

VIII. UZMANLIK EĞİTİMİ GELİŞİM SINAVI
SORU VE CEVAPLARI

1. Serebral palside kalça instabilitesi “ Reimer’in migrasyon indeksi” ile izlenir. D
2. Kalçada Thomas testi, fleksiyon kontraktürünü veya spastisitesini gösterir. D
3. Simfisis pubis bir sinostoz örneğidir. Y
4. Pes ekinovarus tedavisinde Ponseti yönteminde topuk varusunun düzelmesi için valgus manipülasyonu yapılır. Y
5. Gelişimsel Kalça Displazisinde kapalı redüksiyonda alçılarken 30 derece dış rotasyonda yapılır. Y
- 6.Perthes hastalığının prognozunda başlangıç yaşının önemi yoktur. Y
7. Obstetrikal brakial pleksus felçli hastada Horner sendromunun varlığı, kötü prognoz belirtisidir. D
8. Gelişimsel Kalça Displazisi insidansı kızlarda daha fazladır. D
9. Ganz periasetabuler osteotomi her yaşta yapılabilir. Y
- 10.Yürüme döngüsü ayağın yer ile ilk buluştuğu anda başlar. D
11. 6 aylık sağlıklı bir bebek yatar pozisyondan oturur pozisyona getirilirken başını gövdesinin üzerinde sabit tutabilmelidir. D
12. Yenidoğanda kalça ve diz fleksiyon postürü fizyolojiktir. D

13. Femur başı epifiz kayması tanısı konulan bir hastada ağır sportif aktivite kısıtlanarak poliklinik takibi planlanmalıdır. Y
14. Serebral palsi, beynin motor kısmının ilerleyici nörodejeneratif patolojisi ile seyreden hastalıktır. Y
15. Meningomyelose tanılı hastalar özellikle suprakondiler femur ve distal tibia patolojik kırıkları açısından risk altındadır. D
16. Gelişimsel kalça displazisinden farklı olarak teratolojik kalça çıkığı doğumdan önce çıkmıştır ve redükte edilemez. D
17. İki yaşındaki bir çocuğun pelvis AP grafisinde asetabuler indeksi 30 derecenin üzerinde olmalıdır. Y
18. Konjenital vertikal talus ve tarsal koalisyon pes kavus nedenleri arasındadır. Y
19. Çocuklarda proksimal humerus kırıkları yüksek remodelasyon kapasitesi nedeniyle büyük çoğunlukla konservatif tedavi edilir. D
20. Kas gücü muayenesinde M2 (2/5) gücündeki kas yerçekimine karşı hareket yapabilir. Y
21. Kansellöz (spongioz) kemik, kortikal kemiğe göre, yüksek Young's modülüsüne sahiptir. Y
22. TNF- α , osteoblast aktivitesini inhibe eder. D
23. Kemik kuru ağırlığının %40'ını inorganik matriks oluşturur. Y
24. Kırık alanında hasarlanan vasküler yapıların ilk cevabı azalmış kan akımıdır. D
25. Enkondral ossifikasyonda önce bir kıkırdak model oluşur sonra bu kıkırdak model kemik dokuya dönüşür. Y

26. COX-2 aktivitesi kırık iyileşmesi sırasında normal endokondral ossifikasyon için gereklidir. D
27. Sigara kullanımı, tromboemboli oluşmasında bir risk faktörüdür. D
28. Bisfosfonatlar yeni kemik yapımını sağlayarak, kemik yıkımını önler. Y
29. Tendon onarımı sonrası onarım alanının en zayıf olduğu dönem 4. haftadır. Y
30. Osteoartritte eklem kıkırdağının su içeriği artar. D
31. MRI’da T1 imajında yağ yapıları parlak gözüktür. D
32. Metal implantlara karşı gelişen aşırı duyarlılık, Tip 4 (gecikmiş) tip dir. D
33. Duchenne muskuler distrofi (DMD), distrofin genindeki mutasyon sonucu ortaya çıkar. D
34. Kasın kontüzyon yaralanmasından sonra uzun süreli immobilizasyonu, miyozitis ossifikans gelişme ihtimalini azaltır. Y
35. Emilebilen biyomateryallerdeki polilaktik asit solunum yolu ile atılır. D
36. Endokondral ossifikasyonda uzun kemiklerin longitudinal büyümesine en çok katkı kondrosit proliferasyonu ile olur. Y
37. Travmatik büyüme plağı durmasında, süreç fizise vasküler invazyon ile başlar. D
38. Ultra yüksek molekül ağırlıklı polietilen (UHMWPE)’in, etilen okside maruz kalması, çapraz bağlantı (cross link) sayısını arttırır. Y
39. Tümör hücrelerinin kemiğe tutulumunu İntegrin proteini artırır. D

