

PEARLS
of **WISDOM**

Otolaringoloji ve Fasiyal Plastik Cerrahi

SINAVLARA HAZIRLIK KAYNAĞI
BOARD REVIEW

● İkinci Baskı

SINAV ODAKLI
•
HEDEFE YÖNELİK
•
KAPSAMLI

Mary Talley Bowden

Çeviri Editörleri
Orhan Yılmaz
Onur Çelik
İrfan Yorulmaz
Nazım Korkut

- 3500'den fazla seri soru; sadece doğru yanıtlarıyla birlikte
- Tüm konular otolaringoloji sınavına yönelik
 - Bilmeniz gereken anahtar bilgiler ve inciler
 - Sınav başarısı için bilinmesi şart temel bilgiler
- Otolaringoloji sınavları için en kapsamlı ve güncel bilgiler



GÜNEŞ TIP
KİTABEVLERİ

Mc
Graw
Hill

Medical



Otolaringoloji ve Fasiyal Plastik Cerrahi

SINAVLARA HAZIRLIK KAYNAĞI
BOARD REVIEW

İkinci Baskı

Mary Talley Bowden, M.D.

Çeviri Editörleri

Doç. Dr. Orhan Yılmaz
Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve
Araştırma Hastanesi 3. KBB Kliniği

Prof. Dr. Onur Çelik
Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi
KBB Anabilim Dalı

Prof. Dr. İrfan Yorulmaz
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
KBB Anabilim Dalı

Prof. Dr. Nazım Korkut
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp
Fakültesi KBB Anabilim Dalı



GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

OTOLARİNGOLOJİ VE FASİYAL PLASTİK CERRAHİ SINAVLARA HAZIRLIK KAYNAĞI-BOARD REVIEW

Türkçe Telif Hakları 2012

ISBN: 978-975-277-390-5

Orjinal Adı: Otolaryngology and Facial Plastic Surgery Board Review

Yayınevi: McGraw Hill

Yazar: Mary Talley Bowden

Çeviri Editörleri: Doç. Dr. Orhan Yılmaz, Prof. Dr. Onur Çelik,
Prof. Dr. İrfan Yorulmaz, Prof. Dr. Nazım Korkut

Orjinal ISBN: 0-07-146440-9

Kitabın 5846 ve 2936 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Yasası Hükümleri gereğince (kitabın bir bölümünden alıntı yapılamaz, fotokopi yöntemiyle çoğaltılamaz, resim, şekil, şema, grafik v.b.'ler kopya edilemez) tüm hakları Güneş Tıp Kitabevleri Ltd Şti.'ne aittir.

Yayıncı ve Genel Yayın Yönetmeni: Murat Yılmaz

Genel Yayın Yönetmeni Yardımcısı: Polat Yılmaz

Yayın Danışmanı: Ali Aktaş

Yayın Koordinatörü: Nuran Karacan

Dizgi-Düzenleme: Mehmet Akif Atasever

Kapak Uyarlama: İhsan Ağın

Baskı: Ayrıntı Basımevi - İvedik Organize Sanayi Bölgesi

28. Cad. 770 Sok. No: 105-A Ostim/ANKARA

Telefon: (0312) 394 55 90 - 91 - 92 • Faks: (0312) 394 55 94

UYARI

Medikal bilgiler sürekli değişmekte ve yenilenmektedir. Standart güvenlik uygulamaları dikkate alınmalı, yeni araştırmalar ve klinik tecrübeler ışığında tedavilerde ve ilaç uygulamalarındaki değişikliklerin gerekli olabileceği bilinmelidir. Okuyuculara ilaçlar hakkında üretici firma tarafından sağlanan ilaca ait en son ürün bilgilerini, dozaj ve uygulama şekillerini ve kontrendikasyonları kontrol etmeleri tavsiye edilir. Her hasta için en iyi tedavi şeklini ve en doğru ilaçları ve dozlarını belirlemek uygulamayı yapan hekimin sorumluluğundadır. Yayıncı ve editörler bu yayından dolayı meydana gelebilecek hastaya ve ekipmanlara ait herhangi bir zarar veya hasardan sorumlu değildir.

GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

ANKARA

M. Rauf İnan Sokak No:3

06410 Sıhhiye/Ankara

Tel: (0312) 431 14 85 • 435 11 91-92

Faks: (0312) 435 84 23

İSTANBUL

Gazeteciler Sitesi Sağlam Fikir Sokak

No: 7/2 Esentepe/İstanbul

Tel: (0212) 356 87 43

Faks: (0212) 356 87 44

KOŞUYOLU ŞUBE

Koşuyolu Caddesi No: 51/1

Koşuyolu-Kadıköy/İstanbul

Tel&Fax: (0216) 546 03 47

www.guneskitabevi.com

EDİTÖR

Mary Talley Bowden, M.D.
Memorial Northwest Otolaryngology
Head and Neck Surgery Associates
Houston, TX
www.mnwent.com

KATKIDA BULUNANLAR

William T. Adamson, M.D.
Pediatric Surgery Fellow
The Children's Hospital of Philadelphia
Philadelphia, PA

Gwenda Lyn Breckler, D.O.
Department of Surgery
Chicago Medical School
Mt. Sinai Hospital
Chicago, IL

Edward Buckingham, M.D.
Department of Otolaryngology
University of Texas Medical Branch
Galveston, TX

Dennis D. Diaz, M.D.
Assistant Professor of Surgery
Department of Otolaryngology
Head and Neck Surgery
Penn State Geisinger Health Systems
Penn State University
Hershey, PA

Gerard M. Doherty, M.D.
Assistant Professor of Surgery
Washington University School of Medicine
St. Louis, MO

Robert J. Gewirtz, M.D.
Assistant Professor of Neurosurgery
Department of Surgery
University of Kentucky
Chandler Medical Center
Lexington, KY

ÇEVİRİ EDİTÖRLERİ

Doç. Dr. Orhan YILMAZ
Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma
Hastanesi 3. KBB Kliniği

Prof. Dr. Onur ÇELİK
Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi
KBB Anabilim Dalı

Prof. Dr. İrfan YORULMAZ
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
KBB Anabilim Dalı

Prof. Dr. Nazım KORKUT
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
KBB Anabilim Dalı

Jeffrey S. Jacobs, M.D.
Assistant Professor of Anesthesiology
Miami VA Medical Center
Jackson Memorial Hospital
University of Miami
Miami, FL

Roger J. Levin, M.D.
Assistant Professor of Surgery
Section of Otolaryngology
Head and Neck Surgery
Penn State Geisinger Health System
Penn State University
Hershey, PA

Kimball I. Maull, M.D.
Director
The Trauma Center at Carraway
Carraway Methodist Medical Center
Birmingham, AL

Ravi Moonka, M.D.
Staff Surgeon
Puget Sound Veterans Affairs Medical Center
Clinical Instructor
Department of Surgery
University of Washington Medical Center
Seattle, WA

Michael L. Nance, M.D.
Schnauffer Senior Surgical Fellow
The Children's Hospital of Philadelphia
Philadelphia, PA

Juan B. Ochoa, M.D.

Assistant Professor of General Surgery
Section of Trauma and Critical Care
University of Kentucky
Lexington, KY

Carlos A. Pellegrini, M.D.

Professor and Chairman
Department of Surgery
University of Washington Medical Center
Seattle, WA

Laurie Reeder, M.D.

Section of General Thoracic Surgery University
of Washington School of Medicine
Seattle, WA

Elizabeth Rosen, M.D.

Department of Otolaryngology
University of Texas Medical Branch
Galveston, TX

Andrew Shapiro, M.D.

Department of Surgery
Penn State Geisinger Health System
Penn State University
Hershey, PA

Karen L. Stierman, M.D.

Department of Otolaryngology
University of Texas Medical Branch
Galveston, TX

Eric Vallieres, M.D.

Section of General Thoracic Surgery University
of Washington School of Medicine
Seattle, WA

Boris Vinogradsky, M.D.

Section of Trauma and Critical Care
University of Kentucky
Lexington, KY

Douglas E. Wood, M.D.

Director
Section of General Thoracic Surgery
University of Washington School of Medicine
Seattle, WA

John H. Yim, M.D.

Resident in General Surgery
Washington University School of Medicine
St. Louis, MO

ÇEVİRİYE KATKIDA BULUNANLAR

Uz. Dr. Seden AKDAĞLI

Etlik İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi
KBB Kliniği

Uz. Dr. Sibel ALİCURA TOKGÖZ

Dışkapı Yıldırım Beyazıt
Eğitim ve Araştırma Hastanesi
1. KBB Kliniği

Dr. Esma ALTAN

Dışkapı Yıldırım Beyazıt
Eğitim ve Araştırma Hastanesi
3. KBB Kliniği

Doç. Dr. Figen BAŞAR

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
KBB/Odyoloji Anabilim Dalı

Uz. Dr. Tijen CEYLAN

Etlik İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi
KBB Kliniği

Uz. Dr. Elif ERSOY ÇALLIOĞLU

Etlik İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi
KBB Kliniği

Uz. Dr. Şule DEMİRCİ

Etlik İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi
KBB Kliniği

Dr. Ozan GÖKLER

HNO-Klinik, St. Elisabeth-Krankenhaus,
Köln-Hohenlind, Akademisches
Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln

Dr. Akif GÜNEŞ

Dışkapı Yıldırım Beyazıt
Eğitim ve Araştırma Hastanesi
3. KBB Kliniği

Dr. Tuğba KARAGÖZ

Dışkapı Yıldırım Beyazıt
Eğitim ve Araştırma Hastanesi
3. KBB Kliniği

Dr. Tuğba KARAKÖY

Dışkapı Yıldırım Beyazıt
Eğitim ve Araştırma Hastanesi
3. KBB Kliniği

Dr. Saffet KILIÇASLAN

Dışkapı Yıldırım Beyazıt
Eğitim ve Araştırma Hastanesi
1. KBB Kliniği

Uz. Dr. Gökhan KURAN

Dışkapı Yıldırım Beyazıt
Eğitim ve Araştırma Hastanesi
3. KBB Kliniği

Uz. Dr. Nergis SALMAN

Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma
Hastanesi KBB Kliniği

Dr. M. Eser SANCAKTAR

Dışkapı Yıldırım Beyazıt
Eğitim ve Araştırma Hastanesi
3. KBB Kliniği

Uz. Dr. Gökçe ŞİMŞEK

Dışkapı Yıldırım Beyazıt
Eğitim ve Araştırma Hastanesi
1. KBB Kliniği

Dr. Gökçe TULACI

Etlik İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi
KBB Kliniği

Uz. Dr. Arzu TÜZÜNER

Etlik İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi
KBB Kliniği

Uz. Dr. Erkan VURALKAN

Trabzon Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
KBB Kliniği

GİRİŞ

Tebrikler! *Otolaringoloji ve Fasiyal Plastik Cerrahi Sınavlara hazırlık kaynağı* Otolaringoloji Yeterlik Sınavı'na hazırlanmanıza yardımcı olmak üzere tasarlanmıştır. Bu kitap, tıp biliminin bütün alanlarını kapsayan *Pearls of Wisdom* yazı serilerinden birisidir. Başlamadan önce bu kitabın amacından, düzeninden, sınırlamalarından ve doğru kullanımından bahsetmekte yarar var.

Otolaringoloji ve Fasiyal Plastik Cerrahi Sınavlara hazırlık kaynağı Pearls of Wisdom, bir çalışma aracı olduğu için soru-yanıt düzeninde yapılandırılmıştır. Soruların ve yanıtlarının çoğu kısadır. Bunun amacı geniş bir bilgi alanını kapsayabilmesidir. Yeterlik sınavındaki yapıya benzemeyen bu düzen, güçlü ve zayıf olduğunuz konuları tayin etmeniz için yararlı olacaktır. Bu da ilgilendiğiniz ve zayıf olduğunuz alanlarda daha fazla çalışmaya odaklanmanızı sağlayacaktır. Önemsiz noktalar ayıklanarak kolay unutulmuş ve yeterlik sınavlarında sık karşılaşılan kritik noktalara ağırlık verilmiştir.

Her soru-yanıt kitabının öğrenme aracı olarak en fazla yararı sağlaması için konuya özgül bir temel kitap ile birlikte kullanılması gerektiğini hatırlatmalıyız. Belli noktaların özümsevenek bir bilgi iskeletinin parçası haline gelmesi için konuyla ilgili bağlantılı kavramların da okunması gerekir. Öğrenme süreci ne kadar aktif ise, anlama da o kadar iyi olur. Bu kitabı tercih ettiğiniz kaynak yazılar ve kitaplar yanınızda iken kullanın. Yanıtını bulamadığınız bir soruyla veya özellikle ilgilendiğiniz bir konuyla karşılaştığınızda yanınızda bulunan kitaplardan ilgili konuyu okumanızı öneririz.

Kitaptaki bölümler, otolaringolojinin bütün alanlarını kapsayacak şekilde düzenlenmiştir. Bazı alanlar diğerlerinden daha kapsamlı olabilir. Her bölümdeki sorular, yeterlik sınavlarında ve gerçek yaşamda olduğu gibi rastgele dağıtılmıştır. Bir çok alanda tekrarlar vardır. Bu, bilerek yapılmıştır; tekrarlamaların yapılması yeterlik sınavlarına hazırlanırken iyidir.

Bu kitabın sınırlamaları da vardır. Soru ve yanıtlarının kesin olması için büyük çaba harcanmış olmasına rağmen, tutarsızlıklar ve hatalar bulunabilir. Bunların nedeni çoğunlukla orijinal kaynaklar arasındaki değişkenliklerdir. En kesin bilgiyi çeşitli kaynaklardan doğrulamaya çalıştık. Bazı yanıtların sizin tercih ettiğiniz yanıt olmayabileceğini dikkate alın. Ayrıca, bu kitap karmaşık kavramları en basit düzeye indirmeye çalışarak doğruluğu riske atmaktadır; dinamik bilgi altyapısı ve tıp biliminde günlük pratik ise böyle değildir. Bunun da ötesinde, bazen yeni araştırma ve deneyimler sınav amacıyla hazırlanmış doğru yanıtların değişmesine neden olabilir. Unutmayın, bu kitap bir sınavda alacağınız notu yükseltmek amacıyla tasarlanmıştır. Gerçek yaşamda yönünüzü tayin etmek için en güncel bilgi kaynaklarından ve danışabileceğiniz kişilerden yararlanın.

Her sorudan sonra boş bırakılmış bir seçenek göreceksiniz. Bu, ilgilendiğiniz veya zayıf olduğunuz alanları, ya da o sorunun okunduğunu işaretlemeniz için yapılmıştır. Bu aynı zamanda daha önce neyi okuyup neyi okumadığınız konusunda ikilem yaşamadan kitabı tekrar gözden geçirmenize yardımcı olacaktır.

Yorumlarınızı, önerilerinizi ve eleştirilerinizi bekliyoruz. Bulduđunuz hataları lütfen bize bildiriniz. Sürekli iyileştirmeler yapma arzusundayız ve tasarım, düzen, sunum veya belli bir soru hakkındaki her tür katkıdan büyük memnuniyet duyarız. Yeni yazarlar eklemeye ve yeni kitaplar yayınlamaya da çalışıyoruz. Sizden haber bekliyoruz.

Çok çalışın. Yeterlik sınavlarında başarılar dileriz.

M.T.B.

ÇEVİRİ EDITÖRLERİ ÖNSÖZÜ

A.B.D. ve Avrupa'da olduğu gibi ülkemizde de uygulanan ve bir çok meslekdaşımızın başarılı olarak yeterlik belgesine hak kazandığı Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Yeterlik Sınavları, bilim alanımızdaki uzmanlık eğitiminin standardını yükseltmeyi amaçlayan çok yararlı bir uygulamadır. Yeterlik sınavlarına hazırlanırken başarı olasılığınızı yükselteceğini düşündüğümüz, kısa soru-yanıt düzenindeki bu kitabın yararlı olmasını diler, başarılar dileriz.

