilir değildir.
- D) *Oseltamivir*: İnfluenza nöraminidaz inhibitörüdür, HSV üzerinde etkili değildir.
- E) *Ribavirin*: HSV-2 için standart kurtarma tedavisi değildir.

3. İnsan monositik ehrlichiozunda erken doksisisiklin

Doğru cevap: A) Doksisisiklin

1. Ateş, sitopeniler ve transaminaz artışı kene kaynaklı ehrlichiozu düşündürür.
2. Monosit içindeki morulalar Ehrlichia chaffeensis lehinedir.
3. Tedavide gecikme ağır hastalık riskini artırdığı için PCR sonucu beklenmeden doksisisiklin başlanır.

Kritik tuzak: Çocukluk veya gebelik dışındaki erişkinde laboratuvar doğrulamasını bekleyerek tedaviyi geciktirmektir.

Çeldirici analizleri

- B) Seftriakson:** Kene kaynaklı ehrlichioz için etkili ilk seçenek değildir.
- C) Azitromisin:** Bazı kene enfeksiyonlarında kullanılabilir de monositik ehrlichiozda standart ilk basamak değildir.
- D) Vankomisin:** Gram-pozitif bakterilere yöneliktir; intraselüler Ehrlichia türlerine etkili değildir.
- E) Amfoterisin B:** Sistemik mantar enfeksiyonlarında kullanılır; bu tabloyla ilişkili değildir.

4. Hipervirülan Klebsiella karaciğer apsesi sendromu

Doğru cevap: D) Hipervirülan Klebsiella pneumoniae

1. Diyabet, kriptojenik karaciğer apsesi ve metastatik odaklar hipervirülan Klebsiella sendromunu düşündürür.
2. Hipermukovisköz görünüm kapsüler virülanla ilişkilidir.
3. Endoftalmi gelişmesi acil göz değerlendirmesi ve sistemik tedavi gerektirir.

Kritik tuzak: Karaciğer apsесini yalnız lokal enfeksiyon kabul edip göz ve merkezi sinir sistemi gibi metastatik odakları araştırmamaktır.

Çeldirici analizleri

- A) Escherichia coli:** Piyojenik karaciğer apsесi yapabilir ancak hipermukovisköz fenotip ve metastatik endoftalmi birlikteliği daha az tipiktir.
- B) Entamoeba histolytica:** Amebik apsede bakteriyel kültür üremez ve metastatik endoftalmi beklenmez.
- C) Staphylococcus aureus:** Metastatik enfeksiyon yapabilir fakat hipermukovisköz gram-negatif basil değildir.
- E) Fusobacterium necrophorum:** Lemierre sendromuyla ilişkilidir; bu karaciğer apsесi sendromunun klasik etkeni değildir.

5. Malign plevral mezotelyomada torakoskopik biyopsi**Doğru cevap: D) Medikal torakoskopi ile çoklu plevra biyopsisi**

1. Asbest maruziyeti ve diffüz nodüler plevral kalınlaşma mezotelyoma olasılığını yükseltir.
2. Negatif sıvı sitolojisi hastalığı dışlamaz.
3. Torakoskopi doğrudan görerek yeterli ve hedefli plevra dokusu alınmasını sağlar.

Kritik tuzak: Sitoloji negatifliğini malignite yokluğu olarak yorumlamaktır.**Çeldirici analizleri**

- A) Üçüncü kez plevra sıvısı sitolojisi: Mezotelyomada sitoloji duyarlılığı sınırlıdır; iki negatif örnekten sonra doku tanısı gerekir.
- B) Bronkoskopik transbronşiyal biyopsi: Lezyon plevral yerleşimlidir; transbronşiyal örnekleme hedefe uygun değildir.
- C) PET-BT ile izlem: Evrelemeye katkı sağlayabilir ancak histolojik tanının yerini tutmaz.
- E) Kır kapalı plevra biyopsisi: Yama tarzı tümörde torakoskopinin hedefli ve çoklu biyopsisine göre duyarlılığı daha düşüktür.

6. Trakeobronkomalazide dinamik ekspiratuvar görüntüleme**Doğru cevap: D) Dinamik ekspiratuvar toraks BT**

1. Trakeobronkomalazide intratorasik santral hava yolları ekspirasyonda aşırı çöker.
2. Rutin inspiratuvar görüntüleme normal olabilir.
3. Dinamik ekspiratuvar BT veya bronkoskopi kollapsı doğrudan ortaya koyar.

Kritik tuzak: Semptomları astım kabul edip yalnız bronkodilatör yanıtını değerlendirmektir.**Çeldirici analizleri**

- A) Sadece inspiryumda yüksek çözünürlüklü BT: Ekspirasyon sırasında gelişen hava yolu kollapsını kaçırabilir.
- B) Metakolin provokasyon testi: Astım hiperreaktivitesini değerlendirir; santral hava yolu duvar kollapsını göstermez.
- C) Difüzyon kapasitesi ölçümü: Alveol-kapiller gaz transferini değerlendirir; trakeal dinamiği göstermez.
- E) V/Q sintigrafisi: Pulmoner emboli ve bölgesel ventilasyon-perfüzyon için kullanılır; trakeobronşiyal kollaps tanısı koydurmaz.

7. Pulmoner alveoler mikrolitiazis tanısı**Doğru cevap: A) Pulmoner alveoler mikrolitiazis**

1. Pulmoner alveoler mikrolitiazis alveollerde kalsiyum fosfat mikrolitlerinin birikimidir.
2. Radyolojik yoğunluk ile klinik yakınma arasındaki uyumsuzluk tipiktir.
3. Ailevi olgular SLC34A2 ilişkisini düşündürür.

Kritik tuzak: Yaygın küçük nodülleri otomatik olarak miliyer tüberküloz kabul etmemek.**Çeldirici analizleri**

- B) Miliyer tüberküloz:** Miliyer nodüller kalsifiye kum fırtınası biçiminde değildir ve ailevi kümelenme beklenmez.
- C) Pulmoner hemosideroz:** Alveoler kanama ve demir yüklü makrofajlarla seyreder; mikrolit birikimi yapmaz.
- D) Sarkoidoz:** Perlenfatik nodül ve hiler adenopati daha tipiktir; yaygın mikrokalsifikasyon beklenmez.
- E) Silikozis:** Mesleki silika maruziyeti ve üst zon nodülleri ön plandadır.

8. İndüklenebilir larengeal obstrüksiyonda semptom anı laringoskopisi**Doğru cevap: E) Egzersiz sırasında sürekli laringoskopi**

1. Semptomların inspiratuvar olması ve egzersiz sonlanınca hızla düzelmesi larengeal obstrüksiyonu düşündürür.
2. Astımda ekspiratuvar hışıltı ve bronkodilatör yanıtı daha beklenir.
3. Semptom anındaki sürekli laringoskopi paradoksal supraglottik veya glottik kapanmayı gösterir.

Kritik tuzak: Egzersizle dispne gördüğünde bronkodilatör yanıtı olmamasına karşın astım dozlarını artırmaktır.**Çeldirici analizleri**

- A) İstirahatte tek seferlik laringoskopi:** Ataklar kısa süreli olduğundan istirahat glottis normal görülebilir.
- B) Bronş provokasyon testi:** Egzersize bağlı bronkokonstriksiyonu değerlendirir; inspiratuvar larengeal kapanmayı doğrudan göstermez.
- C) Toraks anjiyografisi:** Pulmoner damar patolojisi için kullanılır; bu geçici üst hava yolu olgusunu göstermez.
- D) Uyku polisomnografisi:** Uyku ilişkili obstrüksiyonları değerlendirir; egzersiz tetiklenmeli tablo için uygun değildir.

9. Taşikardi-bradikardi sendromunda kalıcı pil**Doğru cevap: B) Kalıcı kalp pili implantasyonu**

1. AF sonrası uzun duraklama hasta sinüs sendromunun taşikardi-bradikardi biçimini gösterir.
2. Senkopla ilişkili 7 saniyelik duraklama semptomatik bradikardi kabul edilir.
3. Kalıcı pil bradikardiye karşı koruma sağlar ve gerekirse taşiaritmi tedavisini güvenli kılar.

Kritik tuzak: Atriyal fibrilasyonu tek sorun sanıp uzun post-konversiyon duraklamasını görmezden gelmektir.**Çeldirici analizleri**

- A) **Yalnız amiodaron başlanması:** Sinüs düğümü baskılanmasını ve duraklamayı ağırlaştırabilir; senkop nedenini düzeltmez.
- C) **Acil tromboliz:** İskemik inme veya akut damar tıkanıklığı bulgusu yoktur.
- D) **Sadece antikoagülasyon:** İnme riskini azaltabilir ancak semptomatik uzun sinüs duraklamasını tedavi etmez.
- E) **Implante kardiyoverter defibrilatör:** Ventriküler taşiaritmi veya ani ölüm riski göstergesi verilmemiştir; sorun bradiaritmidir.

10. Hemodiyaliz fistülüne bağlı yüksek debili kalp yetmezliği**Doğru cevap: A) Düşük sistemik damar direnci ve artmış venöz dönüş**

1. Büyük AV fistül arteriyel kanı düşük dirençli venöz yatağa yönlendirir.
2. Sistemik damar direnci azalırken venöz dönüş ve kalp debisi artar.
3. Fistül kapatılınca bradikardi gelişmesi Nicoladoni-Branham bulgusunu destekler.

Kritik tuzak: Dispneyi her zaman düşük ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetmezliğiyle eşitlemektir.**Çeldirici analizleri**

- B) **Primer sol ventrikül kontraktilite kaybı:** Ejeksiyon fraksiyonu korunmuş ve yüksek debi vardır; primer pompa yetersizliği tabloyu açıklamaz.
- C) **Pulmoner ven obstrüksiyonu:** Yüksek debi ve fistül kompresyonuyla nabız değişikliğini açıklamaz.
- D) **Şiddetli hipovolemi:** Hipovolemi sıcak ekstremiteler ve artmış venöz dönüşü yol açmaz.
- E) **İzole perikardiyal tamponad:** Tamponadda düşük debi ve dar nabız basıncı beklenir.

11. Mekanik kapak trombozunda transözofageal ekokardiyografi**Doğru cevap: C) Transözofageal ekokardiyografi**

1. Subterapötik INR ve ani başlangıç protez kapak trombozunu destekler.
2. TTE gradyanı gösterse de mitral protez arkasındaki kitleyi sınırlı görüntüleyebilir.
3. TEE trombüs boyutu, hareketliliği ve sol atriyal uzanımı değerlendirmede üstündür.

Kritik tuzak: Yüksek gradyanı yalnız pannus kabul edip akut başlangıç ve düşük INR ipuçlarını göz ardı etmektir.

Çeldirici analizleri

- A) **Egzersiz stres testi:** Akut semptomlu ve olası obstrüktif kapak trombozunda güvenli veya tanısal değildir.
- B) **Koroner kalsiyum skoru:** Koroner ateroskleroza değerlendirir; protez kapak hareketini göstermez.
- D) **Holter EKG:** Ritim bozukluğunu kaydeder; kapak üzerindeki trombüsü tanımlamaz.
- E) **Akciğer perfüzyon sintigrafisi:** Pulmoner emboli değerlendirmesinde kullanılabilir ancak mekanik kapak obstrüksiyonunu açıklamaz.

12. Dev hücreli miyokarditte endomiyokardiyal biyopsi**Doğru cevap: E) Endomiyokardiyal biyopsi**

1. Hızlı progresyon, AV blok ve ventriküler aritmi dev hücreli miyokardit için alarm bulgularıdır.
2. Bu alt tip immünsüpresif tedavi ve ileri kalp desteği kararını değiştirir.
3. Kesin tanı miyokard dokusunda multinükleer dev hücre ve inflamasyonun gösterilmesiyle konur.

Kritik tuzak: Kardiyak MR bulgularını histolojik alt tip için tek başına yeterli saymaktır.

Çeldirici analizleri

- A) **Seri troponin izlemi:** Miyokard hasarını gösterir ancak histolojik alt tipi belirlemez.
- B) **Eforlu miyokard perfüzyon sintigrafisi:** Kararsız aritmi ve hızlı kalp yetersizliğinde uygun değildir; inflamatuvar histolojiyi vermez.
- C) **Sadece genetik panel:** Bazı kardiyomyopatileri araştırabilir fakat akut dev hücreli miyokarditi doğrulamaz.
- D) **Perikard sıvısı sitolojisi:** Perikardiyal efüzyon tanımlanmamıştır ve miyokard dokusunu örneklemmez.

13. Libman-Sacks endokarditi**Doğru cevap: A) Libman-Sacks endokarditi**

1. SLE ve antifosfolipid antikorları nonbakteriyel trombotik endokardite zemin hazırlar.
2. Libman-Sacks lezyonları kapakların atriyal ve ventriküler yüzlerinde bulunabilir.
3. Steril vejetasyonlar emboliye yol açabilir.

Kritik tuzak: Her kapak vejetasyonunu antibiyotik gerektiren enfektif endokardit saymaktır.**Çeldirici analizleri**

- B) Akut bakteriyel endokardit:** Ateş ve pozitif kültür olmaması, SLE bağlamı ve iki yüzlü steril vejetasyonlar karşıt bulgulardır.
- C) Atriyal miksoma:** Kapak yaprakçıklarının iki yüzünde küçük vejetasyon biçiminde görülmez.
- D) Romatizmal mitral darlığı:** Komissür füzyonu ve kapak kalınlaşması beklenir; steril vejetasyon yapmaz.
- E) Papiller fibroelastom:** Genellikle tek, saplı kapak kitlesidir; sistemik otoimmün bağlamla ilişkili değildir.

14. Tip III akalazyada peroral endoskopik miyotomi**Doğru cevap: C) Uzun miyotomi sağlayan peroral endoskopik miyotomi (POEM)**

1. Prematür distal kasılmalar ve yetersiz sfinkter gevşemesi tip III akalazyayı gösterir.
2. Spastik segment uzun olduğu için daha uzun miyotomi gerekir.
3. POEM özofagus gövdesindeki spastik segmenti kapsayacak şekilde özelleştirilebilir.

