



YDUS SORULARI

2025-2



ROMATOLOJİ

Aşağıdaki kompleman proteinlerinden hangisinin eksikliğinin lupus benzeri klinik tablo ile ilişkili olması en az olasıdır?

- A) C1q
- B) C1r
- C) C3
- D) C2
- E) C1s

Doğru Cevap: C) C3

Açıklama:

Lupus benzeri klinik tablolar, özellikle **klasik kompleman yolunun erken basamak proteinlerinin eksiklikleri** ile yakından ilişkilidir. C1q, C1r, C1s ve C2; immün komplekslerin ve apoptotik hücrelerin temizlenmesinde kritik rol oynar. Bu proteinlerin eksikliğinde immün kompleks klirensi bozulur, otoantijen sunumu artar ve sistemik lupus eritematozus benzeri otoimmün tablolar gelişebilir.

C3 ise kompleman sisteminin **merkezi bileşenidir** ve eksikliği esas olarak **tekrarlayan ağır piyojenik enfeksiyonlar** ile ilişkilidir. C3 eksikliği otoimmüniteye yol açabilse de lupus benzeri klinik tablo ile güçlü ve tipik bir ilişkisi yoktur.

Diğer Seçenekler Neden Yanlış?

- A) **C1q**: Apoptotik hücrelerin temizlenmesinde temel rol oynar. Eksikliğinde immün kompleks birikimi artar ve lupus benzeri otoimmün tablolar çok sık görülür. SLE ile en güçlü ilişkili kompleman eksikliklerinden biridir.
- B) **C1r**: Klasik kompleman yolunun erken basamak proteinidir. C1 kompleksinin fonksiyon bozukluğu immün kompleks klirensini azaltır ve otoimmüniteye yatkınlık oluşturur. Lupus benzeri tablolarla ilişkilidir.
- D) **C2**: En sık görülen kompleman eksikliğidir. SLE ve SLE-benzeri otoimmün hastalıklarla belirgin şekilde ilişkilidir. Aynı zamanda enfeksiyonlara yatkınlık da görülür.
- E) **C1s**: C1 kompleksinin bir parçasıdır ve klasik yolun aktivasyonu için gereklidir. Eksikliğinde otoimmünite ve lupus benzeri klinik bulgular ortaya çıkabilir.

ETİYOLOJİ ve PATOGENEZ

SLE dersindeki etiopatogenez slaytlarında en alt satırda geçiyor C1, C2 ve C4

- Genetik faktörler

- SLE'li hastaların kardeşlerinde SLE riski 30 kat
- Genom-wide association studies
- İmmün yanıt, inflamasyon, DNA tamiri, inflamatuvar hücrelerin endotele yapışması, doku hasar yanıtında rol alan genlerin önemi
- HLA DR2, HLA DR3
- Kompleman sisteminin erken bileşenlerinin konjenital eksiklikleri (C1, C2 ve C4)

Erken Kompleman eksiklikleri immün kompleks temizlenmesinde defekt oluşturur

Geç kompleman eksiklikleri özellikle neisseria enf oluşur

İnsanda antijen sunan hücre yüzeyinde eksprese olan MHC sınıf II molekülleri ile ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

- A) Alfa ve beta zincirlerinden oluşan heterodimerik yapıdadır.
- B) Antijeni alfa1 ve alfa2 domain ile bağlar.
- C) T hücrelere antijen sunumunda T hücresi üzerindeki CD4 molekülü ile temastadır.
- D) MHC sınıf I moleküllerinden daha büyük peptidleri bağlayabilir.
- E) 6. kromozomun kısa kolundaki MHC lokusunda bulunan genler tarafından kodlanır.

Doğru Cevap: B) Antijeni alfa1 ve alfa2 domain ile bağlar.

Açıklama:

MHC sınıf II molekülleri, antijen sunan hücrelerin yüzeyinde eksprese edilen ve ekzojen kökenli peptidleri CD4⁺ T lenfositlere sunan yapılardır. Yapısal olarak **alfa ve beta zincirlerinden oluşan heterodimerik** bir kompleks hâlinindedir. Antijen bağlama oluşu, **alfa1 ve beta1 domainleri** tarafından oluşturulur.

MHC sınıf II molekülleri, MHC sınıf I'e kıyasla **daha uzun peptidleri** bağlayabilir ve T hücrelerle etkileşim sırasında **CD4 molekülü** ile temas eder. Genetik olarak da **6. kromozomun kısa kolunda (6p21)** yer alan MHC lokusu tarafından kodlanırlar.

