

## KLİNİK TIP BİLİMLERİ TESTİ · 2. OTURUM

# KLİNİK TIP BİLİMLERİ DENEME-7

## Cevap Anahtarı ve Ayrıntılı Çözümler

100 SORU · 135 DAKİKA · DOĞRU - YANLIŞ / 4

|                               |            |
|-------------------------------|------------|
| Dahili Tıp Bilimleri          | 35         |
| Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları | 25         |
| Cerrahi Tıp Bilimleri         | 30         |
| Kadın Hastalıkları ve Doğum   | 10         |
| <b>Toplam</b>                 | <b>100</b> |

Özgün eğitim içeriğidir. Resmî ÖSYM yayını veya klinik karar destek aracı değildir.

## HIZLI CEVAP ANAHTARI

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

*Her çözümde klinik gerekçe, kritik tuzak ve dört çeldiricinin elenme nedeni bulunmaktadır.*

## DAHİLİ TIP BİLİMLERİ

**1. HIV enfeksiyonunda progressif multifokal lökoensefalopati****Doğru cevap: A) Progressif multifokal lökoensefalopati tanısıyla etkili antiretroviral tedaviyi hızla başlamak veya optimize etmek**

1. Subakut fokal nörolojik kayıp ile kitle etkisiz çok odaklı beyaz cevher lezyonları PML için tipiktir.
2. BOS JC virus PCR pozitifliği uygun klinik-radyolojik bağlamda tanıyı güçlü biçimde destekler.
3. Kanıtlanmış özgül antiviral yoktur; en etkili yaklaşım antiretroviral tedaviyle immün yeniden yapılanmadır.

**Kritik tuzak:** PML lezyonlarının belirgin kitle etkisi ve halka tarzı kontrastlanma göstermemesi toksoplazmoz ve lenfomadan ayırmda önemlidir.**Çeldiriciler - B:** Toksoplazmoz genellikle halka kontrastlanan kitle etkili lezyonlar yapar. C: Lenfomada belirgin kontrastlanan kitle beklenir; JC PCR ve beyaz cevher paterni PML lehinedir. D: HSV ensefaliti akut ateşli tablo ve temporal lob tutulumuyla seyredir. E: İleri immünsüpresyon, subakut progresyon ve JC PCR pozitifliği MS ile uyumlu değildir.**2. Tüberküloz menenjitinde başlangıç tedavisi****Doğru cevap: C) İzoniazid, rifampisin, pirazinamid ve etambutol ile birlikte deksametazon başlamak**

1. Subakut menenjit, bazal kraniyal nöropati, düşük glukoz ve yüksek protein tüberküloz menenjitine uyumludur.
2. Başlangıç tedavisi HRZE kombinasyonudur.
3. Deksametazon nörolojik komplikasyon ve ölüm riskini azaltır; hidrosefali ayrıca değerlendirilir.

**Kritik tuzak:** Hidrosefali yalnız şant endikasyonu olarak görülmemeli; anti-tüberküloz tedavi aynı anda başlanmalıdır.**Çeldiriciler - A:** Bu rejim akut bakteriyel menenjit içindir; subakut lenfositik BOS ve bazal tutulum tüberkülozu destekler. B: Başlangıçta dört ilaçlı rejim gerekir; iki ilaç direnç ve başarısızlık riski taşır. D: Bu yaklaşım kriptokok menenjitini içindir. E: Hidrosefali girişim gerektirebilir fakat özgül antimikrobiyal ve steroid geciktirilemez.**3. Lemierre sendromu****Doğru cevap: E) Lemierre sendromu; beta-laktamaz inhibitörlü beta-laktamla anaerobları kapsayan intravenöz tedavi başlamak ve drenaj gereksinimini değerlendirmek**

1. Farenjit, internal juguler ven trombozu ve kaviter pulmoner odaklar klasik üçlüdür.
2. En sık etken Fusobacterium necrophorum'dur ve anaerob kapsama gerekir.
3. Uzun süreli IV tedavi ve gerektiğinde apse drenajı uygulanır.

**Kritik tuzak:** Kaviter nodüller endokardit düşündürülebilir; boyun ağrısı ve juguler trombüs kaynağı gösterir.**Çeldiriciler - A:** Juguler trombüs, kaviter septik emboliler ve bakteriyemi viral farenjitte açıklanamaz. B: Akut farenjit sonrası juguler tromboflebit Fusobacterium kaynaklı Lemierre sendromuna özgüdür. C: Anaerob kapsama ve boyun odağının kontrolü gerekir. D: Temel sorun septik tromboflebitir; antibiyotik zorunludur, antikoagülasyon seçilmiş olgudur.**4. Bartonella quintana endokarditi****Doğru cevap: B) Bartonella quintana**

1. Bartonella quintana vücut bitileyle bulaşır ve evsiz kişilerde kronik bakteriyemi yapabilir.
2. Rutin kültürlerde üreme güç olduğundan seroloji ve moleküler yöntemler önemlidir.
3. Kültür negatif endokarditte epidemiyolojik ipuçları etken ayrımını sağlar.

**Kritik tuzak:** Kültür negatif endokarditte evsizlik, bitlenme, kedi ve çiftlik hayvanı teması özellikle sorgulanmalıdır.**Çeldiriciler - A:** Kültür negatif endokardit yapabilir ancak evsizlik ve vücut biti Bartonella quintana için daha tipiktir. C: Whipple endokarditi bit vektörüyle ilişkili değildir. D: Candida için kateter, cerrahi veya enjeksiyon gibi farklı riskler beklenir. E: Brusella hayvan ve pastörize edilmemiş süt temasıyla ilişkilidir.**5. Dissemine histoplazmoz****Doğru cevap: D) Lipozomal amfoterisin B ile indüksiyon, klinik düzelme sonrası itraconazol ile devam tedavisi**

1. TNF inhibitörü, retikuloendotelial tutulum ve hücre içi küçük mayalar dissemine histoplazmozu düşündürür.
2. Ağır hastalıkta liposomal amfoterisin B indüksiyonu uygulanır.
3. Stabilizasyon sonrası uzun süreli itraconazole geçilir ve immünsüpresyon yeniden değerlendirilir.

**Kritik tuzak:** Hemofagositik sendrom benzeri laboratuvarlar maligniteyi düşündürülebilir; hücre içi mayalar enfeksiyonu gösterir.**Çeldiriciler - A:** Ağır dissemine hastalıkta yeterli indüksiyon değildir. B: Ekinokandinlerin Histoplasma etkinliği yetersizdir. C: Standart ilk seçenek liposomal amfoterisin B'dir. E: TNF blokajı güçlü risk oluşturur ve acil antifungal gerekir.**6. Pulmoner veno-oklüzif hastalık****Doğru cevap: A) Pulmoner veno-oklüzif hastalık; akciğer transplantasyonu için erken değerlendirme**

1. PVOD postkapiller venüllerin obliterasyonuna bağlı klinik olarak prekapiller PH görünümü oluşturur.
2. Septal çizgiler, sentrilobüler buzlu cam ve lenfadenopati önemli ipuçlarıdır.
3. Kesin tedavi akciğer transplantasyonudur; vazodilatörler çok dikkatli kullanılmalıdır.

**Kritik tuzak:** Normal kama basıncı mikroskobik postkapiller venül hastalığını dışlamaz.**Çeldiriciler - B:** PVOD'de vazodilatör kapiller hidrostatik basıncı artırarak ölümcül ödem yapabilir. C: Perfüzyon defekti yerine PVOD'ye özgü BT paterni vardır. D: Bu hastalık ağır prekapiller PH ve vazodilatör ilişkili ödemi açıklamaz. E: Düşük DLCO, septal çizgiler ve vazodilatör sonrası ödem PVOD lehinedir.**7. Bronşiektazi alevlenmesinde Pseudomonas tedavisi****Doğru cevap: C) Kültür duyarlılığına uygun oral siprofloksasin başlamak ve yaklaşık 14 gün tedavi etmek**

1. Önceki balgam kültürleri ampirik antibiyotik seçiminde temel alınır.
2. Stabil ve oral alabilen hastada duyarlı Pseudomonas için siprofloksasin uygundur.
3. Bronşiektazi alevlenmelerinde tedavi çoğunlukla 14 güne tamamlanır ve hava yolu temizliği sürdürülür.

**Kritik tuzak:** Sık alevlenme profilaksisi ile akut alevlenme tedavisi karıştırılmamalıdır.**Çeldiriciler - A:** Pseudomonas alevlenmesinde tek başına yetersizdir. B: Bakteriyel alevlenmeyi tedavi etmez. D: Vankomisin Pseudomonas'a etkisizdir. E: Semptomu azaltabilir ancak enfeksiyonu tedavi etmez.**8. Kalp yetersizliğinde santral uyku apnesi****Doğru cevap: E) Adaptif servo-ventilasyon uygulanması**

1. Cheyne-Stokes ve obstrüksiyon olmaksızın apneler santral uyku apnesini gösterir.
2. Semptomatik HFrEF ve düşük EF'de ASV artmış kardiyovasküler mortaliteyle ilişkilidir.
3. Öncelik kalp yetersizliğinin optimizasyonu ve tetikleyici ilaçların azaltılmasıdır.

**Kritik tuzak:** ASV obstrüktif apnedeki PAP tedavileriyle aynı güvenlik profiline sahip değildir.**Çeldiriciler - A:** Alta yatan kalp yetersizliğinin düzeltilmesi temel yaklaşımdır. B: Seçilmiş olgularda oksijen apne yükünü azaltabilir. C: Solunum merkezini baskılayan ilaçlardan kaçınmak uygundur. D: Kalp yetersizliğinin düzelmesi santral apneyi de iyileştirebilir.**9. Diffüz alveoler hemoraji****Doğru cevap: B) Ardışık lavaj örneklerinin giderek daha kanlı gelmesi ve hemosiderin yüklü makrofajların görülmesi**

1. Alveoler hemoraji hemoptizi, diffüz infiltrasyon ve hemoglobin düşüşüyle seyredir.
2. Ardışık BAL'ın giderek kanlı olması alveol içinde aktif kanamayı gösterir.
3. Hemosiderin yüklü makrofajlar birkaç gün içinde belirginleşir ve kapillerler araştırılır.

**Kritik tuzak:** Hemoptizi bulunmaması alveoler hemorajiyi dışlamaz.**Çeldiriciler - A:** Bu durum aktif alveoler kanamayı desteklemez. C: Tüberküloz plöritini düşündürür. D: Pnömoni lehine olup diffüz hemorajiyi desteklemez. E: Akut hemorajide düşüş beklenir; normal değer tanıyı desteklemez.**10. Atriyovenriküler nodal reentran taşikardi****Doğru cevap: D) Hızlı intravenöz adenosin uygulamak**

1. Düzenli dar QRS taşikardi ve retrograd P bulguları AVNRT'yi destekler.
2. Stabil hastada vagal manevra sonrası hızlı IV adenosin AV nodu geçici bloke eder.
3. İstabilite gelişirse senkronize kardiyoversiyon gerekir; sık nükste ablasyon düşünülür.

**Kritik tuzak:** Adenosin astım ve kalp nakli gibi durumlarda dikkatli kullanılmalı, sürekli monitörizasyon yapılmalıdır.**Çeldiriciler - A:** Stabil tipik AVNRT'de ilk farmakolojik seçenek değildir. B: Hemodinamik instabilite yoksa önce adenosin denenir. C: Taşikardiyi artırabilir ve AVNRT'yi sonlandırmaz. E: Ritim bozukluğunun tedavisi değildir.**11. Akut miyokarditte kardiyak manyetik rezonans****Doğru cevap: A) Kardiyak manyetik rezonans görüntüleme**

1. Normal koronerlerle troponin yüksekliği miyokardit olasılığını artırır.
2. Kardiyak MR ödem, hiperemi ve noniskemik geç gadolinyum tutulumunu gösterir.
3. Biyopsi seçilmiş fulminan veya özgül etiyoloji şüphesi olan olgulara ayrılır.

**Kritik tuzak:** Normal koroner anjiyografi tek başına miyokardit tanısı koymur.**Çeldiriciler - B:** Akut miyokarditte güvenli değildir ve doku karakterizasyonu sağlamaz. C: Miyokard inflamasyonunu göstermez. D: Aritmiyi saptar ancak miyokardit tanısını doğrulamaz. E: Miyokard ödemi ve geç gadolinyum tutulumunu göstermez.**12. Taşikardi-bradikardi sendromu****Doğru cevap: C) Kalıcı çift odacıklı pacemaker implantasyonu**

1. AF sonrası semptomatik uzun sinüs duraklamaları taşikardi-bradikardi sendromunu gösterir.
2. Geri dönüşümlü neden yoksa semptomatik sinüs düğümü disfonksiyonu pacemaker endikasyonudur.
3. Pacemaker sonrası gerekli hız kontrolü ilaçları daha güvenli kullanılabilir.