40. Flurokinolonlar, DNA gyrase'ı inhibe eder. D
41. Tendonlar esas olarak Tip 2 kollajenden meydana gelirler. Y
42. İnterlökin-1 (IL-1) eklem kıkırdağında matrix metalloproteinaz düzeyini artırır. D
43. Denosumab, RANK Ligand (RANKL)'ı inhibe ederek osteoporoz tedavisinde etki gösterir. D
44. Osteopetrozis, osteoprotegerin (OPG) protein kaybı sonucu gelişir. Y
45. Transforming growth faktör beta-1 (TGF- β 1) kas yaralanması sonrası fibrozis oluşumunu uyarır. D
46. Argotroban, direk trombin inhibitörüdür. D
47. Hemofili-A hastalarında faktör IX eksiktir. Y
48. Osteoklast yüzeyinde, kalsitonin bağlanması için reseptör bulunur. D
49. Spinal şokta, bulbokavernöz refleks cevabı vardır. Y
50. Osteoklastlar, monositlerden kaynaklanır. D
51. Asetabulum posterior kolon kırıkları en iyi iliak oblik grafide görülür. D
52. En sık görülen asetabulum kırığı tipi transvers kırıktır. Y
53. Beşinci metatarsın zon 3 kırıkları Jones kırıkları olarak adlandırılır. Y
54. Yüzeysel deltoid bağ, posterior kollikulustan talus navikula ve sustentakulum taliye uzanır. Y

55. Gecikmiş Monteggia kırıklı çıkığında eğer ulnar osteotomi ile radius başı redüksiyonu sağlanamıyorsa interosseöz ligament tamiri gerekir. Y

56. Pediatrik humerus lateral kondil kırıklarında omuz iç rotasyonda çekilen grafi açılanmanın derecesini en iyi gösteren grafidir. D

57. Erişkin humerus diafiz kırıklarında 30 dereceye kadar varus- valgus angulasyon kabul edilebilir. D

58. Kilitli posterior omuz dislokasyonu için eksternal rotasyon kaybı tipik muayene bulgusudur. D

59. Tip 6 akromiyoklavikuler eklem seperasyonunda klavikula deltoid kasını delerek posteriora deplase olur. Y

60. Radius başına ulaşmak için kullanılan Kocher yaklaşımında ekstansör karpi radialis ve ekstansör karpi ulnaris kasları arasından girilir. Y

61. Distal radius kırıkları ile ilişkili en sık tendon hasarı FPL tendonunda görülür. Y

62. Kalkaneus kırıklarının değerlendirilmesi için çekilen BT nin koronal görüntüleri posterior faseti değerlendirmek için kullanılır. D

63. Malleol kırığı ile birlikte olan talus kırıklarında osteonekroz riski daha düşüktür. D

64. Kontamine yarası olan ve tetanoz aşılama geçmişi bilinmeyen bir hastada hem aşı hem immünglobulin uygulanmalıdır. D

65. Dizin Hiperekstansiyon - adduksiyon yaralanması ile çıkığı sonrası en çok hasar gören sinir tibial sinirdir. Y

66. Distal radius kırıklarının eksternal fiksatorle tedavisinde iatrojenik sinir hasarı en sık median sinirde görülür. Y

67. Önkol çift kırıklarında radius ve ulna kırıklarının farklı seviyede olması sinostoz riskini artırır. Y

68. Posteromedial dirsek rotatuar instabiliteye eşlik eden koronoid kırığı genellikle anteromedial koronoid kırığıdır. D

69. Tibial eminensiya kırıklarında kullanılan Meyers sınıflaması kırığın büyüklüğüne göre yapılan bir sınıflamadır. Y

70. İleri yaşlarda görülen izole trokanter minör kırıkları proksimal femurdaki patolojik lezyonlara patognomonik olduğu tanımlanmıştır. D

