

DAHİLİYE

DENEME SORULARI

TUS ve YDUS için

10 DENEME

(Toplamda 550 Açıklamalı Orijinal Soru)

Genişletilmiş 2. Baskı

Uzm. Dr. Abdulbaki GAYDAN

Hipokrat
Yayınclık

© 2020 DAHİLİYE DENEME SORULARI
TUS ve YDUS için

10 DENEME
(Toplamda 550 Açıklamalı Orijinal Soru)

ISBN: 978-605-9160-99-5

Tüm hakları saklıdır. 5846 ve 2936 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri yasası gereği; bu kitabın basım, yayın ve satış hakları Hipokrat Yayınevi'ne aittir. Anılan kuruluşun izni alınmadan kitabın tümü ya da bölümleri mekanik, elektronik, fotokopi, manyetik kağıt ve/veya başka yöntemlerle çoğaltılamaz, basılamaz, dağıtılamaz. Tablo, şekil ve grafikler izin alınmadan, ticari amaçlı kullanılamaz.

Yazar

Uzm. Dr. Abdulkaki GAYDAN

Yayıncı

Hipokrat Kitabevi

Grafik-Tasarım

Hipokrat Grafik Tasarım

Baskı - Cilt

Sözkesen Matbaacılık

İvedik Organize 1518. Sokak Matsit İş Merkezi No: 2/40

Tel: (0312) 395 21 10 - Yenimahalle / Ankara

Hipokrat
Yayıncılık

Süleyman Sırrı Cad. No:16/2 Sıhhiye
Tel: (0312) 433 03 05 - 15 ANKARA
www.hipokratkitabevi.com



Giriş

Sevgili meslektaşlarım;

1. Baskı'ya olan teveccühleriniz doğrultunuzda ilk baskımız çabucak tükendi. İkinci baskıyı ilk baskıya orijinal 150 soru ile ekleyerek yeniledik. Toplamda 150 orijinal soru, sizlerin istifadenize sunuldu.

Bilindiği üzere; Dahiliye, Tus sınavının esasını oluşturmaktadır. Ydus sınavı da adayların önemli kısmının yakın netlerle elendiği bir sınav platformudur. Bu konuda önemli bir eksiklik olduğunu fark ettiğimden bu konuya özel bir çalışma gayesinde bulundum. İnşallah yenilenen sorularla 2. Baskı ile de, herkesin faydalanacağı ve güzel sonuçlar alabileceği sınavlar geçirmesine vesile olurum.

Bu kitabı yazarken hiçbir zaman maddi manevi desteklerini esirgemeyen değerli eşime, aileme, yakın arkadaşlarım Ali Sağanak, Egemen Konak, Cemil Güner, Adnan Dursun, Furkan Bahadır Alptekin, Necmettin Enbiya Bilgin, Lütfullah Bilgin, çok değerli abim Uğur Eleman ve ismini sayamayacağım daha nice dostlarıma, saygı değer hocalarıma ve Hipokrat Yayın Evi grubuna şükranlarımı iletirim.

İNşallah hepinizin sınav esnasında "Ben bunu Dahiliye Deneme Soruları Kitabı'nda okumuştum" diye düşünmenize ve sınav sonunda güzel sonuçlar almanıza katkıda bulunurum.

Saygılarımla..

Soru - Cevap

- Hipopituitarizm tanısında kullanılan en etkili test hangisidir?**
 - İnsulin Tolerans Testi
 - Plazma Kortizolü
 - IGF-1
 - ACTH uyarı Testi
 - Glukagon Testi
- Aşağıdakilerden hangisinde ACE düzeyi yüksek beklenmez?**
 - Alfa 1 Anti Tripsin Eksikliği
 - Silikozis
 - Legionella Pnömonisi
 - Hipertiroidi
 - Gaucher Hastalığı
- Aşağıdakilerden hangisinde eklem sıvısında usg ile yıldızlı gökyüzü ve çift kontur görüntüsü izlenir?**
 - Burkit lenfoma
 - Psöriatik artrit
 - Gut
 - Pseudogut
 - Enteropatik artrit
- Pulmoner alveoler proteinozis tedavisinde kullanılmakta olan ilaç aşağıdakilerden hangisidir?**
 - Prednizolon
 - Siklofosfamid
 - İliomedin
 - Sarmogrostim
 - Siklosporin
- Hipopituitarizmde gelişen hormon azalma sırası hangisinde doğru verilmiştir?**
 - GH-FSH/LH-TSH-ACTH
 - TSH-ACTH-GH-FSH/LH
 - ACTH-FSH/LH-GH-TSH
 - GH-ACTH-FSH/LH-TSH
 - ACTH-GH-TSH-FSH/LH
- Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**
 - GH eksikliği tanısında; pulsatil salınımdan dolayı bazal GH düzeyleri kullanılmaz.
 - IGF-1 yaşa göre düzeltilmiş değerlere bakılmaktadır.
 - Bazal GH değerleri yaş, karaciğer hastalığı, diyabetes mellitus gibi faktörlerden etkilenirken IGF-1 bu gibi faktörlerden etkilenmez.
 - GH fazlalığı düşünülen durumlarda, Oral Glukoz Tolerans Testi yapılmalıdır.
 - İnsulin hipoglisemi testi hem GH, hem ACTH eksikliğinde kullanılabilir.
- Aşağıdakilerden hangisi Hipersensitivite Pnömonisi için yanlıştır?**
 - BAL'da CD4/CD8 oranı 1'den küçüktür.
 - BAL'da T lenfosit artışı vardır.
 - BAL'da nötrofil, eozinofil ve lenfosit artışı vardır.
 - BAL'da IgG, IgA ve IgM düzeyi artar.
 - Kanda Eozinofil artışı vardır.

Açıklamalı Sorular

1. Hipopituitarizm tanısında kullanılan en etkili test hangisidir?

- A. İnsulin Tolerans Testi
- B. Plazma Kortizolü
- C. IGF-1
- D. ACTH uyarı Testi
- E. Glukagon Testi

CEVAP **A** 

İTT, hem ACTH hem de GH eksikliğini ortaya çıkarır.

2. Aşağıdakilerden hangisinde ACE düzeyi yüksek beklenmez?

- A. Alfa 1 Anti Tripsin Eksikliği
- B. Silikozis
- C. Legionella Pnömonisi
- D. Hipertiroidi
- E. Gaucher Hastalığı

CEVAP **C** 

Hipersensitivite Pnömonisinde ACE düzeyi yüksebilir, Legionella'da yükselmez.

