

KLİNİK TIP BİLİMLERİ

DENEME-9

2. Oturum - Klinik Tıp Bilimleri Testi (KTBT)

CEVAP ANAHTARI VE AYRINTILI ÇÖZÜMLER

Soru Sayısı	100
Süre	135 dakika
Puanlama	Doğru - Yanlış / 4
Belge Türü	Özgün eğitim içeriği

Bu çalışma resmî ÖSYM yayını değildir. Klinik karar destek amacıyla kullanılmamalıdır.

CEVAP ANAHTARI

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

DAHİLİ TIP BİLİMLERİ

1. Soru | Asplenik hastada Capnocytophaga canimorsus sepsisi

Doğru cevap: B) Capnocytophaga canimorsus

1. Aspleni, kapsüllü mikroorganizmaların yanı sıra köpek tükürüğünde bulunan Capnocytophaga için de ağır sepsis riskini belirgin artırır.
2. Köpek ısırığı sonrası kısa sürede şok, DIC ve purpura gelişmesi karakteristik klinik ipucudur.
3. Yavaş üreyen fusiform gram-negatif basil tanımı Capnocytophaga canimorsus'u destekler.

Kritik tuzak: Köpek ısırığı denince yalnız Pasteurella düşünmek, asplenik hastadaki Capnocytophaga sepsisini gözden kaçırabilir.

Çeldirici analizi

- A)** Kedi ve köpek ısırıklarında sık görülür; ancak asplenik hastada purpura fulminansla giden ağır sepsis ve fusiform, yavaş üreyen basil pateni Capnocytophaga için daha tipiktir.
- C)** İnsan ısırıkları ve clenched-fist yaralarıyla ilişkilidir; köpek teması ve aspleniyle fulminan tabloyu açıklamaz.
- D)** Tularemi daha çok kene veya tavşan teması, ülseroglandüler hastalık ve lenfadenopatiyle seyrederek.
- E)** Gram-pozitif koktur; kültürde fusiform gram-negatif basil görünümüyle uyumlu değildir.

2. Soru | Solid organ nakli sonrası CMV koliti

Doğru cevap: A) İntravenöz gansiklovir

1. Nakilden 1-6 ay sonra CMV doku invaziv hastalığı riski yüksektir.
2. Kolonik ülserler ve baykuş gözü inklüzyonları CMV kolitini doğrular.
3. Ağır hastalıkta ve oral alım mümkün değilken intravenöz gansiklovir tercih edilir; klinik yanıtla valgansiklovire geçilebilir.

Kritik tuzak: Kanda CMV PCR negatifliği doku invaziv koliti bütünüyle dışlamaz; histopatoloji önemlidir.

Çeldirici analizi

- B)** Asiklovirin CMV'ye etkinliği yetersizdir ve ağır doku invaziv hastalıkta kullanılmaz.
- C)** Fungal enfeksiyon tedavisidir; histoloji CMV'yi göstermektedir.
- D)** Anaerobik ve bazı protozoal enfeksiyonlarda kullanılır; CMV kolitini tedavi etmez.
- E)** İmmünsüpresyonun artırılması viral replikasyonu kötüleştirir; uygun antiviral tedavi gerekir.

3. Soru | KPC üreten Enterobacterales enfeksiyonunda hedef tedavi

Doğru cevap: E) Seftazidim-avibaktam

1. KPC, sınıf A serin karbapenemazdır ve birçok beta-laktamı hidrolize eder.
2. Avibaktam KPC'yi inhibe eder; seftazidim-avibaktam KPC üreten duyarlı suşlarda etkili bir seçenektir.
3. Metallo-beta-laktamaz saptansaydı tedavi yaklaşımı farklı olur ve aztreonam-avibaktam temelli seçenekler düşünülürdü.

Kritik tuzak: Tüm karbapenemazlar aynı değildir; KPC ile NDM gibi metallo-beta-laktamazların tedavisi farklıdır.

Çeldirici analizi

- A)** KPC serin karbapenemazı aztreonamı hidrolize edebilir; tek başına güvenilir değildir.
- B)** Karbapenemaz üreten suşlarda üçüncü kuşak sefalosporinler etkisizdir.
- C)** Klebsiella doğal olarak ampisiline dirençlidir; KPC varlığında ayrıca uygun değildir.
- D)** Gram-pozitif bakterilere etkilidir; gram-negatif Klebsiella dış membranını aşamaz.

4. Soru | Nodüler bronşiektatik MAC akciğer hastalığı

Doğru cevap: A) Makrolid, etambutol ve rifamisin içeren çoklu tedavi

1. Klinik semptom, uyumlu BT ve birden fazla balgam kültürü mikrobiyolojik tanı kriterlerini karşılar.
2. Nodüler bronşiektatik makrolide duyarlı MAC hastalığında omurga tedavi makrolid + etambutol + rifamisinidir.
3. Tedavi genellikle kültür dönüşümünden sonra en az 12 ay sürdürülür ve toksisite izlemi yapılır.

Kritik tuzak: Tek bir pozitif kültür kolonizasyon olabilir; klinik, radyolojik ve mikrobiyolojik ölçütler birlikte değerlendirilmelidir.

Çeldirici analizi

- B)** MAC, klasik tüberküloz monoterapisine yanıt vermez; direnç ve tedavi başarısızlığına yol açar.
- C)** Makrolid monoterapisi makrolid direnci geliştirerek prognozu kötüleştirir.

- D)** Bu rejim sıradan bakteriyel bronşiektazi alevlenmesine yöneliktir; kronik MAC hastalığını eradike etmez.
E) Kriptokok enfeksiyonu tedavisidir; mikobakteriyel hastalıkta yeri yoktur.

5. Soru | Clostridium perfringens sepsisinde masif hemoliz

Doğru cevap: E) Acil kaynak kontrolüyle birlikte yüksek doz penisilin G ve klindamisin

1. C. perfringens alfa toksini fosfolipaz aktivitesiyle fulminan intravasküler hemoliz yapabilir.
 2. Çift zonlu hemoliz ve anaerob gram-pozitif çomak güçlü mikrobiyolojik ipucudur.
 3. Cerrahi/perkütan kaynak kontrolü ile penisilin ve toksin sentezini baskılayan klindamisin birlikte uygulanır.
- Kritik tuzak:** Hemoliz hızla ilerlediği için yalnız hematolojik destek vermek, enfeksiyonun ölümcül kaynağını tedavi etmez.

Çeldirici analizi

- A)** Transfüzyon destek sağlar ancak toksin üretimini ve enfeksiyon odağını durdurmaz.
B) Oral vankomisin C. difficile koliti içindir; sistemik C. perfringens sepsisinde yeterli değildir.
C) Hemolizin temel nedeni toksin ve kontrolsüz enfeksiyondur; kaynak kontrolü ve antibiyotik geciktirilemez.
D) Bu tablo dakikalar-saatler içinde ölümcül olabilir; ampirik tedavi derhal başlanmalıdır.

6. Soru | E-sigara ilişkili akciğer hasarı

Doğru cevap: E) E-sigara veya vaping ürünü kullanımıyla ilişkili akciğer hasarı

1. Yakın dönemde vaping maruziyeti tanı için temel epidemiyolojik ölçüttür.
2. Akut hipoksemi, solunum ve gastrointestinal semptomlarla bilateral buzlu cam paterni EVALI'yi destekler.
3. Tanı dışlama tanısıdır; enfeksiyon ve alternatif kardiyopulmoner nedenler araştırılmalıdır.

Kritik tuzak: Vaping öyküsü sorulmadığında EVALI sıklıkla enfeksiyon veya ARDS olarak yanlış sınıflanabilir.

Çeldirici analizi

- A)** Genç hastada kardiyak değerlendirme negatiftir ve vaping maruziyetiyle sistemik semptomlar daha uyumludur.
B) Pulmoner emboli genellikle bu kadar yaygın bilateral buzlu cam ve gastrointestinal prodrom oluşturmaz.
C) IPF kronik ilerleyicidir; akut sistemik tablo ve vaping öyküsüyle uymaz.
D) Görüntüleme diffüzdür ve kapsamlı enfeksiyon araştırması negatiftir.

7. Soru | Sarı tırnak sendromu

Doğru cevap: D) Sarı tırnak sendromu

1. Sarı ve yavaş büyüyen tırnaklar sendromun adını veren bulgudur.
2. Lenfödem, lenfatik drenaj bozukluğunu gösterir.
3. Plevral efüzyon, bronşiektazi veya kronik sinüzit gibi solunum bulguları triadı tamamlar.

Kritik tuzak: Üç bileşenin tümü aynı anda bulunmayabilir; ikisinin varlığı ve uyumlu klinik güçlü destek sağlar.

Çeldirici analizi

- A)** Ödem ve efüzyon yapabilir; ancak sarı, yavaş büyüyen tırnak ve kronik solunum yolu hastalığı triadı tipik değildir.
B) Sistemik venöz konjesyon yapar; karakteristik tırnak değişikliği ve primer lenfatik bozukluğu açıklamaz.
C) Kuru cilt ve tırnak değişikliği yapabilir; tekrarlayan plevral efüzyon-lenfödem-sarı tırnak triadı daha özgündür.
E) Tırnak sararmasını açıklayabilir fakat plevral efüzyon ve lenfödemi açıklamaz.

8. Soru | Akciğer nakli sonrası bronşiolitis obliterans sendromu

Doğru cevap: C) Bronşiolitis obliterans sendromu

1. Nakilden aylar-yıllar sonra progresif hava yolu obstrüksiyonu kronik allogreft disfonksiyonunu düşündürür.
2. En iyi FEV1'e göre kalıcı en az %20 düşüş BOS tanımı için temel ölçüttür.
3. Mozaik atenüasyon ve ekspiryumda hava hapsi küçük hava yolu obliterasyonunu destekler.

Kritik tuzak: BOS tanısı konmadan önce enfeksiyon, akut rejeksiyon ve mekanik hava yolu sorunları dışlanmalıdır.

Çeldirici analizi

- A)** Nakilden sonraki ilk 72 saatte gelişen akut bir tablodur; iki yıl sonraki progresif obstrüksiyonu açıklamaz.
B) Ani başlangıç beklenir; kalıcı FEV1 düşüşü ve hava hapsi paternine uymaz.

- D)** Restriktif fenotipte TLC düşüşü ve üst lob fibrozisi ön plandadır; burada obstrüktif hava hapsi vardır.
- E)** Yeni astım düşünülebilse de transplant sonrası kalıcı FEV1 düşüşü ve alternatiflerin dışlanması kronik allogreft disfonksiyonunu destekler.

9. Soru | Pulmoner lenfanjitik karsinomatozis

Doğru cevap: E) Pulmoner lenfanjitik karsinomatozis

1. Adenokarsinomlar pulmoner lenfatiklere yayılabilir.
2. Düzensiz-nodüler interlobüler septal ve peribronkovasküler kalınlaşma tipik radyolojik dağılımdır.
3. Subakut progresif dispne ve korunmuş mimari lenfanjitik karsinomatozisi destekler.

Kritik tuzak: Düzgün septal kalınlaşma ödemi, nodüler ve düzensiz septal kalınlaşma malign lenfatik yayılımı düşündürür.

Çeldirici analizi

- A)** Septal kalınlaşma genellikle düzgün ve simetrik; nodüler peribronkovasküler yayılım maligniteyi destekler.
- B)** Rastgele dağılmış çok sayıda küçük nodül beklenir; lenfatik dağılımlı septal kalınlaşma tipik değildir.
- C)** Perilenfatik nodüller yapabilir; ancak bilinen adenokarsinom ve hızla ilerleyen dispne lenfanjitik yayılımı daha olası kılar.
- D)** Hacim kaybı ve lobar opasite beklenir; yaygın septal paternle uyumlu değildir.

10. Soru | Silikoziste tüberküloz riski

Doğru cevap: E) Tüberküloz

1. Üst lob nodülleri ve yumurta kabuğu kalsifikasyonu silikozis için tipiktir.
2. Silika, alveoler makrofaj fonksiyonunu bozarak mikobakterilerin kontrolünü güçleştirir.
3. Bu nedenle aktif ve latent tüberküloz açısından dikkatli değerlendirme gerekir.

Kritik tuzak: Silikozis yalnız fibrotik akciğer hastalığı değildir; tüberküloz riskini güçlü biçimde artırır.

Çeldirici analizi

- A)** Genel popülasyonda sık olsa da silika maruziyetiyle özgül ve belirgin risk artışı göstermez.
- B)** Fekal-oral bulaşır; pnömokonyozla ilişkili değildir.
- C)** Yara kontaminasyonu ile ilişkilidir; silikozis özel risk faktörü değildir.
- D)** Solunum yolu meslek hastalığıyla patofizyolojik bağlantısı yoktur.

11. Soru | Atriyal fibrilasyonda sol atriyal apendiks kapatma

Doğru cevap: A) Perkütan sol atriyal apendiks kapatma işlemi

1. Atriyal fibrilasyondaki trombüslerin büyük bölümü sol atriyal apendiksten kaynaklanır.
2. Yüksek inme riski olup uzun süreli oral antikoagülasyona kalıcı kontrendikasyonu bulunan seçilmiş hastalarda apendiks kapatma düşünülebilir.
3. İşlem öncesi trombüs dışlanır, anatomi değerlendirilir ve işlem sonrası kısa süreli antitrombotik plan kanama riskine göre bireyselleştirilir.

Kritik tuzak: Sol atriyal apendiks kapatma, antikoagülasyonu tolere edebilen her hastanın rutin alternatifi değildir; temel endikasyon kalıcı kontrendikasyondur.

Çeldirici analizi

- B)** Yüksek embolik riskli atriyal fibrilasyonda aspirin, antikoagülasyona eşdeğer koruma sağlamaz.
- C)** CHA₂DS₂-VASc skoru yüksek olduğundan tedavisiz bırakmak belirgin inme riski doğurur.
- D)** İki spontan intrakraniyal kanama ve uzman değerlendirmesi kalıcı antikoagülasyon için güçlü kontrendikasyon oluşturur.
- E)** Başarılı ritim kontrolü dahi tromboemboli kararını tek başına ortadan kaldırmaz; risk skoru esas alınır.

12. Soru | Reperfüzyon sonrası akselere idioventriküler ritim

Doğru cevap: B) Reperfüzyonla ilişkili akselere idioventriküler ritim olarak izlemek

1. Ventriküler hızın yaklaşık 50-110/dakika olması AIVR ile uyumludur.
2. AV dissosiyasyon ve reperfüzyon sonrası ortaya çıkış tanısı destekler.
3. Stabil hastada temel yaklaşım altta yatan reperfüzyonu izlemek ve müdahale etmemektir.

Kritik tuzak: AIVR, hızı daha yüksek ve instabil olabilen ventriküler taşikardiyle karıştırılmamalıdır.