Kritik tuzak: Tüm akalazyaya alt tiplerini aynı uzunlukta pnömatik dilatasyonla tedavi etmeye çalışmaktır.**Çeldirici analizleri**

- A) Botulinum toksini enjeksiyonu:** Kısa süreli yarar sağlar; genç ve uzun spastik segmentli hastada kalıcı ilk tercih değildir.
- B) Yalnız proton pompası inhibitörü:** Reflüyü azaltabilir ancak sfinkter gevşeme bozukluğunu ve spastik kasılmaları düzeltmez.
- D) Özofageal stent:** Akalazyaya için standart kalıcı tedavi değildir ve komplikasyon riski taşır.
- E) Total özofajektomi:** İleri megaözofagus veya başarısız tedavi dışında aşırı girişimdir.

15. Tip 2 otoimmün pankreatit**Doğru cevap: E) Tip 2 otoimmün pankreatit**

1. Tip 2 otoimmün pankreatit IgG4 ilişkili değildir.
2. Ülseratif kolitle birlikteliği belirgindir.
3. Granülositik epitelyal lezyon histolojik ayırt edici bulgudur.

Kritik tuzak: Serum IgG4 normal olduğu için otoimmün pankreatiti tamamen dışlamaktır.**Çeldirici analizleri**

- A) Tip 1 otoimmün pankreatit:** IgG4 ilişkili sistemik hastalık ve lenfoplazmositer sklerozan patern beklenir; ülseratif kolit ve granülositik epitelyal lezyon tip 2 lehinedir.
- B) Pankreas adenokarsinomu:** Ayırıcı tanıda önemlidir ancak verilen histoloji otoimmün pankreatit için karakteristiktir.
- C) Kronik alkolik pankreatit:** Kalsifikasyon ve alkol öyküsü beklenir; bu histolojik paternle ilişkili değildir.
- D) Primer sklerozan kolanjit:** Ülseratif kolitle ilişkilidir fakat pankreas biyopsisindeki granülositik epitelyal lezyonu açıklamaz.

16. Sinüzoidal obstrüksiyon sendromunda defibrotid**Doğru cevap: E) Defibrotid**

1. Nakil sonrası erken dönemde kilo artışı, ağırlı hepatomegali ve hiperbilirubinemi sinüzoidal obstrüksiyon sendromunu düşündürür.
2. Hastalık hepatik sinüzoidal endotelyal hasar ve venül tıkanmasıyla gelişir.
3. Çoklu organ disfonksiyonunda defibrotid sağkalımı iyileştiren özgül tedavidir.

Kritik tuzak: Tabloyu yalnız sıvı yüklenmesi kabul edip nakil sonrası zamanlamayı ve ağırlı hepatomegaliyi atlamaktır.**Çeldirici analizleri**

- A) Yüksek doz asetaminofen:** Hepatotoksisiteyi artırabilir ve sinüzoidal hasarı tedavi etmez.
- B) Ursodeoksikolik asit tek başına:** Profilaksiste yararlı olabilir ancak gelişmiş ağır sendromun özgül tedavisi değildir.
- C) Laktüloz:** Hepatik ensefalopatiji tedavi eder; sinüzoidal endotelyal hasarı düzeltmez.
- D) Acil splenektomi:** Portal sinüzoidal obstrüksiyonun tedavisinde yeri yoktur.

17. Büyük hepatoselüler adenomda rezeksiyon**Doğru cevap: B) Östrojeni kesip elektif cerrahi rezeksiyon planlamak**

1. Östrojen hepatoselüler adenom büyümesiyle ilişkilidir ve kesilmelidir.
2. Çapın 5 cm üzerinde olması kanama ve malign dönüşüm riskini artırır.
3. Bu nedenle erişilebilir büyük adenomda elektif rezeksiyon önerilir.

Kritik tuzak: Asemptomatik olduğu için lezyon boyutunun yönetim kararını değiştirmedigini düşünmektir.**Çeldirici analizleri**

- A) Yalnız yıllık ultrasonografi:** Beş santimetreden büyük adenomlarda kanama ve malign dönüşüm riski nedeniyle izlem tek başına yetersizdir.
- C) İğne biyopsisi sonrası beklemek:** Biyopsi kanama riski taşır ve tipik büyük lezyonda yönetimi geciktirebilir.
- D) Transarteriyel kemoembolizasyon:** Hepatoselüler karsinom tedavisidir; stabil adenomda ilk seçenek değildir.
- E) Karaciğer transplantasyonu:** Tek ve rezeke edilebilir benign lezyon için aşırı tedavidir.

18. Kolesistektomi sonrası safra asidi ishali**Doğru cevap: D) Kolestiramin**

1. Kolesistektomi sonrası kolona aşırı safra asidi geçişi sekretuar ishale yol açabilir.
2. Normal kolonoskopi ve yemekle artan sulu ishal bu mekanizmayı destekler.
3. Safra asidi sekestranı kolestiramin hem tanısal hem tedavi edici bir deneme sağlar.

Kritik tuzak: Normal kolonoskopi nedeniyle işlevsel ishal deyip safra asidi malabsorpsiyonunu düşünmemektir.**Çeldirici analizleri**

- A) Loperamidi süresiz tek tedavi olarak kullanmak:** Semptomu azaltabilir fakat safra asidi bağlamaz ve neden odaklı değildir.
- B) Pankreatik enzim replasmanı:** Pankreatik yetmezlik veya steatore bulgusu yoktur.
- C) Mesalazin:** İnflamatuvar bağırsak hastalığı kanıtı yoktur.
- E) Rifaksimin:** Bakteriyel aşırı çoğalma göstergesi verilmemiştir; safra asidi kaybını düzeltmez.

19. Kontrol noktası inhibitörüne bağlı fulminan tip 1 diyabet**Doğru cevap: B) İmmün kontrol noktası inhibitörüne bağlı beta hücre yıkımı**

1. PD-1/PD-L1 inhibitörleri nadiren hızlı başlangıçlı insüline bağımlı diyabet yapabilir.
2. Düşük C-peptid beta hücre fonksiyon kaybını gösterir.
3. HbA1c'nin yalnız hafif yüksek olması hipergliseminin yeni başladığını destekler.

Kritik tuzak: Kanser hastasındaki hiperglisemiye otomatik olarak steroid diyabeti kabul etmektir.**Çeldirici analizleri**

- A) Uzun süreli glukokortikoid kullanımına bağlı insülin direnci:** Glukokortikoid öyküsü yoktur ve çok düşük C-peptid mutlak insülin eksikliğini gösterir.
- C) Pankreas kanserine bağlı ekzokrin yetmezlik:** Steatore veya pankreas kitlesi verilmemiştir; ani DKA ve çok düşük C-peptid immün yıkımı destekler.
- D) Metformin ilişkili laktik asidoz:** Hasta metformin kullanmıyor ve ketoz tablosu vardır.
- E) Akromegaliye bağlı diyabet:** Yavaş gelişen insülin direnci beklenir; fulminan beta hücre kaybı yapmaz.

20. Metimazole bağlı agranülositozda yaklaşım**Doğru cevap: E) Metimazolü hemen kesip febril nötropeni tedavisi başlamak**

1. Ateş ve boğaz ağrısı tiyonomid agranülositozunun tipik uyarı belirtileridir.
2. Mutlak nötrofil sayısının $500/\text{mm}^3$ altında olması ağır nötropenidir.
3. Sorumlu ilaç kesilir ve febril nötropeni yaklaşımı uygulanır.

Kritik tuzak: Tiyonomid yan etkisini basit üst solunum yolu enfeksiyonu sanıp ilacı sürdürmektir.**Çeldirici analizleri**

- A) Metimazol dozunu yarıya indirmek:** Agranülositoz doz azaltılarak yönetilmez; ilaç tamamen kesilmelidir.
- B) Propiltiourasile geçmek:** Tiyonomidler arasında çapraz ciddi hematolojik toksisite riski nedeniyle uygun değildir.
- C) Yalnız G-CSF verip eve göndermek:** Febril ağır nötropeni hastane değerlendirmesi ve geniş spektrumlu antibiyotik gerektirir.
- D) Bir hafta sonra hemogramı tekrarlamak:** Gecikme sepsis riskini artırır.

21. Gebelikte geçici diabetes insipidus**Doğru cevap: E) Desmopressin**

1. Gebelikte plasental vazopressinaz endojen ADH yıkımını artırabilir.
2. Geç gebelikte başlayıp postpartum gerilemesi geçici gestasyonel diabetes insipidusu destekler.
3. Desmopressin vazopressinaza dirençli olduğu için etkilidir.

Kritik tuzak: Poliürlü gebeye sıvı kısıtlaması önererek hipernatremiyi derinleştirmektedir.**Çeldirici analizleri**

- A) Vazopressin infüzyonu:** Plasental vazopressinaz vazopressini parçalayabilir; desmopressin daha dirençlidir.
- B) Hidroklorotiyazid tek başına:** Nefrojenik diabetes insipidusta kullanılabilir; gebelikte vazopressinaz ilişkili tabloda ilk tercih değildir.
- C) Sıvı kısıtlaması:** Hipernatremiyi ve dehidratasyonu ağırlaştırabilir.
- D) Fludrokortizon:** Mineralokortikoid eksikliği tablosu yoktur ve poliüriyi düzeltmez.

22. Büyük IGF-2 ilişkili tümör hipoglisemisi**Doğru cevap: B) Tümörden salgılanan yüksek molekül ağırlıklı IGF-2**

1. İnsülin ve C-peptidin baskılı olması hiperinsülinemik nedenleri dışlar.
2. Büyük mezenkimal tümörler "big IGF-2" salgılayabilir.
3. IGF-2 insülin benzeri etkiyle glukoz kullanımını artırır, ketogenezi baskılar.

Kritik tuzak: Hipoglisemi gördüğünde insülin düşük olsa bile insulinomayı seçmektir.**Çeldirici analizleri**

- A) Gizli sülfonilüre kullanımı:** Sülfonilüre endojen insülini ve C-peptidi yükseltir.
- C) İnsülinoma:** İnsülin, C-peptid ve proinsülin yüksek beklenir.
- D) Adrenal adenomdan aldosteron salgısı:** Hipokalemi ve hipertansiyon yapar; bu hipoglisemi profilini açıklamaz.
- E) Glukagonoma:** Hiperglisemi ve nekrolitik migratuvar eritem beklenir.

23. MEN 2B'de RET M918T ve erken tiroidektomi**Doğru cevap: D) Çok erken yaşta profilaktik total tiroidektomi**

1. Mukoza nöromaları ve marfanoid görünüm MEN 2B için tipiktir.
2. RET M918T en yüksek risk gruplarından biridir.
3. Medüller tiroid kanseri gelişmeden önce profilaktik total tiroidektomi yapılır.

Kritik tuzak: Normal ultrasonografiye germline yüksek riskli mutasyonda güvence saymaktır.**Çeldirici analizleri**

- A) Yıllık ultrasonografiyle erişkin yaşa kadar beklemek:** M918T yüksek riskli ve erken agresif medüller kanserle ilişkilidir; görüntüleme negatifliği güvenli bekleme sağlamaz.
- B) Radyoaktif iyot ablasyonu:** Medüller tiroid kanseri C hücrelerinden gelişir ve iyot tutmaz.
- C) Kalsitonin yükselince yalnız lobektomi:** Multifokal risk nedeniyle total tiroidektomi gerekir ve gecikme metastaz riskini artırır.
- E) Profilaktik paratiroidektomi:** MEN 2B'de feokromositoma olabilir; hiperparatiroidi MEN 2A kadar tipik değildir ve tiroid kanseri riskini önlemez.

24. Parvovirus B19 ilişkili saf eritroid aplazide IVIG**Doğru cevap: B) İntravenöz immünglobulin ve immünsüpresyonun azaltılması**

1. Parvovirus B19 eritroid öncülleri enfekte eder ve saf eritroid aplazi yapabilir.
2. İmmünsüprese hastada antikor yanıtı yetersiz olduğu için enfeksiyon kronikleşebilir.
3. IVIG nötralizan antikor sağlar; mümkünse immünsüpresyon azaltılır.

Kritik tuzak: Anemiyi transplant sonrası yalnız eritropoietin eksikliği olarak yorumlamaktır.**Çeldirici analizleri**

- A) Demir replasmanı:** Demir eksikliği bulgusu yoktur; retikülositopeni viral eritroid baskıyı gösterir.
- C) Eritrosit değişim transfüzyonu:** Parazitemiyi temizlemez ve kalıcı tedavi sağlamaz.
- D) Trombosit transfüzyonu:** Trombosit sayısı normaldir.
- E) Yüksek doz folat tek başına:** Parvovirusun kalıcı viremisi ve eritroid aplazisini düzeltmez.

25. CAR-T sonrası sitokin salınım sendromunda tosilizumab**Doğru cevap: D) Tosilizumab**

1. CAR-T sonrası erken ateş, vazodilatatuvar hipotansiyon ve hipoksemi sitokin salınım sendromunu düşündürür.
2. IL-6 patogeneizde merkezi rol oynar.
3. Tosilizumab IL-6 reseptör blokajıyla hızlı klinik düzelme sağlayabilir.

Kritik tuzak: Enfeksiyon dışlanmadan tedaviyi geciktirmek veya tüm tabloyu yalnız sepsis kabul etmektir.**Çeldirici analizleri**

- A) Rituksimab:** CD20 hedeflidir ve CAR-T sonrası sitokin salınımını hızla durdurmaz.
B) Ekulizumab: Kompleman C5 inhibitörüdür; sitokin salınım sendromunun standart tedavisi değildir.
C) İmatinib: Tirozin kinaz inhibitörüdür; IL-6 aracılı sendromu tedavi etmez.
E) Desmopressin: Hemostaz veya diabetes insipidus için kullanılır; burada etkisizdir.

