

KLİNİK TIP BİLİMLERİ

DENEME-2

2. Oturum - Klinik Tıp Bilimleri Testi (KTBT)

CEVAP ANAHTARI VE AYRINTILI ÇÖZÜMLER

Soru Sayısı	100
Süre	135 dakika

Bu çalışma özgün eğitim içeriğidir. Resmî ÖSYM yayını değildir.

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

Hızlı Cevap Anahtarı

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

Dahili Tıp Bilimleri

1. Febril nötropenide ampirik tedavi - Doğru cevap: E

Kazanım: Yüksek riskli febril nötropenide başlangıç antibiyotik tedavisini seçer.

Çözüm basamakları

1. Mutlak nötrofil sayısının $100/\text{mm}^3$ 'ün altında olması ve nötropenin uzamasının beklenmesi hastayı yüksek riskli yapar.
2. Ampirik tedavi gecikmeden intravenöz antipsödomonal beta-laktamla başlanmalıdır.
3. Sefepim, piperasilin-tazobaktam veya uygun bir karbapenem seçilebilir; olgudaki seçenekler içinde sefepim uygundur.

Sonuç: Yüksek riskli febril nötropenide başlangıç monoterapisi olarak intravenöz antipsödomonal beta-laktam gerekir; seçenekler içinde doğru yanıt sefepimdir.

Kritik tuzak: Ateş odağı bulunmadığı için antibiyotiği ertelemek veya yalnız gram-pozitif kapsama vermek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Oral amoksisilin-klavulanat	Derin ve uzaması beklenen nötropenide oral, antipsödomonal olmayan tedavi yeterli değildir.
B) İntravenöz seftriakson	Seftriakson güvenilir Pseudomonas aeruginosa kapsamı sağlamaz.
C) İntravenöz vankomisin tek başına	Vankomisin gram-negatif basilleri ve Pseudomonas'ı kapsamadığından monoterapi olarak uygun değildir.
D) Oral flukonazol	Başlangıçtaki febril nötropenide ilk tedavi antifungal monoterapi değildir; uzamış ateşte değerlendirilir.

2. Ağır falciparum sıtması - Doğru cevap: B

Kazanım: Ağır falciparum sıtmasında parenteral tedaviyi belirler.

Çözüm basamakları

1. Bilinç değişikliği, böbrek hasarı, hipoglisemi ve yüksek parazitemi ağır sıtmayı gösterir.
2. Ağır falciparum sıtmasında tercih edilen tedavi gecikmeden intravenöz artesunattır.
3. Parazitemi düştükten ve hasta oral alabilir hâle geldikten sonra tam bir oral kombinasyon rejimiyle tedavi tamamlanır.

Sonuç: Organ yetmezliğiyle seyreden falciparum sıtmasında ilk seçenek intravenöz artesunattır.

Kritik tuzak: Yalnız parazit türüne odaklanıp ağır hastalık kriterleri nedeniyle parenteral tedavi gereğini kaçırmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Oral klorokin	Falciparum sıtmasında yaygın direnç vardır ve ağır hastalıkta oral tedavi uygun değildir.
C) Oral primakin tek başına	Primakin hipnozoit eradikasyonu içindir; falciparumun ağır kan evresi enfeksiyonunu tek başına tedavi etmez.
D) Oral doksisiklin tek başına	Doksisiklin tek başına yavaş etkilidir ve ağır sıtmada parenteral başlangıç tedavisinin yerini tutmaz.
E) Oral atovakon-proguanil	Komplike olmayan olgularda kullanılabilir; bilinç bozukluğu ve organ yetmezliğinde parenteral tedavi gerekir.

3. Anti-TNF öncesi latent tüberküloz - Doğru cevap: A

Kazanım: Biyolojik tedavi öncesi latent tüberküloz enfeksiyonunu yönetir.

Çözüm basamakları

1. IGRA pozitifliği, aktif hastalık kanıtı olmamasıyla birlikte latent tüberküloz enfeksiyonunu düşündürür.
2. Anti-TNF ajanları granülom bütünlüğünü bozarak tüberküloz reaktivasyon riskini artırır.
3. Bu nedenle uygun latent tüberküloz rejimi biyolojik tedaviden önce veya kılavuza uygun güvenli aralıkla başlanır.

Sonuç: Aktif hastalık dışlandıktan sonra latent tüberküloz tedavisi başlanmalıdır.

Kritik tuzak: IGRA sonucunu BCG'ye bağlamak; IGRA, tüberkülin deri testinden farklı olarak BCG'den etkilenmez.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
B) BCG aşısı yapmak ve anti-TNF tedavisine hemen başlamak	Erişkinde BCG, latent enfeksiyon tedavisinin yerini tutmaz ve anti-TNF altında canlı aşı uygun değildir.
C) Dörtlü aktif tüberküloz tedavisi başlamak	Aktif hastalık klinik, radyolojik ve mikrobiyolojik olarak desteklenmemektedir.
D) Test pozitifliğini yalnız önceki BCG aşısına bağlayıp tedavisiz izlemek	IGRA BCG'den etkilenmez; anti-TNF reaktivasyon riskini belirgin artırır.
E) Anti-TNF tedavisi tamamlandıktan sonra profilaksi vermek	Koruyucu tedavi reaktivasyon riskinden önce, biyolojik tedaviyle uygun zamanlamada başlanmalıdır.

4. Stafilokokal toksik şok sendromu - Doğru cevap: C

Kazanım: Stafilokokal toksik şok sendromunun tipik klinik tablosunu tanıır.

Çözüm basamakları

1. Ani yüksek ateş, hipotansiyon, yaygın eritem ve çoklu organ tutulumu toksik şok sendromunu düşündürür.
2. Menstruasyon ve yüksek emicili tampon kullanımı stafilokokal toksin maruziyeti için klasik bağlamdır.
3. Kan kültürlerinin negatif olması toksin aracılı sendromla uyumludur.

Sonuç: Klinik tablo Staphylococcus aureus kaynaklı toksik şok sendromudur; tedavide kaynak kontrolü, sıvı-vazopresör desteği ve toksin baskılayıcı antibiyotik gerekir.

Kritik tuzak: Döküntü ve ateşi yalnız ilaç reaksiyonu olarak yorumlayıp şok ve çoklu organ tutulumunu göz ardı etmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Meningokoksemi	Meningokokseminde peteşi-purpura ve pozitif kan kültürü daha olasıdır; tampon ilişkisi ve diffüz eritrodermi tipik değildir.
B) Kızıl	Kızıl çoğunlukla streptokokal farenjitte birliktedir ve bu düzeyde çoklu organ yetmezliği beklenmez.
D) Stevens-Johnson sendromu	Stevens-Johnson sendromunda belirgin mukozal erozyon ve epidermal ayrışma beklenir.
E) Kawasaki hastalığı	Kawasaki hastalığı çocukluk çağında görülür ve bu erişkin tampon ilişkili şok tablosunu açıklamaz.

5. Legionella pnömonisi - Doğru cevap: E

Kazanım: Legionella pnömonisinde klinik ipuçlarını ve uygun tedaviyi seçer.

Çözüm basamakları

1. Pnömoniye eşlik eden ishal, hiponatremi, konfüzyon ve transaminaz yüksekliği Legionella için tipik ipuçlarıdır.
2. Legionella hücre içi bir patojendir; florokinolonlar veya makrolidler etkili hücre içi konsantrasyon sağlar.
3. Ağır ve hastaneye yatırılan olguda intravenöz levofloksasin uygun seçenektir.

Sonuç: Olgudaki ekstrapulmoner bulgular Legionella'yı düşündürür; hücre içi etkili bir florokinolonla tedavi edilir.

Kritik tuzak: Lobar infiltrasyon gördüğünde yalnız pnömokok kapsamı seçip hiponatremi ve gastrointestinal bulguları önemsememek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Penisilin G	Legionella hücre içi yerleştiğinden penisilin G etkili değildir.
B) Sefazolin	Birinci kuşak sefalosporinler Legionella için uygun hücre içi aktivite sağlamaz.
C) Metronidazol	Metronidazol anaerob ve bazı protozoalara etkilidir; Legionella tedavisinde kullanılmaz.
D) Nitrofurantoin	Nitrofurantoin yalnız üriner sistemde terapötik düzeylere ulaşır ve pnömonide kullanılmaz.

6. Plevral efüzyonda Light kriterleri - Doğru cevap: A

Kazanım: Plevral sıvıyı Light kriterleriyle eksüda veya transüda olarak sınıflandırır.

Çözüm basamakları

1. Plevral/serum protein oranı $3,8/6,0 = 0,63$ 'tür ve 0,5'i aşar.
2. Plevral/serum LDH oranı $280/400 = 0,70$ 'tir ve 0,6'yı aşar.
3. Light kriterlerinden tek birinin bile pozitif olması eksüda sınıflaması için yeterlidir.

Sonuç: Hem protein hem LDH oranı Light eşiklerinin üzerindedir; sıvı eksüdadır.

Kritik tuzak: Mutlak plevral protein değerine bakıp serumla oranlamayı unutmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
B) Transüda	Plevral/serum protein oranı 0,5'in ve LDH oranı 0,6'nın üzerindedir; transüda ölçütlerini karşılamaz.
C) Şilotoraks	Şilotoraks tanısı için plevral trigliserid ve şilomikron değerlendirmesi gerekir; verilen oranlar bunu göstermez.
D) Hemotoraks	Hemotoraks için plevral hematokritin periferik kan hematokritinin yaklaşık yarısından fazla olması aranır.
E) Psödoşilotoraks	Psödoşilotoraks kronik efüzyonda yüksek kolesterol/kristallerle tanımlanır; bu veriler yoktur.

7. KOAH alevlenmesinde noninvaziv ventilasyon - Doğru cevap: C

Kazanım: Hiperkapnik KOAH alevlenmesinde noninvaziv ventilasyon endikasyonunu tanır.

Çözüm basamakları

1. pH düşüklüğü ve PaCO₂ yüksekliği akut hiperkapnik solunum yetmezliğini gösterir.
2. Hastanın bilinci açık, hava yolunu koruyabiliyor ve şok yoktur; noninvaziv ventilasyon için uygundur.
3. BiPAP, inspiratuvar basınç desteğiyle ventilasyonu artırır ve entübasyon gereksinimini azaltabilir.

Sonuç: Akut hiperkapnik KOAH alevlenmesinde uygun hasta için ilk tercih iki seviyeli noninvaziv ventilasyondur.

Kritik tuzak: PaCO₂ yüksekliğini oksijen azlığı sanıp kontrolsüz yüksek konsantrasyonlu oksijenle yetinmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Yalnız yüksek akımlı oksijen	Oksijen hipoksemiye düzeltebilir ancak respiratuvar asidozu ve ventilatuvar yetmezliği tek başına tedavi etmez.
B) Ev tipi CPAP ile izlem	CPAP tek basınç düzeyi sağlar; hiperkapnik KOAH alevlenmesinde inspiratuvar basınç desteği gereklidir.
D) Derhal invaziv mekanik ventilasyon	Bilinci açık, hemodinamisi stabil ve hava yolunu koruyabilen hastada önce noninvaziv ventilasyon denenir.
E) Solunum egzersizi önerip taburcu etmek	Akut respiratuvar asidoz hastanede yakın izlem ve ventilatuvar destek gerektirir.

8. Alerjik bronkopulmoner aspergilloz - Doğru cevap: A

Kazanım: Astımlı hastada alerjik bronkopulmoner aspergillozu tanır.

Çözüm basamakları

1. Astım zemininde tekrarlayan infiltrasyon ve mukus tıkaçları alerjik mantar hastalığını düşündürür.
2. Çok yüksek total IgE ve Aspergillus'a özgü IgE duyarlanmayı gösterir.
3. Santral bronşiektazi ABPA için güçlü bir görüntüleme bulgusudur.

Sonuç: Astım, Aspergillus duyarlanması, yüksek IgE, eozinofili ve santral bronşiektazi birlikteliği ABPA tanısını destekler.

Kritik tuzak: Aspergillus adı geçtiğinde tüm tabloları invaziv enfeksiyon olarak değerlendirmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
B) İnvaziv pulmoner aspergilloz	İnvaziv hastalık ağır immünsüpresyonda nodül, halo ve doku invazyonuyla seyreder; yüksek IgE ve santral bronşiektazi tipik değildir.
C) Aspergilloma	Aspergilloma önceden var olan kavite içinde hareketli mantar topudur; bu olguda alerjik fenotip vardır.
D) Kronik eozinofilik pnömoni	Eozinofili yapılırsa da Aspergillus duyarlanması, çok yüksek IgE ve santral bronşiektazi ABPA'yı destekler.
E) İdiyopatik pulmoner fibrozis	İPF alt zon-subplevral fibrozis ve bal peteğiyle seyreder; astım ve santral bronşiektaziyle uyumlu değildir.

9. Pulmoner arteriyel hipertansiyonda vazoreaktivite - Doğru cevap: E

Kazanım: İdiyopatik pulmoner arteriyel hipertansiyonda pozitif vazoreaktivite testine göre tedavi seçer.

Çözüm basamakları

1. Ortalama pulmoner arter basıncında en az 10 mmHg düşüş ve mutlak değerin 40 mmHg veya altına inmesi pozitif yanıtla uyumludur.
2. Kalp debisinin korunması ya da artması yanıtın geçerli olması için gereklidir.
3. İdiyopatik, herediter veya ilaç ilişkili PAH'da bu küçük alt grup yüksek doz kalsiyum kanal bloköründen yarar görebilir.

Sonuç: Pozitif akut vazoreaktivite gösteren idiyopatik PAH hastasında yakın hemodinamik ve klinik izlemle yüksek doz kalsiyum kanal blokörü uygundur.

Kritik tuzak: Her PAH hastasına kalsiyum kanal blokörü vermek; bu tedavi yalnız doğrulanmış vazoreaktivite yanıtında kullanılır.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Rutin antikoagülasyon dışında tedavi vermemek	Semptomatik PAH yalnız antikoagülasyonla kontrol edilemez; özgül tedavi gerekir.
B) Düşük doz kısa etkili nifedipini yalnız gerektiğinde kullanmak	Pozitif yanıtı hastada titrasyonu yapılan uzun etkili yüksek doz kalsiyum kanal blokörü gerekir; gerektiğinde kullanım uygun değildir.
C) Vazoreaktivite sonucundan bağımsız olarak yalnız inhaler steroid	İnhaler steroid PAH'ın hemodinamik patofizyolojisini tedavi etmez.
D) Negatif vazoreaktivite varmış gibi doğrudan tromboliz	Tromboliz akut tromboemboli içindir; idiyopatik PAH'ın kronik tedavisi değildir.

10. ST yükselmeli miyokart enfarktüsünde reperfüzyon - Doğru cevap: D

Kazanım: Uygun merkezde STEMI reperfüzyon yöntemini seçer.

Çözüm basamakları

1. Tipik ağrı ve komşu prekordiyal derivasyonlarda ST yükselmesi STEMI'yi gösterir.
2. Başvuru PCI yapabilen merkezedir ve hedef sürede damar açılacaktır.
3. Bu durumda primer PCI en etkili ve tercih edilen reperfüzyon yöntemidir.

Sonuç: Zamanında uygulanabilen primer perkütan koroner girişim, STEMI'de tercih edilen reperfüzyondur.

Kritik tuzak: Biyobelirteç sonucunu bekleyerek kapı-balon süresini uzatmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Yalnız aspirin verip troponin sonucunu beklemek	STEMI tanısı EKG ile konur; reperfüzyon troponin sonucunu beklememelidir.
B) Elektif efor testi planlamak	Akut STEMI'de efor testi kontrendikedir ve reperfüzyonu geciktirir.
C) Fibrinolitik verip kateter laboratuvarını kullanmamak	Zamanında primer PCI yapılabilen merkezde PCI fibrinolyze tercih edilir.
E) Yirmi dört saat gözlem sonrası koroner BT anjiyografi	Akut koroner oklüzyonda gecikmiş tanısal görüntüleme uygun değildir.

11. Torsades de pointes tedavisi - Doğru cevap: C

Kazanım: Uzamış QT ile ilişkili torsades de pointes atağında acil tedaviyi seçer.

Çözüm basamakları

1. Uzamış QT ve karakteristik polimorfik VT torsades de pointes tanısını koydurur.
2. Tetikleyici QT uzatan ilaç kesilir ve potasyum yüksek-normal aralığa düzeltilir.
3. Serum magnezyumu normal olsa bile intravenöz magnezyum sülfat ilk farmakolojik tedavidir.

Sonuç: Uzun QT'ye bağlı torsades de pointes için ilk ilaç intravenöz magnezyum sülfattır.

Kritik tuzak: Ventriküler taşikardi gördüğünde refleks olarak QT'yi daha da uzatabilecek amiodaron seçmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) İntravenöz verapamil	Verapamil torsades tedavisi değildir ve ventriküler taşikardide hemodinamiyi bozabilir.
B) İntravenöz adenozin	Adenozin düzenli dar kompleksli SVT'de kullanılır; polimorfik VT'yi tedavi etmez.
D) Oral digoksin	Digoksin proaritmik olabilir ve torsades için akut tedavi değildir.
E) İntravenöz amiodaron	Amiodaron QT'yi uzatabilir; edinilmiş uzun QT'ye bağlı torsadesde tercih edilmez.

12. Kardiyak tamponad - Doğru cevap: D

Kazanım: Hemodinamik bozukluk yapan kardiyak tamponadda acil drenaj endikasyonunu tanır.

Çözüm basamakları

1. Hipotansiyon, juguler venöz dolgunluk ve boşuk kalp sesleri tamponadı düşündürür.
2. Sağ kalp boşluklarının diyastolik kollapsı hemodinamik basıyı doğrular.
3. İnstabil hastada perikardiyal basıncı hızla azaltmak için acil drenaj gerekir.