Çeviri Editörleri

Doç. Dr. Orhan YILMAZ,

Prof. Dr. Onur ÇELİK,

Prof. Dr. İrfan YORULMAZ,

Prof. Dr. Nazım KORKUT

İÇİNDEKİLER

GÖZDEN GEÇİRME.....	13
Çeviren: Dr. Tuğba KARAKÖY	
ANATOMİ VE EMBRİYOLOJİ	25
Sinüs Anatomi	25
Çeviren: Dr. Tuğba KARAKÖY	
Nörotoolojik Anatomi ve Embriyoloji.....	30
Çeviren: Dr. Ozan GÖKLER	
Genel Baş ve Boyun Anatomisi	42
Çeviren: Dr. Gökçe TULACI	
PATOLOJİ.....	55
Çeviren: Dr. Gökçe ŞİMŞEK	
RADYOLOJİ	59
Çeviren: Dr. Gökçe ŞİMŞEK	
ANESTEZİ	63
Çeviren: Dr. Sibel ALİCURA TOKGÖZ	
ANTİBİYOTİKLER	71
Çeviren: Dr. Gökçe ŞİMŞEK	
MEDİKAL KONULAR	75
Çeviren: Dr. Esma ALTAN	
PEDİATRİK OTOLARİNGOLOJİ	87
Çeviren: Dr. Nergis SALMAN	
SENDROMLAR	119
Çeviren: Dr. Esma ALTAN	
YARIK DUDAK VE DAMAK	123
Çeviren: Dr. Elif Ersoy ÇALLIOĞLU	
ALERJİ VE SİNÜS	129
Çeviren: Dr. M. Eser SANCAKTAR	
OBSTRÜKTİF UYKU APNESİ.....	153
Çeviren: Dr. Gökçe ŞİMŞEK	
ODYOLOJİ	159
Çeviren: Dr. Figen BAŞAR	

İÇ KULAK.....	171
Çeviren: Dr. Tijen CEYLAN	
VERTİGO VE DİZZİNES	195
Çeviren: Dr. Ozan GÖKLER	
DIŞ KULAK YOLU HASTALIKLARI	203
Çeviren: Dr. Sibel ALİCURA TOKGÖZ	
FASİAL SİNİR	209
Çeviren: Dr. Gökçe TULACI	
ORTA KULAK	219
Çeviren: Dr. Tuğba KARAGÖZ	
YARA İYİLEŞMESİ	233
Çeviren: Dr. Saffet KILIÇASLAN	
REKONSTRÜKTİF FLEPLER	239
Çeviren: Dr. Arzu TÜZÜNER	
PLASTİK CERRAHLAR İÇİN ANATOMİ	249
Çeviren: Dr. Elif Ersoy ÇALLIOĞLU	
FASİAL DERMATOLOJİ	259
Çeviren: Dr. Arzu TÜZÜNER	
KOZMETİK CERRAHİ	263
Çeviren: Dr. Şule DEMİRCİ	
YÜZ TRAVMASI	275
Çeviren: Dr. Seden AKDAĞLI	
BAŞ VE BOYUN ONKOLOJİSİ	293
Çeviren: Dr. Erkan VURALKAN	
LARENGOLOJİ VE ENDOSKOPİ	343
Çeviren: Dr. Akif GÜNEŞ	
TİROİD VE PARATİROİD HASTALIKLARI	359
Çeviren: Dr. Sibel ALİCURA TOKGÖZ	
KOMPLİKASYONLAR.....	375
Çeviren: Dr. Gökhan KURAN	
BİBLİYOGRAFİ	383

GÖZDEN GEÇİRME

- Özefagustaki yabancı cisimler en sık nerede bulunur?

Krikofarengeal kasın hemen altında.

- 3 yaşındaki bir çocukta bilateral subkondiler mandibula fraktürü doğrulanmıştır. Oklüzyon normal ve radyolojik çalışmalar minimal deplase kırık göstermektedir. Önerilen tedavi nedir?

Hareket açıklığını sağlamak üzere fizik tedavi ve yumuşak diyet.

- Masif hemoptizinin (24 saatte 600 ml'den fazla kanama) en sık sebebi nedir?

Tüberküloz.

- 8 yaşındaki bir erkek hastanın fragil bir doku ile dolu olan kulağından akıntı mevcuttur. BT temporal kemikte litik lezyon göstermektedir. Biyopsiler sadece lipid yüklü histiositler göstermektedir. En olası tanınız nedir?

Histiyoitoz X.

- Bir hasta gingival ağrı ve kötü ağız kokusu şikayetiyle gelir. Fizik muayenede ateş, lenfadenopati, canlı kırmızı renkte gingiva ve üzeri gri membranla kaplı ülserle papilla saptanmıştır. En olası tanınız nedir?

Akut nekrotizan ülseratif gingivit; diğer adıyla Vincent Anjini.

- Hangi mantar granümatöz doku reaksiyonu yapar ve vadi humması olarak bilinen pnömoni, eritema nodosum ve artralji triadına neden olabilir?

Koksidiyomikozis.

- Çocukta en sık vertigo nedeni nedir?

Otitis media.

- Frontal sinüzitli bir hasta alında geniş bir abse ile başvurmuştur. En olası tanı nedir?

Pott's puffy tümör.

- Pierre-Robin sendromunu hangi özellikler oluşturur?

Glossoptozis, mikrognati ve yarı damak.

- Ağır hasta görünümlü bir vakada 40°C ateş, bilateral kemozis, 3. kranial sinir paralizisi ve sinüzit bulunmaktadır. En olası tanı nedir?

Kavernöz sinüs trombozu.

○ **Retrofarengeal apse hangi yaş grubunda en sık görülür?**

6 ay-3 yaş (retrofaringeal lenf nodlarının boyutları 3 yaşından sonra azalır).

○ **Ranula nedir?**

Ağız tabanında mavimsi yüzeyle karakterize sublingual glandı içeren bir mukus retansiyon kisti.

○ **48 yaşında erkek hasta yüksek ateş, trismus, disfaji ve boynun lateralinde mandibula altında şişlik ile başvurmuştur. En olası tanınız nedir?**

Parafarengeal boşluk absesi.

○ **D/Y: bir hasta alt dudagından daha fazla üst dudagını kozmetik problem olmaksızın kaybedebilir**

Yanlış. Alt dudagın 1/3'üne kadar olan bölümü çıkarılabilir veya debride edilebilir ve hasta hala kabul edilebilir bir kozmetik görüntüye sahip olabilir. Üst dudak ise kolumella, alar kartilajlar ve filtrumla ilişkisi nedeniyle buna daha az izin verir.

○ **CHARGE sekansının komponentleri nelerdir?**

Koloboma, kalp defektleri, koanal atrezi, büyüme geriliği, genital hipoplazi, kulak anomalileri.

○ **Skrofula nedir?**

Tüberküloz veya nontüberküloz servikal adenopati.

○ **Parotis ve submandibuler bezlerdeki taşların BT'de radyopak görünme %'si kaçtır?**

Sırasıyla %10 ve %90.

○ **Hangi LeFort fraktüründe BOS rinoresi en sık görülür?**

3.

○ **Büllöz mirenjitte seçilecek tedavi nedir?**

Eritromisin.

○ **Hangi salgı bezinde taş oluşumu en sıktır?**

Submandibuler bez.

○ **Lemierre Sendromuna hangi mikroorganizma sebep olur?**

Fusobacterium necrophorum.

○ **Bir süt çocuğunda yer lambasının kablosunu ısırmasına bağlı ağız köşesinde elektrik hasarı oluşmuştur. Aileye hasar sonrası hangi uyarıda bulunulmalıdır?**

Labial arterin üzerini örten yumuşak dokunun yıkımına bağlı hemoraji görülebilir. Aile, böyle bir durum oluşması halinde kanayan bölgenin baş parmak ve işaret parmağı arasında sıkıştırılması ve acil yardım çağırılması konusunda bilgilendirilmelidir.

ANATOMİ VE EMBRİYOLOJİ

SİNÜS ANATOMİ

- **Nazolakrimal kanal maksiler sinüs ostiumu ile ilişkisine göre nerede bulunmaktadır?**

3-6 mm anteriorda.

- **Posterior etmoid hücrelerin çoğu hangi meatusa açılır?**

Superior meatus.

- **Supreme nazal konka popülasyonun %kaçında bulunur?**

%60.

- **Paranasal sinüslerin 5 bazal veya ground lamellası nelerdir?**

Unsinat proses, bulla etmoidalis, orta konkanın bazal lamellası, superior konkanın lamellası, supreme konkanın (varsa) lamellası.

- **Anterior ve posterior etmoid kompleksleri hangi yapı ayırır?**

Orta konkanın bazal lamellası.

- **Bulla etmoidalis ile orta konkanın arasındaki boşluğun adı nedir?**

Hiatus semilunaris superior.

- **Maksiler sinüsün doğal ostiumu nereye boşalır?**

Etmoid infundibulum.

- **Orta konkanın en posterior bölümü nereye yapışır?**

Palatin kemiğin perpendiküler prosesinin krista etmoidalisine.

- **Orta konka hangi açılardan önemli bir cerrahi landmarktır?**

Kribriform laminayı fovea etmoidalisten ayırır; anterior ucu, maksiler antrostominin anterior diseksiyonunun sınırını belirler; bazal lamella posterior etmoidlere girişi tanımlar; alt yarısı ve koanaya girdiği yer sfenoid sinüse girişi tanımlamaya yardım eder.

- **Orta konkanın ön bölümü superiorda genelde nereye yapışır?**

Lamina papiraseaya (kafa tabanına da yapışabilir).

- **Agger nazi hücresi nedir?**

Orta konkanın yapıştığı yerin hemen anteriorunda ve superiorunda, lateral nazal duvarın havalı bölümüdür.

- **Geniş agger nasi hücresi hangi probleme yol açar?**

Frontal resesin daralmasına.

- **Persistan, nonpnömatize ikinci bazal lamella için kullanılan terim nedir?**

Torus etmoidalis/lateralis.

- **Pnömatize ikinci bazal lamella için kullanılan terim nedir?**

Bulla etmoidalis.

- **Suprabullar reses ne zaman retrobullar resese doğru genişler?**

Bulla lamellasının posterior duvarı orta konkanın bazal lamellasiyle temas halinde değilse.

- **Bulla lamellası nedir?**

Havalandığında etmoid bullayı oluşturan oluşturan kemiğin lamellası.

- **Retrobullar resesin diğer adı nedir?**

Sinüs lateralis.

- **Anterior etmoidlerin en posterior yüzü neresidir?**

Retrobullar reses.

- **Retrobullar reses nereye drene olur?**

Hiatus semilunaris superior.

- **Suprabullar resesin sınırları nedir?**

Superiorda etmoid çatı; lateralde lamina papirasea; inferiorda etmoid bullanın çatısı; posteriorda orta konkanın bazal lamellası.

- **Suprabullar reses hangi resese açılır?**

Frontal reses; anteriorunda bu resesten bulla lamellayla ayrılır.

- **Medialde ve inferiorda hangi alandan suprabullar ve retrobullar resese ulaşılır?**

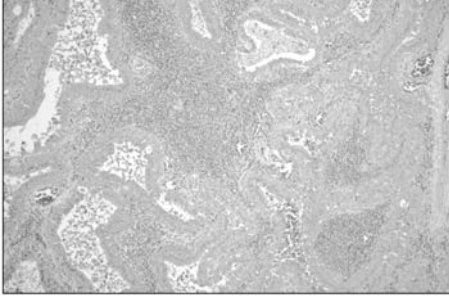
Hiatus semilunaris superior.

- **Etmoid infundibulumun sınırları nedir?**

Medialde unsinat proses; lateralde lamina papirasea ve maksillanın frontal prosesi; posteriorda etmoid bulla.

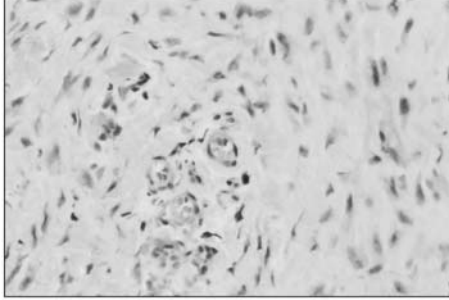
PATOLOJİ

- Aşağıda belirtilen bilateral benign kistik lenfoepitelyal lezyonun tanısı nedir?



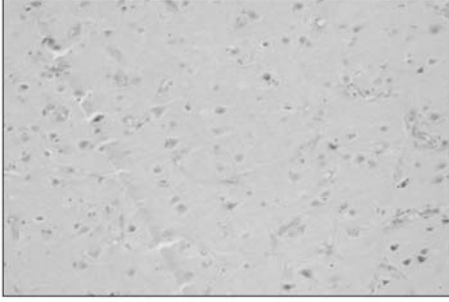
Wartin tümörü

- Nazal obstrüksiyon ve polipoid kitle yakınmaları ile başvuran 15 yaşındaki erkek hastanın kitlesi rezeksiyon sonrası yaygın kanıyor. Aşağıda histopatolojisi verilen kitlenin tanısı nedir?



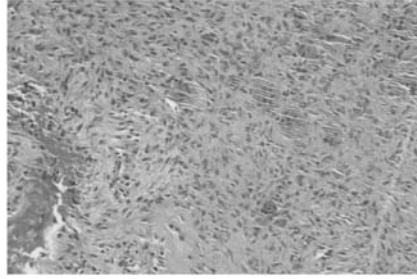
Jüvenil nazofaringeal anjiofibrom

- Aşağıda belirtilen yumuşak, polipoid nazal kitle genç bir çocuktan rezeke edildi. Tanınız nedir?



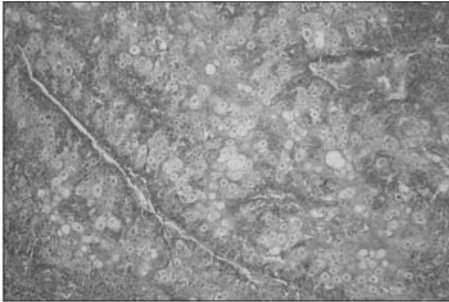
Glial heterotopi (nazal gliom)

- Aşağıda belirtilen lezyon 19 yaşında bayan hastanın mandibuladaki mental foramen yakınından alınmıştır. Tanınız nedir?



Santral dev hücreli granulom

- Aşağıda belirtilen tümör en çok göz kapağı yakınında bulunur ve kötü prognoz ile ilişkilidir. Tanınız nedir?



Sebase karsinom

RADYOLOJİ

○ MRI'nın kontraendikasyonları nelerdir?

Kalp pili, koklear implantlar, kalp pili telleri, Swan-Gantz kateteri, metalik intraoküler yabancı cisim, intrakranial anevrizmal klipsler.

○ Flow void (akım boşluğu) nedir?

Orta-yüksek kan akımına bağlı olarak kontrast sonrası sinyalin tam yokluğu.

○ Multidetektör BT görüntülemenin, konvansiyonel BT görüntülemeye üstünlüğü nedir?

Oldukça hızlı, yüksek rezolüsyonlu ince kesitler alınması.

○ Baş ve boyun görüntülemede hız neden önemlidir?

Solunum ve yutma, rezolüsyonu sınırlayabilir.

○ Aksiyel kesitli BT incelemede hangi yapılar porus akustikus (IAK'nin başlangıcı) ile aynı düzlemde dir?

Malleus başı, horizontal SSK ve epitimpanik reses.

○ Aksiyel kesitli BT incelemede hangi yapılar stapes ile aynı düzlemde dir?

Sinüs timpani, malleus boynu, vestibül, koklea ve piramidal eminens.

○ Mondini deformitesi nedir?

Normal gelişmiş koklear bazal kıvrım varlığında anterior 1 1/2'lik koklear kıvrım yokluğu.

○ BT incelemede nasıl görünür?

Geniş vestibuler akuadukt, vestibülde plumb (çekül) deformitesi ve boş koklea.

○ Otokleroz, BT incelemede nasıl görünür?

Erken dönemde özellikle koklear kıvrımlara paralel çift düşük zayıflama halkası ve oval pencere sınırları boyunca parlaklık şeklinde deosifikasyon alanları mevcuttur. Hastalık ilerledikçe daha yoğun kemik gelişir ve sonuçta obliterasyon ile sonlanır.

○ Başka hangi hastalıklar radyolojik olarak otoskleroza taklit eder?

Paget hastalığı ve osteogenezis imperfekta.

○ Radyolojik olarak otoskleroza Paget hastalığından ayıran nedir?

Radyolojik değişiklikler Paget hastalığında daha yaygın ve belirgindir; ayrıca daha sıklıkla bilateraldir ve IAK'de daralmayı içerebilir.

○ **Promontoryum üzeri yumuşak doku kitlesinin ayırıcı tanısı nedir?**

Konjenital kolesteatoma, paraganglioma, aberran karotid arter, persistan stapediaal arter ve glomus timpanikum.

○ **T1 ve T2 ağırlıklı MRI’da yağın yaptığı sinyal yoğunluğu nedir?**

T1- yüksek sinyal; T2- düşük sinyal.

○ **T1 ve T2 ağırlıklı MRI’da suyun yaptığı sinyal yoğunluğu nedir?**

T1- düşük sinyal; T2- yüksek sinyal.

○ **Hangi temporal kemik yapıları T1 ağırlıklı MRI’da en iyi görüntülenir?**

IAK içerisindeki sinirler.

○ **Hangi temporal kemik yapıları, T2 ağırlıklı MRI’da en iyi görüntülenir?**

Sıvı dolu kompartmanlar.