71. Sklerotik fazda Paget hastalığı olan bir hastadaki ayrılmış femur boyun kırığında ilk tercih her zaman kansellöz vida ile internal tespittir. Y

72. Kırık sonrası hemorajik bül varlığı ameliyat sonrası enfeksiyon riskinin arttığıının göstergesidir. D

73. Simfizisin 2.5 cm'den fazla ayrışması sakrospinöz ligament yırtığını ve rotasyonel olarak stabil olmayan pelvis kırığını düşündürür. D

74. Subtrokanterik kırıkların intramedüller çivi ile tedavisinde giriş noktası trokanter tipinin lateraline kaydıkça proksimal fragmanın varusa gitme riski artar. D

75. Kırık tedavisinde atrofik nonunion için en önemli risk faktörü stabilite yetersizliğidir. Y

76. Kompleks bölgesel ağrı sendromunun erken döneminde kemik sintigrafisinde tutulumda artış vardır. D

77. İzole diz çıkıklarının yaklaşık yarısında eşlik eden vasküler yaralanma mevcuttur. D

78. Sentetik kemik greftlerinin osteokondüktif özelliği vardır. D

79. Ayak bileğinde malleol kırıklarına en sık supinasyon - adduksiyon mekanizması neden olur. Y

80. Pelvis kırıklarının değerlendirilmesinde 40° (kaudal) inlet grafisi hemipelvisin dikey deplasmanını, sakral kırıkları gösterir. Y
81. Ağrı ve ısı duyusu lateral spinotalamik traktusta seyreder. D
82. C-6 kökü, C-5 ve C-6 arasındaki foramenden çıkar. D
83. Batson pleksusu, dorsolomber vertebraların önünde yer alan arterial pleksusa verilen isimdir. Y
84. Spinal travma sonrası nörolojik değerlendirmede kullanılan ASIA skalasına göre Tip A hastalarda motor-duyu defisit yoktur. Y
85. Spinal travma sonrası bir hastada spinal şok tespit edilirse, hasta 24-48 saat içerisinde ameliyata alınmalıdır. Y
86. Spinal travmalarda progresif nörolojik defisiti olan hastalar kesin cerrahi tedavi endikasyonu olan hastalardır. D
87. Lomber vertebra kırıklarında kanal içi fragman varlığı, nörolojik defisit ile orantılıdır. Y
88. Birden fazla seviyede kök hasarı olan vertebra burst kırıklarında dekompresyon ve stabilizasyon endikasyonu vardır. D
89. Lomber vertebra kırıklarında vertikal lamina kırığı varlığında dura yırtığı riski fazladır ve redüksiyon sırasında nörolojik defisit gelişebileceğinden dikkatli olmak gerekir. D
90. Denis zone 3 sakral kırıklar daha nadir görülen fakat nörolojik defisit riski en yüksek olan kırıklardır. D
91. İnfantil skolyozda kostovertebral açı farkı (RVAD) 20 dereceden fazla ise takip önerilir. Y
92. Juvenil idyopatik skolyozda nöral yapılarda problem olma ihtimali fazla olduğundan MR ile inceleme yapılması gerekmektedir. D