Sonuç: Hemodinamik tamponadın acil tedavisi ekokardiyografi eşliğinde perikardiyosentezdir; tekrarlayan malign efüzyonda cerrahi pencere ayrıca planlanabilir.

Kritik tuzak: Periferik ödem ve juguler dolgunluk nedeniyle diüretik vererek preload'u azaltmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Yüksek doz intravenöz diüretik	Preload azalması tamponadda kardiyak debiyi daha da düşürebilir.
B) Yalnız beta blokör başlamak	Beta blokör obstrüktif hemodinamik sorunu ortadan kaldırmaz ve kompensatuvar taşikardiyi baskılayabilir.
C) Elektif koroner anjiyografi	Klinik sorun koroner stenoz değil, basınç yapan perikardiyal efüzyondur.
E) Altı hafta sonra kontrol ekokardiyografi	Hemodinamik instabil tamponad acil yaşam kurtarıcı drenaj gerektirir.

13. Hipertrofik obstrüktif kardiyomiyopati - Doğru cevap: B

Kazanım: Semptomatik hipertrofik obstrüktif kardiyomiyopatide ilk farmakolojik tedaviyi seçer.

Çözüm basamakları

1. Ailede ani ölüm, asimetrik septal hipertrofi ve Valsalva ile artan üfürüm HOKM'yi destekler.
2. Negatif kronotropi diyastolik doluş süresini uzatır; negatif inotropi çıkış yolu gradiyentini azaltır.
3. Vazodilatör ve preload azaltıcı ilaçlardan kaçınılırken ilk basamakta beta blokör kullanılır.

Sonuç: Semptomatik obstrüktif hipertrofik kardiyomiyopatide ilk farmakolojik seçenek non-vazodilatör bir beta blokördür.

Kritik tuzak: Göğüs ağrısını klasik koroner iskemi gibi değerlendirip nitrat vermek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Nitrogliserin	Preload'u azaltarak dinamik çıkış yolu obstrüksiyonunu artırabilir.
C) Yüksek doz furosemid	Belirgin hacim azaltımı sol ventrikül kavitesini küçültür ve gradiyenti artırabilir.
D) Digoksin	Pozitif inotropi dinamik obstrüksiyonu kötüleştirir.
E) Nifedipin	Güçlü vazodilatasyon afterload'u azaltıp obstrüksiyonu artırabilir; dihidropiridinler tercih edilmez.

14. Miyokart enfarktüsü sonrası papiller kas rüptürü - Doğru cevap: A

Kazanım: Akut ciddi mitral yetersizliğe yol açan papiller kas rüptüründe definitif tedaviyi belirler.

Çözüm basamakları

1. Enfarktüs sonrası 2-7. günde ani akciğer ödemi ve yeni üfürüm mekanik komplikasyonu düşündürür.
2. Flail yaprakçık papiller kas rüptürüne bağlı akut ciddi mitral yetersizliği doğrular.
3. Vazodilatör, inotrop ve gerekirse mekanik dolaşım desteği köprü olabilir; yaşam kurtarıcı definitif tedavi acil cerrahidir.

Sonuç: Papiller kas rüptürüne bağlı akut ciddi mitral yetersizlik acil mitral kapak onarımı veya replasmanı gerektirir.

Kritik tuzak: Pulmoner ödemi yalnız medikal kalp yetersizliği olarak tedavi edip mekanik komplikasyonu atlamak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
B) Yalnız intravenöz furosemid ve izlem	Diüretik geçici destek sağlayabilir ancak mekanik rüptürü düzeltmez ve şokta yetersizdir.
C) Elektif kardiyoversiyon	Sorun ritim bozukluğu değil, akut mekanik kapak yetmezliğidir.
D) Uzun süreli oral antikoagülasyon	Antikoagülasyon papiller kas rüptürünü tedavi etmez ve acil hemodinamik sorunu çözmez.
E) Perikardiyosentez	Ekokardiyografi tamponad değil akut mitral yetersizliği göstermektedir.

15. Helicobacter pylori eradikasyon kontrolü - Doğru cevap: B

Kazanım: H. pylori tedavisi sonrasında eradikasyonu doğru test ve zamanlamayla doğrular.

Çözüm basamakları

1. Tedavi başarısı serolojiyle değil aktif enfeksiyonu gösteren testle değerlendirilir.
2. Üre nefes testi veya monoklonal dışkı antijen testi uygundur.
3. Antibiyotik/bismut sonrası en az 4 hafta, PPI sonrası en az 2 hafta beklemek yalancı negatifliği azaltır.

Sonuç: Eradikasyon, uygun ilaç kesme aralıkları sağlandıktan sonra üre nefes testiyle doğrulanmalıdır.

Kritik tuzak: Semptomların kaybolmasını mikrobiyolojik kür kabul etmek veya serolojiyi kontrol testi olarak kullanmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Tedavi biter bitmez serum H. pylori IgG bakmak	Antikorlar aylar-yıllar pozitif kalabildiğinden tedavi başarısını göstermez.
C) PPI kullanımı sürerken ertesi gün dışkı antijeni bakmak	Erken test ve PPI kullanımı yalancı negatifliğe yol açabilir.
D) Semptomlar geçtiyse eradikasyon kontrolü yapmamak	Klinik düzelme bakterinin eradike edildiğini güvenilir biçimde göstermez.
E) Her hastaya hemen kontrol endoskopisi ve rastgele biyopsi yapmak	Alarm bulgusu olmayan hastada noninvaziv test yeterlidir; erken endoskopi gereksizdir.

16. Fulminan Wilson hastalığı - Doğru cevap: C

Kazanım: Fulminan Wilson hastalığında yaşam kurtarıcı definitif tedaviyi seçer.

Çözüm basamakları

1. Genç yaş, Coombs-negatif hemoliz, düşük ALP/bilirubin oranı ve Kayser-Fleischer halkası Wilson hastalığını destekler.
2. Ensefalopati ve ağır koagülopati fulminan karaciğer yetmezliğidir.
3. Fulminan Wilson hastalığında şelasyon tek başına yeterli değildir; acil transplantasyon yaşam kurtarıcıdır.

Sonuç: Fulminan Wilson hastalığının definitif ve acil tedavisi karaciğer transplantasyonudur.

Kritik tuzak: Kronik Wilson tedavisinde kullanılan çinko veya şelatörleri, fulminan yetmezlikte yeterli sanmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Yalnız oral çinko	Çinko bakır emilimini azaltır ancak fulminan karaciğer yetmezliğinde yeterince hızlı ve etkili değildir.
B) Elektif flebotomi	Flebotomi hemokromatoz tedavisidir; Wilson hastalığında kullanılmaz.
D) Yalnız ursodeoksikolik asit	Ursodeoksikolik asit bakır birikimini veya akut karaciğer yetmezliğini düzeltmez.
E) Altı ay sonra kontrol biyopsisi	INR yüksekliği ve ensefalopati akut karaciğer yetmezliğini gösterir; beklemek ölümcüldür.

17. Steroid dirençli akut ağır ülseratif kolit - Doğru cevap: B

Kazanım: Akut ağır ülseratif kolitte steroid yanıtınsızlığında kurtarma tedavisini seçer.

Çözüm basamakları

1. Sık kanlı dışkılama ve sistemik toksisite akut ağır ülseratif koliti gösterir.
2. İntravenöz steroide 3-5 gün içinde yetersiz yanıt kurtarma tedavisi gerektirir.
3. İnfliksımab uygun bir kurtarma seçeneğidir; başarısızlık veya komplikasyon olasılığı için kolorektal cerrahi erken sürece katılır.

Sonuç: Steroid dirençli akut ağır ülseratif kolitte infliksımab gibi kurtarma tedavisi gecikmeden başlanmalı ve cerrahi ekip eş zamanlı değerlendirilmelidir.

Kritik tuzak: Steroid tedavisini belirsiz süre uzatarak kolektomi veya kurtarma tedavisi zamanını kaçırmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Oral mesalazin dozunu artırıp taburcu etmek	Akut ağır ve steroid yanıtınsız hastalıkta oral 5-ASA tek başına yetersizdir.
C) Antidiyareik loperamid başlamak	Ağır kolitte antimotilite ilaçları toksik megakolon riskini artırabilir.
D) Kortikosteroidi haftalarca aynı dozda sürdürüp yanıt beklemek	Steroid yanıtınsızlığı 3-5 günde değerlendirilir; gecikme komplikasyon riskini artırır.
E) Yalnız probiyotik verip kontrol kolonoskopisi planlamak	Probiyotik akut ağır kolitin kurtarma tedavisi değildir ve aktif ağır dönemde kolonoskopi risklidir.

18. Primer sklerozan kolanjit - Doğru cevap: E

Kazanım: İnflamatuvar bağırsak hastalığında kolestatik enzim yüksekliğinde PSC tanısıal görüntülemesini seçer.

Çözüm basamakları

1. Ülseratif kolit, kaşıntı ve belirgin kolestatik enzim yüksekliği PSC için tipik bağlamdır.
2. MRCP intrahepatik ve ekstrahepatik kanallardaki multifokal darlık-genişleme görünümünü noninvaziv gösterir.
3. ERCP, tanı belirsizliği veya dominant darlıkta terapötik/örnekleyici amaçla saklanır.

Sonuç: PSC şüphesinde ilk tercih edilen duktal görüntüleme MRCP'dir.

Kritik tuzak: En ayrıntılı olduğu düşüncesiyle invaziv ERCP'yi ilk basamakta seçmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Direkt karın grafisi	Safra yollarının segmental darlık ve genişlemelerini göstermez.
B) Karaciğer sintigrafisi	PSC'nin tipik duktal anatomisini değerlendirmek için standart ilk inceleme değildir.
C) Rutin tanısal ERCP	ERCP invazivdir; dominant darlıkta örnekleme/tedavi gerekmedikçe ilk tanısal test olarak tercih edilmez.
D) Kolonoskopi sonucuna göre tanı koymak	Kolonoskopi eşlik eden koliti değerlendirir ancak safra yolu hastalığını görüntüleyemez.

19. Parasetamol zehirlenmesi - Doğru cevap: B

Kazanım: Parasetamol doz aşımında antidotu zamanında başlatır.

Çözüm basamakları

1. Alınan doz toksiktir ve 4 saat sonrası düzey tedavi çizgisinin üzerindedir.
2. N-asetilsistein glutatyon depolarını yenileyerek toksik metaboliti detoksifiye eder.
3. AST/ALT normal olsa bile tedavi gecikmeden başlanır; geç başvurularda da yarar sağlayabilir.

Sonuç: Toksik parasetamol düzeyinde transaminaz yükselmesini beklemeden N-asetilsistein başlanmalıdır.

Kritik tuzak: Normal başlangıç karaciğer testlerini güvenli kabul edip antidotu geciktirmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Transaminazlar yükselene kadar tedavi vermemek	Antidot en çok erken dönemde etkilidir; karaciğer hasarı gelişmesini beklemek yanlıştır.
C) Yalnız aktif kömür verip taburcu etmek	Geç başvuruda aktif kömürün yararı sınırlıdır ve toksik düzeyde antidotun yerini tutmaz.
D) Flumazenil uygulamak	Flumazenil benzodiazepin antagonisti olup parasetamol toksisitesine etkisizdir.
E) Atropin ve pralidoksim vermek	Bu kombinasyon organofosfat zehirlenmesinde kullanılır.

20. Tiroid fırtınası - Doğru cevap: E

Kazanım: Tiroid fırtınasında ilaçların doğru sıralamasını uygular.

Çözüm basamakları

1. Tiroid fırtınası çoklu mekanizmalara aynı anda müdahale gerektirir.
2. Beta blokör adrenerjik belirtileri; propiltiourasil hormon sentezini ve kısmen T4-T3 dönüşümünü azaltır.
3. İyot, organifikasyonun engellenmesi için antitiroid ilaçtan en az bir saat sonra verilir; glukokortikoid ve destek tedavisi eklenir.

Sonuç: Tiroid fırtınasında iyot antitiroid ilaçtan sonra verilmelidir; beta blokör, glukokortikoid ve yoğun destek eş zamanlı uygulanır.

Kritik tuzak: İyodu antitiroid ilaçtan önce vererek hormon sentezini artırma riski oluşturmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Önce iyot, birkaç saat sonra propiltiourasil	İyot antitiroid ilaçtan önce verilirse yeni hormon sentezi için substrat sağlayabilir.
B) Yalnız radyoaktif iyot uygulamak	Radyoaktif iyot akut fırtınada yavaş etkilidir ve acil tedavi değildir.
C) Yalnız levotiroksin ve propranolol	Levotiroksin tiroid hormon yükünü artırarak tabloyu kötüleştirir.
D) Antitiroid ilaç vermeden sadece parasetamol ve sıvı	Destek tedavisi gereklidir ancak hormon sentezi/salınımı ve adrenerjik etkiler de acilen kontrol edilmelidir.

21. Adrenal kriz - Doğru cevap: B

Kazanım: Akut adrenal krizde ilk tedaviyi uygular.

Çözüm basamakları

1. Hipotansiyon, hiponatremi, hiperkalemi ve hipoglisemi adrenal krizi destekler.
2. Kortizol eksikliği gecikmeden stres doz intravenöz hidrokortizonla yerine konur.
3. İzotonik salin dolaşım hacmini, dekstroz hipoglisemiyi düzeltir; örnek alınması tedaviyi geciktirmemelidir.

Sonuç: Adrenal krizde yaşam kurtarıcı yaklaşım intravenöz hidrokortizon ve agresif sıvı-dekstroz replasmanıdır.

Kritik tuzak: Tanısal kortizol sonucunu bekleyerek steroid ve sıvı tedavisini geciktirmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Yalnız oral fludrokortizon	Şok ve kusmada oral tedavi emilemez; glukokortikoid ve hacim replasmanı acildir.
C) İntravenöz furosemid	Hastanın hacim kaybını ve hipotansiyonunu artırabilir.
D) İnsülin infüzyonu ve sıvı kısıtlaması	Hiperglisemi yoktur; sıvı kısıtlaması adrenal krizde kontrendikedir.
E) Levotiroksin yükleme dozu	Tiroid hormonu kortizol gereksinimini artırabilir ve adrenal krizi kötüleştirir.

22. Malignite ilişkili ağır hiperkalsemi - Doğru cevap: C

Kazanım: Semptomatik ağır hiperkalsemide başlangıç tedavisini planlar.

Çözüm basamakları

1. Kalsiyumun 14 mg/dL'nin üzerinde ve nörolojik semptomların bulunması acil tedavi gerektirir.
2. İzotonik salin hacim açığını ve kalsiyum atılımını düzeltir.
3. Kalsitonin hızlı fakat kısa etkili; intravenöz bisfosfonat daha geç başlayan kalıcı antiresorptif etki sağlar.

Sonuç: Ağır semptomatik malignite hiperkalsemisinde hızlı hidrasyon, kısa etkili kalsitonin ve kalıcı etki için intravenöz bisfosfonat birlikte kullanılır.

Kritik tuzak: Dehidrate hastada sıvı vermeden diüretik başlamak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Sıvı kısıtlaması ve tiazid	Tiazidler kalsiyum geri emilimini artırabilir; sıvı kısıtlaması dehidratasyonu artırır.
B) Yalnız oral kalsiyum karbonat	Ek kalsiyum verilmesi hiperkalsemiyi kötüleştirir.
D) Yalnız loop diüretik, sıvı vermeden	Önce hacim düzeltilmeden diüretik kullanımı böbrek perfüzyonunu bozabilir; rutin tedavi değildir.
E) Yalnız glukokortikoid	Glukokortikoid özellikle D vitamini aracılı hiperkalsemide yararlıdır; PTHrP ilişkili ağır tabloda tek başına yeterli değildir.

23. Feokromositoma preoperatif hazırlığı - Doğru cevap: E

Kazanım: Feokromositoma cerrahisi öncesinde adrenerjik blokaj sırasını bilir.

Çözüm basamakları

1. Feokromositomada önce vazokonstriktör alfa etkisi bloke edilmelidir.
2. Alfa blokajla birlikte tuz-sıvı alımı artırılarak kronik hacim daralması düzeltilir.
3. Taşikardi sürerse ancak yeterli alfa blokajdan sonra beta blokör eklenir.

Sonuç: Feokromositoma cerrahisi öncesinde alfa blokaj daima beta blokajdan önce gelir.

Kritik tuzak: Taşikardiye odaklanıp önce beta blokör vererek karşılıksız alfa uyarısı oluşturmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Önce beta blokaj, sonra alfa blokaj	Tek başına beta blokaj alfa etkisini karşılıksız bırakarak ciddi hipertansif krize yol açabilir.
B) Yalnız kısa etkili nitrat	Nitratlar standart preoperatif katekolamin blokajının yerini tutmaz.
C) Yalnız digoksin	Digoksin katekolamin kaynaklı vazokonstriksiyon ve hipertansiyonu kontrol etmez.
D) İlaç hazırlığı olmadan doğrudan ameliyat	Manipülasyon sırasında katekolamin salınımı ölümcül hipertansiyon ve aritmi yapabilir.

24. Santral hipotiroidide adrenal yetmezlik - Doğru cevap: C

Kazanım: Panhypopitüitarizmde hormon replasmanının güvenli sırasını belirler.

Çözüm basamakları

1. Düşük serbest T4'e rağmen TSH'nin yükselmemesi santral hipotiroidiyi gösterir.
2. Çok düşük sabah kortizolü ve hipotansiyon eşlik eden ACTH eksikliğini düşündürür.
3. Levotiroksin adrenal krizi tetikleyebileceğinden önce glukokortikoid güvenceye alınır.

Sonuç: Panhypopitüitarizmde levotiroksinden önce glukokortikoid başlanmalıdır.

