



SORU

KAMPI

ÖRNEK SORU KİTAPÇIĞI



Önemli bilgilendirme !!!

Bu PDF sizlere YDUS vaka kampı hakkında fikir vermek için hazırlanmıştır.

34 örnek soru ve açıklaması yer almaktadır.

Vaka kampında 2018-2025 yılları arasında sorulmuş **800 çıkmış orijinal YDUS sorusu** çözeceğiz.

Soruların yer aldığı açıklamalı kitapçık adresinize gönderilecek ve bu PDF'deki gibi açıklamalı olacaktır.

2025 Aralık

4. Sol bacakta ağrı, kızarıklık ve vücutta döküntü şikâyeti ile acil servise başvuran 52 yaşındaki kadın hastanın başvuru anında kan basıncı 80/50 mmHg, nabızı 90/dakika, solunum hızı 24/dakika, oksijen satürasyonu %84 olarak saptanıyor. Öyküsünden yakın zamanda trafik kazası geçirdiği ve açık yaralarının primer suture edildiği öğreniliyor. Fizik muayenesinde sol bacakta nekroze alanlar, vücutta yer yer deskuame olan yaygın eritematöz döküntüler olduğu görülüyor. Akciğer grafisinde bilateral diffüz infiltrasyon ve plevral effüzyon saptanıyor. Kan tetkiklerinde sola kayma, hipoalbüminemi, kreatinin ve transaminaz yüksekliği ile trombositopeni tespit ediliyor. Hastadan alınan kan kültürlerinde gram pozitif, katalaz ve koagülaz negatif kok üremesi raporlanıyor.

Bu hastanın tedavisi için aşağıdaki antibiyotik rejimlerinden hangisinin tercih edilmesi en uygundur?

- A) Klindamisin + Siprofloksasin
- B) Penisilin + Klindamisin
- C) Siprofloksasin + Azitromisin
- D) Azitromisin + Seftazidim
- E) Seftazidim + Gentamisin

Bu vaka çok tipik biçimde **invaziv Grup A streptokok (Streptococcus pyogenes) enfeksiyonu / streptokoklar toksik şok sendromu + nekrotizan yumuşak doku enfeksiyonu** düşündürmektedir. Bunu destekleyen bulgular:

- Travma ve açık yara öyküsü
- Hızla kötüleşen yumuşak doku enfeksiyonu, nekroz
- Hipotansiyon ve çoklu organ tutulumu
- Yaygın eritematöz döküntü ve deskuamasyon
- Kültürde **gram pozitif, katalaz negatif, koagülaz negatif kok**

Tedavide temel mantık iki yönlüdür:

1.Etkenin eradikasyonu için beta-laktam, özellikle **penisilin**

2.Toksin üretiminin baskılanması için **klindamisin**

Klindamisin burada çok önemlidir; çünkü **bakteri çoğalma fazından bağımsız olarak etki eder ve streptokokal toksin sentezini baskılar**. Bu nedenle nekrotizan fasiit ve streptokokal toksik şok sendromunda klasik sınav cevabı **penisilin + klindamisin kombinasyonudur**. Ayrıca cerrahi debridman da hayati önemdedir; ancak soru antibiyotik rejimini sorduğu için ilaç kombinasyonu hedeflenmiştir.

Travma sonrası nekroz + şok + döküntü + gram(+) katalaz(-) kok = invaziv GAS düşün; penisilin + klindamisin ver.

Doğru cevap: B

2025 Mayıs

7. Hayvancılıkla uğraşan 41 yaşındaki erkek hasta birkaç gün önce başlayan sol kolda akıntısız, ağrısız, çevresi ödemli, koyu renkli kabuklanmış, yaklaşık 1,5 cm çaplı bir lezyon nedeni ile başvuruyor. Ek bir şikâyeti olmayan hastadan yara kabuğu altından alınan sürüntünün kültüründe γ (gama) faja duyarlı, gram pozitif basil ürettiği gözleniyor. Başka sistemik yakınma ve bulguları bulunmuyor. Bu hastanın tedavisinde, antimikrobiyal duyarlılık sonucu çıkmadan, patojen bakteriye yönelik aşağıdaki antibiyotiklerden hangisinin tercih edilmesi en uygundur?

- A) Meropenem
- B) Seftriakson
- C) Trimetoprim-sulfametoksazol
- D) Siprofloksasin
- E) Klaritromisin

Bu vaka çok tipik biçimde **kutanöz şarbonu (cutaneous anthrax)** düşündürür. Bunu destekleyen temel ipuçları şunlardır:

- **Hayvancılıkla uğraşma öyküsü**
- **Ağrısız**, akıntısız, çevresi ödemli lezyon
- **Koyu renkli kabuklanma/eskar**
- Kültürde **gram pozitif basil**
- **Gama faja duyarlılık: Bacillus anthracis** lehine önemli bir mikrobiyolojik bulgudur.

Kutanöz şarbonda lezyon başlangıçta papül şeklinde olabilir, ardından vezikülleşip ortasında nekrotik siyah eskar gelişir. En dikkat çekici özelliklerden biri, lezyonun genellikle **ağrısız olması ve çevresinde belirgin non-pürülan ödem** bulunmasıdır.

Tedavide, sistemik tutulum veya inhalasyon şüphesi olmayan **komplikasyonsuz kutanöz şarbon** olgularında etkili ajanlar arasında **siprofloksasin** önemli yer tutar. Şıklarda en uygun ampirik hedefe yönelik seçim budur.

Hayvancılık öyküsü + ağrısız siyah eskar + çevresel ödem + gram(+) basil + gama faja duyarlılık = kutanöz şarbon düşün.

İlk uygun tedavi seçeneklerinden biri: siprofloksasin

Doğru cevap: D

2025 Mayıs

10. Ateş yüksekliği, yaygın kas ağrısı, baş ağrısı, bulantı ve kusma yakınmaları ile acil servise başvuran 40 yaşındaki erkek hastanın öyküsünden 10 gün önce sel felaketi yaşadığı, şikâyetlerinin sel felaketinden 7 gün sonra başladığı öğreniliyor. Fizik muayenesinde ateş ve hepatosplenomegali tespit ediliyor. Kanda lökosit sayısı 12.900/mm³, trombosit sayısı 94.000/mm³, ALT 150 IU/L, kreatinin 2 mg/dL, sodyum 126 mEq/L olarak saptanıyor. Bu hasta için en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Sifiliz
- B) Tüberküloz
- C) Bruselloz
- D) Kist hidatik
- E) Leptospiroz

Bu soru çok tipik biçimde **leptospiroz** tablosunu sorguluyor. Tanıyı destekleyen bulgular:

- **Sel felaketi sonrası** gelişen hastalık
- İnkübasyona uyan zamanlama
- **Ateş, miyalji, baş ağrısı**
- Bulantı, kusma
- **Trombositopeni**
- **Kreatinin yüksekliği** (renal tutulum)
- **ALT yüksekliği**
- **Hiponatremi**

Leptospira, özellikle sel, su baskını ve kontamine su maruziyeti sonrası akla gelmesi gereken zoonotik bir enfeksiyondur. Klinik spektrum **hafif anikterik formdan ağır Weil hastalığına** kadar değişebilir. Ağır formda sarılık, böbrek yetmezliği, kanama eğilimi ve çoklu organ tutulumu gelişebilir. Bu soruda doğrudan sarılık vurgulanmasa da renal fonksiyon bozulması, trombositopeni ve sel sonrası zamanlama tanıyı oldukça güçlendirir.

Sel sonrası ateş + miyalji + trombositopeni + böbrek fonksiyon bozukluğu = leptospiroz düşün.

Doğru cevap: E

2023 Haziran

28. Hepatit B tedavisinde kullanılan aşağıdaki antivirallerden hangisinin kronik kullanımda kemik mineral yoğunluğunu azaltıcı yan etki göstermesi en olasıdır?