**Kritik tuzak:** AF varlığı yalnız antikoagülasyon kararı değildir; senkopa yol açan bradikardi ayrıca tedavi edilmelidir.**Çeldiriciler - A:** Duraklamaları uzatabilir. B: Sinüs düğümü hastalığını tedavi etmez. D: Senkopa neden olan bradikardiyi düzeltmez. E: Ventriküler taşiaritmi veya ani ölüm endikasyonu yoktur.**13. Konjenital uzun QT sendromu****Doğru cevap: E) Nadolol veya propranolol gibi etkili bir nonselektif beta blokör başlamak ve QT uzatan ilaçlardan kaçınmak**

1. QTc uzaması, eforla senkop ve aile öyküsü konjenital uzun QT'yi düşündürür.
2. Nonselektif beta blokör adrenerejik tetiklenen olayları azaltır.
3. Tetikleyici spor/ilaçlardan kaçınma, genetik değerlendirme ve yüksek riskte ICD planı gerekir.

**Kritik tuzak:** Normal yapısal kalp incelemesi elektriksel kanalopatileri dışlamaz.**Çeldiriciler - A:** Konjenital uzun QT'de koruyucu standart değildir. B: Aritmi riskini artırabilir. C: QT'yi daha da uzatır. D: Yüzmeyle senkop ve aile öyküsü yüksek risklidir.

**14. Karsinoid kalp hastalığı**

**Doğru cevap: B) Triküspit yetersizliği ve pulmoner kapak darlığıyla seyreden sağ taraflı kapak fibrozisi**

1. Serotonin ve diğer mediyatörler endokardiyal fibröz plak oluşturur.
2. Akciğerler mediyatörleri metabolize ettiği için sağ kapaklar daha sık tutulur.
3. Triküspit yetersizliği ve pulmoner stenoz sağ kalp yetmezliğine yol açar.

**Kritik tuzak:** Sol kapak tutulumu bronşiyal primer veya sağdan sola şant yoksa daha azdır.

**Çeldiriciler - A:** Karaciğer metastazlı karsinoidde serotonin önce sağ kalbi etkiler. C: Kalsifik aort darlığına özgüdür. D: Karsinoid plakları kapak retraksiyonu yapar. E: Tipik kombinasyon triküspit yetersizliği ve pulmoner stenozdur.

**15. Ménétrier hastalığı**

**Doğru cevap: D) Ménétrier hastalığı**

1. Dev pililler ve böbrekten olmayan hipoalbuminemi protein kaybettiren gastropatiyi düşündürür.
2. Korpus-fundus tutulumu ve foveolar hiperplazi Ménétrier için tipiktir.
3. Yüzeysel biyopsi yetersiz olabileceği için derin örneklemeye gerekir.

**Kritik tuzak:** Kalın gastrik pililler tek başına malignite değildir; histoloji ve protein kaybı birlikte yorumlanır.

**Çeldiriciler - A:** Hipergastrinemi, asit hipersekresyonu ve ülserler beklenir. B: Monoklonal lenfoid infiltrasyon beklenir. C: Doku eozinofili ön planda olur. E: Dev pililler yerine mukoza incilmesi ve gland kaybı beklenir.

**16. İskemik kolit**

**Doğru cevap: A) Bağırsak istirahati, intravenöz sıvı desteği ve yakın klinik izlem uygulamak**

1. Düşük akım sonrası su havzası bölgesinde ağrı ve hematokezya iskemik koliti düşündürür.
2. Peritonit ve metabolik kötüleşme yoksa konservatif tedavi uygulanır.
3. Kötüleşme, laktat artışı veya peritonit cerrahi değerlendirme gerektirir.

**Kritik tuzak:** İskemik kolit ile akut mezenter iskemi aynı klinik değildir; çoğu kolon olgusu konservatif izlenir.

**Çeldiriciler - B:** Peritonit, nekroz veya perforasyon yoktur. C: İskemik hasarı kötüleştirebilir ve perforasyonu maskeleyebilir. D: Çoğu kolon iskemisi geçici düşük akıma bağlıdır. E: Aşırı hazırlık ve insuflasyon perforasyon riskini artırabilir.

**17. Hepatik hidrotoraks**

**Doğru cevap: C) Sodyum kısıtlaması ve diüretik tedavi; semptomatik torasentez, dirençli olguda TIPS veya transplantasyon değerlendirmesi**

1. Siroz ve sağ transüdatif efüzyon, kardiyak neden dışlanınca hepatik hidrotoraksı düşündürür.
2. Başlangıç tedavisi sodyum kısıtlaması ve spironolakton ağırlıklı diürezdir.
3. Dirençli olgu TIPS ve karaciğer nakli açısından değerlendirilir; rutin göğüs tüpünden kaçınılır.

**Kritik tuzak:** Karında az asit olması hepatik hidrotoraksı dışlamaz.

**Çeldiriciler - A:** Yüksek protein-elektrolit kaybı, enfeksiyon ve böbrek yetmezliği riski taşır. B: Enfeksiyon bulgusu yoktur. D: Başarı sınırlı, komplikasyon yüksektir; portal hipertansiyon tedavi edilmelidir. E: Tromboembolik hastalık bulgusu yoktur.

**18. Gastrik antral vasküler ektazi**

**Doğru cevap: E) Endoskopik argon plazma koagülasyonu**

1. Antrumdaki radyal vasküler çizgiler GAVE için tipiktir.
2. GAVE kronik gizli kanama ve demir eksikliği yapar.
3. Argon plazma koagülasyonu yüzeysel vasküler odakları ablate eder; seanslar gerekebilir.

**Kritik tuzak:** GAVE portal hipertansif gastropatiden farklıdır ve portal basıncı düşürmek her zaman çözüm değildir.

**Çeldiriciler - A:** Lezyon özofagus varisi değildir. B: GAVE'nin temel endoskopik tedavisi değildir. C: Safra yolu patolojileri için kullanılır. D: Kronik vasküler kanamayı çoğunlukla kontrol etmez.

**19. Safra asidi malabsorpsiyonuna bağlı diyare**

**Doğru cevap: B) Kolestiramin gibi safra asidi bağlayıcı reçine başlamak**

1. Sınırlı terminal ileum rezeksiyonu safra asitlerinin kolona geçmesine yol açar.
2. Kolondaki safra asitleri sekresyonu uyarak sulu diyare yapar.
3. Safra asidi bağlayıcı reçineler kolonik irritasyonu azaltır.

**Kritik tuzak:** Çok geniş ileal rezeksiyonda safra asidi havuzu azalır ve reçineler steatoreyi kötüleştirebilir.

**Çeldiriciler - A:** Semptomu azaltabilir ancak safra asidi mekanizmasını hedeflemez. C: Pankreas yetersizliği bulgusu yoktur. D: Çölyak bulgusu yoktur. E: Enfeksiyon kanıtı yoktur.

**20. Prolaktin ölçümünde hook etkisi**

**Doğru cevap: D) Prolaktin ölçümünü seri dilüsyonlarla tekrarlamak**

1. Dev prolaktinomada çok yüksek antijen immünoassay antikorlarını doyurup yalancı düşük sonuç verebilir.
2. Seri dilüsyon hook etkisini ortadan kaldırır ve gerçek yüksekliği gösterir.
3. Tanı doğrulanırsa dopamin agonisti çoğu olguda ilk tedavidir.

**Kritik tuzak:** Büyük hipofiz kitlesinde hafif prolaktin artışı sap etkisi olabilir; ancak dev tümörde hook etkisi dışlanmalıdır.

**Çeldiriciler - A:** Büyük tümörle orantısız prolaktin değerini açıklayamaz. B: Hook etkisi prolaktinomayı yanlış düşük gösterebilir. C: Cushing değerlendirmesi içindir. E: Diabetes insipidus için kullanılır.

**21. Glukokortikoid kesilmesine bağlı sekonder adrenal yetmezlik**

**Doğru cevap: A) Fizyolojik doz hidrokortizon replasmanı başlamak, klinik düzelme sonrası HPA aksını değerlendirerek yavaş azaltmak**

1. Uzun süreli glukokortikoid HPA aksını baskılar.
2. Düşük ACTH, normal potasyum ve ani kesme sekonder adrenal yetmezliği destekler.
3. Replasman sonrası doz kademeli azaltılır ve stres dozu eğitimi verilir.

**Kritik tuzak:** Sekonder adrenal yetmezlikte hiperkalemi beklenmemesi tanıyı dışlamaz.

**Çeldiriciler - B:** Sekonder yetmezlikte aldosteron genellikle korunur. C: Kortizol eksikliği düzeltilmeden temel neden tedavi edilmez. D: HPA aks baskılanmıştır ve kriz riski vardır. E: Adrenal yetmezliği kötüleştirebilir ve tanıyla uyumlu değildir.

**22. Tümör kaynaklı osteomalazi**

**Doğru cevap: C) Fosfatürik mezenkimal tümöre bağlı tümör kaynaklı osteomalazi**

1. FGF23 proksimal tübülde fosfat geri emilimini ve aktif D vitamini üretimini azaltır.
2. Edinsel hipofosfatemide, fosfatüri ve küçük mezenkimal tümör tipiktir.
3. Tümörün tam rezeksiyonu küratif olabilir; bulunana kadar fosfat ve aktif D vitamini verilir.

**Kritik tuzak:** Sadece serum fosforuna değil, uygunsuz renal fosfat kaybına bakılmalıdır.

**Çeldiriciler - A:** Kalsiyum ve PTH yüksek beklenir. B: Hiperkalsemi ve hiperfosfatemide beklenir. D: Edinsel renal fosfat kaybı ve FGF23 yüksekliğini açıklamaz. E: Fosfat kaybı ve küçük FGF23 salgılayan tümör paterni değildir.

**23. Ötiroid hasta sendromu**

**Doğru cevap: E) Akut hastalığı tedavi etmek ve tiroid fonksiyon testlerini iyileşme sonrasında yeniden değerlendirmek**

1. Kritik hastalıkta periferik T4-T3 dönüşümü azalır ve TSH geçici baskılanabilir.
2. Bu patern ötiroid hasta sendromuyla uyumludur.
3. Öncelik temel hastalıktır; testler iyileşmeden sonra tekrarlanır.

**Kritik tuzak:** Kritik hastalık sırasında tek ölçümle kalıcı santral hipotiroidi tanısı konmamalıdır.

**Çeldiriciler - A:** Rutin hormon replasmanının yararı gösterilmemiştir. B: Tirotoksikoz yoktur. C: Akut kritik hastalıkta endikasyonu yoktur. D: Yapısal tiroid patolojisi yoktur.

**24. Faktör XI eksikliği**

**Doğru cevap: B) Faktör XI eksikliği; kanama riskine göre traneksamik asit ve/veya taze donmuş plazma kullanmak**

1. İzole aPTT uzamasının karışıkla düzelmeye intrinsik faktör eksikliğini gösterir.
2. VIII ve IX normalden değişken cerrahi kanama faktör XI eksikliğini destekler.
3. Yüksek fibrinolitik alan cerrahilerinde antifibrinolitik ve gerektiğinde plazma kullanılır.

**Kritik tuzak:** Kanama fenotipi faktör XI düzeyiyle tam korele değildir.

**Çeldiriciler - A:** Faktör VIII normaldir. C: Karışım testinin düzelmesini inhibitör yerine eksiklik gösterir. D: Rutin trombosit tedavisi uygun değildir ve laboratuvar faktör XI lehinedir. E: Tromboz yapar, aPTT uzatmaz.

**25. Gecikmiş hemolitik transfüzyon reaksiyonu**

**Doğru cevap: D) Gecikmiş hemolitik transfüzyon reaksiyonu; destek tedavisi ve gerekirse Jk<sup>a</sup>-negatif uyumlu eritrosit kullanmak**

1. Gecikmiş reaksiyon anamnestik alloantikör yanıtıyla günler sonra oluşur.
2. Kidd antikörleri tipik nedenlerdendir ve ekstravasküler hemoliz yapar.
3. Gelecekte antijen-negatif, geniş uyumlu ürün seçilmelidir.

**Kritik tuzak:** Transfüzyon öncesi negatif antikör taraması gecikmiş reaksiyonu dışlamaz.

**Çeldiriciler - A:** Genellikle transfüzyon sırasında ağır intravasküler hemoliz ve çok yapar. B: Hemoliz, DAT ve yeni alloantikörler açıklanamaz. C: İlk 6 saatte hipoksemik akciğer ödemi yapar. E: Völüm yüklenmesi bulguları olur; hemoliz beklenmez.

**26. Richter dönüşümü**

**Doğru cevap: A) En yüksek metabolik aktivite gösteren lenf nodundan eksizyonel veya yeterli çekirdek biyopsi yapmak**

1. Ani B semptomları, asimetrik hızlı nod büyümesi ve LDH artışı Richter dönüşümünü düşündürür.
2. PET/BT biyopsi hedefini seçmeye yardım eder.
3. Kesin tanı çoğunlukla DLBCL gösteren doku biyopsisiyle konur.