3. Aşağıdakilerden hangisinde eklem sıvısında usg ile yıldızlı gökyüzü ve çift kontur görüntüsü izlenir?

- A. Burkitt lenfoma
- B. Psöriatik artrit
- C. Gut
- D. Pseudogut
- E. Enteropatik artrit

CEVAP **C** 

Gut'ta usg ile eklem sıvısında yıldızlı gökyüzü ve çift kontur görüntüsü saptanmaktadır.

4. Pulmoner alveoler proteinozis tedavisinde kullanılmakta olan ilaç aşağıdakilerden hangisidir?

- A. Prednizolon
- B. Siklofosamid
- C. İliomedin
- D. Sarmogrostim
- E. Siklosporin

CEVAP **D** 

Pulmoner alveoler proteinozis tedavisinde; GM-CSF (Sarmogrostim) ve dirençli vakalarda Rituksimab (Anti CD 20) kullanılır.

5. Hipopituitarizmde gelişen hormon azalma sırası hangisinde doğru verilmiştir?

- A. GH-FSH/LH-TSH-ACTH
- B. TSH-ACTH-GH-FSH/LH
- C. ACTH-FSH/LH-GH-TSH
- D. GH-ACTH-FSH/LH-TSH
- E. ACTH-GH-TSH-FSH/LH

CEVAP **A** 

Hipopituitarizmde hormon azalma sırası; GH-FSH/LH-TSH-ACTH şeklindedir.

6. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- A. GH eksikliği tanısında; pulsatil salınımdan dolayı bazal GH düzeyleri kullanılmaz.
- B. IGF-1 yaşa göre düzeltilmiş değerlere bakılmaktadır.
- C. Bazal GH değerleri yaş, karaciğer hastalığı, diyabetes mellitus gibi faktörlerden etkilenirken IGF-1 bu gibi faktörlerden etkilenmez.
- D. GH fazlalığı düşünülen durumlarda, Oral Glukoz Tolerans Testi yapılmalıdır.

Soru - Cevap

- Aşağıda verilenlerden hangisi Pulsus Paradoksus için doğrudur?**
 - Sağlıklı insanlarda inspirasyonda sistolik kan basıncında 15 mm-hg'ya varan azalma normaldir.
 - Pulsus paradoksus kesin olarak ölçümü intraarteriyel kan basıncı ölçümü ile yapılır.
 - Perikardiyal tamponada özgün olarak Kussmaul belirtisi ile pulsus paradoksus görülür.
 - Aort yetmezlikli hastalarda perikardiyal tamponad olsa bile pulsus paradoksus görülmesi beklenmez.
 - Hipertrofik obstruktif kardiyomyopati hastalarda pulsus paradoksus sık olarak görülür.
- Aşağıda verilenlerden hangisi Efor Testi (Egzersiz Stres Testi) için kontraendike bir durum değildir?**
 - Abdominal Aort Anevrizması (Transvers Çapı 5.5 cm)
 - İleri Aort Stenozu
 - Akut Myokardit
 - Semptomatik Hipertrofik Obstruktif Kardiyomyopati
 - Unsatable Anjina Pektoris
- Aşağıda verilen elektrolit bozukluğu ve EKG bulgusu eşleştirmelerinden hangisi doğrudur?**
 - Hipokalemi – Sivri T Dalgası
 - Hipokalsemi – QT Uzaması
 - Hipomagnezemi – Monomorfik Ventriküler Taşikardi
 - Hiperkalemi – Dar QRS ve P Dalga Amplitüdünde artma
 - Ağır Hipokalsemi – J Dalgası (Osborn Dalgası)
- Aşağıda verilenlerden hangisi juguler venöz dalgalar için doğrudur?**
 - X ve Y dalgalarındaki fazik düşüşler, a,c,v gibi pozitif basınç dalgalarından daha belirgin olarak görülür.
 - C dalgası, ventrikül diastolünü gösterir ve diastolik disfonksiyonu olan hastalarda belirgin hale gelir.
 - Perikardiyal tamponadada, Y dalgası, X dalgasından daha belirgindir.
 - Kusmaull belirtisi konstriktif perikardit için patognomoniktir.
 - Kanon A Dalgası, İntraventriküler iletide gecikmeyi gösterir.
- 68 yaşında erkek hasta, Diyabetes Mellitus, Hipertansiyon ve Hiperlipidemi öyküsü olup, acil servise substernal göğüs ağrısı şikayeti ile başvuruyor. Hastaya çekilen EKG'de anterior derivasyonlarda ST Segment Elevasyonu saptanıyor. Aşağıda verilen elektrokardiyografik bulgulardan hangisi Akut Anterior ST Elevasyonu Myokardial Enfarktüsü için beklenen bulgu değildir?**
 - V2-V5 derivasyonlarında ST Segment Elevasyonu
 - QT aralığında uzama
 - Yeni ortaya çıkan Sağ Dal Bloğu
 - D3 ve aVF'de ST Segment Depresyonu
 - Prekordial derivasyonlarda Hiperakut T Dalgası

Açıklamalı Sorular

1. Aşağıda verilenlerden hangisi **Pulsus Paradoksus** için doğrudur?

- A. Sağlıklı insanlarda inspirasyonda sistolik kan basıncında 15 mm-hg'ya varan azalma normaldir.
- B. Pulsus paradoksus kesin olarak ölçümü intraarteriyel kan basıncı ölçümü ile yapılır.
- C. Perikardiyal tamponada özgül olarak Kussmaul belirtisi ile pulsus paradoksus görülür.
- D. Aort yetmezlikli hastalarda perikardiyal tamponad olsa bile pulsus paradoksus görülmesi beklenmez.
- E. Hipertrofik obstruktif kardiyomyopati hastalarda pulsus paradoksus sık olarak görülür.

CEVAP

D

Pulsus paradoksus, inspiryumda kan basıncının daha da düşüşü sonucu, ekspiryum ve inspiryumdaki arasında sistolik kan basıncı farkının daha da artmasıdır. **İnspiryumda 8-10 mm-hg'dan daha fazla** kan basıncı düşüşü anormaldir. Pulsus paradoksus ölçümü yatar pozisyonda ve **sfigomanometri** ile yapılır.