- A) Lamivudin
- B) Telbivudin
- C) Entekavir
- D) Tenofovir disoproksil fumarat
- E) Adefovir dipivoksil

Bu soru, HBV tedavisinde kullanılan nükleoz(t)id analoglarının uzun dönem yan etkilerini sorguluyor. **Tenofovir disoproksil fumarat (TDF)** ile:

- renal tübüler toksisite
- fosfat kaybı
- **kemik mineral yoğunluğunda azalma** ilişkisi iyi bilinir.

Bu nedenle kronik kullanımda kemik mineral yoğunluğunu azaltması en olası ajan: **tenofovir disoproksil fumarattır**. Ayırıcı not:

- TDF, TAF'ye göre kemik ve böbrek yan etkileri açısından daha sorunludur.
- Entekavir bu açıdan daha nötr kabul edilir.

Doğru cevap: D

2022 Aralık

28. Bir ay önce apandisit ameliyatı olan ve HLA-B27 pozitif olduğu bilinen, 38 yaşındaki kadın hasta, 10 gün önce, günde 5-7 kez sulu, mukuslu, kanlı dışkılama, ateş ve karın ağrısı ile hastaneye başvuruyor. Ultrasonografide mezenterik lenfadenopati ve kolonoskopide terminal ileumda ülserasyonlar tespit ediliyor. Fekal lökosit ve gizli kan pozitif olarak belirleniyor. Hastaya ampirik olarak siprofloksasin tedavisi başlanıyor ve ishali azalıyor. Hasta tedavisinin 5. gününde sağda sakroileit gelişmesi üzerine tekrar hastaneye başvuruyor. Bu hastada bu tabloya yol açması en olası etken aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Yersinia enterocolitica
- B) Clostridium difficile
- C) Mycobacterium tuberculosis
- D) Campylobacter jejuni
- E) Faecalibacterium prausnitzii

Bu soru, **invaziv enterokolit yapan etkenler** ile bunların **ekstraintestinal komplikasyonlarını** ilişkilendirme sorusudur. Özellikle:

- **terminal ileum tutulumu,**
- **mezenterik lenfadenopati,**
- **kanlı-mukuslu ishal,**
- **HLA-B27 pozitif zeminde sakroileit / reaktif artrit** bir araya getirildiğinde etken büyük olasılıkla **Yersinia enterocolitica** olur.

Seçeneklerin kısa deęerlendirmesi

B) Clostridium difficile: Antibiyotik sonrası sulu ishal yapar; terminal ileit + sakroileit kombinasyonu için tipik değildir.

C) Mycobacterium tuberculosis: İleoçekal tutulum yapabilir ama akut enterokolit ve hızlı gelişen reaktif artrit açısından ön planda değildir.

D) Campylobacter jejuni: Reaktif artrit yapabilir; ancak mezenterik adenit ve psödoapandisit tablosu Yersinia kadar tipik değildir.

E) Faecalibacterium prausnitzii: Normal bağırsak florasıyla ilişkili kommensal bir bakteridir; bu tabloyu açıklamaz.

Doğru cevap: A

2022 Aralık

29. İki gündür devam eden karın ağrısı, 38,4 °C ateş, bol sulu, kanlı ve mukuslu dışkılama yakınmalarıyla acil servise başvuran 40 yaşındaki erkek hastadan tanı için dışkının makroskopik ve mikroskopik incelemesi yanında dışkı kültürü isteniyor. Bu hastanın dışkı kültüründe üremesi en az olası mikroorganizma aşağıdakilerden hangisidir?

- A) *Shigella dysenteriae*
- B) Enteroinvaziv *Escherichia coli*
- C) *Campylobacter jejuni*
- D) *Cryptosporidium hominis*
- E) *Yersinia enterocolitica*

Bu soru, **inflamatuvar/invaziv diyare etkenleri** ile **rutin dışkı kültüründe üretilebilen mikroorganizmaları** ayırt etmeyi amaçlar.

Neden Cryptosporidium hominis?

Cryptosporidium bir **protozoondur**. Rutin bakteriyel dışkı kültüründe üremez. Tanısı genellikle:

- dışkıda **asit-fast boyama**,
- antijen testleri,
- PCR temelli yöntemler ile konur.

Bu nedenle dışkı kültüründe üremesi en az olası etken **Cryptosporidium hominis**'tir.

Diğer seçenekler neden üreyebilir?

- **Shigella dysenteriae**: Bakteriyel invaziv diyare etkenidir, kültürde üretilebilir.
- **Enteroinvaziv E. coli**: Bakteriyel etkendir.
- **Campylobacter jejuni**: Uygun özel kültür koşullarında üretilebilir.
- **Yersinia enterocolitica**: Bakteridir, kültürde üretilebilir.

Klinik yaklaşım

Kanlı, mukuslu, ateşli diyare; dışkıda lökosit ve eritrosit varlığı ile birlikte düşünüldüğünde tablo çoğunlukla **inflamatuvar diyare** lehinedir. Bu tabloda akla ilk gelen etkenler:

- **Shigella, Salmonella, Campylobacter, EIEC, Yersinia ve Entamoeba histolytica**

Bunların hepsi rutin kültürde saptanmaz. Protozoonlar için ayrı tanı yöntemleri gerekir.

Doğru cevap: D

2025 Aralık

6. Opere meme kanseri nedeniyle izlemde olan 37 yaşındaki kadın hastanın tarama kolonoskopisinde çok sayıda polip saptanıyor. Poliplerden en büyük olanının patolojisinde normal kolonik epitel altında düzensiz muskularis mukoza proliferasyonu olduğu görülüyor. Hastanın göz, burun ve ağız çevresinde bulunan çok sayıda lezyonun daha önce bir dermatolog tarafından multipl trikilemmom olarak değerlendirildiği öğreniliyor. Bu hasta için en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Familial adenomatöz polipozis sendromu
- B) Jüvenil polipozis sendromu
- C) Peutz-Jeghers sendromu
- D) Cowden sendromu
- E) Serrated polipozis sendromu (SPS)

Bu soru, **hamartomatöz polipozis sendromları** arasında klinik ayırımı ölçüyor. Vaka içinde iki çok güçlü ipucu var:

1. Multipl trikilemmomlar

2. Meme kanseri öyküsü ile birlikte çok sayıda polip

Multipl trikilemmomlar özellikle **Cowden sendromu** için klasik bir dermatolojik ipucudur. Cowden sendromu, **PTEN hamartom tümör sendromu** spektrumunda yer alır ve hastalarda **meme, tiroit, endometrium gibi** organ kanserleri açısından artmış risk bulunur. Patolojide tariflenen **“normal kolonik epitel altında düzensiz muskularis mukoza proliferasyonu” hamartomatöz polip lehine** bir ipucudur; ancak bu soruda asıl anahtar, **mukokutanöz lezyonlar + meme kanseri ilişkisi + trikilemmom** birlikteliğidir.

Neden diğerleri değil?

- **FAP** daha çok çok sayıda adenomatöz poliple gider.
- **Jüvenil polipozis** hamartomatöz polip yapar ama trikilemmom ve Cowden tipi fenotip beklenmez.
- **Peutz-Jeghers**'te mukokutanöz pigmentasyon ve arborizan düz kas yapısı öne çıkar.
- **Serrated polipozis** serrated lezyonlarla ilişkilidir; trikilemmom ilişkisi yoktur.

Multipl trikilemmom + meme kanseri öyküsü + hamartomatöz polipler = Cowden sendromu düşün.