26. Akut promiyelositik lösemi farklılaşma sendromu**Doğru cevap: A) Deksametazonu hemen başlamak**

1. ATRA/arsenik tedavisi sonrası ateş, kilo artışı, infiltrasyon ve organ disfonksiyonu farklılaşma sendromudur.
2. Kapiller kaçak ve doku infiltrasyonu hızla ağırlaşabilir.
3. Şüphe anında deksametazon başlanır; ağır olguda farklılaştırıcı ajanlar geçici kesilebilir.

Kritik tuzak: Akciğer infiltrasyonlarını yalnız enfeksiyon sanıp steroid tedavisini geciktirmektir.**Çeldirici analizleri**

- B) Yalnız furosemid verip izlemek:** Sıvı yükünü azaltabilir ancak farklılaşma sendromunun inflamatuvar mekanizmasını tedavi etmez.
C) ATRA dozunu artırmak: Sendromu ağırlaştırabilir.
D) Trombosit aferezi yapmak: Lökosit farklılaşması ve kapiller kaçak tablosunu düzeltmez.
E) Rituksimab başlamak: APL veya farklılaşma sendromu için etkili değildir.

27. Sirozda spur cell hemolitik anemisi**Doğru cevap: C) Spur cell (akantositik) hemolitik anemi**

1. İleri karaciğer hastalığında eritrosit membran lipidleri değişebilir.
2. Akantositler dalakta hızla uzaklaştırılarak Coombs negatif hemolize yol açar.
3. Kesin düzelme çoğunlukla karaciğer nakliyle mümkündür.

Kritik tuzak: Makrositozu otomatik olarak folat eksikliği kabul edip hemoliz göstergelerini atlamaktır.**Çeldirici analizleri**

- A) Otoimmün hemolitik anemi:** Direkt Coombs negatif ve akantosit ağırlıklı yayma vardır.
- B) Mikroanjiyopatik hemolitik anemi:** Şistositler ve trombositopeni beklenir; akantositler tipik değildir.
- D) Megaloblastik anemi:** Makrositoz yapabilir ancak retikülositoz ve hemoliz profiliyle akantositleri açıklamaz.
- E) G6PD eksikliği:** Isırılmış hücreler ve Heinz cisimleri beklenir; ileri sirozla ilişkili akantosit tablosu değildir.

28. Kronik miyelomonositik lösemi tanısı**Doğru cevap: A) Kronik miyelomonositik lösemi**

1. CMML hem miyelodisplastik hem miyeloproliferatif özellik taşıyır.
2. Kalıcı mutlak ve oransal monositoz tanısıl temeldir.
3. BCR::ABL1 negatifliği ve blastın %20 altında olması ayırıcı tanıda önemlidir.

Kritik tuzak: Her lökositoz ve splenomegaliyi BCR::ABL1 bakmadan KML saymaktır.**Çeldirici analizleri**

- B) Kronik miyeloid lösemi:** BCR::ABL1 pozitifliği beklenir ve kalıcı monositoz temel özellik değildir.
- C) Akut miyeloid lösemi:** Blast oranı %20'nin altındadır ve kronik monositoz ön plandadır.
- D) Esansiyel trombositemi:** Kalıcı trombositoz beklenir; monositoz ve displazi temel bulgu değildir.
- E) Reaktif monositoz:** Altı aylık kalıcılık, displazi ve klonal tablo reaktif nedeni desteklemez.

29. Takrolimusla bağı trombotik mikroanjiyopati**Doğru cevap: C) Takrolimusu kesmek ve alternatif immünsüpresyona geçmek**

1. Takrolimus kalsinörin inhibitörü olarak endotel toksisitesi ve TMA yapabilir.
2. Şistosit, trombositopeni ve böbrek hasarı tabloyu destekler.
3. ADAMTS13 normal olması ağır eksiklikli TTP'den uzaklaştırır; sorumlu ilaç kesilir.

Kritik tuzak: Her TMA tablosunu otomatik olarak primer TTP kabul edip tetikleyici ilacı sürdürmektir.**Çeldirici analizleri**

- A) **Acil splenektomi:** İlaç ilişkili endotel hasarını düzeltmez.
- B) **Takrolimus dozunu artırmak:** Toksikiteyi ağırlaştırır.
- D) **Yalnız demir vermek:** Hemoliz ve trombotik mikroanjiyopatiyi tedavi etmez.
- E) **ADAMTS13 normal olmasına rağmen yalnız plazma değişimi:** TTP daha az olasıdır; tetikleyici kalsinörin inhibitörünü kaldırmak önceliklidir.

30. Oral sodyum fosfat sonrası akut fosfat nefropatisi**Doğru cevap: E) Akut fosfat nefropatisi**

1. Sodyum fosfat bağırsak temizliği fosfat yükü ve hacim kaybı yaratabilir.
2. Yaş, diüretik ve RAAS blokajı riski artırır.
3. Tübüler kalsiyum fosfat birikimi akut fosfat nefropatisinin histolojik temelidir.

Kritik tuzak: Kolonoskopi hazırlık ajanını ilaç öyküsünde önemsiz saymaktır.**Çeldirici analizleri**

- A) **Akut urat nefropatisi:** Ürik asit kristalleri ve tümör lizisi bağlamı beklenir.
- B) **Oksalat nefropatisi:** Polarize ışıpta çift kırılma gösteren oksalat kristalleri beklenir.
- C) **Akut poststreptokoksik glomerülonefrit:** Glomerüller hematurisi, düşük kompleman ve immün birikim beklenir.
- D) **Analjezik nefropatisi:** Kronik kullanım ve papiller nekrozla ilişkilidir; akut fosfat birikimi yapmaz.

31. SAPHO sendromu tanısı**Doğru cevap: A) SAPHO sendromu**

1. SAPHO; sinovit, akne, püstülozis, hiperostoz ve osteiti birleştirebilir.
2. Ön göğüs duvarı ve sternoklaviküler eklem sık tutulur.
3. Boğa başı sintigrafik görünümü karakteristik bir ipucudur.

Kritik tuzak: Steril osteiti kültür negatifliğine rağmen uzun süreli antibiyotik gerektiren enfeksiyon sanmaktır.**Çeldirici analizleri**

- B) Septik sternoklaviküler artrit:** Kültür negatifliği, kronik hiperostoz ve palmoplantar püstülozis birlikteliği enfeksiyondan uzaklaştırır.
- C) Romatoid artrit:** Sternoklaviküler hiperostoz ve püstülozis tipik değildir.
- D) Ankilozan spondilit:** Sakroiliit ön planda olur; boğa başı sintigrafisi ve akne/püstülozis birlikteliği SAPHO'ya özgüdür.
- E) Gut:** Kristal artriti ve tofus beklenir; hiperostoz-püstülozis sendromu yapmaz.

32. Akut miyeloid lösemiyle ilişkili Sweet sendromu**Doğru cevap: D) Sweet sendromu (akut febril nötrofilik dermatoz)**

1. Sweet sendromu ateş, nötrofilik dermatoz ve ağrılı eritemli plaklarla seyreder.
2. Miyeloid maligniteler, özellikle akut miyeloid lösemiyle güçlü ilişki gösterebilir.
3. Biyopside lökositoklastik vaskülit olmadan yoğun dermal nötrofil infiltrasyonu tanısal ipucudur.

Kritik tuzak: Ateşli immünsüprese hastadaki bütün deri lezyonlarını kültür negatifliğine rağmen enfeksiyon kabul etmektir.**Çeldirici analizleri**

- A) Lösemi kutis:** Deri biyopsisinde blast infiltrasyonu beklenir; yoğun olgun nötrofil infiltrasyonu ve ağrılı ödemli plaklar Sweet sendromunu destekler.
- B) Piyoderma gangrenozum:** Hızla genişleyen, nekrotik ve mor kenarlı ülserler beklenir; burada ülserasyon yoktur.
- C) Eritema nodosum:** Septal pannikülit ve özellikle pretibial hassas nodüller beklenir.
- E) Behçet hastalığı:** Tekrarlayan oral-genital ülserler ve üveit gibi ek bulgular beklenir.

33. İdiyopatik intrakraniyal hipertansiyonda ilk basamak tedavi**Doğru cevap: D) Kilo kaybı programı ve asetazolamid**

1. Normal görüntüleme ve BOS içeriğiyle yüksek açılış basıncı idiyopatik intrakraniyal hipertansiyonu destekler.
2. Kilo kaybı hastalığın temel değiştirilebilir unsurudur.
3. Asetazolamid BOS üretimini azaltır ve görme alanını korumaya yardımcı olur.

Kritik tuzak: Papilödem migrenin bir parçası sayıp görme takibini ihmal etmektir.**Çeldirici analizleri**

- A) **Yüksek doz dopamin agonisti:** Prolaktinoma bulgusu yoktur; intrakraniyal basıncı düşürmez.
- B) **Yalnız analjezik:** Baş ağrısını geçici azaltır ancak görme kaybı riskini ve basıncı tedavi etmez.
- C) **Acil kraniyotomi:** Kitle yoktur; hafif görme etkileniminde ilk seçenek değildir.
- E) **Süresiz kortikosteroid:** Kilo artışına yol açabilir ve uzun dönem ilk basamak değildir.

34. Kronik hiponatreminin aşırı düzeltilmesini geri çevirme**Doğru cevap: A) Desmopressin ve %5 dekstroza kontrollü yeniden düşürme**

1. Kronik hiponatremide hızlı düzeltme ozmotik demiyelinizasyon riski taşır.
2. Malnütrisyon ek risk faktörüdür; 16 mmol/L/12 saat aşırı düzeltmedir.
3. Desmopressin su diürezini durdurur, D5W sodyumu güvenli hedefe geri getirir.

Kritik tuzak: Sodyum normal aralığa yaklaştığı için düzeltme hızını önemsememektir.**Çeldirici analizleri**

- B) **Hipertonik salini sürdürmek:** Sodyum düzeltme hızını daha da artırır.
- C) **Furosemid dozunu artırmak:** Serbest su kaybını artırarak hipernatremiye doğru ilerlemeyi hızlandırabilir.
- D) **Sıvı kısıtlamasını sıkılaştırmak:** Aşırı düzeltmeyi geri çevirmez ve serbest su açığını büyütebilir.
- E) **Acil hemodiyaliz:** Bu tabloda sodyumu hassas biçimde yeniden düşürmek için ilk seçenek değildir.

35. Steroid yanıtı Hashimoto ensefalopatisi

Doğru cevap: E) Steroid yanıtı otoimmün ensefalopati (Hashimoto ensefalopatisi)

1. Hashimoto ensefalopatisi dışlama tanısıdır ve tiroid hormon düzeyinden bağımsız olabilir.
2. Dalgalanan ensefalopati, nöbet, miyoklonus ve yüksek tiroid otoantikörleri destekler.
3. Çoğu olguda glukokortikoidlere belirgin yanıt alınır.

Kritik tuzak: Anti-TPO yüksekliğinin tek başına tanı koydurduğunu sanmak; alternatif nedenlerin dışlanması gerekir.

Çeldirici analizleri

- A) Creutzfeldt-Jakob hastalığı:** Hızlı demans ve miyoklonus yapabilir ancak tipik MR/EEG bulguları ve tiroid otoimmün bağlamı verilmemiştir.
- B) Herpes simpleks ensefaliti:** Temporal lob bulguları, ateş ve BOS PCR pozitifliği beklenir.
- C) Hepatik ensefalopati:** Karaciğer yetmezliği veya hiperamonyemi bulgusu yoktur.
- D) Normal basınçlı hidrosefali:** Yürüme apraksisi, inkontinans ve ventrikülomegali beklenir; nöbetli dalgalı tabloyu açıklamaz.

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

36. Yenidoğan herpesinde intravenöz asiklovir

Doğru cevap: A) Yüksek doz intravenöz asiklovir

1. Veziküler döküntü, nöbet ve BOS HSV PCR pozitifliği yenidoğan HSV ensefalitini gösterir.
2. Tedavi gecikmesi mortalite ve nörolojik sekeleleri artırır.
3. MSS/dissemine hastalıkta intravenöz asiklovir uzun süreli verilir ve tedavi sonu BOS PCR kontrol edilir.

Kritik tuzak: Döküntüyü yalnız lokal cilt hastalığı kabul ederek intravenöz tedaviyi geciktirmek.

Çeldirici analizleri

- B) Oral valasiklovir:** Dissemine veya merkezi sinir sistemi tutulumlu yenidoğan herpesinde oral tedavi yeterli değildir.
- C) İntravenöz gansiklovir:** CMV için kullanılır; HSV yenidoğan enfeksiyonunda ilk seçenek değildir.
- D) Yalnız topikal asiklovir:** Sistemik ve MSS tutulumunu tedavi etmez.
- E) İntravenöz sefotaksim tek başına:** Bakteriye sepsis için kullanılabilir ancak HSV'yi tedavi etmez.

37. Semptomatik neonatal polisitemide parsiyel değişim

Doğru cevap: B) Normal salinle parsiyel değişim transfüzyonu

1. Venöz hematokritin %65'in üzerinde olması neonatal polisitemidir.
2. Taşipne ve hipoglisemi hiperviskoziteye bağlı semptomlardır.
3. Semptomatik ve çok yüksek hematokritte parsiyel değişimle hematokrit güvenli aralığa indirilir.

Kritik tuzak: Kapiller hematokriti doğrulamadan tedavi etmek veya semptomlu %72 değerini yalnız izlemektir.

Çeldirici analizleri

- A) Tam kan değişim transfüzyonu:** Hiperbilirubinemi veya hemolitik hastalık tedavisinde kullanılır; polisitemide gereksizdir.
- C) Eritrosit süspansiyonu:** Hematokriti daha da yükseltir.
- D) Trombosit transfüzyonu:** Trombositopeni tanımlanmamıştır ve viskoziteyi düzeltmez.
- E) Yalnız fototerapi:** Bilirubin için kullanılır; hiperviskozite semptomlarını tedavi etmez.