93. Skolyozda posterior enstrümantasyon ve füzyon, triradiate kırıldak açıkken yapıldığında “crankshaft” fenomeni gelişebilir. D
94. Skolyozda yana eğilme grafileri yatarak çekilir. Y
95. Adamkiewicz arteri yaralanmalarında quadripleji gelişir. Y
96. Torakal ve lomber vertebra kırıklarının %60'ı T11 ve L2 seviyeleri arasında meydana gelmektedir. D
97. Oksipitoservikal instabilite varlığında, traksiyon ve kapalı redüksiyon kesinlikle uygulanmamalıdır. D
98. Anterior servikal cerrahi yaklaşımın en sık komplikasyonu enfeksiyondur. Y
99. Posterior ligamentöz kompleksi sağlam ve nörolojik muayenesi normal olan stabil burst kırıkları, 1 ay immobilizasyon ile tedavi edilir. Y
100. “Cauda equina” sendromunda, idrar ve gaita kontrol kaybı olmaz. Y
101. Distal humerus kırığına posteriordan triseps içinden girişte proksimale gidildikçe ulnar sinir yaralanma riski artar. Y
102. Sağlam dirsekte valgus stresine karşı koyan primer yapı radius başıdır. Y
103. Romatoid artrit bağı servikal vertebrada subluksasyon en sık C1-C2 arasında olur. D
104. Karpal tunelde median sinir basısına neden olan yapı transvers karpal ligamandır. D
105. Finkelstein testi, Dequervain tenosnovitinde başparmak avuç içindeyken yapılan ulnar deviasyonda ekstansör 1. kompartman üzerindeki ani yanma hissinin ortaya konmasıdır. D
106. Romatoid artrit en sıklıkla tutulan el eklemleri DIP eklemlerdir. Y

107. Spinoglenoid çentikte supraskapular sinir basısı sadece supraspinatus kasının atrofisine sebep olur. Y
108. Humerus başını besleyen asıl arter posterior sirkumfleks arterdir. Y
109. Omuz muayenesinde lift-off bulgusu subskapular kasın yaralanmasını düşündürür. D
110. Distal humerus kırığı sonrası gelişen radial sinir hasarında iyileşme bulgularının görüleceği ilk kas brakioradialistir. D
111. Sternoklavikular çıkık geç dönem semptomları arasında ses kısıklığı ve disfaji olabilir. D
112. Lateral epikondilitte dirence karşı parmak ekstansiyonu ağrılıdır. D
113. Ulnar sinir dağılımı C5 ve C6 köklerinden oluşur. Y
114. Allen testi elin 2 nokta duyusunu ölçmekte kullanılan bir testtir. Y
115. Elin tüm intrinsikleri ve lumbrikal kasları ulnar sinirden inerve edilir. Y
116. Tetik parmakta en sık etkilenen pulley A2 pulleydir. Y
117. Skapular kanatlanma, en sık uzun torasik sinir yaralanması ile olur. D
118. Jersey parmak fleksör digitorum profundusun kemik yapışma yerinden avulsiyonudur. D
119. Tinel bulgusu periferik sinirin nerede sıkıştığını gösterir. Y
120. Onarılamayan rotator manşet yırtıklarında tendon transferi için en sık latissimus dorsi kullanılır. D

121. Dev hücreli kemik tümörü, uzun kemiklerin diafizinde subkortikal yerleşim gösterir. Y
122. Anevrizmal kemik kisti tespit edildiğinde 6 aylık dönemlerde takibe alınır. Y
123. Basit kemik kisti genellikle uzun kemiklerin diafizine yerleşir. Y
124. Myelom, kırmızı ilikten köken alan habis bir tümördür. D
125. Ewing sarkomunda coğrafik tarzında yıkım görülür. Y
126. Fibröz displazide tibia üst ucunun tutulumu durumunda “çoban asası” deformitesi görülebilir. Y
127. Konvansiyonel kondrosarkomun standart tedavisinde kemoterapinin yeri yoktur. D
128. Yüksek evreli kondrosarkomun tedavisinde geniş veya radikal sınırlarda rezeksiyon uygulanır. D
129. Primer kondrosarkom genellikle yüzeysel (periferik) yerleşim gösterir. Y
130. Kondrosarkom yirmi yaşın altında oldukça nadir görülür. D
131. Kondroblastom genellikle uzun kemiklerin epifizlerine yerleşir. D
132. Multiple enkondromatozis, herediter geçişi olmayan bir hastalıktır. D
133. Parosteal osteosarkom, tipik olarak femur alt ucunun arka bölümünü tutar. D
134. Osteosarkom tedavisinde kemoterapinin yeri yoktur. Y
135. Osteoblastomun tedavisinde genişletilmiş küretaj ve grefonaj önerilir. D