Kritik tuzak: TSH'yi normal görüp santral hipotiroidiyi dışlamak veya tiroid hormonunu kortizolden önce vermek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Önce yüksek doz levotiroksin, kortizol sonucuna sonra bakmak	Tiroid hormonu kortizol klirensini ve gereksinimini artırarak adrenal krizi tetikleyebilir.
B) Yalnız TSH normal olduğu için tedavi vermemek	Santral hipotiroidide TSH uygunsuz normal olabilir; serbest T4 ve klinik esas alınır.
D) Önce büyüme hormonu, diğer hormonları aylar sonra vermek	Yaşamı tehdit eden ACTH eksikliği önceliklidir; GH replasmanı acil değildir.
E) Yalnız mineralokortikoid vermek	Santral adrenal yetmezlikte aldosteron genellikle korunur; esas eksik glukokortikoiddir.

25. Akut promiyelositik lösemi - Doğru cevap: A

Kazanım: APL şüphesinde moleküler doğrulama beklenmeden ATRA başlatır.

Çözüm basamakları

1. Anormal promiyelositler, çoklu Auer çomakları ve DIC APL için tipiktir.
2. Erken ölümün başlıca nedeni kanamadır; tedavi gecikmemelidir.
3. ATRA, PML-RARA kaynaklı maturasyon blokunu kaldırır ve APL şüphesinde doğrulama beklenmeden başlanır.

Sonuç: APL düşünüldüğü anda ATRA başlanmalı, eş zamanlı agresif kan ürünü desteği verilmelidir.

Kritik tuzak: Moleküler sonucu beklerken ATRA'yi geciktirmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
B) Yalnız demir şelasyonu	Demir yükü bu akut koagülopatik lösemi tablosunun nedeni değildir.
C) İmatinib	İmatinib BCR-ABL ilişkili lösemilerde kullanılır; APL'nin hedefi değildir.
D) Rituksimab	Ritüksimab CD20 pozitif B hücreli hastalıklarda etkilidir; APL miyeloid kökenlidir.
E) Splenektomi	Splenektomi APL ve DIC'nin tedavisi değildir.

26. Orak hücreli hastalıkta ağır akut göğüs sendromu - Doğru cevap: E

Kazanım: Ağır akut göğüs sendromunda değişim transfüzyonu endikasyonunu tanır.

Çözüm basamakları

1. Yeni infiltrasyon, ateş/göğüs ağrısı ve hipoksemi akut göğüs sendromunu tanımlar.
2. Multilober tutulum, ciddi hipoksemi ve klinik kötüleşme ağır hastalık göstergesidir.
3. Değişim transfüzyonu HbS oranını hızla düşürürken aşırı viskozite riskini sınırlar.

Sonuç: Ağır, hızla ilerleyen akut göğüs sendromunda eritrosit değişim transfüzyonu endikedir; antibiyotik ve solunum desteği de eş zamanlı verilir.

Kritik tuzak: Yalnız hemoglobin sayısına odaklanıp HbS oranını hızla düşürme gereksinimini kaçırmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Demir şelasyonu	Akut hipoksemik tabloyu düzeltmez; kronik transfüzyon demir yükünde kullanılır.
B) Yalnız oral folik asit	Destekleyici olabilir ancak ağır akut göğüs sendromunda yeterli değildir.
C) Trombosit aferezi	Trombosit sayısına bağlı bir tablo değildir ve oksijenasyonu düzeltmez.
D) Eritropoietin başlanması	Etkisi günler-haftalar içinde ortaya çıkar; akut yaşamı tehdit eden hipoksemiye tedavi etmez.

27. Paroksizmal noktürnal hemoglobinüri - Doğru cevap: C

Kazanım: PNH'de kompleman inhibitörü tedavisini seçer.

Çözüm basamakları

1. CD55 ve CD59 kaybı eritrositleri terminal kompleman aracılı lizise duyarlı hâle getirir.
2. Atipik yerleşimli venöz tromboz PNH'nin önemli ve ölümcül komplikasyonudur.
3. Eculizumab C5'i inhibe ederek intravasküler hemolizi ve tromboz riskini azaltır.

Sonuç: Kompleman aracılı PNH'de C5 inhibitörü eculizumab temel hedefe yönelik tedavidir; meningokok korunması planlanmalıdır.

Kritik tuzak: Sitopeni nedeniyle hastalığı yalnız aplastik anemi olarak değerlendirip atipik trombozu gözden kaçırmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) İmatinib	BCR-ABL tirozin kinazını hedefler; PNH patofizyolojisine etkisizdir.
B) Rituksimab	B hücrelerini hedefler; GPI-ankorlu protein kaybına bağlı kompleman hemolizini doğrudan durdurmaz.
D) Desmopressin	von Willebrand hastalığı ve bazı trombosit fonksiyon bozukluklarında kullanılır; PNH tedavisi değildir.
E) All-trans retinoik asit	APL farklılaşma tedavisidir; PNH'de kullanılmaz.

28. Heparine bağlı trombositopeni - Doğru cevap: D

Kazanım: Yüksek olasılıklı HIT'te heparini kesip non-heparin antikoagülan başlatır.

Çözüm basamakları

1. Trombositlerin %50'den fazla düşmesi, 5-10 günlük zamanlama ve yeni tromboz yüksek 4T olasılığı oluşturur.
2. Tanısal test sonucu beklenmeden bütün heparin kaynakları kesilir.
3. Argatroban gibi non-heparin bir antikoagülan başlanır; warfarin daha sonra güvenli geçişle eklenir.

Sonuç: Yüksek klinik olasılıklı HIT'te heparin hemen kesilmeli ve argatroban gibi non-heparin antikoagülan başlanmalıdır.

Kritik tuzak: Trombositopeniyi kanama hastalığı sanıp antikoagülasyonu tamamen kesmek veya varfarine erken geçmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Heparin dozunu yarıya indirip devam etmek	HIT immün trombojenik bir süreçtir; küçük dozlar ve kateter yıkamaları dâhil tüm heparin kesilmelidir.
B) Trombosit süspansiyonu verip heparini sürdürmek	Kanama yokken rutin trombosit transfüzyonu trombozu artırabilir ve nedeni ortadan kaldırmaz.
C) Hemen tek başına warfarin başlamak	Akut HIT'te erken warfarin protein C düşüşüyle venöz gangren riskini artırabilir; trombosit toparlanana kadar başlanmaz.
E) Yalnız aspirin başlamak	HIT'te trombin oluşumu güçlüdür; antiplatelet tedavi yeterli antikoagülasyon sağlamaz.

29. Anti-GBM hastalığı - Doğru cevap: D

Kazanım: Pulmoner-renal sendrom yapan anti-GBM hastalığında kombine tedaviyi seçer.

Çözüm basamakları

1. Lineer IgG boyanması anti-GBM hastalığının karakteristik bulgusudur.
2. Plazma değişimi dolaşımdaki patojenik antikorları hızla uzaklaştırır.
3. Glukokortikoid inflamasyonu, siklofosamid yeni antikor üretimini baskılar.

Sonuç: Anti-GBM pulmoner-renal sendromunda plazmaferes, yüksek doz steroid ve siklofosamid birlikte uygulanır.

Kritik tuzak: Böbrek yetmezliğini yalnız destek tedavisiyle yönetip immünolojik nedeni tedavi etmemek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Yalnız ACE inhibitörü	Proteinüriyi azaltabilir ancak hızla ilerleyen immün hastalığı ve alveoler kanamayı tedavi etmez.
B) Yalnız geniş spektrumlu antibiyotik	Bulgular enfeksiyondan çok otoantikor aracılı pulmoner-renal sendromu gösterir.
C) Kolşisin	Kolşisin FMF ve gut gibi hastalıklarda kullanılır; anti-GBM antikor üretimini durdurmaz.
E) Yalnız hemodiyaliz	Diyaliz destek sağlayabilir ancak dolaşımdaki antikoru temizlemek ve yeni üretimi baskılamak için immünoterapi gerekir.

30. Tip 4 renal tübüler asidoz - Doğru cevap: B

Kazanım: Hiperkalemik normal anyon açıklı asidozda tip 4 RTA'yı tanır.

Çözüm basamakları

1. Hiperkloremiyle birlikte düşük bikarbonat normal anyon açıklı metabolik asidozdur.
2. Eşlik eden belirgin hiperkalemi tip 4 RTA için ayırt edicidir.
3. Diyabetik nefropatide hiporeninemik hipoaldosteronizm sık nedendir; idrar pH'sı 5,5'in altında olabilir.

Sonuç: Diyabetik nefropati, hiperkalemi ve normal anyon açıklı asidoz tip 4 RTA'yı gösterir.

Kritik tuzak: Tüm RTA'larda idrar pH'sının yüksek olacağını varsaymak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Distal tip 1 renal tübüler asidoz	Tip 1 RTA genellikle hipokalemi ve idrar pH'sının 5,5'in üzerinde kalmasıyla seyreder.
C) Proksimal tip 2 renal tübüler asidoz	Tip 2 RTA çoğunlukla hipokalemi ve proksimal bikarbonat kaybıyla ilişkilidir.
D) Laktik asidoz	Laktik asidoz anyon açıklığını artırır; burada normal anyon açıklı hiperkloremik asidoz vardır.
E) Ketoasidoz	Ketoasidoz yüksek anyon açıklı asidoz yapar ve klinik veriler bunu desteklememektedir.

31. Semptomatik ağır hiponatremi - Doğru cevap: D

Kazanım: SIADH'ye bağlı nöbetli ağır hiponatremide hipertonic salin kullanır.

Çözüm basamakları

1. Düşük serum osmolalitesi, övolemi ve uygunsuz konsantre idrar SIADH ile uyumludur.
2. Nöbet ağır nörolojik semptomdur ve acil kısmi sodyum düzeltmesi gerekir.
3. %3 salin boluslarıyla ilk saatlerde yaklaşık 4-6 mmol/L artış hedeflenir; toplam düzeltme yakından sınırlandırılır.

Sonuç: Nöbetli ağır hiponatremide kontrollü %3 hipertonic salin bolusu yaşam kurtarıcıdır; aşırı hızlı düzeltmeden kaçınılır.

Kritik tuzak: Kronik SIADH tedavisi olan sıvı kısıtlamasını nöbetli acil durumda tek başına yeterli sanmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Yalnız günlük sıvıyı 1 litreyle kısıtlamak	Sıvı kısıtlaması kronik/asemptomatik SIADH'de kullanılır; nöbetli ağır hiponatremide çok yavaştır.
B) Hızlı şekilde normal sodyuma ulaşana kadar sınırsız hipertonic salin	Aşırı hızlı düzeltme ozmotik demiyelinizasyon riski taşır; hedef ilk saatlerde sınırlı artıştır.
C) İzotonik salinle yüksek hacimli infüzyon	SIADH'de idrar konsantre kaldığı için izotonik salin sodyumu düzeltemeyebilir veya kötüleştirir.
E) Desmopressin tek başına	Desmopressin serbest su tutulmasını artırır; tek başına mevcut hiponatremiyi kötüleştirir.

32. Granülomatozis ile polianjiit - Doğru cevap: B

Kazanım: Organ tehdit eden GPA'da remisyon indüksiyon tedavisini seçer.

Çözüm basamakları

1. Üst hava yolu, kaviter akciğer nodülleri ve kresentik glomerülonefrit GPA üçlüsüdür.
2. PR3-ANCA tanımı destekler; böbrek-akciğer tutulumu organ tehdit eden hastalıktır.
3. Yüksek doz glukokortikoide rituksimab veya siklofosfamid eklenerek remisyon indüksiyonu yapılır.

Sonuç: Organ tehdit eden GPA'da yüksek doz steroid ve rituksimab uygun indüksiyon rejimidir.

Kritik tuzak: Kronik sinüzit öyküsüne odaklanıp pulmoner-renal vaskülit enfeksiyon sanmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Yalnız hidroksiklorokin	Hidroksiklorokin SLE'de temel ilaçtır; organ tehdit eden ANCA vaskülitinde yeterli değildir.
C) Yalnız düşük doz metotreksat	Böbrek ve akciğer tutulumu organ tehdit eder; düşük yoğunluklu monoterapi uygun değildir.
D) Yalnız nonsteroid antiinflatuvar	Semptom giderir ancak nekrotizan vaskülit ve glomerülonefriti baskılamaz.
E) Yalnız kolşisin	Kolşisin GPA remisyon indüksiyonu sağlamaz.

33. Antifosfolipid sendromunda sekonder korunma - Doğru cevap: C

Kazanım: Trombotik antifosfolipid sendromunda uzun dönem antikoagülasyonu seçer.

Çözüm basamakları

1. Klinik tromboz/gebelik morbiditesi ve 12 hafta arayla kalıcı antikor pozitifliği APS ölçütlerini karşılar.
2. Trombotik APS'de nüks riski yüksektir ve uzun dönem antikoagülasyon gerekir.
3. Vitamin K antagonisti venöz tromboz sonrası standart sekonder korunmadır; hedef INR klinik bağlama göre belirlenir.

Sonuç: Trombotik antifosfolipid sendromunda uzun süreli vitamin K antagonistiyle antikoagülasyon gerekir.

Kritik tuzak: Gebelik öyküsü nedeniyle tabloyu yalnız obstetrik APS sanıp önceki DVT'yi göz ardı etmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Yalnız düşük doz aspirin	Venöz tromboz geçirmiş kesin APS'de aspirin tek başına sekonder korunma için yetersizdir.
B) Antikoagülasyonu üç ay sonra tamamen kesmek	Kalıcı yüksek riskli antikorlar ve önceki tromboz nüks riskini sürdürür.
D) Yalnız hidroksiklorokin	SLE için yararlı olsa da geçirilmiş APS trombozunda tek başına yeterli antikoagülasyon sağlamaz.
E) Rutin trombolitik tedaviyi ömür boyu sürdürmek	Tromboliz akut, yaşam/organ tehdit eden seçilmiş trombozlarda kullanılır; kronik profilaksi değildir.

34. Konvülsif status epileptikus - Doğru cevap: B

Kazanım: Konvülsif status epileptikusta ilk ilaç tedavisini seçer.

Çözüm basamakları

1. Beş dakikadan uzun süren jeneralize konvülsiyon status epileptikus olarak tedavi edilir.
2. Hava yolu, oksijen ve glukoz değerlendirmesiyle eş zamanlı hızlı etkili benzodiazepin verilir.
3. İntravenöz lorazepam ilk seçenektir; ardından uzun etkili ikinci basamak antiepileptik yüklenir.

Sonuç: Konvülsif status epileptikusta ilk farmakolojik tedavi intravenöz lorazepamdır.

Kritik tuzak: İkinci basamak antiepileptiği benzodiazepinden önce vererek nöbet sonlandırmayı geciktirmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Oral karbamazepin	Oral emilim yavaştır ve devam eden status epileptikusu acil sonlandırmaz.
C) Oral valproat	Oral yol aktif nöbette güvenli ve hızlı değildir; benzodiazepin ilk basamaktır.
D) İntravenöz mannitol	Mannitol intrakraniyal basınç için kullanılır; nöbeti doğrudan sonlandırmaz.
E) Subkutan sumatriptan	Migren/küme baş ağrısı tedavisidir; status epileptikusta etkisizdir.

35. Serotonin sendromu - Doğru cevap: D

Kazanım: Serotonin sendromunu nöromusküler bulgularla tanır ve tedavi eder.

Çözüm basamakları

1. Linezolid monoamin oksidazı inhibe ederek SSRI ile serotonerjik toksisite oluşturabilir.
2. Klonus ve hiperrefleksi serotonin sendromunu nöroleptik malign sendromdan ayıran önemli bulgulardır.
3. Sorumlu ilaçlar kesilir; sedasyon, soğutma, sıvı ve benzodiazepin verilir; orta-ağır olguda siproheptadin düşünülebilir.

Sonuç: Klonuslu serotonerjik toksisitede ilaçlar kesilip destek ve benzodiazepin başlanır; siproheptadin eklenebilir.

Kritik tuzak: Ateş ve rijidite benzeri bulgular nedeniyle refleks olarak nöroleptik malign sendrom tedavisi seçmek; klonus ayırt edicidir.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Antipsikotik dozu artırmak ve ilaçlara devam etmek	Dopamin blokajı tabloyu açıklamaz; sorumlu ilaçları sürdürmek toksisiteyi artırır.
B) Dantrolen tek başına vermek	Dantrolen malign hipertermide temel ilaçtır; serotonin sendromunda ilk tedavi değildir.
C) Bromokriptin başlamak	Bromokriptin nöroleptik malign sendromda düşünülebilir; serotonerjik aktiviteyi azaltmaz.
E) Yalnız geniş spektrumlu antibiyotik verip gözlemek	Enfeksiyon ayırıcı tanıda olsa da klonus ve ilaç etkileşimi serotonin toksisitesini güçlü biçimde destekler.

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

36. Prematüre respiratuvar distres sendromu - Doğru cevap: C

Kazanım: Prematüre RDS'de başlangıç solunum desteğini ve surfaktan endikasyonunu belirler.

Çözüm basamakları

1. Prematürte, erken başlangıç ve retikülogranüler-hava bronkogramlı düşük hacim RDS için tipiktir.
2. Spontan soluyan prematüre bebekte nazal CPAP fonksiyonel rezidüel kapasiteyi korur.
3. Oksijen gereksinimi yükselirse minimal invaziv yöntemle erken surfaktan verilmesi entübasyon süresini azaltabilir.

Sonuç: Prematüre RDS'de ilk basamak nazal CPAP ve hedefe yönelik oksijendir; belirgin gereksinimde erken surfaktan eklenir.