Diğer Seçenekler Neden Yanlış?

A) **Alfa ve beta zincirlerinden oluşan heterodimerik yapıdadır.**MHC sınıf II molekülleri bir alfa ve bir beta zincirinden oluşur. Her iki zincir de membranı geçen ve polimorfik yapılar içerir. Bu tanım MHC sınıf II için doğrudur.

C) **T hücrelere antijen sunumunda T hücresi üzerindeki CD4 molekülü ile temastadır.** MHC sınıf II molekülleri, CD4⁺ T yardımcı hücrelerle etkileşir. CD4 koreseptörü MHC sınıf II'nin beta2 domainine bağlanarak antijen sunumunu stabilize eder.

D) **MHC sınıf I moleküllerinden daha büyük peptidleri bağlayabilir.**MHC sınıf II'nin antijen bağlama oluğu uçları açık yapıdadır. Bu özellik, MHC sınıf I'e göre daha uzun peptidlerin bağlanabilmesini sağlar.

E) **6. kromozomun kısa kolundaki MHC lokusunda bulunan genler tarafından kodlanır.**MHC sınıf II genleri (HLA-DP, HLA-DQ, HLA-DR) 6p21 bölgesinde yer alır. Bu genetik yerleşim doğru tanımlanmıştır.

- Romatoloji soruları arasında ama aslında immünolojinin sorusu.
Romatolojide anlatılan böyle bir konu yok

Behçet hastalığıyla ilişkili üveit nedeniyle infliksimab tedavisi alan bir hastada deri döküntüsü ve artrit tablosu geliyor. Hastaya ilaç ilişkili lupus tanısı konuluyor.

Bu hastada aşağıdaki otoantikordardan hangisinin pozitif saptanması diğerlerine göre daha olasıdır?

- A) Anti-Sm
- B) Anti-dsDNA
- C) Anti-Ro 52
- D) Anti-Ro 60
- E) Anti-U1-RNP

Doğru Cevap: B) Anti-dsDNA**Açıklama:**

İnfliksımab gibi TNF- α inhibitörleri ile ilişkili ilaç kaynaklı lupus tablosu, klasik ilaç ilişkili lupustan (hidralazin/prokainamid gibi) serolojik olarak farklılık gösterebilir. Klasik ilaç ilişkili lupusta anti-histon antikörleri daha tipikken, TNF- α inhibitörü ilişkili lupus olgularında **anti-dsDNA pozitifliği** daha sık görülür ve sıklıkla kutanöz bulgular ile artrit eşlik eder.

Bu nedenle infliksımab tedavisi sırasında gelişen ilaç ilişkili lupus tablosunda, seçenekler arasında pozitif saptanması en olası otoantikor anti-dsDNA'dır.

Diğer Seçenekler Neden Yanlış?

- A) **Anti-Sm:**Sistemik lupus eritematozus için yüksek özgüllüğe sahip bir otoantikor olsa da ilaç ilişkili lupus tablolarında tipik olarak beklenen bir bulgu değildir. TNF- α inhibitörü ilişkili olgularda da anti-Sm pozitifliği nadirdir.
- C) **Anti-Ro 52:**Anti-Ro ailesi, özellikle fotosensitivite, subakut kutanöz lupus, neonatal lupus ve Sjögren spektrumu ile daha belirgin ilişkilidir. TNF- α inhibitörü ilişkili ilaç lupusunda karakteristik bir serolojik belirteç değildir.
- D) **Anti-Ro 60:**Ro 60 antikoru daha çok subakut kutanöz lupus ve Sjögren sendromu ile ilişkilidir. İlaç ilişkili lupus olgularında görülebilse de infliksimab ilişkili tabloda en olası seroloji olarak öne çıkmaz.
- E) **Anti-U1-RNP:**Karma bağ dokusu hastalığı (MCTD) için daha tipiktir ve Raynaud, myozit, sklerodermi benzeri bulgularla ilişkilidir. İlaç ilişkili lupus ve özellikle TNF- α inhibitörü ilişkili lupus için ön planda beklenen otoantikor değildir.

