

# 2014 ORTOPEDİ ve TRAVMATOLOJİ UZMANLIK EĞİTİMİ GELİŞİM SINAVI SORU ve YANITLARI

1.	D	Grasiliis kası iki ekleme etki yapan bir kastrır.
2.	Y	Menisküslerde mekanoreseptör yoğunluğu periferde en yüksek düzeydedir.
3.	D	Kızlarda triradiate Y kırıkdağın kapanması, en hızlı büyüme döneminden sonra ve menarşdan önce gerçekleşir.
4.	D	Osteoklastlarda kalsitonin reseptörü vardır.
5.	D	Parathormon, osteoblastları doğrudan aktive eder.
6.	Y	Büyüme hormonu (growth hormone) fiziste hipertrofik zonu etkiler.
7.	D	İsotropik maddeler üç ortogonal planda aynı elastik özellikleri gösterir.
8.	D	Kalsiyum, fosfat ve D vitamini düzeyinin düşük; alkalin fosfataz ve parathormon düzeyinin yüksek olması raşitizm ile uyumludur.
9.	D	İskorbüt hastalığında kondroitin sülfat sentezi azalır.
10.	Y	Vitamin C eksikliğinin neden olduğu kemik yapımı defekti diyafizde metafizden daha belirgindir.
11.	D	Karbonik anhidraz hidrokisiapatitin çözülmesini sağlayarak kemik rezorpsiyonuna neden olur.
12.	Y	Kemik allogreftleri güçlü osteoindüktif özellik taşır.
13.	Y	Kalsiyum fosfat bazlı kemik greftleri, kalsiyum sülfat bazlı greftlere kıyasla daha hızlı rezorbe olur.
14.	Y	Distraksiyon osteogenezinde optimal stabil şartlarda endokondral kemikleşme görülür.
15.	D	Osteogenesis imperfekta, tip I kollajen sentezindeki genetik sorundan kaynaklanır.
16.	Y	D vitamini dirençli ailesel hipofosfatemik raşitizm, X kromozomuna bağlı resesif geçiş gösterir.
17.	D	Titanium kendiliğinden stabil bir titanyum oksit tabakası oluşturur.
18.	Y	Seramik gibi kırılğan materyaller kırılmadan önce kalıcı plastik deformasyon gösterir.
19.	D	Viskoelastik maddelerde gerinim hızı (strain rate) arttıkça, elastik modülüs artar.
20.	Y	Betalaktam antibiyotikleri, bakteriyel RNA sentezini inhibe eder.
21.	Y	Klindamisin tedavi edici kan düzeylerinde bakterisid etki gösterir.
22.	D	Kinolon antibiyotikleri kırık iyileşmesini inhibe eder.
23.	D	Siprofloksasin kullanımı pediatrik yaş grubunda kırıkdağ erozyonuna neden olur.
24.	D	Hücre membran proteinlerinden p-glikoprotein, tümör hücrelerinin kemoterapötik ilaçlara dirençli olmasını sağlar.
25.	Y	Gut artropatisinde sinovyal sıvıda kalsiyum pirofosfat kirstalleri görülür.
26.	Y	Heparin pıhtılaşma faktörleri II, VII, IX ve X un sentezlerini önleyerek antikoagulan etki gösterir.
27.	Y	Warfarin, K vitamini bağımlı pıhtılaşma faktörleri II, VII, IX ve X a bağlanarak etki gösterir.
28.	D	Matriks metalloproteinazları doku bazal membranlarını bozarak metastatik büyümeye yardım eder.
29.	Y	Retinoblastom geni bir dominant onkojendir.
30.	D	Akışlı sitometri (flow cytometry) hücrelerin DNA içeriğini ölçmede kullanılan bir yöntemdir.
31.	D	Ortolani testinde "çıkık kalçanın abduksiyona getirilerek yerine konması" amaçlanır.
32.	Y	Gelişimsel kalça displazisinin ultrason ile tanısında alfa açısı, kırıkdağ çatı açısını gösterir.
33.	D	Graf'a göre Tip 1 gelişimsel kalça displazisinin ultrasonografisinde ölçülen alfa açısı 60°den büyüktür.
34.	Y	Küçük trokanterden başlayarak femur boynundan göz yaşı damlasına ulaşan yay şeklindeki çizgiye Shenton-Menard hattı denir.
