

KLİNİK TIP BİLİMLERİ

DENEME-3

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

Dahili Tıp Bilimleri

1. Ağır leptospiroz tedavisi - Doğru cevap: A

Kazanım: Weil hastalığıyla seyreden ağır leptospirozu tanır ve uygun antibiyotiği seçer.

Çözüm basamakları

1. Ateş, baldır miyaljisi, konjunktival suffüzyon, sarılık ve akut böbrek hasarı ağır leptospirozu düşündürür.
2. İkter, trombositopeni ve renal yetmezlik Weil hastalığı olarak adlandırılan ağır formu destekler.
3. Ağır olguda intravenöz penisilin G veya üçüncü kuşak sefalosporin kullanılabilir; seçenekler içinde seftriakson uygundur.

Sonuç: Olguda Weil hastalığı vardır ve parenteral seftriakson uygun başlangıç tedavisidir.

Kritik tuzak: Sarılığı yalnız viral hepatite bağlayıp konjunktival suffüzyon ve baldır miyaljisini gözden kaçırmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
B) Oral azitromisin	Hafif leptospirozda bazı oral ajanlar kullanılabilir de böbrek ve karaciğer tutulumu olan ağır hastada parenteral tedavi gerekir.
C) Oral metronidazol	Metronidazol leptospiralara karşı standart tedavi değildir.
D) İntravenöz vankomisin	Vankomisin gram-pozitif bakterilere yöneliktir ve Leptospira için uygun değildir.
E) Oral nitrofurantoin	Nitrofurantoin yalnız alt üriner sistemde etkili düzeye ulaşır; sistemik enfeksiyonu tedavi etmez.

2. Elektif splenektomi öncesi aşılama - Doğru cevap: A

Kazanım: Aspleni gelişecek erişkinde kapsüllü bakterilere karşı gerekli aşıları planlar.

Çözüm basamakları

1. Dalak, kapsüllü bakterilerin kandan temizlenmesinde kritik rol oynar.
2. Asplenide Streptococcus pneumoniae, Neisseria meningitidis ve Haemophilus influenzae tip b enfeksiyon riski belirgin artar.
3. Elektif splenektomide bu aşılar ideal olarak operasyondan en az iki hafta önce tamamlanır.

Sonuç: Elektif splenektomi öncesinde pnömokok, meningokok ACWY/B ve Hib aşıları planlanmalıdır.

Kritik tuzak: Sadece pnömokok aşısına odaklanıp meningokok ve Hib korunmasını unutmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
B) Yalnız mevsimsel influenza aşısı	İnfluenza aşısı yararlıdır ancak asplenide kapsüllü bakterilere karşı temel korunmayı tek başına sağlamaz.
C) Yalnız hepatit A ve hepatit B aşıları	Bu aşılar genel endikasyonlara göre yapılabilir; aspleniye özgü temel risk etkenlerini kapsamaz.
D) BCG ve oral polio aşıları	BCG ve oral polio aspleniye özgü korunma sağlamaz; erişkinde rutin yaklaşım değildir.
E) Kızamık-kızamıkçık-kabakulak ve suçiçeği aşıları	Canlı aşılar bağışıklık durumuna göre değerlendirilebilir ancak kapsüllü bakteri riskini hedefleyen temel grup değildir.

3. AIDS'te kriptokok menenjitini indüksiyonu - Doğru cevap: E

Kazanım: Kriptokok menenjitinde indüksiyon tedavisini belirler.

Çözüm basamakları

1. İleri HIV, yüksek BOS açılış basıncı ve kapsüllü maya bulguları kriptokok menenjitini gösterir.
2. Hızlı fungisidal etki için indüksiyonda amfoterisin B temelli rejim gerekir.
3. Flusitozin eklenmesi fungal klirensi hızlandırır; ayrıca yüksek intrakraniyal basınç seri terapötik lomber ponksiyonlarla yönetilir.

Sonuç: Kriptokok menenjitinin indüksiyonunda lipozomal amfoterisin B ve flusitozin birlikte kullanılır.

Kritik tuzak: Açılış basıncını yalnız tanısal bulgu sayıp seri BOS boşaltımının önemini atlamak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Flukonazol tek başına	Flukonazol tek başına merkezi sinir sistemi kriptokokkozunun standart indüksiyon tedavisi değildir; konsolidasyon veya seçilmiş durumlarda kullanılır.
B) Vorikonazol ile kaspofungin	Ekinokandinlerin Cryptococcus'a klinik etkinliği yetersizdir ve bu kombinasyon standart değildir.
C) Gansiklovir ile foskarnet	Bu ilaçlar sitomegalovirus enfeksiyonlarında kullanılır.
D) Seftriakson ile vankomisin	Bakteriyel menenjit için ampirik rejimdir; kriptokok menenjitini tedavi etmez.

4. Nekrotizan fasiitte ilk yaklaşım - Doğru cevap: E

Kazanım: Nekrotizan yumuşak doku enfeksiyonunda cerrahi ve ampirik tedaviyi gecikmeden başlatır.

Çözüm basamakları

1. Orantısız ağrı, hızlı ilerleme, bül ve krepitasyon nekrotizan fasiit için alarm bulgularıdır.
2. Yaşam kurtarıcı tedavi acil ve geniş cerrahi eksplorasyon-debridmandır.
3. Ampirik rejim gram-pozitif, gram-negatif, anaerob ve MRSA'yı kapsamalı; klindamisin toksin üretimini baskılamak için eklenmelidir.

Sonuç: Nekrotizan fasiitte cerrahi debridman geciktirilmeden geniş spektrumlu ve toksin baskılayıcı antibiyotik başlanır.

Kritik tuzak: Görüntüleme veya kültür kesinleşmesini bekleyerek cerrahi kaynak kontrolünü geciktirmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Yara kültürünü bekleyip oral amoksisilin-klavulanat vermek	Kültür sonucunu beklemek ölümcül gecikmeye yol açar; oral tedavi yetersizdir.
B) Yalnız hiperbarik oksijen tedavisi uygulamak	Hiperbarik oksijen seçilmiş olguda yardımcı olabilir ancak cerrahi kaynak kontrolünün yerini tutmaz.
C) İntravenöz sefazolin verip 24 saat gözlemek	Dar spektrumlu tek ajan polimikrobiyal ve MRSA olasılığını kapsamaz; gözlem uygun değildir.
D) Manyetik rezonans görüntüleme sonucu çıkana kadar antibiyotik başlamamak	Klinik olarak yüksek şüphede görüntüleme cerrahiye ve antibiyotiği geciktirmemelidir.

5. Rituksimab öncesi hepatit B profilaksisi - Doğru cevap: A

Kazanım: Geçirilmiş HBV enfeksiyonunda yüksek riskli immünsüpresyon öncesi antiviral profilaksiyi planlar.

Çözüm basamakları

1. Anti-HBc pozitifliği önceki HBV temasını gösterir; HBsAg negatifliği reaktivasyonu dışlamaz.
2. B hücrelerini tüketen rituksimab, HBV reaktivasyonu açısından yüksek riskli bir ajandır.
3. Entekavir veya tenofovir kemoterapi öncesinde başlanıp tedavi sonrasında da uygun süre sürdürülmelidir.

Sonuç: Rituksimab alan anti-HBc pozitif hastada HBV DNA negatif olsa bile entekavir veya tenofovir profilaksisi gerekir.

Kritik tuzak: Sadece HBsAg ve HBV DNA'ya bakıp anti-HBc pozitifliğinin reaktivasyon riskini göz ardı etmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
B) HBV DNA negatif olduğu için izlem yapmamak	Rituksimab altında geçirilmiş enfeksiyonda bile reaktivasyon riski yüksektir.
C) Yalnız transaminaz yükselirse lamivudin başlamak	Yüksek riskli rejimde preemptif bekleme yerine yüksek direnç bariyerli profilaksi tercih edilir.
D) Hepatit B aşı serisini tekrarlamak	Anti-HBs pozitifliği vardır; aşı reaktivasyon riskini ortadan kaldırmaz.
E) Kemoterapi bitiminde tek doz hepatit B immünoglobulini vermek	HBIG bu bağlamda reaktivasyon profilaksisi değildir.

6. Obstrüktif uyku apnesinde tanı - Doğru cevap: E

Kazanım: Obstrüktif uyku apne sendromunda kesin tanı yöntemini seçer.

Çözüm basamakları

1. Horlama, tanıklı apne, gündüz uykululuk ve obezite OSA için güçlü klinik ipuçlarıdır.
2. Tanı, uyku sırasında hava akımı, solunum çabası, oksijenlenme ve uyku evrelerinin eş zamanlı kaydıyla konur.
3. Bu değerlendirmeyi sağlayan altın standart yöntem polisomnografidir.

Sonuç: Obstrüktif uyku apnesinin kesin tanısı gece polisomnografisiyle konur.

Kritik tuzak: Gece oksimetresini tek başına kesin tanı testi sanmak; oksimetri tarama sağlar ancak olay tipini ve uyku evresini göstermez.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Posteroanterior akciğer grafisi	Akciğer grafisi uyku sırasındaki apne-hipopne olaylarını göstermez.
B) Gündüz arter kan gazı	Obezite hipoventilasyonu şüphesinde yardımcı olabilir ancak OSA tanısını kesinleştirmez.
C) Spirometri	Spirometri obstrüktif akciğer hastalıklarını değerlendirir; uyku ilişkili üst hava yolu kollapsını ölçmez.
D) Efor testi	Efor testi kardiyak iskemi ve egzersiz kapasitesini değerlendirir; apne-hipopne indeksini belirlemez.

7. Pneumocystis pnömonisinde steroid endikasyonu - Doğru cevap: E

Kazanım: HIV ilişkili Pneumocystis jirovecii pnömonisinde yardımcı kortikosteroid gereksinimini belirler.

Çözüm basamakları

1. Subakut dispne, kuru öksürük ve bilateral buzlu cam opasiteleri PCP ile uyumludur.
2. PaO₂'nin 70 mmHg'nin altında veya A-a gradiyentinin 35 mmHg'nin üzerinde olması orta-ağır hastalığı gösterir.
3. İlk seçenek TMP-SMX'tir; bu hipoksemi düzeyinde yardımcı sistemik kortikosteroid mortaliteyi azaltır.

Sonuç: Orta-ağır PCP'de TMP-SMX'e sistemik kortikosteroid eklenmelidir.

Kritik tuzak: Steroid endikasyonunu yalnız oksijen satürasyonuna göre değerlendirip PaO₂ ve A-a gradiyentini kullanmamak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Yalnız azitromisin	Azitromisin P. jirovecii için etkili tedavi değildir.
B) Yalnız inhaler kortikosteroid	İnhaler steroid PCP'yi tedavi etmez ve orta-ağır hipoksehide gerekli sistemik antiinflamatuvar etkiyi sağlamaz.
C) Flukonazol ile prednizolon	Flukonazol Candida ve bazı maya enfeksiyonlarında kullanılır; PCP tedavisinde yeri yoktur.
D) Seftriakson ile klaritromisin	Bu rejim bakteriyel toplum kökenli pnömoniyi kapsar; PCP'ye etkili değildir.

8. Subakut hipersensitivite pnömonisi - Doğru cevap: A

Kazanım: Maruziyetle ilişkili hipersensitivite pnömonisini tanıır ve temel yaklaşımı belirler.

Çözüm basamakları

1. Kuş antijeni maruziyeti, iş günlerinde artan semptomlar ve BAL lenfositozu hipersensitivite pnömonisini düşündürür.
2. Mozaik atenüasyon ve sentrilobüler buzlu cam nodülleri küçük hava yolu ve interstisyel tutulumu destekler.
3. Tedavinin temeli nedensel antijenden tam kaçınmadır; belirgin semptomlarda kısa süreli sistemik steroid eklenebilir.

Sonuç: Hipersensitivite pnömonisinde en önemli tedavi sorumlu antijen maruziyetini kesmektir.

Kritik tuzak: Steroidin maruziyet kontrolünün yerini tuttuğunu düşünmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
B) Uzun süreli geniş spektrumlu antibiyotik	Bulgular bakteriyel enfeksiyondan çok immün aracılı interstisyel hastalığı destekler.
C) Yaşam boyu antikoagülan tedavi	Pulmoner tromboemboli bulgusu yoktur.
D) Yüksek doz inhale beta-2 agonist monoterapi	Bronkodilatörler eşlik eden bronkospazmı azaltabilir ancak hastalığın nedenini ortadan kaldırmaz.
E) Acil akciğer transplantasyonu	İleri geri dönüşsüz fibrozis yoktur; ilk yaklaşım maruziyet kontrolüdür.

9. Pulmoner alveoler proteinozis - Doğru cevap: E

Kazanım: Pulmoner alveoler proteinozisin tipik görüntüleme ve lavaj bulgularını tanıır.

Çözüm basamakları

1. Kaldırım taşı paterni ve süt kıvamlı PAS pozitif BAL pulmoner alveoler proteinozis için tipiktir.
2. Hastalığın temel sorunu alveoler makrofajların surfaktan temizleyememesidir.
3. Belirgin hipoksemisi olan semptomatik hastada standart tedavi genel anestezi altında aşamalı tüm akciğer lavajıdır.

Sonuç: Semptomatik pulmoner alveoler proteinoziste temel tedavi tüm akciğer lavajıdır.

Kritik tuzak: Kaldırım taşı görünümünü özgül olmayan bir ödem bulgusu sanıp kardiyak tedaviye yönelmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Uzun süreli sistemik antibiyotik	Enfeksiyon dışlanmıştır; biriken surfaktan materyalini temizlemez.
B) Yüksek doz diüretik	Tablo kardiyojenik ödem değildir.
C) İnhaler kortikosteroid	Kortikosteroid makrofaj fonksiyonunu daha da bozabilir ve standart tedavi değildir.
D) Plevral dekortikasyon	Hastalık plevrada değil alveollerde surfaktan birikimiyle oluşur.

10. Akut perikardit tedavisi - Doğru cevap: B

Kazanım: Komplike olmayan akut perikarditte birinci basamak tedaviyi seçer.

Çözüm basamakları

1. Pozisyonel-plöritik ağrı, yaygın ST yükselmesi ve PR çökmesi akut perikardit için tipiktir.
2. Komplike olmayan olguda antiinflamatuvar tedavi NSAİİ ile sağlanır.
3. Kolşisin semptom süresini ve nüks riskini azaltmak için NSAİİ'ye eklenir.

Sonuç: Komplike olmayan akut perikarditte NSAİİ ve kolşisin birlikte verilmelidir.

Kritik tuzak: Yaygın ST yükselmesini otomatik olarak STEMI kabul edip derivasyon dağılımı ve PR çökmesini gözden kaçırmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Primer perkütan koroner girişim	EKG paterni ve pozisyonel ağrı akut perikarditi destekler; bölgesel STEMI bulgusu yoktur.
C) Fibrinolitik tedavi	Perikarditte fibrinolitik yarar sağlamaz ve kanama riskini artırır.
D) Yalnız yüksek doz prednizolon	Steroidler seçilmiş dirençli/otoimmün olgularda düşünülür; ilk basamakta nüks riskini artırabilir.
E) Acil perikardiyosentez	Tamponad veya büyük semptomatik efüzyon yoktur.

11. Semptomatik tam atriyoventriküler blok - Doğru cevap: D

Kazanım: Hemodinamik bozukluk yapan tam AV blokta geçici pacing endikasyonunu tanır.

Çözüm basamakları

1. AV disosiyasyon ve çok yavaş kaçış ritmi üçüncü derece AV bloğu gösterir.
2. Hipotansiyon ve senkop, bradikardinin hemodinamik olarak tolere edilmediğini kanıtlar.
3. Atropine yanıtsız instabil tam blokta transkütan pacing köprü olabilir; güvenilir geçici destek için transvenöz pil gerekir.

Sonuç: Atropine yanıtsız, şokla seyreden tam AV blokta geçici transvenöz pacing uygulanmalıdır.

Kritik tuzak: Bradikardiyi ilaçla düzeltmeye çalışırken infranodal tam blokta pacing gereğini geciktirmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Oral beta blokör başlanması	Beta blokör AV iletimi daha da yavaşlatabilir.
B) İntravenöz adenozin verilmesi	Adenozin AV düğümü bloke eder ve tam blokta kontrendikedir.
C) Yalnız sıvı verilip gözlem	Şok ve ciddi bradikardi vardır; definitif hız desteği geciktirilemez.
E) Elektif efor testi planlanması	Hasta hemodinamik olarak instabil ve acil tedavi gerektirir.

12. Romatizmal mitral darlığında antikoagülasyon - Doğru cevap: B

Kazanım: Romatizmal mitral darlığı ve atriyal fibrilasyonda uygun antikoagülanı seçer.

Çözüm basamakları

1. Mitral darlığı sol atriyal genişleme ve staza, AF ise trombüs oluşumuna yol açar.
2. Önceki TIA ek olarak çok yüksek tromboemboli riskini gösterir.
3. Romatizmal orta-ağır mitral darlıkla ilişkili AF'de hedef INR ile varfarin kullanılır.

Sonuç: Romatizmal ciddi mitral darlığı ve AF'de tromboemboli korunması için varfarin tercih edilir.