Doğru cevap: D

2025 Mayıs

7. Altmış beş yaşındaki erkek hasta kanlı kusma ve siyah renkli dışkılama şikâyetleriyle acil servise başvuruyor. Hastaya intravenöz hidrasyonu ve proton pompa inhibitör infüzyonu başlanıyor. Endoskopi sırasında gastrik ülser ve ortasında görünür damar saptanan hastaya adrenalin enjeksiyonu ve argon plazma koagülasyonu yapılıyor. İşlemi takip eden ilk 24 saatte stabil olan hasta sonraki gün şiddetli biçimde kusmaya başlıyor ve eritrosit süspansiyon transfüzyonu uygulanıyor. Bu hastaya bu aşamada aşağıdakilerden hangisinin ilk olarak yapılması en olasıdır?

- A) Bilgisayarlı tomografi anjiyografi
- B) Tekrar endoskopi
- C) Konvansiyonel anjiyografi
- D) Sintigrafi
- E) Cerrahi müdahale

Bu soru, **non-varisiyel üst GİS kanamasında yeniden kanama geliştiğinde izlenecek ilk yaklaşımı** sorguluyor. Hastada başlangıçta endoskopik hemostaz yapılmış:

- adrenalın enjeksiyonu
- argon plazma koagülasyonu

İlk 24 saatte stabil seyretmiş, ancak sonrasında yeniden:

- şiddetli kusma
- muhtemelen tekrar üst GİS kanama bulguları
- eritrosit süspansiyonu gereksinimi gelişmiş. Bu tablo **tekrar kanama** düşündürür.

Non-varisiyel üst GİS kanamada endoskopik tedavi sonrası yeniden kanama gelişirse **ilk tercih genellikle tekrar endoskopidir**. Çünkü:

- yeniden kanama odağı görülebilir,
- ek endoskopik hemostaz uygulanabilir,
- invaziv girişim ve cerrahi öncesi en mantıklı basamaktır.

BT anjiyografi, konvansiyonel anjiyografi ya da cerrahi; daha çok tekrar endoskopinin başarısız olduğu, yapılamadığı veya hastanın kontrol edilemeyen aktif kanaması olduğu durumlarda düşünülür.

Doğru cevap: B

2023 Aralık

20. Yirmi beş yaşındaki erkek hasta ani başlayan, birkaç saat süren, kusmayla rahatlayan, günde 20-25 kez olabilen, başladığında 4-5 gün süren şiddetli bulantı atakları yakınmasıyla başvuruyor. Hasta; bu ataklar sırasında çok hâlsiz olduğunu, iştahının kapandığını, karın ağrısı ve bazen ishalinin olduğunu belirtiyor. Ailesinde migren öyküsü bulunan hasta bu ataklarının geçmişte olmadığını, son bir yılda 3-4 kez ve son 6 ayda 2 kez yaşadığını söylüyor. Bulantı atakları arasında kendisini rahat hissettiğini ifade ediyor. Son bir yılda 4 kilogram kilo kaybı olan hastanın herhangi bir ilaç kullanmadığı öğreniliyor. Bu hasta için en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Superior mezenterik arter sendromu
- B) Siklik kusma sendromu
- C) Kanabinoid hiperemesis sendromu
- D) Fonksiyonel kusma
- E) Ruminasyon sendromu

Bu vaka çok tipik biçimde **siklik kusma sendromu** düşündürüyor. En güçlü ipuçları:

- **ataklar hâlinde** gelen şiddetli bulantı-kusma
- atakların **birkaç gün sürmesi**
- ataklar arasında hastanın **tamamen iyi hissetmesi**
- ailede **migren öyküsü**
- tekrarlayıcı karakter

Siklik kusma sendromunda hastalar genellikle:

- **benzer özellikte tekrarlayan ataklar yaşar,**
- **ataklar arasında tamamen normale döner,**
- **migren ile ilişkili klinik/patofizyolojik özellikler taşıyabilir.**

Neden diğerleri değil?

- **Superior mezenterik arter sendromu** daha çok mekanik obstrüksiyon benzeri, postprandiyal ve kalıcı tablo yapar.
- **Kanabinoid hiperemesis sendromu** için kannabis kullanımı ve sıklıkla sıcak duşla rahatlama beklenir; burada ilaç/madde kullanımı yok.
- **Fonksiyonel kusma** daha kronik ve ataklar arası tam düzelme olmadan seyredebilir.
- **Ruminasyon sendromu** daha çok yemek sonrası regürjitasyon paternindedir.

Doğru cevap: B

2025 Aralık

2. Kanser tanısı konulan ve kemoterapi planlanan hastanın tetkiklerinde HBsAg pozitif ve HBV-DNA sonucu negatif olarak saptanıyor. Bu hastada aşağıdakilerden hangisinin HBV reaktivasyonu yapması en az olasıdır?

- A) 8 hafta boyunca 40 mg metilprednizolon tedavisi
- B) Golimumab
- C) Ocrelizumab
- D) Doksorubisin
- E) Azatioprin

Bu soru, **HBV reaktivasyon riski** taşıyan immünsüpresif ve antineoplastik tedavileri karşılaştırıyor. HBsAg (+) bir hastada, HBV-DNA negatif olsa bile immünsüpresyon sırasında reaktivasyon gelişebilir. Bu nedenle hangi ajanların daha riskli olduğunu bilmek önemlidir. Yüksek risk veya belirgin risk oluşturan ajanlar arasında:

- **B hücre depresyonu yapan ajanlar** (örneğin ocrelizumab; rituksimab)
- **Yüksek doz ve uzun süreli kortikosteroidler**
- **Antrasiklinler** (örneğin doksorubisin)
- Bazı biyolojik ajanlar, örneğin **anti-TNF** tedavileri

Bu seçenekler arasında **azatioprin**, tek başına HBV reaktivasyonu açısından diğerlerine göre daha düşük riskli kabul edilir. Yani reaktivasyon yapabilirlik tamamen sıfır değildir; ancak sorunun “en az olası” vurgusunda doğru seçenek odur. Burada sınav mantığı şu sıralamaya dayanır:

anti-CD20/B hücre baskılayıcı ajanlar > yüksek doz steroid/antrasiklin/anti-TNF > klasik immünmodülatörler

HBsAg pozitif hastada HBV-DNA negatif olsa bile immünsüpresyonla reaktivasyon gelişebilir.

Yüksek riskliler: **yüksek doz steroid, B hücre baskılayıcı ajanlar, antrasiklinler, bazı biyolojikler.**

Azatioprin bu seçenekler içinde en düşük riskli olandır.

Doğru cevap: E

2025 Mayıs

6. Elli altı yaşındaki kadın hasta yüksek ateş, sarılık ve sağ üst kadranda ağrı şikâyetleriyle başvuruyor. Fizik muayenesinde hastanın yakınmalarına benzer bulgular saptanıyor. Abdominal ultrasonografide safra kesesi duvarının kalın olduğu, içinde multipl taşlar bulunduğu, koledokta akustik gölge veren taş ile uyumlu opasiteler tespit ediliyor. ERCP planlanan hastanın yatışı yapılıyor. Bu hastaya aşağıdakilerden hangisinin uygulanması durumunda ERCP sonrası pankreatit riskinin artması en olasıdır?

- A) İşlem esnasında pankreas kanalına profilaktik 5F stent konulması
- B) İşlem öncesi rektal yoldan non-steroidal antiinflamatuvar verilmesi
- C) İşlem esnasında pankreas kanalına radyoopak madde verilmesi
- D) İşlem öncesi ringer laktat verilerek hastanın hidrate edilmesi
- E) İşlem esnasında safra kanalına stent konulması

Bu soru, **ERCP sonrası pankreatit riskini artıran ve azaltan faktörleri** sorguluyor. Koruyucu uygulamalar:

- **rektal NSAİİ**
- **yeterli hidrasyon**
- **seçilmiş hastalarda profilaktik pankreas stenti**

ERCP sonrası pankreatit riskini artıran başlıca mekanizmalardan biri ise:

- **pankreas kanalının travmatize edilmesi**
- **pankreas kanalına kontrast/radyopak madde verilmesi**

Bu nedenle risk artışı açısından en tipik seçenek **işlem sırasında pankreas kanalına radyopak madde verilmesidir.**

Rektal NSAİİ, hidrasyon ve profilaktik stent ise koruyucudur.