Hangi durumlarda Pulsus Paradoksus görülür?

Kardiyak Tamponad (Bu hasta grubunda karakteristiktir.)

Kronik kontriktif perikardit

Bronşial Astım, Amfizem gibi **intraplevral basınç artışı yapan durumlar**

Pulmoner Tromboemboli

Gebelik

Morbid Obezite

Hipovolemik Şok

Aort Yetmezliğinde sol ventrikül diastolik basıncında artış olur ve bu durumda perikardiyal tamponad gelişse bile pulsus paradoksus görülmez.

Normalde inspiryumda intratorasik basıncın negatif etkisi ile kalbe gelen kan miktarı artar ve boyun venleri kollabe olur. İnspiryumda boyun venlerinde belirginleşme olması patolojik bir durum olup **Kussmaul Belirtisi** olarak adlandırılır. Kronik konstriktif perikarditte, restriktif kardiyomyopati ve sağ ventrikül infarktüsünde görülebilir. Perikardiyal tamponada özgül bir durum **değildir**.

2. Aşağıda verilenlerden hangisi **Efor Testi (Egzersiz Stres Testi)** için kontraendike bir durum **değildir**?

- A. Abdominal Aort Anevrizması (Transvers Çapı 5.5 cm)
- B. İleri Aort Stenozu
- C. Akut Myokardit
- D. Semptomatik Hipertrofik Obstruktif Kardiyomyopati
- E. Unsatable Anjina Pectoris

CEVAP

A

Efor Testi (Egzersiz Stres Testi), mortalite riski ve miyokard infarktüsü riski %0.01'den az olup çok güvenli bir işlemdir.

Myokard duvarında artmış strese bağlı olarak Teorikte aort ruptürü riski olmasına rağmen, efor testi abdominal aort anevrizmasında güvenilirdir. Fakat, Aort diseksiyonu, efor testi için kontraendikedir.

Soru - Cevap

- 62 yaşında kadın hasta 5 yıldır Atriyal Fibrilasyon nedeni ile dabigatran 150 mg 2x1 kullanmaktadır. 30 dakika önce motorsiklet ile kaza geçiren hastaya acil serviste bilinç durumunda bozulma nedeni ile entübe edilip, derin hipotansiyon nedeni ile inotrop tedavi başlandı. Hastaya çekilen Beyin BT'de küçük intrakranial subdural hematoma ve Batın BT'de retroperitoneal kanama tespit edilmiş olup, hasta acil eksploratif laparotomiye alınmıştır. Acil operasyona alınan hastanın kanama kontrolü sağlanmasında **en uygun tedavi yöntemi** aşağıdakilerden hangisinde doğru olarak verilmiştir?
 - Vitamin K 10 mg intravenöz
 - Oral aktivekömür
 - İdarucizumab 5 g intravenöz
 - 4-factor protrombin kompleks konsantresi 25 U/kg intravenöz
 - Hemodializ
- 26 yaş erkek hasta acil servise 1 Ocak Sabahı atriyal fibrilasyon nedeni ile başvuruyor. Özgeçmiş sorgulaması yapıldığında, son birkaç aydır özellikle pazartesi günleri benzer çarpıntı epizodlarının öğreniliyor. Fizik muayenede; nabız: 140/dk, soluk sayısı: 16/dk, kan basıncı: 165/90 mm-hg olup mevcut bulgular dışında ek patoloji saptanmıyor. Hasta gözlem amaçlı hastaneye yatırılıyor. Takiplerinde spontan olarak nabız normal sinus ritmine dönüyor. Bu hastada mevcut kliniğe sebep olacak **en muhtemel durum** aşağıdakilerden hangisinde doğru olarak verilmiştir?
 - Kafein
 - Kokain
 - Alkol
 - Hipertansiyon
 - Mitral ValvProlapsusu
- Aşağıdakilerden hangisi myokardiyal infarktüsü komplikasyonu olan serbest duvar ruptürü için **doğru değildir**?
 - Önceden Myokardiyal infarktüs geçirenelerde daha sık görülür.
 - Myokardiyal infarktüsün ilk 48 saatinde daha sık görülür.
 - Myokardiyal infarktüsülü hastaların %1-2'sinde görülür.
 - İleri yaş kadınlarda daha sık görülür.
 - Hipertansiyon öyküsü olması serbest duvar ruptürü gelişimi için risk faktörüdür.
- Aşağıdakilerden hangisi **Varyant (Printmetal) Anjina için doğru değildir**?
 - Koroner arterlerde Fokal vazospazma bağlı gelişir ve çoğunun nedeni ateroskleroz yatar.
 - 5-Fluorourasil ile Varyant (Prinzmetal) Anjina provake olur.
 - Varyant (Prinzmetal) Anjina ataklarını önleme ve tedavisinde kalsiyum kanal blokerleri ve nitratlar faydalıdır.
 - EKG'de geçici ST segment elevasyonları bulunan ve koroner anjiyografide obstruktif lezyon saptanmayan hastalarda provakatif testleri yapılması endikedir.
 - İzole Varyant (Prinzmetal) Anjina'lı hastalarda ani kardiyak ölüm çok nadirdir.

5. Aşağıdakilerden hangisi **Unstabil Anjina veya Non-ST Myokard Enfarktüsü** için bağımsız risk faktörü **değildir**?

- A. Kardiyak Troponin artışı
- B. ST Segment Deviasyonu ≥ 0.05 mV
- C. Diabetes Mellitus
- D. Aspirin kullanımı olmaması
- E. CRP artışı

6. Aşağıda verilen hastalıklardan hangisinde Biot Sonumu görülmesi beklenir?

- A. Morfin intoksikasyonu
- B. Metabolik Asidoz
- C. Menenjit
- D. Kalp Yetmezliği
- E. Obstruktif Sleep Apne Sendromu (OSAS)

7. 37 yaşında kadın hasta 3 yıldır Allerjik Astım tanılı olup son 3-4 gündür nefes darlığı, kuru öksürük şikayetleri ile göğüs hastalıkları polikliniğine başvuruyor. Lüzum halinde salbutamol dışında başka ilaç kullanmadığı öğreniliyor. Fizik muayenede, kan basıncı: 110/65 mm-hg, nabız: 78/dk, soluk sayısı: 18/dk, SaO₂: % 89 olup, her 2 hemitoraks solunuma eşit katılıyor, bilateral yaygın ronkus, bazal ve orta zonlarda ekspiryumda uzama saptanıyor. Bu hastanın tedavisinde verilmesi **uygun olmayan** ilaç ya da tedavi aşağıdakilerden hangisinde **doğru olarak verilmiştir**?