Kritik tuzak: Her solunum sıkıntılı prematüreyi doğrudan yüksek basınçlı ventilasyona almak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Yalnız geniş spektrumlu antibiyotik ve oda havasında izlem	Sepsis dışlanmalıdır ancak tipik RDS'de solunum desteğini geciktirmek uygun değildir.
B) Rutin yüksek basınçlı invaziv ventilasyon, surfaktan vermeden	Gereksiz invaziv ventilasyon volutravma ve bronkopulmoner displazi riskini artırır; noninvaziv destek tercih edilir.
D) Furosemid ve sıvı kısıtlaması	Pulmoner ödem temel patoloji değildir; surfaktan eksikliğini düzeltmez.
E) Nebülize salbutamol	RDS bronkospazm değil surfaktan eksikliği ve alveoler kollapsla oluşur.

37. Erken başlangıçlı neonatal sepsis - Doğru cevap: D

Kazanım: Erken neonatal sepsiste ampirik antibiyotik kombinasyonunu seçer.

Çözüm basamakları

1. Uzamış membran rüptürü ve maternal ateş erken başlangıçlı sepsis riskini artırır.
2. Ampisilin GBS, enterokok ve Listeria'yı; gentamisin gram-negatif basilleri kapsar.
3. Kültür sonucuna göre tedavi daraltılır veya sepsis dışlanırsa kesilir.

Sonuç: Erken başlangıçlı neonatal sepsiste standart ampirik kombinasyon ampisilin ve gentamisinidir.

Kritik tuzak: Yenidoğanda sefalosporini refleks olarak seçip Listeria kapsamını unutmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Vankomisin ve flukonazol	Erken başlangıçlı sepsisin temel etkenleri GBS ve gram-negatif enterik basillerdir; bu kombinasyon uygun ilk kapsamı sağlamaz.
B) Oral amoksisilin	Sepsis şüphesinde intravenöz tedavi gerekir ve tek oral ajan yetersizdir.
C) Sefazolin tek başına	Listeria ve bazı gram-negatif etkenler için yetersizdir.
E) Azitromisin tek başına	Erken neonatal sepsisin tipik patojenlerini yeterince kapsamaz.

38. Semptomatik neonatal hipoglisemi - Doğru cevap: E

Kazanım: Semptomatik yenidoğan hipoglisemisinde intravenöz dekstroz tedavisini başlatır.

Çözüm basamakları

1. Jitteriness ve apne hipogliseminin nörolojik belirtileridir.
2. 24 mg/dL ciddi düşük değerdir ve acil intravenöz tedavi gerektirir.
3. %10 dekstroz bolusu sonrası yaşa uygun glukoz infüzyon hızıyla sürekli destek ve sık ölçüm yapılır.

Sonuç: Semptomatik ağır neonatal hipoglisemide intravenöz %10 dekstroz bolusu ve infüzyonu başlanır.

Kritik tuzak: Diyabetik anne bebeğinde hipoglisemiyi beklenen geçici durum kabul edip tedaviyi ertelemek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Yalnız emzirmeyi bir sonraki öğüne kadar beklemek	Semptomatik ve ciddi hipoglisemide oral beslenmeyi beklemek nörolojik hasar riskini artırır.
B) İnsülin infüzyonu	İnsülin kan şekeri daha da düşürür.
C) Sıvı kısıtlaması	Hipoglisemiyi düzeltmez ve perfüzyonu bozabilir.
D) Oral glukoz tolerans testi	Tanısal testtir; akut semptomatik hipoglisemide tedaviyi geciktirir.

39. Rh hemolitik hastalığında değişim transfüzyonu - Doğru cevap: B

Kazanım: Ağır izoimmün hemolizde değişim transfüzyonu gereksinimini tanır.

Çözüm basamakları

1. Pozitif direkt antiglobulin testi ve ağır anemi Rh izoimmün hemolizi gösterir.
2. Bilirübünün yoğun fototerapiye rağmen değişim eşiğini aşması kernikterus riskini belirgin artırır.
3. Değişim transfüzyonu bilirübini, dolaşan antikor ve antikorla kaplı eritrositleri hızla uzaklaştırır.

Sonuç: Nörotoksisite eşiğini aşan ağır Rh hemolitik hastalığında acil değişim transfüzyonu gerekir.

Kritik tuzak: Fototerapinin tüm hiperbilirübinemi düzeylerinde tek başına yeterli olduğunu düşünmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Fototerapiyi kesip yalnız oral sıvı vermek	Bilirubin nörotoksisite eşiğini aşmış ve hemoliz sürmektedir; bu yaklaşım yetersizdir.
C) Yalnız demir tedavisi	Akut hemolizi ve ağır hiperbilirübinemiyi düzeltmez; ayrıca demir yükü sorun olabilir.
D) Yalnız eritropoietin	Etkisi gecikir ve bilirübini hızla düşürmez.
E) Bebeğe anti-D immünoglobulin yapmak	Anti-D profilaksisi Rh-negatif anneye fetal eritrosit maruziyetini önlemek için verilir; hasta yenidoğanın tedavisi değildir.

40. Santral erken puberte - Doğru cevap: A

Kazanım: Santral erken pubertede uzun etkili GnRH agonisti tedavisini seçer.

Çözüm basamakları

1. Sekiz yaşından önce ikincil cinsiyet özellikleri ve ileri kemik yaşı erken pubertedir.
2. Uyarılmış LH'nin pubertal yanıtı hipotalamo-hipofizer-gonadal aksın merkezi aktivasyonunu gösterir.
3. Uzun etkili GnRH agonisti pulsatile uyarıyı sürekli hâle getirerek gonadotropin salgısını baskılar ve kemik yaşı ilerlemesini yavaşlatır.

Sonuç: Santral erken pubertenin standart tedavisi uzun etkili GnRH agonistidir.

Kritik tuzak: İleri kemik yaşına rağmen yalnız psikososyal izlem seçerek erişkin boy kaybını göz ardı etmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
B) Büyüme hormonu	Santral pubertal aks aktivasyonunu baskılamaz ve kemik yaşı ilerlemesini durdurmaz.
C) Levotiroksin	Hipotiroidi bulgusu yoktur; pubertal LH yanıtı santral erken puberteyi destekler.
D) Östrojen replasmanı	Mevcut erken pubertal gelişimi hızlandırır.
E) Yalnız oral kontraseptif	Pubertal aksı güvenilir biçimde baskılamaz ve erişkin boy kazanımını korumak için standart değildir.

41. D vitamini eksikliği riketsi - Doğru cevap: B

Kazanım: Nütrisyonel riketsin klinik ve biyokimyasal bulgularına göre tedavi seçer.

Çözüm basamakları

1. Bilek genişlemesi, bacak eğriliği ve büyüme gecikmesi rikets bulgularıdır.
2. Düşük 25-OH D, sekonder hiperparatiroidi ve yüksek ALP nütrisyonel D vitamini eksikliğini destekler.
3. D vitamini depoları kolekalsiferolle yenilenirken yeterli kalsiyum sağlanmalıdır.

Sonuç: Nütrisyonel rikets kolekalsiferol ve kalsiyumla tedavi edilir; beslenme ve güneşlenme eğitimi eklenir.

Kritik tuzak: Düşük fosforu primer fosfat kaybı sanıp D vitamini ve kalsiyum eksikliğini tedavi etmemek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Yalnız fosfat bağlayıcı	Fosfat düzeyini daha da düşürür ve nütrisyonel riketsi kötüleştirir.
C) Yalnız kalsitonin	Kemik mineralizasyonunu düzeltmez; hiperkalsemi tedavisinde kullanılır.
D) Yüksek doz glukokortikoid	Kemik kaybını artırabilir ve D vitamini eksikliğini tedavi etmez.
E) Demir şelasyonu	Riketsin patofizyolojisiyle ilişkili değildir.

42. Kızamık temas sonrası korunma - Doğru cevap: D

Kazanım: Ağır immünsüpresif çocukta kızamık temas sonrası immünoglobulin kullanır.

Çözüm basamakları

1. Kızamık çok bulaşıcıdır ve ağır immünsüpresyonda ölümcül seyredebilir.
2. Canlı MMR aşısı bu çocukta güvenli değildir.
3. Temastan sonraki altı gün içinde uygun doz immünoglobulin pasif korunma sağlar.

Sonuç: Ağır immünsüpresif, kızamığa duyarlı çocukta temas sonrası immünoglobulin uygulanmalıdır.

Kritik tuzak: Temas sonrası aşı seçerken hastanın canlı aşı kontrendikasyonunu gözden kaçırmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Canlı kızamık-kızamıkçık-kabakulak aşısını hemen yapmak	Yoğun kemoterapi altındaki ağır immünsüpresif hastada canlı aşı kontrendikedir.
B) Oseltamivir başlamak	İnfluenza antiviralidir; kızamığa karşı koruma sağlamaz.
C) Azitromisin profilaksisi	Kızamık viral bir enfeksiyondur; makrolid profilaksisi etkisizdir.
E) Belirti gelişene kadar hiçbir işlem yapmamak	Ağır immünsüpresif ve duyarlı çocukta temas sonrası immünoglobulin ciddi hastalık riskini azaltabilir.

43. Akut epiglottit - Doğru cevap: C

Kazanım: Epiglottitte hava yolunu güvenli ortamda kontrol altına alır.

Çözüm basamakları

1. Salya, tripod pozisyonu, toksik görünüm ve stridor epiglottiti düşündürür.
2. Hava yolu ani kapanabileceğinden gereksiz manipülasyondan kaçınılır.
3. Anestezi-KBB ekibiyle kontrollü entübasyon sağlandıktan sonra üçüncü kuşak sefalosporin gibi antibiyotik başlanır.

Sonuç: Epiglottitte öncelik çocuğu ajite etmeden kontrollü hava yolu güvenliğidir; boğaz muayenesiyle zaman kaybedilmez.

Kritik tuzak: Tanıyı görmek için dil basacağı kullanarak tam obstrüksiyonu tetiklemek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Dil basacağıyla poliklinikte ayrıntılı farinks muayenesi yapmak	Ajitasyon ve doğrudan muayene tam hava yolu tıkanmasını tetikleyebilir.
B) Nebülide salbutamol verip evde izlemek	Epiglottit bronkospazm değildir ve hızla hava yolu kaybı yapabilir.
D) Boğaz kültürü sonucu çıkana kadar tedaviyi bekletmek	Hava yolu ve ampirik antibiyotik acildir; kültür beklenmez.
E) Sırtüstü yatırıp zorla damar yolu açmak	Pozisyon değiştirme ve ajitasyon obstrüksiyonu ağırlaştırabilir; hava yolu ekibi önceliklidir.

44. Kronik granülomatöz hastalık - Doğru cevap: D

Kazanım: Fagosit oksidatif patlama bozukluğunu dihidrorodamin testiyle doğrular.

Çözüm basamakları

1. Katalaz pozitif bakteri ve mantarlarla derin apseler kronik granülomatöz hastalığı düşündürür.
2. NADPH oksidaz kusuru fagositlerin oksidatif patlama yapmasını engeller.
3. Dihidrorodamin testi oksidatif patlamayı akım sitometrisiyle ölçer ve taşıyıcı analizine de yardımcı olur.

Sonuç: Kronik granülomatöz hastalığın tercih edilen fonksiyon testi dihidrorodamin oksidasyon testidir.

Kritik tuzak: Tekrarlayan akciğer enfeksiyonları nedeniyle yalnız kistik fibrozise odaklanmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Ter klor testi	Kistik fibrozisi değerlendirir; fagosit oksidatif patlamasını ölçmez.
B) Serum total IgE	Yüksek olabilir ancak kronik granülomatöz hastalık için doğrulayıcı değildir.
C) T lenfosit proliferasyon testi	T hücre fonksiyonunu değerlendirir; katalaz pozitif enfeksiyon paterni fagosit kusurunu düşündürür.
E) Direkt Coombs testi	Eritrositlere bağlı antikoru saptar ve immün yetmezlik tanısında kullanılmaz.

45. Sistemik JİA'da makrofaj aktivasyon sendromu - Doğru cevap: E

Kazanım: Sistemik JİA'da makrofaj aktivasyon sendromunu tanıır.

Çözüm basamakları

1. Sistemik JİA, sekonder hemofagositik sendrom için güçlü bir zemin oluşturur.
2. Sürekli ateş, organomegali, sitopeniler ve nörolojik bozulma klinik alarm bulgularıdır.
3. Çok yüksek ferritin, yüksek trigliserid ve düşük fibrinojen makrofaj aktivasyon sendromunu destekler.

Sonuç: Sistemik JİA'da ani klinik kötüleşme, sitopeni, hipofibrinojenemi ve aşırı ferritin makrofaj aktivasyon sendromunu gösterir.

Kritik tuzak: Ferritin yüksekliğini yalnız akut faz yanıtı kabul edip sitopeni ve fibrinojen düşüklüğünü önemsememek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Demir eksikliği anemisi	Aşırı ferritin, sitopeniler, hipofibrinojenemi ve organomegaliyi açıklamaz.
B) Akut romatizmal ateş	Kardit ve gezici artrit beklenir; bu hiperinflamatuvar laboratuvar tablosu tipik değildir.
C) Reye sendromu	Aspirin-viral hastalık ilişkisi ve karaciğer disfonksiyonu ön plandadır; ferritin-sitopeni paterni MAS'ı destekler.
D) Tümör lizis sendromu	Hiperürisemi, hiperfosfatemi ve hipokalsemi beklenir; bu olguda hemofagositik inflamasyon bulguları vardır.

46. Prematüre patent duktus arteriozus - Doğru cevap: C

Kazanım: Hemodinamik önemli PDA'da farmakolojik kapatma tedavisini seçer.

Çözüm basamakları

1. Prematürte, sürekli üfürüm, sıçrayıcı nabız ve sol kalp hacim yükü hemodinamik önemli PDA'yı gösterir.
2. Siklooksijenaz inhibisyonu prostaglandin sentezini azaltarak duktal konstriksiyon sağlar.
3. Kontrendikasyon yoksa ibuprofen veya indometazin kullanılabilir; seçenekler içinde ibuprofen uygundur.

Sonuç: Hemodinamik önemli prematüre PDA'sında kontrendikasyon yoksa ibuprofenle farmakolojik kapatma denenebilir.

Kritik tuzak: PGE1'in duktusla ilişkili her durumda kullanılacağını sanmak; PGE1 duktusu kapatmaz, açık tutar.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Prostaglandin E1	PGE1 duktusu açık tutar; duktusa bağımlı kalp hastalıklarında kullanılır.
B) Digoksin tek başına	Kalp yetersizliği belirtilerini kısmen etkileyebilir ancak duktusu kapatmaz.
D) Adenozin	Supraventriküler taşikardi tedavisidir; PDA'yı kapatmaz.
E) Sildenafil	Pulmoner hipertansiyon tedavisinde kullanılır; PDA kapatma ajanı değildir.

47. Büyük arter transpozisyonunda yetersiz karışım - Doğru cevap: B

Kazanım: D-TGA'da duktusu açık tutup atriyal karışımı artırır.

Çözüm basamakları

1. D-TGA'da sistemik ve pulmoner dolaşım paraleldir; yaşam için düzeyler arası karışım gerekir.
2. PGE1 duktusu açık tutarak geçici karışım sağlar.
3. Restriktif atriyal açıklıkta balon septostomi atriyal karışımı hızla artırır.

Sonuç: Ağır hipoksemi ve restriktif atriyal iletişimi olan D-TGA'da PGE1 ve acil balon atriyal septostomi gerekir.

Kritik tuzak: Duktusu patolojik şant sanıp kapatmak; bu lezyonda duktus yaşam kurtarıcıdır.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) İndometazin vererek duktusu kapatmak	Duktusun kapanması paralel dolaşım arasındaki karışımı azaltıp hipoksemiye ağırlaştırır.
C) Yalnız yüksek akımlı oksijen	Anatomik karışım yetersizliği çözülmeden oksijen satürasyonu belirgin düzelmez.
D) Oral propranolol	Hipoksik nöbet tedavisi değildir ve dolaşım arası karışımı artırmaz.
E) Elektif cerrahi birkaç ay ertelemek	Ağır hipoksemi acil karışım artırıcı müdahale ve erken arteriyel switch planı gerektirir.

48. Çocukta supraventriküler taşikardi - Doğru cevap: A

Kazanım: Hemodinamik stabil dar kompleksli SVT'de adenosin uygular.

Çözüm basamakları

1. Ani başlangıçlı, düzenli dar kompleksli 240/dakika ritim SVT ile uyumludur.
2. Stabil hastada önce vagal manevra uygulanır.
3. Başarısızsa çok kısa etkili AV nod blokörü adenosin hızlı IV bolusla verilir.

Sonuç: Vagal manevraya yanıt vermeyen stabil çocukluk çağı SVT'sinde hızlı IV adenosin ilk ilaçtır.

Kritik tuzak: Kalp hızının yüksekliğini tek başına instabilite kabul edip doğrudan kardiyoversiyon yapmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
B) Oral digoksin yüklemesi	Akut SVT'yi hızlı sonlandırmaz ve bazı aksesuar yol tablolarında sakıncalı olabilir.
C) Senkronize kardiyoversiyon	İnstabil hastada kullanılır; bu çocuk hemodinamik olarak stabildir ve önce adenosin denenir.
D) Atropin	Bradikardi tedavisidir; taşikardiyi artırabilir.
E) Lidokain infüzyonu	Ventriküler aritmilerde kullanılır; düzenli dar kompleksli SVT'nin ilk seçeneği değildir.

49. Kistik fibrozis tanısı - Doğru cevap: D

Kazanım: Kistik fibrozis şüphesinde ter klor testini kullanır.

Çözüm basamakları

1. Kronik sinopulmoner hastalık, pankreatik malabsorpsiyon ve büyüme geriliği kistik fibrozisi düşündürür.
2. Ter klor ölçümü standart doğrulama testidir; iki ayrı uygun örnekte yüksek değer tanıyı destekler.
3. Sınırdan veya uyumsuz sonuçlarda CFTR gen analizi ve fonksiyonel testler eklenebilir.