35.	D	Gelişimsel kalça displazisi tedavisi sonrası oluşan Bucholz-Ogden Tip 2 avasküler nekrozda femoral epifiz horizontalleşir.
36.	D	Kapalı redüksiyonun yeterliliğini test eden Ramsey'in güvenli zonu (safe zone) minimum 20 derece olmalıdır.
37.	Y	Çocuklardaki femur diafiz kırıklarında en sık karşılaşılan komplikasyon etkilenen ekstremitede kısalık gelişmesidir.
38.	Y	12 yaşında ve 55 kg ağırlığındaki bir çocukta transvers femur kırığı için en uygun cerrahi seçenek, elastik intramedüller çivileme ile fiksasyondur.
39.	Y	Osgood-Schlatter hastalarında tibia tüberkülünde oluşan ve semptom veren kemikçikler çıkartılmalıdır.
40.	D	Wiberg'in merkez kenar CE açısı ölçümü 5 yaş sonrası kullanılabilir.
41.	Y	Çocuklardaki diskoid menisküs ağrısız olsa dahi, snapping (çıtırdama) varsa parsiyel menisektomi ile tedavi edilmelidir.
42.	Y	Perthes hastalığında artmış gözyaşı damlası-baş mesafesi iyi prognoz işaretidir
43.	D	Konjenital koks varada, femur boyun-cisim açısının 110 derecenin altında olması, cerrahi tedavi gerektirir.
44.	Y	Perthes hastalığında Herring sınıflaması femur başı epifizinin medial kolon yüksekliğine göre yapılan sınıflamadır.
45.	Y	Proksimal femurda sekonder ossifikasyon merkezleri geliştikten sonra görülen bir metafizel enfeksiyon kolaylıkla epifize yayılabilir.
46.	D	Endokrinopatiye bağlı femur başı epifiz kaymasında sağlam kalçanın profilaktik stabilizasyonu gereklidir.
47.	Y	Stabil olmayan SCFE şüphesi olan hastalarda A-P pelvis grafisi yanında kurbağa (frog leg) grafisinin alınması gereklidir.
48.	D	Açık redüksiyon sonrası femoral derotasyon posterior redislokasyon riskini artırır.
49.	D	Alfa fetoprotein düzeyinin yüksek olması, miyelodisplazi leyhinedir.
50.	D	Meningomyeloselde gelişen çarpık ayağın cerrahisi için emekleme dönemi sonrası beklenmelidir.
51.	D	Diz ağrısı ile başvuran adolesanlarda dikkatli bir kalça muayenesi yapılmalıdır.
52.	D	Genel vücut travması olan hastada laktat seviyesinin 2.5mmol/L düzeyinin altında olması resusitasyonun yeterli olduğunu gösterir.
53.	D	Ekstremitte bazı hasar kontrollü ortopedik yaklaşımda tibiaya uygulanan eksternal fiksatörler 7-10 gün içinde intramedüller çivi ile değiştirilebilirler.
54.	Y	Ezilmiş ekstremitte ciddi skorunda (MESS) hasta yaşı belirleyici değildir.
55.	D	Çok parçalı diafiz kırıklarında uygulanan köprü plaklama yöntemiyle sekonder kemik iyileşmesi gerçekleşir.
56.	Y	Minimal invaziv plak ile osteosentez tekniğinde plak kemik ile periost arasından kaydırılarak uygulanır.

57.	D	Alt ekstremitelerde ayak bileği-kol indeksinin 0.9 un altında olması, arteriyel yetmezliği gösterir.
58.	D	Tip 3 akromioklavikuler eklem çıkığında akromioklavikuler ve korakoklavikuler bağların bütünlüğü bozulmuştur.
59.	D	Sternoklavikular eklem dizilimi, 40 derece sefalik eğim projeksiyonu ile değerlendirilir.
60.	D	Gleoid kenar kırığı eklem yüzeyinin dörtte birini içeriyorsa instabiliteyi engellemek için cerrahi stabilizasyon gerekir.