Doğru cevap: C

2024 Aralık

9. Sigara içmeyen 50 yaşındaki erkek hasta horlama ve uykudan boğularak uyanma şikâyetleri ile başvuruyor. Eşinden alınan öyküden, hastanın uyurken zaman zaman nefesinin durduğu öğreniliyor. Fizik muayenesinde, beden kitle indeksi 35 kg/m² bulunuyor ve Mallampati sınıfının 2 olması dışında patolojik bulgu saptanmıyor. Hastaya yapılan polisomnografide, tüm solunumsal olayların %90'ının obstrüktif tipte olduğu görülüyor ve apne-hipopne indeksi 60/saat olarak bulunuyor. Bu hasta için en uygun tedavi aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Sürekli pozitif hava yolu basıncı (CPAP) tedavisi
- B) Obezite cerrahisi
- C) Uykuda sırt üstü yatmasını engelleyen pozisyon tedavisi
- D) Uvulopalatofaringoplasti
- E) Ağız içi araç tedavisi

Bu vaka çok tipik biçimde **obstrüktif uyku apne sendromu (OUAS)** tarif ediyor. Bulgular:

- Horlama
- Tanıklı apne
- Uykudan boğularak uyanma
- BMI 35 kg/m²
- Polisomnografide olayların %90'ı obstrüktif tipte
- **AHI (Apne-Hipopne İndeksi) = 60/saat**

Bu değer **ağır OUAS** anlamına gelir. Ağır obstrüktif uyku apnesinde en uygun ve ilk basamak tedavi **CPAP (Continuous Positive Airway Pressure; Sürekli Pozitif Havayolu Basıncı)** tedavisidir. Neden diğerleri değil?

- **Pozisyon tedavisi** daha hafif ve pozisyona bağımlı olgularda düşünülebilir.
- **Ağız içi araçlar** hafif-orta olgularda daha uygundur.
- **Cerrahi** seçilmiş olgularda düşünülür, ilk ve en etkili standart yaklaşım değildir.
- **Obezite cerrahisi** uzun vadeli katkı sağlayabilir ama akut/standart ilk tedavi değildir.

Doğru cevap: A

2023 Haziran

20. Over kanseri nedeniyle 1 hafta önce opere olan hasta, ani başlayan nefes darlığı ve sağda plöretik özellikte göğüs ağrısı şikâyetleri ile acil servise başvuruyor. Fizik muayenesinde, kalp atım hızı 120/dakika olarak bulunuyor ve sağ bacakta Homans pozitif olarak saptanıyor. Bu hastada tanı koymak için en uygun görüntüleme testi aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Posteroanterior akciğer grafisi
- B) Yüksek rezolüsyonlu toraks bilgisayarlı tomografisi
- C) Toraks bilgisayarlı tomografi anjiyografi
- D) Kontrastsız toraks bilgisayarlı tomografi
- E) Toraks manyetik rezonans görüntüleme

Bu soru çok tipik biçimde **akut pulmoner emboli** düşündürüyor. İpuçları:

- yakın zamanda **kanser cerrahisi**
- ani başlayan **dispne**
- **plöretik göğüs ağrısı**
- **taşikardi**
- DVT lehine bulgu: **Homans pozitifliği**

Pulmoner emboliden şüphelenilen hemodinamik olarak stabil hastada tanı için en uygun görüntüleme **toraks BT anjiyografidir**. Neden?

- pulmoner arter içindeki trombüsü doğrudan gösterebilir
- hızlı ve yaygın kullanılan bir yöntemdir
- PE tanısında temel görüntüleme testidir

Neden diğerleri değil?

- **PA akciğer grafisi** yardımcı olabilir ama tanı koydurmaz
- **HRCT** interstisyel akciğer hastalıkları için uygundur
- **Kontrastsız BT** PE için uygun değildir
- **MR** rutin ilk tercih değildir

Doğru cevap: C

2025 Mayıs

9. Kırk altı yaşındaki erkek hastanın dönem dönem tekrarlayan diyare, sıcak basması ve taşikardi atakları nedeniyle yapılan tetkiklerinde akciğerde karsinoid tümör tespit edilerek operasyon kararı alınıyor. Bu hastada cerrahi sırasında gelişebilecek olası bir karsinoid krizden korunmak için aşağıdaki ilaçlardan hangisinin kullanımı en uygundur?

- A) Oktreotid
- B) Kabergolin
- C) Metilprednizolon
- D) Doksazosin
- E) Fenoksibenzamin

Bu soru, **karsinoid sendrom** ve cerrahi sırasında gelişebilecek **karsinoid kriz** profilaksisini sorguluyor. Karsinoid sendromda:

- diyare
- flushing (sıcak basması)
- taşikardi
- bronkospazm
- hemodinamik instabilite gibi bulgular görülebilir. Tümör manipülasyonu sırasında yoğun mediatör salınımı olursa **karsinoid kriz** gelişebilir.

Bu durumda **cerrahi öncesi ve perioperatif dönemde en uygun koruyucu ajan oktreotid**dir. Oktreotid, bir **somatostatin analogudur** ve tümörden mediatör salınımını baskılar.

Diğer seçenekler başka tabloları düşündürür:

- **Fenoksibenzamin / doksazosin** feokromositoma eksenindedir
- **Kabergolin** prolaktinoma gibi durumlarda kullanılır
- **Metilprednizolon** burada özgül koruyucu ajan değildir

Doğru cevap: A

2024 Aralık

15. Elli yaşındaki erkek hasta şuur bulanıklığı nedeniyle acil servise getiriliyor. Hastanın öyküsünde larinks kanseri nedeniyle bir yıl önce boyun bölgesine radyoterapi uygulandığı öğreniliyor. Fizik muayenesinde; hipotermi, bradikardi dikkat çekiyor ve derin tendon refleksleri alınmıyor. Laboratuvar incelemesinde hiponatremi ve hipoglisemi saptanıyor. Arteriyal kan gazı incelemesi ise hipoksi ve hiperkapni ile uyumlu olarak geliyor. Bu hastanın en olası tanısı ve bu tanı için ilk bakılması gereken test aşağıdakilerin hangisinde birlikte verilmiştir?

- A) Hipoparatiroidi – PTH
- B) Adrenal yetmezlik krizi – ACTH ve kortizol
- C) Miksödem koması – TSH ve serbest T4
- D) Kardiyojenik şok – BNP
- E) Hipofizer apopleksi – ACTH ve kortizol

Bu soru çok tipik biçimde **miksödem koması** tablosunu sorguluyor. En güçlü ipuçları şunlar:

- **boyun bölgesine radyoterapi öyküsü**
- **şuur bulanıklığı**
- **hipotermi**
- **bradikardi**
- **derin tendon reflekslerinde azalma/alınmama**
- **hiponatremi**
- **hipoglisemi**
- **hipoksi ve hiperkapni**

Boyun radyoterapisi sonrası **hipotiroidi** gelişebilir. Ağır ve dekompanse hipotiroidinin yaşamı tehdit eden formu ise **miksödem komasıdır**. Bu tabloda solunum depresyonu, CO₂ retansiyonu, hipotermi ve mental durum değişikliği sık görülür.

Taniyi desteklemek için ilk bakılması gereken testler **TSH ve serbest T4**'tür. Primer hipotiroidide TSH genellikle yüksek, serbest T4 düşüktür.