Sonuç: Kistik fibrozis şüphesinde ilk doğrulama testi pilokarpın iyontoforeziyle ter klor ölçümüdür.

Kritik tuzak: Yalnız tekrarlayan enfeksiyona odaklanıp pankreatik malabsorpsiyon birlikteliğini gözden kaçırmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Tüberkülin deri testi	Tüberküloz maruziyetini değerlendirir; pankreatik yetmezlik ve kronik sinopulmoner tabloyu açıklamaz.
B) Dışkıda gizli kan	Gastrointestinal kanamayı değerlendirir; kistik fibrozis tanısını doğrulamaz.
C) Serum alfa-fetoprotein	Karaciğer/germ hücreli tümör belirticidir.
E) Direkt Coombs testi	İmmün hemolizi değerlendirir ve kistik fibrozisle ilişkili değildir.

50. Hipertrofik pilor stenozu - Doğru cevap: E

Kazanım: Pilor stenozunda cerrahi öncesi sıvı-elektrolit bozukluğunu düzeltir.

Çözüm basamakları

1. Fıskırır safrasız kusma ve zeytin kitle pilor stenozu için tipiktir.
2. Kusma hidrojen ve klor kaybıyla hipokloremik, hipokalemik metabolik alkaloz yapar.
3. Piloromiyotomi öncesinde dehidratasyon ve elektrolitler düzeltilmelidir.

Sonuç: Pilor stenozunda önce izotonik sıvı ve uygun potasyumla metabolik bozukluk düzeltilir, sonra piloromiyotomi yapılır.

Kritik tuzak: Cerrahi tanı konduğu için fizyolojik stabilizasyonu atlamak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Acil ameliyata elektrolitler düzeltilmeden almak	Metabolik alkaloz ve dehidratasyon anestezi riskini artırır; pilor stenozu cerrahi acil değil medikal stabilizasyon acildir.
B) Oral beslenmeyi artırmak	Obstrüksiyon nedeniyle kusmayı ve aspirasyon riskini artırır.
C) Bikarbonat infüzyonu	Hastada zaten metabolik alkaloz vardır; bikarbonat tabloyu kötüleştirir.
D) Yalnız proton pompası inhibitörü	Mekanik pilor hipertrofisini ve ciddi elektrolit kaybını tedavi etmez.

51. Meckel divertikülü - Doğru cevap: D

Kazanım: Çocukta ağrısız alt GİS kanamasında Meckel sintigrafisini seçer.

Çözüm basamakları

1. Çocukta ağrısız, tekrarlayan alt gastrointestinal kanama Meckel divertikülünü düşündürür.
2. Kanama çoğunlukla divertiküldeki ektopik gastrik mukozanın komşu ileumda ülser oluşturmaya bağlıdır.
3. Teknesyum-99m perteknetat gastrik mukozada tutulur ve Meckel sintigrafisinde kullanılır.

Sonuç: Ağrısız alt GİS kanamalı çocukta Meckel divertikülü için tercih edilen test Tc-99m perteknetat sintigrafisidir.

Kritik tuzak: Kanama olduğu için doğrudan erişkin algoritmasıyla kolonoskopiye yönelmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Üre nefes testi	H. pylori enfeksiyonunu gösterir; distal ince bağırsak kaynaklı kanamayı saptamaz.
B) Baryumlu özofagus grafisi	Özofagus anatomisini değerlendirir; ağrısız alt GİS kanamasının testi değildir.
C) Hepatobiliyer sintigrafi	Safra kesesi ve safra akımını değerlendirir; ektopik gastrik mukozayı göstermez.
E) Dışkıda pankreatik elastaz	Ekzokrin pankreas yetersizliğini değerlendirir.

52. Konjenital hiperinsülinizm - Doğru cevap: A

Kazanım: Hiperinsülinemik hipoglisemide diazoksit tedavisini seçer.

Çözüm basamakları

1. Hipoglisemide insülinin baskılanmaması, keton ve yağ asitlerinin düşük olması hiperinsülinizmi gösterir.
2. Diazoksit KATP kanalını açık tutarak beta hücresinden insülin salınımını azaltır.
3. Yanıt yoksa genetik-alt tip değerlendirmesi, oktreotid ve cerrahi seçenekler gündeme gelir.

Sonuç: Konjenital hiperinsülinizmde ilk tercih edilen ilaç, kontrendikasyon yoksa diazoksittir.

Kritik tuzak: Hipoglisemide yalnız glukoz vermekle yetinip uygunsuz insülin salınımını hedeflememek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
B) Metformin	İnsülin duyarlılığını artırır ve hipoglisemiye kötüleştirir; diyabet tedavisidir.
C) Levotiroksin	Hiperinsülin salınımını baskılamaz.
D) Desmopressin	Santral diabetes insipidus tedavisidir; glukoz metabolizmasına uygun etkisi yoktur.
E) Bisfosfonat	Kemik rezorpsiyonunu inhibe eder; hiperinsülinizmle ilişkili değildir.

53. Turner sendromu - Doğru cevap: C

Kazanım: Turner sendromunu karyotiple doğrular.

Çözüm basamakları

1. Boy kısalığı, webbed neck, göğüs yapısı ve puberte gecikmesi Turner sendromunu düşündürür.
2. Biküspit aort kapağı ve aort koarktasyonu Turner ile ilişkilidir.
3. Tanı X kromozomu monozomisi veya mozaizmini gösterecek karyotiple doğrulanır.

Sonuç: Turner sendromu şüphesinde periferik kandan karyotip analizi tanıyı doğrular.

Kritik tuzak: Puberte gecikmesini yalnız fonksiyonel gecikme kabul edip eşlik eden kardiyak ve dismorfik bulguları gözden kaçırmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Ter klor testi	Kistik fibrozis tanısında kullanılır; dismorfik görünüm ve gonadal yetmezliği açıklamaz.
B) Dihidrorodamin testi	Fagosit oksidatif patlama bozukluğunu değerlendirir.
D) Hemoglobin elektroforezi	Hemoglobinopatileri gösterir; Turner sendromunu doğrulamaz.
E) İdrarda homovanilik asit	Nöroblastom belirtecidir; kromozom anomalisi tanısında kullanılmaz.

54. Beta talasemi taşıyıcılığı - Doğru cevap: E

Kazanım: Mikrositozda demir eksikliğini beta talasemi taşıyıcılığından ayırır.

Çözüm basamakları

1. Mikrositoz hemoglobin düşüklüğünden orantısız derecede belirgindir.
2. Eritrosit sayısının yüksek-normal olması ve Mentzer indeksinin 13'ün altında bulunması talasemi taşıyıcılığını destekler.
3. Hemoglobin elektroforezinde HbA2 yüksekliği beta talasemi taşıyıcılığını doğrular.

Sonuç: Normal ferritin, yüksek eritrosit sayısı ve düşük Mentzer indeksi beta talasemi taşıyıcılığını düşündürür.

Kritik tuzak: Her mikrositoza ampirik demir verip demir depolarını ve eritrosit sayısını değerlendirmemek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Demir eksikliği anemisi	Ferritin normaldir, eritrosit sayısı görece yüksektir ve Mentzer indeksi 13'ün altındadır.
B) Megaloblastik anemi	MCV yüksek olması beklenir; burada belirgin mikrositoz vardır.
C) Aplastik anemi	Pansitopeni ve düşük retikülosit beklenir; izole mikrositozu açıklamaz.
D) Herediter sferositoz	Genellikle normositer hemoliz, yüksek MCHC ve retikülositoz görülür.

55. Herediter sferositoz - Doğru cevap: C

Kazanım: Herediter sferositozu EMA bağlanma testiyle doğrular.

Çözüm basamakları

1. Kronik Coombs-negatif hemoliz, splenomegali ve aile öyküsü herediter sferositozu düşündürür.
2. Yüksek MCHC ve sferositler destekleyicidir ancak otoimmün hemolizde de görülebilir.
3. EMA bağlanma testi bant 3 ve ilişkili membran proteinlerindeki kusura duyarlı modern doğrulama testidir.

Sonuç: Herediter sferositozun doğrulanmasında eozin-5-maleimid bağlanma testi tercih edilir.

Kritik tuzak: Sferosit görülmesini otomatik olarak otoimmün hemoliz kabul edip negatif DAT'ı önemsememek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Direkt antiglobulin testini tekrarlamak	Negatif DAT immün hemolizi azaltır; membran protein kusurunu doğrulamaz.
B) Hemoglobin elektroforezi	Hemoglobinopatiji değerlendirir; eritrosit membran protein kusurunu göstermez.
D) Kemik iliği biyopsisi	Retikülositozla uyumlu hemolizde genellikle gerekli değildir ve tanıyı özgül doğrulamaz.
E) Serum ferritin	Demir depolarını gösterir; sferositoz tanısını koydurmaz.

56. Nöroblastom - Doğru cevap: E

Kazanım: Nöroblastomun klinik, görüntüleme ve katekolamin bulgularını tanıır.

Çözüm basamakları

1. Adrenal veya sempatik zincir kaynaklı nöroblastom düzensiz ve orta hattı geçen kitle oluşturabilir.
2. Orbital metastaz periorbital ekimoza yol açabilir.
3. Opsoklonus-miyoklonus paraneoplastik bulgudur; idrar VMA/HVA yüksekliği tanıyı destekler.

Sonuç: Orta hattı geçen kitle, periorbital ekimoz, opsoklonus ve yüksek VMA nöroblastomu gösterir.

Kritik tuzak: Çocukta her renal/abdominal kitleyi Wilms tümörü kabul etmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Wilms tümörü	Wilms tümörü çoğunlukla düzgün böbrek kitlesidir ve orta hattı daha az geçer; katekolamin metabolitleri yükselmez.
B) Hepatoblastom	Karaciğer kaynaklıdır ve alfa-fetoprotein yüksekliği beklenir.
C) Lenfoma	Abdominal kitle yapabilir ancak VMA yüksekliği ve opsoklonus-miyoklonus nöroblastomu destekler.
D) Rabdomiyosarkom	Kas/ürogenital kaynaklı kitleler yapar; katekolamin metabolitleriyle ilişkili değildir.

57. Shiga toksin ilişkili hemolitik üremik sendrom - Doğru cevap: A

Kazanım: Tipik HÜS'te destek tedavisini seçer ve zararlı rutin uygulamalardan kaçınır.

Çözüm basamakları

1. Mikroanjyopatik hemolitik anemi, trombositopeni ve akut böbrek hasarı HÜS üçlüsüdür.
2. Kanlı ishal sonrası gelişmesi tipik Shiga toksin ilişkili HÜS'ü destekler.
3. Tedavi başlıca titiz destek tedavisidir; sıvı durumu, elektrolit, hipertansiyon ve diyaliz gereksinimi yönetilir.

Sonuç: Tipik ishal ilişkili HÜS'te temel yaklaşım destek tedavisidir; rutin antibiyotik, antitrombotik ve trombosit transfüzyonundan kaçınılır.

Kritik tuzak: Trombosit sayısı düşük olduğu için kanama yokken otomatik trombosit vermek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
B) Rutin antibiyotik ve loperamid	Shiga toksinli enfeksiyonda bazı antibiyotikler toksin salınımını artırabilir; antitrombotik ilaçları önerilmez.
C) Rutin trombosit transfüzyonu	Aktif ciddi kanama veya invaziv işlem yoksa trombosit verilmesi mikrotrombozu artırabilir.
D) Acil splenektomi	HÜS'ün mikroanjyopatik mekanizmasını tedavi etmez.
E) Yalnız yüksek doz steroid	Tipik Shiga toksin ilişkili HÜS'te rutin steroidin kanıtlanmış temel yararı yoktur.

58. İlk febril üriner sistem enfeksiyonu sonrası görüntüleme - Doğru cevap: A

Kazanım: İlk febril UTI sonrası süt çocuğunda renal-mesane ultrasonografisi planlar.

Çözüm basamakları

1. Süt çocuklarında febril UTI üst üriner sistem enfeksiyonu kabul edilir.
2. Renal-mesane ultrasonografisi hidronefroz, obstrüksiyon ve yapısal anomalileri noninvaziv değerlendirir.
3. VCUG ultrason anormalliği veya tekrarlayan/atipik UTI gibi durumlarda seçilir.

Sonuç: İlk febril UTI sonrası süt çocuğunda ilk görüntüleme renal ve mesane ultrasonografisidir.

Kritik tuzak: Vezikoureteral reflü olasılığı nedeniyle her çocuğa otomatik invaziv VCUG yapmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
B) Her olguda hemen işeme sistüroretrografisi	VCUG genellikle ultrason anormalliği, atipik/rekrürren enfeksiyon veya özel riskte yapılır; tüm ilk olgularda rutin değildir.
C) Rutin intravenöz piyelografi	Radyasyon ve kontrast içerir; güncel ilk basamak görüntüleme değildir.
D) Kontrastsız kraniyal BT	Üriner sistem anatomisini değerlendirmez.
E) Kemik sintigrafisi	Renal parankim ve üriner anatomi için uygun değildir.

59. İnfantil spazm - Doğru cevap: B

Kazanım: İnfantil spazmda EEG bulgusunu tanıır ve ACTH tedavisini seçer.

Çözüm basamakları

1. Kümelenen fleksör spazmlar, başlangıç yaşı ve gelişim gerilemesi West sendromunu düşündürür.
2. Hipsaritmik karakteristik EEG paternidir.
3. Tüberoskleroz yoksa ACTH veya yüksek doz steroid birinci basamak seçeneklerdendir; tüberosklerozda vigabatrin öne çıkar.

Sonuç: Tüberoskleroz dışı infantil spazmda ACTH uygun ilk tedavidir ve gecikmeden başlanmalıdır.

Kritik tuzak: Kısa nöbetler olduğu için benign kabul edip gelişim gerilemesini önemsememek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Yalnız rektal diazepam gerektiğinde	Tek tek nöbetleri baskılayabilir ancak infantil spazmın epileptik ensefalopatisini tedavi etmez.
C) Etosüksimid	Absans nöbetlerinde kullanılır; hipsaritmik spazmlarda uygun değildir.
D) Karbamazepin	İnfantil spazmda etkisiz olabilir ve bazı jeneralize epilepsileri kötüleştirir.
E) Yalnız febril nöbet eğitimi	Spazmlar ateşle ilişkili değildir ve gelişimsel gerilemeyle ciddi epileptik ensefalopati oluşturur.

60. Klasik galaktozemi - Doğru cevap: C

Kazanım: Klasik galaktozemide galaktoz/laktozu derhal diyetten çıkarır.

Çözüm basamakları

1. Sütle başlayan karaciğer hastalığı, katarakt ve E. coli sepsisi klasik galaktozemi için tipiktir.
2. GALT eksikliği galaktoz-1-fosfat birikimine yol açar.
3. Tanısal örnekler alındıktan sonra tedavi sonucu beklemeden laktoz/galaktoz içermeyen formül başlanır.

Sonuç: Klasik galaktozemide galaktoz ve laktoz derhal diyetten çıkarılmalıdır; E. coli sepsisi eş zamanlı tedavi edilir.

Kritik tuzak: Yenidoğan sarılığını fizyolojik kabul edip sütle ilişki, katarakt ve sepsisi gözden kaçırmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Fenilalanini kısıtlamak	Fenilketonüri tedavisidir; galaktoz-1-fosfat birikimini azaltmaz.
B) Dallı zincirli aminoasitleri kısıtlamak	Akçaağaç şurubu idrar hastalığında kullanılır.
D) Fruktozu kısıtlamak	Hereditör fruktoz intoleransının tedavisidir; sütle başlayan bu tabloyu düzeltmez.
E) Yüksek laktozlu beslenmeye devam etmek	Galaktoz yükünü artırarak karaciğer yetmezliği ve sepsis riskini artırır.

Cerrahi Tıp Bilimleri

61. Boerhaave sendromu - Doğru cevap: E

Kazanım: Spontan özofagus rüptüründe sepsis kontrolü ve acil onarım gereğini tanır.

Çözüm basamakları

1. Kusma sonrası ani göğüs ağrısı ve subkutan amfizem Boerhaave sendromunu düşündürür.
2. Periözofageal hava ve plevral efüzyon tam kat rüptür ve mediastinal kontaminasyonu destekler.
3. Resüsitasyon, geniş antibiyotik, oral alımın kesilmesi ve erken cerrahi/endoskopik kaynak kontrolü prognoz için belirleyicidir.

Sonuç: İnstabil Boerhaave sendromunda antibiyotik ve resüsitasyonla birlikte acil kaynak kontrolü gerekir.

Kritik tuzak: Kusma sonrası göğüs ağrısını yalnız reflü veya Mallory-Weiss kanaması olarak değerlendirmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Oral proton pompası inhibitörü verip taburcu etmek	Tam kat özofagus rüptürü mediastinit ve sepsis yapar; konservatif ayaktan tedavi ölümcüldür.
B) Yalnız nazogastrik sonda ile beslemek	Kör nazogastrik girişim perforasyonu büyütebilir; kaynak kontrolü ve parenteral destek gerekir.
C) Elektif endoskopiye bir hafta sonra planlamak	Hemodinamik bozukluk ve mediastinal kontaminasyon acil müdahale gerektirir.
D) Yalnız antiasit ve antiemetik	Semptomları azaltabilir ancak perforasyon, kontaminasyon ve sepsisi tedavi etmez.

62. Strangüle kapalı ans ince bağırsak obstrüksiyonu - Doğru cevap: B

Kazanım: İskemik kapalı ans obstrüksiyonunda acil laparotomi endikasyonunu belirler.

Çözüm basamakları

1. Sürekli ağrı, taşikardi, lökositoz ve laktat yüksekliği strangülasyon/iskemiye düşündürür.
2. İki geçiş noktası ve mezenterik girdap kapalı ans obstrüksiyonunu gösterir.
3. Azalmış kontrastlanma ve pnömatozis bağırsak canlılığının tehdit altında olduğunu kanıtlar; acil cerrahi gerekir.