		SLE	Drug-induced lupus (DIL)
Epidemiology	Prevalence Age F:M sex-ratio	10-180/100 000 Typically 20-40 9:1	≈10% of all lupus cases drug-dependent 4:1 to 1:1
Clinical manifestations		Malar rash Photosensitivity Alopecia, oral ulcers Lupus nephritis NPSLE	If present, are evocative of SLE versus DIL
Laboratory Manifestations	CRP Cytopenia	Usually normal (except with serositis) Common	Usually normal (except with serositis) Less common (drug-dependent)
Immunological workup	ANA Anti-ENA Anti-dsDNA Anti-histone Low complement pANCA anti-MPO	>95% Positive in up to 30% Positive in 60-80% of cases Positive in 60-80% 50-60% Negative	>95% (IgG anti-chromatin) Rare (SSA+ for cutaneous DIL), anti-Sm rare Rarely positive (common with anti-TNF) Positive in >90% Rare (<5%) Seen with PTU (50%) and minocycline (65-100%)
Prognosis		Minor to life-threatening	Usually mild forms with constitutional symptoms
Treatment		Usual therapeutic management of SLE	Discontinuation of causal drug +++ Hydroxychloroquine csDMARDs and/or bDMARDs (rare) Topics for cutaneous-DIL
Evolution		Chronic disease	Disappearance of manifestations (weeks to months) and of autoantibodies (months to years)

Çok ayrıntı sorulmuş. SLE dersinde, ilaca bağlı lupus konusunda dsdna ile ilgili anti-TNF'de sık olduğu tabloda belirtilmişti.

Hızlı ilerleyen interstisyel akciğer hastalığı bulunan ve amiyopatik dermatomyozit tanısı alan hastada aşağıdaki otoantikordardan hangisinin pozitif olması en olasıdır?

- A) Anti-SRP
- B) Anti-SAE
- C) Anti-p140
- D) Anti-MDA5
- E) Anti-Mi-2

Doğru Cevap: D) Anti-MDA5**Açıklama:**

Amiyopatik dermatomyozit, belirgin kas zayıflığı/enzim yüksekliği olmaksızın tipik dermatomyozit cilt bulgularının görülebildiği bir alt gruptur. Bu klinik fenotipte **hızlı ilerleyen interstisyel akciğer hastalığı (RP-İAH)** riski özellikle belirli otoantikörlerle artar.

Anti-MDA5 (CADM-140) pozitifliği; amiyopatik veya hipomiyopatik dermatomyozit fenotipi, şiddetli/dirençli alveolo-interstisyel tutulum, hızlı progresyon ve yüksek mortalite riski ile güçlü biçimde ilişkilidir. Bu nedenle RP-İAH ile gelen amiyopatik dermatomyozit olgusunda en olası pozitif otoantikör Anti-MDA5'tir.

Diğer Seçenekler Neden Yanlış?

A) **Anti-SRP**: Bu antikor daha çok **immün aracılı nekrotizan miyopati** spektrumu ile ilişkilidir. Klinik olarak belirgin kas güçsüzlüğü, çok yüksek CK düzeyleri, hızlı gelişen miyopatik tablo ve kas biyopsisinde nekroz/yenilenme ön planda beklenir. Akciğer tutulumundan çok kas fenotipi baskındır; amiyopatik dermatomyozit ve hızlı progresif interstisyel akciğer hastalığı kombinasyonunu açıklamada zayıf kalır.

B) **Anti-SAE**: Klasik dermatomyozitte görülebilen, sıklıkla **belirgin cilt bulguları** ile başlayıp zamanla kas tutulumunun eklendiği olgularda saptanabilen bir otoantikordur. Bazı hastalarda sistemik yakınmalar ve orta derecede akciğer tutulumu eşlik edebilse de, tipik olarak “hızlı progresif” İAH ile en güçlü ilişkiyi temsil etmez. Amiyopatik fenotip + fulminan İAH birlikteliğini en iyi açıklayan serolojik belirteç olarak öne çıkmaz.

C) **Anti-p140**:Anti-p140, pratikte çoğunlukla **TIF1- γ** (bazı kaynaklarda p155/140 kompleksi) ile ilişkilendirilir ve dermatomyozitte özellikle **malignite ilişkili** alt gruba işaret etmesiyle bilinir. Klinik ağırlık daha çok paraneoplastik ilişki, belirgin kutanöz bulgular ve eşlik eden sistemik değerlendirme gereksinimi üzerindedir. Hızlı ilerleyen interstisyel akciğer hastalığı için tipik/özgül bir belirteç değildir.

E) **Anti-Mi-2**:Daha çok **klasik dermatomyozit** fenotipiyle ilişkilidir; belirgin cilt bulguları ve kas tutulumunun birlikte olduğu, tedaviye yanıtın görece daha iyi seyrettiği olgularda görülür. Interstisyel akciğer hastalığı bu antikora güçlü biçimde “hızlı progresif” karakterde beklenen bir özellik değildir; amiyopatik dermatomyozit ile uyumu da daha düşüktür.