Kritik tuzak: Nonvalvüler AF algoritmasını doğrudan uygulayıp DOAK seçmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Asetilsalisilik asit	Romatizmal mitral darlığı ve AF'de aspirin yeterli emboli korunması sağlamaz.
C) Apiksaban	Orta-ağır romatizmal mitral darlıkta K vitamini antagonisti standarttır; DOAK'lar tercih edilmez.
D) Klopidoğrel	Antiplatelet tedavi kardiyoembolik riski yeterince azaltmaz.
E) Profilaksi gerekmemesi	AF ve önceki TIA çok yüksek emboli riski oluşturur.

13. Ciddi aort yetersizliğinde cerrahi endikasyon - Doğru cevap: A

Kazanım: Kronik ciddi aort yetersizliğinde semptom ve sol ventrikül işlevine göre cerrahi kararı verir.

Çözüm basamakları

1. Ciddi aort yetersizliğinde kronik hacim yükü sol ventrikül dilatasyonu ve işlev kaybına yol açar.
2. Semptom gelişmesi tek başına kapak cerrahisi için güçlü endikasyondur.
3. Ejeksiyon fraksiyonunun %50'nin altına düşmesi de geri dönüşsüz miyokard hasarı öncesi cerrahiye destekler.

Sonuç: Semptomatik ciddi aort yetersizliği ve EF %48 nedeniyle hasta kapak cerrahisine yönlendirilmelidir.

Kritik tuzak: Vazodilatör tedaviyle semptom azalmasını cerrahi gereksinimin ortadan kalkması sanmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
B) Yalnız yıllık ekokardiyografi ile izlemek	Semptomatik ciddi yetersizlik ve sistolik işlev bozukluğu cerrahi endikasyondur.
C) Uzun süreli fibrinolitik tedavi	Fibrinolitik kronik kapak yetersizliğini düzeltmez.
D) Kalıcı kalp pili takmak	İleti bozukluğu belirtilmemiştir; pil kapak lezyonunu tedavi etmez.
E) Sadece beta blokör dozunu artırmak	Tıbbi tedavi semptomu azaltabilir ancak cerrahi endikasyonu ortadan kaldırmaz; aşırı bradikardi regürjitan süreyi uzatabilir.

14. Transtiretin kardiyak amiloidozu - Doğru cevap: D

Kazanım: Kardiyak amiloidozu hipertrofik fenotipli diğer kardiyomiyopatilerden ayırır.

Çözüm basamakları

1. Duvar kalınlaşmasına rağmen düşük EKG voltajı ve apikal strain korunması kardiyak amiloidozu düşündürür.
2. Monoklonal protein taramasının negatif olması AL amiloidoz olasılığını azaltır.
3. Uygun kemik izleyicili kardiyak sintigrafide güçlü miyokard tutulumu, monoklonal protein yokluğunda transtiretin amiloidozunu noninvaziv destekler.

Sonuç: Monoklonal protein saptanmayan tipik fenotipte Tc-pirofosfat sintigrafisi transtiretin kardiyak amiloidozunu destekler.

Kritik tuzak: Ekokardiyografide kalın duvarı otomatik olarak hipertansif hipertrofi kabul etmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Koroner kalsiyum skoru	Koroner ateroskleroza değerlendirir; miyokard amiloid birikimini göstermez.
B) Eforlu EKG	İşkemi değerlendirmesinde kullanılabilir; infiltratif kardiyomiyopati tanısını koyduramaz.
C) Akciğer ventilasyon-perfüzyon sintigrafisi	Pulmoner emboli için kullanılır, kardiyak amiloidozu değerlendirmez.
E) Karotis Doppler ultrasonografisi	Serebrovasküler ateroskleroza değerlendirir; amiloid tipini belirlemez.

15. Hepatorenal sendrom-AKI tedavisi - Doğru cevap: A

Kazanım: Sirozda hepatorenal sendrom-AKI'yi tanı ve vazokonstriktör-albümin tedavisini seçer.

Çözüm basamakları

1. Siroz ve asit zemininde ilerleyen kreatinin, yapısal böbrek hastalığı ve şok olmaması HRS-AKI'yi düşündürür.
2. Diüretik kesilmesi ve albümin yükleme yanıtı tanısal yaklaşıma destekler.
3. Splanknik vazodilatasyonu tersine çevirmek için terlipressin, etkin dolaşan hacmi desteklemek için albümin verilir.

Sonuç: HRS-AKI'de uygun tedavi terlipressin ve albümin kombinasyonudur; transplantasyon kesin tedavi seçeneğidir.

Kritik tuzak: Kreatinin yükselişini otomatik olarak akut tübüler nekroz kabul edip HRS kriterlerini değerlendirmemek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
B) Yüksek doz furosemid	Diüretik renal perfüzyonu daha da azaltabilir ve HRS'yi kötüleştirir.
C) İbuprofen	NSAİİ renal prostaglandinleri baskılayarak böbrek işlevini kötüleştirir.
D) Yalnız kristalloid yükleme	Albümine yanıtı ve yapısal böbrek bulgusu olmayan HRS'de vazokonstriktör gerekir.
E) Acil böbrek biyopsisi	Aktif idrar sedimenti veya proteinüri yoktur; klinik tanı HRS-AKI ile uyumludur.

16. Kompleks perianal Crohn fistülü - Doğru cevap: E

Kazanım: Perianal Crohn hastalığında apse drenajı, seton ve biyolojik tedaviyi birlikte planlar.

Çözüm basamakları

1. MR bulguları kompleks transsfinkterik fistül ve eşlik eden apseyi gösterir.
2. İlk adım sepsisi kontrol etmek için cerrahi drenaj ve sfinkteri koruyan seton yerleştirilmesidir.
3. Enfeksiyon kontrolünden sonra infliksimab gibi anti-TNF ajanı fistül kapanmasını artırır.

Sonuç: Kompleks perianal Crohn fistülünde önce drenaj/seton, ardından anti-TNF tedavisi uygulanır.

Kritik tuzak: Biyolojik tedaviyi apse drenajından önce başlamak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Yalnız oral mesalazin	Mesalazin kompleks fistül ve apseyi kontrol etmekte yetersizdir.
B) Apse varken hemen yüksek doz steroid	Steroid kontrolsüz enfeksiyonu kötüleştirebilir; önce kaynak kontrolü gerekir.
C) Fistülotomiyle tüm sfinkteri kesmek	Yüksek/kompleks fistülde geniş fistülotomi inkontinans riskini artırır.
D) Tedavisiz gözlem	Apse sepsis ve doku hasarı riski taşır; drenaj geciktirilmemelidir.

17. Barrett özofagusunda yüksek dereceli displazi - Doğru cevap: D

Kazanım: Barrett özofagusunda yüksek dereceli displazinin endoskopik eradikasyon tedavisini seçer.

Çözüm basamakları

1. Yüksek dereceli displazi, özofagus adenokarsinomuna ilerleme açısından yüksek risk taşır.
2. Görünür nodüler lezyon endoskopik rezeksiyonla hem tedavi edilir hem de invazyon derinliği belirlenir.
3. Kalan düz Barrett mukozası radyofrekans gibi ablasyon yöntemiyle eradike edilir.

Sonuç: Yüksek dereceli displazili Barrett'ta görünür lezyon rezeksiyonu ve kalan segment ablasyonu uygundur.

Kritik tuzak: Tüm Barrett alanını biyopsi almadan ablate ederek gizli invaziv kanseri evreleyememek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Yalnız proton pompası inhibitörüyle yıllık izlem	Yüksek dereceli displazide ilerleme riski yüksektir; yalnız izlem yeterli değildir.
B) Helicobacter pylori eradikasyonu	H. pylori tedavisi Barrett displazisini ortadan kaldırmaz.
C) Baryumlu özofagus grafisiyle takip	Baryum grafisi mukozal displaziyi evreleyemez veya tedavi edemez.
E) Nodülü biyopsisiz bırakıp yalnız radyofrekans ablasyon	Görünür lezyon önce rezeksiyonla histolojik evrenmeli ve çıkarılmalıdır.

18. Hepatik ensefalopati tedavisi - Doğru cevap: C

Kazanım: Sirotik hastada hepatic ensefalopatiji tanı ve ilk tedaviyi seçer.

Çözüm basamakları

1. Siroz, gastrointestinal kanama, asteriks ve bilinç değişikliği hepatic ensefalopatiji destekler.
2. Gastrointestinal kanama azot yükünü artırarak atağı tetiklemiştir ve ayrıca kontrol edilmelidir.
3. Laktüloz kolonik pH'ı düşürür, amonyağı hapsedir ve dışkıyla atılımı artırır; tekrarlayan olguda rifaksimin eklenir.

Sonuç: Hepatik ensefalopatide laktüloz günde 2-3 yumuşak dışkı hedefiyle titrasyonla verilmelidir.

Kritik tuzak: Serum amonyak düzeyi normal çıkarsa klinik ensefalopatiji dışlamak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Yüksek proteinli enteral beslenmeyi kesintisiz artırmak	Uzun süreli protein kısıtlaması önerilmez; akut tabloda temel tedavi amonyak üretimini azaltmaktır.
B) Yalnız benzodiazepin vermek	Sedatifler ensefalopatiji ağırlaştırabilir.
D) Acil hemodiyaliz	Rutin hepatic ensefalopati tedavisi değildir; özel eşlik eden endikasyon yoktur.
E) Asetazolamid başlamak	Asetazolamid metabolik asidoz yapabilir ve hepatic ensefalopati tedavisinde kullanılmaz.

19. Primer biliyer kolanjit tedavisi - Doğru cevap: E

Kazanım: Primer biliyer kolanjitte birinci basamak hastalık modifiye edici tedaviyi seçer.

Çözüm basamakları

1. Kolestatik enzim paterni, kadın cinsiyet ve AMA pozitifliği PBC için tipiktir.
2. Ekstrahepatik obstrüksiyonun dışlanması intrahepatik küçük safra kanalı hastalığını destekler.
3. Ursodeoksikolik asit biyokimyasal yanıtı ve transplantasyonsuz sağkalımı iyileştiren birinci basamak tedavidir.

Sonuç: Primer biliyer kolanjitte birinci basamak tedavi ursodeoksikolik asittir.

Kritik tuzak: Kaşıntı tedavisiyle hastalık modifiye edici tedaviyi birbirine karıştırmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Yüksek doz prednizolon monoterapisi	PBC'nin standart birinci basamak tedavisi değildir ve uzun dönem yan etki taşır.
B) Lamivudin	HBV tedavisinde kullanılır; otoimmün kolanjiyopatiyi tedavi etmez.
C) Mesalazin	İnflamatuvar bağırsak hastalıklarında kullanılır; PBC için etkili değildir.
D) Acil karaciğer nakli	Erken evrede medikal tedavi başlanır; transplantasyon dekompanseasyon veya dirençli ağır semptomlarda değerlendirilir.

20. Hiperozmolar hiperglisemik durum - Doğru cevap: C

Kazanım: Hiperozmolar hiperglisemik durumda ilk resüsitasyon basamağını belirler.

Çözüm basamakları

1. Çok yüksek glukoz ve ozmolalite, minimal ketoz ve pH'nın korunması HHS'yi gösterir.
2. En büyük akut sorun ağır serbest su ve intravasküler hacim kaybıdır.
3. Bu nedenle ilk tedavi izotonik salinle dolaşımın düzeltilmesi; ardından potasyum değerlendirmesi ve düşük doz insülin.

Sonuç: Hiperozmolar hiperglisemik durumda ilk basamak izotonik salinle agresif sıvı resüsitasyonudur.

Kritik tuzak: Glukoz değerine odaklanıp insülini sıvıdan önce vermek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) İntravenöz bikarbonat bolusu	Belirgin asidoz yoktur; bikarbonat endike değildir.
B) Sıvı vermeden yüksek doz insülin bolusu	Önce dolaşım hacmi düzeltilmelidir; erken insülin hızlı ozmotik değişim ve kollaps riski yaratır.
D) Yalnız oral su alımını artırmak	Şok ve bilinç değişikliği olan hastada oral tedavi yetersiz ve güvensizdir.
E) Acil hemodiyaliz	Rutin ilk tedavi değildir; sıvı resüsitasyonu önceliklidir.

21. Makroprolaktinoma tedavisi - Doğru cevap: B

Kazanım: Makroprolaktinomada birinci basamak dopamin agonisti tedavisini seçer.

Çözüm basamakları

1. Amenore-galaktore, belirgin prolaktin yüksekliği ve makroadenom prolaktinomayı destekler.
2. Dopamin agonistleri prolaktin salgısını baskılar ve tümörü küçültür.
3. Kabergolin etkinliği yüksek, tolerabilitesi iyi olduğu için çoğu hastada birinci basamaktır.

Sonuç: Makroprolaktinomada görme tehdidi yoksa ilk tedavi kabergolindir.

Kritik tuzak: Makroadenom sözcüğünü görür görmez cerrahi ilk seçenek sanmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Transsfenoidal cerrahi	Dopamin agonistine direnç/intolerans veya acil kompresyon yoksa ilk seçenek değildir.
C) Radyoaktif iyot	Tiroid hastalıklarında kullanılır, prolaktinomayı tedavi etmez.
D) Yüksek doz östrojen	Prolaktin düzeyini ve tümör büyümesini artırabilir.
E) Yalnız gözlem	Semptomatik makroadenom ve infertilite tedavi gerektirir.

22. Subakut granülomatöz tiroidit - Doğru cevap: B

Kazanım: Subakut tiroiditi Graves hastalığından ayırır ve uygun semptomatik tedaviyi seçer.

Çözüm basamakları

1. Ağrılı tiroid, yüksek sedimentasyon ve viral enfeksiyon sonrası başlangıç subakut tiroiditi düşündürür.
2. Düşük radyoaktif iyot tutulumu hormon sentezinin artmadığını, follikül hasarıyla hormon sızıntısı olduğunu gösterir.
3. NSAİİ ağrı-inflamasyonu, beta blokör adrenerjik semptomları azaltır; ağır olguda glukokortikoid kullanılabilir.

Sonuç: Subakut tiroiditte başlangıç tedavisi NSAİİ ve beta blokördür; antitiroid ilaç verilmez.

Kritik tuzak: Her tirotoksikozda metimazol başlanacağını düşünmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Metimazol	Hormon fazlalığı artmış sentezden değil depolanmış hormon salınımından kaynaklanır; antitiroid ilaç etkisizdir.
C) Radyoaktif iyot ablasyonu	Tutulum düşüktür ve hastalık çoğunlukla kendini sınırlar.
D) Levotiroksin yüksek doz	Tirotoksik fazda hormon vermek semptomları kötüleştirir.
E) Acil total tiroidektomi	Cerrahi endikasyonu yoktur; inflamatuvar ve geçici bir süreçtir.

23. Glukokortikoide bağlı osteoporozdan korunma - Doğru cevap: A

Kazanım: Uzun süreli glukokortikoid kullanan yüksek kırık riskli hastada farmakolojik korunmayı planlar.

Çözüm basamakları

1. Uzun süreli orta-yüksek doz glukokortikoid kemik oluşumunu azaltır ve kırık riskini hızla artırır.
2. T skoru -2,7 mevcut osteoporozu gösterir.
3. Kontrendikasyon yoksa oral bisfosfonat, kalsiyum-D vitamini ve yaşam tarzı önlemlerine eklenen birinci basamak seçenektir.

Sonuç: Yüksek riskli glukokortikoid kullanıcısında oral bisfosfonat başlanmalıdır.

Kritik tuzak: Kalsiyum ve D vitaminini tek başına yeterli osteoporoz tedavisi sanmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
B) Yalnız egzersiz önerip ilaç vermemek	T skoru osteoporoz düzeyindedir ve uzun süreli steroid yüksek risk oluşturur; farmakolojik tedavi gerekir.
C) Kalsitonin nazal spreyini tek tedavi yapmak	Kırık önleme etkinliği bisfosfonatlara göre yetersizdir.
D) Östrojen-progestin tedavisi başlamak	Yaş ve risk profili nedeniyle rutin ilk seçenek değildir; tromboemboli ve malignite riskleri vardır.
E) Prednizolonu kesmeden yüksek doz levotiroksin vermek	Levotiroksin fazlalığı kemik kaybını artırır.

24. Postpartum edinilmiş hemofili A - Doğru cevap: C

Kazanım: Edinilmiş faktör VIII inhibitörünü tanıır ve yaşamı tehdit eden kanamada hemostatik tedaviyi seçer.

Çözüm basamakları

1. İzole uzamış aPTT'nin karışım testinde düzelmemesi inhibitörü düşündürür.
2. Postpartum dönemde düşük faktör VIII aktivitesi edinilmiş hemofili A ile uyumludur.
3. Ciddi kanamada inhibitörü bypass eden rekombinant aktive faktör VII veya aktive protrombin kompleks konsantresi kullanılır; eş zamanlı immünsüpresyon planlanır.

Sonuç: Postpartum edinilmiş hemofili A'da ciddi kanama bypass ajanı olan rekombinant faktör VIIa ile kontrol edilir.

Kritik tuzak: aPTT uzamasını heparin maruziyeti sanıp karışım testinin inhibitör paternini atlamak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Yalnız vitamin K	PT normaldir ve sorun vitamin K bağımlı faktör eksikliği değildir.
B) Trombosit süspansiyonu	Trombosit sayısı normaldir; kanama koagülasyon faktörü inhibitörüne bağlıdır.
D) Desmopressin tek başına	Yüksek titreli inhibitör ve yaşamı tehdit eden kanamada çoğunlukla yetersizdir.
E) Düşük molekül ağırlıklı heparin	Kanamayı ağırlaştırır ve endike değildir.