○ **Aseptomatik bir hastanın T1 ağırlıklı kesitlerinde, sol petröz apekte yüksek sinyal tesadüfi olarak saptanmıştır. Bu bulgunun önemi nedir?**

Petröz tipte aseptomatik pnömatizasyon hastaların %4’ünde vardır; yüksek sinyal kemik iliğinden kaynaklanmaktadır.

○ **Kolesteraol granuloma MRI’da nasıl görünür?**

Hem T1 hem T2 ağırlıklı kesitlerde yüksek sinyaldir.

○ **Kolesteatoma MRI’da nasıl görünür?**

T1 ağırlıklı kesitte orta, T2 ağırlıklı kesitte yüksek sinyalde izlenir.

○ **D/Y: Kolesteatomalar gadolinyum ile boyanır.**

Yanlış.

○ **Glomus jugulare tümörü MRI’da nasıl görünür?**

Gadolinyumlu T1 ağırlıklı görüntülerde “tuz ve biber” manzarası.

○ **MRI’da menenjiomanın tipik bulguları nelerdir?**

Gadolinyumlu MRI’da geniş tabanlı “dural kuyruk işareti”.

○ **Kafa tabanı yağ supresyonunda MRI’da hangi problemler olabilir?**

Yumuşak dokuda hava olmasına sekonder artefakt olur ve önemli anatomik detayları (örn: foramina) gizleyebilir.

○ **Kafa tabanı görüntülemesinde kullanılan alternatif metod nedir?**

Pre ve post gadolinyumlu görüntülerin karşılaştırılması.

ANESTEZİ

○ Lokal anesteziğin etki mekanizması nedir?

Sodyum iyonlarına karşı sinir membran geçirgenliğindeki artışı önlemek.

○ Başlıca 2 ana sınıf lokal anesteziğin nelerdir?

Ester bağlı ve amid bağlı lokal anesteziğinler.

○ Bu iki ayrı sınıfın metabolizmalarındaki farklılık nasıldır?

Ester grubu olanlar kolinesterazlar tarafından plazmada metabolize olur; amid grubu olanlar, p-450 sistem tarafından karaciğerde metabolize olurlar.

○ Hangi lokal anesteziğin amid grubudur?

Lidokain, ropivakain, bupivakain.

○ Hangi hipertansif ilaç amid anesteziğin ajanla yapılan rejijyonel anesteziğinin etkisini uzatır?

Klonidin.

○ Lokal anesteziğinin toksik yan etkileri nelerdir?

SSS uyarılması veya depresyon, myokardiyal depresyon, periferik vazodilatasyon, methemoglobinemi, alerjik reaksiyonlar.

○ Hangi lokal anesteziğin düşük dozlarda toksik etki yaratır?

Tetrakain.

○ D/Y: Tüm lokal anesteziğinler zayıf bazlardır ve vazodilatasyon oluşturur.

Yanlış. Kokain ve ropivakain hariç.

○ Hangi lokal anesteziğinin methemoglobinemi oluşturduğu gösterilmiştir?

Prilokain, benzokain, lidokain ve prokain.

○ Methemoglobineminin tedavisi nedir?

%1'lik metilen mavi solüsyonunun yavaş intravenöz infüzyonu (total doz 1-2 mg/kg).

○ Kokainin önerilen maksimum dozu nedir?

2-3 mg/kg.

○ Hangi hasta grubunda topikal kokain kullanımından kaçınılması gerekir?

Reserpin, trisiklik antidepresan ve monoamin oksidaz inhibitörü gibi adrenerjik değişiklik yapan ilaç kullanan hipertansiyon hastaları.

○ **Bupivakainin önerilen maksimum dozu nedir?**

2-3 mg/kg.

○ **Bupivakainin etki etme süresi nedir?**

3-10 saat.

○ **D/Y: Bupivakain lidokaine göre 4 kat fazla kardiyak kontraktilite depresyonu yapar.**

Doğru.

○ **Ropivakainin bupivakainden farkı nedir?**

Ropivakain de bupivakainle eşdeğer anestezi özellikleri bulunan uzun-etkili bir amiddir, ancak daha az ciddi kardiyotoksik reaksiyonlara neden olur ve intrinsik vazokonstriktif özellikleri vardır.

○ **Lidokainin önerilen maksimum dozu nedir?**

Epinefrinsiz 5 mg/kg epinefrinli 7 mg/kg.

○ **1cc 1:100.000'lik epinefrin ne kadar epinefrin içerir?**

10 mikrogram.

○ **Süperior laringeal sinir blokajı için lokal anestezi nereye uygulanır?**

Hyoid ve tiroid kartilaj arası ortasına.

○ **Subglottisi ve preepiglottik bölgeyi anestezi altına almak için lokal anestezi nereye uygulanır?**

Sırasıyla, krikotiroid membrana, tiroid çentige.

○ **Yüz için hangi cerrahi hazırlık solüsyonunun kullanılması kontrendikedir?**

Hibiclens göze kostik etkilidir.

○ **Hangi nazal sprey daha az kardiyotoksiktir, oksimetazolin yada neosinefrin?**

Oksimetazolin.

○ **Süksinilkolinin yan etkileri nelerdir?**

Kardiyak disritmi, fasikülasyon, hiperkalemi, myalji, myoglobüni, artmış basınç (oküler, gastrik ve kraniyal), trismus, alerjik reaksiyon; ayrıca malign hipertermiyi tetikleyebilir.

○ **Süksinilkolinin yan etkilerinin hangi hastalarda görülmesi daha muhtemeldir?**

Kapalı-açılı glom, yer kaplayan intrakranial lezyonlar, alt ekstremitenin ciddi crush yaralanmaları

ANTİBİYOTİKLER

○ **Travma sonrası gerçekleştirilen acil cerrahide, ciddi sepsise büyük olasılıkla neden olan organizmalar nelerdir?**

Gram negatif bakteriler

○ **Temiz operasyonlarda oluşan yara enfeksiyonları en çok hangi organizma ile oluşur?**

Stafilokoklar

○ **Hematomlar enfeksiyon riskini neden artırır?**

Fibroblast göçünü ve kapiller oluşumunu engellerler.

○ **Hangi preoperatif faktörler, artmış postoperatif yara enfeksiyonu riskiyle ilişkilidir?**

Uzun preoperatif hospitalizasyon, preoperatif banyo yapılmaması, operasyon sahasının erken traşlanması, epilasyon, önceki antibiyotik tedavisi.

○ **Hangi antibiyotik ajanlar bakteristatiktir?**

Kloramfenikol, klindamisin, eritromisin, sulfonamidler, tetrasiklinler ve trimetoprim.

○ **İyodinli solusyonlar, cerrahi antiseptik olarak klorheksidine neden üstündürler?**

Klorheksidin, virüs ve mantarlara karşı etkili değildir.

○ **Elektif cerrahide profilaktik antibiyoterapiye en iyi başlama zamanı nedir?**

Operasyondan 1 saat önce.

○ **Temiz, temiz-kontamine, kontamine ve kirli vakalar için yara enfeksiyon insidansı nedir?**

Sırayla %2'den az, %10, %20 ve %40.

○ **D/Y: Kapalı emme drenajı, temiz vakalarda yara enfeksiyon riskini azaltır.**

Yanlış.

○ **Postoperatif pnömoni riski olan hastalarda, ampirik monoterapi hangi organizmaları kapsamalıdır?**

Gram negatif organizmalar.

○ **Vankomisin hangi bakterilere karşı etkilidir?**

Metisilin rezistan *Staphylococcus aureus* (MRSA), *Staphylococcus epidermidis*, enterokoklar, difteroidler ve *Clostridium difficile* de dahil gram pozitif koklar.

○ **Kırmızı adam sendromu (red man syndrome) nedir?**

Vankomisin'in hızlı infüzyonu ve bunu takiben histamin salınımına bağlı olarak yüz ve boyunda kızarma, pruritus ve hipotansiyon olması.

○ **Vankomisin'in artmış kullanımında hangi problem ortaya çıkar?**

Vankomisin rezistan enterokoklar (VRE)'in gelişimi.

○ **Klavulanat, sulbaktam ve tazobaktamın ortak özelliği nedir?**

Hepsi beta-laktamaz inhibitörüdür.

○ **D/Y: metranidazol dozu, ağır karaciğer hastalığı olan hastalarda modifiye edilmelidir.**

Doğru.

○ **Penisilin G ve V, hangi organizmaları kapsar?**

Streptococcus pyogenes, *Streptococcus pneumoniae*, *Actinomyces*, oral anaeroblar.

○ **Organizmalar, penisilini nasıl inaktive eder?**

Beta-laktamaz üreterek.

○ **Hangi organizmalar beta-laktamaz üretir?**

Staphylococcus aureus, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, oral anaeroblar.

○ **Penisilin kullanımı sonrası döküntü insidansı nedir?**

%5.

○ **Bu hastaların % kaçında, bir sonraki penisilin kullanımında döküntü oluşur?**

%50.

○ ***Staphylococcus aureus*'a karşı en aktif olan penisilinler hangileridir?**

Metisilin, oksasilin, dikloksasilin, nafsilin.

○ **Bunların hangisi en yüksek kan seviyelerine ulaşır?**

Dikloksasilin.

○ **Bunların hangisi böbrek yetmezlikli hastalar için en iyidir?**

Nafsilin.

○ **Bunların hangisi *Streptococcus pneumoniae*'ye karşı aktif değildir?**

MEDİKAL KONULAR

○ **Hipotiroidiye neden olan en sık sebepler?**

Haşimato tiroiditi, hipofiz tümörü ve tirotoksikoz tedavisinde kullanılan radyoaktif Iyot¹³¹.

○ **Hipertiroidiye neden olan en sık sebepler?**

Graves hastalığı, otonom toksik nodül, subakut tiroidit, hipofiz tümörü.

○ **40 yaşından büyük Graves hastalarında tedavi seçeneği nedir?**

Radyoaktif Iyot¹³¹.

○ **Hipertiroidinin rutin tedavisinde kullanılan ilaçlar nelerdir?**

PTU ve Metimazol.

○ **Kronik tiroidite neden olan enfeksiyonlar nelerdir?**

Aktinomikozis, Tbc ve Sfiliz.

○ **Tiroid bezinde fibröz doku bulunmasıyla karakterize tiroid hastalığı nedir?**

Reidel struma (invaziv fibröz tiroidit, odunsu tiroidit).

○ **Otoimmün tiroiditlerin en yaygın tipi nedir?**

Haşimato.

○ **Hangi kardiovasküler medikasyon radyoiyot taramayı engeller?**

Amiodaron.

○ **Missisipi ve Ohio nehri vadisi bölgesinde endemik olarak görülen fungal enfeksiyon hangisidir?**

Histoplasma Capsulatum.

○ **Histoplasmanın kulak burun boğazdaki etkileri nelerdir?**

Disfaji, boğaz ağrısı, ses kısıklığı, ağrılı çiğneme, gingival irritasyon: dudaklarda, gingivada, dilde farinks ve larinkste granülamatöz lezyonlar.

○ **Histoplasma Capsulatumun neden olduğu lezyonların tipik görüntüsü nasıldır?**

Sert, marjinal bölgeye kümelenen ağrılı ülserler, genellikle verrüköz görünümde.

○ **Dissemine hastalığı olan erişkinlerin % kaçında orofaringeal tutulum vardır?**

%40-75.

- **Dissemine hastalığı olan çocukların% kaçında orofaringeal tutulum vardır?**

%18.

- ***Histoplasma Capsulatum*da tanı nasıl konur?**

Biyopsi yada lezyon merkezinden alınan sürüntü ve sabouraud besiyerinde kültür.

- ***Blastomycosis dermatitidis* kulak burun boğazdaki etkileri nelerdir?**

Larinks ve hipofarinks mukozasında eritmatöz hiperplazi, vokal kordlarda fibrozis, faringokutanöz fistül.

- **Hangi hastalık orta konkada siyah skar ile karakterizedir?**

Invaziv fungal sinüzit.

- **Non-invaziv *Aspergillus fumigatus* enfeksiyonlarının kulak burun boğaz üzerindeki etkileri nelerdir?**

Tek bir sinüs kavitesinde koyu nazal sekresyon ve yüzde dolgunluk.

- ***Aspergillus fumigatus*'un mikroskopik görüntüsü nasıldır?**

Septalı bifurkasyonu olan hif.

- **Hangi mantar enfeksiyonu Güney Hindistan ve Sri Lanka da endemik olarak görülür?**

Rhinosporidium seeberi.

- ***Rhinosporidium seeberi*'nin kulak burun boğazdaki etkileri nelerdir?**

Burun, konjunktiva ve damak mukozasında görülen ağrılı, polipoid, kırılğan lezyonlardır (çilek lezyon).

- **Hangi parazitik enfeksiyon insana tatarcık sineği ile bulaşır?**

Leishmaniasis.

- ***Toxoplasmosis* kulak burun boğazdaki en sık etkisi nedir?**

Persistan boyun kitlesi.

- **Tuberkülozun en sık kulak burun boğazdaki tutulumu nedir?**

Scrofula.

- **Çocuklarda skrofula en sık nerede lokalize olur?**

Submandibuler üçgen.

- **Erişkinlerde skrofula en sık nerde lokalize olur?**

PEDİATRİK OTOLARİNGOLOJİ

○ Hemanjiom ile vasküler malformasyon arasındaki klinik farklar nelerdir?

Vasküler malformasyonlar doğumda mevcuttur, çocukla orantılı olarak büyürler ve çevresindeki kemik ya da kartilajın distorsiyon ya da destrüksiyonu ile ilişkilidir; hemanjiomlar genellikle doğumdan sonra ortaya çıkarlar, proliferer olurlar, sonra regresyona uğrarlar ve çevresindeki kemik ya da kartilajı etkilemezler.

○ Hemanjiom ve vasküler malformasyon arasındaki histolojik farklar nelerdir?

Hücrel proliferasyon hemanjiomların tipik özelliğidir; vasküler dilatasyon ise vasküler malformasyonların tipik özelliğidir.

○ 1 yaşa kadar olan infantlarda hemanjiom görülme yüzdesi nedir?

%12

○ 1000 gram'ın altında olan prematür infantlarda hemanjiom insidansı nedir?

%23

○ Hemanjiomlar en hızlı hangi yaşlar arasında büyürler?

8-18 aylar

○ 7 yaşa kadar hemanjiomların regresyon oranı nedir?

%70

○ Subglottik hemanjiomlar tam olarak nerede lokalize olur?

Posterolateral ve submukozal olarak lokalize olurlar.

○ Subglottik hemanjiomu olan hastaların yüzde kaçında kutanöz hemanjiom vardır?

%50

○ Hemanjiomların tipik MRI bulguları nelerdir?

MRI'da vasküler olmayan doku tarafından çevrelenen serpentin yüksek akım boşlukları.

○ Hemanjiomların en yaygın tedavi şekli nedir?

Gözlem, parenteral reasürans.

○ Müdahale ne zaman gerekir?

Masif, ülseratif, biçimi bozulmuş lezyonlar; hematolojik, kardiyovasküler veya üst solunum-sindirim yolu sorunlarına neden olan hemanjiomlarda ve görmeyi engelleyen büyük periorbital lezyonlarda.

- **Hangi sendromun tipik özelliği hemanjiomla ilişkili derin trombositopenidir?**

Kasabach –Merritt sendromu.

- **Hemanjiomları tedavi etmek için hangi ilaçlar kullanılır?**

Yüksek doz kortikosteroidler (2-3 mg/ kg/gün) ve interferon alfa -2a veya 2b.

- **Bunlardan hangisinin kesilmesinin rebound büyümeyle sonuçlanma olasılığı daha yüksektir?**

Kortikosteroidler

- **Hemanjiomların tedavisinde steroidlerin etki mekanizması nedir?**

Estradiol -17 reseptör blokajı.

- **İnterferon alfa -2b' nin etki mekanizması nedir?**

Epitelyal hücre migrasyon ve proliferasyon inhibisyonu ve growth faktör inhibisyonu.

- **İnterferon alfa -2b'nin potansiyel yan etkileri nelerdir?**

Ateş, kilo kaybı, karaciğer enzim yüksekliği; DIK.

- **Vasküler malformasyonların 4 ana tipi nedir?**

Kapiller, venöz, lenfatik ve arteriovenöz malformasyonlar.

- **En yaygın vasküler malformasyon nedir?**

Porto şarabı lekesi.

- **Hangi tip vasküler malformasyon bir porto şarabı lekesidir?**

Kapiller

- **Hangi sendromun tipik özelliği leptomeninkslerin kapiller, venöz, arteriovenöz malformasyonlarının eşlik ettiği VI'in dağılımı boyunca olan kapiller hemanjiomlardır?**

Sturge- Weber sendromu

- **Porto şarabı lekesinin en uygun tedavisi nedir?**

Koyu tenli yetişkinlerde argon laser; daha açık tenli yetişkinler ve çocuklarda flashlamp pulsed tunable dye laser.