136. Geniş rezeksiyonda tümör içinde bulunduğu kompartmanın tamamı ile çıkartılır. Y
137. Yavaş büyüyen iyi huylu tümörlerde kemikte coğrafik tipte yıkım görülür. D
138. Tümörün yumuşak dokuya yayılmasını ve intramedüller uzanımını en iyi bilgisayarlı tomografi (BT) ortaya koyar. Y
139. Yumuşak doku sarkomları en sık akciğere metastaz yapar. D
140. Ewing sarkomunda şikayetlerin başlaması ile ilk tanı arasında geçen süre çok kısadır. Y
141. Omuz artrozunun cerrahi tedavisinde hemiarthroplasti, ağrı kontrolünde, total omuz artroplastisine göre daha üstündür. Y
142. Omuz total reverse (ters) artroplastisi, rotator manşet yırtığı artropatisinde görülen humerus başının superiora migrasyonunu engeller. D
143. Akromiyoklavikular eklemden koronal planda (superior-inferior) stabiliteyi sağlayan yapı, akromiyoklavikular ligamandır. Y
144. Yirmi yaş altı hastalarda travmatik omuz çıkıklarının tekrarlama riski %90'lar civarındadır. D
145. Rotator manşet tamiri yapılan hastalarda yırtık alanı büyüdükçe tamirin başarılı olma olasılığı artar. Y
146. Adheziv kapsülit (donuk omuz) tedavisinde öncelikle tercih edilen yöntem artroskopik cerrahidir. Y
147. Superior labrum (SLAP) yırtığı bulunan 40 yaşın üstündeki hastalarda labrum tamiri yerine biseps uzun başının tenodesi tercih edilir. D
148. Çömelme ile ağrı ve kilitlenme ön çapraz bağ sorunları ile ilişkilidir. Y

149. Maksimum gerilme kuvveti en zayıf diz bağı, dış yan bağ (lateral kollateral ligaman) dır. D
150. Kadın cinsiyet, patellar instabilite için yüksek risk faktörü olarak saptanmıştır. D
151. Lateral menisküs yırtıkları, medial menisküse göre 3 kat daha sık görülür. Y
152. Menisküs yırtıkları arasında periferik yerleşimli olanların iyileşme potansiyeli en yüksektir. D
153. Dirseğin fleksiyon pozisyonunda en önemli medial stabilizan anatomik yapı ulnar kollateral ligamanın anterior bantıdır. D
154. Elektrik çarpması ve epileptik nöbetlerde omuz genellikle posterioara disloke olur. D
155. Omuz ekleminin dejeneratif artritinde santral glenoid erozyonu tipiktir. Y
156. Anterior omuz çıkığıında rotator manşet yırtığının eşlik etme olasılığı 45 yaş üzerinde artar. D
157. Adolesan sporcularda dirsek ekleminde osteokondritis dissekans tipik olarak kapitellumda yer alır. D
158. Aksiller sinir tarafından innerve edilen kaslar deltoid ve teres minördür. D
159. Tüm akromiyoklaviküler eklem çıkıkları cerrahi tedavi edilmelidir. Y
160. Lateral menisküs yırtıkları, medial menisküse göre 3 kat daha sık görülür. Y
161. Omuz total reverse (ters) artroplastisi, rotator manşet yırtığı artropatisinde görülen humerus başının superiora migrasyonunu engeller. D
162. Total diz artroplastisinde tibia rotasyon platformu kullanılır ise ön çapraz bağ korunur. Y