25. Sıcak otoimmün hemolitik anemi - Doğru cevap: D

Kazanım: Sıcak antikorla gelişen otoimmün hemolitik anemide ilk tedaviyi seçer.

Çözüm basamakları

1. Retikülositoz, indirekt hiperbilirubinemi, yüksek LDH ve düşük haptoglobin hemolizi gösterir.
2. Sferositler ve DAT'de IgG pozitifliği sıcak otoimmün hemolitik anemiye destekler.
3. İlk tedavi glukokortikoiddir; ağır semptomatik anemide uygun kan transfüzyonu geciktirilmez.

Sonuç: Sıcak otoimmün hemolitik anemide birinci basamak tedavi sistemik glukokortikoiddir.

Kritik tuzak: Sferosit görünce yalnız herediter sferositoz düşünmek; DAT pozitifliğini göz ardı etmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Oral demir monoterapisi	Anemi demir eksikliğinden değil immün hemolizden kaynaklanır.
B) Plazma değişimi	Sıcak AIHA'da rutin ilk basamak değildir.
C) Eritropoietin tek başına	Antikor aracılı eritrosit yıkımını durdurmaz.
E) Acil splenektomi	Steroid ve ikinci basamak tedavilere dirençli seçilmiş olguda düşünülebilir; ilk seçenek değildir.

26. Waldenström makroglobulinemisinde hiperviskozite - Doğru cevap: D

Kazanım: IgM ilişkili hiperviskozite sendromunda acil plazmaferez endikasyonunu tanır.

Çözüm basamakları

1. IgM paraproteini yüksek molekül ağırlığı nedeniyle plazma viskozitesini belirgin artırır.
2. Nörolojik bulgu, mukozal kanama ve retinal değişiklikler semptomatik hiperviskozite sendromudur.
3. Plazma değişimi intravasküler IgM'yi hızla uzaklaştırır; ardından hastalığa yönelik sistemik tedavi verilir.

Sonuç: Semptomatik IgM hiperviskozitesinde ilk tedavi acil plazma değişimidir.

Kritik tuzak: Paraprotein hastalığında doğrudan rituksimab başlayıp IgM flare riskini unutmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Rituksimab monoterapisini hemen başlamak	Ritüksimab başlangıçta IgM alevlenmesine yol açarak hiperviskoziteyi kötüleştirebilir; önce plazmaferez gerekir.
B) Yüksek hacimli eritrosit transfüzyonu	Viskoziteyi daha da artırılabilir ve temel patolojiyi düzeltmez.
C) Demir şelasyonu	Demir yüklenmesiyle ilişkili değildir.
E) Yalnız düşük doz aspirin	Semptomatik hiperviskoziteyi hızla düzeltmez ve kanama riskini artırılabilir.

27. Kronik miyeloid lösemide hedefe yönelik tedavi - Doğru cevap: D

Kazanım: Kronik faz KML'de BCR-ABL1 tirozin kinaz inhibitörü tedavisini seçer.

Çözüm basamakları

1. t(9;22) ve BCR-ABL1 füzyonu KML'nin tanısal sürücü anomalileridir.
2. Blast oranının düşük olması kronik fazı destekler.
3. İmatinib, dasatinib, nilotinib veya uygun diğer TKI'lar BCR-ABL1'i baskılayarak derin moleküler yanıt sağlar.

Sonuç: Kronik faz KML'de başlangıç tedavisi bir BCR-ABL1 tirozin kinaz inhibitörüdür.

Kritik tuzak: Lökositozu yalnız hidroksiüreyle düşürmeyi definitif tedavi sanmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) All-trans retinoik asit	Akut promiyelositik lösemide PML-RARA hedeflenir; KML'de etkili değildir.
B) Yalnız hidroksiüre ile yaşam boyu tedavi	Hidroksiüre geçici sitoredüksiyon sağlayabilir ancak BCR-ABL1'i hedeflemez ve standart uzun dönem tedavi değildir.
C) Rituksimab	CD20 pozitif B hücreli hastalıklarda kullanılır; KML miyeloid neoplazidir.
E) Trombopoietin reseptör agonisti	Trombositopeni tedavisinde kullanılır; KML'nin klonal sürücüsünü hedeflemez.

28. İlaça bağlı akut interstisyel nefrit - Doğru cevap: E

Kazanım: Akut interstisyel nefriti tanı ve ilk basamak yönetimini belirler.

Çözüm basamakları

1. Yeni ilaç maruziyeti, ateş-döküntü ve akut böbrek hasarı AIN'i düşündürür.
2. Steril piyüri ve lökosit silendirleri interstisyel inflamasyonu destekler.
3. İlk ve en önemli adım suçlu ilacı kesmektir; düzelmeyen veya ağır olguda biyopsi ve kortikosteroid değerlendirilebilir.

Sonuç: İlaça bağlı akut interstisyel nefritte ilk basamak sorumlu ilaçların kesilmesidir.

Kritik tuzak: Eozinofilüri olmamasının AIN'i dışladığını düşünmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Yüksek doz aminoglikozid başlamak	Aminoglikozidler nefrotoksiktir ve interstisyel nefriti tedavi etmez.
B) Acil plazma değişimi	Anti-GBM veya TTP bulgusu yoktur; AIN için rutin değildir.
C) Böbrek fonksiyonu düzelene kadar NSAİİ vermek	NSAİİ hem AIN nedeni olabilir hem böbrek perfüzyonunu bozabilir.
D) Tek taraflı üreter stenti takmak	Obstrüksiyon bulgusu yoktur.

29. Primer membranöz nefropati - Doğru cevap: C

Kazanım: Anti-PLA2R pozitif membranöz nefropatiyi tanı ve tromboz riskini bilir.

Çözüm basamakları

1. Nefrotik düzey proteinüri ve ağır hipotalbüminemi nefrotik sendromu gösterir.
2. Anti-PLA2R ve subepitelyal immün depozitler primer membranöz nefropatiyi destekler.
3. İdrarla antikoagülan protein kaybı ve prokoagülan artışı özellikle membranöz nefropatide renal ven trombozu riskini yükseltir.

Sonuç: Primer membranöz nefropatide ağır nefrotik sendrom renal ven trombozu açısından yüksek risk taşır.

Kritik tuzak: Nefrotik sendromda yalnız ödem ve enfeksiyona odaklanıp trombozu unutmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Hipogamaglobulinemiye bağlı yalnız viral menenjit	Enfeksiyon riski artabilir ancak membranöz nefropatinin klasik özgül trombotik komplikasyonu renal ven trombozudur.
B) Bilateral adrenal kanama	Tipik bir membranöz nefropati komplikasyonu değildir.
D) Hiperürisemiye bağlı tümör lizis sendromu	Tümör lizisi hızlı malign hücre yıkımıyla ilişkilidir.
E) Akut hemolitik transfüzyon reaksiyonu	Transfüzyon uyumsuzluğuyla gelişir; nefrotik sendromun doğal komplikasyonu değildir.

30. Otozomal dominant polikistik böbrek hastalığında anevrizma taraması - Doğru cevap: B

Kazanım: ADPKD'de intrakraniyal anevrizma tarama endikasyonunu belirler.

Çözüm basamakları

1. ADPKD intrakraniyal sakküler anevrizma riskini artırır.
2. Birinci derece akrabada subaraknoid kanama öyküsü, asemptomatik hastada taramayı haklı çıkarır.
3. Kontrastsız beyin MRA, radyasyon ve iyotlu kontrast olmadan uygun ilk tarama yöntemidir.

Sonuç: Ailede subaraknoid kanama öyküsü bulunan ADPKD hastası beyin MRA ile taranmalıdır.

Kritik tuzak: Tüm ADPKD hastalarına rutin invaziv anjiyografi gerektiğini düşünmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Semptom gelişene kadar serebral görüntüleme yapmamak	Birinci derece akrabada anevrizma/SAK öyküsü tarama endikasyonudur.
C) Yalnız karotis Doppler ultrasonografisi	İntrakraniyal Willis poligonu anevrizmalarını güvenilir biçimde değerlendirmez.
D) Her yıl tanınal kateter anjiyografi	İnvazivdir; ilk taramada kontrastsız MRA çoğunlukla uygundur.
E) Profilaktik antikoagülan başlamak	Anevrizmayı önlemez ve kanama riskini artırabilir.

31. Polimiyalji romatika - Doğru cevap: A

Kazanım: Polimiyalji romatikayı tanıır ve başlangıç tedavisini seçer.

Çözüm basamakları

1. İleri yaş, omuz-kalça kuşağı ağrısı ve uzun sabah tutukluğu PMR için tipiktir.
2. Normal CK inflamatuvar miyopatiyi daha az olası kılar.
3. Düşük-orta doz glukokortikoide hızlı ve belirgin yanıt beklenir; dev hücreli arterit belirtileri ayrıca sorgulanmalıdır.

Sonuç: Polimiyalji romatikada düşük-orta doz prednizolon uygun başlangıç tedavisidir.

Kritik tuzak: Normal kas gücü ve CK'yi görmeden tabloyu polimiyozit sanmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
B) Yüksek doz metotreksat monoterapi	Metotreksat seçilmiş nüks/yüksek steroid riski olanlarda eklenebilir; başlangıçta steroidin yerini tutmaz.
C) Kolşisin	Ailesel Akdeniz ateşi ve kristal artritlerde kullanılır; PMR için etkili değildir.
D) Allopurinol	Ürik asit düşürücüdür; PMR tedavisi değildir.
E) Yalnız opioid analjezik	İnflamasyonu kontrol etmez ve tanısız hızlı steroid yanıtı sağlamaz.

32. Dermatomyozit ve malignite riski - Doğru cevap: C

Kazanım: Dermatomyozitin kutanöz ve kas bulgularını tanıır ve malignite taramasının önemini kavrar.

Çözüm basamakları

1. Simetrik proksimal kas güçsüzlüğü ve belirgin CK yüksekliği inflamatuvar miyopatiyi gösterir.
2. Heliotrop döküntü ve Gottron papülleri dermatomyozit için karakteristiktir.
3. Erişkin başlangıçlı dermatomyozit kanserle ilişkilidir; tanı çevresinde yaş-cinsiyet ve risk profiline uygun tarama gerekir.

Sonuç: Erişkin dermatomyozit tanısında kapsamlı malignite taraması yapılmalıdır.

Kritik tuzak: Kas enzim yüksekliğine odaklanıp paraneoplastik ilişkiyi unutmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Tüm aşılardan kalıcı olarak kesilmesi	Dermatomyozit aşılardan mutlak kalıcı kontrendikasyonu değildir; tedaviye göre canlı aşılardan planlanır.
B) Yalnız serum ürik asit ölçümü	Gutla ilişkili değildir ve temel ek risk değerlendirmesi değildir.
D) Rutin profilaktik apendektomi	Dermatomyozitle ilişkili değildir.
E) Hastalık süresince hiçbir görüntüleme yapmamak	Erişkin dermatomyozit özellikle bazı antikor profillerinde maligniteyle ilişkilidir.

33. Guillain-Barré sendromu tedavisi - Doğru cevap: C

Kazanım: Guillain-Barré sendromunda solunum izlemi ve immün tedaviyi seçer.

Çözüm basamakları

1. Enfeksiyon sonrası yükselen simetrik güçsüzlük ve arefleksi GBS için tipiktir.
2. BOS'ta albuminositolojik dissosiyasyon tanır destekler.
3. IVIG veya plazma değişimi eşdeğer etkili tedavilerdir; solunum kapasitesi ve otonom instabilite yakından izlenir.

Sonuç: Hızla ilerleyen GBS'de IVIG başlanmalı ve solunum fonksiyonları yakından izlenmelidir.

Kritik tuzak: BOS protein yüksekliğini enfeksiyöz menenjit sanıp hücre sayısının normal olduğunu atlamak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Yüksek doz oral prednizolon	Kortikosteroidler GBS'de klinik yarar göstermez.
B) Levodopa	Parkinson hastalığında kullanılır; akut periferik demiyelinizasyonu tedavi etmez.
D) Asetilkolinesteraz inhibitörü	Miyastenia gravis için kullanılır; GBS'de etkili değildir.
E) Yalnız fizik tedaviyle ayaktan izlem	Hızlı ilerleme ve vital kapasite düşüşü solunum yetmezliği riski taşır; yatırılarak immün tedavi gerekir.

34. Parkinson hastalığında doz sonu kötüleşmesi - Doğru cevap: A

Kazanım: Levodopa kullanan Parkinson hastasında wearing-off fenomenini tanımlar ve tedavi seçeneğini belirler.

Çözüm basamakları

1. Semptomların her dozun sonunda öngörülebilir biçimde geri gelmesi wearing-off fenomenidir.
2. COMT inhibitörleri periferde levodopa yıkımını azaltarak her dozun etkisini uzatır.
3. Entakapon levodopa dozlarıyla birlikte verilerek kapalı dönemleri azaltabilir.

Sonuç: Levodopa doz sonu kötüleşmesinde COMT inhibitörü entakapon uygun ek tedavidir.

Kritik tuzak: Tremor artışını hastalık progresyonu sanıp dozla zamansal ilişkiyi sorgulamamak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
B) Haloperidol	Dopamin D2 blokajıyla parkinsonizmi ağırlaştırır.
C) Metoklopramid	Santral dopamin antagonizması yaparak motor bulguları kötüleştirir.
D) Fenitoin	Epilepsi tedavisinde kullanılır; levodopa doz sonu kötüleşmesini düzeltmez.
E) Donepezil	Parkinson demansında kullanılabilir ancak wearing-off için temel yaklaşım değildir.

35. Nöroleptik malign sendrom - Doğru cevap: A

Kazanım: Nöroleptik malign sendromu serotonin sendromundan ayırır ve acil tedaviyi belirler.

Çözüm basamakları

1. Dopamin antagonisti maruziyeti, hipertermi, bilinç değişikliği ve yaygın rijidite NMS'nin çekirdek bulgularıdır.
2. Çok yüksek CK rabdomiyolizi gösterir ve böbrek hasarı riskini artırır.
3. Suçlu ilaç kesilir, agresif sıvı-soğutma ve organ desteği verilir; ağır olguda dantrolen veya bromokriptin kullanılabilir.

Sonuç: Nöroleptik malign sendromda antipsikotik kesilir, yoğun destek ve gerektiğinde dantrolen/bromokriptin verilir.

Kritik tuzak: Klonus ve hiperrefleksi olmadan tabloyu serotonin sendromu sanmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
B) Haloperidol dozunu artırmak	Dopamin blokajını artırarak sendromu ağırlaştırır.
C) Yalnız siproheptadin vermek	Siproheptadin serotonin sendromunda kullanılır; bu tabloda belirgin rijidite ve antipsikotik maruziyeti NMS'yi destekler.
D) Acil lityum başlamak	Lityum nörotoksisite ve NMS riskini artırabilir; tedavi değildir.
E) Hastayı soğutmadan taburcu etmek	Hipertermi, rabdomiyoliz ve otonom instabilite yaşamı tehdit eder; yoğun bakım gerekir.

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

36. Mekonyum aspirasyon sendromu - Doğru cevap: E

Kazanım: Mekonyumla boyalı postterm yenidoğanda solunum sıkıntısının nedenini tanıır.

Çözüm basamakları

1. Postterm doğum ve mekonyumlu amniyon sıvısı aspirasyon riskini artırır.
2. Erken solunum sıkıntısı, kaba raller, hiperinflasyon ve yamalı infiltrasyonlar tipiktir.
3. Tedavi oksijen ve gereğine göre solunum desteğidir; canlı doğan bebeğe rutin trakeal aspirasyon önerilmez.

Sonuç: Klinik ve radyolojik tablo mekonyum aspirasyon sendromuyla uyumludur.

Kritik tuzak: Mekonyumlu sıvı görüldüğünde her bebeğe rutin entübasyon ve trakeal aspirasyon gerektiğini düşünmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Yenidoğanın geçici takipnesi	Genellikle sezaryenle doğan term bebekte perihiler çizgilenme ve fissürlerde sıvıyla seyrederek; mekonyum ve kaba yamalı infiltrasyonlar daha az uyumludur.
B) Prematüre respiratuvar distres sendromu	Prematürite, düşük akciğer hacmi ve retikülogranüler görünüm beklenir.
C) Konjenital lobar amfizem	Çoğunlukla tek lobda belirgin hiperinflasyon ve komşu yapılarda bası oluşturur; doğumda mekonyum ilişkisi yoktur.
D) Özofagus atrezisi	Beslenmeyle öksürük-siyanoz ve sonda ilerlememesi beklenir; grafi bulguları farklıdır.

37. Yenidoğanın persistan pulmoner hipertansiyonu - Doğru cevap: E

Kazanım: Persistan pulmoner hipertansiyonda sağdan sola şantı tanır ve seçici pulmoner vazodilatörü seçer.

Çözüm basamakları

1. Preduktal-postduktal saturasyon farkı duktus düzeyinde sağdan sola şantı gösterir.
2. Yapısal kalp hastalığının olmaması ve yüksek pulmoner basınç PPHN ile uyumludur.
3. İn hale nitrik oksit ventilasyonu olan akciğer bölgelerinde seçici pulmoner vazodilatasyon sağlar.