**Kritik tuzak:** PET pozitifliği enfeksiyonda da olabilir; biyopsi zorunludur.

**Çeldiriciler - B:** Nodal dönüşümü dışlamaz. C: Histolojik dönüşümü doğrulamaz. D: Agresif lenfoma tedavisi değiştirir; doku gerekir. E: Prognosta katkı sağlar ancak tanı koydurmaz.

**27. SF3B1 ilişkili ring sideroblastlı miyelodisplastik neoplazi**

**Doğru cevap: C) SF3B1 mutasyonlu miyelodisplastik neoplazi**

1. Ring sideroblast demir yüklü mitokondrilerin eritroblast çekirdeğini çevrelemesidir.
2. Yaşlı hastada klonal sitopeni, displazi ve SF3B1 mutasyonu bu MDS alt tipini destekler.
3. Düşük blast oranı akut lösemiye dışlar; transfüzyonlar demir yükünü artırabilir.

**Kritik tuzak:** Serum ferritini ile kemik iliği ring sideroblastı aynı kavram değildir.

**Çeldiriciler - A:** Ferritin düşük ve mikrositoz beklenir. B: Hiposelüler ilik ve çoklu seri yetersizliği beklenir. D: Blast oranı akut lösemi sınırının altındadır. E: Çocuklukta başlar ve mikrositerdir.

**28. Nonbakteriyel trombotik endokardit**

**Doğru cevap: E) Nonbakteriyel trombotik endokardit; terapötik heparin ve alta yatan malignitenin tedavisi**

1. Müsinöz adenokarsinomlar güçlü hiperkoagülabilite yapar.

2. Steril fibrin-trombosit vejetasyonları sistemik emboli oluşturur.
3. Heparin tercih edilir ve temel malignite tedavisi edilir.

**Kritik tuzak:** Negatif kültür tek başına NBTE demek değildir; enfeksiyon sistematik dışlanmalıdır.

**Çeldiriciler - A:** Sistemik enfeksiyon bulgusu yok ve ileri adenokarsinom güçlü trombotik risk oluşturur. **B:** SLE öyküsü yoktur. **C:** Kitle atriyumda değil, kapakta steril vejetasyondur. **D:** Aktif kanser ve NBTE paterni vardır; terapötik antikoagülasyon gerekir.

### 29. Primer fokal segmental glomerüloskleroz

**Doğru cevap: B) Renin-anjiyotensin sistemi blokajına ek olarak yüksek doz glukokortikoid tedavisi**

1. Nefrotik sendrom ve yaygın ayakta silinmesi primer FSGS lehinedir.
2. Sekonder nedenlerin dışlanması tedavi kararını belirler.
3. RAAS blokajı proteinüriyi azaltır; primer olguda yüksek doz steroid remisyon için ilk seçenektir.

**Kritik tuzak:** Segment skleroz histolojisi tek başına primer hastalık demek değildir; klinik ve sekonder nedenler değerlendirilir.

**Çeldiriciler - A:** Enfeksiyon değil immün aracılı primer glomerüler hastalıktır. **C:** Rutin ilk tedavi değildir. **D:** Ödemi azaltır ancak remisyon sağlamaz. **E:** İlk basamak standart değildir.

### 30. C3 glomerülopatisi

**Doğru cevap: D) C3 glomerülopatisi**

1. Alternatif kompleman yolunun kontrolsüz aktivasyonu kalıcı düşük C3 yapar.
2. Baskın C3 ve immünoglobulin yokluğu C3 glomerülopatisini destekler.
3. Kompleman genetiği/otoantikörleri ve monoklonal gammopati araştırılır.

**Kritik tuzak:** Membranoproliferatif görünüm bir patern olup etiyolojik tanı değildir.

**Çeldiriciler - A:** İmmünoglobulin ve C1q ile full-house patern beklenir. **B:** Mezangial IgA baskınlığı beklenir. **C:** Lineer IgG birikimi görülür. **E:** Işık mikroskopisi çoğunlukla normal ve kompleman normaldir.

### 31. Aşırı düzeltilmiş kronik hiponatreminin yeniden düşürülmesi

**Doğru cevap: A) Desmopressin verip intravenöz %5 dekstroza serum sodyumunu kontrollü biçimde yeniden düşürmek**

1. Kronik hiponatremide hızlı düzeltme ozmotik demiyelinizasyon riskidir.
2. Desmopressin akvarezi durdurur.

**Kritik tuzak:** Belirti gelişmesini beklemek geri dönüşü olmayan hasara yol açabilir.

**Çeldiriciler - B:** Aşırı düzeltmeyi artırıp ozmotik demiyelinizasyon riskini yükseltir. **C:** Serbest su kaybını durdurmaz. **D:** Su kaybını ve düzeltmeyi artırabilir. **E:** Yüksek riskli hastada 16 mEq/L artış tehlikelidir.

### 32. Eozinofilik granülomatozis ile polianjiit

**Doğru cevap: C) Eozinofilik granülomatozis ile polianjiit**

1. Astım ve eozinofili EGPA'nın temel ipuçlarıdır.
2. Nöropati, purpura ve geçici pulmoner infiltratlar sistemik vaskülit gösterir.
3. Organ tehdidine göre glukokortikoid ve immünsüpresif/biyolojik tedavi planlanır.

**Kritik tuzak:** ANCA negatifliği EGPA'yı dışlamaz.

**Çeldiriciler - A:** Astım ve belirgin eozinofili EGPA için daha tipiktir. **B:** Eozinofili ve astım beklenmez. **D:** Glomerülofrit/akciğer kapillariti ve eozinofilik astım paterni tipik değildir. **E:** Oral-genital ülser ve üveit beklenir.

### 33. Posterior reversibl ensefalopati sendromu

**Doğru cevap: E) Posterior reversibl ensefalopati sendromu; kontrollü kan basıncı düşürme, nöbet tedavisi ve takrolimusun kesilmesi veya azaltılması**

1. Akut nöbet, görme bozukluğu ve posterior vazojenik ödem PRES'i gösterir.
2. Hipertansiyon ve kalsinörin inhibitörü sık tetikleyicidir.
3. Kan basıncı kontrollü düşürülür, nöbet tedavi edilir ve tetikleyici ilaç düzenlenir.

**Kritik tuzak:** Reversibl sözcüğü tedavisiz bırakılabileceği anlamına gelmez; infarkt ve hemoraji gelişebilir.

**Çeldiriciler - A:** Bilateral vazojenik ödem ve nöbet PRES lehinedir. **B:** Temporal lob tutulumuyla uyumlu değildir. **C:** Kanama görüntüsü verilmemiştir. **D:** Ağır hipertansiyon, nöbet ve MR bulgusu migren değildir.

### 34. Sporadik Creutzfeldt-Jakob hastalığı

**Doğru cevap: B) Sporadik Creutzfeldt-Jakob hastalığı**

1. Haftalar-aylar içinde demans, ataksi ve miyoklonus prion hastalığını düşündürür.
2. Kortikal ribboning ve periyodik EEG kompleksleri tanıyı destekler.
3. BOS RT-QuIC yüksek özgüllükte doğrulayıcıdır; tedavi destekleyicidir.

**Kritik tuzak:** Hızlı demansta tedavi edilebilir otoimmün, metabolik ve enfeksiyöz nedenler dışlanmalıdır.

**Çeldiriciler - A:** Yıllar içinde ilerler; erken miyoklonus ve kortikal ribboning tipik değildir. **C:** Tedavi edilebilir hızlı demanstır ancak tipik MR/EEG CJD lehinedir. **D:** Ventrikülomegali ve yürüme-idrar triadı beklenir. **E:** Daha çok psikiyatrik belirti, diskinezi ve nöbetle farklı patern gösterir.

### 35. Salisilat zehirlenmesi

**Doğru cevap: D) İntravenöz sodyum bikarbonatla serum ve idrar alkalinizasyonu, potasyumun yakın izlenmesi**

1. Solunumsal alkaloz ile anyon açıklığı metabolik asidoz birlikteliği salisilat için tipiktir.
2. Bikarbonat iyonize salisilatın CNS'ye girişini azaltır ve renal eliminasyonu artırır.
3. Potasyum yeterli olmadan idrar alkalinizasyonu sağlanamaz; ağır olguda hemodiyaliz değerlendirilir.

**Kritik tuzak:** Normal veya alkali pH ciddi salisilat zehirlenmesini dışlamaz.

**Çeldiriciler - A:** Salisilatın dokulara geçişini ve toksisiteyi artırır. **B:** Sistemik toksisite ve karma asit-baz bozukluğu vardır. **C:** Opioid antidotudur. **E:** Benzodiazepin antidotudur ve nöbet riski taşır.

## ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

### 36. Geçici neonatal miyasteni

**Doğru cevap: A) Yakın solunum ve beslenme desteği sağlamak; gerekirse kısa süreli antikolinesteraz tedavisi uygulamak**

1. Maternal asetilkolin reseptör antikörleri plasentadan geçerek geçici nöromusküler iletim bozukluğu yapabilir.
2. Solunum ve yutma güvenliği önceliklidir; nazogastrik beslenme veya ventilasyon gerekebilir.
3. Belirgin güçsüzlükte kısa süreli neostigmin veya piridostigmin kullanılabilir; çoğu olgu 2-8 haftada düzelir.

**Kritik tuzak:** Bebeğe reflekslerin korunması ve annede miyasteni öyküsü, spinal musküler atrofi gibi kalıcı nöromusküler hastalıklardan ayırmda değerlidir.

**Çeldiriciler - B:** Geçici neonatal miyastenide ilk yaklaşım destek tedavisidir; plazmaferez yalnız çok ağır ve seçilmiş olgularda düşünülür. **C:** Magnezyum nöromusküler iletimi daha da bozabilir. **D:** Maternal antikörlerin temizlenmesiyle tablo genellikle haftalar içinde düzelir. **E:** Botulinum toksini asetilkolin salınımını azaltarak güçsüzlüğü ağırlaştırır.

### 37. Yenidoğanın subkütan yağ nekrozu

**Doğru cevap: C) Serum kalsiyumunu haftalar boyunca aralıklı olarak izlemek**

1. Subkütan yağ nekrozu doğum travması, asfiksi ve hipotermi sonrası görülebilen steril pannikülitir.
2. Makrofajların aktif D vitamini üretimi nedeniyle geç ve ciddi hiperkalsemi gelişebilir.
3. Kalsiyum başlangıçta normal olsa bile lezyonların ortaya çıkışından sonra birkaç hafta düzenli izlenmelidir.

**Kritik tuzak:** Başlangıç kalsiyumunun normal olması geç hiperkalsemi riskini ortadan kaldırmaz.

**Çeldiriciler - A:** Bu lezyonun temel geç komplikasyonu hiperamonyemi değildir. **B:** Subkütan yağ nekrozu çoğunlukla kendiliğinden geriler. **D:** Lezyonla aşı zamanlaması arasında böyle bir ilişki yoktur. **E:** Steril inflamatuvar bir süreçtir; enfeksiyon bulgusu yoksa antibiyotik gerekmez.

### 38. Semptomatik konjenital sifiliz tedavisi

**Doğru cevap: E) İntravenöz kristalize penisilin G ile 10 günlük tedavi**

1. Snuffles, palmoplantar döküntü ve osteokondrit erken konjenital sifiliz bulgularıdır.
2. Semptomatik bebekte BOS, hemogram ve uzun kemik değerlendirmesi yapılır.
3. Kristalize penisilin G 10 gün uygulanır; doz atlanırsa rejimin yeniden başlatılması gerekebilir.

**Kritik tuzak:** Bebeğin asemptomatik olması ile semptomatik olması tedavi süresini ve değerlendirme kapsamını değiştirir.

**Çeldiriciler - A:** Makrolid direnci ve yetersiz santral sinir sistemi penetrasyonu nedeniyle standart değildir. **B:** Semptomatik konjenital sifilizde tek doz tedavi yetersizdir. **C:** Bazı özel durumlarda alternatif olabilir; standart ve en güvenilir rejim 10 günlük penisilin G'dir. **D:** Doğumdan sonra annenin tedavisi bebeğin yerleşmiş enfeksiyonunu tedavi etmez.

### 39. Gestasyonel alloimmün karaciğer hastalığı

**Doğru cevap: B) Yüksek doz intravenöz immünglobulin ile birlikte değişim transfüzyonu uygulamak**

1. Gestasyonel alloimmün karaciğer hastalığı, neonatal hemokromatoz fenotipinin başlıca nedenidir.
2. Tekrarlayan fetal kayıp, doğumda ağır karaciğer yetmezliği ve ekstrahepatik sideroz tanıyı destekler.
3. Değişim transfüzyonu dolaşımdaki maternal antikörleri azaltır; IVIG immün hasarı baskılar, yanıtız olguda transplantasyon değerlendirilir.