Doğru cevap: C

2024 Aralık

18. Yirmi beş yaşındaki kadın hasta fasiyal asimetri ve fibröz displazi nedenleriyle yönlendiriliyor. Özgeçmişinden puberte prekoks olduğu öğrenilen hastanın fizik muayenesinde akromegalik görünüm ve kutanöz pigmentasyon artışı tespit ediliyor. Bu hastadaki en olası genetik mutasyon aşağıdakilerden hangisidir?

- A) AIP gen mutasyonu
- B) PRKAR1A gen mutasyonu
- C) GNAS1 gen mutasyonu
- D) CDKN1B gen mutasyonu
- E) MEN1 gen mutasyonu

Bu tablo çok tipik biçimde **McCune-Albright sendromu** düşündürür. Klasik triad:

- **fibröz displazi**
- **cafe-au-lait / kutanöz pigmentasyon**
- **prekoks puberte**

Soruda buna ek olarak akromegalik görünüm de verilmiş; McCune-Albright'ta farklı endokrin hiperfonksiyon tabloları görülebilir. Bu sendromun temel genetik zemini **GNAS1 mutasyonudur**. Bu mutasyon Gs alfa alt birimini etkiler ve hücre içinde cAMP yolak aktivasyonunu artırır.

Doğru cevap: C

2025 Mayıs

7. Altmış iki yaşındaki erkek hasta baskı tarzında şiddetli göğüs ağrısı şikâyetiyle acil servise başvuruyor. Hastanın çekilen elektrokardiyografisinde DII-DIII ve aVF derivasyonlarında ST elevasyonu izleniyor. Hastanın nabızı 72 atım/dakika olup, arteriyel kan basıncı 80/60 mmHg olarak ölçülüyor. Sağ ventrikül miyokard enfarktüsü şüphesiyle sağ prekordiyumdan yapılan EKG çekiminde de V4R ve V5R derivasyonlarında da ST segmenti elevasyonu olduğu gözleniyor. Bu hastada aşağıdaki muayene bulgularından hangisinin görülmesi en az olasıdır?

- A) Jugüler ven dolgunluğu
- B) Kussmaul bulgusu
- C) Pulsus paradoksus
- D) Oskültasyonda sağ taraflı S3 işitilmesi
- E) Her iki akciğerde krepitan inspiratuvar rallerin işitilmesi

Bu soru tipik olarak **sağ ventrikül miyokard enfarktüsü** bulgularını sorguluyor. Hastada:

- **Inferior MI** ile uyumlu ST elevasyonu (DII, DIII, aVF)
- Sağ prekordiyal derivasyonlarda **V4R-V5R ST elevasyonu**
- Hipotansiyon bulunuyor. Bu tablo sağ ventrikül infarktüsünü güçlü biçimde destekler.

Sağ ventrikül infarktüsünde beklenen klasik klinik üçlü şudur:

- **Hipotansiyon**
- **Juguler venöz dolgunluk**
- **Akciğerlerin temiz olması**

Yani sol kalp yetersizliğindeki gibi yaygın pulmoner ödem bulguları genellikle beklenmez. Bu nedenle **iki akciğerde krepitan inspiratuvar raller** sağ ventrikül infarktüsünde **en az olası** bulgudur.

Diğer bulgular neden olabilir?

- **Jugüler ven dolgunluğu** sık beklenir
- **Kussmaul bulgusu** görülebilir
- Sağ ventrikül disfonksiyonuna bağlı **sağ taraflı S3** duyulabilir
- **Pulsus paradoksus**

Sağ ventrikül MI: hipotansiyon + JVD + temiz akciğerler Bu nedenle **bilateral krepitan ral** en az beklenen bulgudur.

Doğru cevap: E

2024 Haziran

13. Hipertansiyon ve koroner arter hastalığı ile takipli 57 yaşındaki erkek hasta kontrol için başvuruyor. Öyküsünden hastaya 15 gün önce göğüs ağrısı nedeniyle başvuru sonrası koroner anjiyografi yapıldığı ve 1 adet koroner stent implante edildiği öğreniliyor. Aktif yakınması olmayan hastanın fizik muayenesi normal olarak değerlendiriliyor. EKG ve ekokardiyografi bulguları normal olan hastanın tedavisinde asetilsalisilik asit, metoprolol, ramipril ve rosuvastatin kullandığı öğreniliyor. Kardiyovasküler olayların önlenmesi, stent açıklığının sağlanması ve sağ kalımın artırılması açısından düşünüldüğünde bu hastanın tedavisinde eksik olan ilaç aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Apiksaban
- B) Klopidoğrel
- C) Dabigatran
- D) Amlodipin
- E) Rivaroksaban

Bu soru, **koroner stent sonrası standart antitrombotik tedaviyi** sorguluyor. Hastaya 15 gün önce stent takıldığı belirtilmiş. Stent sonrası erken dönemde en kritik yaklaşım **dual antiplatelet tedavi (DAPT)** uygulamaktır:

• **Asetilsalisilik asit + ek olarak bir P2Y₁₂ inhibitörü (en klasik olarak klopidoğrel)**

Soruda hasta zaten:

- aspirin
- beta bloker
- ACE inhibitörü
- statin kullanıyor. Ancak stent açıklığını korumak açısından eksik olan ilaç **klopidoğrel**dir.

Neden diğerleri değil?

- **Apiksaban, dabigatran, rivaroksaban** antikoagülandır; AF veya VTE gibi özel endikasyonlar yoksa stent sonrası rutin eksik ilaç bunlar değildir.
- **Amlodipin** antianginal/antihipertansif olabilir ama stent açıklığını sağlamak için gerekli ana ilaç değildir.

Doğru cevap: B

2025 Aralık

1. Altmış beş yaşındaki erkek hasta gün içinde olan ve geceleri de süren baş, boyun ve sırt ağrısı şikâyetleriyle başvuruyor. Laboratuvar tetkiklerinde ALP yüksekliği ve direkt kafa grafisinde osteoporozis sirkumskripta saptanıyor. İşitme azlığı ve lomber vertebrada kompresyon fraktürü tespit edilen hastaya bisfosfonat tedavisi başlandıktan sonra kemik ağrılarında belirgin iyileşme gözleniyor. Bu hastada aşağıdakilerin hangisinde mutasyon saptanması en olasıdır?

- A) SQSTM1
- B) AIP
- C) CDKN1B
- D) AGPAT2
- E) PLIN1

Bu soru, klinik olarak çok tipik biçimde **Paget kemik hastalığını (osteitis deformans)** tarif ediyor. Bunu düşündüren bulgular:

- İleri yaşta erkek hasta
- **Kemik ağrısı**
- **ALP yüksekliği**
- Kafa grafisinde **osteoporozis sirkumskripta**
- **İşitme azlığı**
- Vertebral komplikasyonlar
- **Bisfosfonat tedavisine iyi yanıt**

Paget hastalığında kemik dönüşümü belirgin hızlanmışır. Özellikle kafatası tutulumu olduğunda işitme kaybı gelişebilir. Radyolojik olarak erken litik lezyonlar ve daha sonra karışık sklerotik değişiklikler görülebilir. Laboratuvarda en tipik bulgu **ALP yüksekliğidir**. Genetik açıdan Paget hastalığı ile en çok ilişkilendirilen mutasyonlardan biri **SQSTM1**'dir. Bu nedenle seçenekler içinde en olası cevap budur.

Neden diğerleri değil?

- **AIP** ve **CDKN1B** daha çok hipofiz/endokrin tümör sendromlarıyla ilişkilidir.
- **AGPAT2** ve **PLIN1** lipodistrofi spektrumunda yer alan genlerdir.