Sonuç: Persistan pulmoner hipertansiyonda uygun solunum desteğine rağmen hipoksemi sürerse inhale nitrik oksit kullanılır.

Kritik tuzak: Duktal şantı görüp yapısal siyanotik kalp hastalığı varsaymak; ekokardiyografik dışlamayı gözden kaçırmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) İntravenöz indometazin	Duktusu kapatmak PPHN'de sağ kalp yükünü artırabilir; tedavi değildir.
B) Oral propranolol	Pulmoner vasküler direnci düşürmez ve kardiyak debiyi azaltabilir.
C) Yüksek doz furosemid	Temel sorun sıvı yükü değil yüksek pulmoner vasküler dirençtir.
D) Fototerapi	Hiperbilirübinemi tedavisidir; hipoksemiye düzeltmez.

38. Neonatal opioid yoksunluk sendromu - Doğru cevap: C

Kazanım: Opioid maruziyetli yenidoğanda yoksunluk bulgularını tanıır ve farmakolojik tedaviyi seçer.

Çözüm basamakları

1. Tiz ağlama, tremor, otonom hiperaktivite ve gastrointestinal bulgular neonatal opioid yoksunluğuna uyar.
2. İlk yaklaşım düşük uyarılı ortam, kundaklama ve beslenme desteğidir.
3. Ağır ve devam eden bulgularda oral morfin veya metadon gibi opioid ile kontrollü azaltma tedavisi uygulanır.

Sonuç: Destek önlemlerine rağmen ağır neonatal opioid yoksunluğunda oral morfin uygundur.

Kritik tuzak: Opioid maruziyeti var diye nalokson vermek; kronik maruziyetli yenidoğanda ani ağır yoksunluk oluşturabilir.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Nalokson bolusu	Kronik opioid maruziyetinde akut yoksunluğu ve nöbeti tetikleyebilir.
B) İntravenöz flumazenil	Benzodiazepin antagonisti olup opioid yoksunluğunu tedavi etmez.
D) Oral loperamid	Yenidoğanda güvenli değildir ve merkezi yoksunluk bulgularını düzeltmez.
E) Yüksek doz kafein	Apne tedavisinde kullanılır; tremor ve otonom bulguları kötüleştirir.

39. Anne sütü sarılığı - Doğru cevap: B

Kazanım: İyi gelişen bebekte geç uzayan indirekt hiperbilirübinemiye anne sütü sarılığı olarak değerlendirir.

Çözüm basamakları

1. İkinci-üçüncü haftada süren, indirekt ağırlıklı sarılık ve iyi kilo alımı anne sütü sarılığına düşündürür.
2. Direkt bilirübinin normal, dışkı-idrar renginin olağan olması kolestazi dışlamaya yardımcıdır.
3. Bebek iyi olduğu sürece emzirme sürdürülür ve bilirübin klinik olarak izlenir.

Sonuç: Anne sütü sarılığında emzirme kesilmeden izlem yapılır.

Kritik tuzak: Uzayan her sarılığı biliyer atrezi sanmak; konjuge bilirübin ve dışkı rengini değerlendirmemek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Anne sütünü kalıcı olarak kesmek	Anne sütü sarılığı benign ve geçicidir; kalıcı kesme gerekli değildir.
C) Acil safra yolu cerrahisi	Direkt hiperbilirübinemi, akolik dışkı veya kolestaz bulgusu yoktur.
D) Yüksek doz antibiyotik başlamak	Enfeksiyon bulgusu yoktur.
E) Değişim transfüzyonu	Bilirübin düzeyi ve klinik durum böyle invaziv bir tedaviyi gerektirmez.

40. X'e bağlı agammaglobulinemi - Doğru cevap: A

Kazanım: B hücre yokluğu ve panhipogamaglobulinemiyle seyreden Bruton hastalığını tanıır.

Çözüm basamakları

1. Maternal IgG azaldıktan sonra başlayan kapsüllü bakteri enfeksiyonları humoral yetmezliği düşündürür.
2. Tonsil dokusunun küçüklüğü ve CD19 pozitif B hücre yokluğu B hücre maturasyon kusurunu gösterir.
3. BTK mutasyonuna bağlı X'e bağlı agammaglobulinemide düzenli intravenöz/subkutan immünoglobulin replasmanı verilir.

Sonuç: B hücre yokluğu ve tüm immünoglobulinlerin düşüklüğü X'e bağlı agammaglobulinemiye özgüdür.

Kritik tuzak: Erkek çocukta tekrarlayan enfeksiyonu yalnız sık kreş enfeksiyonu olarak değerlendirmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
B) Selektif IgA eksikliği	Yalnız IgA düşer; B hücreleri ve IgG/IgM normal olur.
C) Kronik granülomatöz hastalık	Fagosit oksidatif patlaması bozulur; immünoglobulinler ve B hücreleri genellikle vardır.
D) Ağır kombine immün yetmezlik	T hücrelerinde de belirgin azalma ve daha erken, ağır fırsatçı enfeksiyonlar beklenir.
E) Kompleman C5 eksikliği	Özellikle Neisseria enfeksiyonları yapar; panhipogamaglobulinemi ve B hücre yokluğu oluşturmaz.

41. DiGeorge sendromu - Doğru cevap: A

Kazanım: Konotrunkal kalp anomalisi, hipokalsemi ve T hücre yetmezliği birlikteliğini tanıır.

Çözüm basamakları

1. Konotrunkal kalp defekti üçüncü-dördüncü farengeal poş gelişim kusurunu düşündürür.
2. Timus hipoplazisi T hücre azlığına, paratiroid hipoplazisi hipokalsemiye yol açar.
3. Bu tablo en sık 22q11.2 delesyonuna bağlı DiGeorge sendromudur.

Sonuç: Trunkus arteriozus, timus yokluğu ve hipokalsemi 22q11.2 delesyonlu DiGeorge sendromunu gösterir.

Kritik tuzak: Hipokalsemiyi tek başına D vitamini eksikliğine bağlayıp konotrunkal anomali ve timus yokluğunu birleştirmemek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
B) 7q11.23 delesyonu	Williams sendromuna yol açar; supravavüler aort darlığı, hiperkalsemi ve karakteristik yüz beklenir.
C) FMR1 CGG tekrar artışı	Frajil X sendromuyla ilişkilidir; timus aplazisi ve konotrunkal defekt yapmaz.
D) CFTR mutasyonu	Kistik fibrozise yol açar; pankreas ve akciğer bulguları ön plandadır.
E) Distrofin gen delesyonu	Duchenne musküler distrofiye yol açar; bebeklikte hipokalsemi ve T hücre yetmezliği yapmaz.

42. Orta-ağır krup tedavisi - Doğru cevap: C

Kazanım: İstirahatte stridoru olan krup hastasında steroid ve nebülize adrenalin tedavisini seçer.

Çözüm basamakları

1. Havlar öksürük, ses kısıklığı ve stridor viral laringotrakeiti düşündürür.
2. İstirahatte stridor ve çekilme orta-ağır krup göstergesidir.
3. Deksa-metazon ödemi azaltır; nebülize epinefrin hızlı geçici rahatlama sağlar ve çocuk gözlenir.

Sonuç: İstirahatte stridoru olan krup hastasında deksametazon ve nebülize epinefrin verilmelidir.

Kritik tuzak: Stridoru bronkospazm sanıp yalnız beta-2 agonist vermek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Yalnız oral amoksisilin	Krup çoğunlukla viraldir; antibiyotik üst hava yolu ödemi hızla düzeltmez.
B) Boğazı dil basacağıyla zorla incelemek	Ajitasyonu ve hava yolu obstrüksiyonunu artırabilir; epiglottit bulguları da yoktur.
D) Yalnız salbutamol nebulizasyonu	Obstrüksiyon bronşlarda değil subglottik üst hava yolundadır.
E) Kodeinli öksürük şurubu	Solunumu baskılayabilir ve çocukta önerilmez.

43. Orbital selülit - Doğru cevap: C

Kazanım: Orbital selülit preseptal selülitten ayırır ve acil görüntüleme-antibiyotik yaklaşımını seçer.

Çözüm basamakları

1. Proptozis, ağrılı/kısıtlı göz hareketleri ve görme azalması orbital selülit lehinedir.
2. Sinüzit sık kaynak olup subperiosteal veya orbital apse gelişebilir.
3. Acil kontrastlı görüntüleme, IV antibiyotik ve göz-KBB konsültasyonu gerekir; apse varsa drenaj değerlendirilir.

Sonuç: Orbital selülitte kontrastlı BT ve intravenöz antibiyotik geciktirilmemelidir.

Kritik tuzak: Göz kapağı şişmesini preseptal selülit sanıp proptozis ve göz hareketi ağrısını önemsememek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Yalnız topikal antibiyotikli damla	Enfeksiyon postseptal orbital dokudadır; topikal tedavi yetersizdir.
B) Görüntüleme yapmadan oral antihistaminik	Proptozis ve oftalmopleji alerjiyi değil orbital enfeksiyonu düşündürür.
D) Göz hareketleri normal kabul edilerek taburcu	Görme kaybı, kavernöz sinüs trombozu ve apse riski vardır.
E) Yalnız sıcak kompres	Destek olabilir ancak sistemik tedavi ve olası cerrahi drenaj gereksinimini karşılamaz.

44. Orak hücre hastalığında osteomiyelit etkeni - Doğru cevap: A

Kazanım: Orak hücre hastalığında osteomiyelitin klasik etkenini tanıır.

Çözüm basamakları

1. Orak hücre hastalığında kemik infarktları ve fonksiyonel aspleni enfeksiyon riskini artırır.
2. Staphylococcus aureus genel olarak önemli olmakla birlikte Salmonella orak hücre hastalığında belirgin biçimde ilişkilidir.
3. Kültür alınarak Salmonella ve S. aureus'u kapsayan ampirik tedavi planlanır.

Sonuç: Orak hücre hastalığında osteomiyelit için klasik olarak Salmonella türleri düşünülür.

Kritik tuzak: Genel popülasyonda en sık etken olan S. aureus bilgisini orak hücre özel riskine körlemesine uygulamak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
B) Mycoplasma pneumoniae	Solunum yolu enfeksiyonu etkenidir; osteomiyelitin tipik nedeni değildir.
C) Bordetella pertussis	Boğmacaya yol açar; kemik enfeksiyonu etkeni değildir.
D) Rotavirus	Gastroenterit etkenidir ve osteomiyelit yapmaz.
E) Corynebacterium diphtheriae	Difteriye yol açar; orak hücreyle ilişkili osteomiyelit etkeni değildir.

45. Atrial septal defekt fizik muayenesi - Doğru cevap: C

Kazanım: Sekundum atrial septal defektin karakteristik oskültasyon bulgusunu tanıır.

Çözüm basamakları

1. ASD'de soldan sağa şant sağ ventrikül atım hacmini artırarak pulmoner ejeksiyon üfürümü oluşturur.
2. Sağ ventrikül ejeksiyon süresi uzar ve solunumla değişmeyen sabit geniş S2 çiftleşmesi gelişir.
3. Kesin tanı ekokardiyografiyle şantın ve sağ kalp hacim yükünün gösterilmesiyle konur.

Sonuç: Atrial septal defektin klasik bulgusu sabit geniş S2 çiftleşmesidir.

Kritik tuzak: Üfürümün ASD deliğinden geçen akıma değil artmış pulmoner akıma bağlı olduğunu unutmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Apekte diyastolik rulman ve açılma sesi	Mitral darlığına özgüdür.
B) Karotislere yayılan sert sistolik üfürüm	Aort darlığını düşündürür.
D) Devamlı makine üfürümü	Patent duktus arteriozus için tipiktir.
E) İnspirasyonla artan pansistolik üfürüm	Triküspit yetersizliğini düşündürür.

46. Akut romatizmal ateş - Doğru cevap: B

Kazanım: Jones kriterleriyle akut romatizmal ateşi tanıır ve sekonder penisilin profilaksisini planlar.

Çözüm basamakları

1. Öncesinde A grubu streptokok farenjiti kanıtı vardır.
2. Göç eden büyük eklem artriti ve yeni kardit iki major Jones kriteridir.
3. Akut tedaviye ek olarak yeni atakları ve kapak hasarını önlemek için uzun süreli benzatin penisilin sekonder profilaksisi gerekir.

Sonuç: Streptokok sonrası göç eden artrit ve kardit akut romatizmal ateşi gösterir.

Kritik tuzak: PR uzamasını tek başına kardit major kriteri sanmak; kardit klinik/eko bulgusuyla değerlendirilir.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Juvenil idiopatik artritis	Altı haftadan uzun artritis beklenir; streptokok sonrası göç eden artritis ve kardit daha az uyumludur.
C) Septik artritis	Genellikle tek eklemde kalıcı şiddetli ağrı ve pürülan sıvı olur; göç eden poliartritis beklenmez.
D) Kawasaki hastalığı	Beş günden uzun ateş, mukokutanöz bulgular ve küçük çocuk yaşı beklenir.
E) Henoch-Schönlein purpurası	Palpabl purpura, karın ağrısı ve renal bulgular beklenir.

47. Trunkus arteriozus - Doğru cevap: E

Kazanım: Tek arteriyel trunkus ve VSD ile seyreden siyanotik konjenital kalp hastalığını tanıır.

Çözüm basamakları

1. Tek semilunar kapak ve tek büyük arter, embriyolojik konotrunkal ayrılma kusurunu gösterir.
2. Trunkus çoğunlukla geniş VSD üzerinden her iki ventrikülden kan alır.
3. Pulmoner aşırı dolaşım hızla kalp yetmezliği oluşturduğundan erken cerrahi onarım gerekir.

Sonuç: Tek büyük damar, tek semilunar kapak ve VSD trunkus arteriozusa özgüdür.

Kritik tuzak: Siyanozlu her yenidoğanda büyük arter transpozisyonu düşünmek; ekokardiyografide damar sayısını gözden kaçırmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Fallot tetralojisi	Aort ve pulmoner arter ayrı yapılarıdır; pulmoner darlık ve overriding aorta beklenir.
B) Büyük arter transpozisyonu	İki ayrı büyük damar vardır ancak ventriküllerle bağlantıları terslenmiştir.
C) Total anormal pulmoner venöz dönüş	Pulmoner venlerin sol atriya bağlanmaması temel sorundur; tek arteriyel trunkus görülmez.
D) Hipoplastik sol kalp sendromu	Sol ventrikül ve aort hipoplazisi vardır; ortak trunkus ve VSD tipik değildir.

48. Yabancı cisim aspirasyonu - Doğru cevap: A

Kazanım: Ani başlayan tek taraflı solunum bulgularında yabancı cisim aspirasyonunu tanı ve tanısal-tedavi edici yöntemi seçer.

Çözüm basamakları

1. Boğulma olayı sonrası ani öksürük ve tek taraflı wheezing yabancı cisim aspirasyonunu düşündürür.
2. Ball-valve etkisi ekspiryumda hava hapsi ve tek taraflı hiperinflasyon yapar.
3. Çocukta rijit bronkoscopi hem tanıyı kesinleştirir hem yabancı cismin güvenli çıkarılmasını sağlar.

Sonuç: Kuvvetli klinik şüphede normal grafi bile aspirasyonu dışlamaz; rijit bronkoscopi yapılmalıdır.

Kritik tuzak: Öksürüğün azalmasını cismin çıktığı şeklinde yorumlamak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
B) Bir hafta antibiyotik verip kontrol	Gecikme obstrüktif amfizem, atelektazi ve pnömoniye yol açabilir.
C) Yalnız nebulize salbutamol	Bronkospazmı geçici azaltabilir ancak yabancı cismi çıkarmaz.
D) Kör parmakla ağız içini taramak	Cismi daha distale itebilir ve görülmeyen cisimde önerilmez.
E) Baryumlu özofagus grafisi	Sorun hava yolundadır; tanı ve tedavi sağlamaz.

49. Çocukta obstrüktif uyku apnesi - Doğru cevap: B

Kazanım: Adenotonsiller hipertrofiye bağlı çocukluk OSA'sında birinci basamak tedaviyi seçer.

Çözüm basamakları

1. Çocukluk OSA'sının en sık anatomik nedeni adenotonsiller hipertrofidir.
2. Polisomnografi tanıyı ve ağırlığı doğrulamıştır.
3. Obez olmayan ve belirgin hipertrofisi olan çocukta adenotonsillektomi birinci basamak tedavidir.

Sonuç: Adenotonsiller hipertrofiye bağlı çocukluk OSA'sında adenotonsillektomi uygulanır.

Kritik tuzak: Erişkin OSA algoritmasını aynen uygulayıp CPAP'ı her çocukta ilk seçenek sanmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Uzun süreli antibiyotik	Adenotonsiller hipertrofiye bağlı mekanik obstrüksiyonu düzeltmez.
C) Yalnız kilo verme	Çocuk obez değildir; ana anatomik neden adenotonsiller hipertrofidir.
D) Trakeostomi	Çok ağır ve diğer tedavilere dirençli özel durumlar dışında ilk seçenek değildir.
E) Gündüz uyarıcı ilaç	Uyku sırasındaki obstrüksiyonu tedavi etmez.