38. Ornitin transkarbamilaz eksikliğinde hiperamonyemi**Doğru cevap: A) Proteinini kesmek, yüksek kalorili glukoz vermek, azot bağlayıcı başlamak ve acil diyaliz planlamak**

1. Erkek bebekte erken hiperamonyemi, düşük BUN ve yüksek orotik asit OTC eksikliğini düşündürür.
2. Katabolizma durdurulmalı ve azot üretimi azaltılmalıdır.
3. Çok yüksek amonyak düzeyinde diyaliz en hızlı uzaklaştırma yöntemidir.

Kritik tuzak: Takipneyi akciğer hastalığı, nöbeti yalnız sepsis kabul edip amonyak yüksekliğinin aciliyetini atlamaktır.**Çeldirici analizleri**

- B) Yüksek proteinli beslenmeye devam etmek:** Azot yükünü artırarak hiperamonyemiği ağırlaştırır.
- C) Yalnız sodyum bikarbonat vermek:** Temel sorun üre döngüsü ve amonyaktır; asidoz belirgin değildir.
- D) İnsülin infüzyonu başlamak:** Hiperglisemi yoktur ve amonyağı hızla düşürmez.
- E) Bekleyip amonyağı ertesi gün tekrarlamak:** Bu düzey nörotoksiktir ve acil tedavi gerektirir.

39. Komplike olmayan mekonyum ileusunda kontrast lavman**Doğru cevap: A) Floroskopi eşliğinde hiperosmolar suda çözünür kontrast lavmanı**

1. Mekonyum ileusu distal ileumda koyu mekonyuma bağlı obstrüksiyondur ve kistik fibrozisle güçlü ilişkilidir.
2. Perforasyon veya volvulus yoksa nonoperatif tedavi denenir.
3. Hiperosmolar kontrast hem tanısal hem terapötik olabilir.

Kritik tuzak: Mekonyum çıkmamasını her zaman Hirschsprung hastalığı kabul etmektir.**Çeldirici analizleri**

- B) Acil total kolektomi:** Komplike olmayan mekonyum ileusunda gereksizdir.
- C) Oral loperamid:** Bağırsak hareketini azaltır ve yenidoğanda uygun değildir.
- D) Yalnız rektal biyopsi:** Hirschsprung ayırıcı tanısında kullanılabilir; tipik mekonyum ileusunu tedavi etmez.
- E) Yüksek doz intravenöz steroid:** Obstrüksiyonu çözmez.

40. Konjenital santral hipoventilasyon sendromunda PHOX2B**Doğru cevap: B) PHOX2B mutasyonu**

1. Uyku sırasında otomatik solunum yanıtının kaybı konjenital santral hipoventilasyonu düşündürür.
2. Otonom sinir sistemi bozuklukları ve Hirschsprung eşlik edebilir.
3. PHOX2B mutasyonu tanısal genetik temelidir.

Kritik tuzak: Hiperkapniyi yalnız akciğer parankim hastalığıyla açıklamaya çalışmaktır.**Çeldirici analizleri**

- A) CFTR mutasyonu:** Kistik fibrozis yapar; uykuya özgü santral hipoventilasyon ve Hirschsprung birlikteliği tipik değildir.
- C) DMD mutasyonu:** Duchenne kas distrofisi daha ileri çocuklukta kas güçsüzlüğü yapar.
- D) MECP2 mutasyonu:** Rett sendromuyla ilişkilidir; yenidoğanda bu patern beklenmez.
- E) FBN1 mutasyonu:** Marfan sendromu yapar; solunum kontrol bozukluğunu açıklamaz.

41. Ailesel boy kısalığında büyüme paterni**Doğru cevap: D) Ailesel boy kısalığı**

1. Ailesel boy kısalığında boy düşük persentilde olsa da büyüme hızı normaldir.
2. Kemik yaşı takvim yaşına yakındır.
3. Hedef boy kısa aile yapısıyla uyumludur.

Kritik tuzak: Tek bir düşük persentili patolojik büyüme hormonu eksikliği olarak değerlendirmektir.**Çeldirici analizleri**

- A) Konstitüsyonel büyüme gecikmesi:** Kemik yaşı genellikle geridir ve puberte gecikmesi öyküsü bulunur.
- B) Büyüme hormonu eksikliği:** Büyüme hızı düşer, kemik yaşı geri kalır ve boy giderek persentil kaybeder.
- C) Turner sendromu:** Fenotipik bulgular veya orantısız büyüme olabilir; aile boyuna uygun sabit patern açıklanmaz.
- E) Hipotiroidi:** Büyüme hızı azalır ve kemik yaşı geriler.

42. McCune-Albright sendromunda periferik erken puberte**Doğru cevap: C) McCune-Albright sendromu**

1. McCune-Albright GNAS mozaik aktivasyonuna bağlıdır.
2. Café-au-lait lekeleri, polioyotik fibröz displazi ve periferik erken puberte klasik bileşenlerdir.
3. Baskılı LH gonadotropinden bağımsız puberteyi destekler.

Kritik tuzak: Her erken meme gelişimini santral erken puberte kabul edip LH baskılanmasını görmezden gelmek.**Çeldirici analizleri**

- A) Santral erken puberte:** LH uyarılabilir veya yüksek olur; fibröz displazi ve düzensiz café-au-lait triadı açıklanmaz.
- B) Nörofibromatozis tip 1:** Düzgün sınırlı café-au-lait ve nörofibromlar beklenir; otonom over aktivitesi ve fibröz displazi tipik değildir.
- D) Konjenital adrenal hiperplazi:** Androjen fazlalığı ve virilizasyon beklenir.
- E) Turner sendromu:** Gonadal yetmezlik ve gecikmiş puberte yapar.

43. Siklik nötropenide 21 günlük atak paterni**Doğru cevap: B) Siklik nötropeni**

1. Siklik nötropenide nötrofil sayısı çoğunlukla yaklaşık 21 günlük aralıklarla düşer.
2. Nötropenik dönemde ağız ülserleri, gingivit ve bakteriyel enfeksiyonlar gelişebilir.
3. Tanı seri tam kan sayımlarıyla döngünün gösterilmesine dayanır; ELANE mutasyonları sık görülür.

Kritik tuzak: Düzenli aralıklı ateş ataklarını kan sayımı döngüsünü incelemekten PFAPA olarak etiketlemektir.**Çeldirici analizleri**

- A) PFAPA sendromu:** Periyodik ateş ve aft yapabilir ancak düzenli ağır nötropeni döngüsü PFAPA için beklenmez.
- C) Ağır konjenital nötropeni:** Nötropeni sürekli ve erken bebeklikten itibaren belirgindir; döngüsel iyileşme göstermez.
- D) Kronik granülomatöz hastalık:** Fagosit oksidatif patlaması bozulur; nötrofil sayısı periyodik olarak düşmez.
- E) Mevalonat kinaz eksikliği:** Ateş atakları yapabilir ancak 21 günlük ağır nötropeni paterni tanımlayıcı değildir.

44. X'e bağlı ağır kombine immün yetmezlik**Doğru cevap: C) IL2RG ortak gama zinciri mutasyonu**

1. Ortak gama zinciri birçok interlökin reseptöründe kullanılır.
2. IL2RG eksikliği T-B+NK- ağır kombine immün yetmezlik paternine yol açar.
3. Canlı aşılardan kaçınılır ve hematopoietik kök hücre nakli planlanır.

Kritik tuzak: B hücre sayısı normal olduğu için kombine immün yetmezliği dışlamaktır.**Çeldirici analizleri**

- A) BTK mutasyonu:** X'e bağlı agammaglobulinemi yapar; T hücreleri korunur ve genellikle 6 aydan sonra belirginleşir.
B) CYBB mutasyonu: Kronik granümatöz hastalıkta fagosit oksidatif patlaması bozulur; T hücre eksikliği olmaz.
D) C1 inhibitör eksikliği: Herediter anjiyoödem yapar; fırsatçı enfeksiyon ve lenfopeni beklenmez.
E) WAS mutasyonu: Trombositopeni ve egzama beklenir; T-B+NK- paterninin en tipik nedeni değildir.

45. Oligoartiküler JIA'da üveit taraması**Doğru cevap: B) Düzenli yarık lamba muayenesi**

1. Küçük yaş, oligoartiküler tip ve ANA pozitifliği üveit riskini artırır.
2. JIA ilişkili anterior üveit sıklıkla kızarıklık veya ağrı yapmaz.
3. Yarık lamba muayenesi erken hücre ve flare saptar.

Kritik tuzak: Gözde kızarıklık olmamasını üveit olmadığı şeklinde yorumlamaktır.**Çeldirici analizleri**

- A) Yalnız yakınma olursa göz muayenesi:** Kronik anterior üveit başlangıçta tamamen asemptomatik olabilir.
C) Yıllık kraniyal MR: Üveiti taramaz.
D) Günlük göz içi basıncı ölçümü: Tarama için pratik veya yeterli değildir; inflamasyonu doğrudan göstermez.
E) Rutin antibiyotikli göz damlası: Enfeksiyonu önlemez ve otoimmün üveit taramasının yerini tutmaz.

46. MIS-C tanısı ve ilk tedavi**Doğru cevap: B) İntravenöz immünglobulin ve glukokortikoid**

1. Yakın zamanda SARS-CoV-2, ateş ve çoklu organ inflamasyonu MIS-C'yi düşündürür.
2. Şok ve miyokardiyal disfonksiyon ağır hastalık göstergesidir.
3. IVIG ile glukokortikoid birlikte sık kullanılan ilk basamak immünomodülasyondur.

Kritik tuzak: Kawasaki benzeri bulguları görüp kalp fonksiyon bozukluğu ve şoku önemsememektir.**Çeldirici analizleri**

- A) **Yalnız oral amoksisilin:** Bakteriyel odak gösterilmemiştir ve multisistem inflamasyonu tedavi etmez.
- C) **Yüksek doz aspirin tek başına:** Antiinflatuvar/antitrombosit katkısı olabilir ancak şoklu MIS-C'de tek başına yeterli değildir.
- D) **Canlı aşı uygulamak:** Akut hastalık tedavisi değildir.
- E) **Sadece furosemid:** Sıvı yükünü azaltabilir ancak immün patogenezi düzeltmez.

47. Kritik pulmoner stenozda prostaglandin ve valvüloplasti**Doğru cevap: C) Prostaglandin E1 infüzyonu ve ardından balon pulmoner valvüloplasti**

1. Kritik pulmoner stenozda akciğer kan akımı duktusa bağımlı olabilir.
2. PGE1 duktusu açık tutarak stabilizasyon sağlar.
3. Uygun anatomide balon valvüloplasti obstrüksiyonu giderir.

Kritik tuzak: Siyanozu yalnız akciğer hastalığı sanıp duktal bağımlılığı kaçırmaktır.**Çeldirici analizleri**

- A) **İndometazin vermek:** Duktusu kapatır ve pulmoner kan akımını daha da azaltır.
- B) **Yalnız oksijen vermek:** Duktusa bağımlı akımı sürdürmez ve anatomik darlığı düzeltmez.
- D) **Acil VSD kapatmak:** VSD tanımlanmamıştır ve pulmoner kapak darlığını tedavi etmez.
- E) **Digoksin başlamak:** Duktal açıklığı veya kapak obstrüksiyonunu düzeltmez.

48. Konjenital uzun QT'de torsades tedavisi**Doğru cevap: E) İntravenöz magnezyum sülfat**

1. Uzun QT ve polimorfik taşikardi torsades de pointes'i gösterir.
2. Magnezyum serum düzeyi normal olsa bile erken ardıl depolarizasyonları baskılar.
3. Hemodinamik bozulursa defibrilasyon gerekir; uzun dönemde beta blokör ve genotipe göre ek önlemler planlanır.

Kritik tuzak: Polimorfik taşikardiyi supraventriküler ritim sanıp adenosin vermektir.**Çeldirici analizleri**

- A) İntravenöz verapamil:** Torsades için standart değildir ve hipotansiyon yapabilir.
- B) Digoksin:** QT ilişkili ventriküler aritmiyi ağırlaştırabilir.
- C) Adenozin:** AV nod bağımlı supraventriküler taşikardide kullanılır; torsadesi sonlandırmaz.
- D) Flekainid:** Bazı genotiplerde özel kullanım dışında akut torsadesin ilk tedavisi değildir.

49. Distal intestinal obstrüksiyon sendromu**Doğru cevap: A) Yoğun hidrasyon ve polietilen glikol solüsyonu**

1. Kistik fibroziste koyu bağırsak içeriği terminal ileum ve çekumda tıkanma yapabilir.
2. Komplike olmayan olguda hidrasyon ve osmotik temizleme ilk basamaktır.
3. Peritonit veya başarısızlıkta cerrahi değerlendirme gerekir.

Kritik tuzak: Sağ alt kadranda ağrısını otomatik olarak apandisit kabul etmektir.**Çeldirici analizleri**

- B) Acil apendektomi:** Klinik ve görüntüleme distal intestinal obstrüksiyon sendromunu destekler; perforasyon yoktur.
- C) Loperamid:** Barsak hareketini azaltarak obstrüksiyonu ağırlaştırabilir.
- D) Yalnız pankreatik enzim dozunu kesmek:** Tedavi değildir ve malabsorpsiyonu artırabilir.
- E) Total parenteral nütrisyona haftalarca izlemek:** Mekanik içerik yükünü çözmez.

50. Orta bağırsak volvulusunda acil Ladd işlemi**Doğru cevap: E) Acil laparotomi ve Ladd işlemi**

1. Yenidoğanda safralı kusma malrotasyon-volvulus açısından acildir.
2. Whirlpool görünümü mezenterin dönmesini gösterir.
3. Acil detorsiyon ve Ladd bantlarının açılması bağırsak iskemisini önler.

Kritik tuzak: Safralı kusmayı gastroözofageal reflü sanıp cerrahi değerlendirmeyi geciktirmektir.**Çeldirici analizleri**

- A) Baryumlu üst GİS incelemesini saatlerce beklemek:** Girdap ve iskemi bulgularında tanısal gecikme bağırsak kaybına yol açabilir.
- B) Rektal irrigasyon:** Hirschsprung veya distal tıkanıklık için kullanılabilir; volvulusu çözmez.
- C) Oral rehidrasyonla taburcu etmek:** Safralı kusma cerrahi acildir.
- D) Endoskopik polipektomi:** Bu yaş ve patolojiyle ilişkili değildir.