Doğru cevap: A

2025 Aralık

7. Kırk altı yaşındaki erkek hasta son 1 yıldır alt ekstremitelerde livedoid tarzda döküntü ve son 1 aydır sol bacakta ülser gelişmesi nedeniyle başvuruyor. Ciddi kas ve eklem ağrılarının olduğunu ve son 1 ayda 80 kilodan 70 kiloya düştüğünü belirtiyor. Baş ağrısının özellikle bacağındaki yara ile yakın dönemde başladığını söyleyen hastanın fizik muayenesinde alt ekstremitelerde 5x5 cm boyutunda ülserle lezyon izlenirken, kan basıncı 180/110 mmHg olarak saptanıyor. Laboratuvar tetkiklerinde kreatinin düzeyi 2 mg/dL, CRP 100 mg/L (N: 0-5 mg/L) tespit ediliyor. Hastanın BT anjiyografisinde renal ve hepatik arterlerde mikroanevrizmalar saptanıyor. Bu hastanın en olası tanısına göre aşağıdakilerden hangisinin gelişmesi en az olasıdır?

- A) İskemik orşit
- B) Mononöritis multipleks
- C) Optik iskemik
- D) Kardiyomiyopati
- E) İşitme kaybı

Bu soru klasik **poliarteritis nodosa (PAN)** tablosunu sorguluyor. En önemli ipuçları:

- **Livedo retikularis / livedoid döküntü**
- Cilt ülseri
- Şiddetli miyalji-artralji
- Kilo kaybı
- **Hipertansiyon**
- Böbrek tutulumu
- **Renal ve hepatik arterlerde mikroanevrizmalar**

PAN, **orta çaplı arterleri** tutan nekrotizan vaskülitir. Özellikle:

- **Mononöritis multipleks**
- **İskemik orşit/testiküler ağrı /optik iskemi**
- Renal arter tutulumu nedeniyle **hipertansiyon**
- Cilt bulguları
- Gastrointestinal iskemi gibi bulgular beklenebilir.

İşitme kaybı, PAN için tipik ve beklenen bir bulgu değildir.

Doğru cevap: E

2024 Aralık

15. Seksen iki yaşındaki kadın hasta, 3 aydır kalça, uyluk ve omuzlarında şiddetli ağrı ve hâlsizlik şikâyetleri ile polikliniğe başvuruyor. Gece yatakta dönerken ağrıdan dolayı uykudan uyandığını, sabah kalktığında ise şiddetli olan ağrılarının öğleden sonra azaldığını belirtiyor.

Diklofenak 75 mg günde 1 kere aldığını ve kısmen yarar gördüğünü ifade eden hastanın kas-iskelet sistemi muayenesinde dizlerinde krepitasyon ve genu varum deformitesi, ellerinde Heberden nodülleri ve biseps adalelerinde hassasiyet saptanıyor. Laboratuvar tetkiklerinde, eritrosit sedimentasyon hızı 90 mm/saat, C-reaktif protein 75 mg/L, hemoglobin 10,5 g/dL, antinükleer antikor ve romatoid faktör negatif saptanıyor. Bu hastada yaygın ağrıya neden olan hastalık için en uygun başlangıç tedavisi aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Kolşisin, 0,5 mg, günde 3 kere
- B) Tramadol, 50 mg, günde 2 kere
- C) Hidroksiklorokin, 200 mg, günde 2 kere
- D) Prednizon, 15 mg, günde 1 kere
- E) Metotreksat, 15 mg, haftada bir kere

Bu vaka çok tipik biçimde **polimiyaljiya romatika (PMR)** düşündürüyor. En önemli ipuçları:

- ileri yaş hasta
- **omuz, kalça ve uyluk kuşağında ağrı**
- **sabah belirgin tutukluk/ağrı**
- inflamasyon belirteçlerinde belirgin yükseklik (**ESR, CRP**)
- RF ve ANA negatifliği
- proksimal kaslarda esas güçsüzlükten çok **ağrı ve hassasiyet**

Dizlerde krepitasyon, genu varum ve Heberden nodülleri osteoartriti düşündürse de, bu hastadaki **yaygın kuşak ağrısını** açıklayan esas tablo PMR'dir.

PMR'de en uygun başlangıç tedavisi **düşük-orta doz glukokortikoid**, klasik olarak **prednizon 12,5-25 mg/gün** aralığıdır.

Doğru cevap: D

2025 Aralık

6. Aşağıda belirtilen monoklonal antikor – hedef eşleştirmelerinden hangisi yanlıştır?

- A) Brentuksimab vedotin – CD30
- B) Polatuzumab vedotin – CD79b
- C) Obinutuzumab – CD20
- D) Daratumumab – CD138
- E) İnotuzumab ozogamisin – CD22

Bu soru tamamen **antikor-hedef eşleşmesi** bilgisini ölçüyor.

Doğru eşleşmeler:

- **Brentuksimab vedotin → CD30**
- **Polatuzumab vedotin → CD79b**
- **Obinutuzumab → CD20**
- **Inotuzumab ozogamisin → CD22**

Yanlış olan eşleşme ise:

- **Daratumumab – CD138**

Çünkü **daratumumabın gerçek hedefi CD38**'dir. Özellikle **multipl miyelom** tedavisinde kullanılan anti-CD38 monoklonal antikordur.

Doğru cevap: D

2025 Mayıs

7. Akut miyeloid lösemide aşağıdaki genetik bozukluklardan hangisine sahip olan hastalarda 1. tam remisyonda Avrupa Lösemi Ağı'na (European LeukemiaNet) göre kötü risk faktörü olarak değerlendirilip konsolidasyon tedavisi olarak allogeneik kök hücre nakli yapılması en uygun tedavi seçeneğidir?

- A) t(8;21)(q22;q22.1); RUNX1-RUNX1T1
- B) inv(16)(p13.1q22) veya t(16;16)(p13.1;q22); CBFB-MYH11
- C) t(15;17)(q31; q22); PML-RARA
- D) Biallelik CEBPA mutasyonu
- E) t(v;11)(v;q23); KMT2A rearanjmanı

Bu soru, **AML (Akut Miyeloid Lösemi)**'de sitogenetik/moleküler risk sınıflamasını sorguluyor. ELN sınıflamasında bazı genetik değişiklikler **iyi risk**, bazıları **ara risk**, bazıları ise **kötü risk** grubuna girer. Kötü risk grubunda olan hastalarda, ilk tam remisyonda uygun adaylarda **allogeneik kök hücre nakli** gündeme gelir.

Şıkların mantığı:

- **t(8;21)** ve **inv(16)/t(16;16)**, çekirdek bağlayıcı faktör (core-binding factor) AML'lerdir ve klasik olarak **iyi risk** kabul edilir.
- **t(15;17) / PML-RARA**, akut promiyelositik lösemidir; ayrı biyoloji ve özel tedavisi vardır.
- **Biallelik CEBPA mutasyonu** da genellikle iyi prognostik gruptadır.
- **KMT2A rearanjmanı (11q23)** ise kötü prognozlu genetik bozukluklar arasında yer alır. Bu nedenle kötü risk kabul edilip ilk remisyonda allojenik nakil düşünülmesi en uygun seçenek **KMT2A rearanjmanı**dır.

Doğru cevap: E

2025 Mayıs

8. Akut miyeloid lösemi ve kronik lenfositik lösemi tedavisinde kullanılan ve BAX/BAK bağımlı apoptozu aktive ederek etki gösteren ajan aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Venetoklaks
- B) Merkaptopürin
- C) İbrutinib
- D) Bosutinib
- E) Gilteritinib

Bu soru tamamen **ilaç mekanizması** sorusudur. **Venetoklaks**, antiapoptotik protein olan **BCL-2 inhibitörüdür**. BCL-2 inhibe edildiğinde hücre içinde **BAX/BAK aracılı apoptotik yolak** aktive olur ve hücre apoptoza gider. Bu ajan özellikle:

- **Kronik lenfositik lösemi (KLL)**
- bazı **AML** alt gruplarında kullanılır.