- A. Oksijen desteği
- B. Formoterol
- C. İpratropium bromid
- D. Teofilin
- E. Terbutalin

8. Aşağıdakilerden hangisi Allerjik Bronko pulmoner Aspergilloz için **doğru değildir**?

- A. Aspergillus deri testi (+) saptanır.
- B. Hipereozinofili ve IgE yüksekliği görülür.
- C. Tedavide prednisolon ve itrakonazol etkilidir.
- D. Toraks BT'de halo işareti olan hipo atenuasyonlu nodüller ve kavite görünümü tipiktir.
- E. Astım ve Kistik Fibrozisli hastalarda gelişmektedir.

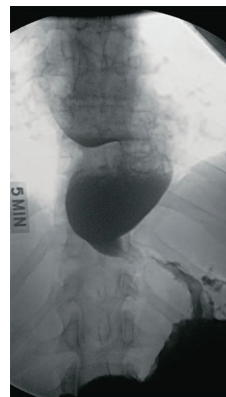
9. Akut eroziv gastritin en sık nedeni hangisinde doğru olarak verilmiştir?

- A. Yanık
- B. Stres
- C. NSAİD'ler
- D. H. Pylori
- E. Sigara

10. Aşağıda verilen hastalıklardan hangisinin tanısında ince bağırsak biyopsisinde difüz tutulum görülüp biyopsi her zaman tanı koydurucudur?

- a) Crohn Hastalığı
- b) Gluten sensitif enteropati (Coeliac Hastalığı)
- c) Ülseratif Kolit
- d) Abetalipoproteinemi
- e) Amiloidoz

11. 48 yaşında erkek hasta, son 6 aydır giderek kötüleşen disfaji ve postprandial regürjitasyon şikayetleri ile başvuruyor. Hem katıları hem de sıvıları yutmada güçlük çeken hastanın yutmaya başlamada herhangi bir zorlanma olmayıp göğüs ortasında ağrısı olduğunu ifade etmektedir. Yemek yedikten 30-60 dk sonra sindirilmemiş gıda artıkları ağızına geldiğini ifade etmektedir. Son 1.5 ayda 7 kg verdiğini ifade etmekte olan hasta en son 4 ay önce sağ alt lobar pnömoni geçirdiği öğreniliyor. Özgeçmişinde herhangi bir hastalık, düzenli ilaç kullanım öyküsü olmayan hastanın sigara ve alkol almadığı öğreniliyor. Fizik muayenede kilo kaybı dışında ek patolojik bulgu saptanmıyor. Hastaya mevcut bulgular ışığında baryumlu özefagografi çekiliyor. Mevcut



Açıklamalı Sorular

1. 62 yaşında kadın hasta 5 yıldır Atriyal Fibrilasyon nedeni ile dabigatran 150 mg 2x1 kullanmaktadır. 30 dakika önce motorsiklet ile kaza geçiren hastaya acil serviste bilinç durumunda bozulma nedeni ile entübe edilip, derin hipotansiyon nedeni ile inotrop tedavi başlandı. Hastaya çekilen Beyin BT'de küçük intrakraniyal subdural hematoma ve Batın BT'de retroperitoneal kanama tespit edilmiş olup, hasta acil eksploratif laparotomiye alınmıştır. Acil operasyona alınan hastanın kanama kontrolü sağlanmasında **en uygun tedavi yöntemi** aşağıdaki-lerden hangisinde doğru olarak verilmiştir?

- A. Vitamin K 10 mg intravenöz
- B. Oral aktive kömür
- C. İdarucizumab 5 g intravenöz
- D. 4-factor protrombin kompleks konsantresi 25 U/kg intravenöz
- E. Hemodializ

CEVAP **C**

Nonvitamin K Bağımlı oral antikoagulanlar (NOACs); direkt trombin inhibitörleri (dabigatran) ve faktör 10a inhibitörleri (apixaban, rivaroxaban, edoxaban vebetrixaban) içerir.

Warfarinle karşılaştırıldığında bu ajanların da antikoagulan aktiviteleri de vardır. Fakat bunlar rutin koagülasyon takibi ile takip edilmezler.

NOAK'lar en az warfarin kadar etkilidir ve daha az kanama komplikasyonuna neden olurlar.

NOAK'ların yarı ömrü kısadır ve bu yüzden minor kanama komplikasyonları genellikle ilaç kesilerek tedavi edilir. Ciddi kanamalar için daha ciddi önlemler gereklidir, ancak warfarinin neden olduğu kanamanın aksine, K vitamini uygulaması etkisizdir.

İdarucizumab, Dabigatran kullanan hastalarda; acil cerrahi gerekmesi veya yaşamı tehdit eden ka-

namalar geliştiğinde kullanılan dabigatrana karşı geliştirilmiş monoklonal antikordur.

Yukarıda bahsedilen hastanın tedavisinde en uygun tedavi yaklaşımıdır.

Andeksanat alfa ise, apiksaban ve rivaroksaban gibi faktör 10a inhibitörlerinin antikoagulan etkilerini düzeltmede etkilidir.

NOAK'ların antikoagulan etkisini tedavi etmeden alternatif tedavi yöntemi 4-factor protrombin kompleks konsantresidir.

Oral aktive kömür ise ilaç overdozu geliştiğinde NOAK'ların alındığı ilk 4 saatte etkilidir.

2. 26 yaş erkek hasta acil servise 1 Ocak Sabahı atriyal fibrilasyon nedeni ile başvuruyor. Özgeçmiş sorgulaması yapıldığında, son birkaç aydır özellikle pazartesi günleri benzer çarpıntı epizodlarının öğreniliyor. Fizik muayenede; nabız: 140/dk, soluk sayısı: 16/dk, kan basıncı: 165/90 mm-hg olup mevcut bulgular dışında ek patoloji saptanmıyor. Hasta gözlem amaçlı hastaneye yatırılıyor. Takiplerinde spontan olarak nabız normal sinus ritmine dönüyor. Bu hastada mevcut kliniğe sebep olacak **en muhtemel durum** aşağıdakilerden hangisinde doğru olarak verilmiştir?