50. Hirschsprung hastalığı - Doğru cevap: E

Kazanım: Gecikmiş mekonyum ve distal fonksiyonel obstrüksiyonda Hirschsprung hastalığını tanı.

Çözüm basamakları

1. İlk 48 saatte mekonyum yapmama ve safralı kusma distal bağırsak obstrüksiyonunu düşündürür.
2. Rektal muayene sonrası patlayıcı dışkılama aganglionik segmentin karakteristik bulgusudur.
3. Kesin tanı rektal biyopside ganglion hücrelerinin yokluğu ve hipertrofik sinir lifleriyle konur.

Sonuç: Hirschsprung hastalığının kesin tanısı rektal suction biyopsisidir.

Kritik tuzak: Kontrastlı kolon grafisindeki geçiş zonunu kesin tanı yerine koymak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Dışkıda gizli kan	Spesifik değildir ve enterik ganglion hücrelerini değerlendirmez.
B) Ter testi	Kistik fibrozis tanısında kullanılır.
C) Üst gastrointestinal endoskopi	Kolonun distal innervasyon kusurunu göstermez.
D) Serum alfa-fetoprotein	Germ hücreli tümörlerde kullanılır; Hirschsprung tanısıyla ilişkili değildir.

51. İnek sütü proteini ilişkili alerjik proktokolit - Doğru cevap: C

Kazanım: İyi görünümdeki bebekte kanlı mukuslu dışkıyla seyreden non-IgE aracılı süt proteini alerjisini tanıır.

Çözüm basamakları

1. İyi gelişen küçük bebekte kanlı-mukuslu dışkı alerjik proktokoliti düşündürür.
2. Non-IgE aracılı olduğundan serum spesifik IgE testleri negatif olabilir.
3. Anne sütü sürdürülür ve anne inek sütü proteininden kaçınır; formüla gerekiyorsa ileri hidrolize ürün seçilir.

Sonuç: Anne sütü alan alerjik proktokolitte annenin süt proteini eliminasyonu ve emzirmeye devam uygundur.

Kritik tuzak: Dışkıda kanı otomatik olarak invajinasyon sanıp bebeğin iyi görünümünü ve yaşını göz ardı etmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Emzirmeyi kesip normal inek sütüne geçmek	Sorumlu antijen maruziyetini artırır.
B) Acil kolonoskopi	İyi durumdaki tipik bebekte ilk basamak değildir; alarm bulgusu varsa değerlendirilir.
D) Geniş spektrumlu antibiyotik	Enfeksiyon bulgusu yoktur ve antibiyotik gerekli değildir.
E) Yaşam boyu tüm katı gıdaları yasaklamak	Çoğu olgu süt proteini toleransını ilk yıllarda geliştirir; kapsamlı kalıcı kısıtlama gerekmez.

52. Ağır dehidratasyonda sıvı bolusu - Doğru cevap: E

Kazanım: Gastroenterite bağlı hipovolemik şokta ilk sıvı bolusunu hesaplar.

Çözüm basamakları

1. Uzamış kapiller dolum, taşikardi, hipotansiyon ve letarji hipovolemik şoku gösterir.
2. Çocuklarda ilk bolus genellikle 20 mL/kg izotonik kristalloiddir.
3. 10 kg için 20 mL/kg $\times$ 10 = 200 mL hesaplanır; yanıt sonrası tekrar değerlendirilir.

Sonuç: Hipovolemik şoktaki 10 kg çocuğa ilk olarak 200 mL izotonik kristalloid bolusu verilir.

Kritik tuzak: Toplam dehidratasyon açığını ilk bolusla tek seferde vermek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) 20 mL %5 dekstrozun oral verilmesi	Şokta oral yol güvenilir değildir ve hacim yetersizdir.
B) 1.000 mL hipotonik sıvının bolus verilmesi	Aşırı hacim ve hipotonisite nörolojik/elektrolit komplikasyonu oluşturur.
C) Yalnız bakım sıvısına düşük hızda başlamak	Şokta önce hızlı intravasküler hacim resüsitasyonu gerekir.
D) Sıvı vermeden furosemid uygulamak	Hipovolemiyi artırır.

53. Kallmann sendromu - Doğru cevap: A

Kazanım: Hipogonadotropik hipogonadizm ve anosmi birlikteliğini Kallmann sendromu olarak tanıır.

Çözüm basamakları

1. Puberte yokluğu ve düşük testosteronla birlikte düşük LH/FSH merkezi hipogonadizmi gösterir.
2. Anosmi olfaktör ve GnRH nöronlarının birlikte migrasyon kusurunu düşündürür.
3. Bu kombinasyon Kallmann sendromu için karakteristiktir.

Sonuç: Anosmi eşlik eden hipogonadotropik hipogonadizm Kallmann sendromudur.

Kritik tuzak: Her gecikmiş puberteyi konstitüsyonel gecikme olarak kabul edip koku duyusunu sorgulamamak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
B) Klinefelter sendromu	Primer testis yetmezliği nedeniyle LH ve FSH yüksek, testisler küçük ve sert olur; anosmi tipik değildir.
C) Konstitüsyonel puberte gecikmesi	Aile öyküsü ve kemik yaşında gecikme olabilir ancak anosmi Kallmann lehine özgül ipucudur.
D) Androjen duyarsızlık sendromu	46,XY bireyde kadın dış genital görünüm ve yüksek testosteron beklenir.
E) Konjenital adrenal hiperplazi	Genellikle androjen fazlalığı veya tuz kaybıyla seyreder; düşük gonadotropin ve anosmi yapmaz.

54. Çocukluk Graves hastalığı tedavisi - Doğru cevap: E

Kazanım: Çocukluk çağı Graves hastalığında tercih edilen antitiroid ilacı seçer.

Çözüm basamakları

1. Diffüz guatr, oftalmopati ve TRAb pozitifliği Graves hastalığını gösterir.
2. Çocuklarda ilk medikal tedavi tiroid hormon sentezini baskılayan metimazoldür.
3. Agranülositoz belirtileri ve karaciğer yan etkileri konusunda aile bilgilendirilir; uygun izlem yapılır.

Sonuç: Çocukluk Graves hastalığında tercih edilen antitiroid ilaç metimazoldür.

Kritik tuzak: Erişkin tiroid fırtınası bilgisinden hareketle propiltiourasili rutin ilk seçenek sanmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Propiltiourasil	Çocuklarda ciddi hepatotoksikite riski nedeniyle tiroid fırtınası gibi özel durumlar dışında tercih edilmez.
B) Levotiroksin	Hipotiroidi tedavisidir ve tirotoksikozu artırır.
C) Potasyum iyodür tek başına uzun dönem	Geçici hormon salınımını azaltabilir ancak kalıcı tek başına tedavi değildir.
D) Kalsitriol	Hipokalsemi tedavisinde kullanılır; Graves hastalığına etkili değildir.

55. Çocukta immün trombositopeni - Doğru cevap: B

Kazanım: Yalnız deri bulgusu olan akut ITP'li çocukta gözlem yaklaşımını seçer.

Çözüm basamakları

1. Viral enfeksiyon sonrası izole trombositopeni ve normal diğer seriler akut ITP'yi düşündürür.
2. Tedavi kararı yalnız trombosit sayısına değil kanama şiddetine göre verilir.
3. Sadece deri bulgusu olan iyi çocuk gözlenebilir; aktivite ve ilaçlarla ilgili kanama önlemleri anlatılır.

Sonuç: Mukozal veya ciddi kanaması olmayan çocuk ITP'sinde yalnız düşük trombosit sayısı nedeniyle tedavi zorunlu değildir.

Kritik tuzak: Trombosit sayısı 20.000'in altında diye klinik kanamayı değerlendirmeden rutin IVIG vermek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Acil splenektomi	Yeni tanımlı çocuk ITP'sinde ve yalnız deri bulgusunda ilk seçenek değildir.
C) Profilaktik trombosit transfüzyonu	Yaşamı tehdit eden kanama yoksa hızla tüketileceği için rutin verilmez.
D) Geniş spektrumlu antibiyotik	Bakteriyel enfeksiyon bulgusu yoktur ve trombositopeniyi düzeltmez.
E) Kemoterapi	Lösemi bulgusu yoktur; izole trombositopeni ve tipik öykü ITP ile uyumludur.

56. Orak hücre hastalığında akut splenik sekestrasyon - Doğru cevap: A

Kazanım: Akut splenik sekestrasyon krizini tanı ve acil eritrosit transfüzyonunu seçer.

Çözüm basamakları

1. Hızla büyüyen dalak, ani hemoglobin düşüşü ve retikülositoz splenik sekestrasyonu gösterir.
2. Dalakta kan göllenmesi hem ciddi anemi hem hipovolemik şok oluşturur.
3. Acil dikkatli eritrosit transfüzyonu yapılır; aşırı transfüzyonla viskozite artışından kaçınılır.

Sonuç: Akut splenik sekestrasyon krizinde acil eritrosit transfüzyonu yaşam kurtarıcıdır.

Kritik tuzak: Retikülositozu hemoliz krizi olarak yorumlayıp hızlı dalak büyümesini gözden kaçırmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
B) Yalnız folik asit verip taburcu etmek	Hipovolemik şok ve ağır akut anemi vardır; acil hacim ve oksijen taşıma kapasitesi desteği gerekir.
C) Demir şelasyonu	Demir yüklenmesini tedavi eder; akut sekestrasyonu düzeltmez.
D) Trombosit süpsansiyonu	Ana sorun eritrositlerin dalakta göllenmesi ve dolaşan hacim kaybıdır.
E) Yüksek doz hidroksiüre tek doz	Uzun dönem kriz azaltmada kullanılır; akut şoku hızla düzeltmez.

57. Burkitt lenfoma genetiği - Doğru cevap: C

Kazanım: Çocukluk Burkitt lenfomasının MYC yeniden düzenlenmesini tanıır.

Çözüm basamakları

1. Çok hızlı büyüme, yüksek LDH ve tümör lizisi Burkitt lenfomasının yüksek proliferasyonunu yansıtır.
2. Yıldızlı gökyüzü ve Ki-67'nin neredeyse %100 olması tipiktir.
3. En sık MYC'nin immünoglobulin ağır zincir lokusuna taşındığı t(8;14) görülür.

Sonuç: Burkitt lenfomanın karakteristik genetik olayı MYC içeren t(8;14)'tür.

Kritik tuzak: Yüksek proliferasyonlu her lenfomayı diffüz büyük B hücreli lenfoma kabul etmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) t(9;22) ile BCR-ABL1	KML ve bazı ALL olgularıyla ilişkilidir.
B) t(15;17) ile PML-RARA	Akut promiyelositik lösemnin karakteristik değişikliğidir.
D) 11q13'te siklin D1 artışı	Mantle hücreli lenfomada t(11;14) ile görülür.
E) RB1 geninin iki allel kaybı	Retinoblastom ve bazı diğer tümörlerde önemlidir; Burkitt'in temel sürücüsü değildir.

58. Alport sendromu - Doğru cevap: B

Kazanım: Herediter nefrit, sensörinöral işitme kaybı ve oküler bulguları Alport sendromu olarak tanıır.

Çözüm basamakları

1. Hematüri ve ilerleyici böbrek hastalığı herediter glomerüler bazal membran kusurunu düşündürür.
2. Sensörinöral işitme kaybı ve anterior lentikonus Alport için karakteristiktir.
3. En sık COL4A5 başta olmak üzere tip IV kollajen genleri etkilenir.

Sonuç: Alport sendromu glomerüler, koklear ve oküler bazal membranlardaki tip IV kollajen kusurudur.

Kritik tuzak: Aile öyküsünü ve işitme bulgusunu görmezden gelip IgA nefropatisi demek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Distrofin	Duchenne musküler distrofiyle ilişkilidir.
C) Fibrillin-1	Marfan sendromuna yol açar.
D) Spektrin	Herediter sferositozda eritrosit membran kusurudur.
E) CFTR klor kanalı	Kistik fibrozise yol açar.

59. Bartter sendromu - Doğru cevap: D

Kazanım: Normotansif çocukta hipokalemik metabolik alkaloz ve hiperkalsiüriyle Bartter sendromunu tanıır.

Çözüm basamakları

1. Hipokalemi ve yüksek bikarbonat metabolik alkalozu gösterir.
2. Normal tansiyona rağmen renin-aldosteron yüksekliği renal tuz kaybını düşündürür.
3. Henle kulpunun kalın çıkan kolundaki taşıyıcı kusuru ve hiperkalsiüri Bartter sendromuyla uyumludur.

Sonuç: Normotansif, yüksek renin-aldosteronlu hipokalemik metabolik alkaloz ve hiperkalsiüri Bartter sendromudur.

Kritik tuzak: Yüksek aldosteronu primer aldosteronizm sanıp kan basıncı ve renin düzeyini değerlendirmemek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Liddle sendromu	Hipertansiyon, düşük renin ve düşük aldosteronla seyreder.
B) Primer aldosteronizm	Hipertansiyon ve düşük renin beklenir; küçük çocukta bu patern tipik değildir.
C) Tip 4 renal tübüler asidoz	Hipokalemi ve metabolik asidoz yapar.
E) Uygunsuz ADH sendromu	Hiponatremi ve konsantre idrar yapar; hipokalemik alkaloz oluşturmaz.

60. Spinal musküler atrofi tip 1 - Doğru cevap: D

Kazanım: Hipotonik bebekte ön boynuz hücre hastalığı olan SMA tip 1'i tanır.

Çözüm basamakları

1. Hipotoni, arefleksi ve dil fasikülasyonu alt motor nöron hastalığını gösterir.
2. Duyu ve göz hareketlerinin korunması SMA için tipiktir.
3. SMN1 genindeki biallelik kayıp spinal ön boynuz hücrelerini etkiler; genetik testle doğrulanır ve erken hastalık modifiye edici tedavi önemlidir.

Sonuç: Hipotonik, arefleksik ve dil fasikülasyonlu bebekte SMA tip 1 düşünülür.

Kritik tuzak: Hipotonik her bebeği santral nedenli kabul edip refleks ve fasikülasyon bulgularını değerlendirmemek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Serebral palsy	Üst motor nöron bulguları, spastisite ve hiperrefleksi beklenir.
B) Duchenne musküler distrofi	Genellikle daha ileri yaşta proksimal güçsüzlük ve Gowers bulgusuyla ortaya çıkar; dil fasikülasyonu tipik değildir.
C) Botulizm	Akut inen paralizi, pupilla ve otonom bulgular görülebilir; doğuştan ilerleyici tablo ve dil fasikülasyonu daha az uyumludur.
E) Miyotonik distrofi	Miyotonik bulgular ve maternal öykü olabilir; ön boynuz hücre paternini açıklamaz.

Cerrahi Tıp Bilimleri

61. Perfore peptik ülser - Doğru cevap: E

Kazanım: Peptik ülser perforasyonunda serbest havayı tanım ve acil cerrahi yaklaşımı seçer.

Çözüm basamakları

1. Ani epigastrik ağrı, tahta karın ve yaygın rebound perforasyon peritonitini gösterir.
2. Diyafram altı serbest hava içi boş organ perforasyonunu destekler.
3. İntravenöz sıvı, antibiyotik, PPI ve dekompresyonla eş zamanlı olarak acil laparoskopik/açık kapatma yapılır.

Sonuç: Yaygın peritonitli perfore peptik ülserde resüsitasyonla birlikte acil cerrahi onarım gerekir.

Kritik tuzak: Serbest havayı tanısal son nokta sanıp sepsis resüsitasyonu ve kaynak kontrolünü geciktirmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Yalnız proton pompası inhibitörü verip taburcu etmek	Genel peritonit ve serbest hava perforasyonu gösterir; konservatif ayaktan tedavi uygun değildir.
B) Elektif kolonoskopi planlamak	Akut perforasyon ve peritonitte kolonoskopi gecikme ve ek perforasyon riski oluşturur.
C) Sadece nazogastrik dekompresyonla günlerce izlemek	Stabil, seçilmiş kapalı perforasyon dışında yaygın peritonitte cerrahi kaynak kontrolü gerekir.
D) Oral laksatif vermek	Peritoniti ve kontaminasyonu kötüleştirir.

62. Safra taşı ileusu - Doğru cevap: B

Kazanım: Rigler triadıyla safra taşı ileusunu tanım ve cerrahi tedaviyi seçer.

Çözüm basamakları

1. İnce bağırsak obstrüksiyonu, pnomobilia ve ektopik taş Rigler triadıdır.
2. Kolesistoenterik fistülden geçen büyük taş çoğunlukla terminal ileumda takılır.
3. Yaşlı hastada ilk amaç obstrüksiyonu gidermek için enterolitotomidir; fistül/kolesistektomi seçilmiş hastada aynı veya sonraki seansta değerlendirilir.

Sonuç: Rigler triadı safra taşı ileusunu gösterir; obstrüksiyon enterolitotomiyle giderilir.

Kritik tuzak: Pnomobiliayı yakın zamanda yapılmış ERCP varsayarak ektopik taş gözden kaçırmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Akut kolesistit - yalnız perkütan kolesistostomi	Pnomobilia, ektopik taş ve mekanik ince bağırsak obstrüksiyonu safra taşı ileusunu gösterir.
C) Sigmoid volvulus - endoskopik detorsiyon	BT bulguları sigmoid kolona değil ektopik safra taşına bağlı ince bağırsak obstrüksiyonuna uyar.
D) İnvajinasyon - hava lavmanı	Erişkin ektopik taş ve pnomobilia paternini açıklamaz.
E) Mezenter iskemi - yalnız antikoagülasyon	Mekanik obstrüksiyonun nedeni taş olup cerrahi çıkarılması gerekir.