Diğer şıklar:

- **İbrutinib** → BTK inhibitörü
- **Bosutinib** → BCR-ABL tirozin kinaz inhibitörü
- **Gilteritinib** → FLT3 inhibitörü
- **Merkaptopürin** → pürin analogu

Bu nedenle BAX/BAK bağımlı apoptozu aktive eden ajan **venetoklakstır**.

Doğru cevap: A

2023 Aralık

26. Kırk iki yaşındaki kadın hasta hasta bir süredir devam eden sırt ağrısı nedeniyle değerlendiriliyor ve fizik tedavi uygulanıyor. Rutin kan tetkiklerinde hemoglobin değeri 10 g/dL olması nedeniyle hematoloji polikliniğine yönlendirilen hastada periferik yaymada normokrom normositer eritrositler, eritrositlerde rulo formasyonu, normal formülasyon ve normal trombosit düzeyi tespit ediliyor. Hastanın kalsiyum değeri 11 mg/dL, total protein 11 g/L ve albumin 3 g/L olarak tespit ediliyor. Bilinen kronik hastalığı veya ilaç kullanımı olmayan hastada sırt ağrısı nedeniyle çekilen torakal MRG'de T10'da kompresyon kırığı gözleniyor. Bu hastaya tanı koymak için en uygun yaklaşım aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Protein elektroforezi ve kemik dansitometresi
- B) Bilateral meme ultrasonografisi ve kemik sintigrafisi
- C) Serum-idrar immünoelektroforez ve kemik iliği biyopsisi
- D) Toraks bilgisayarlı tomografisi ve kemik iliği biyopsisi
- E) Pelvik ultrasonografi ve kemik sintigrafisi

Bu vaka çok tipik biçimde **multipl miyelom** düşündürüyor. İpuçları:

- **anemi**
- periferik yaymada **rulo formasyonu**
- **hiperkalsemi**
- total protein yüksekliği, albümin düşüklüğü
- vertebrada **kompresyon kırığı**
- uzun süredir devam eden sırt ağrısı

Multipl miyelom tanısında en uygun yaklaşım:

- **serum ve idrarda monoklonal proteinin gösterilmesi** yani **immünfiksasyon**
- ve **kemik iliği biyopsisi** ile plazma hücre infiltrasyonunun gösterilmesidir.

Bu nedenle seçenekler içinde en doğru yaklaşım **serum-idrar immünfiksasyonu ve kemik iliği biyopsisi**dir.

Doğru cevap: C

2025 Aralık

1. Elli beş yaşındaki erkek hasta iştahsızlık ve hâlsizlik şikâyetleriyle başvuruyor. Anamnezinden ECOG performans skorunun 1 olduğu öğrenilen hastada ensefalopati bulgusu gözlenmiyor. Abdominal ultrasonografide karaciğer sağ lobda en büyüğü 5 cm'lik multipl lezyonlar ile periportal büyümüş lenf nodları saptanıyor ve assit izlenmiyor. Dinamik karaciğer MRG'sinde karaciğerdeki lezyonlar hepatoselüler karsinom ile uyumlu değerlendiriliyor ve evrelemeye yönelik çalışmada kemik metastazı tespit ediliyor. Laboratuvar tetkiklerinde AFP 800 ng/mL, total bilirübin 1,5 mg/dL, albümin 3,8 g/dL ve INR 1,2 saptanıyor. Bu hastanın birinci basamak farmakolojik tedavisinde aşağıdakilerden hangisinin öncelikli olarak tercih edilmesi en olasıdır?

- A) Atezolizumab ve bevasizumab
- B) Lapatinib ve kapesitabin
- C) Sorafenib
- D) Gemsitabin ve oksaliplatin
- E) Karboplatin, etoposid ve atezolizumab

Bu soru, **ileri evre hepatoselüler** tedavisini sorguluyor. Hastada:

- Multipl karaciğer lezyonları
- Periportal lenf nodları
- **Kemik metastazı**
- ECOG 1
- Belirgin dekompanseasyon bulgusu olmaması
- Albümin ve INR'nin görece korunmuş olması

bulunuyor. Yani hasta **sistemik tedavi adayı**.

Bu tabloda modern birinci basamak yaklaşımda en güçlü seçeneklerden biri **atezolizumab + bevasizumab** kombinasyonudur. Bu kombinasyon, uygun performans durumu ve kontrendikasyon yokluğunda ileri evre HCC'de öncelikli tedavi seçeneklerinden biri olarak öne çıkar.

Metastatik HCC + iyi performans + korunmuş karaciğer rezervi olan hastada ilk basamakta öncelikli seçeneklerden biri: atezolizumab + bevasizumab.

Doğru cevap: A

2024 Aralık

11. Aşağıdakilerden hangisi bir anti-CTLA4 monoklonal antikordur?

- A) Tremelimumab
- B) Pembrolizumab
- C) Durvalumab
- D) Nivolumab
- E) Atezolizumab

Bu soru, immün kontrol noktası inhibitörlerinin **hedef molekül eşleşmesini** sorguluyor. İlaç-hedef eşleşmeleri:

- **Tremelimumab → anti-CTLA-4**
- **Pembrolizumab → anti-PD-1**
- **Nivolumab → anti-PD-1**
- **Durvalumab → anti-PD-L1**
- **Atezolizumab → anti-PD-L1**

Dolayısıyla seçenekler içinde **anti-CTLA-4** olan ajan **tremelimumab**tır. Sınavlarda bu alanın en klasik diğer örneği de **ipilimumab**tır.

Doğru cevap: A

2023 Aralık

8. Aşağıdaki HLA doku gruplarından hangisinin karbamazepine bağlı ciddi geç tip hipersensitivite reaksiyonu için yatkınlık oluşturmaları en olasıdır?

- A) HLA-B27
- B) HLA-B15
- C) HLA-B51
- D) HLA-B58
- E) HLA-B57

Bu soru, **karbamazepine bağlı ciddi kutanöz/geç tip hipersensitivite reaksiyonları** ile ilişkili HLA alt tipini sorguluyor. Karbamazepin özellikle:

- **Stevens-Johnson sendromu (SJS)**
- **Toksik epidermal nekroliz (TEN)** gibi ağır ilaç reaksiyonlarıyla ilişkilendirilebilir.

Bu ağır reaksiyonlar için en klasik genetik **HLA-B*15:02** ile ilişkilidir.

- * **HLA-B58** daha çok **allopürinol** aşırı duyarlılığıyla ilişkilidir
- * **HLA-B57** abacavir hipersensitivitesiyle klasik olarak bilinir
- * **HLA-B51** Behçet hastalığı ile ilişkilidir

Doğru cevap: B

2025 Aralık

1. Herediter kronik böbrek yetmezliği olduğu ve diyaliz aldığı bilinen 20 yaşındaki erkek hastaya nefrotik sendrom tanısı konuluyor. Bu hastada aşağıdaki genlerden hangisinde mutasyon saptanması en az olasıdır?

- A) NPHS1
- B) NPHS2
- C) PKD1
- D) LAMB2
- E) TRPC6

Bu soru, **herediter nefrotik sendrom** ile ilişkili genleri sorguluyor. Nefrotik sendromla ilişkili kalıtsal genler arasında özellikle şunlar çok önemlidir:

- **NPHS1** → nefrin
- **NPHS2** → podosin
- **LAMB2** → Pierson sendromu ile ilişkili
- **TRPC6** → ailesel fokal segmental glomerüloskleroz

Buna karşılık **PKD1**, esas olarak **otozomal dominant polikistik böbrek hastalığı** ile ilişkilidir. Yani herediter böbrek hastalığı yapar; ancak tipik olarak **kalıtsal nefrotik sendrom genleri** arasında yer almaz.

Burada soru “herediter böbrek hastalığı” değil, özellikle **nefrotik sendrom** genetiğini sormaktadır. Bu nedenle en az olası seçenek **PKD1**’dir.