Çeldirici analizi

- A)** Hemodinamik instabilite ve hızlı ventriküler taşikardi yoktur; gereksiz şok zarar verebilir.

- C) AIVR ventriküler odaklıdır; AV nod blokajıyla sonlanmaz.
D) Geçici ve benign bir reperfüzyon ritmidir; kalıcı cihaz endikasyonu değildir.
E) Stabil ve kendini sınırlayan AIVR'de antiaritmik tedavi çoğunlukla gerekmez.

13. Soru | Sol ventrikül nonkompaksiyon kardiyomiyopatisi

Doğru cevap: E) Sol ventrikül nonkompaksiyon kardiyomiyopatisi

1. Embriyonik miyokart kompaksiyonundaki bozukluk, iki tabakalı ve aşırı trabeküllü sol ventrikül görünümü oluşturur.
2. Kalp yetersizliği, ventriküler aritmi ve intrakaviter trombüs/emboli temel komplikasyonlardır.
3. Tanı klinik bağlamla birlikte ekokardiyografi veya kardiyak MR morfolojik ölçütleriyle konur; aile taraması düşünülür.

Kritik tuzak: Apikal trabekülasyon tek başına tanı değildir; görüntüleme ölçütleri klinik bulgular ve olası fizyolojik varyantlarla birlikte yorumlanmalıdır.

Çeldirici analizi

- A) Asimetrik septal hipertrofi ve dinamik çıkış yolu obstrüksiyonu beklenir; derin apikal trabeküler resesler tipik değildir.
B) Başlıca sağ ventrikül fibrofatty değişiklikleri ve ventriküler aritmilerle seyreder.
C) Perikard kalınlaşması, ventriküler etkileşim ve doluş kısıtlılığı yapar; miyokardiyal trabekülasyon paterni oluşturmaz.
D) Dengeli boşluk genişlemesi olabilir ancak patolojik nonkompakte tabaka, emboli ve sistolik disfonksiyon beklenmez.

14. Soru | Monoklonal proteinli hastada AL kardiyak amiloidoz

Doğru cevap: B) Hafif zincir ilişkili AL amiloidoz

1. Düşük EKG voltajına rağmen kalın ventrikül duvarları infiltratif kardiyomiyopatiji düşündürür.
2. Apikal korunma strain paterni kardiyak amiloidoz için karakteristiktir.
3. Monoklonal hafif zincir ve nefrotik tutulum AL amiloidozu güçlü biçimde destekler; doku tiplendirmesi gerekir.

Kritik tuzak: Monoklonal gammopati yaşlılarda tesadüfi olabilir; amiloid doku tiplendirmesi yapılmadan yalnız sintigrafiyle ATTR tanısı konmamalıdır.

Çeldirici analizi

- A) İleri yaşta kardiyak tutulum yapabilir; ancak belirgin monoklonal hafif zincir ve nefrotik proteinüri AL lehinedir.
C) Kronik inflamasyonla ilişkilidir ve kardiyak tutulum AL kadar belirgin değildir; monoklonal protein beklenmez.
D) Uzun süreli diyalizde eklem ve kemik tutulumu yapar; bu klinik patern uygun değildir.
E) AA tipi beklenir; monoklonal plazma hücre bulguları açıklanamaz.

15. Soru | Postpartum spontan koroner arter diseksiyonu

Doğru cevap: C) Yakın izlemle konservatif medikal tedavi

1. Genç postpartum kadında aterosklerotik risk olmadan ACS gelişmesi SCAD için tipiktir.
2. Uzun düzgün daralma ve intramural hematoma anjiyografik ipuçlarıdır.
3. Stabil, distal akımı korunmuş hastaların çoğunda damar kendiliğinden iyileşebildiği için konservatif tedavi seçilir.

Kritik tuzak: SCAD'de standart aterotrombotik ACS refleksiyle tromboliz veya gereksiz PCI uygulanması diseksiyonu kötüleştirebilir.

Çeldirici analizi

- A) Tromboliz intramural kanamayı ve diseksiyonu genişletebilir.
B) Uzun, kırılğan segmentlerde PCI teknik başarısızlık ve yayılım riski taşır; stabil akımı korunmuş hastada konservatif yaklaşım tercih edilir.
D) Enfeksiyöz bir süreç değildir.
E) SCAD tekrarlama ve iskemi riski nedeniyle hastane izlemi ve kardiyoloji takibi gerektirir.

16. Soru | Erişkinde çölyak krizi

Doğru cevap: E) Yoğun sıvı-elektrolit desteği ve sıkı glutensiz diyet

1. Profüz ishal, ağır malabsorpsiyon ve metabolik bozukluklar nadir çölyak krizini tanımlar.

2. İlk hedef dolaşım, elektrolit ve beslenme bozukluklarının düzeltilmesidir.
3. Glutensiz diyet temel tedavidir; yanıtız ağır olguda kısa süreli kortikosteroid düşünülebilir.

Kritik tuzak: Çölyak krizi tanısı konmadan enfeksiyon, pankreatik yetmezlik ve diğer ağır diyare nedenleri dışlanmalıdır.

Çeldirici analizi

- A) Enfeksiyon kanıtı yoktur; temel sorun ağır malabsorpsiyon ve metabolik bozukluktur.
- B) Mukozal hasarı artırır ve krizi kötüleştirir.
- C) Kolonik cerrahi endikasyonu yoktur; hastalık ince bağırsak kaynaklıdır.
- D) Şok ve ciddi elektrolit bozukluğu varken motilite baskılamak yetersiz ve tehlikelidir.

17. Soru | IgG4 ilişkili sklerozan kolanjit

Doğru cevap: D) Sistemik glukokortikoid

1. Pankreasın sosis görünümü ve safra yolu darlıkları tip 1 otoimmün pankreatit/IgG4 hastalığını düşündürür.
2. Yüksek serum IgG4 ve storiform fibrozis tanıyı destekler.
3. Glukokortikoidler çoğu hastada hızlı biyokimyasal ve radyolojik yanıt sağlar.

Kritik tuzak: PSC ile karıştırılabilir; IgG4 hastalığında steroid yanıtı belirgindir ve pankreas tutulumu sık eşlik eder.

Çeldirici analizi

- A) Kolestazi kısmen etkileyebilir ancak IgG4 ilişkili inflamasyonu hızla baskılayan temel tedavi değildir.
- B) Steroid yanıtı yüksek, geri dönüşlü inflamatuvar hastalıkta ilk seçenek değildir.
- C) Viral hepatit tedavisinde kullanılmıştır; IgG4 hastalığında yeri yoktur.
- E) Bakteriyel kolanjit yoksa hastalığın immün mekanizmasını tedavi etmez.

18. Soru | Eozinofilik gastroenterit

Doğru cevap: A) Eozinofilik gastroenterit

1. Tanı için gastrointestinal semptomlara doku eozinofilisi eşlik etmeli ve sekonder nedenler dışlanmalıdır.
2. Mukozal, musküler veya serozal tabaka tutulumu klinik görünümü; biyopsi derinliği de tanısal duyarlılığı belirler.
3. Besin ilişkisi değerlendirilir; orta-ağır veya obstrüktif hastalıkta sistemik glukokortikoid sık kullanılan başlangıç tedavisidir.

Kritik tuzak: Periferik eozinofili destekleyicidir ancak tek başına yeterli değildir; parazit, ilaç, malignite ve vaskülit gibi sekonder nedenler dışlanmalıdır.

Çeldirici analizi

- B) Villöz atrofi ve intraepitelyal lenfosit artışı beklenir; yoğun doku eozinofilisi ve segmental duvar kalınlaşması tipik değildir.
- C) PAS pozitif makrofajlar, artrit ve malabsorpsiyon ön plandadır; belirgin periferik eozinofili beklenmez.
- D) Organik duvar kalınlaşması, kilo kaybı ve histolojik eozinofilik infiltrasyonu açıklamaz.
- E) Akut vasküler riskli tabloda ağrı ve mukozal iskemi beklenir; kronik alerjik-eozinofilik patern değildir.

19. Soru | Kör ansa bağlı ince bağırsak bakteri aşırı çoğalması

Doğru cevap: B) İnce bağırsak bakteri aşırı çoğalması

1. Staz oluşturan kör ans veya anatomik bozukluk SIBO için risk yaratır.
2. Bakteriler B12'yi tüketirken folat üretebilir; düşük B12-yüksek folat paterni tipiktir.
3. Safra tuzu dekonjugasyonu steatoreye ve yağda eriyen vitamin eksikliğine yol açar.

Kritik tuzak: Yalnız hidrojen nefes testi negatifliği SIBO'yu dışlamaz; metan üreten flora ve test koşulları sonucu etkileyebilir.

Çeldirici analizi

- A) Şişkinlik ve ozmotik diyare yapabilir; B12 düşüklüğü, folat yüksekliği ve steatoreyi bu ölçüde açıklamaz.
- C) Steatore yapabilir; ancak kör ans cerrahisi ve B12-folat paterni bakteriyel aşırı çoğalmayı destekler.
- D) Kolon mukozası hastalığıdır; steatore ve B12 tüketimi tipik değildir.
- E) Kısa süreli seyredir; kronik malabsorpsiyon bulgularıyla uyumlu değildir.

20. Soru | İmmün kontrol noktası inhibitörü ilişkili hipofizit

Doğru cevap: C) Glukokortikoid replasmanına başlamak

1. Kontrol noktası inhibitörleri hipofizit ve çoklu hipofizer hormon eksikliği yapabilir.
2. Düşük kortizol ile düşük ACTH sekonder adrenal yetmezliği gösterir.
3. Yaşamı tehdit eden eksiklik kortizoldür; glukokortikoid tiroid hormonundan önce verilmelidir.

Kritik tuzak: Normal aralıkta TSH, düşük serbest T4 varlığında santral hipotiroidiyi dışlamaz.

Çeldirici analizi

- A) Kortizol eksikliği düzeltilmeden tiroid hormonu verilmesi adrenal krizi tetikleyebilir.
- B) Diabetes insipidus bulgusu yoktur; temel sorun sekonder adrenal yetmezliktir.
- D) İmmün ilişkili inflamasyon çoğunlukla cerrahi gerektirmez; kitle etkisi istisnadır.
- E) Hiponatreminin altında kortizol eksikliği vardır; hormon replasmanı zorunludur.

21. Soru | Amiodaron ilişkili tip 2 tirotoksikoz

Doğru cevap: B) Sistemik glukokortikoid

1. Düşük vaskülarite ve küçük bez destrüktif tip 2 amiodaron tirotoksikozunu düşündürür.
2. Tip 1'de iyotla tetiklenen sentez artışı ve vaskülarite daha belirgindir.
3. Tip 2 inflamatuvar destrüksiyon glukokortikoide yanıt verir.

Kritik tuzak: Karışık tipler olabilir; klinik ayırım net değilse tiyramid ve steroid birlikte gerekebilir.

Çeldirici analizi

- A) Tip 2 tablo destrüktif tiroidittir; yeni hormon sentezi temel mekanizma değildir.
- C) İyot tutulumu düşüktür ve amiodaron iyot yükü tedaviyi etkisizleştirir.
- D) Ek iyot vermek hormon salınımını ve iyot yükünü artırabilir; uygun değildir.
- E) Mevcut tirotoksikozu kötüleştirir.

22. Soru | Gordon sendromunda tedavi

Doğru cevap: D) Düşük doz tiyazid diüretik

1. Hiperkalemi, hiperkloremik metabolik asidoz ve hipertansiyon psödohipoaldosteronizm tip II'yi düşündürür.
2. WNK yolak bozukluğu distal tübülde NaCl kotransporter aktivitesini artırır.
3. Tiyazidler NCC'yi inhibe ederek tansiyon, potasyum ve asidozu düzeltir.

Kritik tuzak: Hiperkalemi hipertansiyon Liddle'dan ayrılır; Liddle'da hipokalemik alkaloz beklenir.

Çeldirici analizi

- A) Aldosteron düşük olduğu için temel bozukluğu hedeflemez ve hiperkalemiyi artırabilir.
- B) Liddle sendromunda yararlıdır; Gordon sendromunda NCC aşırı aktivitesi tiyazidle düzeltilir.
- C) Mevcut hiperkalemiyi ağırlaştırır.
- E) Hipertansiyonu ve hacim yükünü kötüleştirebilir; temel mekanizma mineralokortikoid eksikliği değildir.

23. Soru | Erişkin hipofosfatazya

Doğru cevap: E) Hipofosfatazya

1. Doku nonspesifik alkalin fosfataz eksikliği mineralizasyonu bozar.
2. Sürekli düşük ALP temel laboratuvar ipucudur; PLP gibi substratlar birikir.
3. Erken diş kaybı ve psödokırık/stres kırıkları erişkin hipofosfatazyayı destekler.

Kritik tuzak: Yanlışlıkla osteoporoz tanısıyla bisfosfonat verilmesi mineralizasyon bozukluğunu ve atipik kırık riskini kötüleştirebilir.

Çeldirici analizi

- A) Paget'te alkalin fosfataz genellikle belirgin yüksektir.
- B) Hiperkalsemi ve PTH yüksekliği beklenir; düşük ALP ve erken diş kaybı tipik değildir.
- C) Yoğun kemik görünümü ve kırıklar olabilir; düşük ALP-piridoksal fosfat paterni hipofosfatazyaya özgüdür.
- D) ALP çoğunlukla yükselir; erken köklü diş kaybı ve yüksek PLP beklenmez.

24. Soru | Gemcitabine bağlı trombotik mikroanjiyopati

Doğru cevap: D) Gemcitabine bağlı trombotik mikroanjiyopati

1. Şistosit, LDH yüksekliği ve düşük haptoglobin mikroanjiyopatik hemolizi gösterir.
2. Trombositopeni ve organ hasarıyla birlikte bu bulgular trombotik mikroanjiyopatidir.
3. Gemcitabine maruziyeti, yeni hipertansiyon ve belirgin böbrek tutulumu ilaç ilişkili TMA için tipiktir.

Kritik tuzak: TMA saptandığında gemcitabine derhal kesilir; plazma değişimi TTP kadar etkili değildir.

Çeldirici analizi

- A) TTP'de ağır ADAMTS13 eksikliği genellikle <%10 beklenir; ilaç maruziyeti ve böbrek-hipertansiyon baskınlığı TMA'yı destekler.
- B) DIC'de PT/aPTT uzaması, fibrinojen düşüklüğü ve D-dimer artışı beklenir.
- C) İzole trombositopeni yapar; şistosit, hemoliz ve böbrek hasarı beklenmez.
- E) Mikroanjiyopatik hemoliz, şistosit ve trombositopeniyi açıklamaz.