61.	Y	Humerus shaft kırıklarında intramedüler çivi uygulamasında kaynama oranı kompresyon plağı uygulamasına göre daha yüksektir.
62.	D	Humerusun total radial sinir disfonksiyonu görülen açık diyafizer kırıklarında, sinir erken dönemde eksplore edilmelidir.
63.	Y	Dirsek çıkığı sonrası gelişen heterotopik ossifikasyonda heterotopik kemiğin erken rezeksiyonu dirsek sertliğini önemli ölçüde azaltır.
64.	Y	Distal radioulnar eklem çıkığı ile birlikte olan radyusun proksimal 1/3 kırıkları Monteggia kırıklı çıkığı olarak adlandırılır.
65.	D	Ön pelvik halkada 2.5 cm den fazla ve arka halkada 1 cm den fazla ayrışma cerrahi tedaviyi gerektirir.
66.	D	Pelvis travmalarında eksternal fiksasyon, arka halkanın stabilizasyonunu sağlamada yetersizdir.
67.	D	Perkütanöz iliosakral vida tesbitinde L5 kökü en sık yaralanan köktür.
68.	D	Asetabulum anterior kolonun bütünlüğünü değerlendirmek için obturator oblik grafi kullanılır.
69.	Y	Çocuklarda Y kırığının etkilendiği asetabulum kırıklarında, çocuk ne kadar küçükse femur başında ilerleyici subluksasyon gelişme riski o kadar azdır.
70.	D	Travmatik kalça çıkıklarında redüksiyon sonrası mutlaka BT çekilmelidir.
71.	Y	Travmatik posterior kalça çıkığında alt ekstremitte fleksiyon, abduksiyon ve dış rotasyonda durur.
72.	D	Suprakondiler femur kırıklarında, distal parça ekstansiyona gitme eğilimindedir.
73.	D	İskemi dışı nedenlerle transtibial amputasyonda istenen seviye eklem çizgisinin 15 cm distalidir.
74.	D	Kapalı tibia diafiz kırıklarının tesbitinde uygulanan intramedüller çivileme sonrasında en sık görülen komplikasyon diz ağrısıdır.
75.	D	Ayak bileği kırıklarında çekilen grafide tibiofibuler örtüşmenin 10 mm den küçük olması sindesmoz yaralanmasını gösterir.
76.	D	Ayak bileği yaralanmalarında Lauge-Hansen sınıflamasına göre en sık görülen yaralanma mekanizması supinasyon-eksternal rotasyondur.
77.	D	Ameliyat sonrası görme kaybı prone pozisyonda artan intraoküler basınca bağlı oluşur.
78.	D	Kongenital omurga eğriliğinde konveks hemiepipifizeoz cerrahisi için hasta 5 yaşından küçük olmalıdır.
79.	Y	Omurga anomalisi olan hastaların büyük çoğunluğunda genetik neden belirlenir.
80.	Y	İnfantil idiopatik skolyozda kosta vertebral açı RVD 20 dereceden fazla ise alçı ile tedavi faydasızdır.
81.	D	Juvenil idiopatik skolyoz, idiopatik skolyozlar arasında ilerleme olasılığı en yüksek olanıdır.
82.	Y	Adelosaan idiopatik skolyozda sağ torasik eğriliğe intraspinal anomali olasılığı nedeniyle MRG önerilir.
83.	Y	Mehta'nın kostavertebral açı farkı, juvenil skolyozda prognostik kriterdir.
84.	D	Scheuermann hastalığına eşlik eden skolyoz ilerleyiştir.
85.	Y	Piyojenik vertebral osteomyelitte disk aralığı korunur.
86.	Y	Omurga kırıklarının en sık görüldüğü yer servikotorasik bileşkedir.
87.	Y	Büyüyen omurgada anterior füzyondan sonra posteriorun büyüme devam ederek dekompenzasyona neden olmasına "Crankshaft Fenomeni" adı verilir.