63. Adezyona bağlı ince bağırsak obstrüksiyonu - Doğru cevap: D

Kazanım: Strangülasyon bulgusu olmayan adezyon obstrüksiyonunda başlangıç konservatif tedaviyi seçer.

Çözüm basamakları

1. Geçirilmiş laparotomi adezyon için güçlü risk faktörüdür.
2. BT ve muayenede iskemi, strangülasyon, kapalı ans veya peritonit bulgusu yoktur.
3. Bu durumda başlangıçta NPO, IV sıvı-elektrolit, nazogastrik dekompresyon ve seri muayene uygundur; kötüleşme veya çözülmemeye cerrahi gerektirir.

Sonuç: Komplike olmayan adezyon obstrüksiyonunda başlangıç tedavisi konservatif dekompresyon ve resüsitasyondur.

Kritik tuzak: Her mekanik obstrüksiyonu acil laparotomi endikasyonu sanmak; iskemi bulgularını ayırmamak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Acil geniş bağırsak rezeksiyonu	Strangülasyon, iskemi veya perforasyon bulgusu yoktur; ilk aşamada gereksizdir.
B) Oral laksatif ve taburculuk	Tam/ileri mekanik obstrüksiyonda oral ajanlar aspirasyon ve perforasyon riski yaratır.
C) Kolonoskopik detorsiyon	Lezyon ince bağırsakta ve adezyonla ilişkilidir; kolonoskopi tedavi etmez.
E) Beslenmeyi artırıp gözlem	Barsak istirahati ve dekompresyon gerekir; oral alım kesilmelidir.

64. Apendiks apsesi - Doğru cevap: C

Kazanım: Lokalize apendiks apsesinde antibiyotik ve perkütan drenaj yaklaşımını seçer.

Çözüm basamakları

1. Geç başvuru ve BT'de sınırlı koleksiyon apendiks apsesini gösterir.
2. Hemodinamik stabilite ve yaygın peritonit olmaması kontrollü nonoperatif başlangıcı mümkün kılar.
3. Büyük ve erişilebilir apse de antibiyotiğe perkütan drenaj eklenir; sonraki cerrahi gereksinimi bireyselleştirilir.

Sonuç: Stabil, lokalize büyük apendiks apsesinde antibiyotik ve perkütan drenaj uygundur.

Kritik tuzak: Apendisit sözcüğü geçince apseli geç olguda da zorunlu acil apendektomi varsaymak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Yalnız oral analjezikle taburcu etmek	Büyük apse sistemik enfeksiyon ve perforasyon komplikasyonu taşır.
B) Hazırlıksız total kolektomi	Hastalık lokalizedir ve kolonun tamamını çıkarmayı gerektirmez.
D) Acil kolonoskopik polipektomi	Apendiks apsesini tedavi etmez.
E) Apseyi drene etmeden yüksek doz steroid	Enfeksiyonu kötüleştirir ve kaynak kontrolünü sağlamaz.

65. Perfore obstrüktif sigmoid kolon kanseri - Doğru cevap: A

Kazanım: Obstrüksiyon ve perforasyonla gelen sol kolon kanserinde acil kaynak kontrolünü planlar.

Çözüm basamakları

1. Sol kolon tümörü mekanik obstrüksiyon ve proksimal basınç artışı oluşturmuştur.
2. Serbest hava, fekal peritonit ve şok yüksek riskli kontamine alanı gösterir.
3. Hartmann tipi rezeksiyon kaynak kontrolü sağlar ve yüksek riskli primer anastomozdan kaçınır.

Sonuç: Şok ve fekal peritonitli perfore sigmoid kanserde Hartmann tipi rezeksiyon uygundur.

Kritik tuzak: Onkolojik prensip adına instabil ve ağır kontamine hastada zorunlu primer anastomoz yapmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
B) Primer anastomoz yapıp koruyucu stoma koymamak	Şok ve fekal peritonit anastomoz kaçağı riskini çok yükseltir.
C) Yalnız endoskopik stent yerleştirmek	Perforasyon ve yaygın peritonitte stent kaynak kontrolü sağlamaz.
D) Sadece tümörden biyopsi alıp karını kapatmak	Sepsis kaynağı ve obstrüksiyon devam eder.
E) Elektif kemoterapi için taburcu etmek	Acil perforasyon ve şok önce cerrahi kontrol gerektirir.

66. Perianal apse - Doğru cevap: B

Kazanım: Perianal absede temel tedavinin insizyon ve drenaj olduğunu bilir.

Çözüm basamakları

1. Zonklayıcı ağrı, ateş, hassas fluktuan kitle perianal apseyi gösterir.
2. Kapalı pürülan koleksiyonda temel ilke cerrahi drenajdır.
3. Diyabet ve sistemik bulgu nedeniyle drenaja ek antibiyotik verilebilir; fistül açısından takip edilir.

Sonuç: Perianal apsenin kesin tedavisi gecikmeden insizyon ve drenajdır.

Kritik tuzak: Antibiyotik verildiğinde apse drenajına gerek kalmayacağını düşünmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Yalnız oral antibiyotik	Antibiyotik apse boşluğuna yeterli kaynak kontrolü sağlamaz; drenaj esastır.
C) Hemoroid band ligasyonu	Lezyon hemoroid değil pürülan koleksiyondur.
D) Kolonoskopi öncesi bağırsak temizliği	Akut ağrılı apseyi tedavi etmez ve işlemi geciktirir.
E) Uzun süre sıcak oturma banyosu ile beklemek	Destek olabilir ancak fluktuan apseyi ortadan kaldırmaz.

67. Enfekte pankreatik nekrozda basamaklı yaklaşım - Doğru cevap: E

Kazanım: Geç dönemde organize enfekte nekrozda önce drenajı kullanan step-up yaklaşımını seçer.

Çözüm basamakları

1. Dördüncü haftada kapsül gelişmesi 'walled-off' nekrozu gösterir.
2. Koleksiyon içi gaz ve sepsis enfekte nekroz için güçlü bulgulardır.
3. Step-up yaklaşımında önce endoskopik/perkütan drenaj yapılır; yanıt yetersizse minimal invaziv nekrosektomiye geçilir.

Sonuç: Organize enfekte pankreatik nekrozda basamaklı yaklaşım minimal invaziv drenajla başlar.

Kritik tuzak: Nekroz görüldüğü anda açık cerrahi gerektiğini düşünmek; zamanlama ve organizasyonu gözden kaçırmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) İlk gün açık nekrosektomi	Erken açık cerrahi yüksek morbidite ve mortalite taşır; organize koleksiyonda minimal invaziv drenajla başlanır.
B) Yalnız oral beslenmeyi kesip aylarca beklemek	Enfekte nekroz ve sepsis kaynak kontrolü gerektirir.
C) Rutin ERCP ile papillotomi	Safra yolu obstrüksiyonu/kolanjit belirtilmemiştir; nekrotik koleksiyonu drene etmez.
D) Total pankreatektomi	Gereksiz derecede radikal ve yüksek morbiditelidir.

68. Yüksek debili enterokütan fistül - Doğru cevap: B

Kazanım: Yüksek debili enterokütan fistülde ilk öncelikleri sıralar.

Çözüm basamakları

1. Yüksek debi ciddi su, sodyum, potasyum ve bikarbonat kaybına yol açar.
2. Ateş ve komşu apse spontan kapanmayı engelleyen sepsis kaynağıdır.
3. Önce sepsis drenaj/antibiyotikle kontrol edilir, kayıplar replase edilir ve enteral/parenteral beslenme sağlanır; definitif cerrahi geciktirilir.

Sonuç: Yüksek debili enterokütan fistülde önce sepsis, sıvı-elektrolit ve beslenme yönetilir.

Kritik tuzak: Fistül tanısı konur konmaz akut inflamatuvar dönemde definitif cerrahiye gitmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Aynı gün fistül traktını geniş rezeksiyonla çıkarmak	Akut sepsis ve malnütrisyonunda erken definitif cerrahi başarısızlık ve yeni fistül riskini artırır.
C) Fistül debisini ölçmeden oral beslenmeyi sınırsız artırmak	Kayıpları ve cilt hasarını artırabilir; beslenme yolu bireyselleştirilmelidir.
D) Yalnız cilt kremi kullanmak	Cilt korunması önemlidir ancak sepsis, hacim ve beslenme sorunlarını çözmez.
E) Sıvı vermeden diüretik başlamak	Hacim ve elektrolit kaybını ağırlaştırır.

69. Tip I koledok kisti - Doğru cevap: D

Kazanım: Ekstrahepatik koledok kistinde malignite riskini azaltan cerrahi tedaviyi seçer.

Çözüm basamakları

1. Fusiform ekstrahepatik safra yolu genişlemesi Todani tip I koledok kistidir.
2. Kist kolanjit, pankreatit, taş ve kolanjiyokarsinom riskini artırır.
3. Definitif tedavi kistin tam eksizyonu ve biliyer-enterik rekonstrüksiyondur.

Sonuç: Tip I koledok kisti tamamen çıkarılıp Roux-en-Y hepatikojejunostomi yapılmalıdır.

Kritik tuzak: Semptomları endoskopik drenajla azaltmayı definitif tedavi sanmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Yalnız endoskopik sfinkterotomi	Geçici drenaj sağlayabilir ancak kist ve kolanjiyokarsinom riskini ortadan kaldırmaz.
B) Kistin duodenuma iç drenajı	Kist mukozasını bırakır ve malignite/kolanjit riskini sürdürür.
C) Ömür boyu antibiyotik	Tekrarlayan enfeksiyonu önleyebilir ama anatomik ve malignite riskini çözmez.
E) Sadece kolesistektomi	Ekstrahepatik kist yerinde kalır.

70. İnsidental T2 safra kesesi kanseri - Doğru cevap: E

Kazanım: Basit kolesistektomi sonrası T2 safra kesesi kanserinde tamamlayıcı radikal rezeksiyonu planlar.

Çözüm basamakları

1. T2 tümör perimüsküler bağ dokusuna ulaşmıştır ve lenf nodu/karaciğer yatağı mikrometastaz riski taşır.
2. Basit kolesistektomi yalnız T1a hastalıkta çoğunlukla yeterlidir.
3. Metastaz yoksa tamamlayıcı radikal kolesistektomi kapsamında segment IVb-V veya wedge rezeksiyon ve portal lenfadenektomi yapılır.

Sonuç: İnsidental T2 safra kesesi kanserinde tamamlayıcı karaciğer yatağı rezeksiyonu ve lenfadenektomi gerekir.

Kritik tuzak: Kolesistektomi yapılmış olmasını tüm evrelerde yeterli tedavi sanmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Ek tedavisiz izlem	Basit kolesistektomi T2 hastalıkta yeterli onkolojik sınır ve nodal evreleme sağlamaz.
B) Total hepatektomi	Gereksiz derecede radikal ve transplantasyon dışı yaşamla bağdaşmaz.
C) Yalnız safra yolu stenti	Obstrüksiyon yoktur ve onkolojik kontrol sağlamaz.
D) Sadece port yeri eksizyonu	Rutin tek başına yeterli değildir; temel işlem karaciğer yatağı ve nodal diseksiyondur.

71. Ana kanal IPMN - Doğru cevap: D

Kazanım: Ana pankreatik kanal IPMN'sinde yüksek riskli stigmaları tanı ve cerrahiye yönlendirir.

Çözüm basamakları

1. Ana kanal dilatasyonu ve ampulladan mukus IPMN'yi düşündürür.
2. Ana kanal çapının ≥ 10 mm olması ve kontrastlanan mural nodül yüksek riskli stigmalarıdır.
3. Cerrahiye uygun hastada lezyonun yerine göre pankreatik rezeksiyon önerilir.

Sonuç: Ana kanal 12 mm ve mural nodüllü IPMN yüksek malignite riski nedeniyle cerrahi gerektirir.

Kritik tuzak: Kistik pankreas lezyonlarının tümünü düşük riskli seröz kist gibi izlemek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Yalnız yıllık ultrasonografi	Ana kanalın 10 mm'den geniş olması ve mural nodül yüksek malignite riskidir.
B) Ömür boyu proton pompası inhibitörü	IPMN'nin malignite riskini azaltmaz.
C) Yalnız pankreatik enzim replasmanı	Semptomu azaltabilir ancak yüksek riskli neoplaziyi tedavi etmez.
E) Kist içine sklerozan madde enjeksiyonu	Ana kanal IPMN'sinde standart ve güvenli definitif tedavi değildir.

72. Yüksek riskli gastrik GIST - Doğru cevap: E

Kazanım: Tam rezeksiyon sonrası yüksek riskli KIT pozitif GIST'te adjuvan hedefe yönelik tedaviyi seçer.

Çözüm basamakları

1. Büyük boyut ve yüksek mitotik indeks nüks riskini artırır.
2. KIT pozitifliği ve duyarlı mutasyon tirozin kinaz yolunun sürücü olduğunu gösterir.
3. Yüksek riskli, tamamen rezeke GIST'te adjuvan imatinib nüksü azaltır ve uygun süreyle verilir.

Sonuç: Yüksek riskli ve imatinibe duyarlı GIST'te adjuvan imatinib uygundur.

Kritik tuzak: Tüm solid tümörlerde adjuvan sitotoksik kemoterapi gerektiğini varsaymak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Tamoksifen	Hormon reseptör pozitif meme kanserinde kullanılır; GIST'i hedeflemez.
B) Rituksimab	CD20 pozitif lenfomalarda kullanılır.
C) Trastuzumab	HER2 pozitif meme ve mide adenokarsinomunda kullanılır; GIST'in sürücüsü KIT'tir.
D) Yalnız pelvik radyoterapi	GIST radyoterapiye görece dirençlidir ve tümör mide kaynaklıdır.

73. Adrenokortikal karsinom - Doğru cevap: C

Kazanım: Büyük, invaziv ve hormon salgılayan adrenal kitlede biyopsiden kaçınarak cerrahi yaklaşımı seçer.

Çözüm basamakları

1. Büyük, heterojen, nekrotik ve virilizan adrenal kitle adrenokortikal karsinom için yüksek şüphe oluşturur.
2. Metanefrinlerin normal olması feokromositoma olasılığını azaltır ancak malignite riskini değiştirmez.
3. Lokalize olguda en iyi kür şansı kapsül bozmadan R0 en blok cerrahi rezeksiyondur.

Sonuç: Lokalize adrenokortikal karsinom şüphesinde biyopsi yapılmadan en blok açık rezeksiyon hedeflenir.

Kritik tuzak: Her adrenal kitlede önce biyopsi gerektiğini düşünmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Perkütan ince iğne biyopsisi	Adrenokortikal karsinomda biyopsi kapsül ihlali ve tümör yayılımı riski taşır; feokromositoma da önce dışlanmalıdır.
B) Yalnız yıllık görüntüleme	Boyut, görüntüleme ve virilizasyon maligniteyi güçlü biçimde düşündürür; izlem uygun değildir.
D) Laparoskopik parçalayarak çıkarma	Tümör rüptürü ve peritoneal yayılım riskini artırır.
E) Sadece antiandrojen tedavisi	Semptomu azaltabilir ancak lokalize malign tümörü ortadan kaldırmaz.

74. Anaplastik tiroid kanserinde hava yolu - Doğru cevap: D

Kazanım: Hızla büyüyen invaziv tiroid kitlesinde hava yolu güvenliğini önceler.

Çözüm basamakları

1. Hızlı büyüme, ileri yaş, sert invaziv kitle ve stridor anaplastik tiroid karsinomunu düşündürür.
2. Trakeal daralma ani tam obstrüksiyon riski taşır.
3. Önce deneyimli ekipçe hava yolu planlanır; ardından doku tanısı, moleküler test ve multimodal/palyatif tedavi düzenlenir.

Sonuç: Stridorlu invaziv tiroid kitlesinde ilk öncelik hava yolunu güvenceye almaktır.

Kritik tuzak: Onkolojik tanı işlemlerini hava yolu stabilizasyonundan önceye koymak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Tiroid hormon replasmanını artırmak	Mekanik trakeal basıyı düzeltmez.
B) Bir ay sonra kontrol ultrasonografisi	Stridor ve kritik hava yolu daralması acildir.
C) Radyoaktif iyot vermek	Anaplastik tümörler iyot tutmaz ve etki için zaman yoktur.
E) Yalnız ince iğne aspirasyonu sonucu beklemek	Doku tanısı önemlidir ancak kritik hava yolu güvenliği geciktirilemez.

75. Yelken göğüs ve pulmoner kontüzyon - Doğru cevap: B

Kazanım: Yelken göğüste solunum yetmezliği geliştiğinde pozitif basınçlı ventilasyonu seçer.

Çözüm basamakları

1. Bir segmentte ardışık kaburgaların iki yerden kırılması yelken göğüs oluşturur.
2. Paradoksal hareket ve eşlik eden pulmoner kontüzyon hipoksemik solunum yetmezliğine yol açmıştır.
3. Bilinç bozukluğu ve refrakter hipoksemide entübasyon ve pozitif basınçlı ventilasyon gerekir; güçlü analjezi sürdürülür.