25. Soru | T hücreli büyük granüler lenfositik lösemide tedavi

Doğru cevap: B) Düşük doz metotreksat temelli immünsüpresif tedavi

1. Kronik nötropeni, romatoid artrit ve CD3+/CD8+/CD57+ klonal granüler lenfositler T-LGL lösemisini destekler.
2. Tedavi yalnız semptomatik sitopeni, ağır nötropeni, transfüzyon gereksinimi veya otoimmün komplikasyon varlığında başlanır.
3. Metotreksat, siklofosfamid veya siklosporin gibi immünsüpresif ajanlar kullanılır; romatoid artrit birlikteliğinde metotreksat uygun ilk seçenektir.

Kritik tuzak: Felty sendromu benzer triad yapabilir; klonal T hücre popülasyonunun gösterilmesi T-LGL lehinedir.

Çeldirici analizi

- A) Rituksimab CD20 pozitif B hücrelerini hedefler; klonal hücreler olgun T lenfositleridir.
- C) Akut promiyelositik lösemide kullanılır; bu kronik T hücreli neoplazide etkili değildir.
- D) BCR-ABL1 pozitif kronik miyeloid lösemide hedefe yöneliktir; T-LGL biyolojisini hedeflemez.
- E) Seçilmiş dirençli olgularda düşünülebilse de ilk basamak sistemik immünsüpresyonun yerini tutmaz.

26. Soru | Timomaya eşlik eden saf eritroid aplazi

Doğru cevap: C) Saf eritroid aplazi

1. İzole ağır anemi ve çok düşük retikülosit üretim kusurunu gösterir.
2. Kemik iliğinde eritroid öncüllerin seçici kaybı saf eritroid aplazinin tanımıdır.
3. Timoma, erişkinde edinilmiş saf eritroid aplazinin klasik ilişkilerindendir.

Kritik tuzak: Timomektomi gerekli olsa da anemi her zaman tek başına düzelmez; immünsüpresif tedavi de gerekebilir.

Çeldirici analizi

- A) Aplastik anemide üç hücre serisinde azalma ve hiposellüler kemik iliği beklenir.
- B) Displazi ve çoğu kez birden fazla seri etkilenimi beklenir; izole eritroid yokluğu tipik değildir.
- D) Retikülositoz beklenir; burada retikülosit baskılanmıştır.
- E) Mikrositoz ve eritroid öncüllerde azalma değil, demir kısıtlı eritropoez beklenir.

27. Soru | İmmün kontrol noktası inhibitörü ilişkili akut interstisyel nefrit

Doğru cevap: B) Akut interstisyel nefrit

1. Kontrol noktası inhibitörleri immün ilişkili organ toksisitesi yapabilir.
2. AKI ile steril piyüri ve lökosit silendiri interstisyel nefriti düşündürür.
3. Alternatif nedenler dışlandıktan sonra ilaç kesilir; orta-ağır olguda kortikosteroid ve gerektiğinde biyopsi planlanır.

Kritik tuzak: Eozinofili veya eozinofilüri olmaması akut interstisyel nefriti dışlamaz.

Çeldirici analizi

- A) Steril piyüri ve lökosit silendirleri interstisyel inflamasyonu destekler; yalnız hacim azalmasıyla açıklanmaz.
- C) Görüntülemelerde obstrüksiyon yoktur ve idrar sedimenti uyumlu değildir.
- D) Nefrotik düzeyde proteinüri beklenir; burada AKI ve piyüri baskındır.
- E) Ani flank ağrısı ve infarkt bulguları beklenir; lökosit silendiri tipik değildir.

28. Soru | Dent hastalığında düşük molekül ağırlıklı proteinüri

Doğru cevap: A) Dent hastalığı

1. Dent hastalığı çoğunlukla CLCN5, daha az OCRL mutasyonuna bağlı X'e bağlı proksimal tübül bozukluğudur.
2. Düşük molekül ağırlıklı proteinüri, hiperkalsiüri, nefrokalsinozis ve taşlar temel bulgulardır.
3. Hiperkalsiürinin azaltılması, sitrat desteği ve böbrek fonksiyonunun izlenmesi gerekir; kadın taşıyıcılarda daha hafif bulgular olabilir.

Kritik tuzak: Dipstik esas olarak albumini algıladığı için belirgin tübüler proteinüriyi olduğundan az gösterebilir; protein fraksiyonu önemlidir.

Çeldirici analizi

- B)** Dibazik aminoasit taşıma bozukluğudur; altıgen sistin kristalleri yapar, düşük molekül ağırlıklı proteinüri tipik değildir.
- C)** Hipokalemik metabolik alkaloz, hipomagnezemi ve hipokalsiüri yapar; burada hiperkalsiüri vardır.
- D)** Hematüri, iştme kaybı ve bazal membran bozukluğu beklenir; proksimal tübüler proteinüri paterni değildir.
- E)** Bilateral böbrek kistleri ve ailede dikey geçiş beklenir; X'e bağlı proksimal tübül bulguları uymaz.

29. Soru | Monoklonal gammopatiye bağlı böbrek hasarında MGRS

Doğru cevap: E) Monoklonal gammopati renal önem taşır ve klona yönelik tedavi gerektirir

1. Miyelom yükü düşük olsa da monoklonal immünoglobulin böbreğe toksik olabilir.
2. Böbrek biyopsisinde monoklonal kappa birikimi organ hasarını doğrudan gösterir.
3. MGRS'de amaç hematolojik malignite eşiğini beklemek değil, böbreği korumak için klona yönelik tedavidir.

Kritik tuzak: MGUS ile MGRS arasındaki fark klon büyüklüğü değil, monoklonal proteinin organ hasarı yapma yapmamasıdır.

Çeldirici analizi

- A)** Küçük klon ciddi organ hasarı yapabilir; bu durum MGRS'nin özüdür.
- B)** Proteinürüyü azaltabilir ancak nefrotoksik monoklonal proteini üreten klonu ortadan kaldırmaz.
- C)** MGUS organ hasarı yapmaz; renal biyopsi monoklonal hasarı kanıtlamıştır.
- D)** İmmün birikim kappa ile sınırlıdır; monoklonal süreçtir.

30. Soru | VEXAS sendromu

Doğru cevap: B) VEXAS sendromu

1. VEXAS ileri yaş erkeklerde başlayan otoinflamasyon ve hematolojik bozukluk birlikteliğidir.
2. Makrositer anemi ve myeloid öncüllerde vakuoller önemli ipuçlarıdır.
3. Tanı hematopoietik hücrelerde somatik UBA1 mutasyonunun gösterilmesiyle doğrulanır.

Kritik tuzak: Kondrit tanısı tek başına relapsing polikondrit olarak etiketlenirse eşlik eden makrositer sitopeniler gözden kaçabilir.

Çeldirici analizi

- A)** Kondriti açıklayabilir; ancak ileri yaş erkek, makrositer sitopeniler ve kemik iliği vakuolleri VEXAS için daha özgündür.
- C)** Oral-genital ülser ve üveit beklenir; kemik iliği vakuolizasyonu tipik değildir.
- D)** Genç kadınlarda daha sık, otoantikör ve çoklu organ paterni beklenir; UBA1 ilişkili tabloya uymaz.
- E)** Genç yaşta başlayan otoinflamatuvar ataklar ve MEFV ilişkisi beklenir.

31. Soru | Behçet hastalığında pulmoner arter anevrizması

Doğru cevap: A) Yüksek doz glukokortikoid ve siklofosfamid

1. Behçet'te pulmoner arter anevrizması nadir fakat yaşamı tehdit eden vasküler tutulumdur.
2. Hemoptizi ve anevrizma varlığında hızlı immünsüpresyon gerekir.
3. Yüksek doz steroid ve siklofosfamid ilk basamakta damar inflamasyonunu baskılar; girişimsel tedavi kanama kontrolünde gerekebilir.

Kritik tuzak: İn situ trombüs görülmesi otomatik olarak antikoagülasyon anlamına gelmez; anevrizma ve kanama riski önce değerlendirilmelidir.

Çeldirici analizi

- B)** Pulmoner arter anevrizmasında ölümcül hemoptizi artırabilir; temel sorun vaskülitir.
- C)** Vasküler inflamasyonu ve anevrizmayı tedavi etmez.
- D)** Mukokutanöz bulgulara yararlı olabilir; yaşamı tehdit eden büyük damar tutulumunda yetersizdir.
- E)** Enfeksiyon kanıtı yoktur; immün vaskülit tedavisi gerekir.

32. Soru | Anti-LGI1 ensefaliti

Doğru cevap: A) Anti-LGI1 antikoru

1. Fasiyobrakial distonik nöbetler çoğu zaman limbik ensefalitin bilişsel evresinden önce başlar.
2. Hiponatremi, medial temporal tutulum ve subakut amnezi LGI1 otoimmün ensefalitini destekler.

3. Erken immünoterapi nöbetleri ve kalıcı bilişsel hasar riskini azaltabilir; malignite birlikteliği bazı diğer yüzey antikörlerine göre daha düşüktür.

Kritik tuzak: Bu çok kısa ataklar hareket bozukluğu sanılabilir; stereotipik yüz-kol distonisi otoimmün nöbet olarak tanınmalıdır.

Çeldirici analizi

- B) Daha çok gençlerde psikoz, diskinezi, otonom instabilite ve orofasiyal hareketlerle ilişkilidir; fasiyobrakial distonik nöbetler LGI1 için karakteristiktir.
- C) Optik nörit ve uzun segment miyelitle seyreden nöromiyelitis optika spektrumunu destekler.
- D) Miyastenia graviste yorulmakla artan kas güçsüzlüğü yapar; limbik ensefaliti açıklamaz.
- E) Otoimmün epilepsiyle ilişkili olabilir ancak hiponatremi ve fasiyobrakial distonik nöbet birlikteliği LGI1 için çok daha özgüdür.

33. Soru | Progresif supranükleer palsi

Doğru cevap: D) Progresif supranükleer palsi

1. Erken, açıklanamayan düşmeler atipik parkinsonizm için uyarıcıdır.
2. Vertikal supranükleer bakış felci PSP'nin ayırt edici bulgusudur.
3. Aksiyal rijidite ve zayıf levodopa yanıtı tanıyı destekler.

Kritik tuzak: PSP'de göz hareketi kısıtlılığı supranükleerdir; vestibülo-oküler refleksle gözler pasif olarak hareket ettirilebilir.

Çeldirici analizi

- A) Parkinson'da erken düşme ve vertikal supranükleer bakış felci tipik değildir; levodopa yanıtı genellikle daha iyidir.
- B) Yürüme apraksisi, demans ve inkontinans yapar; vertikal bakış felci ve aksiyal rijidite paterni beklenmez.
- C) Fluktuasyon gösteren oküler-bulber güçsüzlük yapar; rijidite ve erken postüral instabilite oluşturmaz.
- E) Aksiyon tremoru baskındır; göz hareketi ve postüral refleks bozukluğu açıklanmaz.

34. Soru | Valproat ilişkili hiperamonyemik ensefalopati

Doğru cevap: C) Valproatı kesmek ve L-karnitin vermek

1. Valproat üre döngüsünü ve karnitin metabolizmasını bozarak hiperamonyemi yapabilir.
2. Karaciğer enzimlerinin normal olması tanıyı dışlamaz.
3. İlaç kesilir, destek tedavisi ve L-karnitin verilir; ağır olguda hemodiyaliz değerlendirilebilir.

Kritik tuzak: Valproat düzeyi terapötik aralıkta olsa bile hiperamonyemik ensefalopati gelişebilir.

Çeldirici analizi

- A) Hiperamonyemi ve ensefalopatiyi kötüleştirir.
- B) Ajitasyonu baskılasa bile metabolik toksisiteyi düzeltmez ve nörolojik değerlendirmeyi zorlaştırabilir.
- D) Tiroid disfonksiyonu kanıtı yoktur; hiperamonyeminin nedeni değildir.
- E) Ensefalopati ilerleyebilir; sorumlu ilaç derhal kesilmelidir.

35. Soru | Karbonmonoksit zehirlenmesinde hiperbarik oksijen

Doğru cevap: D) Yüzde 100 oksijen verip hiperbarik oksijen tedavisi için değerlendirmek

1. COHb yüksekliği ve uyumlu maruziyet tanıyı destekler; pulse oksimetre yanıltıcı olabilir.
2. Bilinç kaybı ve kardiyak iskemi ağır zehirlenme ölçütleridir.
3. Derhal yüksek akımlı %100 oksijen başlanır; nörolojik/kardiyak ağır bulgularda hiperbarik oksijen düşünülür.

Kritik tuzak: Tedavi kararı yalnız COHb yüzdesine dayanmaz; nörolojik durum, kardiyak iskemi, asidoz ve gebelik önemlidir.

Çeldirici analizi

- A) CO'nun hemoglobinden ayrılmasını geciktirir ve nöro-kardiyak hasar riskini artırır.
- B) Methemoglobinemi tedavisidir; CO zehirlenmesinde etkili değildir.
- C) Parasetamol zehirlenmesinin antidotudur.
- E) Doku hipoksisini ve COHb'yi hızla düzeltmez.

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

36. Soru | Neonatal alloimmün nötropeni

Doğru cevap: C) Neonatal alloimmün nötropeni

- Yaşamın ilk günlerinde ağır bakteriyel enfeksiyonla birlikte izole derin nötropeni neonatal kökenli bir immün süreci düşündürür.
- Annenin nötrofil sayısının normal olması maternal otoimmün nötropeniden çok fetüse özgü antijene karşı alloantikör gelişimini destekler.
- Maternal antinötrofil antikorlarının plasentadan geçişi neonatal alloimmün nötropeniye yol açar; enfeksiyon tedavisi ve seçilmiş ağır olgularda G-CSF uygulanır.

Kritik tuzak: Normal maternal kan sayımı tanıyı dışlamaz; patojenik antikor annenin kendi nötrofillerinde bulunmayan fetal HNA antijenine yöneliktir.

Çeldirici analizi

- A)** Siklik nötropenide yaklaşık 21 günlük periyodik düşüşler beklenir; doğumdan hemen sonra maternal antikor gösterilmesiyle uyumlu değildir.
- B)** Kalıcı ağır konjenital nötropeni yapabilir; ancak kardeşlerde sınırlı neonatal dönem ve maternal antinötrofil antikor paterni alloimmünizmi destekler.
- D)** Trombositopeni ve kanama yapar; olguda trombosit sayısı normal, nötropeni belirgindir.
- E)** Çoğunlukla Down sendromlu yenidoğanda blast artışıyla görülür; izole ağır nötropeni değildir.