88.	Y	Brown-Sequard sendromunda karşı tarafta motor kayıp ve pozisyon ile derin duyu kaybı; aynı tarafta ağrı ve ısı duyusu kaybı görülür.
89.	Y	Spondilolistezizli adölesan erkek hastada kaymanın progresyon riski daha fazladır.
90.	Y	Spinal stenozda, epidural steroid enjeksiyonlarına, klinik düzelme sağlanıncaya kadar devam edilir.
91.	D	Sakral foramenin lateralinde kalan vertikal bir kırık Denis Zone I kırığıdır.
92.	D	Omurganın Forestier Hastalığı ardışık üç seviyede kenarlarda yerleşim göstermeyen osteofitlerin görülmesiyle karakterize hastalıktır.
93.	D	Nöromuskuler eğriliğe matüriteden sonra ilerlemeye devam eder.
94.	D	Duchenne muskuler distrofisinde steroid kullanımı skolyoz gelişimini yavaşlatır.
95.	Y	Vertebral osteoblastoma ve osteoid osteoma daha çok korpusta yerleşir.
96.	D	Metastatik lezyonlar omurganın en sık görülen neoplazik hastalıklarıdır.
97.	Y	İşaret parmağı ve orta parmağın lumbrikal kaslarını ulnar sinir inerve eder.
98.	D	Elde Froment bulgusu, addüktör pollicis kasının güçsüzlüğünü gösterir.
99.	D	Anterior interosseal sinir sendromunda duyu sorunu gözlenmez.
100.	D	Lumbrikal (+) pozisyonu, MP fleksiyon, ve PIP ekstansiyon durumunu ifade eder.
101.	D	Elde akut çekic parmak, kuğu boyun deformitesinin nedenlerinden birisidir.
102.	Y	El parmaklarında ekstansör aparat PIP düzeyindeki santral slip kopması kuğu boynu deformitesine neden olur.
103.	Y	İntrinsik gerginlik elde pençe el deformitesine sebep olur.
104.	D	Distal radyus kırıklarında 5 mm den fazla kısalık, distal radyoulnar eklem instabilitesini işaret eder.
105.	Y	Skafoidin AP grafide izdüşümünün tam olması için el bileği radyal deviasyonda olmalıdır.
106.	Y	Skafoid kaynamamasına bağlı olarak gelişen artritde ilk dejeneratif değişiklikler skafolunat eklemlerde gelişir.
107.	D	El bileği volar interkale seğment instabilitesinde skafolunat açı 35°nin altındadır.
108.	Y	Sunderland sınıflamasına göre III. derece sinir yaralanmasında aksonlar orijinal hedeflerine ulaşır.
109.	Y	Posterior interosseal sinir komplet lezyonu olan bir hasta, el bileği dorsifleksiyonu yapamaz.
110.	D	Brakiyal pleksus yaralanmasında preganglionik olanlar postganglionik olanlara göre daha kötü prognoza sahiptir.
111.	Y	Dirsek üstü radyal sinir lezyonlarında en erken geri dönen motor işlev, ekstensör pollicis longus işlevidir.
112.	Y	El parmaklarında PIP düzeyinde palmar plak yetmezliği, düğme iliği deformitesine neden olur.
113.	Y	Elde fleksör tendon yaralanmaları sonrası aktif fleksiyon protokolü tedavisinin başlanabilmesi için en az sekiz geçişli onarım yapılmalıdır.