**Kritik tuzak:** Çok yüksek ferritin tek başına tanı koydurmaz; klinik zamanlama ve ekstrahepatik sideroz önemlidir.

**Çeldiriciler - A:** Fototerapi indirekt hiperbilirubinemi içindir ve karaciğer yetmezliğini düzeltmez. **C:** Bu ajan neonatal alloimmün karaciğer yetmezliğinin temel patogenezinin hedeflemeyiz. **D:** Sideroz sonuçtur; akut maternal alloimmün hasarı ve karaciğer yetmezliğini tek başına düzeltmez. **E:** Hepatotoksisiteyi artırabilir.

### 40. Ağır kombine immün yetmezlikte kesin tedavi

**Doğru cevap: D) Enfeksiyonlar kontrol altına alınarak mümkün olan en erken dönemde hematopoietik kök hücre nakli yapmak**

1. Erken başlayan fırsatçı enfeksiyon, ağır lenfopeni ve timus yokluğu SCID düşündürür.
2. Koruyucu izolasyon, Pneumocystis profilaksisi, immünglobulin ve enfeksiyon tedavisi hemen başlanır.
3. Hematopoietik kök hücre nakli, özellikle erken ve enfeksiyon yükü düşükken, temel küratif tedavidir.

**Kritik tuzak:** Normal toplam lökosit sayısı SCID'yi dışlamaz; yaşa göre mutlak lenfosit sayısına bakılmalıdır.

**Çeldiriciler - A:** Canlı aşılar ağır kombine immün yetmezlikte dissemine enfeksiyona yol açabilir. **B:** Fırsatçı enfeksiyonları kapsamaz ve immün kusuru düzeltmez. **C:** T hücre yetmezliğini düzeltmez ve enfeksiyon riskini artırır. **E:** IVIG destek sağlar ancak T hücre kusurunu ve hastalığın ölümcül seyrini tek başına düzeltmez.

### 41. Otozomal dominant hiper-IgE sendromu

**Doğru cevap: A) İşlev kaybettirici STAT3 mutasyonu**

1. Soğuk apseler, pnömatoseller, çok yüksek IgE ve kaba yüz/iskelet-diş bulguları Job sendromunu düşündürür.
2. Otozomal dominant formda STAT3 bozukluğu Th17 farklılaşmasını azaltır.



3. Tedavi stafillokok profilaksisi, cilt ve akciğer enfeksiyonlarının agresif yönetimi ve komplikasyon izlemine içerir.

**Kritik tuzak:** Yüksek IgE tek başına hiper-IgE sendromu değildir; karakteristik enfeksiyon ve iskelet-diş fenotipi aranmalıdır.

**Çeldiriciler - B:** BTK mutasyonu X'e bağlı agammaglobulinemi yapar; B hücre ve immünglobulinler düşüktür. C: Wiskott-Aldrich sendromunda mikrotrombositopeni ve ekzema beklendir. D: Kronik granülomatoz hastalıkta katalaz pozitif enfeksiyonlar görülür; diş ve iskelet bulguları tipik değildir. E: IPEX sendromu enteropati, endokrinopati ve erken otoimmüniteyle seyredir.

#### 42. Mevalonat kinaz eksikliği

**Doğru cevap: C) İnterlökin-1 blokajı**

1. Mevalonat kinaz eksikliği otozomal resesif bir otoinflamatuvar ateş sendromudur.
2. Aşı/stresle tetiklenen ateş, lenfadenopati, aft ve gastrointestinal bulgular tipiktir.
3. IL-1 yolu merkezi rol oynar; anakinra veya canakinumab dirençli ataklarda etkilidir.

**Kritik tuzak:** IgD yüksekliği yararlı olabilir ancak normal olması tanıyı dışlamaz; genetik ve klinik birlikte değerlendirilir.

**Çeldiriciler - A:** B hücre tüketimi bu otoinflamatuvar hastalığın temel yolunu hedeflemez. B: Rutin uzun dönem kontrol tedavisi değildir. D: Neoplastik tirozin kinaz aktivasyonu söz konusu değildir. E: Multipl skleroz gibi hastalıklarda kullanılır; burada etkili değildir.

#### 43. Selektif IgA eksikliğinde güvenli transfüzyon

**Doğru cevap: E) Yıkanmış eritrosit süspansiyonu veya IgA düzeyi çok düşük bir donörden hazırlanmış ürün kullanmak**

1. Bazı selektif IgA eksikliği hastalarında anti-IgA antikorları oluşur.
2. Plazma içeren ürünler IgA aracılı anafilaksiye yol açabilir.
3. Yıkama rezidüel plazma proteinlerini azaltır; mümkünse IgA eksik donör ürünü tercih edilir ve yakın izlem yapılır.

**Kritik tuzak:** Antihistaminik veya steroid premedikasyonu, anti-IgA aracılı ciddi anafilaksiyi güvenilir biçimde önlemez.

**Çeldiriciler - A:** Plazma yüksek miktarda IgA içerir ve anafilaksiyi tetikleyebilir. B: Üründeki rezidüel plazma ve IgA yeniden ciddi reaksiyon oluşturabilir. C: Eritrosit gereksinimini karşılamaz. D: Plazma içeriği yüksek olduğundan risk daha da artar.

#### 44. Pulmoner arter askısı

**Doğru cevap: B) Sol pulmoner arteri ana pulmoner artere yeniden implante etmek ve eşlik eden trakeal darlığı gerektiğinde onarmak**

1. Sol pulmoner arterin sağdan çıkıp trakea-özofagus arasından geçmesi pulmoner arter askısıdır.
2. Tam trakeal halkalar ve uzun segment darlık eşlik edebilir.
3. Kesin tedavi arterin yeniden implantasyonu; gerekli olguda slide trakeoplastidir.

**Kritik tuzak:** Peristan stridorda yalnız laringomalazi düşünmek, intratorasik vasküler basıyı gözden kaçırabilir.

**Çeldiriciler - A:** Sorun dinamik bronkospazm değil anatomik vasküler basıdır. C: Tanımlanan anomali duktusla ilişkili değildir. D: Belirgin hava yolu basısı ve tekrarlayan solunum sorunu cerrahi gerektirir. E: Atriyal düzeyde karışım gerektiren siyanotik kalp hastalığı yoktur.

#### 45. Çift aortik ark

**Doğru cevap: D) Daha küçük veya atretik arkın ve ligamentum arteriozumun cerrahi olarak bölünmesi**

1. Çift aortik ark en sık tam vasküler ring nedenlerinden biridir.
2. Trakea ve özofagusun birlikte basılması solunum ve yutma yakınmalarını açıklar.
3. Semptomatik çocukta cerrahi bölme basıyı giderir; geç olguda trakeomalazi bir süre devam edebilir.

**Kritik tuzak:** Hişiltının bronkodilatöre yanıtız olması ve disfajinin eşlik etmesi vasküler ring için uyarıcıdır.

**Çeldiriciler - A:** Reflüyü azaltabilir ancak tam vasküler halkayı ortadan kaldırmaz. B: Semptomatik hava yolu ve özofagus basısı kalıcı anatomik sorundur. C: Kapak darlığı tanımlanmamıştır. E: Astım benzeri yakınmaların nedeni dıştan basıdır.

#### 46. Fulminan miyokarditte mekanik dolaşım desteği

**Doğru cevap: A) Venoarteriyel ekstrakorporeal membran oksijenasyonu ile geçici mekanik dolaşım desteği başlamak**

1. Fulminan miyokardit ağır fakat iyileşme potansiyeli yüksek bir kardiyojenik çok nedenidir.
2. İnotropia dirençli hipoperfüzyon mekanik dolaşım desteği endikasyonudur.
3. VA-ECMO hem sistemik perfüzyonu hem oksijenasyonu sağlayarak iyileşmeye veya nakle köprü olur.

**Kritik tuzak:** Mekanik destek, geri dönüşsüz çoklu organ yetmezliği gelişmeden önce başlatılmalıdır.

**Çeldiriciler - B:** Yüksek katekolamin dozu aritmi ve miyokard tüketimini artırır; şok kontrolsüzdür. C: Hasta akut dolaşım çöküşündedir ve köprü desteği gerekir. D: Doku hipoperfüzyonunu ve kardiyak debiyi düzeltmez. E: Bazı olguda kullanılabilsede refrakter kardiyojenik şokta acil mekanik destek yerine geçmez.

#### 47. Konjenital santral hipoventilasyon sendromu

**Doğru cevap: C) PHOX2B geninde patojenik varyant**

1. Konjenital santral hipoventilasyon, otomatik solunum kontrolünün bozukluğudur.
2. Hirschsprung ve otonom sinir sistemi tümörleriyle birlikte PHOX2B ilişkisini destekler.
3. Tedavi uyku ve gerektiğinde uyanıklıkta yaşam boyu ventilatuvar destektir.

**Kritik tuzak:** Normal akciğer grafisi hipoventilasyonun hafif olduğu anlamına gelmez; ventilasyonu PaCO<sub>2</sub> ile değerlendirilir.

**Çeldiriciler - A:** Kistik fibrozis kronik akciğer ve pankreas hastalığı yapar; santral kemoreseptör yanıtını ortadan kaldırmaz. B: Duchenne kas distrofisi yenidoğan döneminde bu şekilde santral hipoventilasyon yapmaz. D: Rett sendromu daha sonra

gelişen nörogerişimsel gerilemeyle seyredir. E: Hemoglobino-pati santral ventilasyon kontrol bozukluğu yapmaz.

#### 48. Primer siliyer diskinezi tanısı

**Doğru cevap: E) Nazal nitrik oksit düşükliğini gösterip siliyer hareket/ultrastrüktür veya bialelik genetik incelemeyle doğrulamak**

1. Situs inversus, kronik ıslak öksürük, otit ve yenidoğan solunum sıkıntısı primer siliyer diskinezi için güçlü kombinasyondur.
2. Okul çağındaki kooperatif çocukta nazal NO genellikle çok düşüktür ve iyi bir tarama testidir.
3. Tanı yüksek hızlı video mikroskopisi, elektron mikroskopisi, immünfloresan veya bialelik genetik bulguyla doğrulanır.

**Kritik tuzak:** Normal elektron mikroskopisi bazı genotiplerde PCD'yi dışlamaz; çoklu yöntem ve uzman merkez değerlendirmesi gerekir.

**Çeldiriciler - A:** Alerjik hastalık hakkında bilgi verir, siliyer işlevi doğrulamaz. B: Astım bronş aşırı duyarlılığını değerlendirir. C: Kistik fibrozis araştırır; klinik situs inversus ve siliyer öykü PCD lehinedir. D: Reversibilite PCD için tanısal değildir.

#### 49. Juvenil polipozis sendromu izlemi

**Doğru cevap: B) Düzenli kolonoskopi ve üst gastrointestinal endoskopiyle sürveyans yapmak, birinci derece akrabaları genetik olarak değerlendirmek**

1. Beşten fazla juvenil kolon polipi veya gastrointestinal sistemin farklı bölgelerinde juvenil polip sendromu düşündürür.
2. SMAD4 varyantı herediter hemorajik telenjektaziyle de ilişkili olabilir.
3. Endoskopik polipektomi ve aralıklı üst-alt GI sürveyans; kontrol edilemeyen polipozda cerrahi planlanır.

**Kritik tuzak:** Tek juvenil polip ile juvenil polipozis sendromu aynı kanser riskini taşımaz.

**Çeldiriciler - A:** Sendrom kolorektal ve üst gastrointestinal kanser riskini artırır. C: Endoskopik sürveyansın yerini tutmaz. D: Kanser gelişmeden kemoterapi endikasyonu yoktur. E: Başlıca risk gastrointestinal polip ve kanserdir.

#### 50. Fontan ilişkili protein kaybettiiren enteropati

**Doğru cevap: D) Dışkıda alfa-1 antitripsin klirensi**

1. Fontan basınçlarının yükselmesi intestinal lenfatik konjesyona ve protein kaybına yol açabilir.
2. Hipoalbuminemi, hipogamaglobulinemi ve lenfopeni protein kaybettiiren enteropatiji destekler.
3. Alfa-1 antitripsin bağırsakta parçalanmadığından dışkı klirensi enterik protein kaybını ölçer.

**Kritik tuzak:** Protein kaybı yalnız karaciğer yetmezliğine bağlanmamalı; idrar ve bağırsak kaynakları karşılaştırılmalıdır.

**Çeldiriciler - A:** Bağırsak inflamasyonunu gösterebilir ancak protein kaybını doğrudan ölçmez. B: Pankreatit göstergesidir. C: Enfeksiyonu araştırır, kronik protein kaybını göstermez. E: Helicobacter pylori için kullanılır.

#### 51. Orta zincirli açıl-KoA dehidrogenaz eksikliği krizi

**Doğru cevap: A) Hızla intravenöz dekstroz vererek katabolizmayı durdurmak ve uzun açlıktan kaçınmak**

1. Hipoketotik hipoglisemi, açlıkla tetiklenme ve C8 yüksekliği MCAD eksikliğini gösterir.
2. Temel amaç lipoliz ve toksik metabolit üretimini dekstroza hızla baskılamaktır.
3. İyilik döneminde sık beslenme, gece açlığından kaçınma ve hastalık planı gerekir.