- A. Kafein
- B. Kokain
- C. Alkol
- D. Hipertansiyon
- E. Mitral Valv Prolapsusu

CEVAP **C**

26 yaş genç erkek hastada yeni yılın ilk gününe AF ile giriyor ve benzer epizodlar haftanın ilk günü yaşanıyor.

Özellikle **alkol** alımından sonra gelişen çarpıntı atakları, göğüs ağrısı ve senkop ile seyreden bu durum '**Holiday Heart (Tatil Kalbi) Sendromu**' olarak bilinir. Bu sendrom ile ilişkili en sık aritmi AF (Atriyal Fibrilasyon) olup bunu atrial flutter ve ventrikuler ekstra sistol takip eder. Tedavide alkol bırakılması esas unsurdur. Hipertansiyon ve sol ventrikül sistolik disfonksiyonunun önemli nedenlerinden biri de Düzenli alkol tüketimidir. Etanol tüketimi noniskemik dilate kardiyomyopati nedenlerindedir.

Kokain multiple kardiyovasküler komplikasyonlara yol açar. Koroner arterde vazokonstriksiyon ve kokain ilişkili trombosit agregasyonuna yol açarak **en sık myokardiyal iskemi ve myokard infarktüsüne** neden olur. Uzun dönemde sol ventrikül hipertrofisi ve sol ventrikül sistolik disfonksiyonuna neden olur.

3. Aşağıdakilerden hangisi myokardiyal infarktüsü komplikasyonu olan serbest duvar ruptürü için doğru değildir?

- A. Önceden Myokardiyal infarktüs geçirenelerde daha sık görülür.
- B. Myokardiyal infarktüsün ilk 48 saatinde daha sık görülür.
- C. Myokardiyal infarktüslü hastaların %1-2'sinde görülür.
- D. İleri yaş kadınlarda daha sık görülür.
- E. Hipertansiyon öyküsü olması serbest duvar ruptürü gelişimi için risk faktörüdür.

CEVAP **A**

Serbest duvar ruptürü; Myokardiyal infarktüsün en mortal komplikasyonudur.

Hemoperikardiyum ve kardiyak tamponada yol açar.

Ruptür tipik olarak LAD (Sol Anterior Desen-dan) arterin suladığı infarktüslü doku ile normal doku arasında görülür.

Eski çalışmalar Mİ'dan 3-6 ay sonra %5 görülürken, son yapılan çalışmalarda Mİ'ün ilk 48 saatinde %1-2 olarak görülür.

Serbest duvar ruptürü risk faktörleri; Mİ tanı döneminde fiziksel aktif olmak, ileri yaş, kadın cinsiyet, HT öyküsü olması ile **daha önceden infarktüs öyküsü olmamasıdır.**

Daha önceden Mİ geçirenlerde, ruptür açısından korunduğu düşünülür.

Serbest Duvar ruptürü, primer perkutanöz koroner işlem ve fibrinolitik tedaviler ile oldukça azalmıştır.

Serbest Duvar ruptürü sıklığı, 30 yaşından önce çok azdır.

4. Aşağıdakilerden hangisi Varyant (Printmetal) Anjina için doğru değildir?

- A. Koroner arterlerde Fokal vazospazma bağlı gelişir ve çoğunun nedeni ateroskleroz yatar.
- B. 5-Fluorourasil ile Varyant (Prinzmetal) Anjina provake olur.
- C. Varyant (Prinzmetal) Anjina ataklarını önleme ve tedavisinde kalsiyum kanal blokerleri ve nitratlar faydalıdır.
- D. EKG'de geçici ST segment elevasyonları bulunan ve koroner anjiyografide obstruktif lezyon saptanmayan hastalarda provakatif testleri yapılması endikedir.
- E. İzole Varyant (Prinzmetal) Anjina'lı hastalarda ani kardiyak ölüm çok nadirdir.

CEVAP **D**

Varyant (Prinzmetal) Anjina, koroner arterlerde geçici vazospazma bağlı gelişir. Koroner anjiyografide belirgin bir plak (obstruktif lezyon) gösterilemesine rağmen, yapılan çalışmalarda; intravasküler ultrason ile değerlendirmede, vazospazm gelişen alanlarda ateroskleroz olduğu gösterilmiştir.

Varyant (Prinzmetal) Anjina ataklarını önleme ve tedavisinde **kalsiyum kanal blokerleri ve nitratlar** çok etkilidir.

Ergonovine veya asetikolin myokard infarktüsü veya aritmilere neden olacak düzeyde uzamış koroner vazospazma neden olduğundan; bu ilaçlar ile provakatif testler, EKG'de geçici ST yükselmesi kanıtı olmayan durumlarda ve Varyant (Prinzmetal) Anjina'dan şüphe edilen durumlarda yapılır.

Aspirin indüklediği astım, 5 Fluorourasil, Siklofosfamid, ergot deriveleri ve Serotonin Reuptake inhibitörleri koroner arterlerde vazospazma dahası Varyant (Prinzmetal) Anjina ataklarına neden olabilir.

İzole Varyant (Prinzmetal) Anjina'lı hastaların prognozu çok iyidir ve ani kardiyak ölüm veya myokardiyal infarktüs çok nadir görülür.