37. Soru | Mekonyum tıkaç sendromunda kontrastlı lavman

Doğru cevap: A) Suda çözünen kontrastla kolon lavmanı

- Gecikmiş mekonyum ve distal obstrüksiyon yenidoğanda mekanik/fonksiyonel kolon sorununu düşündürür.
- Mekonyum tıkaç sendromunda kontrast lavman tıkaçı gösterir ve boşaltabilir.
- Semptomlar sürerse Hirschsprung ve kistik fibrozis gibi altta yatan nedenler araştırılır.

Kritik tuzak: Kontrast lavmanla düzelme, Hirschsprung olasılığını tamamen ortadan kaldırmaz; kalıcı semptomda biyopsi gerekir.

Çeldirici analizi

- B)** Perforasyon veya nekroz yoktur; çoğu olgu konservatif ve kontrast lavmanla düzelir.
- C)** Aspirasyon ve perforasyon riski taşır; distal kolon değerlendirmesinde uygun değildir.
- D)** Hirschsprung şüphesi devam ederse gerekir; ilk tanısal/terapi edici yaklaşım kontrast lavmandır.
- E)** Safra kusma ve obstrüksiyon bulguları varken değerlendirme geciktirilmemelidir.

38. Soru | Çok düşük doğum ağırlıklı bebekte spontan intestinal perforasyon

Doğru cevap: C) Spontan intestinal perforasyon

- Aşırı prematürite ve çok düşük doğum ağırlığı temel risk faktörleridir.
- Ani serbest hava ve tek odaklı terminal ileum perforasyonu SIP için tipiktir.
- Pnömatosis/portal venöz gazın olmaması NEK'ten ayırıcıdır.

Kritik tuzak: SIP ve NEK tedavileri örtüşebilse de prognoz ve patogenezi farklıdır; radyolojik patern dikkatle değerlendirilmelidir.

Çeldirici analizi

- A)** NEK'te yaygın bağırsak inflamasyonu, pnömatosis ve portal venöz gaz daha tipiktir; burada izole perforasyon vardır.
- B)** Term veya daha büyük bebekte distal obstrüksiyon öyküsü beklenir; aşırı prematüre izole ileal perforasyonla uymaz.
- D)** Kistik fibrozisle ilişkilidir ve doğumdan itibaren distal obstrüksiyon yapar; yaşamın 8. gününde izole perforasyon paterni değildir.
- E)** Bu yaş ve ağırlıkta çok nadirdir; hedef görünümü ve bağırsak teleskoplaşması beklenir.

39. Soru | Konjenital şilotoraks

Doğru cevap: D) Konjenital şilotoraks

- Şilotoraksta plevral sıvı enteral uzun zincirli yağ sonrası süt beyazı hâle gelebilir.
- Yüksek trigliserid ve lenfosit baskınlığı şilöz sıvıyı doğrular.
- Başlangıç tedavisi drenaj, solunum desteği ve orta zincirli trigliserid/yağsız beslenme veya geçici parenteral beslenmedir.

Kritik tuzak: Beslenme başlamadan önce şilöz sıvı berrak olabilir; yalnız görünümüne göre tanı dışlanmamalıdır.

Çeldirici analizi

- A) Nötrofil baskın pürülan sıvı ve enfeksiyon bulguları beklenir.
- B) Sıvı hematokriti yüksek ve kanlı görünümde olur; trigliserid-lenfosit paterni uymaz.
- C) Düşük proteinli berrak sıvı beklenir; beslenmeyle süt rengine dönüşmez.
- E) Plevral sıvı yapmaz; parankimal infiltrasyon ve hava kaçağı beklenir.

40. Soru | G6PD eksikliğine bağlı neonatal hiperbilirubinemi

Doğru cevap: D) Glukoz-6-fosfat dehidrogenaz eksikliği

1. Erkek bebek ve Akdeniz kökeni X'e bağlı G6PD eksikliği için risk oluşturur.
2. Coombs negatif hemoliz immün olmayan nedenleri düşündürür.
3. Heinz cisimcikleri ve ısırılmış hücreler oksidatif eritrosit hasarının tipik bulgularıdır.

Kritik tuzak: Akut hemoliz sırasında genç retikülositler nedeniyle enzim düzeyi yalancı normal olabilir; test iyileşme sonrası tekrarlanabilir.

Çeldirici analizi

- A) Coombs pozitifliği ve anne-bebek Rh uyumsuzluğu beklenir.
- B) Sferosit ve artmış MCHC görülür; Heinz cisimciği/ısırılmış hücre oksidatif hemolizi düşündürür.
- C) Bu hızda artış ve hemoliz bulguları fizyolojik değildir.
- E) Konjuge hiperbilirubinemi ve soluk dışkı beklenir; indirekt hemoliz paterniyle uymaz.

41. Soru | IPEX sendromunda FOXP3 defekti

Doğru cevap: D) FOXP3 mutasyonu

1. IPEX; immün disregülasyon, poliendokrinopati ve enteropatiyle seyreden X'e bağlı sendromdur.
2. Regülatör T hücrelerinin gelişimi ve işlevi FOXP3'e bağlıdır.
3. Kesin tedavi uygun hastada hematopoietik kök hücre naklidir; destek ve immünsüpresyon köprü sağlar.

Kritik tuzak: Egzama ve ishal tek başına gıda alerjisi olarak yorumlanmamalı; neonatal diyabet ve erkek cinsiyet IPEX'i düşündürmelidir.

Çeldirici analizi

- A) X'e bağlı agammaglobulinemi yapar; enteropati-egzama-neonatal diyabet triadı beklenmez.
- B) Kronik granümatöz hastalık yapar; katalaz pozitif enfeksiyonlar ön plandadır.
- C) Egzama ve immün yetmezlik yapabilir ancak mikrotrombositopeni tipiktir; neonatal otoimmün diyabet/enteropati daha çok IPEX'tir.
- E) Ağır kombine immün yetmezlik yapar; otoimmün enteropati triadı özgül değildir.

42. Soru | X'e bağlı hiper-IgM sendromu

Doğru cevap: E) CD40 ligand eksikliği

1. Düşük IgG/IgA ile korunmuş-yüksek IgM, sınıf değişim rekombinasyonu bozukluğunu gösterir.
2. T hücresindeki CD40L, B hücresindeki CD40'ı uyarak sınıf değişimini ve germinal merkezi sağlar.
3. X'e bağlı CD40L eksikliğinde oportunistik enfeksiyonlar da görüldüğünden IVIG ve PJP profilaksisi gerekir.

Kritik tuzak: IgM'nin yüksek olması etkili humoral bağışıklık anlamına gelmez; antikor afinitesi ve sınıf değişimi bozuktur.

Çeldirici analizi

- A) Neisseria enfeksiyonlarına yatkınlık yapar; immünoglobulin sınıf değişimi bozukluğu oluşturmaz.
- B) Mikobakteri ve Salmonella duyarlılığı yapar; hiper-IgM paterni beklenmez.
- C) Lökosit adezyon defekti yapar; gecikmiş kordon ayrılması ve nötrofili beklenir.
- D) T, B ve NK hücrelerini etkileyen SCID yapar; IgM'nin korunması tipik değildir.

43. Soru | APECED sendromunda AIRE mutasyonu

Doğru cevap: E) Primer adrenal yetmezlik

1. Kronik mukokutanöz kandidiyazis ve hipoparatiroidi APECED için iki temel bileşendir.
2. AIRE mutasyonu santral immün toleransı bozar ve otoimmün organ hasarına yol açar.
3. Klasik üçüncü bileşen Addison hastalığıdır; adrenal fonksiyonlar düzenli izlenir.

Kritik tuzak: Üçlü bulgunun tümünün aynı anda ortaya çıkması gerekmez; iki bileşen tanıyı güçlü biçimde düşündürür.

Çeldirici analizi

- A) Hipofiz GH fazlalığı APECED'in tipik bileşeni değildir.
- B) Adrenal korteks yetersizliğinin tersine aldosteron fazlalığı beklenmez.
- C) MEN2 ile ilişkilidir; kandidiyazis-hipoparatiroidi triadına uymaz.
- D) Neonatal hipoglisemi yapar; otoimmün poliendokrin sendromun tipik bileşeni değildir.

44. Soru | Çocukta herediter anjiyoödem atağı

Doğru cevap: A) C1 esteraz inhibitörü konsantresi

1. Ürtikersiz tekrarlayan ödem ve karın atakları herediter anjiyoödemi düşündürür.
2. Düşük C4 kompleman tüketimini destekler; normal triptaz mast hücre anafilaksisini daha az olası kılar.
3. Hava yolu güvenliği sağlanırken C1 inhibitörü; yoksa ikatibant gibi bradikinin hedefli tedavi verilir.

Kritik tuzak: Epinefrin hava yolu acilinde denenebilir ancak herediter anjiyoödemün özgül tedavisi bradikinin yolunu hedeflemektir.

Çeldirici analizi

- B) Bradikinin aracılı herediter anjiyoödem histamine yanıt vermez.
- C) Etki mekanizması bradikinin olduğundan steroid genellikle etkisizdir.
- D) Enfeksiyöz bir süreç değildir.
- E) Damar dışı sıvı birikimini ve hava yolu ödemi mekanistik olarak tedavi etmez.

45. Soru | Cor triatriatum sinister

Doğru cevap: C) Cor triatriatum sinister

1. Sol atriyal membran pulmoner venöz dönüşü mitral kapağa geçmeden önce engeller.
2. Küçük açıklık pulmoner venöz hipertansiyon ve mitral darlığı benzeri bulgular oluşturur.
3. Anatomi tanı ekokardiyografiyle konur; semptomatik obstrüksiyonda cerrahi membran rezeksiyonu yapılır.

Kritik tuzak: Mitral darlığı benzeri çocukluk tablosunda supramitral halka ve cor triatriatum ayrımı anatomik olarak yapılmalıdır.

Çeldirici analizi

- A) Benzer hemodinami yapabilir ancak ekokardiyografide mitral kapak yerine sol atriyal membran vardır.
- B) Sol atriymu ikiye bölen membranı açıklamaz; sabit çiftleşmiş S2 beklenebilir.
- D) Sürekli üfürüm ve geniş nabız basıncı yapar; sol atriyal membranla ilişkili değildir.
- E) Siyanotik sağ çıkım yolu obstrüksiyonu tablosudur; pulmoner venöz obstrüksiyon değildir.

46. Soru | Çift çıkımlı sağ ventrikül

Doğru cevap: B) Çift çıkımlı sağ ventrikül

1. DORV'nin anatomik tanımı her iki büyük arterin ağırlıklı olarak sağ ventrikülden çıkmasıdır.
2. Sistemik akımın sol ventrikülden çıkışı VSD üzerinden olur.
3. Klinik fizyoloji VSD'nin konumu ve pulmoner darlığın derecesine göre değişir.

Kritik tuzak: DORV tek bir fizyoloji değildir; VSD ilişkisi cerrahi planı belirler.

Çeldirici analizi

- A) Aort sağ, pulmoner arter sol ventrikülden çıkar; her iki arterin sağ ventrikülden çıkması DORV'dir.
- C) Tek ortak arteriyel kök vardır; iki ayrı büyük arter bulunmaz.
- D) Aort overriding olsa da çoğunlukla her iki büyük arter tamamen sağ ventrikülden çıkmaz.
- E) Pulmoner çıkışın tamamen kapalı olması beklenir; burada ayrı pulmoner arter ve darlık vardır.

47. Soru | TAPVR onarımı sonrası pulmoner ven stenozu

Doğru cevap: D) Pulmoner ven stenozu

1. TAPVR onarımı sonrası anastomoz veya pulmoner venlerde progresif darlık gelişebilir.
2. Pulmoner venöz hipertansiyon tekrarlayan ödem ve pulmoner hipertansiyon yapar.
3. Doppler hızlanması ve BT'de venöz daralma tanıyı doğrular; erken cerrahi/girişimsel değerlendirme gerekir.

Kritik tuzak: Pulmoner hipertansiyonu yalnız rezidüel şantla açıklamak, postoperatif pulmoner ven stenozunu geciktirebilir.

Çeldirici analizi

- A) Üst-alt ekstremitelerde nabız ve tansiyon farkı yapar; pulmoner ven giriş hızlanmasını açıklamaz.
- B) Sürekli üfürüm ve sol kalp hacim yükü yapar; venöz anastomoz darlığı görünümüyle uymaz.
- C) Pulmoner venlerde fokal daralma ve akım hızlanması oluşturmaz.
- E) Doğuştan septal açıklıktır; ameliyat sonrası çoklu ven darlığı değildir.

48. Soru | Konjenital klor diyare

Doğru cevap: C) Konjenital klor diyare

1. İleum ve kolonda Cl/HCO_3^- değiştirici defekti klor emilimini bozar.
2. Fekal klor kaybı hipokloremi, hacim kaybı ve sekonder alkalozu yol açar.
3. Yüksek dışkı kloru tanısaldır; yaşam boyu NaCl/KCl ve sıvı replasmanı gerekir.

Kritik tuzak: Sulu dışkının idrar sanılması tanıyı geciktirebilir; bezde dışkı pH ve elektrolitleri ölçülmelidir.

Çeldirici analizi

- A) Daha çok metabolik asidozla seyreder; yüksek dışkı kloru ve alkaloz klor diyareyi destekler.
- B) Hipokloremik alkaloz yapabilir ancak safrasız fışkırır kusma beklenir; doğuştan sulu diyareyi açıklamaz.
- D) Renal tuz kaybı yapar; dışkı kloru yüksek değildir ve doğuştan profüz diyare beklenmez.
- E) Mekonyum ileusu veya pankreas yetmezliği yapar; yüksek dışkı kloruyla sekretuar diyare ve alkaloz tipik değildir.

49. Soru | Herediter fruktoz intoleransında diyet

Doğru cevap: D) Fruktoz, sukroz ve sorbitolün diyetten tamamen çıkarılması

1. Herediter fruktoz intoleransı aldolaz B eksikliğine bağlı fruktoz-1-fosfat birikimiyle ATP ve fosfat tüketir.
2. Semptomların meyve, sofra şekeri veya sorbitol içeren besinlerle başlaması önemli ipucudur.
3. Tedavi ömür boyu fruktoz, sukroz ve sorbitolün uzaklaştırılmasıdır; erken başlanırsa karaciğer ve böbrek hasarı gerileyebilir.

Kritik tuzak: Fruktozüri genellikle benign ve asemptomatiktir; ağır hipoglisemi-hepatotoksisite herediter fruktoz intoleransını düşündürür.

Çeldirici analizi

- A) Glikojen depo hastalığı tip I'de açlık hipoglisemisini önler; aldolaz B eksikliğinin toksik substratlarını ortadan kaldırmaz.
- B) Klasik galaktozeminin tedavisidir; meyve ve sukrozla başlayan tabloyu açıklamaz.
- C) Dirençli epilepside kullanılabilir; karaciğerde fruktoz-1-fosfat birikimini önlemez.
- E) Üre döngüsü bozukluklarında düşünülebilir; bu hastalıkta temel sorun aldolaz B ve fruktoz metabolizmasıdır.