163. Primer total diz artroplastisinde izin verilen en fazla eklem seviyesi elevasyonu 8 mm dir. D
164. “Femoral roll back” (arkaya doğru yuvarlanma), femur-tibia arasındaki temas eden noktaların arkaya doğru yer değişimi olarak tanımlanmaktadır. D
165. Reverse (ters) omuz protezi sonrası en sık görülen komplikasyon skapula altında çentiklenmedir. D
166. Diz eklemının ilk 20 derecelik fleksiyonu sırasında hakim olan hareket kaymadır (gliding). Y
167. Hareketli taşıyıcı unikompartmantal diz artroplastisi için ön çapraz bağ yetmezliği yetmezliği, kesin kontrendikasyondur. D
168. Total kalça artroplastisi yapılmış bir hastanın ipsilateral alt ekstremitede internal rotasyon, kısalık ve addüksiyon gelişir ise anterior dislokasyon olduğu düşünülür. Y
169. Metal-on-metal total kalça protezi kullanımında hipersensivite reaksiyonu, yüksek oranda devamlı yıkım ürünü meydana gelmesiyle ilişkilidir. Y
170. Tibia valgus osteotomisi için ön çapraz bağ yetmezliği bir kontrendikasyon değildir. D
171. Seramik-seramik taşıma yüzeyi olan bir implantta, komponentlerden birindeki kırık nedeni ile revizyon gereği olur ise, metal-polietilen taşıma yüzeyine geçilmelidir. Y
172. Total diz artroplastisinde posterior gevşetme, popliteal arter yaralanmasından kaçınmak amacı ile ekstansiyonda yapılmalıdır. Y
173. Valgus dizde total artroplastisi sonrası peroneal sinir felci tanısı konulduğunda, acil şartlarda peroneal sinirin eksplorasyonu ve dekompresyonu gerekir. Y
174. Total diz artroplastisi uygulaması sırasında gelişen mediyal kollateral bağ yaralanmasında koronal plan instabilitesi gelişmemesi için önerilen tedavi yüksek destekli revizyon protezidir. D

175. Yüzey deęiřtirme (resurfacing) artroplastisi için en uygun adaylar 60 yaş üstündeki hastalardır. Y

176. Total kalça protezi uygulamalarından sonra heterotopik ossifikasyonun oluşumunu engellemek için riskli hastalarda 500 cGy dozunda radyoterapi önerilen yöntemlerden biridir. D

177. Total kalça protezinde 22 mm baş, 32 mm baş ile kıyaslandığında daha fazla lineer aşınmaya uğrar. D

178. Varus deformiteli inflamatuvar diz osteoartrisinde tibial osteotomi uygun değildir. D

179. Total diz protezi ameliyatı esnasında tibial komponent, patellar uyumsuzluğa (maltracking) yol açmamak için medialize edilmelidir. Y

180. Valgus dizlerde total diz protezi uygulanırken fleksiyon ve ekstansiyonda sıkılık varsa, önce dış yan bağ ve popliteus tendonu gevşetilir. D

181. Ayak bileği artroskopisinde, standart lateral portal girişte, en sık superfisyal peroneal sinir yaralanması görülür. D

182. Halluks valgusta, bunyenektomi esnasında iatrojenik olarak en sık derin peroneal sinir yaralanır. Y

183. Deplase talus boyun kırığı cerrahi tedavi sonrası en sık görülen komplikasyon posttravmatik artritir. D

184. Halluks rijitus, transfer metatarsaljiye sebep olur. D

185. Peroneus brevis, tibialis posterior'un antagonistidir. Y

186. Lisfrank ligamenti 2.metatars bazisinden medial kuneiforma doğru uzanır. D

187. Peroneus tertius ayak bileğine dorsifleksiyon ve eversiyon yaptırır. D

188. Flurokinolon kullanımı, aşil tendinopatisi gelişme ihtimalini arttırır. D
189. Akut aşil tendon rüptürü perkutan tamirinde, sural sinir yaralanması en sık karşılaşılan komplikasyondur. D
190. Anterior tarsal tünel sendromunda, yüzeysel peroneal sinir tutulur. Y
191. Ayağın spring ligamanı, talus ve kalkaneus arasında yer alır. Y
192. Hallukal sesamoidler, plantar fasya tarafından birarada tutulur. Y
193. Charcot- Marie- Tooth (CMT) hastalığı en sık otozomal dominant geçiş gösterir. D
194. Vulpius yönteminde gastroknemius kası uzatılırken, sural sinir yaralanma riski fazladır. D
195. Anterior talofibular ligament intrakapsüler yerleşim gösterir. D
196. Tillaux kırığında fragmanların deplasmanından sorumlu bağ, posterior tibiofibuler bağlıdır. Y
197. Deplase intraartiküler kalkaneus kırığının konservatif tedavisi sonrası peroneal tendinit gelişebilir. D
198. Böhler açısı normal değeri 40° – 60° dir. Y
199. Deltoid ligament, ayak bileği sindesmoz yapısı içinde yer alır. Y
200. Freiberg hastalığı en sık 2. metatars başında görülür. D