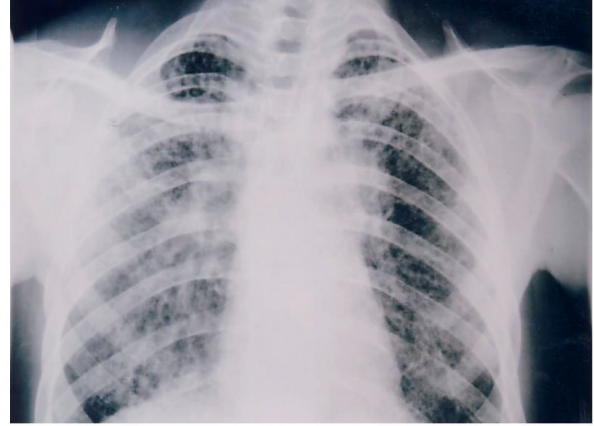
Soru - Cevap

- Aşağıdakilerden hangisi Akut Aort Diseksiyonu tedavisi için uygun değildir?**
 - İntravenöz sodyum nitroprusiyat
 - İntravenöz Esmolol
 - İntravenöz Hidralazin
 - İntravenöz Fentanil
 - Acil Cerrahi
- 57 yaşında kadın hasta polikliniğe 6 aydır yorgunluk, kilo kaybı, taşikardi, flushing ve diyare atakları ile başvuruyor. Hasta ayrıca sol boyunda şişkinlik hissediyor. Fizik muayenede, ateş: 36 derece, nabız: 75/dk (düzensiz), kan basıncı: 135/65 mm-hg, akciğerler normal, nabız düzensiz olup juguler venöz v dalgası belirginleşmiş olup inspirasyonla şiddetlenen sol sternal kenar boyunca pansistolik üfürüm ve bilateral +++ pretibial ödem saptanıyor. Mevcut bulgularla bu hastadaki en olası tanı aşağıdakilerden hangisinde doğru olarak verilmiştir?**
 - Bakteriyel Endokardit
 - Karsinoid Sendrom
 - Ebstein Anomalisi
 - Kronik Pulmoner Tromboemboli
 - Feokromasitoma
- Aşağıda verilenlerden hangisi Endokardiyal-Fibroelastozis için doğrudur?**
 - İlk semptomlar adolesanlarda erken yaşlarda başlar.
 - Myokardiyal tutulum karakteristiktir.
 - Klinik seyri iyidir.
 - Tipik olarak hipereozinofili görülür.
 - Gebelikte kabakulak geçirenlerde görülme riski artar.
- Aşağıda verilenlerden hangisi Endomyokardiyal Fibrozis için doğru değildir?**
 - Etyolojide hiperozinofili varlığı veya manyak otu kullanımı önerimli rol alır.
 - Çocuk ve adolesanlarda daha sık görülür.
 - Mitral kapak tutulumuna bağlı olarak tipik olarak mitral stenoz görülür.
 - Hastaların %90'da sol ventrikül tutulumu görülür.
 - Ekokardiyografide perikardiyale füzyon, atriumda büyüme, apekte fibrotik obliterasyon görülebilir.
- 52 yaşında erkek hasta ara ara olan çarpıntı, geceleri olan nefes darlığı ve idrar kaçırma, horlama, hafif göğüs ağrısı şikayetleri ile polikliniğe başvuruyor. Hastanın özgeçmişinde 3 yıl önce trafik kazası geçirdiği öğreniliyor. Fizik muayenede kan basıncı: 190/100 mm-hg ve VKİ: 28 kg/m² olarak tespit ediliyor. Laboratuvar tetkiklerinde Hematokrit: %58 saptanan hastada mevcut bulgularla en olası tanı aşağıdakilerden hangisinde doğru olarak verilmiştir?**
 - Mitral Stenoz
 - Aort Stenozu
 - Sağ Ventrikül Hipertofisi
 - Pulmoner Stenoz
 - Atrial Septal Defekt

6. 29 yaşında kadın hasta dünden itibaren gelişen ağrılı eritematöz papüller lezyonlar nedeni ile başvuruyor. Özgeçmişinde 3 yıl önce eklemlerde şişlik ve kızarıklık öyküsü olan hastada ek özellik saptanmıyor. Fizik muayenede subfebril ateş (37.6 derece), diz, PİP (Proksimalinterfalangeal) ve MKP (Metakarpofalangeal) eklemlerde bilateral şişlik, ısı artışı ve bacakların ön yüzünde 3-4 cm sınırları net belirlenen sert mor renkte nodüller saptanıyor. Ayrıca yapılan tetkiklerinde RF: 1/80 (+), Anti CCP (-) olarak saptanıyor. Hastaya çekilen akciğer grafisinde bilateral hiler dolgunluk saptanıyor. Mevcut bulgularla hastadaki **ön tanınız nedir?**

- A. Löfler Sendromu
- B. Heerfordt –Waldenstrom Sendromu
- C. Löfgren Sendromu
- D. Pulmoner Lenfanjiomyomatozis
- E. FMF (Ailevi Akdeniz Ateşi)

7. 55 yaşında erkek hasta son 6 aydır eforla nefes darlığı şikayeti ile göğüs hastalıkları polikliniğine başvuruyor. Özgeçmişinde herhangi bir hastalık öyküsü, herhangi bir ilaç kullanımı veya sigara öyküsü bulunmayan hasta geçen hafta bir odadan bir odaya nefes darlığı nedeni ile hareket edemediğini ifade etmektedir. Fizik muayenede ateş: 36.2 derece, nabız: 98/dk, kan basıncı: 110/70 mm-hg, soluk sayısı: 26/dk, juguler venöz distansiyon (8 cm civarı), bilateral orta ve alt zonlarda kaba raller, bilateral çomak parmak, bilateral gode bırakan pretibial ödem saptanıyor. Hastanın yapılan tetkiklerinde hemogram, idrar tetkiki, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri, sedimentasyon ve CRP, ANA, RF, BNP, EKG, Ekokardiyografi normal saptanıyor. Hastaya çekilen akciğer grafisi aşağıda verilmiş olup, mevcut bulgularla bu hastada aşağıdakilerden hangisinde **doğru** olarak verilmiştir?



- A. Lupus Pnömonisi
- B. İdiyopatik Pulmoner Fibrozis (İPF)
- C. Kalp Yetmezliği ilişkili akciğer ödemi
- D. Pnömoni
- E. Pulmoner Hemoraji

8. 58 yaşında erkek hasta son 1 yıldır kuru gıcık tarzda öksürük, efor ilişkisiz nefes darlığı, kilo kaybı şikayetleri ile göğüs hastalıkları polikliniğine başvuruyor. Yapılan görüntüleme hiler bölgeye yakın yerleşim gösteren, kavite oluşturan 2.5x2 cm kitle lezyonu görülüyor. Kitleden bronkoskopik biyopsi yapılıyor. Histopatolojik boyamada; p40, p63, CK 5/6 (+), CK 7 ve TTF-1 (-) saptanıyor. Mevcut bulgularla bu hastadaki **en olası tanı** aşağıdakilerden hangisinde **doğru** olarak verilmiştir?