114.	D	Diabet, palmar aponözün Dupuytren hastalığı için bir risk faktörüdür.

115.	D	Mukopolisakkaridozlar, çocukluk çağında karpal tünel sendromu nedenlerindedir.
116.	D	Başparmak pürülan tenosinoviyinin küçük parmağa Parona aralığı yolu ile bulaşması mümkündür.
117.	Y	Lisfranc ligamanı medial küneiform ve birinci metatarsal arasında uzanır.
118.	D	Ayaktaki lateral üç parmağın dolaşımından lateral plantar arter sorumludur.
119.	Y	Pes kavusta uygulanan lateral blok testi birinci sıranın esnekliğini değerlendirmeyi amaçlar.
120.	Y	Tarsal tünel sendromunda provakatif test, ayak bileği plantar fleksiyon ve inversiyona zorlanarak yapılır.
121.	Y	Talus kırıklarında yaralanmadan 3 ay sonra direkt grafide görülen Hawkins çizgisi (subkondral siyahlık) avasküler nekroz lehinedir.
122.	D	Talusun kanlanması en belirgin katkısı posterior tibial arterden ayrılan tarsal kanal arteri sağlar.
123.	Y	Triplanar kırıklar ayak bileğinde iç rotasyon kuvveti sonrasında oluşan Salter Harris tip 2 ve tip 3 ün kombine halidir.
124.	Y	Ayak bileği kırıklarındaki Lauge-Hansen sınıflamasında ilk terim deforme edici gücü ikinci terim ise ayak bileği pozisyonunu anlatır.
125.	D	Malleol kırıklarının AO sınıflamasındaki B1, sindesmoz seviyesindeki izole fibula kırıklarını anlatır.
126.	D	Medial subtalar çıkıklar araya interpoze olan yumuşak doku yoksa kolay redükte edilirler
127.	D	Semptomatik subtalar koalisyonu olan bir bireyde medial fasetin %50 sinden azını ilgilendiren bar varsa rezeke edilmelidir.
128.	Y	Ayak bileği maksimum plantar fleksiyonda, ayak 15° pronasyonda, horizontalden 75° açı ile ön-arka planda çekilen direkt radyogram, subtalar eklem posterior fasetini gösterir.
129.	D	Diyabetik ayak tedavisinde Achilles tendon uzatılmasının yeri vardır.
130.	D	Dwyer osteotomisi kalkaneokavus deformitesi varlığında kalkaneusa uygulanan bir ostetomidir
131.	Y	Talus osteokondral lezyonlarında medialdeki lezyonlar sıklıkla travmaya bağlıdır.
132.	D	Anterior tarsal tünel sendromu inferior ekstansör retinakulumun komşuluğunda derin peroneal sinirin sıkışmasıyla oluşan klinik bir durumdur.
133.	Y	Ayaktaki interdigital nöroma en sık dördüncü web aralığında gözlenir.
134.	Y	Plantar keratoz tedavisinde medial longitudinal ark desteği kullanılır.
135.	Y	Dansçılarda talar kompresyon sendromunda sıkışan yapı, sustentakulum tali dir.
136.	D	Erişkinde Charcot-Marie-Tooth hastalığı pes kavus nedenleri arasında yer alır.
137.	D	20 yaş altı omuz çıkıklarında en sık karşılaşılan komplikasyon, çıkığın tekrarlamaıdır.
138.	D	Posterior omuz çıkığında, eksternal rotasyon yapılamaz.
139.	Y	Omuz çok yönlü instabilite olgularının tedavisinde cerrahi tedavi esastır.
140.	D	Doksan derece abduksiyonda omuz eklemine ön-arka planda stabilitesini sağlayan en önemli yapı inferior glenohumeral ligaman komplekstir
141.	D	Dirsek eklemine fonksiyonel hareket arki 30-130 derece arasında fleksiyon-ekstansiyondur.
142.	Y	Tenisçi dirseği olgularında en fazla dejenere olan tendon ekstansör karpı radialis longus tendonudur.
143.	Y	Dirsek eklemi tam ekstansiyonda iken yapılan valgus zorlamasında stabiliteden en fazla sorumlu olan yapı medial kollateral bağıdır.