51. Akrodermatitis enteropatikada çinko**Doğru cevap: E) Yaşam boyu oral çinko replasmanı**

1. Akrodermatitis enteropatika SLC39A4 ilişkili çinko emilim bozukluğudur.
2. Periorifisyal/akral dermatit, ishal ve alopesi tipiktir.
3. Oral çinko klinik bulguları hızla düzeltir ve genetik formda yaşam boyu gerekir.

Kritik tuzak: Lezyonları atopik dermatit kabul edip sistemik belirtileri gözden kaçırmaktır.**Çeldirici analizleri**

- A) Yüksek doz biyotin:** Biotinidaz eksikliğinde kullanılır; bu triadı ve düşük çinkoyu açıklamaz.
- B) Topikal steroid tek başına:** Deriyi geçici rahatlatılabilir ancak sistemik çinko eksikliğini düzeltmez.
- C) Glutensiz diyet:** Çölyak tedavisidir; bebeklikte periorifisyal dermatit-alopesi triadının özgül tedavisi değildir.
- D) Oral izotretinoin:** Toksik ve çinko emilim bozukluğunu düzeltmez.

52. NPHS2 ilişkili steroid dirençli nefrotik sendrom**Doğru cevap: B) NPHS2 (podocin) mutasyonu**

1. Erken yaşta steroid dirençli nefrotik sendrom genetik podosit hastalığını düşündürür.
2. NPHS2 podocini kodlar ve otozomal resesif FSGS yapabilir.
3. Genetik tanı gereksiz immünsüpresyonu önler ve transplant sonrası nüks riskini yorumlamaya yardım eder.

Kritik tuzak: Her FSGS olgusunu immün kabul edip toksik immünsüpresyonu sürdürmektir.**Çeldirici analizleri**

- A) **PKD1 mutasyonu:** Otozomal dominant polikistik böbrek hastalığı yapar.
- C) **COL4A5 mutasyonu:** Alport sendromunda hematüri, işitme ve göz bulguları beklenir.
- D) **WT1 yalnız somatik mutasyonu:** Wilms tümörüyle ilişkilidir; bu bağlamda en tipik kalıtsal steroid direnç nedeni değildir.
- E) **SLC12A3 mutasyonu:** Gitelman sendromu ve hipokalemi alkaloz yapar.

53. Yüksek dereceli vezikoüreteral reflüde cerrahi**Doğru cevap: D) Üreteral reimplantasyon için cerrahi değerlendirme**

1. Grade V reflü spontan düzelme olasılığı düşük yüksek dereceli hastalıktır.
2. Profilaksiye rağmen febril enfeksiyon ve yeni skar böbrek hasarının sürdüğünü gösterir.
3. Bu durumda cerrahi düzeltme gündeme gelir.

Kritik tuzak: Skar gelişmesine rağmen yalnız reflü derecesinin yaşla azalmasını beklemektir.**Çeldirici analizleri**

- A) **Aynı profilaksiyle süresiz izlem:** Yüksek dereceli reflü, ataklar ve yeni skar tedavi başarısızlığını gösterir.
- B) **Yalnız bol su içmesini önerme:** Tek başına skar riskini azaltmak için yetersizdir.
- C) **Nefrektomi:** Bilateral işlev gören böbreklerde ilk seçenek değildir.
- E) **Sadece antihipertansif başlamak:** Komplikasyonu yönetebilir ancak reflü ve enfeksiyonları düzeltmez.

54. ALAS2 ilişkili konjenital sideroblastik anemi**Doğru cevap: B) X'e bağlı konjenital sideroblastik anemi**

1. ALAS2 hem sentezinin eritroid hücrelerdeki ilk basamağında görev alır.
2. Bozuk hem sentezi mitokondride demir birikimine ve halka sideroblast oluşumuna yol açar.
3. X'e bağlı olguların bir kısmı piridoksin tedavisine yanıt verebilir.

Kritik tuzak: Mikrositozu otomatik olarak demir eksikliği kabul edip yüksek demir depolarını göz ardı etmektir.**Çeldirici analizleri**

- A) Demir eksikliği anemisi:** Ferritin ve transferrin saturasyonu düşük beklenir; halka sideroblast görülmez.
- C) Beta talasemi major:** Mikrositoz yapabilir ancak ALAS2 mutasyonu ve halka sideroblastlar bu tanıyı desteklemez.
- D) Diamond-Blackfan anemisi:** Genellikle makrositer saf eritroid aplazi ve düşük retikülosit sayısı ile seyreder.
- E) Kurşun zehirlenmesi:** Bazofilik noktalanma ve maruziyet öyküsü beklenebilir; ailesel ALAS2 paterni açıklanmaz.

55. Ailesel hemofagositik lenfhistiositoz**Doğru cevap: C) Deksa metazon-etoposid temelli tedavi sonrası hematopoietik kök hücre nakli**

1. HLH tanısında ateş, splenomegali, sitopeni, hiperferritinemi, hipertrigliseridemi/hipofibrinojenemi önemlidir.
2. Aile öyküsü primer HLH olasılığını artırır.
3. İndüksiyonla inflamasyon kontrol edilir; kalıcı kür için kök hücre nakli gerekir.

Kritik tuzak: Hemofagositoz görülmesini tek başına enfeksiyon bulgusu saymaktır.**Çeldirici analizleri**

- A) Yalnız geniş spektrumlu antibiyotik:** Eşlik eden enfeksiyon tedavi edilse de ailesel hiperinflamasyonu kontrol etmez.
- B) Splenektomi:** Sistemik T/NK hücre işlev bozukluğunu düzeltmez.
- D) Demir şelasyonu:** Ferritin yüksekliği demir yükünden çok inflamasyonu yansıtır.
- E) Uzun süreli düşük doz aspirin:** Hayatı tehdit eden sitokin fırtınasını tedavi etmez.

56. Konjenital nefrotik sendromun Finnish tipi**Doğru cevap: C) NPHS1 (nefrin) mutasyonu**

1. Finnish tipi konjenital nefrotik sendrom nefrin kusurudur.
2. İntrauterin protein kaybı büyük plasenta ve yüksek AFP ile ilişkilidir.
3. Doğum sonrası ağır protein kaybı erken ve sürekli seyreder.

Kritik tuzak: Konjenital enfeksiyon dışlanınca tüm olguları minimal değişiklik hastalığı saymaktır.**Çeldirici analizleri**

- A) NPHS2 mutasyonu:** Daha çok çocuklukta steroid dirençli FSGS ile ilişkilidir.
- B) PKHD1 mutasyonu:** Otozomal resesif polikistik böbrek hastalığı yapar.
- D) SLC12A1 mutasyonu:** Antenatal Bartter sendromu ve tuz kaybı yapar.
- E) UMOD mutasyonu:** Otozomal dominant tübülointerstiyel böbrek hastalığıyla ilişkilidir.

57. Infant botulizminde insan botulizm immünglobulini**Doğru cevap: D) İnsan kaynaklı botulizm immünglobulini**

1. Bal Clostridium botulinum spor kaynağı olabilir.
2. Kabızlık ve kraniyal sinirlerden başlayan inen gevşek paralizi infant botulizmini düşündürür.
3. İnsan botulizm immünglobulini dolaşımdaki toksini nötralize eder ve hastane süresini azaltır.

Kritik tuzak: Hipotoni ve emme güçlüğünü sepsis olarak değerlendirip inen paralizi paternini kaçırmaktır.**Çeldirici analizleri**

- A) At kaynaklı antitoksin rutin kullanımı:** Erişkin gıda botulizminde kullanılabilir; infantlarda insan immünglobulini tercih edilir.
- B) Yüksek doz neostigmin:** Toksini nötralize etmez ve standart özgül tedavi değildir.
- C) Oral metronidazol:** Bağırsak kolonizasyonunda antibiyotik toksin salınımını artırabilir ve rutin önerilmez.
- E) Kortikosteroid:** Nöromüsküler blokajı düzeltmez.

58. Canavan hastalığında N-asetilaspartat birikimi**Doğru cevap: A) Canavan hastalığı**

1. Canavan hastalığı aspartoasilaz (ASPA) eksikliğine bağlı otozomal resesif lökodistrofidir.
2. N-asetilaspartat birikimi idrar ve MR spektroskopisinde ayırt edici ipucudur.
3. Makrosefali, hipotoni ve ilerleyici nörodejenerasyon tipik klinik paternidir.

Kritik tuzak: Bütün infantil lökodistrofileri yalnız görüntüleme ile aynı kabul edip metabolik belirteci göz ardı etmektir.**Çeldirici analizleri**

- B) Alexander hastalığı:** Frontal baskın beyaz cevher tutulumu ve Rosenthal lifleri beklenir; N-asetilaspartat artışı tipik değildir.
- C) Krabbe hastalığı:** İrritabilite, periferik nöropati ve globoid hücreler beklenir.
- D) Metakromatik lökodistrofi:** Arilsülfataz A eksikliği ve metakromatik sulfatid birikimiyle ilişkilidir.
- E) Tay-Sachs hastalığı:** Kiraz kırmızısı makula ve GM2 birikimi beklenir; belirgin makrosefali ile N-asetilaspartat artışı açıklanmaz.

59. Çocukluk çağı absans epilepsisinde etosüksimid**Doğru cevap: D) Etosüksimid**

1. Kısa dalma atakları ve 3 Hz diken-dalga tipik absanstır.
2. Başka jeneralize nöbet yoksa etosüksimid etkili ve daha dar hedefli ilk seçenektir.
3. Jeneralize tonik-klonik nöbet eşlik ederse valproat düşünülebilir.

Kritik tuzak: Dalmaları dikkat eksikliği sanmak veya fokal epilepsi ilacı vermektir.**Çeldirici analizleri**

- A) Karbamazepin:** Jeneralize absans nöbetlerini kötüleştirebilir.
- B) Fenitoin:** Absans nöbetlerine etkisizdir ve ilk tercih değildir.
- C) Gabapentin:** Tipik absans için etkili standart ilaç değildir.
- E) Vigabatrin:** İnfantil spazm gibi özel durumlarda kullanılır; görme alanı toksisitesi vardır.

60. Herediter sferositozda parvovirus aplastik krizi**Doğru cevap: C) Parvovirus B19'a bağlı geçici aplastik kriz**

1. Parvovirus B19 eritroid öncülleri geçici olarak durdurur.
2. Kronik hemolizi olan hastada birkaç günlük üretim kesintisi ağır anemi yapar.
3. Retikülositopeni aplastik krizin ana ipucudur.

Kritik tuzak: Herediter sferositozlu hastadaki her hemoglobin düşüşünü artmış hemoliz saymaktır.**Çeldirici analizleri**

- A) Hiperhemolitik kriz:** Retikülositoz ve bilirübin artışı beklenir.
B) Demir eksikliği: Kronik ve mikrositer seyreder; ani ağır retikülositopeni yapmaz.
D) Sekestrasyon krizi: Dalakta hızlı büyüme ve dolaşım kollapsı beklenir; retikülosit genellikle düşmez.
E) Akut lösemi: Diğer hücre serilerinde bozukluk ve blastlar beklenebilir.

CERRAHI TIP BİLİMLERİ

61. İskemik çekal volvulusta sağ hemikolektomi

Doğru cevap: E) Sağ hemikolektomi ve primer ileokolik anastomoz

1. Whirl bulgusu ve sol üst kadrana taşınmış çekum çekal volvulusu destekler.
2. Bağırsak duvarında iskemi varsa rezeksiyon zorunludur.
3. Stabil hastada sağ hemikolektomi sonrası primer ileokolik anastomoz uygun definitif yaklaşımdır.

Kritik tuzak: Çekal volvulusu sigmoid volvulus gibi kolonoskopik dekompresyonla tedavi etmeye çalışmaktır.

Çeldirici analizleri

- A) Kolonoskopik dekompresyon:** Çekal volvulusta başarı düşüktür; iskemi varlığında perforasyon riskini artırır ve cerrahiyi geciktirir.
- B) Yalnız detorsiyon ve çekopeksi:** İskemik bağırsak segmentini yerinde bırakır ve nüks riski taşır.
- C) Sigmoid kolektomi:** Patolojik segment çekumdur; sigmoid rezeksiyon sorunu çözmez.
- D) Nazogastrik dekompresyonla gözlem:** Kapalı ans ve iskemi cerrahi acildir.

62. Safra taşı ileusunda enterolitotomi

Doğru cevap: C) Enterolitotomiyle taşı çıkarmak

1. Rigler triadı safra taşı ileusunu düşündürür.
2. İleri yaş ve komorbiditede en güvenli amaç obstrüksiyonu hızla gidermektir.
3. Enterolitotomi çoğu yüksek riskli hastada tercih edilir; fistül daha sonra gerekirse ele alınır.

Kritik tuzak: Her hastada tek aşamalı kapsamlı biliyer cerrahinin zorunlu olduğunu sanmaktır.

Çeldirici analizleri

- A) Aynı seansta zorunlu kolesistektomi ve fistül onarımı:** Yüksek riskli yaşlı hastada operasyon süresini ve morbiditeyi artırır; ilk hedef obstrüksiyonu gidermektir.
- B) Endoskopik sfinkterotomi:** Distal ileumdaki taşı çıkarmaz.
- D) Sadece nazogastrik dekompresyonla taburcu:** Mekanik obstrüksiyon devam eder.
- E) Total kolektomi:** Patoloji ince bağırsaktadır ve kolonu çıkarmak gereksizdir.

63. Enfekte nekrotizan pankreatitte basamaklı yaklaşım**Doğru cevap: C) Endoskopik veya perkütan drenajla başlayıp gerekirse gecikmiş nekrozektomi yapmak**

1. Enfekte nekroz gaz, sepsis ve klinik kötüleşmeyle düşünülür.
2. Mümkünse nekroz duvarlaşana kadar girişim geciktirilir.
3. Step-up yaklaşımında önce minimal invaziv drenaj, başarısızsa nekrozektomi uygulanır.