Doğru cevap: C

2025 Aralık

8. Kadavradan böbrek transplantasyonu yapılan 50 yaşındaki kadın hasta nakil sonrası takrolimus, mikofenolat mofetil ve prednizolon tedavisi ile serum kreatinin düzeyi 0,95 mg/dL olarak taburcu ediliyor. Altı ay sonraki kontrol muayenesinde greft yerinde hassasiyet tespit edilen hastanın serum kreatinin değeri 3,8 mg/dL'ye çıktığı belirleniyor. İdrar örneğinde eser miktarda protein saptanan ve açlık takrolimus düzeyi 8 ng/mL bulunan hastanın greft böbrek biyopsisinde hafif-orta derecede intimal arterit, interstisyel inflamasyon ve tübülitis rapor ediliyor. Bu hastada gelişen en olası rejeksiyon tipi aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Akut antikor aracılı
- B) Kronik antikor aracılı
- C) Kronik T hücre aracılı
- D) Akut T hücre aracılı
- E) Mikst (T hücre ve antikor aracılı)

Bu soru, **böbrek nakli sonrası rejeksiyon tiplerini biyopsi bulgularıyla ayırt etmeyi** ölçüyor. Biyopside verilen bulgular:

- **İnterstisyel inflamasyon**
- **Tübülitis**
- **İntimal arterit**

bu üçlü, özellikle **akut T hücre aracılı rejeksiyon** lehine çok tipiktir. T hücre aracılı rejeksiyonda en klasik histolojik bileşenler interstisyel inflamasyon ve tübülitistir; vasküler tutulum varsa arterit de eşlik edebilir.

Antikor aracılı rejeksiyonda ise daha çok:

- **peritübüler kapillerit**
- **glomerülit**
- **C4d pozitifliği**
- **donöre özgü antikorlar gibi bulgular ön plana çıkar.**

Burada verilen **biyopsi tanımı T hücre aracılı paterne** çok daha iyi oturur.

Nakil böbrek biyopsisinde interstisyel inflamasyon + tübülitis + arterit = akut T hücre aracılı rejeksiyon düşün.

Doğru cevap: D

2025 Aralık

3. Yetmiş bir yaşındaki erkek hasta giderek artan unutkanlık, eşyaların yerini karıştırma, söylediklerini sıklıkla tekrar etme, eskiye göre daha az konuşma ve bu semptomlara bağlı günlük işlerini aksatması nedeniyle eşiyle birlikte başvuruyor. Öyküsünden diabetes mellitus ve hipertansiyon tanıları ile izlendiği, metformin, linagliptin ve ramipril kullandığı; alkol ya da sigara kullanmadığı, kilo kaybı, halüsinasyon ya da sanrı ve idrar inkontinansı gibi yakınmalarının olmadığı öğreniliyor. Fizik muayenesinde arteriyel kan basıncı değeri normal bulunuyor, yürüme bozukluğu ve dengesizlik gözlenmiyor. Laboratuvar tetkiklerinde glukoz, TSH, vitamin B12, vitamin D, elektrolit, böbrek ve karaciğer fonksiyon test sonuçları normal bulunuyor. MRG’de fokal nörolojik defisit saptanmayan hastada kortikal atrofi olduğu belirleniyor. Günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız olan hastanın geriatrik depresyon ölçeği kısa formu test skoru 2/15, Mini Mental Durum Muayenesi (MMDM) test skoru 21/30 bulunuyor ve tedaviye başlanıyor. Bu hastanın tedavisinde kullanılacak en uygun ilaç grubu için aşağıdakilerden hangisi kontrendikasyonlar arasında yer almaz?

- A) Sol dal bloğu
- B) Senkop öyküsü
- C) Peptik ülser hastalığı
- D) İnme öyküsü
- E) Bradikardi olması

Bu hastada tablo en çok **Alzheimer hastalığına bağlı hafif-orta derecede majör nörokognitif bozukluk** ile uyumludur. MMDM 21/30 olması nedeniyle ilk akla gelen tedavi grubu **asetilkolinesteraz inhibitörleridir**:

- donepezil
- rivastigmin
- galantamin

Soru, bu ilaç grubu için hangisinin **kontrendikasyonlar arasında yer almadığını** soruyor. Asetilkolinesteraz inhibitörleri için dikkat edilmesi gereken durumlar:

- **Bradikardi**
- İleti bozuklukları
- **Senkop öyküsü**
- Bazı kardiyak ritim sorunları
- **Peptik ülser hastalığı** veya GİS kanama eğilimi

Buna karşılık **inme öyküsü**, bu ilaç grubu için klasik bir kontrendikasyon değildir. Yani dikkat gerektirebilir ama temel, tipik kontrendikasyon listesinde yer almaz.

Alzheimer’da ilk seçeneklerden biri asetilkolinesteraz inhibitörleridir.

Bu grupta dikkat edilmesi gerekenler: **bradikardi, ileti bozukluğu, senkop, peptik ülser**
İnme öyküsü tipik kontrendikasyon değildir.

Doğru cevap: D

2024 Haziran

12. Aşağıdakilerden hangisi, Alzheimer tipi demans açısından bir risk faktörü değildir?

- A) Apolipoprotein E2 alleli
- B) Apolipoprotein E4 alleli
- C) Amiloid prekürsör protein gen mutasyonu
- D) Presenilin 1 gen mutasyonu
- E) Presenilin 2 gen mutasyonu

Bu soru, Alzheimer hastalığı ile ilişkili **genetik risk faktörlerini** sorguluyor. Alzheimer tipi demans açısından iyi bilinen risk artırıcı genetik faktörler:

- **Apolipoprotein E4 (ApoE4) alleli**
- **Amiloid prekürsör protein (APP) gen mutasyonu**
- **Presenilin 1 (PSEN1) mutasyonu**
- **Presenilin 2 (PSEN2) mutasyonu**

Buna karşılık **Apolipoprotein E2 (ApoE2) alleli**, risk artırıcı değil; daha çok **görece koruyucu** ya da daha düşük riskle ilişkili kabul edilir. Dolayısıyla Alzheimer açısından **risk faktörü olmayan** seçenek **ApoE2 allelidir**.

Doğru cevap: A

2023 Aralık

15. Otuz yaşındaki kadın hasta, çok sayıda ilaç alması nedeni ile acil servise getiriliyor. Öyküsünden, başvurusundan 4 saat önce ilaçları almış olduğu öğreniliyor. Kan basıncı 82/62 mmHg ve nabız 112/dakika olarak ölçülen bu hastada oksijen saturasyonu %94 olarak bulunuyor. Hastanın ambulanstayken jeneralize tonik-klonik nöbet geçirdiği öğreniliyor. Acil servisteki muayenede hastanın Glasgow koma skoru 9 olarak bulunuyor. Pupilleri midriyatik ve solunumu yüzeysel olarak saptanan hastanın yatak başı kan glukozu 92 mg/dL olarak ölçülüyor. Elektrokardiyografide sinüs taşikardisi, aVR derivasyonunda dominant R dalgası ve QRS süresinin 100 milisaniyenin üzerinde olduğu tespit ediliyor. Bu hastanın aşağıdaki ilaçlardan hangisini almış olması en olasıdır?

- A) Amitriptilin
- B) Alprazolam
- C) Lityum
- D) Salisilat
- E) Haloperidol

Bu soru klasik **trisiklik antidepresan (TCA)** zehirlenmesini sorguluyor. En önemli ipuçları:

- **hipotansiyon**
- **taşikardi**
- **midriyazis**
- **yüzeyel solunum**
- **nöbet**
- EKG’de **QRS genişlemesi**
- **aVR’de dominant R dalgası**

Bu EKG paterni özellikle **TCA toksisitesi** için çok tipiktir. TCA’lar sodyum kanal blokajı yaparak:

Şıklarda bu tabloyla en uyumlu ilaç **amitriptilindir**.

Doğru cevap: A