144.	D	Distal biceps tendon rüptüründe, supinasyon kuvvetinin % 50 si kaybedilir.
145.	D	Diz çıkıklarında, arka çapraz bağı sıklıkla femoral yapıya yerinden kopar.
146.	D	Diz eklemi posterolateral köşe, eksternal tibial rotasyonun primer stabilizatördür.
147.	Y	Ön çapraz bağı rekonstrüksiyonu sonrası düzenlenen rehabilitasyon programında diz eklemine ekstansiyonundan ziyade fleksiyonun tam olması hedeflenir.
148.	D	Diz eklemi tam ekstansiyonda iken yapılan valgus stres testi sırasında eklem aralığının belirgin olarak açılması çapraz bağı yaralanması olduğunu düşündürür.
149.	D	Diz eklemine osteokondrit görülme olasılığı en az olan bölge patella eklem yüzüdür.
150.	Y	Diz eklemine 2cm <sup>2</sup> ye kadar olan kırık defektlerinin tedavisinde olog kondrosit transferi altın standarttır.
151.	D	Ön çapraz bağı rekonstrüksiyonu sırasında femoral tünelin yeri, olması gereken yerden daha önde açılırsa hastada ameliyat sonrası fleksiyon kaybı olur.
152.	D	"Female athlete triad" olarak isimlendirilen klinik tablo amenore, stres kırığı ve yeme bozukluğunu içerir.
153.	D	Arka çapraz bağı rekonstrüksiyonunda tek-bant tekniği kullanılıyorsa, greft tespiti sırasında diz eklemi 90 derece fleksiyona alınır.
154.	Y	Arka çapraz bağı izole yaralanmalarında görülen muayene bulgusu tibianın arkaya kayması ve dışa rotasyonudur.
155.	Y	Arkuat ligaman diz eklemine medial kısmında yer alır.
156.	Y	Diz eklemineki bağlardan tensil kuvveti en fazla olan arka çapraz bağıdır.
157.	Y	İnkomplet yırtıklar medial menisküslerde, lateral menisküslere nazaran daha fazla görülür.
158.	D	Artroskopi uygulamalarında en sık görülen komplikasyon eklem içi yapıların hasarıdır.
159.	D	Kuadriseps kası kontüzyonu akut tedavisinde, 120° fleksiyonda bir gün immobilize edilir.
160.	D	İndium-111 işaretli beyaz kan hücreleri taraması, total kalça artroplastisi sonrası enfeksiyon tanısında kullanılan bir yöntemdir.
161.	Y	Romatoid artritli hastalarda total omuz artroplastisi uygulamasında humerus başında marjinal erozyonlar olması nedeniyle humerus başına sement fiksasyonuna gerek yoktur.
162.	D	Kalça eklemine anterior yaklaşımda (Smith-Peterson) m. sartorius ve m. tensor fascia latae arasından geçilerek kalça eklemine ulaşılır.
163.	D	Patent duktus arteriosus veya septal defekt, çift taraflı total kalça artroplastisi uygulaması için kontrendikasyon oluşturur.
164.	Y	Total kalça artroplastisinde uzun boyun tercihi, ameliyat sonrası dislokasyon olasılığını düşürür.
165.	Y	Total kalça artroplastisi sonrası siyatik sinirin gevşek durumda olması istenir ise, oturur pozisyon tercih edilir.
166.	D	Total kalça artroplastisinde vertikal offset, kullanılan protezin boyun uzunluğu ile modüler başın kazandırdığı uzunluğun toplamı olarak belirlenir.
167.	D	Total kalça artroplastisinde spinal ve epidural anestezi, genel anesteziye göre daha düşük pulmoner emboli riski taşır.
168.	Y	Total kalça artroplastisinde heterotopik ossifikasyon riski, anterior ve anterolateral yaklaşımlarda posterior yaklaşımlara göre daha azdır.
169.	D	Protrüzyo asetabulumun radyografik bulgusu, femur başının mediale, ilioiskial çizginin arkasına doğru göçüdür.
170.	D	Östrojen kullanımı, total diz protezi ameliyatlarında derin ven trombüsü riskini artırır.
171.	Y	Total diz artroplastisinde ekstansör mekanizmanın Q açısını arttıran her faktör, patellanın mediale kaymasına neden olabilir.