Sonuç: İskemik kapalı ans obstrüksiyonunda nonoperatif izlem değil, acil laparotomi ve nekrotik bağırsak rezeksiyonu gerekir.

Kritik tuzak: Adezyon öyküsü nedeniyle tüm obstrüksiyonları rutin konservatif izleme almak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Yalnız nazogastrik dekompresyonla 72 saat izlem	İskemi ve kapalı ans bulguları nonoperatif beklemeyle kontrendike kılar.
C) Kolonoskopik detorsiyon	Patoloji ince bağırsakta kapalı ans obstrüksiyonudur; kolonoskopi etkisiz ve risklidir.
D) Oral laksatif ve lavman	Mekanik obstrüksiyonu ve strangülasyonu kötüleştirebilir.
E) Elektif laparoskopiyi birkaç hafta sonra planlamak	Gecikme nekroz, perforasyon ve sepsise yol açar.

63. Aktif alt gastrointestinal kanamada embolizasyon - Doğru cevap: E

Kazanım: Kolonoskopiyle kontrol edilemeyen aktif alt GİS kanamasında anjiyografik embolizasyonu seçer.

Çözüm basamakları

1. BT anjiyografi aktif kanamayı ve kolon segmentini lokalize etmiştir.
2. Kolonoskopik hemostaz yoğun kan nedeniyle mümkün olmamıştır.
3. Selektif anjiyografi hem doğrulama hem de hedef embolizasyonla tedavi olanağı sağlar.

Sonuç: Aktif ve BT ile lokalize alt GİS kanamasında kolonoskopi başarısızsa selektif anjiyografik embolizasyon uygundur.

Kritik tuzak: Kaynak lokalize edilmişken kör geniş cerrahiye yönelmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Baryumlu kolon grafisi	Aktif kanamada kontrendike/yararsızdır ve tedavi sağlamaz.
B) Yalnız oral demir tedavisi	Devam eden aktif kanama ve transfüzyon gereksinimini kontrol etmez.
C) Kaynak lokalize edilmeden total gastrektomi	Kanama alt gastrointestinal sistemdedir; gastrektomi anatomik olarak ilgisizdir.
D) Bir ay sonra elektif kapsül endoskopi	Aktif, lokalize edilmiş kanama acil hemostaz gerektirir; beklemek uygun değildir.

64. Küçük apendiks nöroendokrin tümörü - Doğru cevap: D

Kazanım: Düşük riskli küçük apendiks nöroendokrin tümöründe apendektominin yeterli olduğunu bilir.

Çözüm basamakları

1. Boyut 1 cm'nin altındadır ve apendiks ucundadır.
2. Sınır negatif, mezoapendiks/lenfovasküler invazyon yoktur.
3. Bu düşük riskli grupta apendektomi küratif kabul edilir; daha büyük veya riskli lezyonlarda ek cerrahi tartışılır.

Sonuç: Düşük riskli 0,8 cm apendiks nöroendokrin tümöründe apendektomi yeterlidir.

Kritik tuzak: Kanser sözcüğü nedeniyle tüm olgulara otomatik sağ hemikolektomi önermek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Rutin sağ hemikolektomi	Bir santimetreden küçük, uç yerleşimli ve yüksek risk özelliği olmayan tümörde aşırı tedavidir.
B) Total kolektomi	Apendiks nöroendokrin tümörünün yayılım paterni için gereksizdir.
C) Adjuvan radyoterapi	Tam çıkarılmış düşük riskli apendiks NET'te rutin yeri yoktur.
E) Ömür boyu sitotoksik kemoterapi	Küçük, lokalize, iyi diferansiye tümörde endike değildir.

65. Çekum volvulusu - Doğru cevap: C

Kazanım: Çekum volvulusunda cerrahi rezeksiyonu seçer.

Çözüm basamakları

1. Çekumun anormal yer değiştirmesi ve girdap bulgusu çekum volvulusunu gösterir.
2. Endoskopik redüksiyon sigmoid volvulustaki kadar etkili değildir.
3. Rezeksiyon, canlılık belirsizliğini ve yüksek nüks riskini ortadan kaldıran definitif tedavidir.

Sonuç: Çekum volvulusunun standart definitif tedavisi sağ hemikolektomidir.

Kritik tuzak: Sigmoid volvulus algoritmasını çekum volvulusuna aynen uygulamak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Rutin kolonoskopik detorsiyon	Çekum volvulusunda endoskopik detorsiyon başarı oranı düşüktür, perforasyon ve nüks riski yüksektir.
B) Yalnız rektal tüp	Sigmoid volvulusta geçici dekompresyon sağlayabilir; çekum volvulusunu güvenilir çözmez.
D) Oral laksatif	Mekanik kapalı ans obstrüksiyonunu kötüleştirir.
E) Semptom geçene kadar birkaç gün gözlem	Volvulus iskemi ve perforasyona ilerleyebilir; definitif cerrahi geciktirilmemelidir.

66. Kronik anal fissür - Doğru cevap: A

Kazanım: Kronik anal fissürde ilk basamak konservatif ve topikal sfinkter gevşetici tedaviyi seçer.

Çözüm basamakları

1. Dışkılama ile tetiklenen keskin ağrı ve posterior orta hat fissürü tipiktir.
2. Sentinel deri katlantısı kronikleşmeyi gösterir.
3. Dışkıyı yumuşatmak ve topikal kalsiyum kanal blokörü/nitratla internal sfinkter tonusunu azaltmak ilk basamaktır.

Sonuç: Kronik anal fissürde önce dışkı düzenlemesi ve topikal kimyasal sfinkterotomi uygulanır.

Kritik tuzak: Anal kanama gördüğünde muayene bulgusunu ayırmadan hemoroid tedavisi vermek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
B) Acil abdominoperineal rezeksiyon	Benign fissür için aşırı ve uygunsuz bir işlemdir.
C) Yalnız geniş spektrumlu antibiyotik	Temel sorun internal sfinkter spazmı ve travmadır; enfeksiyon değildir.
D) Rutin hemoroidektomi	Fissür ve hemoroid farklı patolojilerdir; muayene fissürü göstermektedir.
E) Hiç yaşam tarzı düzenlemeden doğrudan kalıcı kolostomi	Kronik fissürde ilk basamak konservatif/topikal tedavidir; cerrahi dirençli olgulara saklanır.

67. Abdominal kompartman sendromu - Doğru cevap: A

Kazanım: Organ yetmezlikli yüksek intraabdominal basınçta dekompresif laparotomi endikasyonunu tanıır.

Çözüm basamakları

1. Mesane basıncının 20 mmHg'nin üzerinde olması ve yeni organ yetmezliği abdominal kompartman sendromunu tanımlar.
2. Konservatif dekompresyon ve sıvı optimizasyonu başarısız olmuştur.
3. Refrakter olguda dekompresif laparotomi intraabdominal basıncı hızla düşüren yaşam kurtarıcı tedavidir.

Sonuç: Refrakter abdominal kompartman sendromunda acil dekompresif laparotomi gerekir.

Kritik tuzak: Yalnız basınç sayısına bakmak veya organ yetmezliği varken konservatif tedaviyi uzatmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
B) Daha fazla kristaloid yüklemek	İntraabdominal ödemi ve basıncı artırarak organ yetmezliğini kötüleştirir.
C) Yalnız furosemid verip 48 saat beklemek	Refrakter organ yetmezliğinde gecikme iskemi ve ölüme yol açar.
D) Kolonoskopi yapmak	Yüksek basıncı güvenilir biçimde düşürmez ve instabil hastada risklidir.
E) Karın içi basıncı önemsemeyip ventilatör basınçlarını artırmak	Yalnız ventilatörü ayarlamak renal ve dolaşım kompartman etkisini düzeltmez.

68. Safra kesesi polipi - Doğru cevap: C

Kazanım: Malignite riski taşıyan safra kesesi polipinde kolesistektomi endikasyonunu tanıır.

Çözüm basamakları

1. Safra kesesi poliplerinde boyut malignite riski için önemli belirleyicidir.
2. 10 mm ve üzerindeki poliplerde cerrahiye uygun hastada kolesistektomi önerilir.
3. Sessiz olması malignite riskini ortadan kaldırmaz.

Sonuç: On iki milimetrelik safra kesesi polipinde laparoskopik kolesistektomi uygundur.

Kritik tuzak: Asemptomatik olduğu için boyut eşliğini göz ardı etmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Beş yıl sonra ultrason kontrolü	10 mm üzerindeki polipte malignite riski nedeniyle uzun aralıklı izlem uygun değildir.
B) Ursodeoksikolik asitle eritme	Gerçek polipoid lezyonları güvenilir biçimde ortadan kaldırmaz.
D) Endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi	Safra kesesi polipini tedavi etmez; koledok patolojisi için kullanılır.
E) Karaciğer transplantasyonu	Lokal safra kesesi polipi için gereksiz ve aşırı tedavidir.

69. Hiler kolanjiyokarsinom - Doğru cevap: A

Kazanım: Hiler obstrüksiyonda safra yolu anatomisini MRCP ile haritalar.

Çözüm basamakları

1. İntrahepatik dilatasyon ve normal distal koledok obstrüksiyonun hilusta olduğunu düşündürür.
2. MRCP intrahepatik dallanmayı ve tümörün longitudinal duktal uzanımını noninvaziv gösterir.
3. Kontrastlı kesitsel görüntüleme vasküler ilişki ve metastaz için ayrıca gerekir; MRCP duktal haritalamada değerlidir.

Sonuç: Hiler kolanjiyokarsinom şüphesinde duktal yayılımı haritalamak için MRCP uygundur.

Kritik tuzak: Sarılık nedeniyle doğrudan terapötik ERCP'ye yönelip önce rezektabilite haritalamasını yapmamak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
B) Direkt karın grafisi	Safra yolu dallanmasını ve hiler tümör yayılımını göstermez.
C) Baryumlu özofagus grafisi	Özofagus lümenini değerlendirir; biliyer anatomiyle ilişkili değildir.
D) Rutin kemik sintigrafisi	İlk aşamada lokal safra yolu anatomisini haritalamaz.
E) Yalnız akciğer grafisi	Metastaz taramasının küçük bir parçası olabilir ancak hiler duktal yayılımı göstermez.

70. Semptomatik pankreatik psödokist - Doğru cevap: A

Kazanım: Matür ve semptomatik pankreatik psödokistte endoskopik drenajı seçer.

Çözüm basamakları

1. Koleksiyon sekiz haftalık ve duvarı olgunlaşmıştır.
2. Erken doyma ve ağrı bası semptomlarıdır; drenaj endikasyonu oluşturur.
3. Mideye komşu, solid nekrozu olmayan psödokist EUS eşliğinde transmural drenaja uygundur.

Sonuç: Matür, semptomatik ve mideye komşu psödokistte EUS eşliğinde transmural drenaj tercih edilir.

Kritik tuzak: Eski '6 cm-6 hafta' kuralını tek başına kullanmak; güncel kararı semptom ve komplikasyonlar belirler.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
B) Boyutu ne olursa olsun tedavisiz ömür boyu izlem	Semptom ve gastrik bası drenaj endikasyonudur.
C) Acil total pankreatektomi	Komplike olmayan matür psödokist için aşırı tedavidir.
D) Yalnız oral antibiyotik	Enfeksiyon yoktur ve mekanik basıyı ortadan kaldırmaz.
E) Perkütan karaciğer biyopsisi	Pankreatik sıvı koleksiyonuyla ilişkili değildir.

71. Primer hiperparatiroidide cerrahi endikasyon - Doğru cevap: D

Kazanım: Asemptomatik primer hiperparatiroidide paratiroidektomi ölçütlerini uygular.

Çözüm basamakları

1. Biyokimya primer hiperparatiroidizmle uyumludur.
2. 50 yaşın altında olma, kalsiyumun >1 mg/dL yüksekliği, T-skoru ≤-2,5 ve nefrolitiazis ayrı ayrı cerrahi endikasyondur.
3. Lokalizasyon görüntülemesi tanı için değil cerrahi planlama için kullanılır.

Sonuç: Birden fazla cerrahi ölçütü olan primer hiperparatiroidi hastasında paratiroidektomi definitif tedavidir.

Kritik tuzak: Asemptomatik sözcüğüne odaklanıp objektif organ hasarı ve yaş ölçütlerini göz ardı etmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Yalnız yıllık kalsiyum kontrolü	Yaş, belirgin hiperkalsemi, osteoporoz ve taş öyküsü cerrahi ölçütlerini karşılar.
B) Yüksek doz kalsiyum takviyesi	Mevcut hiperkalsemiyi artırabilir.
C) Radyoaktif iyot	Tiroid dokusuna yöneliktir; paratiroid adenomunu tedavi etmez.
E) Uzun süreli glukokortikoid	Primer hiperparatiroidizmin definitif tedavisi değildir ve osteoporozu kötüleştirir.

72. Medüller tiroid kanseri ve feokromositoma taraması - Doğru cevap: B

Kazanım: RET ilişkili medüller tiroid kanserinde tiroid cerrahisinden önce feokromositomayı dışlar.

Çözüm basamakları

1. Germline RET mutasyonu MEN2 olasılığını gösterir.
2. MEN2'de medüller tiroid kanserine feokromositoma eşlik edebilir.
3. Feokromositoma tiroid cerrahisinden önce biyokimyasal olarak taramalı ve varsa önce adrenal hastalık tedavi edilmelidir.

Sonuç: RET pozitif medüller tiroid kanserinde tiroidektomiden önce metanefrinlerle feokromositoma dışlanmalıdır.

Kritik tuzak: Tiroid kanserini acil kabul edip eşlik eden feokromositomanın anestezi riskini gözden kaçırmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Tiroidektomi sonrası yalnız TSH ölçümü	Feokromositoma varsa tiroid cerrahisi sırasında ölümcül katekolamin krizi gelişebilir; önce dışlanmalıdır.
C) Dışkıda gizli kan	MEN2 ilişkili adrenal katekolamin tümörünü değerlendirmez.
D) Kemik mineral yoğunluğu	Hiperparatiroidizm taramasında yararlı olabilir ancak akut cerrahi güvenlik açısından feokromositoma önceliklidir.
E) Ter klor testi	Kistik fibrozis testidir; RET/MEN2 ile ilişkili değildir.

73. Masif hemotoraks - Doğru cevap: A

Kazanım: Tüp torakostomi sonrası masif çıkışta acil torakotomi endikasyonunu tanıır.

Çözüm basamakları

1. Tüp yerleştirilince yaklaşık 1.500 mL veya üzeri kan masif hemotoraks eşliğidir.
2. Devam eden kanama ve hipotansiyon aktif büyük intratorasik damar/akciğer yaralanmasını düşündürür.
3. Resüsitasyonla eş zamanlı acil torakotomiyle hemostaz gerekir.

Sonuç: Masif ilk tüp çıkışı ve instabilitede acil torakotomi yapılmalıdır.

Kritik tuzak: Tüp drenajını tedavinin kendisi sanıp kanama kaynağını cerrahi olarak kontrol etmemek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
B) Tüpü klempleyip gözlem	Kan toraksta birikir, tamponad ve şok kötüleşir; aktif büyük damar kanaması kontrolsüz kalır.
C) Elektif bronkoskopi	Hava yolu yaralanması şüphesinde yararlı olabilir ancak masif kanamanın acil kontrolünü sağlamaz.
D) Yalnız kristaloid vermeye devam etmek	Kaynak kontrolü olmadan resüsitasyon yeterli değildir ve koagülopatiyi artırabilir.
E) Bir hafta sonra kontrol grafisi	Hemodinamik instabilite ve masif başlangıç çıkışı acil cerrahi endikasyondur.

74. Resüsitatif torakotomi - Doğru cevap: E

Kazanım: Penetran toraks travmasında seçilmiş hastada acil servis torakotomisi endikasyonunu tanır.

Çözüm basamakları

1. Penetran toraks travması, olay yerinde yaşam bulgusu ve kısa arrest süresi resüsitatif torakotomi için en uygun profildir.
2. Torakotomi perikard tamponadını açma, kalp yarasını kontrol etme, iç kalp masajı ve inen aort klempine olanak verir.
3. Künt travmada veya uzun yaşam bulgusuz arrestte yarar çok daha düşüktür.

Sonuç: Seçilmiş, kısa süreli penetran toraks travması arrestinde acil servis resüsitatif torakotomisi endikedir.

Kritik tuzak: Perikardiyosentezi travmatik tamponadın definitif tedavisi sanmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Resüsitasyonu sonlandırıp elektif otopsi planlamak	Yakın zamanda yaşam bulgusu olan penetran toraks travmasında kısa arrest süresi kurtarılabılır gruptur.
B) Kraniyal MR çekmek	Kardiyak arrestte zaman kaybettirir ve torasik geri döndürülebilir nedenleri tedavi etmez.
C) Yalnız perikardiyosentez	Travmatik hemoperikardda pıhtılı kan nedeniyle etkisiz olabilir; torakotomi tamponadı açar ve kalp yarasını kontrol eder.
D) Oral beta blokör vermek	Travmatik arrestle ilişkisi yoktur.

75. Künt karaciğer travmasında anjiyoembolizasyon - Doğru cevap: D

Kazanım: Hemodinamik olarak stabil karaciğer yaralanmasında aktif arteriyel kanamayı anjiyoembolizasyonla yönetir.

Çözüm basamakları

1. Hasta ilk resüsitasyon sonrası hemodinamik olarak stabil ve yaygın peritonit bulgusu taşıyor; bu nedenle zorunlu laparotomi ölçütü yoktur.
2. BT'deki arteriyel kontrast ekstrevasasyonu ile psödoanevrizma devam eden arteriyel kanamanın göstergesidir.
3. Stabil hastada selektif anjiyografi ve embolizasyon, kanama odağını organ koruyucu biçimde kontrol eder; yakın yoğun bakım izlemi sürdürülür.