- A. Akciğer Adenokanseri
- B. Büyük Hücreli Akciğer Kanseri
- C. Akciğer Skuamöz Hücreli Kanseri
- D. Kolorektal kanser, akciğer metastazı
- E. Küçük Hücreli Akciğer Kanseri

9. Aşağıdaki hastalıklardan hangisinin patogene-zinde H. Piloni yoktur?

- A. Kronik antral Tip B Gastrit
- B. MALToma
- C. Fonksiyonel Dispepsi
- D. Gastroözefageal Reflü
- E. Gastrik Ülser

Açıklamalı Sorular

1. Aşağıdakilerden hangisi **Akut Aort Diseksiyonu** tedavisi için uygun değildir?

- A. İntravenöz sodyum nitroprusiyat
- B. İntravenöz Esmolol
- C. İntravenöz Hidralazin
- D. İntravenöz Fentanil
- E. Acil Cerrahi

CEVAP **C**

Aort Diseksiyonu acil tedavisinde sistolik kan basıncını azaltmak, ağrıyı azaltmada (narkotik analjezikler; fentanil gibi) ve vasküler duvar gerilimini azaltmada çok önemlidir.

Farmakolojik tedavide; vazodilatörler (**sodyum nitroprusiyat, nitroglicerini**), beta blokerler (**Labetolol, esmolol gibi**), kalsiyum kanal blokeri (**nikardipin, clevidipin**), non dihidro pridin kalsiyum kanal blokerleri (**verapamil ve diltiazem**), ACE inh (**enalaprilat**) ve Dopamin 1 Reseptör Agonisti (**Fenoldopam**) kullanılabilir.

Aort Diseksiyonunda, aort duvarı yırtığını artırabileceğinden **Hidralazin kullanılmamalıdır**.

Aort Ruptürü, Akut Aort Yetmezliği, Kardiyak Tamponad, Aort Diseksiyonunun yaşamı tehdit eden komplikasyonlarıdır.

Cerrahi tedavi Tip A Aort Diseksiyonunda uygulanırken, Tip B Aort Diseksiyonu tedavisi farmakolojiktir.

2. 57 yaşında kadın hasta polikliniğe 6 aydır yorgunluk, kilo kaybı, taşikardi, flushing ve diyare atakları ile başvuruyor. Hasta ayrıca sol boyunda şişkinlik hissediyor. Fizik muayenede, ateş: 36 derece, nabız: 75/dk (düzensiz), kan basıncı: 135/65 mm-hg, akciğerler normal, nabız düzensiz olup juguler venöz v dalgası belirginleşmiş olup inspirasyonla şiddetlenen sol sternal kenar boyunca pansistolik üfürüm ve bilateral +++ pretibial ödem saptanıyor. Mevcut bulgularla **bu hastadaki en olası tanı** aşağıdakilerden hangisinde **doğru** olarak verilmiştir?

- A. Bakteriyel Endokardit
- B. Karsinoid Sendrom
- C. Ebstein Anomalisi
- D. Kronik Pulmoner Tromboemboli
- E. Feokromasitoma

CEVAP **B**

Yukarıda bahsedilen vakada fizik muayene bulguları ve semptomları ile ön planda Trikuspid Stenozu düşünülür. Hikaye; hızlı seyir ve sistemik semptomlar (yorgunluk, kilo kaybı, taşikardi, flushing, ishal gibi) kritik bir hastalığı düşündürmektedir.

Mevcut bulgularla hastada en olası tanı karsinoid sendromdur. Kalbin karsinoid tümörü; kalp kapaklarının endokardında fokal-difüz depolanma olan ve yavaş büyüyen nöroendokrin tümördür.

Karsinoid Sendrom, sıklıkla Trikuspid Stenozuna eşlik eder.

Trikuspid Stenoza 2'ye ayrılır, Primer (patolojik trikuspid kapağı) ve Fonksiyonel (anatomik olarak normal kapaklar)

Fonksiyonel TS'nun en sık nedeni, özellikle de mitral kapak hastalıkları, konjenital kalp kapak hastalıkları, Pulmoner HT, kor pulmonaleye sekonder gelişen sağ ventrikül hipertansiyonudur.

Sağ ventrikül enfarktüsü de TS'na yol açabilir.

TS diğer sebepleri; Ebstein Anomalisi, romatizmal trikuspid kapak hastalığı, bağ doku hastalıkları ve infektif endokardittir.

Daha az sıklıkta görülmekle birlikte, endomyokardial fibroelastozis, travma, kalp tümörleri (özellikle sağ atrial miksoma), transvenöz pacemakerlar, kalp nakli hastalarında tekrarlanan endomyokardiyal biyopsiler, çeşitli ilaçlar (deksfenfluramin ve metiserjid gibi) da TS'na neden olabilir.

3. Aşağıda verilenlerden hangisi **Endokardiyal Fibroelastozis için doğrudur?**

- İlk semptomlar adolesanlarda erken yaşlarda başlar.
- Myokardiyal tutulum karakteristiktir.
- Klinik seyri iyidir.
- Tipik olarak hipereozinofili görülür.
- Gebelikte kabakulak geçirenlerde görülme riski artar.

CEVAP **E**

Endokardiyal Fibroelastozis (EFE), endokardda elastin ve kollajen depolandığı, fetusta ve çocuklarda görülen, nadir bir hastalıktır. Endomyokardial Fibroziste, myokard tutulumu görülür ve sıklıkla hipereozinofili görülürken, **Endokardiyal Fibroelastozis'te eozinofili beklenmez.**

Endokardiyal Fibroelastozis, fetal kabakulak maruziyeti gerçekleşen, metabolik hastalıklar, konjenital kalp hastalıkları olan bebeklerde görülür. Son çalışmalarda, mitokondrial hastalıklar ve plasental yetmezlik durumunda da görüldüğü bildirilmiştir.

EFE, predominant olarak sol ventrikülü tutar ve konjestif kalp yetmezliği ile ölüme yol açabilir. Ekokardiyografide, ventrikül endokardiyal yüzeylerinde endokardiyal fibroelastozis görülür.

4. Aşağıda verilenlerden hangisi **Endomyokardiyal Fibrozis için doğru değildir?**

- Etyolojide hipereozinofili varlığı veya manyak otu kullanımı önerimli rol alır.
- Çocuk ve adolesanlarda daha sık görülür.
- Mitral kapak tutulumuna bağlı olarak tipik olarak mitral stenoz görülür.
- Hastaların %90'da sol ventrikül tutulumu görülür.
- Ekokardiyografide perikardiyal efüzyon, atriumda büyüme, apekte fibrotik obliterasyon görülebilir.