**Kritik tuzak:** Keton yokluğu hipogliseminin hafif olduğunu değil, yağ asidi oksidasyonunun çalışmadığını gösterir.

**Çeldiriciler - B:** Yağ asidi oksidasyon kusurunda krizi ağırlaştırır. C: Hipoglisemiyi derinleştirir. D: Akut krizde güvenli değildir ve tanı için gerekli değildir. E: Glikojen rezervleri yetersiz olabilir; sürekli glukoz ve izlem gerekir.

#### 52. İnfantil Pompe hastalığı tedavisi

**Doğru cevap: C) Rekombinant asit alfa-glukozidaz ile enzim replasman tedavisine erken başlamak**

1. Pompe, lizozomal asit alfa-glukozidaz eksikliğine bağlı glikojen depo hastalığıdır.
2. İnfantil formda hipertrofik kardiyomiyopati ve hipotoni hızla ölümcül olabilir.
3. Erken enzim replasmanı kardiyak ve motor sonuçları iyileştirir; CRIM durumu immün tolerans planını etkiler.

**Kritik tuzak:** Pompe'de hipoglisemi beklenmeyebilir; kardiyomiyopati ve makroglossi ayırt edici ipuçlarıdır.

**Çeldiriciler - A:** Pompe hastalığındaki lizozomal glikojen birikimini düzeltmez. B: Kas ve kardiyak tutulumu kötüleştirir. D: Fenilketonüri tedavisidir. E: Eksik enzim sistemik ve özellikle kas dokusundadır; karaciğer nakli standart değildir.

#### 53. Tirozinemi tip I tedavisi

**Doğru cevap: E) Nitisinon başlamak ve tirozin-fenilalanin kısıtlı diyet uygulamak**

1. Süksinilaseton tirozinemi tip I için özgül biyobelirteçtir.
2. Fumarilasetoasetat hidrolaz eksikliği karaciğer ve böbrekte toksik metabolit birikimine yol açar.
3. Nitisinon üst basamağı bloke eder; diyetle birlikte HCC riskini azaltır ve AFP izlenir.

**Kritik tuzak:** Raşitizmin varlığı hastalığı yalnız beslenme yetersizliği sanmaya yol açmamalıdır; Fanconi ve karaciğer yetmezliği birlikte değerlendirilir.

**Çeldiriciler - A:** Galaktozemi için kullanılır. B: Bazı fenilketonüri olgularında kullanılır. C: Lesch-Nyhan ve hiperürisemi yönetiminde kullanılır. D: Raşitizm destekler ancak toksik metabolit üretimini durdurmaz.

#### 54. GCK-MODY yönetimi

**Doğru cevap: B) Gebelik gibi özel durumlar dışında farmakolojik tedavi vermeden yaşam tarzı önerisi ve izlem yapmak**

1. GCK-MODY ömür boyu hafif ve stabil açlık hiperglisemisi yapar.
2. HbA1c genellikle hafif yükselir; mikrovasküler komplikasyon riski düşüktür.
3. Çoğu hastada ilaç gerekmez; gebelikte fetal genotip ve büyümeye göre yaklaşım değişir.

**Kritik tuzak:** Hafif hiperglisemiyi tip 1 diyabet sanıp gereksiz insülin başlamak hipoglisemiye yol açabilir.

**Çeldiriciler - A:** GCK-MODY'de glukoz eşliği hafif yükselmiştir ve komplikasyon riski düşüktür. C: HNF1A/HNF4A-MODY'den farklı olarak belirgin yarar beklenmez. D: Hafif stabil hiperglisemi için uygun değildir. E: Gerekli değildir ve sürdürülebilirliği düşüktür.

#### 55. Çocukluk çağıının geçici eritroblastopenisi

**Doğru cevap: D) Çocukluk çağıının geçici eritroblastopenisi**

1. TEC genellikle 1-4 yaşta viral enfeksiyon sonrası geçici saf kırmızı hücre aplazisi yapar.
2. Normositer anemi ve retikülositopeniye karşın diğer seriler korunur.
3. Çoğu olgu haftalar içinde spontan düzelir; semptomatik ağır anemide geçici transfüzyon gerekebilir.

**Kritik tuzak:** Retikülositopeni hemolizden çok üretim kusurunu gösterir.

**Çeldiriciler - A:** Genellikle yaşamın ilk yılında, makrositoz ve konjenital anomalilerle ortaya çıkar. B: Birden fazla hücre serisinde azalma ve hiposelüler ilik beklenir. C: Retikülositoz, indirekt bilirubin ve LDH artışı beklenir. E: Mikrositoz ve düşük ferritin beklenir.

#### 56. Hemofagositik lenfohistiyositoz tedavisi

**Doğru cevap: A) Dekametazon ve etoposid içeren HLH tedavisini başlatmak, tetikleyiciyi araştırıp tedavi etmek**

1. Ateş, splenomegali, sitopeniler, hipertrigliseridemi/hipofibrinojenemi ve çok yüksek ferritin HLH'yi destekler.
2. Hemofagositöz yardımcıdır ancak olmaması HLH'yi dışlamaz.
3. Dekametazon ve etoposid hızla başlanır; EBV gibi tetikleyici tedavi edilir, ailesel/dirençli olguda nakil planlanır.

**Kritik tuzak:** Ferritin yüksekliği sepsiste de olabilir; HLH kriterleri bir bütün olarak değerlendirilmelidir.

**Çeldiriciler - B:** Enfeksiyon eşlik edebilir ancak hiperinflamatuvar sendrom acil immünokemoterapi gerektirir. C: Sitopeni hastalığın bir sonucudur; temel süreç tedavi edilmez. D: Standart HLH indüksiyonu değildir. E: Sistemik sitokin fırtınasını kontrol etmez ve acil standart yaklaşım değildir.

#### 57. Botryoid embriyonal rabdomyosarkom

**Doğru cevap: C) Botryoid tip embriyonal rabdomyosarkom**

1. Botryoid görünüm, boşluklu organların mukozası altında büyüyen embriyonal rabdomyosarkoma özgü ipucudur.
2. Çocuklukta vajina sık yerleşimlerden biridir.
3. Tedavi biyopsiyle doğrulama, risk uyarlanmış kemoterapi ve organ koruyucu lokal kontrolü içerir.

**Kritik tuzak:** Kitleyi basit polip kabul edip biyopsisiz çıkarmak evreleme ve tedavi planını bozabilir.

**Çeldiriciler - A:** Genellikle over kökenlidir ve AFP yükselir. B: Daha çok ergen-geçer erişkin ve intrauterin DES maruziyetiyle ilişkilidir. D: Kitle oluşturmaz. E: Hidrokolpos yapabilir fakat üzüm salkımı tarzı kanayan kitle oluşturmaz.

#### 58. IgA vaskülitinde böbrek izlemi

**Doğru cevap: E) Kan basıncı ve idrar incelemesini aylar boyunca düzenli tekrarlamak**

1. IgA vaskülit küçük damar vaskülitidir; purpura, artrit ve abdominal bulgular tipiktir.
2. Uzun dönem morbidite esas olarak nefrit ve hipertansiyondan kaynaklanır.
3. Renal bulgular haftalar sonra ortaya çıkabileceğinden idrar ve kan basıncı düzenli izlenir.

**Kritik tuzak:** Başlangıç idrarının normal olması daha sonra nefrit gelişmeyeceği anlamına gelmez.

**Çeldiriciler - A:** Pankreatit nadirdir ve uzun dönem prognozun temel belirleyicisi değildir. B: Tanı desteklense bile renal komplikasyonu izlemez. C: Nörolojik tutulum nadirdir ve rutin değildir. D: Böbrek tutulumu olmayan olguda ciddi toksisiteye yol açar.

#### 59. Sistinüri tedavisi

**Doğru cevap: B) Bol sıvı, sodyum ve aşırı hayvansal protein kısıtlaması ile potasyum sitrat kullanarak idrarı alkalileştirmek**

1. Altıgen kristaller sistinüri için karakteristiktir.
2. Sistin çözünürlüğü idrar hacmi ve pH yükseldikçe artar.
3. İlk basamak çok yüksek sıvı alımı, sodyum kısıtlaması ve potasyum sitratı; dirençte tiopronin düşünülür.

**Kritik tuzak:** İdrarı alkalileştirirken pH aşırı yükseltirse kalsiyum fosfat taşı riski artabilir.

**Çeldiriciler - A:** Sistin asidik idrarda daha az çözünür ve taş riski artar. C: Sodyum atılımı sistin atılımını artırır. D: Kalsiyum taşlarında yararlıdır; sistinüri için temel değildir. E: Metabolik taş hastalığını önlemez.

#### 60. Juvenil miyoklonik epilepsi

**Doğru cevap: D) Juvenil miyoklonik epilepsi; valproat tedavisi ve uyku düzeni konusunda danışmanlık**

1. Sabah miyoklonileri, uykusuzlukla tetiklenen GTKN ve jeneralize polispik-dalga JME için tipiktir.
2. Erkek hastada valproat geniş spektrumlu ve oldukça etkilidir.

3. Uyku yoksunluğu, alkol ve ışık tetikleyicileri konusunda eğitim verilir; tedavi çoğunlukla uzun sürelidir.

**Kritik tuzak:** Kadınlarda teratojenite nedeniyle valproat seçimi farklı değerlendirilmelidir; bu olguda cinsiyet bilinçli verilmiştir.

**Çeldiriciler - A:** Miyoklonik sıçrama ve jeneralize tonik-klonik nöbet etosüksimidle kapsanmaz. B: Karbamazepin jeneralize miyoklonik nöbetleri kötüleştirebilir. C: Infantil spazm ve hipsaritmi bebeklikte görülür. E: Tipik sabah miyoklonileri ve jeneralize EEG bulgusu epilepsiyi doğrular.

## CERRAHI TIP BİLİMLERİ

**61. Akut kolonik psödo-obstrüksiyonda neostigmin**

**Doğru cevap: A) Kardiyak monitörizasyon ve atropin hazır bulundurularak intravenöz neostigmin uygulamak**

1. Mekanik engel olmadan akut kolon dilatasyonu Ogilvie sendromudur.
2. Destek tedavisine yanıtız, komplikasyonsuz olguda neostigmin kolonik motiliteyi hızla geri getirir.
3. Bradikardi ve bronkospazm riski nedeniyle monitörizasyon gerekir; yanıtızlıkta kolonoskopik dekompresyon düşünülür.

**Kritik tuzak:** Neostigmin öncesi mekanik obstrüksiyon ve perforasyon dışlanmalıdır.

**Çeldiriciler - B:** Perforasyon, iske mi veya peritonit yokken ilk girişim cerrahi değildir. **C:** Akut belirin dilatasyonda distansiyonu artırabilir. **D:** Mekanik obstrüksiyon ve polip gösterilmemiştir. **E:** Konservatif tedavi başarısız ve çekum belirgin genişştir; aktif dekompresyon gerekir.

**62. Akut mezenterik ven trombozu**

**Doğru cevap: C) Terapötik heparinle antikoagülasyon, bağırsak istirahati ve yakın iske mi-peritonit izlemi**

1. Mezenterik ven trombozu subakut ağı ve BT'de venöz dolum defektiyle tanınır.
2. Peritonit yoksa ilk tedavi hemen sistemik antikoagülasyondur.
3. Klinik kötüleşme, laktat artışı veya peritonit gelişirse eksplorasyon ve yalnız nekrotik segmentlerin rezeksiyonu gerekir.

**Kritik tuzak:** Arteriyel mezenterik iske miyle aynı şekilde her hastayı acil laparotomiye götürmek gereksiz bağırsak kaybına yol açabilir.

**Çeldiriciler - A:** Nekroz veya peritonit bulgusu yoktur. **B:** Venöz tromboz için terapötik antikoagülasyon gerekir. **D:** Tetikleyici kesilmeli ve tromboz tedavi edilmelidir. **E:** Tanı mezenterik ven trombozudur; kolonoskopi tedavi sağlamaz.

**63. Tam kat rektal prolapsus**

**Doğru cevap: E) Laparoskopik abdominal rektopeksi uygulamak; belirgin yavaş geçişli kabızlık varsa rezeksiyon eklemeyi değerlendirmek**

1. Konstantrik halkalar tam kat rektal prolapsusu, radyal katlantılar prolabe hemoroidi düşündürür.
2. Cerrahiye uygun erişkinde abdominal rektopeksi daha düşük nüks oranı sağlar.
3. Kırılgan hastalarda perineal prosedürler; belirgin kabızlıkta seçilmiş rezeksiyon-rektopeksi düşünülebilir.

**Kritik tuzak:** Prolapsus cerrahisinde başlangıç kontinans ve kabızlık durumu yöntem seçimini etkiler.

**Çeldiriciler - A:** Tam kat rektal prolapsusu düzelmez. **B:** Semptomatik tam kat prolapsusta inkarsere olma ve fonksiyon bozukluğu riski sürer. **C:** Fissür yoktur ve inkontinansı kötüleştirir. **D:** Anatomik prolapsusu tedavi etmez.