Sonuç: Solunum yetmezliği gelişen yelken göğüste invaziv pozitif basınçlı ventilasyon gerekir.

Kritik tuzak: Göğüs duvarını dıştan sıkı sabitlemenin modern tedavi olduğunu düşünmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Göğüs duvarını sıkı bandajlamak	Ventilasyonu kısıtlar, atelektazi ve pnömoniye artırır.
C) Yalnız oral analjezikle taburcu etmek	Ağır hipoksemi ve bilinç değişikliği vardır.
D) Tüm kaburgaları acil olarak çıkarmak	Tedavi değildir ve göğüs duvarı bütünlüğünü bozar.
E) Yüksek doz diüretik	Pulmoner kontüzyonu ve ventilatuvar yetmezliği düzeltmez; hipovolemiyi artırabilir.

76. Travmatik diyafram rüptürü - Doğru cevap: B

Kazanım: Künt travma sonrası hemitoraksta abdominal organ görünümünü diyafram rüptürü olarak tanıır.

Çözüm basamakları

1. Künt travma diyaframda özellikle sol posterolateral rüptür yapabilir.
2. Toraksta bağırsak sesleri ve NG sondanın hemitoraksa uzanması tanısız ipuçlarıdır.
3. Mide dekompresyonu sonrası acil cerrahiyle herniye organlar redükte edilir ve diyafram onarılır; kör göğüs tüpü organ yaralayabilir.

Sonuç: Bulgular sol travmatik diyafram rüptürünü gösterir ve cerrahi onarım gerekir.

Kritik tuzak: Hava-sıvı seviyesini hidropnömotoraks sanıp göğüs tüpünü körlemesine yerleştirmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Basit sol pnömotoraks	Bağırsak sesleri, hava-sıvı seviyeleri ve toraksta nazogastrik sonda diyafram defektini gösterir.
C) Masif plevral efüzyon	Bağırsak ansları ve sonda kıvrımıyla uyumlu değildir.
D) Aort diseksiyonu	Hemitoraksta abdominal organ görüntüsü oluşturmaz.
E) Akut epiglottit	Üst hava yolu hastalığıdır ve travmatik radyolojik bulguları açıklamaz.

77. Yüksek dereceli renal travmada anjiyoembolizasyon - Doğru cevap: D

Kazanım: Hemodinamik stabil böbrek travmasında aktif kanamayı seçici embolizasyonla yönetir.

Çözüm basamakları

1. Derin laserasyon yüksek dereceli renal yaralanmayı, kontrast ekstravazasyonu aktif arteriyel kanamayı gösterir.
2. Hemodinamik stabilite acil nefrektomi yerine organ koruyucu yaklaşımı mümkün kılar.
3. Selektif anjiyoembolizasyon kanayan segmenti kapatırken kalan böbrek dokusunu korur.

Sonuç: Stabil yüksek dereceli renal travmada aktif kanama seçici anjiyoembolizasyonla kontrol edilir.

Kritik tuzak: Yaralanma derecesi yüksek diye hemodinamik durumu dikkate almadan nefrektomi yapmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Acil total nefrektomi	Hemodinamik stabil hastada böbrek koruyucu nonoperatif/anjiyoembolizasyon yaklaşımı tercih edilir.
B) Yalnız oral sıvı ve taburculuk	Aktif arteriyel kanama vardır ve yakın girişimsel kontrol gerekir.
C) Üreteral kateteri körlemesine çekmek	Aktif parankimal kanamayı durdurmaz.
E) Antikoagülan başlamak	Kanamayı artırır.

78. Sirküler tam kat ekstremite yanığında eskarotomi - Doğru cevap: D

Kazanım: Sirküler tam kat yanıkta dolaşım bozukluğu geliştiğinde eskarotomi endikasyonunu tanır.

Çözüm basamakları

1. Tam kat sirküler eskar esnek değildir ve ödemlenen dokuyu dıştan sıkıştırır.
2. Soğukluk, uzamış kapiller dolum ve Doppler kaybı distal dolaşımın bozulduğunu gösterir.
3. Eskarotomi eskarı boyuna açarak basıncı giderir; derin kas kompartmanı basıncı sürerse fasiyotomi gerekebilir.

Sonuç: Sirküler tam kat yanığa bağlı dolaşım bozukluğunda acil eskarotomi yapılır.

Kritik tuzak: Eskarotomi ile fasiyotominin aynı işlem olduğunu düşünmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Yalnız kolu sarkıtmak	Ödemi artırabilir ve konstriktif eskarı açmaz.
B) Sıkı elastik bandaj	Dolaşım bozukluğunu artırır.
C) Bir hafta sonra deri grefti planlamak	Akut ekstremite iskemisi riski vardır; dolaşım hemen rahatlatılmalıdır.
E) İntraarteriyel trombolitik	Sorun trombüs değil dıştan konstriktif eskar ve ödemdir.

79. Semptomatik karotis stenozu - Doğru cevap: A

Kazanım: Yakın zamanda TIA geçiren ciddi karotis darlığında endarterektomi endikasyonunu tanır.

Çözüm basamakları

1. Geçici fokal nörolojik bulgular sol karotis dağılımında TIA'yı gösterir.
2. Semptomatik %82 darlık endarterektomiden belirgin yarar gören gruptur.
3. Cerrahi mümkünse ilk iki hafta içinde, medikal tedaviyle birlikte uygulanır.

Sonuç: Semptomatik ciddi karotis stenozunda erken karotis endarterektomisi gerekir.

Kritik tuzak: Semptomlar düzeldi diye darlığı asemptomatik kabul etmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
B) Yalnız yıllık ultrasonografi	Semptomatik %70'in üzerindeki darlıkta erken tekrar inme riski yüksektir.
C) Uzun süreli fibrinolitik	Akut uygun pencere dışında kronik tedavi değildir ve kanama riski taşır.
D) Karşı taraf karotis arterin bağlanması	Serebral perfüzyonu azaltır ve tedavi değildir.
E) Antiplatelet vermeden yalnız antihipertansif	Optimal medikal tedavi antiplatelet ve statini de içerir; ciddi semptomatik darlıkta cerrahi eklenir.

80. Kronik mezenterik iskemi - Doğru cevap: C

Kazanım: Yemek sonrası karın ağrısı ve kilo kaybıyla seyreden kronik mezenterik iskemide revaskülarizasyonu seçer.

Çözüm basamakları

1. Postprandiyal ağrı, besin korkusu ve kilo kaybı intestinal anjina triadıdır.
2. Çölyak ve SMA darlığı aterosklerotik kronik mezenterik iskemiyi doğrular.
3. Uygun hastada endovasküler stentleme veya cerrahi bypassla revaskülarizasyon yapılır; risk faktörleri tedavi edilir.

Sonuç: Semptomatik kronik mezenterik iskemi mezenterik revaskülarizasyon gerektirir.

Kritik tuzak: Kilo kaybını maligniteye bağlayıp yemekle zamansal ilişki ve damar bulgularını atlamak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Yalnız proton pompası inhibitörü	Semptomların nedeni aterosklerotik kan akımı yetersizliğidir; asit baskısı çözmez.
B) Ömür boyu total parenteral beslenme	Geçici beslenme desteği olabilir ancak iskemiyi ve infarkt riskini düzeltmez.
D) Acil apendektomi	Kronik postprandiyal ağrı ve çok damar darlığıyla ilişkili değildir.
E) Yalnız antispazmodik	Semptomu maskeleyebilir fakat vasküler nedeni tedavi etmez.

81. İnflamatuvar meme kanseri - Doğru cevap: C

Kazanım: İnflamatuvar meme kanserinde neoadjuvan sistemik tedaviyi ilk basamak olarak seçer.

Çözüm basamakları

1. Hızlı gelişen yaygın eritem-ödem ve peau d'orange inflamatuvar meme kanserini düşündürür.
2. Dermal lenfatik tümör embolileri tanıyı destekler.
3. Standart sıra neoadjuvan sistemik tedavi, yanıt sonrası modifiye radikal mastektomi ve radyoterapidir.

Sonuç: İnflamatuvar meme kanserinde tedavi neoadjuvan sistemik tedaviyle başlar.

Kritik tuzak: Mastit görünümü nedeniyle antibiyotik yanıtını aylarca beklemek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) İlk işlem olarak lumpektomi	İnflamatuvar meme kanserinde başlangıç cerrahisi uygun değildir; tüm meme ve lenfatikler yaygın tutulmuştur.
B) Yalnız oral antibiyotik	Mastit benzeri görünüşe de biyopsi maligniteyi kanıtlamıştır.
D) Yalnız hormon replasmanı	Tümör biyolojisine göre endokrin tedavi eklenebilir ancak başlangıç multimodal yaklaşımın yerini tutmaz.
E) Tedavisiz üç ay gözlem	Agresif evre III hastalıktır ve gecikme prognozu kötüleştirir.

82. Phyllodes tümörü - Doğru cevap: D

Kazanım: Hızla büyüyen fibroepitelyal meme tümöründe geniş cerrahi sınırın önemini bilir.

Çözüm basamakları

1. Hızlı büyüme ve yaprak benzeri stromal mimari phyllodes tümörünü gösterir.
2. Tedavinin amacı tümörü negatif, geniş cerrahi sınırla çıkarmaktır.
3. Aksiller diseksiyon rutin değildir çünkü lenfatik yayılım nadirdir.

Sonuç: Phyllodes tümörü geniş negatif cerrahi sınırla çıkarılır; rutin aksiller diseksiyon yapılmaz.

Kritik tuzak: Büyük mobil kitleyi fibroadenom kabul edip hızlı büyüme ve stromal özellikleri önemsememek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Rutin aksiller lenf nodu diseksiyonu	Phyllodes çoğunlukla hematolojik yayılır; nodal metastaz nadirdir.
B) Yalnız iğne aspirasyonu ile boşaltma	Solid fibroepitelyal tümörü tedavi etmez.
C) Sınır gözetmeden enükleasyon	Pozitif/dar sınır lokal nüks riskini artırır.
E) Tamoksifen monoterapisi	Stromal tümör hormon tedavisine güvenilir yanıt vermez.

83. Kas invaziv mesane kanseri - Doğru cevap: B

Kazanım: Kas invaziv mesane kanserinde neoadjuvan cisplatin ve radikal sistektomiye seçer.

Çözüm basamakları

1. Detrusor kas invazyonu hastalığı kas invaziv evreye taşır.
2. Cisplatin uygun hastada neoadjuvan kombinasyon kemoterapisi mikrometastazları tedavi eder ve sağkalımı artırır.
3. Ardından radikal sistektomi ve pelvik lenf nodu diseksiyonu uygulanır; seçilmiş hastada trimodal mesane koruyucu tedavi alternatif olabilir.

Sonuç: cT2 kas invaziv mesane kanserinde neoadjuvan cisplatin bazlı kemoterapi ve radikal sistektomi standarttır.

Kritik tuzak: TUR-M ile görünen tümörün çıkarılmasını kas invaziv hastalıkta definitif tedavi sanmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Yalnız tekrar transüretral rezeksiyon	Kas invaziv hastalıkta tek başına yeterli lokal kontrol sağlamaz.
C) Yalnız intravezikal BCG	Kas invaziv olmayan yüksek riskli hastalıkta kullanılır; T2 hastalıkta standart küratif tedavi değildir.
D) Yalnız aktif izlem	Tedavisiz kas invaziv kanser progresyon ve metastaz riski taşır.
E) Sadece alfa blokör	Alt üriner semptomu azaltabilir, maligniteyi tedavi etmez.

84. İskemik priapizm - Doğru cevap: B

Kazanım: Dört saatten uzun ağrılı rijit ereksiyonda iskemi tedavisini seçer.

Çözüm basamakları

1. Ağrılı rijit kavernoza cisim ve hipoksik-asidotik kan düşük akımlı iskemik priapizmi gösterir.
2. Bu ürolojik acilde kavernoza kan hızla aspire edilip serum fizyolojikle irrigasyon yapılır.
3. Alfa-1 agonisti fenilefrin intrakavernoza verilir; başarısızlıkta şant cerrahisi değerlendirilir.

Sonuç: İskemik priapizmde acil kavernoza aspirasyon/irrigasyon ve fenilefrin uygulanır.

Kritik tuzak: Yüksek akımlı travmatik priapizmle karıştırıp ağrı ve kan gazı bulgularını önemsememek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Yalnız soğuk duş önerip taburcu etmek	Dört saatten uzun iskemik priapizm kavernoza fibrozis ve erektil disfonksiyon riski taşır.
C) Oral sildenafil	Vazodilatasyon yaparak tabloyu kötüleştirir.
D) Dorsal ven ligasyonu	İlk basamak değildir ve düşük akımlı priapizmi hızla çözmez.
E) Yalnız antibiyotik	Enfeksiyon bulgusu yoktur ve iskekiye etkili değildir.

85. Deplase femur boyun kırığı - Doğru cevap: D

Kazanım: Bağımsız aktif yaşlı hastada deplase femur boyun kırığında total kalça artroplastisini seçer.

Çözüm basamakları

1. Kısalık ve dış rotasyon proksimal femur kırığı için tipiktir.
2. Deplase intrakapsüler kırık femur başı kanlanmasını bozarak avasküler nekroz riskini artırır.
3. Aktif, bağımsız ve yaşam beklentisi uygun hastada total kalça artroplastisi hemiarthroplastie göre daha iyi fonksiyon sağlayabilir.

Sonuç: Aktif ve bağımsız yaşlı hastadaki deplase femur boyun kırığı total kalça artroplastisiyle tedavi edilir.

Kritik tuzak: Tüm yaşlı femur boyun kırıklarında otomatik olarak hemiarthroplastie seçmek; işlev düzeyini değerlendirmemek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Yalnız alçı immobilizasyonu	Deplase intrakapsüler kırıkta kaynamama, avasküler nekroz ve immobilizasyon komplikasyonu riski yüksektir.
B) Kapalı redüksiyonsuz izlem	Fonksiyon kaybı ve mortaliteyi artırır.
C) Diz artroplastisi	Yaralanma kalça eklemindedir.
E) Yalnız vida çıkarılması	Önceden implant yoktur; tedavi değildir.

86. Hipofiz apopleksisi - Doğru cevap: C

Kazanım: Hipofiz apopleksisinde adrenal krizi önlemek için acil hidrokortizonu önceler.

Çözüm basamakları

1. Ani baş ağrısı, oftalmopleji, görme alanı kaybı ve adenom içine kanama hipofiz apopleksisini gösterir.
2. ACTH eksikliği akut adrenal yetmezlik, hipotansiyon ve hiponatremi yapabilir.
3. Kan alınması tedaviyi geciktirmeden IV hidrokortizon verilir; ciddi görme/nörolojik kayıpta acil transsfenoidal dekompresyon değerlendirilir.

Sonuç: Hipofiz apopleksisinde ilk yaşam kurtarıcı tedavi intravenöz hidrokortizondur.

Kritik tuzak: Görüntüleme ve cerrahi beklerken kortizol eksikliğini tedavisiz bırakmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Levotiroksin yükleme dozu	Kortizol verilmeden tiroid hormonu adrenal krizi ağırlaştırabilir.
B) Yalnız analjezik ve taburculuk	Görme kaybı, şok ve hipofiz kanaması yaşamı tehdit eder.
D) İntravenöz heparin	Kanamayı artırabilir.
E) Acil radyoterapi	Akut bası ve hormonal krizde etkisi yeterince hızlı değildir.

87. Entübe edilemiyor oksijenlenemiyor hava yolu - Doğru cevap: D

Kazanım: Başarısız entübasyon ve supraglottik hava yoluna rağmen oksijenlenemeyen hastada krikotiroidotomiyi seçer.

Çözüm basamakları

1. Maske, entübasyon ve supraglottik hava yoluyla oksijenlenememe CICO durumudur.
2. Hipoksik beyin hasarını önlemek için daha fazla üst hava yolu girişimi yerine ön boyundan erişim gerekir.
3. Erişkinde acil krikotiroidotomi en hızlı kurtarıcı cerrahi hava yolu yöntemidir.

Sonuç: CICO durumunda gecikmeden acil krikotiroidotomi yapılmalıdır.

Kritik tuzak: Başarısız girişimleri tekrarlayarak ön boyun hava yoluna geçişi geciktirmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Aynı laringoskopi sınırsız entübasyon denemek	Tekrarlayan girişimler ödem ve travmayı artırarak oksijenlenmeyi daha da bozar.
B) Hastayı uyandırmak için beklemek	Oksijenlenemeyen hastada hipoksik arrest gelişir; beklenemez.
C) Nazogastrik tüp yerleştirmek	Hava yolu açıklığı ve oksijenlenme sağlamaz.
E) Yalnız intravenöz sıvı vermek	Hipoksemi düzeltmez.

88. Ani sensörinöral işitme kaybı - Doğru cevap: D

Kazanım: Ani sensörinöral işitme kaybında erken steroid tedavisini seçer.

Çözüm basamakları

1. Normal otoskopi, Rinne pozitifliği ve Weber'in karşı kulağa lateralizasyonu sensörinöral kaybı gösterir.
2. Üç günden kısa sürede en az üç ardışık frekansta ≥ 30 dB kayıp ani sensörinöral işitme kaybıdır.
3. Kontrendikasyon yoksa erken sistemik steroid başlanır; intratimpanik steroid kurtarma veya alternatif olabilir.