- **Hangi lezyonlar pulsed dye lasere en iyi cevap verir?**

1 yaş altındaki çocuklarda 20 cm²'den küçük lezyonlar.

- **Venöz malformasyonların histolojik özellikleri nelerdir?**

Normal endotel tabakası ve tromboz alanlar ile dilate, ektazik vasküler kanallar.

SENDROMLAR

○ Sendrom nedir?

Patogenetik olarak birbiri ile ilişkili multipl anomali paterni

○ Sekans nedir?

Tek bir anormal yapıdan kaynaklanan multipl defekt (Pierre Robin).

○ Asosiasyon nedir?

Sekans yada sendrom olarak bilinmeyen anomalilerin non random olarak biraraya gelmesi (CHARGE, VATER).

Sendrom/sekans/asosiasyon İsimleri

Epikantal kıvrım, makroglossi, kısa boyun, occipito-atlanto-aksiyel instabilite:

Down.

Kısa, yele boyun, konjenital işitme kaybı, servikal ve/veye torasik T

Klippel-Feil.

Kraniosinostozis, gaga burun, stapediaal fiksasyon, hipoplastik midface ile mandibuler prognati, sindaktili, servikal füzyon, foramen magnum stenozu:

Apert (akrocefalosindaktili).

Kraniosinostozis, maksiller hipoplazi, sık orbita, propitozis, servikal füzyon

Crouzon (kraniofasyal distosi).

Pterjium colli, epikantal kıvrımlar, servikal kistik higroma, servikal hipoplazi

Turner.

Hemifasyal mikrozomi, epibulbar dermoid, koloboma, mikrotia, mikrognati, yarı dudak/damak, fasial sinir anomalileri:

Goldenhar (okulo-aurikulo-vertebral spektrum).

Özefageal atrezi ile birlikte trakeoözefageal fistül, servikal segmentasyon defektleri, imperfore anüs:

VATER.

Klippel-Feil anomali beraberinde SNİK, 6. sinir palsi, retrakte globe, birleşmiş kosta:

Wildervanck (serviko-okulo-akustik).

Frontal çıkıntı ile birlikte geniş kalvarye, alçak nazal köprü, midface hipoplazisi, konjenital işitme kaybı:

Akandroplazi.

Midface retrüzyon, basık ve yayvan nazal köprü, konjenital eklem dislokasyonları, konjenital işitme kaybı, servikal instabilite:

Larsen.

Kaba yüz hattı, frontal kemik çıkıklığı, mandibular prognati, vertebral anomaliler:

Mukopolisakkaridoz.

Nevroid basal hücreli karsinoma, odontojenik keratokist, palmar çukur, bifid kosta

Gorlin.

Konjenital işitme kaybı, mavi sklera, skolyoz:

Osteogenezis imperfekta.

Hiperekstensible cilt, eklem hipermobilitesi, kolay yaralanma, servikal ligament instabilitesi:

Ehlers-Danlos.

Mikrosefali, kısa palpebral fissürler, epikantal kıvrımlar, uzun ve düz filtrum, ince üst dudak vermil-yon sınırı, konjenital işitme kaybı, midface hipoplazi, C2-C3 füzyon:

Fetal alkol.

Kardiyak malformasyonlar, hipernazal konuşma, sekonder damak yarığı, ufak eller, öğrenme güçlüğü:

Velokardiyofasyal sendrom.

Beyaz perçem, işitme kaybı, iridal kromik heterojenite, medial kantusun distopisi:

Waardenburg sendrom.

Üveit, parotis büyümesi, 7. sinir paralizi:

Heerfordt sendrom.

Yarık damak, mikrognati, glossopitoz:

Pierre Robin sekans.

Deri ve müköz membranların multipl telenjektazileri:

Osler-Weber-Rendu sendromu (hereditör hemorajik telenjektaziler).

Multipl kavernoöz hemanjiomlar, diskondroplazi ve kondrosarkom gelişmesine yatkınlık:

Mafucci sendrom

YARIK DUDAK VE DAMAK

- En yaygın fasial yarık nedir?

Yarık uvula.

- Hangi etnik grup en yüksek yarık dudak insidansına sahiptir?

Amerikan yerlileri.

- Hangi etnik grup en yüksek izole yarık damak insidansına sahiptir?

Irklar arasında eşit insidansa sahiptir.

- Yarık dudak ve/veya yarık damak için erkek/kadın oranı nedir?

2:1.

- İzole yarık damak için erkek/kadın oranı nedir?

1:2.

- Yarık dudak ve/veya yarık damağın term yenidoğanlardaki insidansı nedir?

1/1000.

- İzole yarık damağın term yenidoğanlardaki insidansı nedir?

1/2000.

- Yarık dudağa sahip bir anne veya babadan yarık dudaklı bir çocuğun doğma şansı nedir?

%4.

- Yarığa neden olan en yaygın taşıyıcı tek gen defekti nedir?

Trisomy 21.

- Yarığa neden olan en yaygın çevresel etkenler nelerdir?

İyi kontrol edilmemiş maternal diyabet ve amniotic bant sendromu.

- Damağı primer ve sekonder olarak ayıran yapı nedir?

Foramen incisivum

- Foramen incisivum boyunca hangi arter ilerler?

Lesser palatin arter

- Sert damağı oluşturan yapılar nelerdir?

Maxilla, palatin kemiğin horizontal parçası, pterygoid plate.

○ **Yumuşak damağı oluşturan kaslar nelerdir?**

M. Palatopharyngeus, M. Salpingopharyngeus, M. Levator ve tensor veli palatini. M. Uvula, M. Palatoglossus ve M. Constrictor superior.

○ **Hangi noktalarda normal vermillion en geniştir?**

Cupid kavsının tepesinde.

○ **Primer damak ne zaman gelişir?**

4-5 gestasyonel haftada.

○ **Sekonder damak ne zaman gelişir?**

8-9 gestasyonel haftada.

○ **Sekonder damak nasıl gelişir?**

Lateral maksillanın medial gelişimi ile orta hatta fuzyonu.

○ **Primer damak nasıl gelişir?**

Frontonazal ve maksillar processin ektodermal ve mesodermal proliferasyonu ile.

○ **D/Y Normal primer damak gelişiminde hiçbir zaman bir ayrılma yoktur.**

Doğru.

○ **D/Y Bir yarık dudak daima bir yarık alveol ile ilişkilidir?**

Yanlış, fakat yarık alveol daima yarık dudak ile ilişkilidir.

○ **Embriyolojik gelişim süresince, yarık dudağa ne neden olur?**

Mezodermal proliferasyon eksikliği inkomplet epitelyal köprü ile sonuçlanır.

○ **Unilateral dudak yarığı olan bir çocukta nasal deformitenin özelliği nedir?**

Yarık tarafında, alar kartilajın inferior ve posteriora yer değiştirmesi.

○ **Komplet yarık dudakta orbikularis oris kasına ne olur?**

Kas fibrilleri yarık kenarlarını takip eder ve alar tabanda sonlanır.

○ **Inkomplet yarık dudakta orbikularis oris kasına ne olur?**

Kas fibrilleri devamlıdır fakat yarık karşısında hipoplastiktir.

○ **Simonart bandı nedir?**

Inkomplet yarık dudakta dudağın santral ve lateralini birleştiren dokudur.

ALERJİ VE SİNÜS

- **Hangi konjenital hastalık rölatif yüksek latex alerjisi insidansı ile ilişkilidir?**

Spina Bfida.

- **Latex alerjisi insidansı nedir?**

Genel popülasyonda %1-6, sağlık çalışanlarında %5-17, Spina Bfida'lılarda %20-60.

- **Cerrahi planlanan bir hasta mesleki bir tarama sırasında latex-spesifik RAST (radioallergosorbent test) sonucunun pozitif çıktığını fakat latex alerjisine ait hiçbir belirtisi olmadığını söylüyor. Cerrahi esnasında her hangi bir önlem alınmalıdır?**

Evet, operasyon latexin olmadığı şartlar altında yapılmalıdır.

- **Bir hastanın kanla çizilen kolunda 48 saat sonra eritematöz egzematöz lezyonlar meydana gelmiştir. Bu reaksiyon Coombs ve Gell Reaksiyonunun hangi karakteristik tipidir?**

Tip 4, gecikmiş hipersensitivite.

- **Çinkonun viral ÜSYE'lerdeki etkisi nedir?**

Semptomların süresini azaltır.

- **D/Y: Yüksek doz nazal steroidlerin uzun süre kullanımının oküler hipertansiyona neden olduğu bulunmuştur**

Yanlış. Bu ilişki sadece yüksek doz oral inhaler steroidlerde bulunmuştur.

- **Günde bir kez uygulanan flutikazonun maksimum etkileri ne zaman ortaya çıkar?**

3 hafta sonra.

- **Günlük flutikazon kullanımının nazal mukoza üzerindeki etkisi nedir?**

Mukozadaki eozinofillerin sayısını azaltır.

- **Alt konkalara steroid enjeksiyonunun nadir fakat hiç istenmeyen komplikasyonu nedir?**

Oftalmik arterin embolizasyonuna sekonder körlük.

- **Kortikosteroidler IgE hipersensitivite reaksiyonlarını nasıl azaltır?**

Kapiller permeabilityi azaltır, MIF'i (Migratory Inhibiting Factor) bloke eder, lizozomal membranları stabilize eder ve ödem oluşumunu inhibe eder.

- **Nazal kromolin sodyumun etki mekanizması nedir?**

Mast hücre degranülasyonunu inhibe eder.

- **Primer olarak böbreklerden elimine edilen tek nonsedatif antihistaminik nedir?**

Setirizin.

- **Dil üzerinde yer alan hangi grup papillalar tat tomurcuklarından yoksundur?**

Filiform.

- **Sirkumvallat Papillalardan tat duyusunu alan sinir nedir?**

IX.

- **Damaktaki tat tomurcuklarından tat duyusunu alan sinir nedir?**

N. Petrosus greater superficialis (VII).

- **Total larenjektomi sonrası hastaların ne kadarı koku alma kaybından yakınır?**

2/3.

- **Total larenjektomi sonrası hangi engersizler (manevralar) koku almanın korunmasına yardımcıdır?**

Hızlı yüz ve yanak hareketleri, damağın şaklatılması, koku kaynağının hareket ettirilmesi.

- **Tat duyusu kaybının en yaygın sebebi nedir?**

Olfaktor disfonksiyon.

- **Disosmi nedir?**

Hoş olmayan bir koku alma.

- **Fantosmi nedir?**

Bir uyaran olmadan alınan koku.

- **Parosmi nedir?**

Bir kokunun farklı, değişik algılanması.

- **Primer siliyer diskinezi tanısı ne ile doğrulanır?**

Nazal respiratuar mukozadaki silyaların elektron mikroskopik incelenmesi ile.

- **Kartagener's sendromlu hastalardaki siliyer defekt nedir?**

A tübüllerindeki dynein yan kollarının yokluğu.

- **Erken-faz alerjik cevap nedir?**

Bir alerjenle ilk duyarlanma mast hücrelerinde IgE antikorlarının çapraz bağlanmalarıyla sonuçlanır. Mast hücreleri daha sonra dejenere olur ve histamin gibi kimyasal medyatörler salar. Histamin burun damarlarında dilatasyonu, mukus bezlerinin mûsin üretimini, kapiller ve venüllerden plazma sızmasını uyarır. Sonuç olarak hapşırma, kaşıntı, rinore ve nazal konjesyon gibi semptomlar ortaya çıkar.

OBSTRÜKTİF UYKU APNESİ

○ “Biyolojik saat” beynin neresindedir?

Suprakiazmatik nukleus.

○ “Saat bağımlı uyanım” ne demektir?

Uykuya dalma eğilimine karşı, biyolojik saatten gelen internal sinyal.

○ Saat bağımlı uyanım en çok ne zaman aktiftir?

Öğleden sonra.

○ Obstrüktif uyku apnesi sendromu (OSAS)’nın prevelansı nedir?

Erişkin erkeklerin %24’ü; erişkin kadınların %9’u; US’da yaklaşık 30 milyon kişi.

○ Uyku apnesinin tanımı nedir?

Uyku sırasında obstrüksiyona ya da solunumsal eforun durmasına bağlı olarak hava akımının kesilmesi.

○ OSAS’a en çok eşlik eden semptomlar nelerdir?

Rahatsız uyku, yüksek sesle horlama, aşırı gündüz uyukluluk, azalmış mental kapasite ve hafıza kaybı, kişilik değişikliği ya da depresyon, azalmış libido, sabahları baş ağrısı (azalan sıklık sıralamasına göre).

○ OSAS’a en sık eşlik eden fiziksel bulgular nelerdir?

Obezite, sistemik ve pulmoner hipertansiyon, eritrositozis, konjestif kalp yetmezliği, uyku ilişkili aritmiler, açıklanamayan kognitif/psikiyatrik bozukluklar.

○ Üst hava yolu rezistans sendromu (UARS) nedir?

Horlamaya eşlik eden patolojik gündüz uyukluluk, düşük uyku etkinliği ve bölünmüş uyku; normale yakın RDI (respiratuar distres endeksi) ve oksijen saturasyonları ancak anormal negatif özefageal basınç.

○ Negatif özefageal basınç ne zaman anormal kabul edilir?

-12mm Hg’den daha negatif olunca

○ Dört temel polisomnografi tipi nedir?

Seviye 1- standart.

Seviye 2- kapsamlı taşınabilir.

Seviye 3- modifiye taşınabilir.

Seviye 4- devamlı tek ya da çift parametrel.

○ Standart bir polisomnografi (PSG) kaydında neler vardır?

EEG, EOG, EMG (submentalis ve mentalis, anterior tibialis), EKG, oksijen saturasyonu, nazal hava yolu, göğüs kafesi ve abdominal solunumsal efor.

○ **Poliklinik çalışmasının primer dezavantajları nelerdir?**

EEG olmadığından total uyku süresi değerlendirilemez ve EMG olmadığından periyodik bacak hareketleri çalışılamaz.

○ **Bölünmüş-gece (split-night) çalışması nedir?**

Hastaya gecenin ilk yarısında test yapılır, sonraki ikinci yarıda CPAP makinesine bağlanır.

○ **Bölünmüş-gece çalışmasının primer dezavantajı nedir?**

REM uykusu en çok gecenin son 1/3'lük kısmında yoğunur; OSAS, REM uykusunda daha da kötüleşir.

○ **OSAS, REM uykusunda neden daha kötüleşir?**

REM uykusunda kas relaksasyonu en fazladır.

○ **Apneik epizodun tanımı nedir?**

Hava akımının 10 saniye süreyle kesilmesidir, genellikle arousal ve/veya desaturasyon eşlik eder.

○ **Hipopneik epizodun tanımı nedir?**

Hava akımında %50 veya daha fazla düşüş olması ve oksijen saturasyonunda düşmenin %4 ve üzerinde olmasıdır.

○ **Apneik ya da hipopneik epizodların sınıflamaları nedir?**

Santral, obstrüktif, mikst.

○ **AHI nedir?**

Apne-hipopne indeksi ya da saatte oluşan apneik ve hipopneik olaylardır.

○ **PSG sırasında arousal nasıl tariflenir?**

İlg dalgalar hariç bir alfa dalgası, teta dalgası ya da 16Hz'den fazla frekanslı dalga içeren EEG frekansında ani kayma olması, en azından uykunun 10 saniye önünde olmalı, en az 3 saniye sürmeli ve çene EMG'sinde artma eşlik etmelidir.

○ **Arousal ilişkili solunumsal efor (RERA) nedir?**

Apne ve hipopneden ayrı olarak bir obstrüktif solunum olayı ile ilişkili arousal (örn: özefageal basınç kreşendosu, horlama, artmış diyafram EMG'si ya da artmış nazal direnç).

○ **Respiratuar arousal indeksi nedir?**

1 saatteki # apneler + hipopneler + RERA'lar

○ **PSG'deki hangi iki ölçüm, nörokognitif disfonksiyonla en ilişkilidir?**

Arousal indeksi ve hipoksemi.

ODYOLOJİ

○ **İşitme eşiğinin tanımı nedir?**

Hastanın uyarının %50'sinde sesi fark edebildiği en düşük seviye.

○ **Kemik iletimde ses nereye iletilir?**

Direkt olarak kokleaya.

○ **Hava iletim testleri ile işitme sisteminin hangi bölümü değerlendirilir?**

Tüm işitme sistemi.

○ **Kokleanın hangi bölümü yüksek frekans sesleri temsil eder?**

Bazal.