Kritik tuzak: Gaz gördüğünde doğrudan erken açık cerrahiye gitmektir.**Çeldirici analizleri**

- A) İlk 24 saatte açık nekrozektomi:** Erken açık cerrahi mortaliteyi artırır ve nekroz henüz sınırlanmamıştır.
- B) Yalnız profilaktik antibiyotiğe devam etmek:** Enfekte ve semptomatik nekrozda kaynak kontrolü gerekir.
- D) Acil total pankreatektomi:** Aşırı morbid bir işlemdir ve standart değildir.
- E) Endoskopik retrograd kolanjiyografiyle nekrozu çıkarmak:** ERCP safra yolu için kullanılır; pankreatik nekrozu debride etmez.

64. Sınırdan rezeke edilebilir GIST'te neoadjuvan imatinib**Doğru cevap: D) Mutasyon analizi sonrası neoadjuvan imatinib**

1. GIST KIT/PDGFRA yolak aktivasyonu ile ilişkilidir.
2. Neoadjuvan imatinib büyük tümörü küçültüp R0 ve organ koruyucu cerrahi şansını artırabilir.
3. PDGFRA D842V gibi direnç mutasyonları için tedavi öncesi moleküler değerlendirme önemlidir.

Kritik tuzak: KIT pozitifliğini mutasyon duyarlılığıyla tamamen eşitlemek.**Çeldirici analizleri**

- A) Acil radyoterapi:** GIST genellikle radyoterapiye duyarlı değildir.
- B) Klasik 5-FU kemoterapisi:** GIST standart sitotoksik kemoterapiye dirençlidir.
- C) Biyopsi yapmadan total gastrektomi ve pankreatektomi:** Organ koruyucu küçülme olasılığını göz ardı eder.
- E) Yalnız izlem:** Büyük ve semptomatik tümörde ilerleme riski yüksektir.

65. Erken mide kanserinde endoskopik submukozal diseksiyon**Doğru cevap: B) Endoskopik submukozal diseksiyon**

1. Küçük, iyi diferansiye, ülserasyonsuz ve mukozaya sınırlı lezyon endoskopik rezeksiyon kriterlerine uyar.
2. ESD tek parça çıkarım ve doğru patolojik evreleme sağlar.
3. Lenfovasküler invazyon veya sınır pozitifliği çıkarsa ek cerrahi değerlendirilir.

Kritik tuzak: Kanser sözcüğünü duyunca endoskopik küratif seçenekleri göz ardı etmektir.**Çeldirici analizleri**

- A) **Total gastrektomi:** Düşük lenf nodu riski taşıyan küçük intramukozal lezyonda gereksiz morbidite yaratır.
- C) **Sadece proton pompası inhibitörü:** Malign lezyonu tedavi etmez.
- D) **Neoadjuvan kemoradyoterapi:** Bu erken evrede endike değildir.
- E) **Yalnız yıllık endoskopi:** Tanı konmuş kanser çıkarılmadan izlenmez.

66. Lokal ileri özofagus skuamöz kanserinde trimodal tedavi**Doğru cevap: E) Neoadjuvan kemoradyoterapi ardından özofajektomi**

1. T3N1 hastalık lokal ileri ancak potansiyel rezeke edilebilir.
2. Neoadjuvan kemoradyoterapi lokal kontrolü ve R0 rezeksiyon olasılığını artırır.
3. Uygun hastada ardından özofajektomi küratif yaklaşımın parçasıdır.

Kritik tuzak: Tüm özofagus kanserlerini endoskopik erken lezyon gibi yönetmektir.**Çeldirici analizleri**

- A) **Yalnız endoskopik mukozal rezeksiyon:** T3 ve nod pozitif tümör mukozayla sınırlı değildir.
- B) **Sadece palyatif stent:** Küratif adayda tek başına uygun değildir.
- C) **Sadece proton pompası inhibitörü:** Kanseri tedavi etmez.
- D) **Metastaz olmadan yalnız destek tedavisi:** Küratif multimodal tedavi olanağını kaçıır.

67. Lynch sendromunda genişletilmiş kolektomi seçeneği**Doğru cevap: B) Metakron kanser riskini tartışarak subtotal kolektomi seçeneğini sunmak**

1. Lynch sendromunda metakron kolon kanseri riski yüksektir.
2. Genç hastada genişletilmiş kolektomi bu riski azaltabilir.
3. Fonksiyonel sonuçlar, hasta tercihi ve düzenli rektal sürveyans birlikte tartışılır.

Kritik tuzak: Lynch sendromunu FAP ile karıştırıp her hastada zorunlu proktokolektomi önermektir.**Çeldirici analizleri**

- A) Yalnız polipektomi:** İnvaziv kolon kanseri için yetersizdir.
- C) Tüm ince bağırsağı çıkarmak:** Lynch sendromunun standart cerrahisi değildir.
- D) Cerrahisiz yalnız immünoterapi:** Lokal rezeke edilebilir kanserde standart küratif yaklaşımın yerini tek başına almaz.
- E) Proktokolektomiye zorunlu kabul etmek:** Rektum korunabilir; cerrahi kapsam bireyselleştirilir ve FAP ile aynı değildir.

68. Hemodinamik kararsız pelvik kırıkta pelvik binder**Doğru cevap: B) Pelvik binder uygulayıp masif transfüzyon protokolünü başlatmak**

1. Açık kitap kırığı pelvik hacmi artırıp venöz ve arteriyel kanamaya yol açabilir.
2. Binder trokanterler seviyesinde pelvik hacmi azaltır.
3. Eşzamanlı hasar kontrol resüsitasyonu ve gerekirse preperitoneal paketleme/anjioembolizasyon planlanır.

Kritik tuzak: Binderi iliak kristallara yerleştirmek veya kanama kontrolünü görüntüleme sonrasına bırakmaktır.**Çeldirici analizleri**

- A) Pelvisi tekrar tekrar sıkıştırarak muayene etmek:** Pıhtıyı bozup kanamayı artırabilir.
- C) Hastayı direkt MR'a göndermek:** Kararsız hastada zaman kaybıdır.
- D) Yalnız kristalloid vermek:** Masif hemorajide dengeli kan ürünü resüsitasyonunun yerini tutmaz.
- E) Acil total kalça protezi:** Kanama kontrolü ve resüsitasyondan önce uygun değildir.

69. Künt kardiyak yaralanmada EKG ve troponin**Doğru cevap: C) 12 derivasyonlu EKG ve serum troponin**

1. Künt kardiyak yaralanmada aritmi ve miyokard hasarı temel kaygılardır.
2. Normal EKG ve normal troponin birlikte klinik olarak önemli yaralanma olasılığını çok azaltır.
3. Anormallik varsa telemetri ve seçilmiş hastada ekokardiyografi gerekir.

Kritik tuzak: Sternal hassasiyet yoksa kardiyak yaralanmanın dışlandığını düşünmektir.**Çeldirici analizleri**

- A) **Yalnız kreatin kinaz-MB:** Duyarlılığı ve özgüllüğü sınırlıdır.
- B) **Rutin koroner anjiyografi:** Her stabil travma hastasında gerekli değildir.
- D) **Yalnız akciğer grafisi:** Miyokard hasarı ve aritmiyi dışlamaz.
- E) **Efor testi:** Akut travma döneminde uygun değildir.

70. Crush sendromunda ekstrikasyon öncesi sıvı**Doğru cevap: D) Ekstrikasyondan önce izotonik kristalloid başlamak**

1. Uzun süreli kas basısı rabdomiyoliz ve hücre içi potasyum salınımı yapar.
2. Ekstrikasyonla reperfüzyon sonrası dolaşıma ani yük biner.
3. Erken izotonik sıvı renal perfüzyonu korur ve miyogloblin nefrotoksitesini azaltır.

Kritik tuzak: Tedaviyi kurtarma tamamlanana kadar ertelemektir.**Çeldirici analizleri**

- A) **Bacaklar çıkarıldıktan sonra sıvıya başlamak:** Reperfüzyonla toksin ve potasyum salınımı aniden olur; profilaktik hidrasyon gecikir.
- B) **Potasyum içeren sıvı vermek:** Hiperkalemi riskini artırabilir.
- C) **Rutin turnikeyi saatlerce sıkı tutmak:** İskemi süresini uzatır ve standart koruyucu yaklaşım değildir.
- E) **Ağızdan su verip damar yolunu kapatmak:** Şok ve kusma riski olan hastada kontrollü resüsitasyon sağlamaz.

71. Hasar kontrol laparotomisi endikasyonu**Doğru cevap: A) Kanama ve kontaminasyonu hızla kontrol edip geçici abdominal kapatma yapmak**

1. Ölüm üçlüsü hasar kontrol cerrahisi endikasyonudur.
2. İlk ameliyatta hızlı hemostaz ve kontaminasyon kontrolü yapılır.
3. Yoğun bakımda fizyoloji düzeltildikten sonra planlı ikinci bakıda kesin onarım tamamlanır.

Kritik tuzak: Anatmik mükemmelliği fizyolojik hayatta kalmanın önüne koymaktır.**Çeldirici analizleri**

- B) Tüm rekonstrüksiyonları tek seansta tamamlamak:** Uzun operasyon ölümcül hipotermi-asidoz-koagülopati döngüsünü derinleştirir.
- C) Cerrahiye durdurup yalnız antibiyotik vermek:** Aktif kanama ve kontaminasyon kaynak kontrolü gerektirir.
- D) Rutin primer karın kapatması:** Ödem ve paketlenme sonrası abdominal kompartman riskini artırabilir.
- E) Sadece tanısal laparoskopiye yetinmek:** Masif kanamalı kararsız hastada yetersizdir.

72. Sirküler tam kat yanıkta eskarotomi**Doğru cevap: B) Acil eskarotomi**

1. Tam kat sirküler eskar ödeme birlikte turnike etkisi oluşturur.
2. Nörovasküler bozulma acil dekompresyon gerektirir.
3. Eskarotomi eskar boyunca kesilerle dolaşımı geri kazandırır.

Kritik tuzak: Nabız tamamen kaybolana kadar beklemektir.**Çeldirici analizleri**

- A) Yalnız kolu aşağı sarkıtmak:** Ödemi artırabilir ve dolaşım kompresyonunu çözmez.
- C) Topikal antibiyotik sürmek:** Enfeksiyon profilaksisi sağlar ancak konstriktif eskarı açmaz.
- D) Ertesi gün elektif deri grefti:** Dolaşım kaybı beklenmeden dekompresyon gerekir.
- E) Rutin fasyotomiyle başlamak:** Sorun çoğu kez eskar basısıdır; kompartman basıncı sürerse fasyotomi eklenir.

73. İnflamatuvar meme kanserinde neoadjuvan sistemik tedavi**Doğru cevap: C) Neoadjuvan sistemik tedavi, ardından modifiye radikal mastektomi ve radyoterapi**

1. İnflamatuvar meme kanseri klinik olarak hızlı eritem ve ödemle tanımlanır.
2. Başlangıçta sistemik tedavi mikrometastatik hastalığı ve tümör yükünü hedefler.
3. Yanıt sonrası mastektomi ve bölgesel radyoterapi lokal kontrol sağlar.

Kritik tuzak: Mastit tedavisine yanıt beklerken biyopsiyle kanıtlanmış kanseri geciktirmektir.**Çeldirici analizleri**

- A) Önce lumpektomi sonra gözlem:** Yaygın dermal lenfatik hastalıkta meme koruyucu cerrahi uygun değildir.
- B) İlk işlem olarak sentinel lenf nodu biyopsisi ve taburculuk:** Tek başına yeterli değildir; neoadjuvan tedavi gerekir.
- D) Sadece antibiyotik:** Mastit benzeri görünüm olsa da biyopsi kanseri doğrulamıştır.
- E) Sadece hormon tedavisi:** Reseptör durumuna göre katkı sağlayabilir ancak lokal ileri hastalıkta standart trimodal yaklaşımın yerini tutmaz.

74. Meme implantı ilişkili büyük hücreli lenfoma**Doğru cevap: C) İmplantın çıkarılması ve total en-blok kapsülektomi**

1. Geç seroma ve tekstüre implant öyküsü BIA-ALCL için alarmdır.
2. CD30 pozitif/ALK negatif fenotip tanıyı destekler.
3. Kapsülle sınırlı hastalıkta komplet cerrahi eksizyon çoğu kez kúratiftir.

Kritik tuzak: Geç seromayı basit implant sızıntısı kabul edip sitolojik inceleme yapmamaktır.**Çeldirici analizleri**

- A) Yalnız seromayı aralıklı aspire etmek:** Malign kapsüler hastalığı bırakır ve nüks riskini sürdürür.
- B) Sadece antibiyotik:** Kültürle kanıtlı enfeksiyon yoktur; lenfomayı tedavi etmez.
- D) Rutin aksiller diseksiyon:** Nodal hastalık yoksa standart değildir.
- E) İmplantı değiştirmeden radyoterapi:** Lokalize hastalıkta cerrahi kaynak kontrolünün yerini tutmaz.

75. Gebelikte ağır primer hiperparatiroidide ikinci trimester cerrahisi**Doğru cevap: B) İkinci trimesterde paratiroidektomi**

1. Semptomatik ve 13 mg/dL üzeri hiperkalsemi cerrahi endikasyondur.
2. İkinci trimester fetal ve obstetrik açıdan en uygun cerrahi dönemdir.
3. Ultrasonografik lokalizasyon radyasyonsuz planlama sağlar.

Kritik tuzak: Gebelikte hiçbir koşulda cerrahi yapılamayacağını sanmaktır.**Çeldirici analizleri**

- A) Doğuma kadar yalnız gözlem:** Ağır semptomatik hiperkalsemi anne ve fetus için pankreatit, aritmi ve kayıp riskini artırır.
- C) Radyoaktif sestamibi tedavisi:** Sintigrafi lokalizasyon için seçilmiş durumda kullanılabilir; radyasyonla tedavi yöntemi değildir.
- D) Kalsiyum desteğini artırmak:** Hiperkalsemiyi ağırlaştırır.
- E) Acil total tiroidektomi:** Patoloji paratiroid adenomudur.