Sonuç: Hemodinamik olarak stabil fakat aktif arteriyel kontrast kaçağı bulunan yüksek dereceli karaciğer yaralanmasında selektif anjiyografi ve embolizasyon uygundur.

Kritik tuzak: Hemodinamik stabiliteyi aktif kanama olmadığı biçiminde yorumlayarak BT'deki kontrast kaçağını göz ardı etmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Yaralanma derecesi nedeniyle doğrudan total hepatektomi	Total hepatektomi standart travma tedavisi değildir; organ koruyucu kanama kontrolü önceliklidir.
B) Kontrast kaçağını önemsemeyip yalnız seri hemoglobinle izlemek	Aktif arteriyel ekstrevasasyon ve psödoanevrizma gecikmiş masif kanama riski taşır; yalnız gözlem yetersizdir.
C) Hemodinamik olarak stabil olduğu için aynı gün taburcu etmek	Yüksek dereceli yaralanma ve aktif arteriyel kanama hastane izlemi ve girişim gerektirir.
E) Tanısal kolonoskopi yapmak	Kolonoskopi karaciğer kaynaklı arteriyel kanamayı göstermez veya tedavi etmez.

76. İnhalasyon yaralanmasında erken entübasyon - Doğru cevap: D

Kazanım: Üst hava yolu ödemi gelişmeden erken entübasyon gereğini tanır.

Çözüm basamakları

1. Kapalı alan, yüz yanığı, kurum ve ses kısıklığı inhalasyon yaralanmasını düşündürür.
2. Stridor gelişmesi üst hava yolu ödeminin başladığını gösterir.
3. Ödem ilerlemeden, deneyimli ekip tarafından erken entübasyon hava yolunu güvenceye alır.

Sonuç: İnhalasyon yaralanması ve stridor bulunan hastada satürasyon normal olsa bile erken entübasyon gerekir.

Kritik tuzak: Oksijen satürasyonuna güvenip anatomik hava yolu ödemi gözden kaçırmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Satürasyon normal olduğu için yalnız gözlem	Üst hava yolu ödemi hızla ilerleyebilir; geç entübasyon imkânsız hâle gelebilir.
B) Oral sıvı verip taburcu etmek	Aspirasyon ve hava yolu kaybı riski vardır.
C) Nebülize salbutamol verip entübasyonu ertelemek	Bronkospazmı azaltabilir ancak ilerleyen üst hava yolu ödemi güvenceye almaz.
E) Rutin trakeostomiye hemen yapmak	İlk güvenli yaklaşım çoğunlukla orotrakeal entübasyondur; trakeostomi seçilmiş durumlara saklanır.

77. Akut ekstremitte iskemisi - Doğru cevap: A

Kazanım: Akut ekstremitte iskemisinde hemen sistemik heparin başlatır.

Çözüm basamakları

1. Altı P bulguları akut ekstremitte iskemisini düşündürür.
2. Motor kaybın olmaması ekstremitenin henüz geri döndürülebilir olduğunu gösterir ancak zaman kritiktir.
3. Heparin trombüs propagasyonunu önlemek için hemen başlanır; ardından görüntüleme ve acil revaskülarizasyon yapılır.

Sonuç: Akut ekstremitte iskemisinde kontrendikasyon yoksa tanı düşünülür düşünülmez IV heparin başlanmalıdır.

Kritik tuzak: Nabız kaybını yalnız kronik periferik arter hastalığı sanıp aciliyeti kaçırmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
B) Bacağı aşağı sarkıtıp yalnız analjezi	Trombozun ilerlemesini önlemez ve doku kaybını engellemez.
C) Kompresyon çorabı	Arteriyel akımı daha da azaltabilir ve venöz hastalık tedavisidir.
D) Oral aspirin tek başına	Akut embolik arter oklüzyonunda sistemik antikoagülasyonun yerini tutmaz.
E) Elektif fizik tedavi	Revaskülarizasyon gecikmesi ekstremitte kaybına yol açar.

78. Rüptüre abdominal aort anevrizması - Doğru cevap: A

Kazanım: İnstabil rüptüre AAA'da tanısal gecikme olmadan acil onarım planlar.

Çözüm basamakları

1. Ağrı, hipotansiyon ve pulsatil kitle rüptüre AAA üçlüsüdür.
2. Yatak başı ultrason anevrizmayı doğrulamıştır; instabil hastada ek görüntüleme gecikme yaratmamalıdır.
3. Dengeli kan ürünü resüsitasyonu ve permissif hedeflerle eş zamanlı acil EVAR veya açık onarım yapılır.

Sonuç: İnstabil rüptüre AAA'da tanısal gecikme olmadan acil vasküler onarım gerekir.

Kritik tuzak: Şoku tamamen düzeltmeye çalışırken definitif kanama kontrolünü geciktirmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
B) Hemodinami tamamen normale gelene kadar yüksek hacimli kristaloid ve saatlerce bekleme	Aşırı basınç yükseltme pıhtıyı bozup kanamayı artırabilir; definitif onarım gecikmemelidir.
C) Elektif kontrol BT'sini altı ay sonra çekmek	Rüptür klinik olarak mevcuttur ve acil ölüm riski taşır.
D) Yalnız oral beta blokör	Rüptüre anevrizmanın kanamasını durdurmaz.
E) Kolonoskopi	Şok ve pulsatil kitle AAA rüptürünü gösterir; kolonoskopi gecikme ve risk yaratır.

79. Sentinel lenf nodu biyopsisi - Doğru cevap: C

Kazanım: Klinik olarak nod negatif erken meme kanserinde sentinel nod evrelemesini seçer.

Çözüm basamakları

1. Tümör erken evrededir ve aksilla klinik/görüntüleme olarak negatiftir.
2. Sentinel nod, tümör drenajının ilk nodunu örnekleyerek düşük morbiditeyle evreleme sağlar.
3. Pozitiflik derecesine ve cerrahi-radyoterapi planına göre ek aksiller tedavi kararı verilir.

Sonuç: Klinik nod-negatif erken invaziv meme kanserinde sentinel lenf nodu biyopsisi uygun aksiller evrelemedir.

Kritik tuzak: Evreleme gereğini tam diseksiyonla eş anlamlı sanmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Rutin tam aksiller diseksiyon	Klinik nod-negatif erken hastalıkta gereksiz lenfödem ve morbidite oluşturur.
B) Aksillaya hiçbir evreleme yapmamak	Nodal durum prognoz ve adjuvan tedaviyi etkiler; uygun minimal evreleme gerekir.
D) Yalnız PET-BT	Mikrometastatik nodal hastalığı sentinel biyopsi duyarlılığında göstermez.
E) Karşı meme mastektomisi	Aksiller evreleme sağlamaz ve bu klinik sorunu çözmez.

80. Memenin Paget hastalığı - Doğru cevap: E

Kazanım: Tek taraflı dirençli meme başı lezyonunda Paget hastalığı için biyopsi yapar.

Çözüm basamakları

1. Paget hastalığı meme başında tek taraflı eczematöz, kabuklu ve erozyonlu lezyon yapar.
2. Topikal tedaviye yanıtızlık ve kanlı akıntı alarm bulgusudur.
3. Tanı epidermisteki Paget hücrelerini gösterecek punch/wedge biyopsiyle konur; eşlik eden karsinom için meme görüntülemesi yapılır.

Sonuç: Meme başı Paget hastalığı şüphesinde tanı biyopsiyle doğrulanmalıdır.

Kritik tuzak: Meme başı lezyonunu sıradan egzama kabul edip tek taraflılık ve yanıtızlığı önemsememek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Topikal steroid dozunu artırıp bir yıl daha izlemek	Tek taraflı, tedaviye dirençli ve kanlı akıntılı lezyon malignite dışlanmadan izlenmemelidir.
B) Yalnız serum CA 15-3 ölçmek	Tümör belirteci tanısal biyopsinin yerini tutmaz.
C) Lezyonu biyopsisiz koterize etmek	Histopatolojik tanıyı engeller ve altta yatan duktal kanseri atlayabilir.
D) Yalnız antibiyotik başlamak	Kronik tek taraflı görünüm enfeksiyondan çok Paget hastalığını düşündürür.

81. Gebelikte renal kolik görüntülemesi - Doğru cevap: C

Kazanım: Gebelikte renal kolikte ilk görüntüleme olarak ultrasonografiyi seçer.

Çözüm basamakları

1. Klinik renal kolik ve hematüriyle uyumludur.
2. Gebelikte iyonizan radyasyondan kaçınılır.
3. Ultrason hidronefrozu ve bazı taşları gösteren güvenli ilk basamak yöntemdir; gerekirse MR ürografi eklenebilir.

Sonuç: Gebelikte renal kolik değerlendirmesinde ilk görüntüleme ultrasonografidir.

Kritik tuzak: Taş için en duyarlı yöntem olduğu gerekçesiyle doğrudan BT seçmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Kontrastsız abdominal BT	Tanısal değeri yüksek olsa da iyonizan radyasyon nedeniyle gebelikte ilk seçenek değildir; US yetersizse seçilmiş durumda düşünülür.
B) İntravenöz piyelografi	Radyasyon ve iyotlu kontrast içerir; güncel ilk basamak değildir.
D) Direkt karın grafisi	Taşların bir kısmını göstermez ve fetüse radyasyon verir.
E) PET-BT	Taş tanısında yeri yoktur ve yüksek radyasyon içerir.

82. Metastatik hormona duyarlı prostat kanseri - Doğru cevap: B

Kazanım: Metastatik prostat kanserinde androjen baskılama tedavisini temel alır.

Çözüm basamakları

1. Osteoblastik kemik metastazları prostat kanseri için tipiktir.
2. Metastatik hormona duyarlı hastalık androjen reseptör sinyaline bağımlıdır.
3. GnRH agonisti/antagonisti veya orşiektomiyle ADT temel tedavidir; uygun hastada ek AR yol inhibitörü ya da dosetaksel sağkalımı artırır.

Sonuç: Metastatik hormona duyarlı prostat kanserinde tedavinin omurgası androjen baskılamadır ve güncel kombinasyon seçenekleriyle güçlendirilir.

Kritik tuzak: Lokal prostat işlemini sistemik metastatik tedavi sanmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Yalnız alfa-1 blokör	Alt üriner semptomları azaltabilir ancak metastatik tümör büyümesini kontrol etmez.
C) Yalnız antibiyotik	Enfeksiyon bulgusu yoktur ve kanser tedavisi sağlamaz.
D) Yalnız transüretral prostat rezeksiyonu	Lokal obstrüksiyonu palliye edebilir ancak yaygın metastatik hastalığın sistemik tedavisi değildir.
E) Ömür boyu yalnız analjezik	Ağrıyı azaltabilir ancak hastalığı kontrol etmez.

83. Posterior üretra yaralanması - Doğru cevap: C

Kazanım: Pelvik travmada üretral kateterden önce retrograd üretrografi yapar.

Çözüm basamakları

1. Üretral meatusda kan, idrar yapamama ve pelvik kırık posterior üretra yaralanmasını düşündürür.
2. Kör kateterizasyon yaralanmayı ağırlaştırabilir.
3. Retrograd üretrografi yaralanmanın yerini ve derecesini gösterir; gerekirse suprapubik drenaj yapılır.

Sonuç: Pelvik kırık ve meatusda kan varlığında Foley'den önce retrograd üretrografi yapılmalıdır.

Kritik tuzak: Mesane distansiyonu nedeniyle tanısız adımı atlayıp zorla kateter takmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Kör şekilde Foley kateteri zorlayarak ilerletmek	Üretral yaralanmayı büyütebilir ve yanlış yol oluşturabilir.
B) Kolonoskopi	Üretra bütünlüğünü değerlendirmez.
D) Semen analizi	Akut üriner obstrüksiyon ve travma tanısında yeri yoktur.
E) Prostat spesifik antijen	Kanser belirticidir; travmatik üretra kopmasını göstermez.

84. Yağ embolisi sendromu - Doğru cevap: E

Kazanım: Uzun kemik kırığı sonrası yağ embolisi sendromunu tanı ve destek tedavisi uygular.

Çözüm basamakları

1. Uzun kemik kırığından 24-72 saat sonra solunum, nörolojik ve peteşiyal bulgular klasik üçlüdür.
2. Tanı kliniklidir; trombositopeni ve bilateral infiltrasyon destekler.
3. Özgül antidot yoktur; oksijen/ventilasyon, dolaşım desteği ve erken kırık stabilizasyonu uygulanır.

Sonuç: Yağ embolisi sendromunda tedavi destekleyicidir; erken kırık stabilizasyonu riski azaltır.

Kritik tuzak: Hipoksemiye pulmoner tromboemboli kabul edip kanıt olmadan tromboliz vermek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Rutin yüksek doz trombolitik	Yağ damlacıklarını fibrin trombüsü gibi eritmez ve kanama riski yaratır.
B) Acil splenektomi	Patofizyolojiyle ilişkili değildir.
C) Yalnız antibiyotik	Enfeksiyon bulgusu olmadan üçlü tablo yağ embolisi sendromunu düşündürür; antibiyotik tek başına etkisizdir.
D) Antikoagülasyonu ömür boyu sürdürmek	Standart özgül tedavi değildir; temel yaklaşım destek ve kırık stabilizasyonudur.

85. Gustilo tip III açık kırık - Doğru cevap: C

Kazanım: Açık kırıkta erken antibiyotik, tetanoz ve cerrahi debridmanı uygular.

Çözüm basamakları

1. Geniş kontamine yara ve ciddi yumuşak doku hasarı Gustilo tip III ile uyumludur.
2. Erken sistemik antibiyotik osteomyelit riskini azaltır; tip III'te gram-negatif kapsama eklenir.
3. Tetanoz, steril örtü, tekrarlayan nörovasküler değerlendirme ve erken cerrahi irrigasyon-debridman gerekir.

Sonuç: Tip III açık kırıkta antibiyotik gecikmeden başlanmalı ve acil cerrahi debridman-stabilizasyon yapılmalıdır.

Kritik tuzak: Antibiyotiği kültür sonucuna bağlayarak zaman kaybetmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Yarayı acilde sıkıca primer kapatıp antibiyotik vermemek	Kontamine devital doku içeride kalır ve derin enfeksiyon riskini belirgin artırır.
B) Kültür sonucu çıkana kadar antibiyotiği ertelemek	Antibiyotiğin erken verilmesi enfeksiyon riskini azaltan en kritik zaman bağımlı adımlardandır.
D) Yalnız alçıya alıp taburcu etmek	Açık kontamine kırık cerrahi debridman ve sistemik profilaksi gerektirir.
E) Yarayı antiseptik içine daldırıp bir hafta beklemek	Dokuyu zedeleyebilir ve kaynak kontrolünü geciktirir.

86. Kronik subdural hematoma - Doğru cevap: B

Kazanım: Semptomatik ve kitle etkili kronik subdural hematoma burr-hole drenajı seçer.

Çözüm basamakları

1. Yaşlılık, antikoagülasyon ve hafif travma köprü ven yırtığına zemin hazırlar.
2. Hilal biçimli hipodens koleksiyon kronik subdural hematomdur.
3. Semptom ve orta hat kayması varsa antikoagülasyon düzeltilerek burr-hole drenaj yapılır.

Sonuç: Kitle etkili semptomatik kronik subdural hematoma antikoagülasyon tersine çevrilip cerrahi drenaj gerekir.

Kritik tuzak: Travmanın hafif olmasına güvenerek ilerleyici nörolojik bulguları önemsememek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Yalnız analjezik verip taburcu etmek	Nörolojik semptom ve belirgin kitle etkisi cerrahi gerektirir.
C) Trombolitik tedavi	Kanamayı artırır ve kontrendikedir.
D) Lomber ponksiyon	Kitle etkisinde herniasyon riski taşır ve hematomu tedavi etmez.
E) Yalnız antiepileptik verip hematomu bırakmak	Nöbet profilaksisi seçilmiş olguda düşünülebilir ancak kitleyi ortadan kaldırmaz.

87. Lokal anestezi sistemik toksisitesi - Doğru cevap: D

Kazanım: Lokal anestezi sistemik toksisitesinde lipid emülsiyonu kullanır.

Çözüm basamakları

1. Erken nörolojik belirtileri nöbet ve kardiyak iletim bozukluğu izlemesi LAST için tipiktir.
2. Hava yolu ve nöbet kontrolüyle birlikte modifiye ileri yaşam desteği uygulanır.
3. Lipid emülsiyonu lipofilik lokal anesteziyi bağlayan bir lipid havuzu ve metabolik destek oluşturarak kardiyotoksisiteyi azaltır.

Sonuç: Bupivakain ilişkili lokal anestezi sistemik toksisitesinde özgül kurtarma tedavisi %20 lipid emülsiyonudur.

Kritik tuzak: Nöbeti tek sorun sanıp ilerleyen kardiyotoksiste için lipid tedavisini geciktirmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Dantrolen	Malign hipertermi tedavisidir; lokal anestezi kardiyotoksisitesini hedeflemez.
B) Protamin	Heparini antagonize eder; bupivakain toksisitesine etkisizdir.
C) N-asetilsistein	Parasetamol toksisitesinde kullanılır.
E) Flumazenil	Benzodiazepin antagonisti olup lokal anestezi toksisitesini düzeltmez.

88. ARDS'de akciğer koruyucu ventilasyon - Doğru cevap: E

Kazanım: ARDS'de düşük tidal volüm ve plato basıncı hedefini uygular.

Çözüm basamakları

1. ARDS'de heterojen ve işlevsel olarak küçülmüş akciğer nedeniyle normal tidal volümler aşırı gerilmeye yol açabilir.
2. Tidal volüm gerçek değil tahmini vücut ağırlığına göre yaklaşık 6 mL/kg seçilir.
3. Plato basıncı 30 cmH₂O'nun altında tutulur; uygun PEEP, pron pozisyon ve diğer stratejiler hastalık şiddetine göre eklenir.