○ **İnsan kulağının duyabildiği frekans aralığı nedir?**

20-20.000 Hz (en fazla hassasiyet 500-3000 Hz arasında).

○ **Ağrıya sebep olan gürültü seviyesinin başlangıcı nedir?**

140 dB.

○ **60 dB 0 dB'den kaç kez daha yüksektir?**

1.000.000 kez.

○ **Negatif Rinne testinin 256 Hz/512 Hz/1024 Hz'de önemi nedir?**

Sırasıyla en az 15 dB/23-30 dB/35 dB iletim tipi işitme kaybı.

○ **Rinne testinin 30 dB'den az hava-kemik aralığını tespit edememe yüzdesi ne kadardır?**

%50.

○ **Bir hasta sol kulakta 256 Hz'de negatif Rinne sonucu alıyor. 512 Hz ve 1024 Hz'de pozitif ve her üç frekansta sağ kulakta pozitif sonuç alıyor. Weber testi üç frekansda da sola lateralize. Hasta sağ kulaktan çok hafif fısıltıyı duyuyor, sol kulakta bundan daha yüksek fısıltıyı duyuyor. İşitme kaybı nedir?**

Sol kulakta 15 dB HL iletim tipi işitme kaybı

○ **Giliserol testi nedir?**

Hastaya 6 oz (180 cc) D50 verilmesinden hemen önce ve 3 saat sonra işitme testi yapılır. En az bir frekansta 15 dB eşik iyileşmesi, en az %12 konuşmayı ayırtma sonucunda iyileşme ya da konuşmayı alma testinde en az 10 dB iyileşme elde edilmesi Meniere hastalığının tanısı için önemlidir (gliserol diüretik görevi görür).

○ **Hava iletim eşiklerinin elde edildiği frekanslar hangileridir?**

250-8000 Hz (oktav frekanslar).

○ **Ara frekanslar (*interoctave*) ne zaman test edilir (750, 1500 ve 6000 Hz)?**

Ardı ardına gelen oktav eşik değerleri arasında 20 dB'den fazla fark varsa.

○ **Hava ve kemik iletim eşikleri nasıl ölçülür?**

Önce bir olumlu cevap elde edilir, sonra şiddet 10 dB değişimlerle cevap elde edilmeyinceye kadar azaltılır.

○ **Konuşmayı alma eşiği (*speech reception threshold; SRT*) hangi uyaran kullanılarak yapılır?**

İki ve/veya üç heceli kelimeler (*spondees*).

○ ***Spondee* nedir?**

Her iki hecesi de eşit vurguyla söylenen iki heceli kelimelerdir.

○ **Test öncesi *spondee* kelimelere aşina olmak SRT testini nasıl etkiler?**

Konuşmayı alma eşiğini 4-5 dB yükseltir.

○ **SRT nasıl ölçülür?**

Minimal şiddette başlanır ve 10 dB artımlarla doğru cevap elde edilinceye kadar yükseltilir.

○ ***Spondee* eşiği/konuşmayı alma eşiği nedir?**

Tekrar edilmesi istenen kelimelerin en az yarısının hasta tarafından duyulduğu ve doğru tekrar edildiği en düşük işitme seviyesidir.

○ **SRT, saf ses ortalamasının (*pure tone average; PTA*) dB içinde olmalıdır.**

10 dB.

○ **Konuşmayı fark etme eşiği (*speech detection threshold; SDT*) nedir?**

İki heceli kelimelerin en az %50'sinin fark edildiği işitme seviyesidir; genellikle SRT'den 6-7 dB daha iyidir.

○ **Konuşmayı ayırt etme testi nasıl yapılır?**

Fonetik dengeli tek heceli kelime listeleri (50 kelime) işitme eşiğinin 30-50 dB üzerinde uygulanır ve doğru yüzdesi belirlenir.

○ **Kelime ayırt etmenin normal puanı nedir?**

%90-100.

○ **Konuşmayı ayırt etme puanının önemi nedir?**

İÇ KULAK

- **Konjenital işitme kayıplarının insidansı nedir?**

1:1000.

- **Konjenital işitme kayıplarının yüzde kaç kalıtsaldır?**

>%60.

- **Kalıtsal olanların yüzde kaç sendromiktir?**

%30.

- **Sendromik işitme kayıplarının genetik geçişi nedir?**

Otozomal dominant (OD).

- **Nonsendromik işitme kayıplarının genetik geçişi nedir?**

%10-20 OD, %75 otozomal resesif (OR), %2-3 X'e bağlı, <%1 mitokondrial.

- **Otozomal resesif geçişli işitme kayıplarının %50-80'ninden hangi genetik mutasyonun sorumlu olduğu düşünülmektedir?**

Konneksin 26'yı kodlayan 13q kromozonundaki DFNB1 gen mutasyonu.

- **Konjenital işitme kayıplı sporadik vakaların yüzde kaç bu mutasyonla oluşur?**

%27.

- **Her 31 kişiden biri konneksin 26 mutasyon taşıyıcısıdır: D/Y?**

Doğru.

- **Konneksin 26'nın fonksiyonu nedir?**

Stria vaskülaris, bazal membran, limbus ve kokleanın spiral çıkıntısında gap bileşenlerinin oluşumu.

- **Otozomal dominant işitme kayıplarının işitme patern özelliği ve ciddiyeti nedir?**

Geç ortaya çıkan, şiddeti az ve yüksek frekansları tutan.

- **X'e bağlı genetik geçişli işitme kayıplarının şiddeti ve seyri nedir?**

Prelingual ve klinik olarak çeşitlilik gösteren işitme kaybı.

- **Temporal kemik petröz parçasının komplet agenezisi ne olarak isimlendirilir?**

Michel aplazisi.

- **Sadece bazal kıvrımının bulunduğu gelişim deformitesi olan koklea için hangi terim kullanılır?**

Mondini aplazisi.

- **En sık görülen iç kulak aplazisi hangisidir?**

Scheibe aplazisi (kokleosakküler displazi ya da pars inferior displazisi).

- **Alçak frekans işitmesi normal olan ve yüksek frekanslarda işitme kaybıyla karakterize iç kulak aplazisi hangisidir?WA**

Alexander.

- **Koklear implant ya da işitme cihazına izin vermeyen iç kulak aplazisi nedir?**

Michel aplazisi.

- **Geniş vestibüler akuadukt hangi gen mutasyonu ile ilgilidir?**

7q31 kromozonundaki pendrin.

- **Hangi iç kulak malformasyonu genellikle bilateral, ilerleyici, erken ortaya çıkan sensörinöral işitme kaybı ve vertigo ile seyrederek?**

Genişlemiş vestibüler akuadukt.

- **Hangi semisirküler kanal önce ve hangi semisirküler kanal en son oluşur?**

Süperior kanal önce, lateral kanal en son oluşur.

- **Radyolojik görüntülemeye en sık rastlanılan iç kulak malformasyonu hangisidir?**

İzole lateral semisirküler kanal defektleri.

- **D/Y: Süperior semisirküler kanal defektleri her zaman lateral kanal defektleri ile birlikte olur?**

Doğru.

- **Kalıtsal sağırılık en sık hangi sendromla ilişkilidir?**

Waardenburg sendromu.

- **Waardenburg sendromunun insidansı nedir?**

4000 doğumda bir.

- **Waardenburg sendromunun 4 klinik subtipi nedir?**

1. %20 sensörinöral işitme kaybı, iris heterokromisi, pigment anomalileri, distopia kantomum.
2. Distopia kantomum olmadan yukarıdaki özelliklerin hepsi (>%50 sensörinöral işitme kaybı).
3. Klein-Waardenburg sendromu: 1. maddedekilere ek olarak mikrosefali, mental retardasyon, ekstremiteler ve iskelet anomalileri.
4. Shah-Waardenburg sendromu: 2. maddedekilere ek olarak Hirschsprung hastalığı.

VERTİGO VE DİZZİNES

- En olası vertigo etyolojisini belirtiniz;

Birkaç saniye süren, rotatuar nistagmusun eşlik ettiği pozisyonel vertigo:

BPPV.

Akut, ilerleyici olmayan, bir kaç saatten birkaç güne kadar sürebilen, işitme kaybı bulunmayan, epizodik vertigo:

Vestibüler nörinitis.

Akut, en az 20 dakika süren, düşük frekanslarda SNİK olan, epizodik vertigo:

Menière Hastalığı.

İyileşmeyen, ilerleyici, Brun'un nistagmusu ile seyreden, SNİK olan dizziness:

CPK Tümörü.

Gelip geçici, vertikal nistagmus ile seyreden ortostatik dizziness:

Vertebobaziler yetmezlik (VBY).

Yüksek frekanslarda SNİK, ossilopsi, Head-shake (kafa sallama) nistagmus ile seyreden sabit baş dönmesi:

Ototoksisite.

- Vestibüler labirentin hangi kısmı anguler akselerasyonu algılar?

Semisirküler kanallar.

- Utrikül ve sakkül neyi algılar?

Lineer akselerasyon.

- Kupula nerede bulunur?

Semisirküler kanallarda.

- Denge hangi 3 sistem ile belirlenir?

Vestibüler, vestibülooküler ve vestibülospinal sistemler.

- Hangi bozukluklar aşağı yöne vuran nistagmus ile seyreder?

Arnold-Chiari, serebellar dejenerasyon, multiple skleroz, beyin sapı enfarktı, lityum intoksikasyonu, magnezyum ve tiamin eksikliği.

- Hangi bozukluklar yukarı yöne vuran nistagmus ile seyreder?

Beyin sapsı tümörleri, konjenital anomaliler, multipl skleroz, hemanjiyomlar, vasküler lezyonlar, ensefalitler ve beyin sapsı apseleri.

○ **Hangi bozukluklar iki yönlü bakış fiksasyonlu nistagmus ile birlikte görülür?**

Barbiturat, fenitoin ve alkol intosikasyonu.

○ **Hangi klinik bulgular santral vestibüler bozuklukların tanısında rol oynar?**

Diskonjuge göz hareketleri, şaşılık (skew deviation), vertikal bakış paralizisi, tersine (inverted) Bell fenomeni, tahterevalli (inip çıkan) nistagmus, iki yönlü nistagmus, periyodik değışken nistagmus ve karanlıktakin-den daha fazla olan, gözler açık ve görsel bir hedefe fikse olan nistagmus.

○ **Hangi klinik bulgular kraniyoservikal bağlantıdaki bir lezyonda patognomoniktir?**

Lateral bakış ve baş ekstansiyonu ile primer pozisyonda artan, aşağı yöne vuran ve gözler açıkken görülen nistagmus.

○ **Otosifilizin tedavisi nedir?**

2.4 milyon U benzatin penisilin, im, haftada bir, en az 3 hafta (bir yıla kadar) ya da 10 milyon U penisilin G, iv, günde bir, 10 gün ve bunu izleyen 2.4 milyon U, im, benzatin penisilin haftada bir, 2 hafta ve 40-60 mg prednizolon. 2-4 hafta her gün, azaltılan dozlarda.

○ **Otosifilizin im penisilin ile tedavisinde karşılaşılan birincil sorun nedir?**

BOS'da treponemisidal düzeylere ulaşamaz.

○ **Hangi ilaç tedavisi penisilinin yarı ömrünü uzatır ve BOS penetrasyonunu artırır?**

Probenesid.

○ **Jarisch-Herxheimer reaksiyonu nedir?**

İkincil sifiliz tedavisine başlandıktan sonra 4 saat içinde görülen ateş ve nezle benzeri semptomlardır.

○ **Otosifilize ikincil vertigo görülen hastaların % kaç penisilin ve steroid tedavisi ile iyileşme gösterir?**

%58-86.

○ **Otosifilize ikincil işitme kaybı görülen hastaların %kaç penisilin ve steroid tedavisi ile iyileşme gösterir?**

%31.

○ **VBY'nin en sık ortaya çıkış bulguları nedir?**

Ani, iki taraflı azalmış kalorik yanıt ile seyreden, gelip geçici vertigo atakları.

○ **VBY'e ikincil vertigo tedavisi nedir?**

Aspirin ya da aspirin intoleransında ticlid.

○ **Ticlid neden sadece aspirin intoleransı olan hastalarda kullanılmalıdır?**

DIŞ KULAK YOLU (DKY) HASTALIKLARI

- **Aurikuler endokondral psödokistin tipik bulgusu nedir?**

Aurikulanın ön-üst yüzünde, sıklıkla düşük-grade kronik travma sonrası ortaya çıkan, ağrısız, fluktuan kitle.

- **DKY’nda iki tür kemik büyümesi olur, bunlar nelerdir?**

Diffüz eksositoz ve osteoma.

- **Hangisi daha sıktır?**

Eksositozlar.

- **Timpanoskuamoz sütür hattına sıklıkla tutunan hangisidir?**

Osteoma

- **Hangisinde erkek dominansı vardır?**

Her ikisinde.

- **Hangisi sıklıkla muhtemel bilateral olarak görülür?**

Eksositozlar.

- **Hangisi sıklıkla muhtemel sörfçülerde görülür?**

Eksositozlar.

- **Eksositozların çıkarılma endikasyonları nelerdir?**

1 mm’den dar apertura, rekürren otitis eksterna, su biriktirme.

- **DKY’nu kapatan keratin tıkaç terimi nedir?**

Keratozis obturans.

- **Keratozis obturanslı hastaların sıklıkla prezentasyonu nasıldır?**

İletim tipi işitme kaybı, akut ciddi otalji, sıklıkla bilateral; nadir olarak otore.

- **Keratozis obturanslı hastalarda fizik muayene bulguları nelerdir?**

Kalınlaşmış kulak zarı, mediale genişlemiş DKY, granülasyon dokusu oluşmuş hiperemik DKY cildi.

- **DKY kolestatomalı hastaların prezentasyonu nasıldır?**

Kronik hafif bir ağrı, sıklıkla unilateral, otore ve normal işitme.

○ **DKY kolestaomalı hastaların fizik muayene bulguları nelerdir?**

Otoreye bağlı DKY posteroinferiorunda periostit ve lokalize erozyon.

○ **Açık östaki tüpünün semptomları nelerdir?**

Aural dolgunluk, otofoni, baş bacakların arasına alındığında ortaya çıkan timpanofoni, genellikle kilo kaybı ve nazofarinkse radyasyon sonucunda başlar.

○ **Timpanofoni nedir?**

Insanın kendi nefesinin sesini işitmesidir.

○ **Açık östaki tüpü için bazı tedavi seçenekleri nelerdir?**

Telkin, kilo alımı, potasyumu iyodür (meyve suyuna 10 damla günde 3 kez), premarin nazal sprey (30 cc izotonik içine 25 mg günde 3 kez 3 damla her iki burun deliğine), östaki tüpünün oklüzyonu, miringotomi ve timpanostomi tüpü takılması.

○ **Nekrotizan otitis eksternanın (NOE) semptom ve bulguları nelerdir?**

1 aydan uzun süren persistan otalji.
Birkaç hafta süren granülasyon dokusu ile birlikte persistan, pürülan otore.
Diabetes mellitus, başka bir immunsuprese durum, ileri yaş.
Kranial sinir tutulumu.

○ **Diabetik hastalar neden NOE'ya daha yatkındır?**

Serumenlerinin pH'sı daha yüksektir ve bakteriyel üremeye daha fazla olanak sağlar.

○ **Enfeksiyon nasıl DKY'dan kafa tabanına yayılır?**

Santorini fissürleri aracılığıyla.

○ **NOE'ya en sık sebep olan organizma nedir?**

Psödomonas aeriginosa.

○ **NOE'da en sık hangi kranial sinirler tutulur?**

VII (%75), X (%70), XI (%56).

○ **NOE'nın teşhisinde hangi görüntüleme yöntemleri kullanılır?**

Kontrastlı BT, teknesyum-99m kemik sintigrafisi.

○ **Tedaviye yanıtın değerlendirilmesinde ne kullanılır?**

Galyum-67 sintigrafisi.

○ **NOE nasıl tedavi edilir?**

Kültürde üremiş organizmaya karşı 6 hafta 2 farklı IV antibiyotik veya alternatif olarak birkaç ay siprofloksasin ve rifampisin; ileri NOE'de hiperbarik oksijen tedavisi önerilmektedir.

FASİAL SİNİR

○ VII. kranial sinir timpanik segmentinin sınırları nedir?

Genikulat ganglion ile 2. dirsek arası (piramidal proses bitişiği).

○ VII. sinir mastoid segmentinin sınırları nedir?

Piramidal proses ile stilomastoid foramen arası.

○ VII. sinir timpanik segmentinin cerrahi işaretleri nelerdir?

Processus cochleariformis, oval pencere, piramidal proses, semikanal tensör timpani, timpanik sinirin promontorium üzerindeki vertikal oluğu.