Her bir antikorun
ne ile ilişkili
olduğunu belirten,
'diğer bağ dokusu
hastalıkları'
dersindeki slayt

Yirmi beş yaşındaki erkek hasta sağ dizde şişlik ve ağrı şikâyetleri ile başvuruyor. Öyküsünden intravenöz madde kullandığı öğrenilen hastanın muayenesinde sağ dizde monoartrit ve bilateral ayak tabanında döküntülü lezyonlar saptanıyor. Mevcut lezyonlar cildiye tarafından keratoderma blenorajika olarak raporlanıyor. Eklem sıvısı analizinde beyaz küre sayısı 6.000/mm³ olarak saptanan ve kültürde üreme görülmeyen hastanın 1 aydır olan genital akıntısından *Neisseria gonorrhoeae* tespit ediliyor. Hastada HIV ve enfektif endokardit saptanmıyor.

Bu hastada en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Reaktif artrit
- B) Septik artrit
- C) Behçet hastalığı
- D) Akut romatizmal ateş
- E) Enteropatik artrit

Doğru Cevap: A) Reaktif artrit**Açıklama:**

Hastada monoartrit ile birlikte **keratoderma blenorajika** saptanması, reaktif artrit için oldukça tipik bir dermatolojik bulgudur. Reaktif artrit; genitoüriner veya gastrointestinal enfeksiyonlardan **haftalar sonra**, eklem sıvısında canlı mikroorganizma gösterilemeyen **steril artrit** tablosu ile karakterizedir.

Bu olguda eklem sıvısında lökosit sayısının $6.000/mm^3$ olması inflamatuvar ancak septik olmayan bir artriti düşündürmektedir. Kültürde üreme olmaması ve genital akıntıdan **Neisseria gonorrhoeae** saptanması, eklem tutulumu ile enfeksiyonun **direkt invazyon değil immün aracılı** bir ilişki içinde olduğunu destekler. Keratoderma blenorajika varlığı tanıyı güçlü biçimde reaktif artrit lehine yönlendirir.

Diğer Seçenekler Neden Yanlış?

B) **Septik artrit:**Septik artritte eklem sıvısı genellikle çok yüksek lökosit içerir ve çoğu zaman kültürde etken mikroorganizma izole edilir. Bu hastada eklem sıvısı lökosit sayısı görece düşüktür ve kültürde üreme yoktur. Ayrıca keratoderma blenorajika septik artrit için tipik değildir.

C) **Behçet hastalığı:**Behçet hastalığında oral ve genital aftlar, üveit ve vaskülitik bulgular ön plandadır. Keratoderma blenorajika Behçet için karakteristik değildir. Ayrıca gonokokal enfeksiyon öyküsü ile tetiklenen steril artrit tablosu Behçet ile uyumlu değildir.

D) **Akut romatizmal ateş:**Akut romatizmal ateş, streptokokal farenjit sonrası gelişir ve tipik olarak migratuvar poliartrit ile seyreder. Genitoüriner enfeksiyon öyküsü, keratoderma blenorajika ve monoartrit bu tanıyı desteklemez.

E) **Enteropatik artrit:**Enteropatik artrit, inflamatuvar bağırsak hastalıkları ile ilişkilidir. Bu hastada gastrointestinal semptomlar veya inflamatuvar bağırsak hastalığı öyküsü bulunmamaktadır. Ayrıca keratoderma blenorajika enteropatik artrit için tipik bir bulgu değildir.

- Spondilartritler dersinde reaktif artrit bölümünde ayrıntılı anlatıldı. Sadece «**keratoderma blenorajika**» bile doğru cevaba yönlendirebilirdi. 2 slaytta önemi vurgulanmıştı

I. Anti-Scl70 antikoru

II. Minör tükürük bezi biyopsisi

III. Schirmer testi

Yukarıdakilerden hangileri Sjögren sendromu tanısında kullanılmaktadır?

A) I ve II

B) Yalnız I

C) I, II ve III

D) I ve III

E) II ve III

Doğru Cevap: E) II ve III

Açıklama:

Sjögren sendromu, ekzokrin bezlerin otoimmün yıkımı ile karakterize bir hastalıktır ve tanıda hem **fonksiyonel testler** hem de **histopatolojik değerlendirme** kullanılır.