50. Soru | Alagille sendromu

Doğru cevap: B) Alagille sendromu

1. Alagille sendromu çoğunlukla JAG1/NOTCH yolak bozukluğuna bağlı otozomal dominant bir hastalıktır.
2. İntrahepatik safra kanalı azlığına kalp, göz, vertebra, yüz ve damar anomalileri eşlik eder.
3. Kaşıntı ve beslenme sorunları tedavi edilir; ciddi kolestaz, portal hipertansiyon veya yaşam kalitesi bozukluğunda nakil değerlendirilebilir.

Kritik tuzak: Posterior embriyotokson tek başına özgül değildir; tanı çoklu sistem fenotipi ve duktopeninin birlikte değerlendirilmesiyle konur.

Çeldirici analizi

- A) Erken dönemde akolik dışkı ve ilerleyici ekstrahepatik obstrüksiyon yapar; kalp-göz-vertebra birlikteliği ve duktopeni Alagille lehinedir.
- C) Düşük GGT'li kolestaz yapabilir ancak tipik yüz, posterior embriyotokson ve periferik pulmoner stenoz beklenmez.
- D) Neonatal kolestaz yapabilir fakat interlobüler kanal azlığı ve karakteristik çoklu sistem bulgularını açıklamaz.
- E) Yenidoğan döneminde ağır karaciğer yetmezliği ve ekstrahepatik siderozla seyreder; bu kronik sendromal fenotip değildir.

51. Soru | McCune-Albright sendromu

Doğru cevap: E) McCune-Albright sendromu

1. Otonom östrojen üretimi gonadotropinden bağımsız erken puberte yapar.

2. Düzensiz kıyılı café-au-lait lekeleri ve polioyotik fibröz displazi klasik bileşenlerdir.
3. Mozaik GNAS aktivasyonu sendromu oluşturur; tedavi etkilenen endokrin eksene göre planlanır.

Kritik tuzak: McCune-Albright'ta lekeler sıklıkla orta hattı geçmez ve 'coast of Maine' biçimli düzensiz sınırlıdır.

Çeldirici analizi

- A) Gonadal yetmezlik ve düşük östrojen beklenir; fibröz displazi ve otonom puberte olmaz.
- B) Café-au-lait lekeleri yapabilir; ancak düzgün 'coast of California' sınırlıdır ve otonom östrojen/fibröz displazi triadı tipik değildir.
- C) Androjen fazlalığı ve virilizasyon beklenir; kemik lezyonları açıklanmaz.
- D) LH/FSH uyarılabilir olur; burada gonadotropinden bağımsız östrojen üretimi vardır.

52. Soru | Septo-optik displazi

Doğru cevap: C) Septo-optik displazi

1. Septo-optik displazi; optik sinir hipoplazisi, orta hat beyin anomalisi ve hipotalamo-hipofizer disfonksiyon bileşenlerinden en az ikisini içerir.
2. ACTH, TSH, büyüme hormonu ve antidiüretik hormon eksiklikleri zaman içinde ortaya çıkabileceğinden seri değerlendirme gerekir.
3. Hipoglisemi özellikle kortizol veya büyüme hormonu eksikliğinin erken ve tehlikeli bulgusu olabilir.

Kritik tuzak: Normal TSH, düşük serbest T4 varlığında santral hipotiroidiyi dışlamaz; hedef organ hormonuyla birlikte yorumlanmalıdır.

Çeldirici analizi

- A) Hipogonadotropik hipogonadizm ve anosmi yapar; optik sinir hipoplazisi ile septum pellucidum yokluğu tipik değildir.
- B) Kızlarda kısa boy ve gonadal disgenез yapar; karakteristik beyin-göz orta hat anomalilerini açıklamaz.
- D) Yalnız büyüme eksenini etkiler; santral hipotiroidi, optik hipoplazi ve orta hat defekti beklenmez.
- E) Suprasellar kitle ve kalsifikasyonla edinsel hipofiz bozukluğu yapar; doğuştan optik hipoplazi-septum yokluğu triadı değildir.

53. Soru | Psödohipoaldosteronizm tip 1

Doğru cevap: B) Psödohipoaldosteronizm tip 1

1. Hiponatremi, hiperkalemi ve metabolik asidoz aldosteron etkisizliğini düşündürür.
2. Renin ve aldosteronun çok yüksek olması hormon üretiminin korunup hedef dokunun dirençli olduğunu gösterir.
3. Normal kortizol ve 17-OHP klasik konjenital adrenal hiperplaziyi dışlamaya yardımcıdır.

Kritik tuzak: İdrar yolu enfeksiyonu ve obstrüktif üropati geçici psödohipoaldosteronizm yapabilir; anatomik/enfeksiyöz nedenler araştırılmalıdır.

Çeldirici analizi

- A) Tuz kaybı yapabilir; 17-hidroksiprogesteron yüksek ve aldosteron düşük beklenir.
- C) Aldosteron düşük olur; bu olguda direnç nedeniyle çok yüksektir.
- D) Hipokalemi metabolik alkaloz yapar; hiperkalemi asidozla uymaz.
- E) Hipokloremik hipokalemi alkaloz ve safrsız fışkırır kusma beklenir.

54. Soru | Glanzmann trombastenisinde trombosit agregasyonu

Doğru cevap: E) GPIIb/IIIa eksikliği

1. Mukokutanöz kanama primer hemostaz bozukluğunu düşündürür.
2. Normal trombosit sayısı ve korunmuş ristocetin, GPIb-vWF etkileşiminin sağlam olduğunu gösterir.
3. Diğer agonistlere agregasyon kaybı fibrinojen köprüsünü kuran GPIIb/IIIa eksikliğine özgüdür.

Kritik tuzak: Ristocetin testi agregasyonu değil vWF-GPIb aracılı aglütinasyonu değerlendirir.

Çeldirici analizi

- A) Bernard-Soulier sendromunda ristocetinle aglütinasyon bozulur ve dev trombositler/trombositopeni görülür.
- B) aPTT uzar ve derin doku/eklem kanamaları baskındır.
- C) Ristocetin yanıtı bozulur ve çoğu kez aPTT hafif uzayabilir.
- D) Rutin PT/aPTT normal olabilir ancak agregasyon paternini böyle bozmaz; gecikmiş kanama yapar.

55. Soru | Bernard-Soulier sendromu

Doğru cevap: C) Bernard-Soulier sendromu

1. Dev trombositler ve orta trombositopeni makrotrombositopeniyi düşündürür.
2. Ristocetinle aglütinasyon için trombosit GPIb reseptörü gerekir.
3. Normal plazmayla düzelmeme, sorun vWF değil trombosit reseptörü olduğunu gösterir.

Kritik tuzak: Bernard-Soulier, ITP olarak yanlış tanınabilir; kalıtsal öykü ve dev trombositlerle agregasyon testi ayırım sağlar.

Çeldirici analizi

- A) Ristocetin bozukluğu normal plazmadaki vWF ile düzelir; dev trombosit ve trombositopeni tipik değildir.
- B) Trombosit sayısı normaldir ve ristocetin yanıtı korunur.
- D) Trombositler büyük olabilir ancak doğuştan yaşam boyu kanama ve özgül ristocetin bozukluğu beklenmez.
- E) Derin doku kanaması ve uzamış aPTT beklenir.

56. Soru | Down sendromunda geçici anormal miyelopoez

Doğru cevap: E) Geçici anormal miyelopoez

1. Trizomi 21 ve GATA1 mutasyonu geçici anormal miyelopoez için tipiktir.
2. Blastlar çoğu bebekte spontan kaybolur; ağır organ tutulumu varsa düşük doz sitarabin gerekebilir.
3. İyileşse bile ileride miyeloid lösemi riski nedeniyle hematolojik izlem zorunludur.

Kritik tuzak: Spontan gerileme olasılığı takip gereksinimini ortadan kaldırmaz; çocuklukta ML-DS gelişebilir.

Çeldirici analizi

- A) Megakaryoblast fenotipi ve GATA1 mutasyonu Down ilişkili geçici miyelopoeze özgüdür.
- B) Monositoz, RAS yolu mutasyonları ve kalıcı seyir beklenir.
- C) BCR-ABL1 ve granülositik seri baskınlığı beklenir; yenidoğanda çok nadirdir.
- D) GATA1 mutasyonlu megakaryoblastik klon göstermez.

57. Soru | Subakut sklerozan panensefalit

Doğru cevap: B) Subakut sklerozan panensefalit

1. SSPE, çocukluk çağındaki kızamık enfeksiyonundan yıllar sonra gelişen ilerleyici persistan viral ensefalittir.
2. Bilişsel gerileme ve miyoklonusa EEG'de periyodik kompleksler ile yüksek intratekal kızamık antikoru eşlik eder.
3. Hastalık ilerleyicidir; en etkili korunma kızamık aşılmasıdır ve özellikle erken yaşta geçirilen kızamık riski artırır.

Kritik tuzak: Kızamık öyküsünün yıllar önce olması bağlantıyı gizleyebilir; akut postinfeksiyöz ensefalit ile karıştırılmamalıdır.

Çeldirici analizi

- A) Sabah miyoklonileri ve jeneralize diken-dalga yapar; ilerleyici bilişsel yıkım ve yüksek BOS kızamık antikoru beklenmez.
- C) Genellikle enfeksiyon sonrası günler içinde monofazik ensefalopati ve çok odaklı demiyelinizasyon yapar.
- D) Psikoz, diskinezi ve otonom instabilite olabilir; periyodik EEG kompleksleri ile kızamık antikoru birlikteliği uymaz.
- E) Karaciğer bulguları, distoni ve Kayser-Fleischer halkası beklenir; kızamıkla ilişkili yavaş viral ensefalit değildir.

58. Soru | Akut dissemine ensefalomiyelit

Doğru cevap: A) Yüksek doz intravenöz metilprednizolon

1. Ensefalopati ve multifokal nörolojik bulgular ADEM için temel klinik bileşenlerdir.
2. Büyük, bilateral, sınırları belirsiz lezyonlar ve monophasik seyir MS'den ayırırda yardımcıdır.
3. İlk basamak yüksek doz IV kortikosteroiddir; yanıtızlıkta IVIG veya plazma değişimi düşünülebilir.

Kritik tuzak: Ensefalopati olmadan yalnız optik nörit veya miyelit ADEM tanısı için yeterli değildir.

Çeldirici analizi

- B) Multipl skleroz idame tedavisidir; monophasik ADEM'in akut tedavisi değildir.
- C) İnflamatuvar demiyelinizasyonu yeterince baskılamaz.
- D) Kitle veya cerrahi lezyon yoktur; yaygın inflamatuvar hastalıktır.
- E) Aktif bakteriyel enfeksiyon kanıtı yoktur; post-enfeksiyöz immün süreç düşünülür.

59. Soru | Primer hiperoksalüri tip 1

Doğru cevap: D) Primer hiperoksalüri tip 1

1. Primer hiperoksalüri tip 1, hepatik peroksizomal AGT eksikliğiyle glikolatın oksalata yönelmesi sonucu oluşur.
2. Tekrarlayan oksalat taşları, nefrokalsinozis ve ilerleyici böbrek yetmezliği tipiktir; ileri evrede sistemik oksaloz gelişebilir.
3. Yüksek sıvı ve kristalizasyon inhibitörlerine ek olarak uygun hastalarda piridoksin veya RNA hedefli tedavi; ileri hastalıkta karaciğer-böbrek nakli değerlendirilir.

Kritik tuzak: Böbrek yetmezliği geliştikçe idrar oksalatı yalancı olarak düşebilir; plazma oksalatı ve genetik doğrulama önem kazanır.

Çeldirici analizi

- A) Yağ malabsorpsiyonu veya geniş ileal hastalık öyküsü beklenir; AGXT mutasyonu primer hastalığı gösterir.
- B) Altıgen sistin kristalleri ve pozitif siyanid-nitroprussid testiyle seyrederek; glikolat yüksekliği yapmaz.
- C) Normal anyon açıklı asidoz, yüksek idrar pH'sı ve kalsiyum fosfat taşları beklenir.
- E) Düşük molekül ağırlıklı proteinüri ve hiperkalsiüri yapar; primer hepatik oksalat aşırı üretimi ve glikolat yüksekliği değildir.

60. Soru | Medulloblastomda kraniospinal yayılım değerlendirmesi

Doğru cevap: B) Tüm spinal aks MR'si ve uygun zamanda BOS sitolojisi

1. Vermis yerleşimi ve küçük yuvarlak mavi hücre histolojisi medulloblastomu düşündürür.
2. Tümör BOS yoluyla leptomeningeal ve spinal 'drop' metastazları yapabilir.
3. Bu nedenle kraniospinal MR ve cerrahi sonrası uygun zamanlı BOS sitolojisi evrelemeye dahil edilir.

Kritik tuzak: Lomber ponksiyon kitle etkisi varken veya hemen ameliyat sonrası yapılmamalı; güvenli zamanlama önemlidir.

Çeldirici analizi

- A) Medulloblastom esas olarak BOS yoluyla nöroaks boyunca yayılır; kemik taraması tek başına yeterli değildir.
- C) Karın metastazı rutin ilk yayılım paterni değildir.
- D) Nöroaksiyal damla metastazlarını göstermez.
- E) Metastatik risk tedavi alanını ve dozunu belirler; nöroaks evrelemesi şarttır.

CERRAHI TIP BİLİMLERİ

61. Soru | Richter hernisinde barsak duvarı strangülasyonu

Doğru cevap: B) Acil cerrahi eksplorasyon ve canlılığı bozuk barsak segmentinin rezeksiyonu

1. Richter hernisinde barsak çevresinin yalnız bir kısmı sıkışır, bu yüzden tam obstrüksiyon olmayabilir.
2. Ağrılı irreduktibl kitle ve azalmış kontrastlanma strangülasyon bulgusudur.
3. Acil eksplorasyonda canlılık değerlendirilir; nekrotik duvar segmenti rezeke edilir ve fitik onarılır.

Kritik tuzak: Gaz-dışı çıkışının sürmesi strangülasyonu dışlamaz; Richter hernisinin klasik tuzağı budur.

Çeldirici analizi

- A) Richter hernisinde lümen açık kalabildiğinden obstrüksiyon olmayabilir; duvar nekrozu ve perforasyon riski yine yüksektir.
- C) İskemik duvar karına redükte edilip gözden kaçabilir; cerrahi değerlendirme gerekir.
- D) Strangülasyonu ve mekanik sıkışmayı ortadan kaldırmaz.
- E) Azalmış duvar kontrastlanması iskemi düşündürür; gecikme perforasyona yol açabilir.