○ Fasial sinir kohleariform prosesin ne tarafında bulunur?

Posterosüperior.

○ Fasial sinir, semikanal tensör timpani kullanılarak nasıl belirlenir?

Semikanal tensör timpani posteriora doğru takip edilir, alt sınırı oval pencere üst kısmı ve fasial sinir alt kısmı ile devamlılık gösterir.

○ Fasial sinir, timpanik sinir kullanılarak nasıl belirlenir?

Timpanik sinirin oluğu süperiorda kokleariform prosese doğru takip edilir.

○ Fasial sinir mastoid segmentin cerrahi işaretleri nelerdir?

Lateral semisirküler kanal, fossa incudis, digastrik çıkıntı.

○ Lateral semisirküler kanalla fossa incudisin ilişkisi nasıldır?

Incusun kısa kolu lateral SCC'nin inferolateralindedir; fossa incudis ise incus kısa kolunun uç kısmındadır.

○ Fasial sinir ile lateral SSK ve fossa incudis arasındaki ilişki nasıldır?

Fasial sinir fossa incudisin medialinde, lateral kanalın inferiorundadır.

○ Fasial sinir timpanik segmentin mastoid yaklaşımdaki işaretleri nelerdir?

Lateral SSK ve cog.

○ Cog nedir?

Tegmen epitimpanumdan aşağı doğru uzanan kemik çıkıntı, anterior epitimpanik kompartmanı mezotimpanumdan parsiyel olarak ayırır.

○ Fasial sinir tympanik segment ile cog arasındaki ilişki nedir?

7. sinir anterior epitimpanumun tabanında cog'un önündedir.

- **Mastoid cerrahisi sırasında fasial sinir en çok nerde zarar görür?**

Mastoid kaviteye girerken yaptığı 2. dirsek yakınında.

- **Fasial sinirin 2. dirseği ile lateral semisirküler kanal ve incusun kısa kolu arasındaki ilişki nedir?**

Fasial sinirin 2. dirseği lateral semisirküler kanalın inferiorunda, incus kısa kolunun medialindedir.

- **İntroperatif fasial sinir kesisinde yaklaşım nasıldır?**

Eğer mümkünse hemen primer anastomoz ile onarım yapılmalıdır.

- **Primer anastomoz mümkün değilse ne yapılmalıdır?**

Aurikülaris magnus'tan kablo greft alınmalıdır.

- **Eğer sinir kesisi parsiyelse ne yapılmalıdır?**

Eğer 1/2'sinden fazlası sağlamsa, eksik kısımlar yeniden yaklaştırılmalı ve bölgesel dekompresyon yapılmalıdır. Eğer kalan kısım 1/2'sinden az ise hasarlı kısım alınmalı, tam kesi gibi tedavi edilmelidir.

- **ENoG ne kadar prognostik bilgi verir?**

%95 ve üzerinde dejenerasyonu olan hastaların, %50 kötü düzeyde iyileşme şansı vardır; paralizinin ilk 21 gününde en azından %10 fonksiyon korunmuşsa, %80-100 fonksiyonel iyileşme yüksek olasılıkla beklenir.

- **Eğer ENoG yapılamıyorsa ENoG'dan sonraki en güvenilir test nedir?**

Maksimal uyarı testi.

- **Tam sinir kesisinden sonra, %100 Wallerian dejenerasyon oluşması ne kadar sürer?**

3-5 gün.

- **Basıya bağlı iletim bloğundan sonra %100 Wallerian dejenerasyon oluşması ne kadar sürer?**

14-21 gün.

- **Hasardan sonraki hangi günler arasında aksonotomezis ve nörotomezisin derecesi net değildir?**

6-14.

- **ENoG'da %100 nöral dejenerasyon kaydedilirse hangi test uygulanmalıdır?**

İstemli EMG kaydı; farklı hızlarda iletim yapabilen rejenere olan sinir lifleri ENoG'da sinir dejenerasyonunun olduğundan fazla yorumlanmasına neden olabilir.

- **EMG de motor unit potansiyelleri saptanırsa ne yapılmalıdır?**

ORTA KULAK

○ Timpanik membran perforasyonunun 2 tipi nedir?

Santral ve marjinal.

○ Bunlardan hangisi kolesteatomla ilişkilidir?

Marjinal.

○ Lateral timpanoplasti uygulamasının endikasyonları nelerdir?

Anterior veya geniş perforasyonlar, revizyon timpanoplasti veya anterior kanal duvarı görüşü engelliyorsa.

○ Lateral timpanoplastinin avantajları nelerdir?

Mükemmel görüş açısı, greftin tutma oranında yükseklik (%95), çok yönlü yaklaşım.

○ Lateral timpanoplastinin dezavantajları nedir?

Daha uzun iyileşme zamanı, anterior küntleşme veya lateral iyileşme, teknik olarak daha zor.

○ Lateral timpanoplasti komplikasyonları nelerdir?

Anterior küntleşme, lateralizasyon, epitel incileri, kanal stenozu.

○ D/Y: Postoperatif işitmede düzelme ve reperforasyon oranları medial ve lateral timpanoplasti için benzerdir.

Doğru.

○ Kolesteatom etyolojisi ile ilgili 3 temel teori nedir?

Konjenital teori (von Remak, 1854 ve Virchow, 1855); metaplazi teorisi (Trolsch, 1873); migrasyon teorisi (Habermann, 1888).

○ Kolesteatomun 2 parçası nedir?

Keratinize yassı epitelyum ile sarılmış amorf merkez.

○ Kolesteatomun 2 tipi nedir?

Konjenital ve kazanılmış.

○ Kazanılmış kolesteatomun 2 tipi nedir?

Primer ve sekonder.

○ Primer ve sekonder kolesteatom arasındaki fark nedir?

Primer genelde Shrapnell membranında atikte oluşur ve retraksiyon cebi şeklinde başlar; sekonder kronik orta kulak enfeksiyonu ve TM perforasyonları ile ilişkilidir.

○ **Kolesteatomda hangi kemikçik en sık etkilenir?**

Inkus.

○ **Kolesteatomlu hastaların % kaçında skutumda erozyon vardır?**

%42.

○ **Primer kazanılmış kolesteatomun en sık başlangıç yerleri neresidir?**

Posterior epitimpanum, posterior mezotimpanum ve anterior mezotimpanum (azalan sıklık sırasında).

○ **Posterior epitimpanumdan kaynaklanan kolesteatomun tipik yayılma rotası nedir?**

Prussak boşluğundan başlar, posteriorda inkus gövdesinin lateralinde superior inkudal boşluğa penetre olur, aditus ve antruma ilerler.

○ **Anterior mezotimpanumdan kaynaklanan kolesteatomun tipik yayılma rotası nedir?**

Von Troeltch poşuna çöker ve stapes, sinüs timpani veya fasial resesi içerebilir.

○ **Kolesteatomların % kaç labirent fistülü ile komplike olur?**

%5-10.

○ **Bu en sık nerede olur?**

Lateral semisirküler kanal (%75).

○ **Kolesteatomlu bir hastada, hangi faktörler büyük ihtimalle fistül olmadığını düşündürür?**

Hastalığın 20 yıldan az sürmesi, normal kemik iletimi, negatif fistül testi, diziness öyküsünün olmaması, normal fasial sinir fonksiyonları.

○ **Basit mastoidektomi endikasyonları nelerdir?**

Komplikasyonlu akut koalesan mastoidit veya miringotomi ve uygun antibiyoterapiden sonra düzelmeyen akut mastoidit.

○ **Modifiye radikal mastoidektomi nedir?**

Eksternal kemik kanal duvarının posterior ve superiorunu alarak mastoid, epitimpanum ve dış kulak kanalını ortak bir kaviteye çevirmek.

○ **D/Y: Modifiye radikal mastoidektomi timpanoplasti içermez.**

Doğru.

○ **Radikal mastoidektomi nedir?**

YARA İYİLEŞMESİ 101

- **Dermisin içerdği başlıca kollajen tipleri nelerdir?**

Tip I (%80) ve Tip III (%15).

- **Deride Tip I kollajenin Tip II kollajene oranı nedir?**

8:1.

- **Hangi kollajen tipi bazal membranın çok önemli bir komponentidir?**

Tip I.

- **Skar dokusunda hakim olan kollajen tipi nedir?**

Tip I.

- **D/Y: Skar olgunlaşması çocuklarda erişkinlerden daha hızlı meydana gelir.**

Yanlış.

- **Beslenme durumunun tek başına en iyi göstergesi nedir?**

Serum albumin seviyesi.

- **Malnütrisyon ile ilişkili serum albumin düzeyi nedir?**

3 gr/dl'in altı.

- **Hangi serum proteinleri kısa dönem beslenme durumunun değerlendirilmesinde kullanılabilir?**

Transferrin (yarı ömür 8-9 gün), Prealbumin (yarı ömür 2 gün), Retinal bağlayıcı globulin (yarı ömür 12 saat).

- **Trombosit degranülasyon ürünleri nelerdir?**

TGF ve PDGF (platelet derived growth factor).

- **D/Y: TGF, endotelial hücre proliferasyonunu uyarır.**

Yanlış: TGF endotelial hücre proliferasyonunu inhibe eder.

- **D/Y: Yüksek doz Vitamin E yara iyileşmesini artırır.**

Yanlış.

- **Keloid ve hipertrofik skar arasındaki ana fark nedir?**

Keloid orijinal doku hasarı sınırlarının ötesine yayılır. Hipertrofik skar yayılmaz.

- Normalde hangi hormon protein sentez ve yıkımını düzenler?

İnsülin.

- Hangi aminoasit hızlı bölünen hücreler için önemli enerji kaynağıdır?

Glutamin.

- Cerrahi bir yaranın tamamen iyileşmesi ne kadar sürer?

2 yıl.

- Hangi şartlar altında epitelyal göç ve epitelyal yenilenme daha da kolaylaşır?

Gaz geçişine izin veren pansumanlardaki nemli yüzey alanları.

- D/Y: Epitelizasyon 48 saat içinde su geçirmez bir yapı oluşturur.

Doğru.

- D/Y: Epitelizasyon nemli şartlarda kuru şartlardan daha hızlı olur.

Doğru.

- Hangi lökosit hücre tipi eksikliği yara iyileşmesinin tehlikeye düşmesinde daha etkilidir?

Makrofaj.

- Cerrahi bir yaranın maksimum gerilme kuvveti nedir?

Normal hasarlanmamış dokunun %80'i.

- Yara iyileşmesi süresince gerilme kuvveti ne zaman toplam kollajen içeriği ile korelasyon gösterir?

Yara iyileşmesinin yaklaşık ilk 3 haftası.

- Normal cerrahi yara iyileşmesinin 3 evresi nedir?

İnflamasyon (1-3. gün), Proliferasyon (3. gün- 4. hafta), Maturasyon (4. hafta- 2.yıl).

- Hangi evre kemoradyasyonun etkilerine daha sensitiftir?

İnflamatuar evre.

- Yara bölgesine ulaşan ilk inflammatuar hücreler hangileridir?

Nötrofiller.

- İnflamatuar evre sırasında yara gerilme kuvveti nedir?

Normalin %5'inden az.

- Proliferatif faz sırasında major olay nedir?

REKONSTRÜKTİF FLEPLER

- **Lokal flepler için uzunluğun genişliğe maksimum oranı nedir?**

3:1.

- **D/Y: Aksiyel flepler random fleplerden daha güvenilirdir.**

Doğru.

- **Random flebin kanlanması neredendir?**

Dermal ve subdermal pleksuslardan.

- **Kaldırıldıktan sonra defekt içerisine yönlendirilen ve tamir edilmesi gereken alındığı bölgede sekonder bir defekt bırakan flep için hangi terim kullanılır?**

Transpozisyon flebi.

- **Defektin yanındaki bir bölgeden kaldırılarak intakt cilt boyunca ilerletilen flep için hangi terim kullanılır?**

Interpolasyon flebi.

- **Rotasyon flepleri, miyokutanöz flepler ve random flepler karşılaştırıldığında hangisinin kanlanması daha kuvvetlidir?**

Rotasyon flebi.

- **D/Y: Aksiyel patern flebin sağkalım süresi flebin genişliğine bakılmaksızın sabittir.**

Doğru.

- **Geciktirme (flep elevasyonunu 2-3 hafta ara ile 2 seansta yapmak) flep sağkalımını nasıl artırır?**

Dokuyu iskemiye karşı hazırlar, A-V şantları kapatır ve sempatektomi ile kan akımını artırır.

- **V-Y ilerletme nedir?**

Rektangüler bir defektin bitişiginden insizyon yapılarak oluşturulan dokunun, defekt üzerine ilerletilmesi ile kapatılmasıdır.

- **Platisma miyokutanöz flebinin majör vasküler pedikülü nedir?**

Fasial arterin submental dalı.

- **Skalp defektini kapatmada neden romboid flep kullanılmamalıdır?**

Saçın uygunsuz yönelimine neden olur.

- **Diğer donör alanlarla kıyaslandığında kranial kemik greftleri neden rezorpsiyona daha dirençlidir (örn: kosta veya iliak kemik)?**

Kranial kemik membranöz kemik orijinli, diğer donör alanları endokondral kemik orijinli olduğundan kranial kemik daha hızlı revaskülarize olur.

○ **Hangi komplikasyonlar iliak krest donör alanına spesifiktir?**

Abdominal içerik veya ilio-femoral eklem hasarı, inguinal ligamanda ayrılma, tensor fascia lata fonksiyonunda bozulma veya komşu periferik sinir zedelenmesi.

○ **Kosta donör alanına spesifik komplikasyonlar nelerdir?**

Pnömotoraks, hemotoraks ve interkostal sinir hasarı.

○ **Kranial kemik elde edilirken oluşabilecek spesifik komplikasyonlar nelerdir?**

Duranın açılması, menenjit, BOS kaçağı, sagittal sinüs zedelenmesi ve beyin dokusu hasarı.

○ **Kranial kemik greftlerinin hangi farklı tipleri mevcuttur?**

Tam kat kalvarium, kısmi kalınlıkta kalvarium, kemik fragmanları ve kemik tozu.

○ **Kalvariumun ayrılabilceği minimum yaş kaçtır?**

4 veya 5 yaş (Kafatasının katları bu yaşa kadar ayırt edilemez).

○ **Kafatasının en kalın kısmı hangi bölgesidir?**

Parietal kemik.

○ **Kafatasının en ince kısmı hangi bölgesidir?**

Temporal kemiğin skuamöz parçası.

○ **D/Y: Sagittal yönelimli skalp insizyonları, koronal yönelimli insizyonlardan daha az sensorial kayıba yol açmaktadır.**

Doğru.

○ **Bikoronal insizyonun görünürlüğünü azaltmak için ne yapılabilir?**

Girintili çıkıntılı tarzda bir insizyon.

○ **İn-situ olarak güvenle elde edilebilecek maksimum greft boyutu nedir?**

3- 4 cm. genişlikte.

○ **Kalvarial kemik elde etmek için tercih edilen alan hangisidir?**

Parietal kemik (yassı greft için anterior, kıvrımlı bir greft için posterior kısım).

○ **İn-situ toplama esnasında kafatasının diploik tabakası nasıl tanınır?**

Renk sarı- beyaz görünümünden kırmızıya dönüşür ve kanamada artış olur.

PLASTİK CERRRAHLAR İÇİN ANATOMİ

○ Yaşlanma süresince fasiyal oranlar nasıl değişir?

Subnazal alandan mentona kadar olan alan, yüzün diğer alanlarına kıyasla önemli oranda azalır.

○ İdeal nazofrontal açı nedir?

125-135 derece.

○ İdeal nazolabial açı nedir?

90-120 derece.

○ İdeal nazofasiyal açı nedir?

36-40 derece.

○ Goode metoduna göre, nazofasiyal açığı saptamak için 0.55 oranına karşılık gelen açı nedir?

36 derece.

○ Nazofasiyal açığı saptamak için kullanılan Baum metodu nedir?

Nazofrontal açıdan subnazale çizilen vertikal çizginin, tip boyunca geçen vertikal çizgiye dik olan horizontal çizgiye oranıdır. İdeal olarak bu oran 2:1'dir ve 42 derecelik açıya tekabül eder.

○ Baum metodunun Powell modifikasyonu nedir?

İdeal oran 2.8:1'dir ve 36 derecelik açıya tekabül eder.

○ Nazofasiyal açığı saptamak için kullanılan Simons metodu nedir?

Üst dudakın uzunluğunun burun tabanı uzunluğuna oranı ideal olarak 1:1'dir.

○ İdeal alar lobular oran nedir?

1:1.

○ Kadın ve erkek arasında ideal supratip aralık nasıl farklılaşır?

Kadında daha belirgindir.