76. Adrenokortikal karsinomda açık en-blok rezeksiyon**Doğru cevap: B) Açık cerrahiyle kapsülü bozmadan en-blok R0 rezeksiyon**

1. Fonksiyonel, büyük, heterojen ve invaziv kitle adrenokortikal karsinomu düşündürür.
2. En önemli küratif unsur komplet R0 rezeksiyondur.
3. Tümör kapsülü bozulmadan çevre dokularla en-blok çıkarılmalıdır.

Kritik tuzak: Her adrenal kitlede biyopsiyi zorunlu sanmaktır.**Çeldirici analizleri**

- A) Perkütan biyopsi ardından izlem:** Biyopsi tümör ekimine ve feokromositoma atlanırsa krize yol açabilir; rezeke edilebilir fonksiyonel kitlede gerekli değildir.
- C) Laparoskopik parçalı çıkarım:** Büyük invaziv şüpheli kitlede kapsül rüptürü ve pozitif sınır riskini artırır.
- D) Sadece mitotanla tedavi:** Adjuvan veya metastatik durumda kullanılabilir; rezeke edilebilir primer tümörde cerrahinin yerini tutmaz.
- E) Radyoaktif iyot:** Adrenal korteks tümörü iyot tutmaz.

77. Amfizematöz piyelonefritte drenaj**Doğru cevap: E) Geniş spektrumlu antibiyotikle birlikte perkütan drenaj**

1. Amfizematöz piyelonefrit gaz oluşturan nekrotizan böbrek enfeksiyonudur.
2. Diyabet en önemli risk faktörlerindendir.
3. Uygun hastada antibiyotik ve perkütan drenaj sağkalımı artırır; başarısızlıkta nefrektomi düşünülür.

Kritik tuzak: Gazı bağırsak fistülü sanıp enfeksiyonun aciliyetini küçümsemektir.**Çeldirici analizleri**

- A) **Yalnız oral antibiyotikle taburcu:** Hayatı tehdit eden nekrotizan enfeksiyonda yetersizdir.
- B) **Rutin ilk adım bilateral nefrektomi:** Tek taraflı ve stabilize hastada böbrek koruyucu drenaj denenebilir.
- C) **ESWL uygulamak:** Taş tanımlanmamıştır ve akut sepsiste uygun değildir.
- D) **Sadece glisemiyi düzeltmek:** Gerekli olsa da enfeksiyon kaynak kontrolünü sağlamaz.

78. Testis tümöründe inguinal orşiektomi**Doğru cevap: E) Radikal inguinal orşiektomi**

1. Solid intratestiküler kitle aksi kanıtlanana kadar malign kabul edilir.
2. AFP yüksekliği nonseminomatöz komponenti gösterir.
3. Inguinal yaklaşım spermatik kordonun yüksek ligasyonunu ve doğru lenfatik kontrolü sağlar.

Kritik tuzak: Tanı için skrotal biyopsi yapılması gerektiğini düşünmektir.**Çeldirici analizleri**

- A) **Transskrotal iğne biyopsisi:** Skrotal lenfatikleri kontamine eder ve standart değildir.
- B) **Skrotal orşiektomi:** Lenfatik drenajı bozup evrelemeyi etkiler.
- C) **Prostat biyopsisi:** Testis kitlesi ve AFP yüksekliğiyle ilişkili değildir.
- D) **Sadece tümör belirteci takibi:** Solid intratestiküler kitle cerrahi tanı ve tedavi gerektirir.

79. İntraperitoneal mesane rüptüründe cerrahi onarım**Doğru cevap: D) Cerrahi mesane onarımı ve kateter drenajı**

1. Kontrastın peritoneal boşlukta bağırsak anslarını çevrelemesi intraperitoneal rüptürü gösterir.
2. Genellikle dolu mesane kubbesi yırtılır.
3. İntraperitoneal yaralanma cerrahi kapatma ve drenaj gerektirir.

Kritik tuzak: Tüm mesane rüptürlerini kateterle konservatif yönetmek.**Çeldirici analizleri**

- A) Yalnız üretral kateterle izlem:** Ekstraperitoneal basit rüptürde seçilebilir; intraperitoneal kaçakta peritonit riski vardır.
- B) Acil nefrektomi:** Böbrek yaralanması tanımlanmamıştır.
- C) ESWL:** Mesane rüptürü tedavisi değildir.
- E) Yalnız antibiyotik:** Kaçağı kapatmaz.

80. Aktif yaşlı femur boyun kırığında total kalça artroplastisi**Doğru cevap: D) Total kalça artroplastisi**

1. Deplase intrakapsüler kırıkta yaşlı hastada artroplasti tercih edilir.
2. Bağımsız, bilişsel olarak sağlam ve yüksek işlevli hastalar total artroplastiden daha çok yarar görebilir.
3. Mevcut osteoartrit total kalça seçimini güçlendirir.

Kritik tuzak: Her yaşlı hastaya otomatik olarak hemiarthroplasti seçmektir.**Çeldirici analizleri**

- A) Kapalı redüksiyon ve alçı:** Deplase intrakapsüler kırıkta kaynamama ve avasküler nekroz riski yüksektir.
- B) Yalnız vida ile osteosentez:** Bu yaş ve deplasmanda başarısızlık riski yüksektir; önceden artroz da vardır.
- C) Hemiarthroplasti:** Daha düşük aktivite veya kısa yaşam beklentisinde uygun olabilir; aktif ve artrozlu hastada total artroplasti daha işlevseldir.
- E) Traksiyonla uzun süre yatak istirahati:** Tromboemboli, pnömoni ve bası yarası riskini artırır.

81. Osteoid osteomada radyofrekans ablasyon**Doğru cevap: C) BT eşliğinde perkütan radyofrekans ablasyon**

1. Gece ağrısı ve NSAİİ yanıtı osteoid osteoma için tipiktir.
2. BT nidusu en iyi gösterir.
3. Perkütan termal ablasyon yüksek başarı ve düşük morbidite sağlar.

Kritik tuzak: Sklerozu osteomyelit kabul edip nidusu gözden kaçırmaktır.**Çeldirici analizleri**

- A) **Geniş kemik rezeksiyonu:** Küçük benign nidusta gereksiz doku kaybı ve kırık riski yaratır.
- B) **Sistemik kemoterapi:** Osteoid osteoma benign tümördür.
- D) **Radyoterapi:** İlk seçenek değildir ve ikincil malignite riski taşır.
- E) **Yalnız antibiyotik:** Enfeksiyon değildir.

82. Ewing sarkomunda sistemik kemoterapi ve lokal kontrol**Doğru cevap: E) Çoklu ajan kemoterapiyle birlikte cerrahi ve/veya radyoterapiyle lokal kontrol**

1. Ewing sarkomu sistemik mikrometastatik potansiyeli yüksek bir tümördür.
2. Kemoterapi zorunlu bileşendir.
3. Cerrahi ve/veya radyoterapi anatomik duruma göre lokal kontrol sağlar.

Kritik tuzak: Tümör lokal görünse de sistemik tedaviyi gereksiz saymaktır.**Çeldirici analizleri**

- A) **Yalnız küretaj:** Mikrometastatik hastalığı tedavi etmez ve lokal kontrol yetersizdir.
- B) **Sadece bisfosfonat:** Maligniteyi tedavi etmez.
- C) **Yalnız geniş spektrumlu antibiyotik:** Osteomyelit değildir.
- D) **İmmünsüpresif steroid tek başına:** Tümörü küratif olarak tedavi etmez.

83. Nabızsız pembe elde acil redüksiyon**Doğru cevap: D) Acil kapalı redüksiyon ve perkütan pinleme, ardından dolaşımı yeniden değerlendirme**

1. Suprakondiler kırık brakiyal arteri gerip sıkıştırabilir.
2. Pembe el kollateral perfüzyonu gösterse de acil anatomik redüksiyon gerekir.
3. Redüksiyon sonrası perfüzyon ve nabız değerlendirilir; kötüleşirse damar eksplorasyonu yapılır.

Kritik tuzak: Pembe görünüm nedeniyle kırığı acil olmayan kabul etmektir.**Çeldirici analizleri**

- A) **Nabız yok diye doğrudan amputasyon:** El perfüze edilmektedir ve redüksiyonla damar gerilimi düzelebilir.
- B) **Bir hafta alçıda izlem:** Deplase kırıkta damar ve sinir riski nedeniyle gecikme uygun değildir.
- C) **Sadece Doppler yapıp taburcu:** Mekanik deformiteyi düzeltmez.
- E) **Rutin trombolitik vermek:** Sorun çoğunlukla kırıkla ilişkili arter spazmı/kıvrılmasıdır; kanama riskini artırır.

84. Subaraknoid kanama sonrası akut hidrosefalide EVD**Doğru cevap: C) Eksternal ventriküler drenaj**

1. SAK sonrası kan ürünleri BOS dolaşımını bozabilir.
2. Ventrikül genişlemesi ve bilinç düşüşü akut semptomatik hidrosefalidir.
3. EVD hem basıncı azaltır hem intrakraniyal basınç izlemi sağlar.

Kritik tuzak: Hidrosefaliyi yalnız vazospazma bağlı bilinç değişikliği sanmaktır.**Çeldirici analizleri**

- A) **Lumbar ponksiyonla tekrarlayan BOS alma:** Obstrüktif hidrosefali ve yüksek basınçta herniasyon riski taşır.
- B) **Yalnız nimodipin:** Vazospazm riskini azaltır ancak akut hidrosefaliyi dekomprese etmez.
- D) **Elektif şanti haftalar sonra düşünmek:** Bilinç bozukluğu acil basınç boşaltımı gerektirir.
- E) **Sadece mannitol verip izlemek:** Geçici olabilir; ventriküler obstrüksiyonun kalıcı drenajını sağlamaz.

85. Entübe edilemeyen oksijenlenemeyen hastada krikotiroidotomi**Doğru cevap: C) Acil cerrahi krikotiroidotomi**

1. Bu durum "cannot intubate, cannot oxygenate" acilidir.
2. Üst hava yolu yöntemleri başarısız olduğunda boyundan acil erişim gerekir.
3. Erişkinde krikotiroidotomi en hızlı güvenilir cerrahi hava yoludur.

Kritik tuzak: Çok sayıda entübasyon denemesine devam ederek cerrahi hava yolunu geciktirmektir.**Çeldirici analizleri**

- A) Tekrar tekrar doğrudan laringoskopi:** Gecikme hipoksik hasarı artırır ve başarısızlığı tekrarlamak travmayı büyütür.
- B) Nazogastrik tüp takmak:** Hava yolunu güvenceye almaz.
- D) Göğüs tüpü yerleştirmek:** Pnömotoraks kanıtı yoktur.
- E) Hastayı BT'ye götürmek:** Oksijenlenemeyen hastada ölümcül gecikmedir.

86. Malign hipertermide dantrolen**Doğru cevap: A) İntravenöz dantrolen**

1. Uçucu anestezipler ve süksinilkolin duyarlı kişilerde rıyanodin reseptörü aracılı kalsiyum salınımını tetikler.
2. Artan ETCO₂ en erken bulgulardan biri olabilir.
3. Dantrolen sarkoplazmik retikulumdan kalsiyum salınımını azaltır; tetikleyiciler kesilir ve aktif soğutma uygulanır.

Kritik tuzak: Hipertermiyi ilk bulgu sanıp ETCO₂ artışını önemsememektir.**Çeldirici analizleri**

- B) Bromokriptin:** Nöroleptik malign sendromda kullanılabilir; malign hiperterminin özgül antidotu değildir.
- C) Fizostigmin:** Antikolinergik toksisitede kullanılır.
- D) Nalokson:** Opioid toksisitesini geri çevirir.
- E) Protamin:** Heparini nötralize eder.

87. Benzokain sonrası methemoglobinemide metilen mavisi**Doğru cevap: A) İntravenöz metilen mavisi**

1. Düşük pulse oksimetriye rağmen yüksek PaO₂ satürasyon açığını düşündürür.
2. Benzokain oksidatif methemoglobinemiye yol açabilir ve kan çikolata kahverengisi görünür.
3. Semptomatik veya yüksek düzeyli methemoglobinemide metilen mavisi NADPH bağımlı indirgenmeyi hızlandırır.

Kritik tuzak: Yüksek PaO₂ nedeniyle doku oksijenlenmesinin normal olduğunu varsayıp ko-oksometri sonucunu önemsememektir.**Çeldirici analizleri**

- B) Nalokson:** Opioid toksisitesinde kullanılır; methemoglobini indirgemez.
- C) Dantrolen:** Malign hipertermi tedavisidir.
- D) İntravenöz lipid emülsiyonu:** Lokal anestezi sistemik toksisitesinde kullanılır; methemoglobinemi için özgül değildir.
- E) Hidroksokobalamin:** Siyanür zehirlenmesinde kullanılır; bu tabloda ko-oksometri methemoglobini göstermektedir.

88. Ani sensörinöral işitme kaybında erken steroid**Doğru cevap: A) Gecikmeden sistemik veya intratimpanik kortikosteroid**

1. Ani sensörinöral işitme kaybı otolojik acıdır.
2. Normal otoskopi ve Weber'in sağlam kulağa gitmesi koklear/retrokoklear kaybı destekler.
3. Kortikosteroid erken başlandığında işitme geri dönüş şansını artırır; MR ile retrokoklear neden araştırılır.

Kritik tuzak: Kulak dolgunluğunu seröz otit kabul edip steroid penceresini kaçırmaktır.**Çeldirici analizleri**

- B) Dekonjestan ve antibiyotik:** Orta kulak iletim tipi kayıp bulgusu yoktur.
- C) Bir ay sonra kontrol:** Tedavi penceresini kaçırabilir.
- D) Kulak irrigasyonu:** Buşon yoktur ve sensörinöral kaybı düzeltmez.
- E) Acil mastoidektomi:** Mastoidit bulgusu yoktur.