62. Soru | İltihaplı appendiks içeren Amyand hernisi

Doğru cevap: A) Appendektomi ve kontamine sahada sentetik mesh kullanmadan fitik onarımı

1. Appendiksin inguinal fitik kesesinde bulunması Amyand hernisidir.
2. Akut inflamasyon varsa appendektomi yapılır.
3. Enfekte/kontamine alanda kalıcı sentetik mesh enfeksiyon riski nedeniyle genellikle kullanılmaz; doku onarımı tercih edilir.

Kritik tuzak: Normal appendiks içeren Amyand hernisinde appendektomi ve mesh kararı yaşa, kontaminasyona ve fitik tipine göre değişebilir.

Çeldirici analizi

- B) İnflamasyon appendiks tedavisiz kalır ve mesh enfeksiyonu riski artar.
- C) Lokal appendiks patolojisi için aşırı ve endikasyonsuzdur.

- D)** Cerrahi olarak görülen akut appendiks çıkarılmalı ve defekt onarılmalıdır.
E) Nüks ve yeniden inkarsere olma riski yaratır; uygun doku onarımı gerekir.

63. Soru | Roux-en-Y sonrası marjinal ülser

Doğru cevap: B) Yüksek doz proton pompası inhibitörü, sukralfat ve risk faktörlerinin kesilmesi

1. Marjinal ülser gastrojejunostomi hattında gelişir.
2. Sigara, NSAİİ, H. pylori, iskemi ve yabancı cisim başlıca risklerdir.
3. PPI ve sukralfatla mukozal iyileşme hedeflenir; sigara/NSAİİ bırakılır ve H. pylori araştırılır.

Kritik tuzak: Bypass sonrası PPI kapsüllerinin açılarak verilmesi bazı hastalarda emilimi ve iyileşmeyi artırabilir.

Çeldirici analizi

- A)** Perforasyon, kontrolsüz kanama veya refrakter komplikasyon yokken ilk seçenek değildir.
C) Ülser oluşumunu ve kanama riskini artırır.
D) Marjinal ülser için yetersiz asit baskısı sağlar ve risk faktörlerini düzeltmez.
E) Kanama ve anastomoz komplikasyonu riski vardır; aktif tedavi gerekir.

64. Soru | Sleeve gastrektomi sonrası proksimal kaçak

Doğru cevap: C) Antibiyotik, koleksiyon drenajı ve endoskopik kaçak kontrolüyle multidisipliner tedavi

1. Sleeve kaçağında en duyarlı erken klinik bulgu sıklıkla açıklanamayan taşikardidir.
2. Stabil hastada BT ile koleksiyon ve kaçak anatomisi belirlenir.
3. Antibiyotik, beslenme planı, perkütan/cerrahi drenaj ve stent veya endoluminal vakum gibi endoskopik yöntemler birlikte kullanılır.

Kritik tuzak: Hemodinamik instabilite veya yaygın peritonitte minimal invaziv bekleme değil acil cerrahi kaynak kontrolü gerekir.

Çeldirici analizi

- A)** Kaçak sepsis ve fistül riski taşır; kaynak kontrolü gerektirir.
B) Stabil, sınırlı kaçakta minimal invaziv drenaj ve endoskopik seçenekler önceliklidir.
D) Enfeksiyon ve kaçak kaynağını tedavi etmez.
E) Bu bulgu cerrahi kaçak için doğrudan kanıttır.

65. Soru | Erişkinde kolonik invajinasyonda malign öncü lezyon

Doğru cevap: D) Onkolojik prensiplere uygun en bloc kolon rezeksiyonu

1. Erişkin invajinasyonlarında çoğunlukla organik bir öncü lezyon vardır.
2. Kolonik yerleşimde malignite olasılığı ince bağırsaktan daha yüksektir.
3. Bu nedenle lenfatik drenajı içeren onkolojik en bloc rezeksiyon genellikle tercih edilir.

Kritik tuzak: Çocuk invajinasyonundaki pnömatik redüksiyon refleksi erişkin kolonik invajinasyona uygulanmamalıdır.

Çeldirici analizi

- A)** Kolonik erişkin invajinasyonunda malignite olasılığı yüksektir; tümör yayılımı ve perforasyon riski vardır.
B) Çocuklarda kullanılır; erişkin kolonik olguda malign öncü lezyon olasılığı nedeniyle uygun değildir.
C) Mekanik obstrüksiyonu ve muhtemel tümörü tedavi etmez.
E) Erişkinde altta yatan yapısal lezyon araştırılmalı ve çoğu kolonik olgu rezeke edilmelidir.

66. Soru | Çekal bascule

Doğru cevap: B) Çekal bascule

1. Çekal bascule, mobil çekumun aksiyel dönmeden anterior-superiora katlanmasıdır.
2. Whirl işaretinin olmaması klasik torsiyondan ayırıcıdır.
3. Kalıcı ve tekrarlama riski yüksek obstrüksiyonda sağ hemikolektomi en güvenilir cerrahi çözümdür.

Kritik tuzak: Endoskopik dekompresyon çekal volvulus/bascule'da sigmoid volvulusa göre daha düşük başarı ve perforasyon riski taşır.

Çeldirici analizi

- A)** Pelvisten kaynaklanan kahve çekirdeği görünümü beklenir; çekum katlanması değildir.

- C) Aksiyel torsiyon ve whirl işareti daha belirgindir; bascule'da çekum torsiyonsuz katlanır.
D) Mekanik geçiş noktası olmadan yaygın kolonik psödo-obstrüksiyon yapar; çekumun fokal katlanması görülmez.
E) Sistemik toksisite ve şiddetli kolit zemininde kolon dilatasyonu beklenir.

67. Soru | Düşük riskli T1 rektum kanserinde lokal eksizyon

Doğru cevap: E) Tam kat transanal lokal eksizyon

1. Küçük, iyi diferansiye, yüzeysel T1N0 ve LVI negatif tümör düşük nodal risk taşır.
2. Çevrenin sınırlı kısmını tutması ve erişilebilir distal yerleşim lokal eksizyona uygundur.
3. Tam kat eksizyonla negatif sınır ve ayrıntılı patoloji elde edilir; yüksek risk çıkarsa radikal cerrahi tamamlanır.

Kritik tuzak: Lokal eksizyon kararı yalnız boyuta değil; diferansiyasyon, submukozal derinlik, LVI ve nodal görüntülemeye dayanır.

Çeldirici analizi

- A) Düşük riskli T1 lezyon için aşırı tedavidir.
B) İnvaziv kanser tam çıkarılmamıştır; histolojik sınırlar ve derinlik değerlendirilmelidir.
C) Lokal düşük riskli rektum lezyonu için endikasyon yoktur.
D) Lokal tümör kontrolü sağlamaz ve evre T1N0'da rutin değildir.

68. Soru | Akalküloz kolesistitte perkütan kolesistostomi

Doğru cevap: A) Antibiyotikle birlikte perkütan kolesistostomi

1. Kritik hastalık, staz ve iskemi akalküloz kolesistit için tipik zemindir.
2. Duvar kalınlığı ve perikolesistik sıvı, taş olmadan inflamasyonu gösterir.
3. Cerrahi riski çok yüksek instabil hastada perkütan drenaj hızlı kaynak kontrolü sağlar; stabilizasyon sonrası cerrahi değerlendirilir.

Kritik tuzak: Akalküloz kolesistitte klinik bulgular silik olabilir; açıklanamayan sepsiste safra kesesi özellikle değerlendirilmelidir.

Çeldirici analizi

- B) Kontrolsüz enfeksiyon ve gangren/perforasyon riski vardır; erken drenaj gerekir.
C) Taş çözme tedavisidir; iskemik-inflamatuvar akalküloz kolesistiti tedavi etmez.
D) Koledok obstrüksiyonu veya kolanjit bulgusu yoktur; sorun safra kesesidir.
E) Kaynak kontrolü sağlamaz.

69. Soru | Safra kesesi volvulusu

Doğru cevap: C) Acil detorsiyon ve kolesistektomi

1. Safra kesesi volvulusu, uzun mezenterli serbest safra kesesinin sistik kanal ve arter ekseninde dönmesidir.
2. Yaşlı, zayıf, spinal deformiteli hastada ani ağrı-kusma ve beklenenden az sistemik inflamasyon önemli ipuçlarıdır.
3. Kesin tedavi acil cerrahi detorsiyon ve kolesistektomidir; pedikül anatomi görüldükten sonra güvenle kontrol edilir.

Kritik tuzak: Akut kolesistit sanılıp yalnız drenaj/antibiyotik verilmesi torsiyonu bırakır; görüntülemeye yatağından ayrılmış 'yüzen' kese aranmalıdır.

Çeldirici analizi

- A) Mekanik torsiyon ve iskemi antibiyotikle düzelmez; nekroz ve perforasyon riski sürer.
B) Torsiyone vasküler pedikülü çözmez ve anatomik olarak yer değiştirmiş kesede girişim güç/tehlikeli olabilir.
D) Koledok taşı veya papiller obstrüksiyon bulgusu yoktur; sistik pedikül torsiyonunu tedavi etmez.
E) İskemik safra kesesinde gecikme gangren ve perforasyon riskini artırır.

70. Soru | Borderline rezektabl pankreas kanserinde neoadjuvan tedavi

Doğru cevap: B) Neoadjuvan sistemik tedavi sonrası yeniden evreleme ve uygun ise rezeksiyon

1. Rekonstrükte edilebilir geniş venöz temas borderline rezektabl pankreas kanserini tanımlar.
2. Neoadjuvan tedavi mikrometastatik hastalığı erken hedefler ve R0 rezeksiyon olasılığını artırabilir.
3. Tedavi sonrası görüntüleme ve performans durumuyla cerrahi uygunluk yeniden değerlendirilir.

Kritik tuzak: Neoadjuvan sonrası radyolojik damar temasının tamamen kaybolması şart değildir; progresyon olmaması ve teknik rezektabilité önemlidir.

Çeldirici analizi

- A) Uzak metastaz yok ve damar tutulumu rekonstrükte edilebilir; küratif niyet mümkündür.
- C) Borderline rezektabl anatomide pozitif sınır riski yüksektir; neoadjuvan tedavi biyolojik seçim ve downstaging sağlar.
- D) Pankreas adenokarsinomunda standart küratif yaklaşım değildir.
- E) Biliyer obstrüksiyonu palliatif olarak giderse de onkolojik tedavinin yerini tutmaz.

71. Soru | Nekrotizan pankreatit sonrası disconnected duct sendromu

Doğru cevap: D) Disconnected pancreatic duct sendromu

1. Nekroz ana pankreatik kanalı tamamen kesebilir.
2. Distal canlı bez salgı üretmeye devam ettiği için tekrarlayan koleksiyon veya dış fistül gelişir.
3. ERCP ile köprü kurulamaması ve görüntülemeye tam kesinti DPDS'yi doğrular; uzun süreli transmural drenaj veya cerrahi gerekebilir.

Kritik tuzak: Kısa süreli transpapiller stent tam kopukluğu köprüleyemez; parsiyel kanal yaralanmasıyla karıştırılmamalıdır.

Çeldirici analizi

- A) Doğuştan kanal füzyon bozukluğudur; nekroz sonrası tam kesinti ve distal canlı segmentle uymaz.
- B) Kanal dilatasyonu ve müsin üretimi beklenir; travmatik/nekrotik kopukluk değildir.
- C) Papilla düzeyinde fonksiyonel problem yapar; gövdede tam kanal kesintisi oluşturmaz.
- E) Kanal devamlılığını kesen postnekrotik tekrarlayan koleksiyon paterni değildir.

72. Soru | Şüpheli adrenal insidentalomada adrenalektomi

Doğru cevap: A) Onkolojik prensiplere uygun adrenalektomi

1. Kontrastsız >10 HU, heterojen yapı ve düşük washout lipidten fakir şüpheli lezyonu düşündürür.
2. Yaklaşık 6 cm boyut malignite riskini daha da artırır.
3. Fonksiyonel olmasa bile radyolojik olarak şüpheli adrenal kitle cerrahi olarak çıkarılır.

Kritik tuzak: Adrenal kitlede biyopsi düşünülmenden önce feokromositoma mutlaka biyokimyasal olarak dışlanmalıdır.

Çeldirici analizi

- B) Hormon üretmemesi malignite riskini dışlamaz; boyut ve görüntüleme şüphelidir.
- C) Feokromositoma dışlanmış olsa da primer adrenokortikal kanserde biyopsi yayılım riski taşır ve benign-malign ayrımında sınırlıdır.
- D) İnflamatuvar bir kitle kanıtı yoktur ve neoplaziyi tedavi etmez.
- E) Tiroid dokusuna yöneliktir; adrenal kitlede etkisizdir.

73. Soru | Paratiroidektomide intraoperatif PTH yanıtı

Doğru cevap: A) Yüzde 50'den fazla düşüş sağlandığı için hiperfonksiyonel dokunun çıkarılması olasıdır

1. PTH'nin dolaşım yarı ömrü birkaç dakikadır.
2. Eksizyondan 10 dakika sonra başlangıç veya en yüksek değere göre >%50 düşüş Miami kriteriyle uyumludur.
3. Değer normal üstünde kalsa bile anlamlı düşüş, hiperfonksiyonel bezin çıkarıldığını destekler; postoperatif takip yine gerekir.

Kritik tuzak: Böbrek yetmezliği ve çoklu bez hastalığı PTH kinetiğini etkileyebilir; klinik bağlam göz önünde bulundurulmalıdır.

Çeldirici analizi

- B) İntraoperatif ölçütte mutlak normalleşmeden çok başlangıç/tepe değere göre >%50 düşüş kullanılır.
- C) Tam tersine kısa yarı ömür nedeniyle hızlı düşüş başarılı eksizyonu destekler.
- D) PTH paratiroid hormonudur ve cerrahi yeterliliği değerlendirmede kullanılır.
- E) Tek adenomda uygun PTH düşüşü sınırlı eksplorasyonun yeterli olabileceğini gösterir.

74. Soru | Travmatik abdominal duvar hernisi

Doğru cevap: D) Travmatik abdominal duvar hernisi

1. Künt yüksek enerjili travma kas ve fasyayı yırtarak cilt korunurken herni oluşturabilir.
2. BT'de akut defekt ve bağırsak herniasyonu tanımı gösterir.

3. Mezenterik hematoma ve serbest sıvı eşlik eden içi boş organ yaralanması açısından dikkatli eksplorasyon gerektirir.

Kritik tuzak: Dışarıdan yalnız ekimoz görülmesi iç organ yaralanmasını dışlamaz; travmatik herni güçlü bir enerji aktarımı işaretidir.