Minör tükürük bezi biyopsisi, lenfositik sialadenit ve fokal lenfosit infiltrasyonunu göstermesi açısından tanıda yüksek özgüllüğe sahiptir. **Schirmer testi** ise lakrimal bez fonksiyonunu değerlendirerek göz kuruluğunu objektif olarak ortaya koyar. Bu iki yöntem, Sjögren sendromu tanı kriterlerinin temel bileşenleri arasında yer alır.

Diğer Seçenekler Neden Yanlış?

- A) **I ve II:**Minör tükürük bezi biyopsisi Sjögren tanısında kullanılır; ancak Anti-Scl70 antikoru Sjögren sendromu ile ilişkili değildir. Bu nedenle bu ikilinin birlikte doğru kabul edilmesi mümkün değildir.
- B) **Yalnız I:**Anti-Scl70 antikoru, sistemik skleroz (özellikle diffüz kutanöz tip) ile ilişkilidir. Sjögren sendromu tanısında kullanılan bir otoantikor değildir.
- C) **I, II ve III:**II ve III Sjögren tanısında yer alsa da Anti-Scl70 antikorunun bu hastalıkla ilişkisi yoktur. Bu nedenle üç ifadenin birlikte doğru kabul edilmesi hatalıdır.
- D) **I ve III:**Schirmer testi Sjögren tanısında kullanılır; ancak Anti-Scl70 antikoru sistemik skleroz belirtecidir ve Sjögren sendromu için tanısal değildir.

SJÖGREN SENDROMU

- TANI

- Tükrük bezi bx: Fokus skoru ≥ 1
- Schirmer testi < 5 mm
- Laboratuvar: ANA + (%70); SS-A, SS-B pozitifliği
- RF: (%40-70)Yüksek titrede +
- Anti-sentromer (%10), anti-CCP (%5-20), AMA (%2-10) da pozitif olabilir
- Kompleman düşüklüğü
- ESH yüksek, CRP çoğunlukla normal

Diğer bağ dokusu hastalıkları dersinde ayrıntılı olarak anlatılmıştı

Yetmiş iki yaşındaki erkek hasta sağ şakak bölgesinde bir aydır süren şiddetli ve ağrı kesicilere yanıtı baş ağrısı nedeniyle başvuruyor. Öyküsünden altı ay önce polimiyalji romatika tanısı aldığı, tedavisini bıraktığı ve son bir ayda sağ gözünde iki kez bir saat kadar süren geçici görme kaybı olduğu öğreniliyor. Fizik muayenesinde ağrının olduğu skalp bölgesinde palpasyonla hassasiyet tespit ediliyor.

Bu hastada aşağıdakilerden hangisinin görülmesi en az olasıdır?

- A) Auriküler kondrit
- B) Anterior iskemik optik nöropati
- C) Torakal aort anevrizması
- D) Çene klavikasyonu
- E) Eritrosit sedimentasyon hızının yüksek olması

Doğru Cevap: A) Auriküler kondrit

Açıklama:

Klinik tablo; 50 yaş üzeri hastada yeni başlayan şiddetli temporal baş ağrısı, skalp hassasiyeti, polimiyaljia romatika öyküsü ve geçici monoküler görme kaybı atakları ile **dev hücreli arterit (temporal arterit)** lehinedir. Dev hücreli arterit, büyük ve orta çaplı arterleri tutan granülomatöz vaskülitir; en korkulan komplikasyonu oküler iskemiye bağlı kalıcı görme kaybıdır.

Bu hastalıkta **ESR/CRP yüksekliği** sık beklenir; **çene kladikasyonu** tipik iskemik semptomlardan biridir. Oküler tutulumda **anterior iskemik optik nöropati** gelişebilir. Ayrıca uzun dönem takipte **torakal aort anevrizması** gibi büyük damar komplikasyonları görülebilir.

Auriküler kondrit ise kıkırdak dokunun inflamasyonu olup dev hücreli arteritin tipik bir bulgusu değildir; daha çok relapsing polikondrit gibi kıkırdak tutulumuyla giden hastalıklarla ilişkilidir.

Diğer Seçenekler Neden Yanlış?

B) **Anterior iskemik optik nöropati:**Dev hücreli arteritte posterior siliyer arterlerin tutulumu ile optik sinir başında iskemi gelişebilir. Bu durum ani, ağrısız ve sıklıkla kalıcı görme kaybına yol açabildiği için hastalığın en kritik komplikasyonlarından biridir. Hastadaki geçici görme kaybı atakları bu riskin yüksek olduğunu düşündürür.