**64. Linitis plastikada derin biyopsi**

**Doğru cevap: B) Endoskopik ultrason eşliğinde derin duvar örnekleme veya bite-on-bite biyopsi yapmak**

1. Linitis plastika çoğunlukla submukoza ve muskularis propriada diffüz infiltrasyon yapar.
2. Bu nedenle standart yüzeyel biyopsiler yalancı negatif olabilir.
3. EUS hedefi ve derin örnekleme tanı verimini artırır; gerekirse laparoskopik tam kat biyopsi yapılır.

**Kritik tuzak:** Negatif yüzeyel biyopsi, radyoloji ve endoskopi güçlü biçimde linitis plastika düşündürüyorsa kanseri dışlamaz.

**Çeldiriciler - A:** Duvar infiltrasyonunu doğrulamaz. **C:** Yüksek malignite şüphesinde gecikme uygun değildir. **D:** Lezyon mide duvarındadır. **E:** H. pylori tedavisi derin infiltratif kanseri dışlamaz.

**65. Özofagus kanserinde lokal evreleme**

**Doğru cevap: D) Endoskopik ultrasonografi ve kuşku lu lenf nodlarından ince iğne aspirasyonu**

1. Uzak metastaz BT/PET ile dışlandıktan sonra lokal-bölgesel evreleme gerekir.
2. EUS özofagus duvar katlarını ayırt ederek T evresini, nod morfolojisini değerlendirir.
3. FNA kuşku lu nodun sitolojik doğrulamasını sağlar ve tedavi alanını etkiler.

**Kritik tuzak:** Tam obstrüksiyonda EUS probunun geçememesi yöntemin doğruluğunu azaltabilir; mini-prob veya alternatif plan gerekir.

**Çeldiriciler - A:** Lokal T ve N evresini yeterli doğrulukla göstermez. **B:** Senkron kolon taraması ayrı bir konu olup özofagus lokal evrelemesini yapmaz. **C:** Uzak hastalık için sınırlı bilgi verir, duvar katlarını göstermez. **E:** Darlık ve uzunluğu gösterebilir ancak katman bazlı T/N evrelemesi yapmaz.

**66. Semptomatik mezenterik kist**

**Doğru cevap: A) Kisti tam olarak cerrahi eksize etmek; damar paylaşımı varsa ilgili bağırsak segmentini birlikte rezekt etmek**

1. Mezenterik kistler semptom, büyüme veya komplikasyon riski nedeniyle genellikle çıkarılır.
2. Tam eksizyon nüksü azaltır.
3. Kist mezenterik damarları paylaşımı güvenli onkolojik olmayan bağırsak segment rezeksiyonu gerekebilir.

**Kritik tuzak:** Kistin yalnız boşaltılması duvarı yerinde bıraktığından kesin tedavi sayılmaz.

**Çeldiriciler - B:** Yüksek nüks ve enfeksiyon riski taşır; duvar bırakılır. **C:** Mezenterik kistlerde standart ve kesin tedavi değildir. **D:** Büyüme, torsiyon, kanama ve obstrüksiyon riski vardır. **E:** Lezyon mideyle ilişkili değildir.

**67. Postoperatif şilöz asit**

**Doğru cevap: C) Drenajı sürdürüp yüksek proteinli, uzun zincirli yağdan fakir ve orta zincirli trigliserid den zengin beslenme uygulamak; yüksek çıktıda parenteral beslenme ve oktreotid değerlendirmek**

1. Süt görünümü ve yüksek trigliserid şilöz asiti gösterir.
2. İlk amaç lenf akımını azaltırken protein ve kalori sağlamaktır; MCT portal yoldan emilir.
3. Dirençli yüksek debide TPN, oktreotid, lenfanjiyografi-embolizasyon veya cerrahi ligasyon düşünülebilir.

**Kritik tuzak:** Süt görünümü her zaman enfeksiyon değildir; sıvı trigliseridi ve şilomikronla doğrulanır.

**Çeldiriciler - A:** Uzun zincirli yağ lenf akımını artırır. **B:** Sıvı birikimi, beslenme ve immün kayıp riski devam eder. **D:** Steril şilöz kaçak enfeksiyon değildir. **E:** Kaçağı anatomisiyle ilişkili değildir.

**68. Majör safra yolu yaralanması yönetimi**

**Doğru cevap: E) Biliyer ve intraabdominal drenajla sepsisi kontrol edip hastayı deneyimli hepatobiliyer merkeze sevk etmek; uygun zamanda Roux-en-Y hepatikojejunostomi planlamak**

1. Majör transeksiyon, safra kaçağı ve sepsis öncelikle kaynak kontrolü gerektirir.
2. Deneyimsiz erken onarım sonraki rekonstrüksiyonu zorlaştırır ve uzun dönem striktürü artırır.
3. Uzman merkezde inflamasyon ve anatomi değerlendirildikten sonra yüksek kaliteli hepatikojejunostomi yapılır.

**Kritik tuzak:** Safra yolu yaralanmasında ilk onarımın kalitesi uzun dönem sonucu belirler; "hemen tamir" her zaman doğru değildir.

**Çeldiriciler - A:** Proksimal yaralanmada gergin ve iskemik onarım striktür riskini artırır. **B:** Devam eden safra kaçağı ve koleksiyon sepsisi sürdürür. **C:** Tam proksimal transeksiyonda endoskopik devamlılık yoktur. **D:** Gereksiz ve aşırı bir işlemdir.

**69. Fokal nodüler hiperplazi**

**Doğru cevap: B) Görüntüleme tipikse tedavi uygulamadan güvence vermek ve klinik gereksinime göre izlemek**

1. FNH arteriyel hiperplazi ve santral skarlar karakterize benign lezyondur.
2. Hepatosit içerdığı için hepatobiliyer kontrastı tutması adenoma karşı ayıracıdır.
3. Asemptomatik ve tipik görüntülü olguda biyopsi veya cerrahi gerekmez.

**Kritik tuzak:** FNH ile hepatoselüler adenomu karıştırmak gereksiz cerrahiye veya yanlış izleme yol açabilir.

**Çeldiriciler - A:** Tipik FNH benign ve malign dönüşüm riski yok denecek kadar düşüktür. **C:** Malignite bulgusu yoktur. **D:** Benign lezyon için kabul edilemez. **E:** HCC tedavisidir; tipik FNH'de gerekmez.

**70. Pankreas divisumda endoskopik tedavi**

**Doğru cevap: D) Minör papilla endoskopik sfinkterotomi ve geçici dorsal kanal stenti**

1. Pankreas divisumda dorsal kanalın minör papilladan dar çıkışı seçilmiş hastalarda pankreatit yapabilir.
2. Tekrarlayan atak ve geniş dorsal kanal endoskopik dekompresyon için uygun fenotiptir.
3. Minör papillotomi ve geçici stent drenajı iyileştirir; tüm asemptomatik divisum olguları tedavi edilmez.

**Kritik tuzak:** Pankreas divisum sık ve çoğu kez asemptomatiktir; yalnız anatomik bulgu tedavi endikasyonu değildir.

**Çeldiriciler - A:** Dorsal pankreas drenajını düzeltmez. **B:** Seçilmiş tekrarlayan atakta ilk girişim olarak aşırıdır. **C:** Pankreatik kanal drenajını etkilemez. **E:** Safra taşı saptanmamıştır.

**71. Semptomatik adrenal miyelolipom**

**Doğru cevap: A) Kanama ve kitle etkisi riski nedeniyle adrenalektomi yapmak**

1. Adrenal miyelolipom benign, yağ ve hematopoietik dokudan oluşan kitledir.
2. Küçük asemptomatik lezyonlar izlenebilir.
3. Büyük, semptomatik veya büyüyen lezyonda kanama/kitle etkisi nedeniyle cerrahi uygundur.

**Kritik tuzak:** Adrenal kitlede görüntüleme benign görünse de ameliyat öncesi hormonal aktivite değerlendirilmelidir.

**Çeldiriciler - B:** Görüntüleme makroskopik yağlı miyelolipomu destekler ve hormon testleri negatiftir. **C:** Solid yağ-miyeloid tümörde kesin tedavi değildir ve kanama riski vardır. **D:** Büyük, büyüyen ve semptomatik lezyonda spontan kanama riski artar. **E:** Tiroid dokusu değildir.

**72. Künt travmada içi boş organ yaralanması**

**Doğru cevap: C) İçi boş organ veya mezenterik iske mi düşünerek acil cerrahi eksplorasyon yapmak**

1. Emniyet kemeri izi ve mezenterik sıvı içi boş organ yaralanması için uyarıcıdır.
2. Peritonit gelişmesi artık klinik cerrahi endikasyondur.
3. Laparoskopik veya laparotomiyle perforasyon ve devaskülarize bağırsak değerlendirilip onarılır.

**Kritik tuzak:** İlk BT'nin negatif veya belirsiz olması, seri muayenenin önemini ortadan kaldırmaz.

**Çeldiriciler - A:** Gelişen peritonit ve laktat artışı perforasyon/iske miyi düşündürür. **B:** Cerrahi gecikme sepsis ve bağırsak kaybını artırır. **D:** Akut peritonitte güvenli değildir ve ince bağırsak yaralanmasını değerlendirmez. **E:** Kaynak kontrolünün yerini tutmaz.



**73. Commotio cordis**

**Doğru cevap: E) Hemen yüksek kaliteli kardiyopulmoner resüsitasyon ve mümkün olan erken defibrilasyon**

1. Commotio cordis, repolarizasyonun hassas anında prekordiyal darbenin VF tetiklemesidir.
2. Yapısal kalp hasarı olmak zorunda değildir.
3. Sağkalımın ana belirleyicisi olay yerinde CPR ve otomatik eksternal defibrilatörün hızlı kullanılmasıdır.

**Kritik tuzak:** Küçük dış travma izi olayın benign olduğunu göstermez; ritim hemen değerlendirilmelidir.

**Çeldiriciler - A:** Tamponad bulgusu değil elektriksel ventriküler fibrilasyon vardır. **B:** Defibrilasyonu geciktirmek ölümcül olur. **C:** Şoklanabilir ritimde erken defibrilasyon temel tedavidir. **D:** Kunt düşük enerjili çarpma sonrası VF'de standart ilk yaklaşım kapalı CPR ve defibrilasyondur.

**74. Trakeo-innominat fistülde acil kontrol**

**Doğru cevap: B) Trakeostomi kafını aşırı şişirmek ve gerekirse stomadan parmakla innominat arteri sternuma doğru bastırmak**

1. Trakeostomiden 1-6 hafta sonra sentinel kanama trakeo-innominat fistül için alarmdır.
2. Kafın aşırı şişirilmesi kanama noktasını tamponlayabilir; Utleay manevrası dijital bası sağlar.
3. Bu yalnız köprü girişimidir; acil cerrahi/endovasküler kontrol gerekir.

**Kritik tuzak:** Sentinel kanamayı granülasyon dokusuna bağlayıp taburcu etmek ölümcül yeniden kanamayı kaçırabilir.

**Çeldiriciler - A:** Tampon etkisini kaybettirip kanamayı ve aspirasyonu artırabilir. **C:** Kanama kaynağını kontrol etmez. **D:** Masif arteriyel fistülde mekanik kontrol ve acil cerrahi gerekir. **E:** Hava yolu basısını ve arter kanamasını durdurmaz.

**75. Serebral venöz hava embolisi**

**Doğru cevap: D) Yüzde 100 oksijen verip hemodinamik destek sağlamak ve acilen hiperbarik oksijen tedavisine yönlendirmek**

1. Kateter çıkarılması sırasında negatif intratorasik basınç venöz hava girişine yol açabilir.
2. Yüzde 100 oksijen kabarcıktaki azotun uzaklaşmasını hızlandırır ve doku oksijenasyonunu artırır.
3. Nörolojik bulgu varsa hiperbarik oksijen en güçlü endikasyonlardan biridir; gecikmeden başlanmalıdır.

**Kritik tuzak:** BT'de hava görülmemesi, hızla emilebileceği için klinik olarak güçlü hava embolisini dışlamaz.

**Çeldiriciler - A:** Kabarcığı büyütür ve hipoksiyi artırır. **B:** Mekanizma trombüs değil hava kabarcığıdır. **C:** Akut gaz embolisini çözmez. **E:** Venöz dönüş ve emboli riskini kötüleştirir.

**76. Popliteal arter tuzaklanma sendromu**

**Doğru cevap: A) Anormal kas-tendon yapısını cerrahi olarak serbestleştirmek; arter hasarlıysa rekonstrüksiyon eklemek**

1. Genç, aterosklerotik riski olmayan sporcu da dinamik klidasyon anatomik tuzaklanmayı düşündürür.
2. Provokasyonla nabız kaybı ve dinamik görüntüleme tanıyı destekler.
3. Kesin tedavi dekompresyondur; kronik arter hasarında bypass veya onarım gerekir.