○ Kadınlarda maksimum kaş kaldırma nereye kadar olması gerekir?

Gözün lateral kenarına vertikal ve teğet bir çizgide.

○ **Ortalama üst dudak uzunluğu kadın ve erkekte ne kadardır?**

Erkekte 24 mm, kadında 20 mm'dir.

○ **Ortalama alt dudak uzunluğu kadın ve erkekte ne kadardır?**

Erkekte 50 mm, kadında 46 mm'dir.

○ **İdeal alt dudak üst dudak uzunluk oranı ne kadardır?**

2:1.

○ **Deri Asyalılar ve Beyaz Irk arasında nasıl farklılıklar gösterir?**

Asyalılar kollajen densitesi daha yoğun ince deriye sahiptir ve uzamış eritem ve hipertrofik skara daha fazla eğilimlidir.

○ **Deri Asyalılar ve Beyaz Irk arasında yaşla beraber nasıl değişiklik gösterir?**

Asyalılarda daha az kırışıklık gelişir fakat Beyaz Irktan daha pigment lezyonlar oluşur.

○ **D/Y Yaşlanmayla birlikte Asyalılar, Beyaz Irktan daha fazla yağ volumüne sahip olacaktır.**

Doğru.

○ **Platisma kası Asyalılar ve Beyaz Irk arasında nasıl farklıdır?**

Asyalılarda daha ince ve diastasis insidansı daha düşüktür.

○ **Asyalılarda yüz yapısının tipik özellikleri nelerdir?**

Nispeten sığ midface ile birlikte belirgin malar imminence. Geniş belirgin mandibuler açı. Kısa ve posterior bağlantılı çene, sınırlı tip projeksiyonu ile birlikte geniş ve düz nazal dorsum ve geniş nazal taban.

○ **Asyalılar ve beyaz ırk arasında ritidektomiye takiben komplikasyon insidansı nasıl farklıdır?**

Asyalılarda flep nekrozu daha az yaygındır ve hipertrofik skar daha yaygındır.

○ **Medial epikantal kıvrım neyi kaplar?**

Lakrimal gölcük.

○ **Asyalıların göz kağı anatomisinin farklılığı nedir?**

Pretarsal kıvrım yokluğu ile sonuçlanan M. Levator'un pretarsal deriye yetersiz bağlanması.

○ **Akkiz göz kağı pitozisinin en yaygın oluşum nedeni nedir?**

Levator aponorozunun bağlantı kopukluğu veya dehisansı.

○ **Aponorozisin bağlantı bozukluğunun belirtileri nelerdir?**

İnce üst göz kağı derisi ve iyi levator fonksiyonu ile birlikte yüksek kapak kıvrımı (10 mm'nin üzerinde).

FASİAL DERMATOLOJİ

○ **Fitzpatrick deri tipi sınıflamasına göre nadiren yanan ve ortalamaya göre daha kolay bronzlaşan deri tipi hangisidir?**

IV

○ **Fotoyaşlanmış cildin karaktestikleri nelerdir?**

Kırışıklığın normalden kalın olması, sertlik, solukluk, telenjektaziler, leke tarzında hiperpigmentasyon ve elastisite kaybı.

○ **Fotoyaşlanmış cildin histolojik özellikleri nelerdir?**

Stratum korneumda kalınlaşma, atipiyle birlikte incelmış atrofik dermis, melaninin düzensiz dağılımı, glikozaminglikanlarda azalma, dermiste elastik liflerin elastik dizilimi.

○ **Melazma nedir?**

Yanaklar, alın, üst dudak, burun ve çenede büyük simetrik maküler lezyonlardır.

○ **Melazmaya hangi faktörler sebep olur?**

Genetik yatkınlık, UV radyasyona maruziyet, gebelik, oral kontraseptifler, tiroid fonksiyon bozukluğu, kozmetik ürünler, fototoksik ve antiepileptikler.

○ **D/Y: Güneş ışınlarından mutlak korunma fotoyaşlanmanın histolojik belirtilerinde geri dönüş sağlayabilir.**

Doğru.

○ **Alfa hidroksi asitlerin dermis üzerine etkileri nelerdir?**

Kollajen ve glizyoamioglikan üretiminde artış.

○ **Hangi cilt preparatlarının fotohasarin şiddetini azaltmada anlamlı iyileşme sağlarken kırışıklıklar üzerine herhangi bir etkisi olmadığı gösterilmiştir?**

%8 – 10 alfa hidroksi asitler

○ **Hangi hastalarda %15-20'lik alfa hidroksi asitler ile daha iyi sonuç alınır?**

Fitzpatrick tip III ve IV yağlı ciltler.

○ **Tretinoinin klinik etkileri nelerdir?**

6 aylık kullanım sonrasında kırışıklıklar, sertlik ve leke tarzı hiperpigmentasyonda azalma.

○ **Tretinoinin histolojik etkileri nelerdir?**

İncelmış stratum korneum, kalınlaşmış epidermis, artmış kollajen, anjiogenez, ve melanin granüllerinin daha uniform dağılımı.

○ **Retinoidlerin etki mekanizması nedir?**

AP-1 transkripsiyon faktörünün DNA'ya bağlanmasında %70 inhibisyon yaparak kollajenaz, jelatinaz, stromatolizis gibi metalloproteinlerin aktivasyonunda düşmeye yol açar.

○ **Hidrokinonun etki mekanizması nedir?**

Dopanın melanine dönüşümünü bloke eder.

○ **Okranozis nedir?**

Hidrokinona karşı oluşan yanakların, alnın ve periorbital bölgelerin retiküle, isli, pigmentasyonu ile karakterize bir potansiyel yan etkidir.

○ **Hangi ağartıcı ajan akne tedavisinde de etkinliğe sahiptir?**

Azelaik asit.

○ **Hangi ağartıcı ajan *Aspergillus* ve *Penicillium* tarafından üretilir?**

Kojik asit.

○ **Jessner solüsyonunun içeriği nelerdir ?**

Rezorsinol, salisilik asit, laktik asit ve etanol.

○ **Jessner solusyonu ne kadar derine penetre olur?**

Intraepidermal kalır.

○ **%20 TCA ne kadar derine penetre olur?**

Papiller dermisin aşağısına kadar.

○ **TCA ile yüz soymanın 4 evresi nedir?**

Evre 0: beyazlaşma yoktur, deri stratum korneumun kaldırılmasına bağlı olarak parlak ve incedir.

Evre 1: hafif eritem ile birlikte hafif düzensiz beyazlaşma; 2-4 gün hafif soyulma.

Evre 2: pembe-beyaz beyazlaşma donu kat epidermal soyulma, 5 gün süreli soyulma.

Evre 3: kalın beyazlaşma tabakası, papiller dermis.

○ **Kimyasal yüz soyma sonrası oluşan fenol toksisitesinin başlangıç bulguları nelerdir?**

Refleks artışı ve hipertansiyon.

○ **Fenol ile soyma sırasında kardiyak aritmiler en sık ne zaman oluşur?**

Prosedürün başlangıcından itibaren ilk 30 dk. içinde.

○ **Enjekte edilebilir kollajen için yapılan cilt testlerine pozitif yanıt insidansı nedir?**

%3

○ **Kollajen enjeksiyonunun temel endikasyonları nelerdir?**

KOZMETİK CERRAHİ

○ Göz altı yağ torbalarının etyolojisindeki primer teoriler nelerdir?

1. Konjenital yağ dokusu fazlalığı.
2. Orbital septumun zayıflığı ve orbicularis oculi zayıflığı.
3. Enoftalmus ve alt kapak psödoherniasyonu ile sonuçlanan global desteğin zayıflaması.
4. Lockwood asıcı ligamentin zayıflaması ve inmesi.

○ Üst göz kapağı cildinin aşırı rezeksiyonunun sonucu nedir?

Doğal kırışıklıkların kaybı.

○ Üst göz kapağının lateral diseksiyonu sırasında neden çok dikkat etmek gerekir?

Lakrimal gland prolapsusunu engellemek için.

○ Blefaroplastinin en ciddi ancak nadir komplikasyonu nedir?

Retrobulber hemoraji... insidansı %0,04.

○ Blefaroplasti sonrası kapak malpozisyonu ne zaman düzeltilmelidir?

En erken ilk cerrahiden 6 ay sonra.

○ 2,5 cc yağ dokusu alındığında globun pozisyonu ne olur?

Globe 1mm aşağı ve 2 mm arkaya kayar.

○ Arcus marginalisin serbestleştirilmesi göz konturunu nasıl etkiler?

Daha konvex ve gençleşmiş göz konturu sağlar.

○ Alt göz kapağı blefaroplastisine transkonjoktival yaklaşımın iki major sınırlaması nedir?

Fazla cilt çıkarılamaz ve orbikularis hipertrofisi tedavi edilemez.

○ Transkonjoktival alt göz kapağı blefaroplastisi sırasında medial ve santral yağ yastıkcıklarının güvenli şekilde açığa çıkarılmasında hangi yapının tanımlanması gerekir?

Inferior oblik kas.

○ Blefaroplasti sonrası alt göz kapağı malpozisyonun iki tipi nedir?

Retraksiyon ve ektropiyon.

○ Hangisi daha sıktır?

Retraksiyon.

○ Retraksiyon ve ektropiyon arasındaki fark nedir?

Retraksiyon orta lameller planda fibrosis nedeniyle vertikal kapak kısılmasıdır; ektropion anterior lamella, cilt ve orbicularis oculi'nin kısılması sonucu göz kapağının dönmesidir.

○ **Blefaroplasti sonrası alt göz kapağı retraksiyonunun en sık sebebi nedir?**

Orta lameller planda az miktarda kan birikimidir.

○ **Postoperatif retraksiyonu engelleyen 5 alt göz kapağı blefaroplasti tekniği nedir?**

1. Alt kapak kesilerinin yatay hizalanması.
2. Tarsal plate e tutunan orbikularisin bir şeridinin korunması.
3. Flebi içe ve yukarı sabitlemek.
4. Orbital periosteum ve orbikularis derin yüzeyi arasına bir asıcı sütür yerleştirilmesi.
5. Orbital septum planına triamsinolon enjeksiyonu.

○ **Alt kapak blefaroplasti sonrası hangi faktörler kapak malpozisyonuna yatkınlık yaratır?**

Propitosis veya tek taraflı yüksek miyopi varlığı; önceden var olan skleral show; malar hipoplazi; önceki operasyondan alt göz kapağı gevşekliği; 65 yaş üstü kadınlar ve tüm erkekler.

○ **Koronal alın germinin rölatif kontrendikasyonları nelerdir?**

Erkeklerde erkek tipi kellik ve kadınlarda yüksek saç çizgisi.

○ **Koronal alın germede diseksiyon planı nedir?**

Subgaleal.

○ **Frontal kasın hangi bölgede ayrılması gerekir?**

Lateral kaş ve temporal saç çizgisi arasında.

○ **Pretrichial alın germe için hangi hastalar iyi adaydır?**

Yüksek saç çizgisi olanlar ve alın vertikal yüksekliği uzun olan kadınlar.

○ **Hangi hastalar orta mid-forehead lift için uygun adaylardır?**

Koronal liftin kontraendike olduğu derin çizgili erkekler.

○ **Direk kaş kaldırma için hangi hastalar uygun adaydır?**

Kaş asimetrisi olanlar (ör: fasial sinir paralizisi nedeniyle) ve dış kaşda belirgin pitozu olanlar.

○ **Hangi hastalar endoskopik kaş kaldırma için uygun aday değildir?**

Yüksek saç çizgisi olan kadınlar, erkek tipi kelliği olan hastalar veya geniş kemikli sıkı, kalın ciltli hastalar (sıklıkla Asyalılarda ve Latin Amerikalılarda).

○ **VII. sinire hasardan kaçınmak için temporal bölgede uygun diseksiyon planı nedir?**

Subaponevrotik düzlem içinde (temporoparietal faysa derininde).

YÜZ TRAVMASI

- **Frontal sinüs fraktürüne yol açmak için ne kadarlık bir güç gereklidir?**

362-997 kg (800-2200 lbs).

- **Tek taraflı frontal sinüsün toplumdaki görülme oranı nedir?**

%10.

- **Frontal sinüsün en ince duvarı hangisidir?**

Posterior.

- **Breschet kanallarının önemi nedir?**

Bu kanalları kaplayan mukoza, mukosel oluşumunun potansiyel başlangıç yeri olabilir.

- **Frontal sinüsün içindeki nazofrontal kanalın açıldığı yer neresidir?**

Genellikle sinüsün posteromedial tabanıdır.

- **Toplumun yüzde kaçında nazofrontal kanal gerçek kanaldır?**

%15 (%85'inde foramenle nazal kaviteye direkt olarak açılır).

- **Frontal sinüs fraktürü olan bir hastanın değerlendirilmesi sırasında BOS kaçağının olmasının önemi nedir?**

Genellikle yerinden oynamış posterior duvar kırığı ve dura yırtığı vardır.

- **Tedavi edilmemiş nazofrontal kanal fraktürlerinin muhtemel komplikasyonları nelerdir?**

Menenjit, mukopiyosel, intrakranial apse.

- **Frontal sinüs fraktürlerinde cerrahi tedavi için kesin endikasyonlar nelerdir?**

Nazofrontal kanalla ilgili fraktürlerde ve BOS kaçağı ile dura yırtığı olan veya olmayan posterior duvarın önemli ölçüde yer değiştirdiği fraktürlerde.

- **BOS kaçağı olan, yer değiştirmemiş posterior duvar fraktürünün tedavisi nedir?**

Baş elevasyonu ile birlikte yatak istirahati +/- lomber direnaji; 5-7 günde düzelmemesi halinde kranilizasyon düşünülür.

- **Fraktür olması durumunda, frontal sinüs obliterasyonu için endikasyonlar nelerdir?**

Nazofrontal kanalı içeren yer değiştirmiş posterior duvar fraktürü.

- **Frontal sinüs fraktür tedavisinde kranilizasyon ne zaman gereklidir?**

BOS kaçağı olan yer değiştirmiş posterior duvar fraktürlerinde veya çok parçalı posterior duvar fraktürlerinde.

○ **Frontal sinüs obliterasyonunda hangi materyaller kullanılabilir?**

Yağ, kas, fasya veya süngerimsi kemik; iç korteksin törpülenmesinden sonra spontan osteogenesis'de izin verilebilir.

○ **Frontal sinüste serbest yağ greftinin yerinde kalması neye bağlıdır?**

Taşınan pre-adipozitlerin sayısına.

○ **İzole anterior duvar fraktürlerinde cerrahi tedavi endikasyonu nedir?**

Kozmetik deformite.

○ **Anterior duvar fraktürlerinde kemik greft ile tamir ne zaman yapılır?**

4-5 mm'den fazla açıklık olduğunda.

○ **Orta yüz neden doğuştan projeksiyona eğilimlidir?**

İyi sagittal destekten yoksundur.

○ **Orta yüzde yer alan 3 çift vertikal destek (butteress) hangileridir?**

Nazomaksiller, zigomatikomaksiller, pterigomaksiller.

○ **Orta yüzde yer alan horizontal destekler (butteress) hangileridir?**

Frontal bar ve kafa kaidesi, zigomatik ark ve zigomanın temporal prosesi, maksiller damak ve alveoluslar, sfenoidin pteroid çıkıntısı ve büyük kanadı.

○ **Fiziki muayenede burnun ve maksiller alveolar prosenin hareketli olduğu görüldüğünde hangi tip fraktür meydana gelmiştir?**

LeFort 2.

○ **İnfracorbital rimi içeren Lefort fraktürü hangisidir?**

LeFort 2.

○ **Tedavi edilmemiş maksiller fraktürlerinin sekeli nedir?**

Orta yüz geri çekilmesi (retrusyon), fasial uzama (elongasyon), anterior open bit deformitesi.

○ **Tedavi edilmemiş lateral zigomatik ark fraktürlerinin sekeli nedir?**

Orta yüzde genişleme, yanağın düzleşmesi.

○ **Zigomatik arkın medial pozisyonu ve uzunluğunun rekonstruksiyonunda en iyi anatomik rehber hangisidir?**

Lateral orbital ligament.

○ **Neler miniplak olarak adlandırılır?**

BAŞ VE BOYUN ONKOLOJİSİ

○ Gen transferinin 5 temel yaklaşımı nelerdir? En sık kullanılan hangisidir?

Mutant tümör baskılayıcı genlerin yerleşimi, toksik/intihar genlerinin girişi, immünmodülasyon, algılamayı engelleyen nükleotidlerin oluşumu, sitolitik viral tedavi.

○ İki ana gen aktarım ajanı nedir?

Viral ve nonviral/fiziksel.

○ Gen transferinin fiziksel metodlarından bazıları nelerdir?