Çeldirici analizi

- A) Genellikle kronik anatomik zayıflıktan gelişir; akut travmatik kas yırtığı ve kemer iziyle uymaz.
- B) Önceki cerrahi insizyon öyküsü gerekir.
- C) Fasya defekti ve gerçek herni kesesi/ans herniasyonu yoktur.
- E) Doğuştan yenidoğan anomalidir.

75. Soru | Pelvik kanamada zon III REBOA

Doğru cevap: C) İnfrarenal aort - zon III

1. Kanama kaynağı pelviste ve toraks/abdomen üst kaynakları dışlanmıştır.
2. Zon III infrarenal aort ile bifurkasyon arasındadır ve pelvik akımı azaltır.
3. REBOA yalnız geçici köprüdür; eş zamanlı anjiyoembolizasyon veya cerrahi kaynak kontrolü geciktirilmez.

Kritik tuzak: REBOA kesin tedavi değildir; oklüzyon süresi uzadıkça distal iskemi ve reperfüzyon hasarı artar.

Çeldirici analizi

- A) Koroner ve serebral perfüzyonu engelleyerek ölümcül olur.
- B) Torakal organ iskemisi oluşturur ve pelvik kanama için gereksiz yüksek oklüzyondur.
- D) İntraabdominal kanamada kullanılabilir; izole pelvik kanamada visseral iskemi riskini gereksiz artırır.
- E) REBOA aortik oklüzyon tekniğidir; distal rastgele yerleşim standart değildir.

76. Soru | Bisikletçide eksternal iliak arter endofibrozu

Doğru cevap: A) Eksternal iliak arter endofibrozu

1. Tekrarlayan kalça fleksiyonu ve yüksek akım, elit bisikletçilerde iliak intimal kalınlaşmaya yol açabilir.
2. İstirahat testleri normal olabileceği için egzersiz sonrası ABI kritik ipucudur.
3. Dinamik duplex/CTA/MRA tanıyı doğrular; performansı kısıtlayan olguda cerrahi endofibrozektomi ve patch düşünülebilir.

Kritik tuzak: Genç sporcuda normal istirahat nabızı vasküler nedeni dışlamaz; test egzersiz sonrası yapılmalıdır.

Çeldirici analizi

- B) Bu yaşta ve istirahatte normal incelemeyle daha az olasıdır; elit bisikletçide egzersize özgü lezyon tipiktir.
- C) Şişlik ve venöz bulgular beklenir; egzersiz sonrası ABI düşüşünü açıklamaz.
- D) Kas kompartman basıncıyla ilişkilidir; eksternal iliak akım hızlanması ve ABI düşüşü beklenmez.
- E) Nörolojik ağrı yapabilir; damar akımındaki pozisyona bağlı darlığı açıklamaz.

77. Soru | EVAR sonrası tip II endoleakte izlem

Doğru cevap: B) Görüntüleme ile yakın izlem

1. Tip II endoleak lumbal veya inferior mezenterik arterlerden retrograd kese doluşudur.
2. Tedavi kararında yalnız kaçağın varlığı değil anevrizma kesesinin büyüüp büyümediği önemlidir.
3. Stabil kese ve asemptomatik hastada seri görüntüleme uygundur; genişlemede transarteriyel/translumbal embolizasyon değerlendirilir.

Kritik tuzak: Tip I ve III endoleak yüksek basınçlıdır ve erken onarım gerektirir; tip II ile aynı yönetilmez.

Çeldirici analizi

- A) Kese büyümesi veya rüptür bulgusu olmayan tip II endoleakte aşırı tedavidir.
- C) Birçok tip II endoleak spontan kapanır; müdahale genellikle anlamlı kese genişlemesinde düşünülür.
- D) Retrograd endoleaki sürdürebilir ve tedavi edici değildir.
- E) Kese genişlemesi gecikmeli gelişebilir; sürveyans zorunludur.

78. Soru | Popliteal arterin kistik adventisyal hastalığı

Doğru cevap: C) Kistik adventisyal hastalık

1. Genç, aterosklerotik riski olmayan hastada popliteal klaudikasyon nadir nonaterosklerotik nedenleri düşündürür.
2. Adventisya içindeki müsinöz kistler arter lümenini dıştan sıkıştırır.

3. Duplex/MR tanı koyar; semptomatik olguda kist eksizyonu veya damar rezeksiyon-greftleme yapılabilir.

Kritik tuzak: Diz pozisyonuyla değişen nabız yalnız popliteal tuzaklanmada değil kistik adventisyal hastalıkta da görülebilir; görüntüleme ayırım sağlar.

Çeldirici analizi

- A) Damar çapında genişleme ve mural trombüs beklenir; duvar içi kistik dış bası paterni farklıdır.
- B) Sigara öyküsü ve distal küçük-orta arter tutulumu beklenir.
- D) Klaudikasyon ve dinamik nabız kaybını açıklamaz.
- E) Ödem, varis ve cilt değişikliği yapar; arter lümenini kistik olarak daraltmaz.

79. Soru | Psödoanjiyomatöz stromal hiperplazi

Doğru cevap: C) Psödoanjiyomatöz stromal hiperplazi

1. PASH, benign hormon duyarlı miyofibroblastik stromal proliferasyondur ve yarıklar damar görünümünü taklit eder.
2. Endotelyal belirteçlerin negatif, CD34/PR'nin pozitif olması anjiyosarkomdan ayırır; yardımcıdır.
3. Küçük ve uyumlu lezyonlar izlenebilir; büyük, semptomatik veya hızlı büyüyen kitlelerde negatif sınırlı eksizyon uygundur.

Kritik tuzak: Yarıkların damar gibi görünmesi anjiyosarkom tuzağıdır; bu boşluklar endotelle değil bland stromal hücrelerle döşelidir.

Çeldirici analizi

- A) Gerçek vasküler kanallar endotelyal CD31/ERG pozitifliği, atipi ve infiltratif büyüme gösterir.
- B) Yaprak benzeri mimari, epitelyal yarıklar ve artmış stromal hücresellik beklenir; psödoanjiyomatöz CD34 pozitif patern farklıdır.
- D) Bipazik epitelyal-stromal lezyondur; belirgin anastomoz yapan psödoanjiyomatöz stromal yarıklar tipik değildir.
- E) Köpüklü histiyosit, dev hücre, kalsifikasyon ve travma öyküsü beklenir.

80. Soru | Memenin granüler hücreli tümörü

Doğru cevap: C) Negatif cerrahi sınırla geniş lokal eksizyon

1. Granüler hücreli tümör Schwann hücre kökenlidir ve S100/SOX10 pozitifdir.
2. Desmoplastik reaksiyon nedeniyle klinik ve radyolojik olarak karsinomu taklit edebilir.
3. Lokal nüksü azaltmak için negatif sınırla eksizyon yeterlidir; malign kriterler ayrıca değerlendirilir.

Kritik tuzak: Görüntülemenin şüpheli olması otomatik olarak meme karsinomu demek değildir; doku tanısı belirleyicidir.

Çeldirici analizi

- A) Benign granüler hücreli tümörde nodal evreleme gerekli değildir.
- B) Benign ve küçük lezyonda etkisiz ve gereksizdir.
- D) Enfeksiyon değildir.
- E) Benign sınırlı lezyonda mastektomi aşırı tedavidir.

81. Soru | Strüvit staghorn taşında perkütan nefrolitotomi

Doğru cevap: A) Perkütan nefrolitotomiyle taş yükünün tamamen temizlenmesi

1. Üreaz pozitif Proteus alkali idrarda magnezyum-amonyum-fosfat taşına yol açar.
2. Staghorn taş renal pelvikalisijel sistemi doldurur ve tekrarlayan sepsis/renal kayıp riski taşır.
3. PCNL büyük taş yükünü çıkarmada ilk basamaktır; tam taşsızlık ve kültüre yönelik antibiyotik hedeflenir.

Kritik tuzak: Enfeksiyon kontrol edilmeden girişim yapılması sepsis riskini artırır; preoperatif idrar kültürü ve antibiyotik şarttır.

Çeldirici analizi

- B) Enfekte taş bakteriyel rezervuar olarak kalır; antibiyotik tek başına eradikasyon sağlamaz.
- C) Bu büyüklük ve staghorn yapıda spontan düşme beklenmez.
- D) Büyük dallanmış taşta tek başına düşük taşsızlık oranı ve çoklu fragman riski vardır.
- E) Taş oluşumunu artırır ve tedavi sağlamaz.

82. Soru | Yüksek riskli penis kanserinde klinik negatif inguinal evreleme

Doğru cevap: C) Dinamik sentinel lenf nodu biyopsisi veya modifiye inguinal lenfadenektomi

1. Penis kanserinde ilk bölgesel yayılım inguinal nodlardır.
2. Yüksek derece, pT2 ve LVI klinik negatif nodlarda bile gizli metastaz riskini artırır.
3. Deneyimli merkezde dinamik sentinel biyopsi veya modifiye diseksiyon, erken nodal evreleme sağlar.

Kritik tuzak: İnce iğne aspirasyonu palpe edilen nodda yararlıdır; klinik negatif nodlarda negatif aspirasyon gizli metastazı dışlamaz.

Çeldirici analizi

- A) Yüksek riskli primerde klinik negatif olmasına rağmen mikrometastaz olasılığı anlamlıdır.
- B) Penis skuamöz kanserinin nodal evresini göstermez.
- D) Inguinal evreleme yapılmadan aşırı ve endikasyonsuzdur.
- E) Gizli metastaz varsa gecikmiş tedavi sağkalımı kötüleştirir.

83. Soru | Histerektomi sonrası distal üreter yaralanması

Doğru cevap: E) Gecikmiş fazları içeren BT ürografi

1. Jinekolojik cerrahi sonrası yan ağrısı, hidronefroz ve vajinal idrar kaçağı üreter yaralanmasını düşündürür.
2. Gecikmiş ekskretuar faz kontrastın üreterden dışarı kaçışını ve obstrüksiyon düzeyini gösterir.
3. Tanı sonrası erken dönemde stent, nefrostomi veya yaralanma yerine göre cerrahi reimplantasyon planlanır.

Kritik tuzak: Erken portal venöz fazda kaçak görünmeyebilir; BT ürografide gecikmiş görüntüler kritik önemdedir.

Çeldirici analizi

- A) Üriner sistemi ve gecikmiş kontrast kaçağını göstermez.
- B) Hidronefroz ve üreter kaçağını güvenilir biçimde lokalize etmez.
- C) Üriner yaralanmayla ilişkili değildir.
- D) Üreter anatomisi ve kaçak değerlendirmesi için uygun değildir.

84. Soru | Gizli skafoid kırığında erken MR

Doğru cevap: A) Başparmak spika ateli ve erken manyetik rezonans görüntüleme

1. Enfiye çukuru hassasiyeti skafoid kırığı için önemli klinik bulgudur.
2. İlk grafiler negatif olsa da klinik kuşku devam eder.
3. Spika immobilizasyonu yapılır; erken MR kırığı ve eşlik eden yumuşak doku hasarını yüksek duyarlılıkla gösterir.

Kritik tuzak: Negatif ilk grafi skafoid kırığını dışlamaz; proksimal kutup kanlanması nedeniyle gecikmenin bedeli yüksektir.

Çeldirici analizi

- B) Gizli skafoid kırığı grafide erken dönemde görünmeyebilir; avasküler nekroz ve kaynamama riski vardır.
- C) Immobilizasyon olmadan deplasman ve kaynamama riski artar.
- D) Tanı kesinleşmeden ve küçük olası kırıkta aşırı cerrahidir.
- E) Ultrason bazı bulguları gösterebilir ancak erken gizli kırık için MR daha duyarlıdır.

85. Soru | Kalkaneus kırığında Böhler açısı

Doğru cevap: D) Torakolomber vertebra kompresyon kırığı

1. Topuk üzerine yüksekten düşme güçlü aksiyel yük oluşturur.
2. Kuvvet kalkaneustan omurgaya iletilerek torakolomber kompresyon kırığı yapabilir.
3. Bu nedenle topuk kırığı bulunan hastada sistematik omurga muayenesi ve gerektiğinde görüntüleme yapılır.

Kritik tuzak: Dikkat çekici topuk ağrısı, eşlik eden omurga kırığının gözden kaçmasına neden olabilir.

Çeldirici analizi

- A) Aksiyel yüklenme mekanizmasıyla tipik birliktelik değildir.
- B) Yüksek enerjili göğüs travmasıyla ilişkilidir; topuk üzerine düşme paterninin özgül eşlikçisi değildir.
- C) Direkt önkol darbesiyle oluşur.
- E) Dönme veya direkt diz travmasıyla gelişir; aksiyel yüklenme eşlikçisi değildir.

86. Soru | Chiari I malformasyonu ve siringomiyeli

Doğru cevap: E) Posterior fossa dekompresyonu

1. Valsalvayla artan oksipital ağrı Chiari I için tipiktir.

2. Pelerin tarzı dissosiyasyon duyu kaybı servikal siringomiyeliyi gösterir.
3. Semptomatik Chiari ve syrinks varlığında foramen magnum/posterior fossa dekompresyonu BOS akımını düzeltir.

Kritik tuzak: Tonsil herniasyon milimetresi tek başına ameliyat endikasyonu değildir; semptom ve syrinks belirleyicidir.

Çeldirici analizi

- A) Baş ağrısı mekanik ve nörolojik defisit/syrinks eşlik etmektedir; altta yatan basıyı düzeltmez.
- B) Kraniyoservikal bası varken herniasyonu kötüleştirebilir ve kalıcı çözüm değildir.
- C) Vasküler servikal stenoz yoktur.
- D) Siringomiyeli ve ilerleyici nörolojik bulguyu tedavi etmez.

87. Soru | Prone omurga cerrahisi sonrası posterior iskemik optik nöropati

Doğru cevap: C) Posterior iskemik optik nöropati

1. Uzun prone cerrahi, kan kaybı, anemi ve hipotansiyon perioperatif iskemik optik nöropati riskidir.
2. Posterior tipte optik disk başlangıçta normal görünebilir.
3. Bilateral ağrısız görme kaybı ve afferent pupiller bozukluk tanıyı destekler; acil göz değerlendirmesi gerekir.

Kritik tuzak: Normal ilk fundus muayenesi posterior iskemik optik nöropatiyi dışlamaz.

Çeldirici analizi

- A) Genellikle tek taraflıdır ve fundusta soluk retina-kiraz kırmızısı makula beklenir.
- B) Şiddetli göz ağrısı, kırmızı göz ve yüksek göz içi basıncı beklenir.
- D) Ağrılıdır ve bu denli bilateral derin görme kaybı yapmaz.
- E) Pupiller refleksler genellikle korunur; burada afferent optik yol etkilenimi vardır.