Sonuç: ARDS'de akciğer koruyucu ventilasyon düşük tidal volüm ve sınırlı plato basıncına dayanır.

Kritik tuzak: Obez hastada gerçek ağırlığı kullanarak tehlikeli yüksek tidal volüm vermek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Gerçek vücut ağırlığına göre 12-15 mL/kg tidal volüm	Volutravma ve barotravmayı artırır; tidal volüm tahmini vücut ağırlığına göre ayarlanır.
B) PEEP kullanmadan yalnız çok yüksek FiO ₂	Atelektotravma ve oksijen toksisitesini artırabilir.
C) PaCO ₂ 'yi her koşulda normal tutmak için aşırı dakika ventilasyonu	Akciğer koruyucu hedefler uğruna kontrollü permisif hiperkapni kabul edilebilir.
D) Spontan solunum düzelene kadar ventilatör basınçlarını sınırsız artırmak	Yüksek basınçlar ventilatör ilişkili hasarı ağırlaştırır.

89. Posterior epistaksis - Doğru cevap: B

Kazanım: Refrakter posterior epistaksiste endoskopik arter ligasyonunu seçer.

Çözüm basamakları

1. Orofarenkse akan, anterior odağı olmayan kanama posterior epistaksisi düşündürür.
2. Tampon ve koagülasyon düzeltmesine rağmen devam etmesi invaziv hemostaz endikasyonudur.
3. Sfenopalatin arter posterior nazal kanamanın başlıca kaynağıdır ve endoskopik ligasyon yüksek başarı sağlar.

Sonuç: Tampona dirençli posterior epistaksiste endoskopik sfenopalatin arter ligasyonu uygundur.

Kritik tuzak: Posterior kanamayı anterior basit önlemlerle uzun süre yönetmeye çalışmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Yalnız burun dışına soğuk kompres	Basit anterior kanamada yardımcı olabilir; devam eden posterior kanamayı kontrol etmez.
C) Rutin tonsillektomi	Kanama kaynağı tonsil değil posterior nazal dolaşımdır.
D) Oral antihistaminik	Aktif arteriyel kanamada hemostaz sağlamaz.
E) Bir hafta tamponla taburcu etmek	Kontrolsüz kanama aspirasyon, anemi ve şok riski taşır; definitif hemostaz gerekir.

90. Retina dekolmanı - Doğru cevap: E

Kazanım: Retina dekolmanının alarm semptomlarını tanıyıp ve acil göz değerlendirmesi sağlar.

Çözüm basamakları

1. Fotopsi, yeni uçuşmalar ve perde biçimli alan kaybı retina yırtığı/dekolmanı için tipiktir.
2. Yüksek miyopi riski artırır.
3. Makula tutulmadan hızlı tanı ve lazer/cerrahi onarım görme prognozunu korur.

Sonuç: Retina dekolmanı şüphesi acil dilate fundus muayenesi ve retina uzmanı müdahalesi gerektirir.

Kritik tuzak: Ağrı ve kızarıklık yokluğunu acil göz hastalığını dışlayan bulgu sanmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Yalnız yapay gözyaşı verip rutin kontrol	Perde hissi ve fotopsi retina yırtığı/dekolmanı alarmıdır; gecikme kalıcı görme kaybına yol açar.
B) Topikal antibiyotik	Enfeksiyon bulgusu yoktur ve retina dekolmanını tedavi etmez.
C) Göz içi basıncı normal çıkarsa taburcu etmek	Retina dekolmanında göz içi basıncı normal olabilir; fundus değerlendirmesi gerekir.
D) Yalnız kraniyal BT	Retinal yırtığı göstermez ve oftalmolojik muayenenin yerini tutmaz.

Kadın Hastalıkları ve Doğum

91. Plasenta akreta spektrumu - Doğru cevap: A

Kazanım: Plasenta akreta spektrumunda multidisipliner planlı sezaryen histerektomiye seçer.

Çözüm basamakları

1. Plasenta previa ile çoklu sezaryen öyküsü akreta spektrumu için güçlü risk birleşimidir.
2. Lakünler ve mesane sınırı bozukluğu invaziv plasentasyonu destekler.
3. Deneyimli merkezde planlı sezaryen histerektomi ve plasentanın ayrılmadan yerinde bırakılması kan kaybını azaltan standart yaklaşımdır.

Sonuç: Yüksek olasılıklı plasenta akreta spektrumunda multidisipliner planlı sezaryen histerektomi yapılır; plasenta zorla ayrılmaz.

Kritik tuzak: Uterusu koruma isteğiyle plasentayı elle ayırarak kontrolsüz kanamayı tetiklemek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
B) Vajinal doğumu 41. haftaya kadar beklemek	Plasenta previa ve akreta şüphesi yaşamı tehdit eden kanama riski taşır; vajinal doğum uygun değildir.
C) Sezaryende plasentayı elle zorla ayırıp uterusu korumaya çalışmak	Zorla ayırma masif kanama ve DIC riskini belirgin artırır.
D) Evde spontan doğum eylemini beklemek	Kontrollü merkez dışında gelişen kanama anne ve fetus için yüksek risklidir.
E) Yalnız tokolitik verip gebeliği miada taşımak	Akreta spektrumunu tedavi etmez ve kanama riskini ortadan kaldırmaz.

92. Plasenta dekolmanı - Doğru cevap: D

Kazanım: Fetal distresli plasenta dekolmanında resüsitasyonla birlikte acil doğumu sağlar.

Çözüm basamakları

1. Ağrılı kanama, uterin hipertonsite ve hassasiyet plasenta dekolmanı için tipiktir.
2. Fetal bradikardi ciddi hipoksi göstergesidir; serviks doğuma yakın değildir.
3. Anne dolaşımı ve olası DIC yönetilirken yaşayan distresli fetus için acil sezaryen gerekir.

Sonuç: Ağır dekolman ve fetal bradikardide resüsitasyonla eş zamanlı acil sezaryen doğum yapılmalıdır.

Kritik tuzak: Görünen kan miktarını gerçek kanama şiddeti sanmak; dekolmanda kanama gizli olabilir.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Tokolitik verip gebeliği birkaç hafta uzatmak	Dekolmanda kanamayı ve fetal hipoksiyi artırabilir.
B) Vajinal kanama az olduğu için evde izlem	Gizli kanama fazla olabilir; sert uterus ve fetal bradikardi ağır dekolmanı gösterir.
C) Plasenta previa varsayarak dijital muayeneyi tekrarlamak	Ağrılı kanama ve hipertonic uterus dekolmanı destekler; doğumu geciktirmek tehlikelidir.
E) Yalnız magnezyum sülfat verip fetal durumu izlemek	Magnezyum eklampsi tedavisidir; devam eden fetal distresi ve plasental ayrılmayı düzeltmez.

93. Uterin atoniye bağlı postpartum kanama - Doğru cevap: D

Kazanım: Postpartum kanamada uterin atoniye tanır ve ilk müdahaleyi uygular.

Çözüm basamakları

1. Büyük ve gevşek uterus atoniye gösterir.
2. Uterin masaj mekanik kasılmayı uyarır.
3. Oksitosin ilk tercih uterotoniktir; eş zamanlı damar yolu, kan sayımı ve resüsitasyon başlatılır.

Sonuç: Uterin atoniye bağlı postpartum kanamada ilk müdahale bimanuel masaj ve oksitosindir.

Kritik tuzak: Kanama miktarını ölçmeye çalışırken uterotonik ve masajı geciktirmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Yalnız geniş spektrumlu antibiyotik	Enfeksiyon bulgusu yoktur; akut atonik kanamayı durdurmaz.
B) Tokolitik başlamak	Uterus gevşekliğini artırarak kanamayı kötüleştirir.
C) Bir saat yalnız gözlem	Postpartum hemoraji hızla şoka ilerleyebilir; aktif müdahale gerekir.
E) Rutin histerektomiye ilk adım yapmak	Masaj ve uterotoniklere yanıt vermeyen refrakter kanamada düşünülür; ilk basamak değildir.

94. Eklampsisi - Doğru cevap: A

Kazanım: Eklampitik nöbetin tedavi ve tekrar korunmasında magnezyum sülfat kullanır.

Çözüm basamakları

1. Şiddetli hipertansiyon ve nöbet eklampsiyi gösterir.
2. Magnezyum sülfat benzodiazepin veya fenitoinden daha etkili biçimde tekrar nöbetini azaltır.
3. Hava yolu ve ciddi hipertansiyon kontrolünden sonra anne stabilize edilip doğum planlanır.

Sonuç: Eklampside nöbet tedavisi ve profilaksisinin ilk ilacı magnezyum sülfattır.

Kritik tuzak: Her nöbeti primer epilepsi gibi tedavi edip obstetrik bağlamı gözden kaçırmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
B) Fenitoin	Magnezyum bulunmadığında seçilmiş durumda kullanılabilir ancak eklampside ilk seçenek değildir.
C) Valproat	Gebelikte fetal risk taşır ve eklampitik nöbet için standart birinci basamak değildir.
D) Mannitol	İntrakraniyal basınç için kullanılır; eklampsi nöbet profilaksisini sağlamaz.
E) Oksitosin	Doğum eylemi yönetiminde kullanılır; nöbeti durdurmaz.

95. Rh alloimmünizasyonunda fetal anemi taraması - Doğru cevap: B

Kazanım: Alloimmünize gebelikte fetal anemiye orta serebral arter Doppleriyle noninvaziv tarar.

Çözüm basamakları

1. Kritik anti-D titresi fetal hemoliz riskinin anlamlı olduğunu gösterir.
2. Anemide kan viskozitesi düşer ve kardiyak debi artar; MCA tepe sistolik hızı yükselir.
3. Yaklaşık 1,5 MoM üzerindeki değer orta-ağır anemi şüphesi oluşturur ve invaziv değerlendirme/transfüzyon gündeme gelir.

Sonuç: Rh alloimmünize gebelikte fetal anemi için tercih edilen noninvaziv tarama MCA tepe sistolik hız Doppleridir.

Kritik tuzak: Antikor titresini fetal aneminin doğrudan ölçümü sanıp fetal Doppler izlemine yapmamak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Nonstres testte yalnız bazal kalp hızını ölçmek	Fetal iyilik hâlini değerlendirir ancak orta dereceli anemiye duyarlı biçimde taramaz.
C) Maternal serum ferritin ölçümü	Anne demir depolarını gösterir; fetal hemolizi yansıtmaz.
D) Rutin amniyotik sıvı indeksi	Anemiye özgül değildir.
E) Her hafta direkt fetal kan örnekleme	Kordosentez invazivdir; MCA-PSV yüksekse doğrulama ve intrauterin transfüzyon için kullanılır.

96. İntraamniyotik enfeksiyon - Doğru cevap: D

Kazanım: Koryoamniyonitte antibiyotik başlatıp doğumu geciktirmez.

Çözüm basamakları

1. Maternal ateş, uterin hassasiyet, kötü kokulu sıvı ve fetal taşikardi koryoamniyoniti destekler.
2. Ampisilin-gentamisin gibi uygun geniş spektrumlu tedavi gecikmeden başlanır.
3. Enfekte gebeliği sürdürmenin yararı yoktur; doğum hızlandırılır fakat yalnız enfeksiyon nedeniyle sezaryen şart değildir.

Sonuç: Koryoamniyonitte antibiyotik hemen başlanır ve doğum geciktirilmez; sezaryen obstetrik endikasyona bağlıdır.

Kritik tuzak: Enfeksiyon varlığını otomatik sezaryen endikasyonu kabul etmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Antibiyotik vermeden kültür sonuçlarını beklemek	Tedavi gecikmesi maternal sepsis ve neonatal enfeksiyon riskini artırır.
B) Tokolitik vererek gebeliği bir hafta uzatmak	Enfeksiyon varlığında gebeliği uzatmak kontrendikedir.
C) Koryoamniyonit tek başına zorunlu sezaryen endikasyonudur	Doğum hızlandırılır ancak doğum yolu obstetrik koşullara göre seçilir.
E) Yalnız antipiretik verip taburcu etmek	İntraamniyotik enfeksiyon hastane tedavisi ve doğum gerektirir.

97. Müller kanal agenezisi - Doğru cevap: D

Kazanım: Primer amenorede normal over ve ikincil cinsiyet özellikleriyle MRKH sendromunu tanıır.

Çözüm basamakları

1. Normal meme gelişimi işlevsel over ve östrojen varlığını gösterir.
2. Normal pubik kıllanma androjen yanıtının korunduğunu destekler.
3. 46,XX, normal overler ve uterus/üst vajen yokluğu Müller kanal agenezisi için tipiktir.

Sonuç: 46,XX ve normal overlerle uterus-üst vajen yokluğu MRKH sendromunu gösterir.

Kritik tuzak: Uterus yokluğunu doğrudan androjen duyarsızlığı kabul edip pubik kıllanma ve karyotipi göz ardı etmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Androjen duyarsızlık sendromu	Genellikle 46,XY karyotip ve seyrek/olmayan pubik kıllanma vardır; testisler bulunur.
B) Turner sendromu	45,X karyotip, kısa boy ve yetersiz meme gelişimi beklenir; uterus vardır.
C) Hipotalamik amenore	Uterus anatomik olarak mevcuttur ve düşük gonadotropin-östrojen bulguları beklenir.
E) İmperfore himen	Uterus ve üst vajen vardır; hematokolpos ve siklik ağrı gelişebilir.

98. Endometriozis - Doğru cevap: A

Kazanım: Dismenore, disparoni, infertilite ve endometriomayla endometriozisi tanıır.

Çözüm basamakları

1. Sekonder dismenore, derin disparoni ve infertilite endometriozisin klasik semptom üçlüsüdür.
2. Uterosakral nodülarite derin infiltratif hastalığı destekler.
3. Homojen ground-glass over kisti endometrioma için tipik ultrason görünümüdür.

Sonuç: Klinik ve ultrasonografi endometriozisle ilişkili over endometriomasını gösterir.

Kritik tuzak: İnfertiliteyi yalnız ovulasyon bozukluğuna bağlayıp ağrı ve muayene bulgularını göz ardı etmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
B) Polikistik over sendromu	Oligo-anovulasyon ve hiperandrojenizm beklenir; ağırlı nodülarite ve ground-glass kist tipik değildir.
C) Akut pelvik inflamatuvar hastalık	Akut ateş, servikal hareket hassasiyeti ve pürülan akıntı beklenir; kronik siklik ağrı paterni farklıdır.
D) Fonksiyonel folikül kisti	Genellikle geçicidir ve homojen ground-glass içerik ile uterosakral nodül yapmaz.
E) Asherman sendromu	İntrauterin adezyonlar hipomenore/amenore ve infertilite yapar; over endometriomasını açıklamaz.

99. Stres üriner inkontinans - Doğru cevap: B

Kazanım: Komplike olmayan stres inkontinansında pelvik taban kas egzersizini ilk basamak seçer.

Çözüm basamakları

1. Eforla kaçırma, sıkışma olmaması ve pozitif stres testi stres inkontinansını gösterir.
2. Düşük rezidü boşaltım bozukluğunu dışlar.
3. Pelvik taban kas eğitimi noninvaziv, etkili ve ilk basamak tedavidir; başarısızlıkta cerrahi seçenekler görüşülür.

Sonuç: Komplike olmayan stres üriner inkontinansında ilk tedavi gözetimli pelvik taban kas egzersizidir.

Kritik tuzak: Tüm inkontinans tiplerini antimuskarinikle tedavi etmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Antimuskarinik ilaç	Aşırı aktif mesane ve sıkışma inkontinansında kullanılır; saf stres inkontinansında ilk seçenek değildir.
C) Kalıcı mesane kateteri	Gereksiz enfeksiyon ve yaşam kalitesi riski oluşturur; boşaltım sorunu yoktur.
D) İlk görüşmede zorunlu midüretal sling cerrahisi	Cerrahi etkili olabilir ancak konservatif tedavi denenmeden her hastada ilk basamak değildir.
E) Yüksek doz diüretik	İdrar üretimini artırarak kaçırmayı kötüleştirir.

100. Epitelyal over kanseri - Doğru cevap: E

Kazanım: Yüksek riskli adneksiyal kitleyi jinekolojik onkolojiye yönlendirip cerrahi evreleme-sitoredüksiyon planlar.

Çözüm basamakları

1. Postmenopoz, kompleks bilateral kitle, asit, omental tutulum ve yüksek CA-125 epitelyal over kanserini düşündürür.
2. İlk cerrahi hem histolojik tanı, kapsamlı evreleme hem de mümkün olan en iyi sitoredüksiyonu hedefler.
3. Bu nedenle hasta deneyimli jinekolojik onkoloji ekibine yönlendirilmelidir.

Sonuç: Malignite şüphesi yüksek adneksiyal kitle jinekolojik onkoloji merkezinde evreleme ve sitoredüksiyonla yönetilmelidir.

Kritik tuzak: Kist aspirasyonunu tanı ve tedavi olarak görmek; tümör yayılımı ve eksik evreleme riski vardır.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Kitleyi basit kist kabul edip bir yıl izlemek	Postmenopozal, solid-papiller, bilateral ve asitli görünüm yüksek malignite riskidir.
B) Kisti poliklinikte iğneyle boşaltmak	Tümör yayılımı ve yetersiz tanı riski yaratır; onkolojik planlamayı bozar.
C) Yalnız oral kontraseptif vermek	Postmenopozal malign görünümlü kitleyi tedavi etmez.
D) Jinekolojik onkoloji olmadan rastgele kist eksizyonu	İlk cerrahinin optimal evreleme ve sitoredüksiyonla yapılması prognozu etkiler.