C) **Torakal aort anevrizması:**Dev hücreli arterit yalnızca temporal arterle sınırlı değildir; aort ve ana dallarını da tutabilen büyük damar vaskülitidir. Kronik inflamasyon aort duvarında zayıflama yaparak torakal aort anevrizması ve diseksiyon riskini artırır; bu nedenle takipte görüntüleme ile değerlendirme önem kazanır.

D) **Çene klodikasyonu:**Maksiller arter dallarının iskemisine bağlı çiğneme ile çene ağrısı gelişebilir ve dev hücreli arterit için oldukça özgül klinik ipuçlarından biridir. Yeni başlayan temporal baş ağrısı ve skalp hassasiyeti ile birlikte görüldüğünde tanısal değeri artar.

E) **Eritrosit sedimentasyon hızının yüksek olması:**Akut faz yanıtı dev hücreli arteritte genellikle belirgindir. ESR ve CRP çoğu olguda yükselir ve klinik şüpheyi güçlendirir. Normal değerler tanıyı dışlamaz ancak tipik beklenti yüksek bulunmasıdır.

- Büyük Damar vaskülitleri bölümünde «Dev hücreli Arterit» başlığında;
 - Polimyaljia romatika ile olan bağlantısı
 - Baş ağrısının önemli bir başvuru şikayeti olduğu
 - Akut faz yanıt yüksekliği yaptığı
 - AİON en sık göz bulgusu olduğu
 - Aort anevrizması yapabileceği
 - Çene kladikasyonunun çok spesifik olduğu anlatılmıştır

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

Bu hastanın en olası tanısına göre aşağıdakilerden hangisinin gelişmesi en az olasıdır?

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

Doğru Cevap: E) İşitme kaybı**Açıklama:**

Hastanın klinik tablosu; livedoid döküntü, cilt ülseri, kilo kaybı, şiddetli kas–eklem ağrıları, ağır hipertansiyon, böbrek fonksiyon bozukluğu ve BT anjiyografide **renal ve hepatik arterlerde mikroanevrizmalar** saptanması ile **poliarteritis nodosa (PAN)** ile uyumludur.

PAN, **orta çaplı arterleri** tutan nekrotizan bir vaskülitir. Tutulum sıklıkla deri, periferik sinirler, böbrekler, gastrointestinal sistem, testisler ve kalp ile ilişkilidir. Mikroanevrizma oluşumu ve buna bağlı iskemi–enfarktüs PAN'ın karakteristik patolojik özelliklerindedir. **İşitme kaybı** ise daha çok **ANCA ilişkili vaskülitler** (özellikle granülomatoz poliangiit) veya **Cogan sendromu** gibi iç kulak tutulumu ile seyreden vaskülitik hastalıklarla ilişkilidir. PAN'da iç kulak damarlarının tutulumu tipik değildir ve klinik spektrumda nadir yer alır. Bu nedenle en az olası bulgu işitme kaybıdır.

Diğer Seçenekler Neden Yanlış?

- A) **İskemik orşit:**PAN'da testiküler arter tutulumu sık görülür. Testis ağrısı ve iskemik orşit, hastalık için klasik ve iyi tanımlanmış bulgulardandır.
- B) **Mononöritis multipleks:**Vasa nervorum tutulumu PAN'da yaygındır. Asimetrik, ağrılı periferik nöropati ve mononöritis multipleks en sık nörolojik tutulum şeklidir.
- C) **Optik iskemi:**PAN'da nadir olmakla birlikte oküler arterlerin tutulumu sonucu optik iskemi gelişebilir. Büyük damar vaskülitlerine göre daha az görülse de PAN için tamamen dışlanan bir bulgu değildir.
- D) **Kardiyomiyopati:**Koroner arterlerin tutulumu sonucu miyokard iskemisi, enfarktüs veya buna bağlı kardiyomiyopati gelişebilir. Kalp tutulumu PAN'ın önemli morbidite nedenleri arasındadır.

- Küçük ve orta çaplı damar vaskülitleri dersinde PAN detaylı anlatılmıştır:
 - Kilo kaybı
 - Orşit
 - Mononöriti en sık yapan vaskülit olduğu
 - Yeni başlangıçlı hipertansiyon
 - Yeni başlangıçlı kreatin yüksekliği
 - Kutanöz lezyonları
- Sadece optik iskemi ciddi çeldirici. Bu tutulum da PAN için tipik değil. Ama işitme kaybı ANCA ilişkili vaskülitlerde beklenen bulgu