88. Soru | Masif transfüzyonda sitrata bağlı hipokalsemi

Doğru cevap: E) İntravenöz kalsiyum replasmanı

1. Kan ürünlerindeki sitrat kalsiyumu bağlar; hızlı ve yüksek hacimli transfüzyonda metabolizma yetişemeyebilir.
2. Düşük iyonize kalsiyum hipotansiyon, koagülopati ve QT uzamasına yol açar.
3. İyonize kalsiyum seri izlenir ve klinik duruma göre kalsiyum klorür veya glukonat verilir.

Kritik tuzak: Total serum kalsiyumu albuminden etkilenir; masif transfüzyonda karar için iyonize kalsiyum daha değerlidir.

Çeldirici analizi

- A) Asidoz varsa ayrı değerlendirilebilir; sitrat bağlanmasına bağlı düşük iyonize kalsiyumu doğrudan düzeltmez.
- B) Aritmiyi ve iletim bozukluğunu kötüleştirebilir; hipokalsemi vardır.
- C) Trombosit fonksiyonunu etkiler; iyonize kalsiyumu yükseltmez.
- D) Osmotik diüretiktir; sitrat toksisitesini tedavi etmez.

89. Soru | Ménière hastalığında klinik triad

Doğru cevap: D) Ménière hastalığı

1. Ménière atakları 20 dakika ile 12 saat arasında süren spontan vertigodur.
2. Dalgalanan düşük frekanslı sensörinöral kayıp, tinnitus ve aural dolgunluk endolenfatik hidropsu destekler.
3. İlk yaklaşım tuz kısıtlaması, yaşam tarzı ve seçilmiş hastada diüretik/betahistin; dirençli olguda intratimpanik tedavilerdir.

Kritik tuzak: İşitme kaybı olmayan kısa pozisyonel ataklar Ménière değil BPPV lehinedir.

Çeldirici analizi

- A) Ataklar saniyeler sürer, pozisyonla tetiklenir ve işitme kaybı/tinnitus beklenmez.
- B) Tek, günler süren vertigo atağı yapar; işitme kaybı eşlik etmez.
- C) Genellikle yavaş ilerleyen tek taraflı işitme kaybı ve dengesizlik yapar; saatlik dalgalanan ataklar tipik değildir.
- E) İletim tipi işitme kaybı yapar ve episodik vertigo triadı beklenmez.

90. Soru | Orbital kompartman sendromunda lateral kantotomi

Doğru cevap: B) Lateral kantotomi ve inferior kantoliz

1. Proptozis, yüksek göz içi basıncı ve afferent defekt orbital kompartman sendromunu gösterir.

2. Retrobulber hematoma optik sinir ve retinal perfüzyonu hızla bozar.
3. Lateral kantotomi-kantoliz orbitayı acilen dekomprese eder; görüntüleme tedaviyi geciktirmemelidir.

Kritik tuzak: Görme henüz tamamen kaybolmamış olsa bile klinik bulgular varsa acil dekompresyon gerekir.

Çeldirici analizi

- A) Orbital basıncı azaltmaz ve optik sinir iskemisini geciktirir.
- C) Enfeksiyon değil retrobulber basınç artışı vardır.
- D) Görme siniri dakikalar içinde geri dönüşsüz hasar görebilir; klinik tanıda dekompresyon geciktirilmez.
- E) Acil basınç dekompresyonu ile ilişkili değildir.

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM

91. Soru | Geç postpartum preeklampsisi

Doğru cevap: D) Magnezyum sülfat, hızlı etkili antihipertansif ve pulmoner ödem tedavisi

1. Yeni şiddetli hipertansiyon, baş ağrısı/görme bulgusu ve organ disfonksiyonu postpartum preeklampsiyi gösterir.
2. Eklampsisi profilaksisi için magnezyum sülfat, ağır tansiyon için IV labetalol/hidralazin veya oral hızlı nifedipin verilir.
3. Pulmoner ödemde oksijen, sıvı kısıtlaması ve uygun diürez uygulanır; yoğun izlem gerekir.

Kritik tuzak: Proteinüri olmaması ağır özellikli postpartum preeklampsiyi dışlamaz; organ hasarı yeterlidir.

Çeldirici analizi

- A) Preeklampsisi doğumdan sonra ilk haftalar içinde ilk kez ortaya çıkabilir.
- B) Şiddetli hipertansiyon, nörolojik semptom ve organ hasarını tedavi etmez.
- C) İnme, eklampsisi ve pulmoner ödem riski vardır; acil yatış gerekir.
- E) Enfeksiyon bulgusu değil hipertansif organ hasarı vardır.

92. Soru | Monokoryonik ikizde tip III selektif fetal büyüme kısıtlılığı

Doğru cevap: B) Tip III selektif fetal büyüme kısıtlılığı

1. Monokoryonik ikizde belirgin büyüme uyumsuzluğu selektif FGR'yi düşündürür.
2. Tipler küçük fetüsün umbilikal arter Doppler paternine göre ayrılır.
3. Aralıklı absent/reversed akım, büyük arterio-arteriyel plasental anastomozlarla ilişkili tip III için tanımlayıcıdır.

Kritik tuzak: Tip III'te küçük fetüsün durumu nispeten stabil görünse bile ani hemodinamik olay ve eş ikizde nörolojik hasar riski vardır; sık uzman izlem gerekir.

Çeldirici analizi

- A) TTTS'de oligohidramnios-polihidramnios sekansı beklenir; burada sıvılar dengelidir.
- C) MCA PSV uyumsuzluğu temel bulgudur; umbilikal arterde aralıklı akım paterni değildir.
- D) Tip I'de umbilikal arter diyastol sonu akımı sürekli pozitiftir.
- E) Tip II'de diyastol sonu akım sürekli absent veya reversed olur; aralıklı değildir.

93. Soru | Oksitosine bağlı uterin taşisistoli

Doğru cevap: A) Oksitosini durdurup intrauterin resüsitasyon uygulamak

1. On dakikada beşten fazla kontraksiyon uterin taşisistolidir.
2. Geç deselerasyon ve azalmış varyabilite fetal hipoksi riskini gösterir.
3. Oksitosin kesilir, anne lateral pozisyona alınır, hipotansiyon düzeltilir; devam ederse hızlı etkili tokolitik ve acil doğum değerlendirilir.

Kritik tuzak: Rutin oksijen, maternal hipoksemi yoksa tek başına çözüm değildir; temel müdahale uterotonik ajanı kesmektir.

Çeldirici analizi

- B) Taşisistoliyi ve fetal hipoksiyi ağırlaştırır.
- C) Patolojik fetal kalp hızı paternini gözden geçirir ve tedaviyi geciktirir.
- D) Tekrarlayan geç deselerasyonlar devam eden uteroplental hipoperfüzyonu gösterir.
- E) Enfeksiyon değil aşırı uterin uyarı vardır.

94. Soru | Kanamalı retained plasentada manuel çıkarma

Doğru cevap: A) Anestezi altında plasentanın manuel çıkarılması

1. Doğumdan yaklaşık 30 dakika sonra ayrılmayan plasenta retained plasenta kabul edilir; kanama yönetimi hızlandırır.
2. Uterus kontrakte olduğu hâlde plasenta kaynaklı kanama devam edebilir.
3. Yeterli analjezi/anestezi ve aseptiyle manuel çıkarma yapılır; kanama, uterus ve akreta bulguları yeniden değerlendirilir.

Kritik tuzak: Plasentanın zor ayrılması akreta spektrumunu düşündürebilir; kontrolsüz zorlama masif kanamaya yol açabilir.

Çeldirici analizi

- B) Gecikme ciddi postpartum kanama ve koagülopati riskini artırır.
- C) Uterin inversiyon ve kordon kopması riski vardır.
- D) Plasenta uterusda kalmış ve aktif kanama vardır; kaynak ortadan kaldırılmalıdır.
- E) Plasenta akreta/inversiyon veya kontrolsüz kanama kanıtı yokken ilk seçenek değildir.

95. Soru | Septik pelvik tromboflebit

Doğru cevap: D) Septik pelvik tromboflebit - terapötik antikoagülasyon eklemek

1. Sezaryen ve postpartum endometrit pelvik ven trombozu için risk oluşturur.
2. Uygun antibiyotiğe rağmen odağı bulunamayan sıçrayıcı ateş tanısız ipucudur.
3. Geniş spektrumlu antibiyotik sürdürülür ve klinik şüphede antikoagülasyon eklenir; görüntüleme küçük pelvik ven trombüsünü göstermeyebilir.

Kritik tuzak: Negatif BT septik pelvik tromboflebiti dışlamaz; tanı çoğu kez klinikte ve dışlama gerektirir.

Çeldirici analizi

- A) Postpartum risk, dirençli sıçrayıcı ateş ve dışlanan odaklar pelvik tromboflebiti destekler.
- B) Doğum gerçekleşmiştir ve kanama değil ateş baskındır.
- C) Meme bulgusu yoktur; persistent ateşi açıklamaz.
- E) Hipertansiyon veya nörolojik bulgu yoktur; enfeksiyon sonrası ateş tablosudur.

96. Soru | Postpartum genişleyen vajinal hematoma

Doğru cevap: E) Resüsitasyonla birlikte hematoma cerrahi boşaltılması ve kanayan damarın kontrolü

1. Dış kanamanın az olması, gizli genital trakt kanamasını dışlamaz.
2. Şiddetli perine ağrısı, basınç hissi ve büyüyen kitle vajinal hematoma düşündürür.
3. Büyük/ekspansil ve instabil hematoma cerrahi eksplorasyon, ligasyon ve gerekirse arteriyel embolizasyon gerektirir.

Kritik tuzak: Postpartum taşikardi ve hemoglobin düşüşü yalnız uterin atoniye bağlanmamalı; genital trakt hematoma aranmalıdır.

Çeldirici analizi

- A) Hematoma büyük, genişleyen ve hemodinamik instabilite yapmaktadır.
- B) Kanama uterin atoni değil genital trakt damar yaralanmasından kaynaklanır.
- C) Aktif kanama ve şok riskini tedavi etmez.
- D) Plasenta sorunu yoktur; vajinal duvar hematoma vardır.

97. Soru | Endometrium kanserinde Lynch sendromu taraması

Doğru cevap: C) Mismatch repair protein immünohistokimyası veya mikrosatellit instabilite testi

1. Genç yaşta endometrium kanseri ve kolon/over aile öyküsü Lynch sendromunu düşündürür.
2. Tümörde MMR protein kaybı veya yüksek MSI, germline değerlendirmeye giden tarama basamağıdır.
3. Anormal sonuca göre MLH1 metilasyon testi ve genetik danışmanlık-germline test planlanır.

Kritik tuzak: Günümüzde birçok merkez yaş ve aile öyküsünden bağımsız olarak endometrium kanserlerinde evrensel MMR taraması uygular.

Çeldirici analizi

- A) Evreleme/izlemde yardımcı olabilir; Lynch sendromunu taramaz.
- B) BRCA daha çok meme-over kanseri spektrumuyla ilişkilidir; endometrium-kolon birlikteliğinde MMR genleri ön plandadır.
- D) Serviks kanseri taraması içindir; endometrial Lynch değerlendirmesi değildir.
- E) Lynch'teki germline MMR mutasyonlarını veya tümör MSI durumunu saptamada uygun ilk test değildir.

98. Soru | Ekstramammary Paget hastalığı

Doğru cevap: A) Vulvanın ekstramammary Paget hastalığı

1. Uzun süreli tedaviye dirençli vulvar ekzema malign/prekanseroz hastalık açısından biyopsi gerektirir.
2. Epidermis içindeki büyük soluk CK7 pozitif hücreler Paget hastalığını tanımlar.
3. Altta yatan adneksiyal veya komşu organ malignitesi araştırılır; tedavi sınır değerlendirmeli cerrahi eksizyondur.

Kritik tuzak: Klinik olarak dermatiti taklit ettiği için uzun süre topikal tedaviyle oyalanabilir; persistan tek taraflı lezyon biyopsilenmelidir.

Çeldirici analizi

- B) Kronik tek taraflı plak ve intraepidermal Paget hücreleriyle uyumlu değildir.
- C) İnce beyaz atrofi ve dermal hyalinizasyon beklenir; CK7 pozitif Paget hücreleri görülmez.
- D) Ağrılı vezikül ve ülserlerle akut/tekrarlayan seyredir.
- E) Vulvar girişte subkutan kitle yapar; epidermal ekzematöz plak değildir.

99. Soru | Endometriozis ilişkili over berrak hücreli karsinomu

Doğru cevap: D) Over berrak hücreli karsinomu

1. Endometriozis özellikle berrak hücreli ve endometrioid over karsinomlarıyla ilişkilidir.
2. Hobnail hücre ve tübokistik/solid yapı berrak hücreli histolojinin klasik özellikleridir.
3. Tromboemboli ve bazen paraneoplastik hiperkalsemi bu alt tipte belirgin olabilir.

Kritik tuzak: Endometriozis benign olsa da yeni solid komponent, hızlı büyüme veya postmenopozal değişiklik malign dönüşüm açısından değerlendirilmelidir.

Çeldirici analizi

- A) Papiller yapı, belirgin p53 anormalliği ve çoğunlukla bilateral yayılım beklenir; hobnail-tübokistik patern berrak hücrelidir.
- B) Müsinli intestinal tip epitel ve invazyon yokluğu beklenir.
- C) Genç yaşta, uniform germ hücreleri ve lenfositik septalar görülür.
- E) Call-Exner cisimcikleri, kahve çekirdeği çekirdekler ve östrojen bulguları beklenir.

100. Soru | Servikal adenokarsinoma in situ için fertilite koruyucu konizasyon

Doğru cevap: E) Yakın sitoloji-HPV-endoservikal örneklem izlemiyle konservatif takip

1. AIS glandüler servikal preinvaziv hastalıktır ve kanal içinde skip lezyon gösterebilir.
2. Negatif koni sınırları ve negatif postkonizasyon örnekleme fertilite koruyucu izlem için gerekli güvenlik ölçütleridir.
3. Altı ay aralıklarla HPV/sitoloji ve endoservikal değerlendirme yapılır; çocuk isteği tamamlanınca basit histerektomi önerilir.

Kritik tuzak: Negatif sınır nüks riskini sıfırlamaz; AIS'de takip uyumu fertilite koruyucu kararın temel koşuludur.

Çeldirici analizi

- A) İnvazyon yok, sınırlar negatif ve fertilite isteği vardır; radikal cerrahi aşırı tedavidir.
- B) AIS skip lezyonlar yapabilir; sık ve uzun süreli surveillance gerekir.
- C) Preinvaziv hastalıkta fertiliteyi yok eder ve endikasyon değildir.
- D) HPV ilişkili glandüler neoplaziyi tedavi etmez.