**Kritik tuzak:** Normal istirahat ABI, dinamik vasküler sıkışmayı dışlamaz.

**Çeldiriciler - B:** Anatomik basıyı ortadan kaldırmaz. **C:** Venöz yetmezlik tedavisidir. **D:** Sorun arter basısıdır. **E:** Tekrarlayan bası intimal hasar, tromboz ve emboliye yol açabilir.

**77. Paget-Schroetter sendromu**

**Doğru cevap: C) Erken kateter yönlendirmeli tromboliz veya trombektomi sonrası torasik çıkış dekompresyonu ve birinci kot rezeksiyonu planlamak**

1. Paget-Schroetter, kostoklaviküler aralıkta tekrarlayan travmaya bağlı primer aksillosubklavian ven trombozudur.
2. Genç aktif hastada erken trombüs temizliği posttrombotik sendromu azaltabilir.
3. Kalıcı anatomik bası çözülmezse nüks eder; bu nedenle torasik çıkış dekompresyonu gerekir.

**Kritik tuzak:** Sadece antikoagülasyon bazı hastalarda yeterli olsa da genç, akut ve ağır semptomlu sporcu da fonksiyonel sonuç için dekompresyon stratejisi önemlidir.

**Çeldiriciler - A:** Akut üst ekstremité derin ven trombozu için yetersizdir. **B:** Ödemi artırır. **D:** Hastalık meme kaynaklı değildir. **E:** Enfeksiyon değil efor trombozudur.

**78. Gebelikte HER2 pozitif meme kanseri tedavisi**

**Doğru cevap: E) Gebelikte cerrahi yapmak, ikinci-üçüncü trimesterde uygun antrasiklin temelli kemoterapi vermek; trastuzumab ve radyoterapiyi doğum sonrasına ertelemek**

1. Meme cerrahisi gebeliğin tüm trimesterlerinde gerekli önlemlerle yapılabilir.
2. Antrasiklin-siklofosfamid temelli kemoterapi ilk trimester sonrasında kullanılabilir.
3. Trastuzumab, endokrin tedavi ve radyoterapi doğum sonrasına bırakılır; multidisipliner plan gerekir.

**Kritik tuzak:** Gebeliğin sonlandırılması meme kanseri prognozunu rutin olarak iyileştirmez; karar hastaya özgü verilmelidir.

**Çeldiriciler - A:** Gebelikte oligohidramniyos ve fetal renal toksisite riski nedeniyle önerilmez. **B:** Nod pozitif agresif tümörde anne prognozunu olumsuz etkileyebilir. **C:** Fetal radyasyon maruziyeti nedeniyle gebelikte uygulanmaz. **D:** HER2 pozitif tümörde yeterli değildir ve tamoksifen gebelikte kontrendikedir.

**79. Mondor hastalığı**

**Doğru cevap: B) Nonsteroid antiinflamatuar, sıcak kompres ve destekleyici tedavi**

1. Mondor hastalığı meme ve ön göğüs duvarı yüzeysel venlerinin tromboflebitidir.
2. Palpe edilen kordon ve ultrason bulgusu tanıyı destekler.
3. Çoğu olgu haftalar içinde NSAİİ, sıcak kompres ve aktivite düzenlemesiyle düzeler; alatta yatan travma veya nadiren malignite değerlendirilir.

**Kritik tuzak:** Benign olsa da açıklanmayan olguda yaşa uygun meme görüntülemesi ihmal edilmemelidir.

**Çeldiriciler - A:** Mondor hastalığı benign yüzeysel tromboflebittir. **C:** Lokal ve kendini sınırlayan hastalıkta gereksiz kanama riski yaratır. **D:** Malignite tanısı yoktur. **E:** Enfeksiyon bulgusu yoktur.

**80. Meme implantı ilişkili anaplastik büyük hücreli lenfoma**

**Doğru cevap: D) İmplantın çıkarılması ve total en-blok kapselektomi**

1. Geç periprostetik seroma, özellikle dokulu implantta BIA-ALCL için tipik sunumdur.
2. Tanı sıvıda CD30 pozitif, ALK negatif T hücreleriyle konur.
3. Kapsülle sınırlı hastalıkta tam implant ve kapsül eksizyonu çoğu kez küratiftir.

**Kritik tuzak:** Erken postoperatif seroma ile yıllar sonra gelişen geç seroma aynı şekilde değerlendirilmemelidir.

**Çeldiriciler - A:** Malign hücreli kapsüler hastalığı eradike etmez. **B:** Geç seroma enfeksiyon değil BIA-ALCL'dir. **C:** Meme parankimi kökenli değildir; gereksiz morbidite yaratır. **E:** Tam cerrahi eksizyon birinci basamaktır; ek tedavi ileri/rezidüel hastalığa göre belirlenir.

**81. Kemoterapi sonrası rezidüel nonseminomatöz germ hücreli tümör**

**Doğru cevap: A) Kemoterapi sonrası retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu yapmak**

1. Serum belirteçlerinin normalleşmesi kemoterapiye duyarlı komponentin kontrolünü gösterir.
2. Rezidüel kitle nekroz, teratom veya canlı tümör içerebilir; görüntüleme bunu güvenilir ayıramaz.
3. >1 cm rezidüel NSGCT kitlesinde post-kemoterapi RPLND standart yaklaşımdır.

**Kritik tuzak:** Seminom rezidüel kitlesiyle NSGCT rezidüel kitlesinin yönetimi aynı değildir.

**Çeldiriciler - B:** Bir santimetreden büyük rezidüel NSGCT kitlesinde teratom veya canlı tümör kalabilir. **C:** NSGCT ve teratom radyoterapiye duyarlı değildir. **D:** Retroperitoneal rezidüel hastalık ayrı olarak tedavi edilmelidir. **E:** Germ hücreli tümörde etkili değildir.

**82. Tüberosklerozda kanayan anjiyomiyolipom**

**Doğru cevap: C) Selektif renal arter embolizasyonu**

1. Büyük anjiyomiyolipomlar anevrizma ve retroperitoneal kanama riski taşır.
2. Akut kanamada anjiyografik selektif embolizasyon hızlı ve nefron koruyucudur.
3. Stabilizasyondan sonra mTOR inhibitörü ve kalan lezyonların izlemi planlanır.

**Kritik tuzak:** Yağ içeren renal kitle çoğu kez AML'dir; akut karar tümör tanısından çok kanama kontrolüne dayanır.

**Çeldiriciler - A:** Bilateral hastalıkta nefron kaybını artırır; embolizasyon kanamayı nefron koruyarak durdurabilir. **B:** Hemodinamik instabil aktif kanama vardır. **D:** Taş tedavisidir ve kanamayı artırabilir. **E:** Mesane kanseri tedavisidir.

**83. Lokalize urakus adenokarsinomu**

**Doğru cevap: E) Parsiyel sistektomiyle birlikte urakus ve umblikusun en-blok çıkarılması ve uygun lenf nodu evrelemesi**

1. Urakus adenokarsinomu mesane kubbresi ve orta hat urakal kalıntıdan gelişir.
2. Lokalize hastalıkta negatif sınırlı parsiyel sistektomi çoğunlukla yeterlidir.
3. Urakus ve umblikusun en-blok çıkarılması lokal nüksü azaltır.

**Kritik tuzak:** Mesane kubbresindeki adenokarsinomda primer urakal tümör ile kolon metastazı ayrımı yapılmalıdır.

**Çeldiriciler - A:** Urakal trakt ve perivezikal uzanım yerinde kalır. **B:** Erkek üreme organı odaklıdır ve urakusu tedavi etmez. **C:** Kas dışı ürotelyal kanser yaklaşımıdır; adenokarsinomda kesin değildir. **D:** Üst üriner sistem hastalığı yoktur.

**84. Osteoid osteoma**

**Doğru cevap: B) BT eşliğinde perkütan radyofrekans ablasyon**

1. Gece ağrısı ve NSAİİ'ye belirgin yanıt prostaglandin üreten osteoid osteoma için tipiktir.
2. BT nidusu en iyi gösteren yöntemdir.
3. Radyofrekans ablasyon yüksek başarı, kısa iyileşme ve düşük morbidite sağlar.

**Kritik tuzak:** Lezyon eklemle yakınsa ablasyon sırasında kırıkdan ve nörovasküler yapılardan güvenli mesafe gözetilmelidir.

**Çeldiriciler - A:** Osteomiyelit bulgusu yoktur. **C:** Küçük benign nidus için aşırı morbidite yaratır. **D:** Benign osteoplastik lezyondur. **E:** Nidusu ortadan kaldırmaz.

**85. Posterior kalça çıkığı**

**Doğru cevap: D) Acil sedasyon/anestezi altında kapalı reduksiyon yapmak ve sonrasında BT ile eklem içi fragmanları değerlendirmek**

1. Posterior çıkıkta ekstremité fleksiyon-adduksiyon-ıç rotasyondadır.
2. Altı saat içinde reduksiyon femur başı avasküler nekroz riskini azaltır.
3. Redüksiyon öncesi-sonrası nörovasküler muayene ve sonrası BT ile konsantrik redüksiyon kontrolü gerekir.

**Kritik tuzak:** Eşlik eden femur boyun kırığında kör kapalı reduksiyon kırığı deplase edebilir; görüntüleme dikkatle incelenmelidir.

**Çeldiriciler - A:** Femur başı avasküler nekroz riskini artırır. **B:** Eklem çıkıktır ve nörovasküler hasar gelişebilir. **C:** Anatamik reduksiyon gecikmemelidir. **E:** Genç travma hastasında kırık olmadan ilk seçenek değildir.

**86. Rokuronyum sonrası rezidüel nöromusküler blok**

**Doğru cevap: A) Hava yolunu ve ventilasyonu destekleyip uygun doz sugammadeksle bloğu geri çevirmek ve TOF oranı en az 0,9 olana kadar ekstübe etmemek**

1. Klinik testler rezidüel bloğu güvenilir dışlamaz; nicel TOF gerekir.
2. Sugammadeks rokuronyumu kapsülleyerek hızlı geri dönüş sağlar.
3. Güvenli ekstübasyon için nicel TOF  $\geq 0,9$  ve yeterli ventilasyon beklenir.

**Kritik tuzak:** Baş kaldırma gibi subjektif testler TOF 0,9 altındaki rezidüel bloğu kaçırabilir.

**Çeldiriciler - B:** TOF 0,55 belirgin rezidüel blok ve aspirasyon/hipoventilasyon riski demektir. **C:** Opioid etkisini tersine çevirir, rokuronyumu bağlamaz. **D:** Bloğu derinleştirir. **E:** Solunum yetmezliği riski vardır.

**87. Propofol infüzyon sendromu**

**Doğru cevap: C) Propofolü hemen kesmek, alternatif sedasyona geçmek ve agresif kardiopulmoner-metabolik destek sağlamak**

1. Uzun süre yüksek doz propofol, katekolamin ve steroid maruziyeti PRIS riskini artırır.
2. Laktik asidoz, rabdomiyoliz, hiperkalemi ve bradiaritmik tipik alarm bulgularıdır.
3. Propofol derhal kesilir; renal replasman, vazopressör, pacing veya ECMO dahil destek uygulanabilir.

**Kritik tuzak:** PRIS için tek bir doğrulayıcı test yoktur; klinik kümelenme görülür görülmez ilaç kesilmelidir.

**Çeldiriciler - A:** Mitokondriyal toksisiteyi ve kardiyovasküler çöküşü ağırlaştırır. **B:** Nedeni ortadan kaldırmaz. **D:** Dantrolen malign hipertermi içindir; PRIS tedavisi değildir. **E:** Ağırlı çoklu organ yetmezliği vardır.

**88. Akut invaziv fungal rinosinüzit**

**Doğru cevap: E) Geniş endoskopik cerrahi debridmanla birlikte intravenöz lipozomal amfoterisin B başlamak ve ketoasidozu düzeltmek**

1. Nekrotik siyah doku, DKA ve septasız geniş hifler mukormikozu gösterir.
  2. Tedavi gecikmesi mortaliteyi artırır; cerrahi debridman ve lipozomal amfoterisin birlikte başlanır.
  3. Hiperglisemi, asidoz ve immünsüpresyon hızla düzeltilir; seri debridman gerekebilir.
- Kritik tuzak:** "Siyah eskar" geç bulgu olabilir; normal görünüm erken invaziv hastalığı dışlamaz.

**Çeldiriciler - A:** Mucorales flukonazole dirençlidir ve cerrahi kaynak kontrolü gerekir. **B:** İmmünsüpresyonu ve invazyonu ağırlaştırır. **C:** Hastalık saatler-günler içinde orbitaya ve beyne yayılabilir. **D:** Doku invazyonunu tedavi etmez.