Sonuç: Ani sensörinöral işitme kaybı acildir ve erken sistemik steroidle tedavi edilir.

Kritik tuzak: Normal otoskopi nedeniyle önemli patoloji olmadığını düşünmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Serumen çıkarılması	Dış kulak yolu açık ve testler sensörinöral kaybı gösterir.
B) Yalnız antihistaminik	Ani sensörinöral kayıpta işitme geri kazanımını artıran temel tedavi değildir.
C) Bir ay tedavisiz gözlem	Tedavi etkinliği zamanla azalır; ilk iki hafta içinde başlanmalıdır.
E) Acil mastoidektomi	Mastoidit veya iletim tipi kayıp bulgusu yoktur.

89. Santral retinal arter tıkanıklığı - Doğru cevap: D

Kazanım: Ani ağrısız monoküler görme kaybında santral retinal arter tıkanıklığını tanır.

Çözüm basamakları

1. Ani, ağrısız ve tek gözde ağır görme kaybı retinal arter oklüzyonunu düşündürür.
2. İskemik soluk retina içinde foveal koroid dolaşımının görünmesi kiraz kırmızısı spot oluşturur.
3. Bu durum oküler inme kabul edilir; acil inme/karotis-kardiyak kaynak değerlendirmesi ve zaman duyarlı göz girişimleri gerekir.

Sonuç: Kiraz kırmızısı makulayla ani ağrısız monoküler görme kaybı santral retinal arter tıkanıklığıdır.

Kritik tuzak: Göz acilini yalnız lokal hastalık sanıp eş zamanlı serebrovasküler değerlendirmeyi ihmal etmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Akut açı kapanması glokomu	Şiddetli göz ağrısı, kızarıklık, midriyazis ve yüksek göz içi basıncı beklenir.
B) Retina dekolmanı	Işık çakması, uçuşma ve perde hissiyle seyredir; kiraz kırmızısı makula tipik değildir.
C) Optik nörit	Genellikle genç hastada göz hareketiyle ağrı ve renk görme bozukluğu vardır.
E) Vitreus hemorajisi	Fundus görünümü engellenir; soluk retina-kiraz kırmızısı spot görülmez.

90. Malrotasyon ve orta bağırsak volvulusu - Doğru cevap: E

Kazanım: Safralı kusan yenidoğanda midgut volvulusu tanır ve acil Ladd işlemini seçer.

Çözüm basamakları

1. Yenidoğanda safralı kusma aksi kanıtlanana kadar cerrahi obstrüksiyondur.
2. Anormal duodenojejunal bileşke ve tirbuşon görünümü malrotasyonla midgut volvulusunu gösterir.
3. Acil detorsiyon, Ladd bantlarının bölünmesi, mezenter tabanının genişletilmesi ve bağırsak canlılığının değerlendirilmesi gerekir.

Sonuç: Midgut volvulusunda acil Ladd işlemi bağırsak kaybını önlemek için geciktirilmemelidir.

Kritik tuzak: Safralı kusmayı gastroözofageal reflü olarak değerlendirmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Yalnız oral rehidrasyon	Volvulus mezenterik iskemi ve bağırsak nekrozu riski taşır; cerrahi acildir.
B) Hava lavmanı	İnvajinasyon tedavisidir; malrotasyon-volvulusu düzeltmez.
C) Elektif apendektomi için bir yıl beklemek	Akut iskemi riski nedeniyle beklenemez.
D) Yalnız antireflü formül	Safralı kusmanın cerrahi obstrüksiyon nedeni vardır.

Kadın Hastalıkları ve Doğum

91. Hiperemesis gravidarumda tiamin - Doğru cevap: C

Kazanım: Uzamış kusması olan gebede dekstrozdaki tiamin verilmesini sağlar.

Çözüm basamakları

1. Uzamış kusma, kilo kaybı, ketonüri ve elektrolit bozukluğu hiperemesis gravidarumu gösterir.
2. Uzun süre yetersiz beslenme tiamin depolarını tüketir.
3. Tiaminsiz dekstroz verilmesi Wernicke ensefalopatisini tetikleyebileceğinden önce tiamin, sonra sıvı-dekstroz ve antiemetik verilir.

Sonuç: Hiperemesis gravidarumda dekstrozdaki tiamin verilmelidir.

Kritik tuzak: Sıvı tedavisini yalnız glukoz desteği olarak düşünüp vitamin eksikliğini gözden kaçırmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Yüksek doz vitamin A	Gebelikte teratojenik olabilir ve Wernicke ensefalopatisini önlemez.
B) Metotreksat	Canlı intrauterin gebelikte kontrendikedir.
D) Ergometrin	Postpartum uterin atoni tedavisinde kullanılır; hiperemize etkili değildir.
E) Warfarin	Kusma tedavisi değildir ve gebelikte teratojenik/kanama riski taşır.

92. Gestasyonel diabetes mellitus tanısı - Doğru cevap: B

Kazanım: 75 gram oral glukoz tolerans testini tek anormal değer kuralıyla yorumlar.

Çözüm basamakları

1. Gebelikte 75 g OGTT için açlık, 1. saat ve 2. saat gebeliğe özgü eşiklerle değerlendirilir.
2. Açlık 94>92 ve 1. saat 184>180 mg/dL'dir.
3. Tek bir anormal değer bile yeterli olduğundan gestasyonel diabetes mellitus tanısı konur.

Sonuç: 75 g OGTT'de en az bir eşik aşımı gestasyonel diyabet tanısı için yeterlidir.

Kritik tuzak: 100 g üç saatlik testteki çoklu anormal değer kuralını 75 g tek aşamalı teste uygulamak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Test tamamen normaldir	Açlık ve 1. saat değerleri eşiklerin üzerindedir.
C) Tanı için üç değerinde de yüksek olması gerekir	75 g tek aşamalı testte bir değer bile eşik üstünde olması tanı için yeterlidir.
D) Yalnız bozulmuş açlık glukozu vardır, gebelik diyabeti yoktur	Gebelikte kullanılan özel eşiklerle tanı konur; iki değer anormaldir.
E) Tip 1 diabetes mellitus kesin tanısı vardır	OGTT gestasyonel diyabeti gösterir; otoimmün tip 1 tanısı koydurmaz.

93. Servikal yetmezlikte serklaj - Doğru cevap: C

Kazanım: Klasik obstetrik öyküsü olan gebede öykü endikasyonlu serklajı planlar.

Çözüm basamakları

1. Ağrısız ikinci trimester servikal açılma ve tekrarlayan kayıp servikal yetmezlik için tipiktir.
2. Aktif doğum, enfeksiyon veya membran rüptürü olmaması serklaja engel değildir.
3. Klasik öyküde 12-14. haftalarda öykü endikasyonlu serklaj uygulanır.

Sonuç: Tekrarlayan ağrısız ikinci trimester kayıp olan gebede öykü endikasyonlu serklaj uygundur.

Kritik tuzak: Erken doğumun tüm nedenlerini tokolizle tedavi edilebilecek kontraksiyon sorunu sanmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Rutin tokolitik tedavi	Kontraksiyon yoktur ve tokolitikler servikal yapısal yetmezliği düzeltmez.
B) Gebeliği sonlandırmak	Canlı gebelikte sonlandırma endikasyonu yoktur.
D) Yalnız yatak istirahati	Klasik tekrarlayan ikinci trimester kayıp öyküsünde serklajın yerini tutmaz.
E) Otuz yedinci haftaya kadar hiçbir servikal değerlendirme yapmamak	Yüksek nüks riski vardır ve koruyucu müdahale erken dönemde yapılmalıdır.

94. Vasa previa - Doğru cevap: C

Kazanım: Membran rüptürü sonrası ağrısız kanama ve fetal bradikardide vasa previaı tanır.

Çözüm basamakları

1. Velamentöz insersiyon korunmasız fetal damarların membranlarda seyretmesine yol açabilir.
2. Membran rüptürü sonrası ağrısız kanama ve anne stabilken ağır fetal bradikardi vasa previaı düşündürür.
3. Fetal kan kaybını durdurmanın yolu gecikmeden acil sezaryen doğumdur.

Sonuç: Vasa previa rüptüründe fetal bradikardiyle birlikte acil sezaryen gerekir.

Kritik tuzak: Vajinal kanamayı her zaman maternal kaynaklı kabul etmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Kanamanın kendiliğinden durmasını beklemek	Kanama fetusa ait olabilir ve dakikalar içinde ölümcül anemi gelişebilir.
B) Oksitosin infüzyonunu artırmak	Fetal bradikardiyi ve damar kanamasını düzeltmez.
D) Yalnız maternal kan transfüzyonu	Anne stabil, kanama fetal damarlardan kaynaklanmaktadır.
E) Vakumla vajinal doğumu uzatmak	Fetal distres ve yüksek damar rüptürü şüphesinde doğum acilen sezaryenle gerçekleştirilmelidir.

95. HELLP sendromu - Doğru cevap: E

Kazanım: HELLP sendromunu laboratuvar bulgularıyla tanır ve stabilizasyon sonrası doğumu planlar.

Çözüm basamakları

1. Hemoliz bulguları, yüksek karaciğer enzimleri ve düşük trombosit HELLP üçlüsünü oluşturur.
2. Şiddetli hipertansiyon ve 34 haftalık gebelik maternal-fetal riskin yüksek olduğunu gösterir.
3. Kan basıncı kontrolü ve nöbet profilaksisi için magnezyum sonrası definitif tedavi doğumdur.

Sonuç: HELLP sendromunda maternal stabilizasyonun ardından gebelik sonlandırılarak doğum gerçekleştirilir.

Kritik tuzak: Trombositopeniyi izole gestasyonel trombositopeni sanıp hemoliz ve transaminaz artışını birleştirmemek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Gebeliği 39. haftaya kadar sürdürmek	HELLP maternal ve fetal ciddi komplikasyon riski taşır; 34 haftada doğum endikedir.
B) Yalnız oral demir başlamak	Hemoliz ve trombositopeniyi tedavi etmez.
C) Aspirin dozunu artırmak	Akut ağır tabloda kanama riskini artırabilir ve definitif tedavi değildir.
D) Sadece yatak istirahati	Şiddetli hipertansiyon ve organ tutulumu acil stabilizasyon ve doğum gerektirir.

96. Gebeliğin intrahepatik kolestazi - Doğru cevap: B

Kazanım: Gebelik kolestazını safra asidi yüksekliğiyle tanır ve ursodeoksikolik asit tedavisini seçer.

Çözüm basamakları

1. Döküntüsüz, avuç içi-ayak tabanı baskın gece kaşıntısı gebelik kolestazi için tipiktir.
2. Yüksek total safra asitleri tanıyı destekler ve fetal riskle ilişkilidir.
3. Ursodeoksikolik asit maternal kaşıntı ve biyokimyasal bulguları iyileştirir; fetal izlem ve zamanlanmış doğum ayrıca planlanır.

Sonuç: Gebeliğin intrahepatik kolestazında ursodeoksikolik asit birinci basamak semptomatik tedavidir.

Kritik tuzak: Kaşıntı için yalnız antihistaminik verip safra asidi düzeyine bağlı fetal riski göz ardı etmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Metotreksat	Gebelikte teratojeniktir ve kolestaz tedavisi değildir.
C) İzotretinoin	Şiddetle teratojeniktir ve kaşıntının nedenini tedavi etmez.
D) Warfarin	Fetal ve maternal kanama riski taşır; kolestazı düzeltmez.
E) Oksitosin sürekli infüzyonu	Doğum indüksiyonu için kullanılır; ilaçla semptom kontrolü sağlamaz.

97. Asherman sendromu - Doğru cevap: A

Kazanım: İntrauterin adezyona bağlı sekonder amenoreyi tanı ve histeroskopik tedaviyi seçer.

Çözüm basamakları

1. Küretaj sonrası sekonder amenore ve infertilite intrauterin adezyonu düşündürür.
2. Normal gonadotropinler ve çekilme kanamasının olmaması çıkış yolu/endometrium sorununu destekler.
3. Histeroskopi hem tanıyı doğrudan gösterir hem adezyonların kesilmesini sağlar; sonrası yeniden yapışmayı önleyici tedavi planlanır.

Sonuç: Asherman sendromunun tanı ve tedavisi histeroskopik adezyolizistir.

Kritik tuzak: Amenoreyi yalnız hormonal nedenlerle açıklayıp uterus cerrahi öyküsünü gözden kaçırmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
B) Tanısal laparoskopiyle over biyopsisi	Hormonlar normal ve öykü uterus kavite travmasını düşündürür; over yetmezliği bulgusu yoktur.
C) Yalnız kombine oral kontraseptif	Kanama oluşturabilir ancak intrauterin adezyonları açmaz ve fertilitiyi düzeltmez.
D) Endometrial ablasyon	Endometriumu daha da tahrip eder ve fertilitiyi ortadan kaldırır.
E) Bilateral salpenjektomi	Tüplerin çıkarılması uterus adezyonu tedavi etmez.

98. Ovaryan hiperstimülasyon sendromu - Doğru cevap: B

Kazanım: Yardımcı üreme sonrası OHSS'yi tanı ve ağır olguda sıvı-tromboz yönetimini seçer.

Çözüm basamakları

1. hCG sonrası büyümüş overler, asit ve hemokonsantrasyon OHSS için tipiktir.
2. Kapiller geçirgenlik artışı üçüncü boşluğa sıvı kaybı ve intravasküler hipovolemi oluşturur.
3. Ağır olguda hastane izlemi, dengeli sıvı/elektrolit yönetimi, gerekirse parasentez ve yüksek tromboz riski için profilaksi gerekir.

Sonuç: Ağır OHSS hastanede sıvı dengesi ve tromboemboli profilaksisiyle yönetilmelidir.

Kritik tuzak: Asit gördüğü için hastayı hipervolemik sanıp agresif diürez yapmak.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Yüksek doz diüretik ve sıvı kısıtlamasını tek tedavi yapmak	İntravasküler hacim azalmıştır; diüretik böbrek perfüzyonunu kötüleştirebilir.
C) Acil bilateral ooforektomi	Over büyümesi iatrojenik ve çoğunlukla geri dönüşümlüdür; organ çıkarılması gerekmez.
D) Yalnız oral kontraseptifle taburcu etmek	Hemokonsantrasyon, asit, dispne ve böbrek etkilenimi ağır OHSS gösterir.
E) İntrauterin cihaz takmak	Sendromun patofizyolojisi ve tedavisiyle ilişkili değildir.

99. Evre IIB serviks kanseri - Doğru cevap: D

Kazanım: Parametrial tutulumu olan lokal ileri serviks kanserinde eş zamanlı kemoradyoterapiyi seçer.

Çözüm basamakları

1. Parametrial invazyon fakat pelvik duvar tutulumu olmaması FIGO evre IIB ile uyumludur.
2. Bu evrede primer radikal cerrahinin morbiditesi yüksektir ve standart yaklaşım değildir.
3. Dıştan ışınlanma, eş zamanlı haftalık sisplatin ve brakiterapi küratif tedaviyi oluşturur.

Sonuç: Evre IIB serviks kanseri eş zamanlı sisplatin bazlı kemoradyoterapi ve brakiterapiyle tedavi edilir.

Kritik tuzak: Uzak metastaz yok diye tüm lokal evrelerde radikal histerektomi seçmek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
A) Basit histerektomi	Parametrial yayılımı olan lokal ileri hastalıkta yetersizdir.
B) Yalnız konizasyon	Mikroinvaziv erken lezyonlarda kullanılabilir; evre IIB için uygun değildir.
C) Yalnız hormonal tedavi	Serviks skuamöz kanserinde standart küratif primer tedavi değildir.
E) Tedavisiz izlem	Lokal ileri malignite progresyon gösterir ve küratif tedavi şansı vardır.

100. Vulvar liken sklerozus - Doğru cevap: A

Kazanım: Vulvar liken sklerozusu tanır ve yüksek potent topikal steroid tedavisini seçer.

Çözüm basamakları

1. Yoğun kaşıntı, beyaz atrofik plaklar ve anatomik skarlaşma liken sklerozus için tipiktir.
2. Biyopsi tanıyı doğrular ve maligniteyi dışlar.
3. İlk basamak yüksek potent topikal kortikosteroiddir; semptom ve anatomi izlenir, yeni ülser/nodül biyopsi edilir.

Sonuç: Vulvar liken sklerozusun birinci basamak tedavisi yüksek potent topikal klobetazoldür.

Kritik tuzak: Postmenopozal vulvar kaşıntıyı yalnız atrofi kabul edip beyaz plakları ve kanser riskini önemsememek.

Çeldirici analizi

Seçenek	Neden elenir?
B) Topikal östrojen tek başına	Atrofik semptomlara yardımcı olabilir ancak liken sklerozusun inflamasyonunu ve kanser riskini yeterli kontrol etmez.
C) Geniş vulvektomi	Malignite yoksa ilk tedavi değildir; önemli morbidite taşır.
D) Oral antibiyotik	Enfeksiyon değildir ve kronik inflamatuvar dermatozu tedavi etmez.
E) Tedavisiz izlem	Skarlaşma ve vulvar skuamöz hücreli kanser riski nedeniyle tedavi ve uzun dönem takip gerekir.