89. Akut postoperatif endoftalimde intravitreal antibiyotik**Doğru cevap: C) Vitreus örneği alıp intravitreal vankomisin ve seftazidim uygulamak**

1. Ameliyat sonrası ağrı, hipopiyon ve vitritis akut endoftalmiyi gösterir.
2. Tedavi gecikmeden vitreus örnekleme ve geniş spektrumlu intravitreal antibiyotik gerektirir.
3. Işık algısı düzeyinde görmede erken vitrektomi daha güçlü düşünülür.

Kritik tuzak: Topikal tedavinin arka segment enfeksiyonu için yeterli olduğunu sanmaktır.**Çeldirici analizleri**

- A) Yalnız topikal antibiyotik:** Vitreus içi enfeksiyonda yeterli konsantrasyon sağlamaz.
B) Sadece göz kapama: Enfeksiyonu iletir.
D) Oral asiklovir: Bakteriyel postoperatif endoftalmi için uygun değildir.
E) Bir hafta gözlem: Görme kaybı kalıcılaşabilir.

90. Erişkin Bochdalek hernisinde cerrahi onarım**Doğru cevap: A) Herni içeriğinin redüksiyonu ve diyafram defektinin cerrahi onarımı**

1. Bochdalek hernisi posterolateral diyafram defektidir ve erişkinde tesadüfi veya semptomatik olabilir.
2. Barsak herniasyonu solunum semptomu ve strangülasyon riski yaratır.
3. Semptomatik olguda laparoskopik/torakoskopik ya da açık redüksiyon ve defekt onarımı önerilir.

Kritik tuzak: Torakstaki barsak anslarını akciğer kisti veya plevral patoloji sanıp drenaj girişiminde bulunmaktır.**Çeldirici analizleri**

- B) Yalnız bronkodilatör:** Akciğer kompresyonunun mekanik nedenini düzeltmez.
C) Süresiz gözlem: Semptomatik erişkin konjenital diyafram hernisinde inkarserasyon ve strangülasyon riski vardır.
D) Rutin kolon rezeksiyonu: İskemi yoksa sağlıklı kolonu çıkarmak gerekmez.
E) Plevral efüzyon drenajı: Torakstaki yapı sıvı değil herniye barsaktır.

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM

91. Monokoryonik ikiz gebelikte Quintero evre III TTTS yönetimi

Doğru cevap: E) Plasental anastomozların fetoskopik lazer ablasyonu

1. Monokoryonik plasentadaki damar anastomozları ikizden ikize transfüzyon sendromuna yol açar.
2. Mesanenin görünmemesi ve anormal Doppler evre III hastalığı destekler.
3. Fetoskopik lazer, sorumlu anastomozları koagüle ederek nedene yönelik tedavi sağlar.

Kritik tuzak: Polihidramniyosu tek sorun sanıp plasental dolaşım dengesizliğini tedavi etmemektir.

Çeldirici analizleri

- A) **Yalnız haftalık ultrasonografi:** Evre III hastalıkta fetal kayıp ve nörolojik hasar riski yüksektir; tedavisiz izlem uygun değildir.
- B) **Tekrarlayan amniyoreduksiyon tek başına:** Semptomu azaltabilir ancak neden olan plasental anastomozları ortadan kaldırmaz.
- C) **Her iki fetüse intrauterin transfüzyon:** Donör-alıcı dolaşım dengesizliğinin standart tedavisi değildir.
- D) **Acil elektif sezaryen:** Yirmi bir haftada yaşayabilirlik düşüktür; fetal cerrahiyle gebeliği sürdürmek hedeflenir.

92. Fetal hidropsla ilişkili ayna sendromu

Doğru cevap: E) Ayna sendromu (Ballantyne sendromu)

1. Ayna sendromunda annenin ödemli tablosu hidropik fetüs ve ödemli plasentayı yansıtır.
2. Preeklampsiden farklı olarak hemodilüsyon ve düşük hematokrit belirgin olabilir.
3. Fetal hidropsun nedeninin tedavisi mümkün değilse maternal iyilik hâli için doğum gündeme gelir.

Kritik tuzak: Maternal hipertansiyon ve proteinüriyi otomatik olarak preeklampsi kabul edip fetal hidrops ile hemodilüsyonu göz ardı etmektir.

Çeldirici analizleri

- A) **Ağır preeklampsi:** Hipertansiyon ve ödem olabilir ancak fetal hidropsun maternal tabloya yansımaları, plasentomegali ve hemodilüsyon ayna sendromunu destekler.
- B) **HELLP sendromu:** Hemoliz, yüksek karaciğer enzimleri ve trombositopeni beklenir.
- C) **Gebeliğin akut yağlı karaciğeri:** Hipoglisemi, hepatik disfonksiyon ve koagülopati beklenir; fetal hidropsla aynalanan ödem paterni tipik değildir.
- D) **Peripartum kardiyomiyopati:** Kalp yetmezliği bulguları ve düşük ejeksiyon fraksiyonu beklenir; plasentomegali ve fetal hidrops tanımlayıcı değildir.

93. Sezaryen sonrası doğum denemesinde uterin rüptür**Doğru cevap: A) Acil laparotomi ve sezaryen, gerekirse uterin onarım veya histerektomi**

1. Ani ağrı, bradikardi ve istasyon kaybı uterin rüptür için klasik alarm bulgularıdır.
2. Hem anne kanaması hem fetal hipoksi gelişebilir.
3. Definitif yaklaşım acil laparotomi, doğum ve kanama kontrolüdür.

Kritik tuzak: Fetal bradikardiyi yalnız kordon basısı kabul edip maternal bulguları gözden kaçırmaktır.**Çeldirici analizleri**

- B) Oksitosin dozunu artırmak:** Rüptürü ve kanamayı ağırlaştırabilir.
- C) Epidural analjeziyi yenilemek:** Ağrıyı maskeleyebilir ve yaşamı tehdit eden durumu tedavi etmez.
- D) Vakum ekstraksiyonunu denemek:** Servikal açıklık ve başın uygun istasyonu verilmemiştir; uterin rüptürde acil laparotomi gerekir.
- E) Yalnız NST ile izlem:** Fetal ve maternal kayıp riskini artırır.

94. Erken başlangıçlı ağır fetal büyüme kısıtlılığında doğum**Doğru cevap: D) Antenatal kortikosteroid ve magnezyum sonrası gecikmeden doğumu gerçekleştirmek**

1. Ters umbilikal arter akımı ağır plasental yetmezliği gösterir.
2. Duktus venozusta ters a-dalgası ve geç deselerasyon fetal kardiyovasküler dekompanseasyondur.
3. Kısa stabilizasyonla akciğer ve nöroproteksiyon sağlanıp doğum planlanır.

Kritik tuzak: Yalnız gebelik haftasına odaklanıp Doppler ve kardiyotokografik bozulmayı göz ardı etmektir.**Çeldirici analizleri**

- A) Gebeliği 37. haftaya kadar izlemek:** Anormal duktus venozus ve fetal kalp hızı dekompanseasyonu yüksek ölüm riskidir.
- B) Yalnız aspirin başlamak:** Preeklampsi profilaksisinde erken gebelikte yararlıdır; mevcut fetal dekompanseasyonu düzeltmez.
- C) Amniyosentez yapıp sonucu beklemek:** Acil fetal iyilik hali bozukluğunda doğumu geciktirir.
- E) Sadece yatak istirahati:** Plasental yetmezliği geri döndürmez.

95. Komplet mol hidatiformda vakum aspirasyon ve hCG izlemi**Doğru cevap: B) Vakum aspirasyonla boşaltma ve seri beta-hCG izlemi**

1. Komplet molde fetus yoktur ve beta-hCG belirgin yüksektir.
2. Uterin boşaltmada vakum aspirasyon tercih edilir.
3. Beta-hCG negatife dönene kadar ve sonrasında protokole göre izlenir; bu sürede güvenilir kontrasepsiyon gerekir.

Kritik tuzak: Patoloji benign görüldüğü için boşaltma sonrası hCG takibini gereksiz saymaktır.**Çeldirici analizleri**

- A) Medikal düşük için yalnız misoprostol:** Mol dokusunda kanama ve eksik boşalma riski nedeniyle tercih edilmez.
- C) Gebeliği termde doğuma kadar sürdürmek:** Yaşayan fetus yoktur ve maternal komplikasyon riski yüksektir.
- D) Rutin histerektomi:** Fertilité isteyen genç hastada ilk seçenek değildir; seçilmiş ileri yaş/tamamlanmış fertilitede düşünülebilir.
- E) Boşaltma sonrası izlem yapmamak:** Persistan gestasyonel trofoblastik neoplazi beta-hCG ile erken saptanır.

96. 17-alfa hidroksilaz eksikliği**Doğru cevap: E) 17-alfa hidroksilaz/17,20-liyaz eksikliği**

1. 17-alfa hidroksilaz blokajı kortizol ve seks steroidlerini azaltır.
2. Deoksikortikosteron artışı hipertansiyon ve hipokalemiye yol açar.
3. 46,XX hastada uterus bulunur ancak östrojen azlığı nedeniyle sekonder seks karakterleri gelişmez.

Kritik tuzak: Hipertansiyon gördüğünde 11-beta hidroksilaz eksikliğini seçip androjen düzeyini dikkate almamaktır.**Çeldirici analizleri**

- A) 21-hidroksilaz eksikliği:** Tuz kaybı veya androjen fazlalığı ve virilizasyon beklenir.
- B) 11-beta hidroksilaz eksikliği:** Hipertansiyon yapabilir ancak androjen fazlalığı ve virilizasyon beklenir.
- C) 5-alfa redüktaz eksikliği:** 46,XY bireyde pubertede virilizasyon görülür; uterus bulunmaz.
- D) Aromataz eksikliği:** Androjen fazlalığı ve maternal/fetal virilizasyon yapar; hipertansif hipokalemik mineralokortikoid paternini açıklamaz.

97. Sheehan sendromunda glukokortikoidi önce başlamak**Doğru cevap: C) Levotiroksinden önce glukokortikoid replasmanı başlamak**

1. Postpartum hemorajik şok hipofiz nekrozuna yol açabilir.
2. Agalakti ve amenore erken ipuçlarıdır; düşük kortizol yaşamı tehdit eder.
3. Tiroid hormonu verilmeden önce glukokortikoid başlanmalıdır.

Kritik tuzak: Düşük serbest T4'e odaklanıp eşlik eden sekonder adrenal yetmezliği atlamaktır.**Çeldirici analizleri**

- A) Yalnız levotiroksin başlamak:** Kortizol metabolizmasını hızlandırarak adrenal krizi tetikleyebilir.
- B) Önce yüksek doz östrojen vermek:** Akut yaşamı tehdit eden ACTH-kortizol eksikliğini düzeltmez.
- D) Sadece büyüme hormonu başlamak:** Öncelik adrenal ve tiroid eksenleridir.
- E) Mineralokortikoid zorunlu olarak başlamak:** Sekonder adrenal yetmezlikte aldosteron çoğunlukla korunur.

98. Semptomatik adenomyoziste levonorgestrelli rahim içi sistem**Doğru cevap: D) Levonorgestrel salan rahim içi sistem**

1. Diffüz büyümüş hassas uterus ve junctional zone kalınlaşması adenomyozu destekler.
2. Levonorgestrel endometriyal baskılama ve lokal progestin etkisiyle kanama ve ağrıyı azaltır.
3. Cerrahi, medikal tedavi başarısızlığı veya kesin tedavi isteğinde düşünülür.

Kritik tuzak: Adenomyozu leiomyomla eşitleyip submukozal kitle aramaktır.**Çeldirici analizleri**

- A) Acil histerektomi:** Definitif tedavi olabilir ancak uterusu korumak isteyen stabil hastada ilk seçenek değildir.
- B) Yalnız geniş spektrumlu antibiyotik:** Enfeksiyon bulgusu yoktur.
- C) Klomifen sitrat:** Ovulasyon indüksiyonunda kullanılır; menoraji ve adenomyozu tedavi etmez.
- E) Tamoksifen:** Endometriyal kalınlaşma ve kanamayı artırabilir.

99. Granüloza hücreli over tümöründe endometriyal örnekleme**Doğru cevap: A) Endometriyal örnekleme**

1. Granüloza hücreli tümörler östrojen salgılayabilir.
2. Uzun süreli östrojen endometriyal hiperplazi veya karsinom riskini artırır.
3. Postmenopozal kanama ve kalın endometrium nedeniyle örnekleme gerekir.

Kritik tuzak: Over kitlesine odaklanıp hormonun hedef organı olan endometriumu değerlendirmemektir.**Çeldirici analizleri**

- B) Servikal konizasyon:** Servikal lezyon bulgusu yoktur.
- C) Rutin tiroid biyopsisi:** Granüloza hücreli tümörle ilişkili değildir.
- D) Kolonoskopiyle polip çıkarma:** Gastrointestinal kanama veya kitle bulgusu yoktur.
- E) Mesane biyopsisi:** Üriner bulgu verilmemiştir.

100. Vulvar liken sklerozusta yüksek güçlü topikal steroid**Doğru cevap: E) Yüksek potent topikal klobetazol**

1. Liken sklerozus kaşıntılı, beyaz atrofik plaklar ve skarlaşma yapar.
2. Birinci basamak tedavi yüksek potent topikal kortikosteroiddir.
3. Skuamöz hücreli kanser riski nedeniyle uzun dönem izlem ve şüpheli lezyonda biyopsi gerekir.

Kritik tuzak: Semptom düzelince kanser sürveyansının bittiğini düşünmektir.**Çeldirici analizleri**

- A) Topikal östrojen tek başına:** Atrofik vajinitte yararlı olabilir; liken sklerozusun inflamasyonunu yeterince kontrol etmez.
- B) Yalnız antifungal krem:** Kandidiyazis bulguları yoktur.
- C) Rutin vulvektomi:** Malignite veya medikal tedaviye dirençli ağır komplikasyon olmadan uygun değildir.
- D) Sistemik antibiyotik:** Enfeksiyon değildir.