**89. Karotis cisim tümörü**

**Doğru cevap: B) Karotis cisim paragangliomu**

1. Karotis bifurkasyonundaki paragangliondan gelişir.
2. Yatay hareketlilik, pulsasyon ve arterlerin ayrılması klasik bulgulardır.
3. Tedavi öncesi katekolamin salgısı, kraniyal sinirler ve damar ilişkisi değerlendirilir; cerrahi/radyoterapi yaş ve Shamblyn sınıfına göre seçilir.

**Kritik tuzak:** Hipervasküler boyun kitlesine plansız ince iğne biyopsisi ciddi kanama riski taşıyabilir.

**Çeldiriciler - A:** Genellikle kistiktir ve karotisleri Lyre işaretiyle ayırmaz. **C:** Hipervasküler bifurkasyon kitlesi ve Fontaine bulgusu tipik değildir. **D:** Karotis ve juguler veni ayrılabilir fakat karotis bifurkasyonunu splay etmesi karotis cisim tümörüne özgüdür. **E:** Valsalvayla büyüyen hava dolu lezyondur.

**90. Açık göz küresi yaralanması**

**Doğru cevap: D) Sert koruyucu göz kalkanı yerleştirip göze bası uygulamamak; sistemik geniş spektrumlu antibiyotik ve tetanoz profilaksisiyle acil cerrahi onarım planlamak**

1. Düzensiz pupil, sıg ön kamara ve pozitif Seidel açık globu gösterir.
2. Göze hiçbir bası yapılmaz; sert kalkan, antiemetik-analjezi ve sistemik antibiyotik sağlanır.
3. Tetanoz durumu düzenlenir ve acil göz cerrahisiyle primer onarım yapılır.

**Kritik tuzak:** Açık glob şüphesinde ultrason, tonometri ve zorlayıcı kapak açma manevraları travmayı artırabilir.

**Çeldiriciler - A:** Göz içeriğinin dışarı çıkmasını artırabilir. **B:** Açık globda bası uygulamak kontrendikedir. **C:** Tampon etkisini bozup kanama ve doku kaybı yaratabilir. **E:** Endoftalmi ve kalıcı görme kaybı riski nedeniyle acil onarım gerekir.

**KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM****91. Sezaryen skar gebeliği**

**Doğru cevap: A) Sezaryen skar gebeliği**

1. Boş kavite-serviks, ön alt segment skarına gömülü kese ve ince mesane-miyometrium tabakası tanısaldır.
2. Erken tanı masif kanama, uterin rüptür ve plasenta akreta spektrumunu önlemek için önemlidir.
3. Hemodinami, gebelik yaşı, fetal aktivite ve fertilitte isteğine göre lokal/sistemik medikal veya cerrahi tedavi uzman merkezde planlanır.

**Kritik tuzak:** Keseyi düşük sanıp küretaj yapmak kontrolsüz kanamaya yol açabilir.

**Çeldiriciler - B:** Kese servikal kanal içinde değil, skar nişine gömülüdür. **C:** Kese hareketli değildir ve skar çevresinde canlı trofoblastik akım vardır. **D:** Plasenta previa ikinci-üçüncü trimester tanımıdır; erken dönemde skar içine implantasyonu açıklayamaz. **E:** Uterusun lateral fundal kornual bölgesinde yerleşir.

**92. Fetal sitomegalovirus tanısı için amniyosentez zamanlaması**

**Doğru cevap: C) Maternal enfeksiyondan en az 6-8 hafta sonra ve gebeliğin 21. haftasından itibaren amniyon sıvısında CMV PCR çalışmak**

1. Primer maternal enfeksiyon fetal bulaş riski taşıy fakat maternal seroloji fetusun enfekte olduğunu göstermez.
2. CMV amniyon sıvısına fetal idrarla geçtiği için yeterli gebelik yaşı ve enfeksiyondan sonra zaman gerekir.
3. Uygun zamanda amniyon sıvısı PCR prenatal fetal enfeksiyon tanısında tercih edilir; seri hedefli ultrason/MR prognozu değerlendirir.

**Kritik tuzak:** Amniyosentezin çok erken yapılması yalancı negatifliğe yol açabilir.

**Çeldiriciler - A:** Erken örnek fetal renal virus atılımından önce olabilir ve seroloji fetal tanı sağlamaz. **B:** Maternal IgM fetal bulaşı göstermez. **D:** Rutin ilk tanı yöntemi değildir ve daha invazivdir. **E:** Normal ultrason fetal enfeksiyonu dışlamaz.

**93. İkiz ters arteriyel perfüzyon sekansı**

**Doğru cevap: E) Acardiak ikize giden kan akımını fetoskopik kord oklüzyonu veya intrafetal radyofrekans ablasyonla kesmek**

1. TRAP sekansında acardiak kitle, arter-arter anastomozla pompa ikizden ters akım alır.
2. Pompa ikizde yüksek debili kalp yetmezliği ve prematürite riski gelişebilir.
3. Yüksek risk bulgularında acardiak dolaşımın minimal invaziv oklüzyonu pompa ikizin prognozunu iyileştirir.

**Kritik tuzak:** Bu tablo ikizden ikize transfüzyon sendromuyla karıştırılmamalıdır; ayırt edici bulgu acardiak fetusta ters umbilikal arter akımıdır.

**Çeldiriciler - A:** Alta yatan yüksek debili şant devam eder. **B:** Canlandırılabilir bir fetus değildir ve pompa ikizin yükünü artırır. **C:** Hemodinamik şanti düzeltmez. **D:** Amaç yalnız acardiak dolaşımı kesmek ve pompa ikizin plasentasını korumaktır.

**94. Gebeliğin polimorfik erüpsiyonu**

**Doğru cevap: B) Gebeliğin polimorfik erüpsiyonu (PUPPP)**

1. PUPPP çoğunlukla primigravidada son trimesterde abdominal strialardan başlar.
2. Göbeğin korunması pemfigoid gestasyonisten ayırıcıdır.
3. Fetal risk artışı beklenmez; topikal steroid, emolyan ve antihistaminikle semptom kontrol edilir.

**Kritik tuzak:** Şiddetli kaşıntıda safra asitleri normal olsa bile klinik değişirse kolestaz değerlendirmesi tekrarlanabilir.

**Çeldiriciler - A:** Sıklıkla periumbilikal başlar ve vezikül-bül gelişebilir. **C:** Primer deri lezyonu olmadan yaygın kaşıntı ve yüksek safra asidi beklenir. **D:** Genellikle daha erken trimesterde fleksural/ekzematöz dağılım gösterir. **E:** Dermatomal ağırlı veziküller beklenir.

**95. Maternal kardiyak arrestte resüsitatif histerotomi**

**Doğru cevap: D) Resüsitasyonu kesmeden arrest yerinde hemen resüsitatif histerotomiye başlamak ve doğumu yaklaşık 5. dakikaya kadar tamamlamayı hedeflemek**

1. İleri gebelikte uterus aortokaval bası yaparak CPR etkinliğini azaltır.
2. Dört dakikada ROSC yoksa resüsitatif histerotomi maternal venöz dönüşü ve akciğer mekanizasyonu iyileştirebilir.
3. İşlem fetusu kurtarmaktan önce maternal resüsitasyon girişimidir; arrest yerinde hızla yapılır.

**Kritik tuzak:** "Perimortem sezaryen" terimi işlemin ölüm sonrası yapıldığı yanlışlığı yaratabilir; doğru hedef aktif resüsitasyon sırasında histerotomidir.

**Çeldiriciler - A:** Maternal resüsitasyonu geciktirir ve yönetimi değiştirmez. **B:** Taşıma gecikmesi anne ve fetusun sağkalımını azaltır. **C:** Manuel uterin sola deplasman yararlı olsa da dolaşım dönmüyorsa dekompresif doğum geciktirilmemelidir. **E:** Arrest yönetiminde öncelik maternal dolaşım ve aortokaval dekompresyondur.

**96. Diyabette makrozomide doğum şekli**

**Doğru cevap: A) Planlı sezaryen doğum önermek**

1. Diyabet fetal hiperinsülinemi ve omuz-gövde yağlanmasıyla omuz distosisi riskini artırır.
2. Diyabetik gebede tahmini fetal ağırlık 4.500 g ve üzerindeyse planlı sezaryen önerisi gündeme gelir.
3. Ultrason tahmin hatası ve hastanın tercihleri birlikte konuşulmalı, ancak bu olguda risk eşiği belirgindir.

**Kritik tuzak:** Diyabetik ve diyabetik olmayan gebelerde profilaktik sezaryen için kullanılan tahmini ağırlık eşikleri aynı değildir.

**Çeldiriciler - B:** Makrozomide omuz distosisi riskini azaltmaz ve travmayı artırabilir. **C:** Fetal ağırlık ve komplikasyon riski daha da artabilir. **D:** Fetus makat değildir ve bu

yaklaşım uygun değildir. E: Tahmini ağırlık ve diyabet nedeniyle planlı sezaryen eşiği aşılmıştır.

### 97. Vajinal kubbe prolapsusunda sakrokolpopeksi

#### Doğru cevap: C) Laparoskopik veya robotik sakrokolpopeksi

1. Vajinal kubbe prolapsusu apikal destek kaybıdır.
2. Sakrokolpopeksi vajinal kubbeyi sakruma askılayarak yüksek anatomik başarı ve vajinal uzunluk korunması sağlar.
3. Mesh ve cerrahi riskler hastayla konuşulur; cinsel aktivite istemeyen kırılgan hastada kolpokleizis alternatif olabilir.

**Kritik tuzak:** Yalnız ön veya arka duvarı onarmak apikal kusuru bırakır ve nüks riskini artırır.

**Çeldiriciler - A:** Vajinal kanalı kapatır ve koital fonksiyon isteğiyle uyumlu değildir. **B:** Apikal destek kusurunu düzeltmez. **D:** Stres inkontinans tedavisidir; kubbe prolapsusunu onarmaz. **E:** Gebelikte servikal yetmezlik için kullanılır.

### 98. Erken evre over disgerminomu ve fertilité

#### Doğru cevap: E) Sağ unilateral salpingo-ooforektomi ve kapsamlı cerrahi evreleme yapıp uterus ile karşı overi korumak

1. Disgerminom genç yaşta görülür, LDH yükselebilir ve AFP genellikle normaldir.
2. Çoğu olgu unilateral olduğundan fertilité koruyucu cerrahi onkolojik olarak uygundur.
3. Evreleme yapılır; ileri veya riskli hastalıkta platin temelli kemoterapi yüksek kür oranı sağlar.

**Kritik tuzak:** AFP yüksekliği saf disgerminom yerine yolk sac veya mikst germ hücreli tümörü düşündürmelidir.

**Çeldiriciler - A:** Genç ve unilateral erken evre germ hücreli tümörde gereksiz fertilité kaybıdır. **B:** Tümör saçılımı ve yetersiz tedavi riski taşır. **C:** Normal görünüşlü karşı overde adezyon ve fertilité kaybı yaratabilir; rutin değildir. **D:** Tanı, evreleme ve primer tümör kontrolü için cerrahi gerekir.

### 99. Granüloza hücreli tümörde endometrium değerlendirmesi

#### Doğru cevap: B) Endometrial örnekleme yapmak

1. Granüloza hücreli tümörler östrojen salgılayabilir ve inhibin B belirteç olarak kullanılabilir.
2. Uzunmuş östrojen maruziyeti endometrial hiperplazi ve karsinom riskini artırır.
3. Postmenopozal kanama ve kalın endometrium nedeniyle endometrial biyopsi cerrahi kapsamını belirler.

**Kritik tuzak:** Over kitlesine odaklanıp endometriumu değerlendirmek eşzamanlı maligniteyi kaçırabilir.

**Çeldiriciler - A:** Östrojen etkisine bağlı endometrial patolojiyi değerlendirmez. **C:** Eşzamanlı endometrial hiperplazi veya kanseri dışlamaz. **D:** Postmenopozal hastada yeri yoktur. **E:** Infertilite tübal değerlendirmesidir ve malignite şüphesinde uygun değildir.

### 100. İntrauterin dietilstilbestrol maruziyeti

#### Doğru cevap: D) İntrauterin dietilstilbestrol maruziyeti

1. DES'e intrauterin maruziyet vajen ve serviks berrak hücreli adenokarsinom riskini artırır.
2. Vajinal adenozis ve T-şekilli uterus gibi genital trakt anomalileri de görülebilir.
3. Tanı biyopsiyle konur; evreye göre fertilité koruyucu veya radikal cerrahi/radyoterapi planlanır.

**Kritik tuzak:** Genç yaşta vajinal kitle ve kanama "benign polip" kabul edilmemeli, prenatal DES öyküsü sorgulanmalıdır.

**Çeldiriciler - A:** Nöral tüp defekti riskini azaltır; vajinal clear cell kanserle ilişkili değildir. **B:** Bu tümörle ilişki gösterilmemiştir. **C:** Klasik risk faktörü değildir. **E:** Teratojenik veya onkojenik böyle bir ilişki yoktur.