Katyonik lipozomlar, plazmid DNA, balistik parça, kalsiyum-fosfat alımının uyarımı ve elektroporasyon.

○ Gen transferinin fiziksel metodlarının problemleri nedir?

Spesifite eksikliği ve çok düşük etkinliğinin olması.

○ Baş ve boyunda gen tedavisinde hangi virüsler rol alır?

Adenovirüs, adeno-assosiyasyon virüsü, herpes virüsü, retrovirüs, vaccinia virüsü.

○ Adenovirüs kullanımının avantajları nelerdir?

Adenovirüs bölünmeyen ve aktif bölünen hücrelerde yüksek derecede bulaşıcıdır, üst aerodijestif kanal hücrelerine tropizm gösterir ve büyük genler taşır.

○ Retrovirüs kullanımının problemleri nelerdir?

Sadece aktif bölünen hücreleri enfekte etmesi; konakçı hücrenin genomuna kalıcı olarak entegre olması; konakçı genomuna rastgele girmesi problemleridir.

○ Adenovirüs vektörü konakçı hücreye girdiğinde ilk ne yapar?

Epizom adı verilen, 7-42 gün dayanan, kopyalanamayan ekstrakromozomal bir yapı oluşturur.

○ Adeno-assosiyasyon virüsü vektörü konakçı hücredeki DNA'da nereye girer?

19q13.4 yerleşimine.

○ Bu alana girmesi ne gibi problemlere neden olur?

Bu yer kronik B hücre lösemileri ile ilişkilidir ve 19. kromozomun kopyalarının içine entegrasyonu hücre ölümüne neden olabilir.

○ İdeal bir onkolitik virüsün özellikleri nelerdir?

Kanser hücrelerinin enfeksiyonu ve lizisi için selektif olmalı; lokal/sistemik toksisitesi sınırlı olan potent antitümör cevabı uyarmalı.

○ **Sitotoksik gen tedavisinde en sık kullanılan gen nedir?**

Herpes simplex virüs-timidin kinaz geni (HSV-tk)

○ **Bu gen nasıl çalışır?**

Nükleozid analogu gansikloviri fosforile edip DNA replikasyonunu sonlandıran bir metabolite dönüştüren timidin kinaz enzimini kodlamaktadır.

○ **Proto-onkogen ve onkogen nedir?**

Bir proto-onkogen normal hücrel sinyalizasyon, transdüksiyon, transkripsiyon içine katılır; onkogen proto-onkogenin bir mutant alelidir.

○ **Baş ve boyun kanserlerinin tedavisinde en sık kullanılan tümör baskılayıcı hangi iki gen araştırılmaktadır?**

p53 ve p16.

○ **“Antisense ilaç” nedir?**

Hedef mRNA molekülünü tamamlayan küçük tek zincirli nükleotidi mRNA'ya bağlar ve transkripsiyonu durdurur.

○ **IL-2'nin fonksiyonu nedir?**

T ve NK hücrelerini uyarır.

○ **İmmünolojik gen tedavisi nedir?**

Viral vektörleri kullanan tümör ilişkili antijenlere karşı spesifik olarak immün yanıtı artırılmasıdır.

○ **Adoptif T hücre immünoterapi nedir?**

Ex vivo olarak tümör immünojenite artışıdır; lenfositlerin alınıp in vitro olarak hastanın kendi tümör hücrelerine karşı aktivasyonu sonrasında yeniden verilmesidir.

○ **Baş ve boyunda bilinen bazı tümör antijenleri nelerdir?**

MAGE %71 görülür; diğerleri CASP-8 SCCAg, sitokeratin fragman 19 dönüşümlerini içerir.

○ **Baş ve boyun kanserlerinin gelişiminde MHC'nin (majör histocompatibility complex) rolü nedir?**

Class I MHC antijenlerinin ekspresyonunun azalması yoluyla tümör hücreleri hastanın immün sisteminin erken yakalamasından kaçabilir.

○ **Alloantijen nedir?**

Farklı bir bireyin insan antijenidir.

○ **Allovektin-7 nedir?**

LARENGOLOJİ VE ENDOSKOPI

- **Larenksin en sık görülen konjenital anomalisi nedir?**

Larengomalazi.

- **Vokal nodüller en sık hangi lokalizasyonda görülürler?**

Vokal kordun ön 1/3 ve arka 2/3 birleşim yerinde.

- **Neden bu lokalizasyonda daha sıktır?**

Bu nokta güçlü addüksiyon sırasında vokal kordların maksimum hız noktasıdır.

- **Vokal kord granülomu oluşumundaki risk faktörleri nelerdir?**

Sesin kötüye kullanımı, GÖRH, uzamış entübasyon, travma, cerrahi.

- **Post-entübasyon granülomlarının en tipik lokalizasyonu neresidir?**

Aritenoidlerin vokal prosesi üzerinde.

- **Erkeklerle göre kadınlarda vokal kord granülomlarının hangi nedeninin insidansı daha yüksektir?**

Entübasyon.

- **Vokal kord granülom tiplerinden en kötü prognozlu olan hangisidir?**

İdiopatik.

- **Vokal kord kist ve polip ayrımında hangi stroboskopik parametre daha çok kullanışlıdır?**

Mukozal dalga.

- **GÖRH'nin larenks üzerindeki etkilerinde hangi patolojik değişiklikler oluşur?**

Polipoid kordit (Reinke ödemi), posterior glottik ve aritenoid ödemi/eritemi.

- **Bunlardan hangisi daha sıktır?.**

Posterior glottik ödem.

- **Reinke ödemi lokalizasyonu nerededir?**

Lamina proprianın yüzeyel tabakasında.

○ **Reinke ödemi için yapılan cerrahi sonrası uzun süreli disfoni ve vokal kord serliğinin en olası nedeni nedir?**

Lamina proprianın yüzeyel tabakasının aşırı aspirasyonu.

○ **Vokal kord cerrahisinde hangi tabakaların bozulması skar oluşumu açısından en muhtemeldir?**

Vokal ligament (fibroblast ve kollajen miktarı en yüksek).

○ **Patolojik sulkus vokalis ile ilgili hangi klinik bulgular vardır?**

Vokal kordun katılaşması, dolgunluk, ödem ve bowing; kapiller ektazi ve vibratuar bozukluklar.

○ **Sulkus vokalis ile ilgili hangi operatif ve patolojik bulgular vardır?**

Lamina proprianın yüzeyel tabakasında kayıp, vokal ligament altındaki incelmış epitelin fiksasyonu.

○ **Tip 2 sulkus vokalis veya “sulcus vergeture” muayene bulguları nelerdir?**

Doğrusal sulkus boyunca sert kontrakte bant tarafından membranöz vokal foldun süperior ve inferior dudaklarının medial kenar boyunca ayrılması.

○ **Tip 3 sulkus vokalisin özellikleri nelerdir?**

Şiddetli disfoni, vokal kord sertleşmesi, medial çukur şeklinde sulkus.

○ **Patolojik sulkusu tip 1 (fizyolojik) sulkustan ayıran nedir?**

Tip 1’de yüzeyel lamina propria intaktır ve videostroboskopide vokal kord vibratuar aktivitesi korunmuştur.

○ **Tip 2 sulkus vokalisi olan hastaların en iyi tedavi yöntemi nedir?**

Kazımak ve segmental çıkarma (Pontes ve Behlau).

○ **Larengosel nedir?**

Larengeal kesenin anormal dilatasyonu.

○ **İnternal larengosel lokalizasyonu neresidir?**

Yalancı vokal kord mukozası altında ve ariepiglottik folda.

○ **Eksternal larengosel nasıl olur?**

Süperior larengeal sinir ve arter giriş yerinde tirohyoid membranı penetre eder.

○ **Mikst larengosel nedir?**

Eksternal larengosel ile beraber dilate internal komponent.

○ **Larengeal kesenin normal boyutu nedir?**

Normal larenksin %75’inde <8 mm, %17’sinde 10-15 mm, %8’inde >15 mm.

TİROİD VE PARATİROİD HASTALIKLARI

○ Tiroid glandın embriyolojik orijini nedir?

Birinci ve ikinci farengial poşun foramen çekum bölgesinde orta hatta aşağıya doğru büyümesidir.

○ Tiroid dışı hastalık nedeniyle hospitalize edilen hastalarda en sık karşılaşılan tiroid anormalligi nedir?

Düşük T3 konsantrasyonu.

○ Kritik hastalığı olan hastalarda T3 konsantrasyonunun düşmesinin major nedeni nedir?

Periferde T4-T3 dönüşümünün bozulmasına sekonder deiyodinasyon sürecinin inhibisyonu.

○ Hangi klinik bulgu tiroid fırtınasının ayırıcı özelliğidir?

Ateş.

○ Tiroid fırtınasının hemodinamik bulguları nelerdir?

Taşikardi, artmış kardiyak output ve azalmış sistemik vasküler rezistans (SVR).

○ Tiroid fırtınasının başlangıç tedavisi nedir?

Intravenöz sıvı, hipotermi, asetaminofen, propranolol, propiltiourasil (PTU), iodin.

○ Miksödem SSS manifestasyonları nelerdir?

Depresyon, hafıza kaybı, ataksi, frank psikoz, miksödem ve koma.

○ Hipotiroidizmin en sık görülen nedenleri nelerdir?

Hashimoto tiroiditi, hipofiz tümörü, tiroidektomi ve tirotoksikoz için radyoaktif I¹³¹ tedavisi.

○ Hipotiroidizmli bir hastada hipotalamik bozukluğu hipofiz bozukluğundan ayırmak için hangi test kullanılır?

TRH stimülasyon testi.

○ Hipertiroidizmin en sık görülen nedenleri nelerdir?

Graves hastalığı, toksik multinodüler guatr, relapsing tiroiditler, amiodoronla indüklenmiş tirotoksikoz, otonom toksik nodül, subakut tiroidit, hipofiz tümörü.

○ 2 yıldır diffüz, gergin tiroid büyümesi, letarji olan ve 20 kg alan 45 yaşında kadın hastada muhtemel tanı nedir?

Hashimoto tiroiditi.

○ **Bu hasta için uygun tedavi nedir?**

Tiroid hormon replasman tedavisi.

○ **Tiroidin en sık görülen enflamatuvar hastalığı nedir?**

Hashimoto tiroiditi.

○ **Hashimoto tiroiditi için spesifik antikorlar nelerdir?**

Antimikrozomal ve antitiroglobulin.

○ **Hashimoto tiroiditli hastaların prezentasyonu nasıldır?**

Sert, diffüz genişlemiş guatr ve hipotiroidizm.

○ **Hangi enfeksiyonlar kronik tiroidite neden olur?**

Aktinomikoz, TBC ve sifiliz.

○ **Tiroid glandın fibröz doku ile yer değiştirmesiyle karakterize olan tiroid bozukluğu nedir?**

Riedel struması (invaziv fibröz tiroidit, odunsu (woody)) tiroidit.

○ **Toksik multinodüler guatrli hastalarda tercih edilen tedavi nedir?**

Tiroidektomi (lobektemiden total tiroidektomiye kadar) çünkü I^{131} tedavisi tekrarlayan dozlar gerektirmekte, guatr boyutunu azaltmamakta ve akut genişlemeye neden olabilmektedir.

○ **Graves hastalığında cerrahi tedavinin endikasyonları nelerdir?**

Aşırı derecede geniş gland, dominant nodül varlığı, I^{131} tedavisinin başarısızlığı, baskı semptomları ile birlikte masif genişleme, antitiroid ilaçlara intoleransı olan hamile kadınlar, doğurganlık yaşındaki kadınlar, radyoyodini reddeden hastalar.

○ **40 yaş üstü Graves hastalarında tedavi seçeneği nedir?**

Radyoaktif I^{131} .

○ **Hipertiroidizmin rutin tedavisinde hangi ilaçlar kullanılır?**

Propiltiyourasil (PTU) ve metimazol.

○ **Gebelikte hipertiroidizmin tedavisinde en sık kullanılan ilaç nedir?**

PTU.

○ **Tirotoksik hastalarda hızlı cerrahi hazırlık için en etkili ajan nedir?**

Uzun etkili beta-bloker.

○ **Tiroid kanserlerinin % kaç iyi diferansiyedir?**

KOMPLİKASYONLAR

○ Hava embolisinin sonuçları nedir?

50 cc.'den fazla hava, şiddetli pulmoner arter vazokonstrüksiyonu, pulmoner ödem ve kor pulmonaleye neden olur.

200 cc.'den fazla hava ise fataldır.

○ Hava embolisinin bulguları nelerdir?

Yara yerinde duyulabilen emme sesi, makine sesi benzeri kardiyak mürmür, disritmiler, ani sistemik hipotansiyon, azalmış ekspiratuar CO₂ ve artmış santral venöz basınç.

○ Hava embolisi tedavisi nedir?

Yaranın kapatılması, juguler venlere bası, eğer sağ atriyal kateter uygulanmışsa havanın aspirasyonu, ksifoidin altından girilerek sağ ventrikül içine kateter yerleştirilmesi, %100 O₂'ye geçilmesi ve hastanın sol lateral Trendelenburg pozisyonuna getirilmesi.

○ Postoperatif pulmoner komplikasyon riskini önemli derecede arttıran tek preoperatif faktör nedir?

Yakın zamandaki sigara içme öyküsü.

○ Üst aerodigestif traktın büyük cerrahi rezeksiyonlarından sonra pnömoni gelişen hastalarda sap-tanan en yaygın mikroorganizma nedir?

Staphylococcus aureus.

○ Onkolojik baş-boyun cerrahisini takiben majör komplikasyon riskini en iyi tahmin eden faktör nedir?

Başlangıç vücut ağırlığının %10 kaybı.

○ Kontamine baş-boyun cerrahisini takiben, enfekte yara yerinde en yaygın üreyen bakteri hangisidir?

Staph aureus ve β-hemolitik streptokoklar

○ İkinci sıklıkta üreyen bakteri hangisidir?

Gram-negatif aerobik bakteriler.

○ Sulbaktam-ampisilin veya klindamisinden oluşan perioperatif antibiyotik kullanımıyla, kontamine baş-boyun cerrahisini takiben yara yeri enfeksiyonu oluşma oranı nedir?

%15.

○ Perioperatif antibiyotik uygulaması için en etkili süre nedir?

24 saat.

- **Boyun diseksiyonu sonrası 3. günde başlayan şilöz akıntı için başlangıç tedavisi nedir?**

Drenajın sağlanması ve orta-zincir trigliseridin beslenme tüpü ile verilmesi

- **Eğer akıntı devam ederse, tedavideki sonraki basamak nedir?**

TPN.

- **Boyunda kurtarma cerrahisi yapıldıktan iki hafta sonra, operasyon bölgesinden 800 cc. kanaması olan hasta. Yapılan karotid arteriyogramda, eğer kanama odağı saptanamıyorsa, tedavinin bir sonraki basamağı nedir?**

Endovasküler oklüzyon ile venöz anjiyografi.

- **Karotid rüptürüne bağlı mortalite ve serebrovasküler olay (SVO) insidansı nedir?**

Ameliyathaneye alınmadan önce sıvı replasmanı yapılırsa SVO insidansı %10 ve mortalite oranı %1, sıvı replasmanı yapılmazsa SVO insidansı %50 ve mortalite oranı %25.

- **Karotis rüptürü için ne gibi önlemler alınmalıdır?**

İki büyük damar yolu açılmalı, 2 ünite kroslanmış eritrosit süspansiyonu, entübasyon için yatakbashi hazırlık, yakın takip ve hemşirelik bakımı.

- **1. brankiyal ark sinüsün çıkarılması sırasında en fazla risk altındaki yapı hangisidir?**

Fasiyal sinir.

- **Lateral farengotominin en ciddi komplikasyonu nedir?**

Büyük damarlara aşırı retraksiyon nedeniyle tromboz ve embolizm.

- **Postoperatif fistül formasyonunu önlemek için yapılacak iki önemli işlem nedir?**

Tension-free (gerilimsiz) kapama ve perioperatif antibiyotik.

- **Gastrik pull-up ile ilişkili elektrolit sorunu nedir?**

Bozulmuş kalsiyum absorpsiyonuna bağlı sekonder hipokalsemi ve tiroidektomi esnasında farkına varılmadan yapılan paratiroid rezeksiyonu.

- **Serbest jejunal flep transferi sonrası, en sık fistül oluşan bölge neresidir?**

Farenks ve jejunum arasındaki anastomozun süperioru.

- **Serbest jejunal flep transferi sonrası, en sık darlık nerede oluşur?**

Özefagus ve jejunum arasındaki anastomozun inferiorunda.

- **Öncesinde radyoterapi gerektiren total veya parsiyel farenjektomili hastalarda fistül oranı nedir?**

%15-20.