CEVAP **C**

Endomyokardiyal Fibrozis, esas olarak Tropikal veya subsahra Afrika ülkelerinde görülmekte olup, Güney Amerika, Asya ve Orta Doğu ülkelerinde de görülme sıklığı artmaktadır.

En sık çocuk ve adolesanlarda görülmekte iken, ileri yaşlarda da görülebilir.

Etkilenen ventrikül Apeksinde fibrotik obliterasyona yol açar ve tipik olarak korda tendinea ve papiller kas tutulumu görülebilir.

Etyolojide; **hipereozinofili**, Toxoplasma, romatizmal ateş, helmintik parazitler gibi enfeksiyöz hastalıklar, **Seryum ve manyak otu (Cassava)** gibi faktörler rol almaktadır.

Endomyokardiyal Fibrozis'te, hastaların %50'sinde her 2 ventrikül (sağ ve sol), %40'ında sadece sol ventrikül ve %10'unda sadece sağ ventrikül tutulumu görülür.

Ekokardiyografide perikardiyal efüzyon, atriumda büyüme, apekte fibrotik obliterasyon görülebilir. Sol ventrikül tutulumu olan hastalarda Papiller kaslarda ve korda tendineadaki fibrotik lezyonlar, kalp kapağında hasara yol açarak **Mitral Yetmezlik'e** neden olabilir.

Klinik bulgular, tutulan ventriküle göre değişir. Sol kalp tutulumunda pulmoner konjesyon, sağ kalp tutulumunda ise restriktif kardiyomyopati veya restriktif perikardit gibi semptom ve bulgulara yol açabilir.

Klinik seyri progresif olup uzun vadede kalp yetmezliği, tromboemboli gibi komplikasyonlara yol açabilir.

Hastaların %50'sinden fazlası 2 yıl içinde ilerlemiş hastalık nedeni ile vefat eder.

5. 52 yaşında erkek hasta ara ara olan çarpıntı, geceleri olan nefes darlığı ve idrar kaçırma, horlama, hafif göğüs ağrısı şikayetleri ile polikliniğe başvuruyor. Hastanın özgeçmişinde 3 yıl önce trafik kazası geçirdiği öğreniliyor. Fizik muayenede kan basıncı: 190/100 mm-hg ve VKİ: 28 kg/m² olarak tespit ediliyor. Laboratuvar tetkiklerinde Hematokrit: %58 saptanan hastada mevcut bulgularla **en olası tanı** aşağıdakilerden hangisinde doğru olarak verilmiştir?

- A. Mitral Stenoz
- B. Aort Stenozu
- C. Sağ Ventrikül Hipertofisi
- D. Pulmoner Stenoz
- E. Atrial Septal Defekt

CEVAP **C**

Yukarıda bahsedilen vaka; Uyku Apnesi için tipiktir. Bu hastalarda; gün içi uyku hali, gün içi eylem ve iş yapmada zorlanma, geceleri Apne atakları, otomobil kazaları sık olarak görülmektedir.

Paroksizmal Nokturnal Dispne (PND), sabah baş ağrıları, kardiyak aritmiler, truncal obezite, pulmoner hipertansiyon, nokturnal enurezis, periferik ödem, hipertansiyon, Hematokritte yükselme, OSAS'lı hastalarda spesifik olarak görülen semptomlardır.

Santral Apne, Obstruktif Apne ve Mikst Apne olmak üzere, Uyku Apnenin 3 paterni vardır.

Santral Apne'de, Santral Sinir Sisteminde solunum merkezinde bozukluk vardır.

Obstruktif Apne'de ise respiratuvar kaslarda efora yol açan ve hava akımında kesilmeye neden olan geçici (transient) üst hava yollarında obstrüksiyon vardır. Bu hastalarda, saatte 40-100 kez apneik ataklar görülür. Uzun süreli apne epizotları esnasında, PaO₂ 20 ila 25 mm-hg civarında ve SaO₂ ise %50 civarında azalır. Hipoksemi devamlı olması durumunda, aritmilere (sinüs bradikardisi, sinüs arresti, uzun süreli asistoli, atrial prematüre vuru, ventriküler aritmiler gibi) neden olabilir.

Pulmoner Hipertansiyon sekonder olarak sağ ventrikül hipertrofisine neden olabilir.

OSAS tedavisinde en etkili tedavi CPAP (continuous positive airway pressure) tedavisi olup uyku esnasında maske ile yapılır.

CPAP tedavisi ile nokturnal desaturasyon, pulmoner hipertansiyon, sağ kalp yetmezliği bulguları, nöropsikiyatik fonksiyonlar ile gün içi uyku hali düzelir.

CPAP yanıtı olmayan veya daha ağır OSAS'lı hastaların tedavisinde palatal düzeltici cerrahi tedavi ve çok ağır vakalarda ise trakeostomi gerekebilir.

6. 29 yaşında kadın hasta dünden itibaren gelişen ağrılı eritematöz papüllöz lezyonlar nedeni ile başvuruyor. Özgeçmişinde 3 yıl önce eklemde şişlik ve kızarıklık öyküsü olan hastada ek özellik saptanmıyor. Fizik muayenede subfebril ateş (37.6 derece), diz, PİP (Proksimal İnterfalegeal) ve MKP (Metakarpofalegeal) eklemlerde bilateral şişlik, ısı artışı ve bacakların ön yüzünde 3-4 cm sınırları net belirlenen sert mor renkte nodüller saptanıyor. Ayrıca yapılan tetkiklerinde RF: 1/80 (+), Anti CCP (-) olarak saptanıyor. Hastaya çekilen akciğer grafisinde bilateral hiler dolgunluk saptanıyor. Mevcut bulgularla hastadaki ön tanınız nedir?

- A. Löfler Sendromu
- B. Heerfordt –Waldenstrom Sendromu
- C. Löfgren Sendromu
- D. Pulmoner Lenfanjiomyomatozis
- E. FMF (Ailevi Akdeniz Ateşi)

CEVAP **C**

Yukarıda bahsedilen vaka tipik olarak Löfgren Sendromu ile uyumludur.

Sarkoidoz'da görülen 2 tipik sendrom;

Löfgren Sendromu: Eritema Nodosum, Artrit, Hiler Lenfadenopati

Heerfordt –Waldenstrom Sendromu: Ateş, Parotis bezinde büyüme, Uveit ve Fasyal Paralizi