172.	D	Hipoplastik lateral kondil, posterior kondiler aksın internal rotasyonuna neden olur.

173.	D	Unikondiler diz artroplastisinde medial eklem aralığı, diz tam ekstansiyonda valgus stresi uygulandığında 1-2 mm açılmalıdır.
174.	Y	Fibular osteotomi sırasında peroneal sinir yaralanmasından kaçınmak için osteotomi proksimal 4 cm lik segmentte yapılır.
175.	D	Total diz protezi cerrahisi sonrası peroneal sinir felci gelişmiş ise hemen kompresif bandajlar açılmalı ve diz fleksiyona alınmalıdır.
176.	Y	Primer total diz artroplastisinde aseptik gevşeme femoral komponentde tibial komponente göre daha sık görülür.
177.	D	Total diz artroplastisinde ameliyat öncesi eklem hareket açıklığı, ameliyat sonrası eklem hareket açıklığını belirler.
178.	D	Total diz artroplastisinde femoral komponentin internal rotasyonu patellanın laterale subluksasyon riskini artırır.
179.	Y	Revizyon diz artroplastisinde daha önceki operasyonlara ait iki ayrı insizyon varsa daha medialdeki seçilmelidir.
180.	Y	Kemik tümörlerinin neden olduğu kemik destrüksiyonunu belirlemede magnetik rezonans görüntüleme, bilgisayarlı tomografiden daha duyarlıdır.
181.	D	Kemik tümörlerinin değerlendirilmesinde kullanılan kemik sintigrafileri, osteoblastik aktivite düzeyini gösterir.
182.	Y	Ekstremitte tümörlerinin cerrahi eksizyonu öncesi etkin eksangünasyon yapılmalıdır.
183.	Y	Ekstremitte tümörlerinde biyopsi, transvers kesiler kullanılarak yapılır.
184.	D	Fibröz displazi olgularında femur proksimalinde görülen deformiteye "çoban asası deformitesi" denir
185.	Y	Marjinal eksizyonda tümöral doku, reaktif doku ve bir miktar sağlam doku ile birlikte tek parça halinde çıkarılır.
186.	Y	Gövdenin bir yarısında birden fazla encondroma lezyonunun bulunmasıyla seyreden hastalığa bağlı olarak gelişen klinik tabloya Maffucci Sendromu denir.
187.	D	Dev hücreli kemik tümörü, uzun kemiklerin metafiz ya da metafizodiazifer alanından gelişir.
188.	Y	Tırnak yatağı glomus tümörü erkeklerde daha sıktır.
189.	D	Radyofrekans ablasyon, osteoid osteoma tedavisinde uygulanan bir yöntemdir.
190.	D	Osteosarkomların yaklaşık %90'ında başvuru anında yumuşak doku tutulumu da vardır.
191.	D	Sekonder osteosarkomda hastaların büyük çoğunluğu 50 yaş ve üzerindedir.
192.	Y	Anevrizmal kemik kistinin cerrahi tedavi sonrası nüks görülmez.
193.	D	Malign fibröz histiostoma'da, temel tedavi cerrahi eksizyondur.
194.	D	Malign fibröz histiositomada metastazlar sıklıkla hematojen yolla akciğerlere olmaktadır.
195.	D	Ewing sarkomu'nda ekstremitte proksimalinde yerleşim kötü prognoz kriteridir.
196.	Y	Basit kemik kistinde tedavi olarak marginal eksizyon uygulanır.
197.	D	Ewing sarkomu radyosensitifdir.
198.	D	Kondrosarkomun en sık rastlandığı dönem 4-6. dekadlardır.
199.	D	Rabdomiyosarkom, 20 yaş öncesi çocuklarda en sık görülen yumuşak doku sarkomudur.
200.	Y	Múltipl myelomda kemik destrüksiyonunu yapan perisitlerdir.