# UROLOGIAKO FAKULTATIBO ESPEZIALISTA MEDIKOA

## GALDERAK

1. **Mugarri urologikoen sekuentzia kronologiko hauetako zein da zuzena?**

   a) Simon-en nefrektomia – Nitze-ren zistoskopioa – Gorputzez kanpoko litotrizia – Giltzurruneko transplante arrakastatsua.
   b) Nitze-ren zistoskopioa – Simon-en nefrektomia – Giltzurruneko transplante arrakastatsua – Gorputzez kanpoko litotrizia.
   c) Simon-en nefrektomia – Nitze-ren zistoskopioa – Giltzurruneko transplante arrakastatsua – Gorputzez kanpoko litotrizia.
   d) Giltzurruneko transplante arrakastatsua – Simon-en nefrektomia – Nitze-ren zistoskopioa – Gorputzez kanpoko litotrizia.

2. **Nor izan zen robot bidez lagundutako lehen prostatektomia erradikala egin zuen pertsona (urologiako kirurgia robotikoaren ezarpen klinikoa hasi zuena)?**

   a) Patrick Walsh.
   b) Louis Kavoussi.
   c) Mani Menon.
   d) Maximilian Nitze.

3. **Erabakiak hartzeko laguntza-tresnen erabilera honako hauekin lotu da, BATEKIN IZAN EZIK:**

   a) Prozedura hobeto ezagutzea.
   b) Arriskua hobeto ebaluatzea.
   c) Pazienteak parte-hartze handiagoa izatea erabakiak hartzeko prozesuan.
   d) Erabaki-gatazka handiagoa.

4. **Baimen informatuaren zer elementu falta da sarrien?**

   a) Arazo klinikoaren deskribapena, proposatutako tratamendua eta alternatibak.
   b) Proposatutako tratamenduaren arriskuak eta onurak eztabaidatzea.
   c) Pazienteak medikuek eman dioten informazioari buruz duen ulermen-mailaren ebaluazioa.
   d) Pazienteak tratamenduaren gainean dituen lehentasunen eskaera.

5. **Ondorengoetako zeinen presentzia da orkitis autoimmunearen ezaugarria?**

   a) Antigorputz antiespermatikoak (ASAk).
   b) Granuloma antiespermatikoak.
   c) Barrabilen mikroinfartuak.
   d) Antigorputz antilipidikoak.

6. **Zein teknika erabili da eskrotoko min kronikoaren ondoriozko orkiektomiaren arrakasta-tasa handitzeko?**

   a) Zain espermatikoak lotzea.
   b) Linfatiko periferikoak kontserbatzea.
   c) Linfatiko periferikoak lotzea.
   d) Iztai-ebakia.

7. **Zistitis interstizialeko aurkikuntza urodinamiko tipikoak dira:**

   a) Detrusorearen uzkurdura desinhibituak.
   b) Maskuri *compliance* anormala.
   c) Edukiera gutxitua eta hipersentikortasuna.
   d) Aurreko guztiak.

8. **Zein da hematuria glomerularraren kausa ohikoena?**

   a) Zelula trantsizionalen kartzinoma.
   b) Glomerulonefritis postestreptokozikoa.
   c) Berger-en gaixotasuna (A immunoglobulina bidezko nefropatia).
   d) Sindrome nefritikoa.

9. **5 urtetik beherako haurren artean, enuresia zein ehunekotan dago presente?**

   a) % 5.
   b) % 15.
   c) % 25.
   d) % 50.

10. **Esklerosi anizkoitza duten pazienteen artean, zer ehunekotan da gaixotasunaren lehenengo adierazpena maskuri neurogenoa?**

    a) % 1.
    b) % 5.
    c) % 10.
    d) % 15.

11. **Bizkarrezur-muineko lesioa izanik kateter kronikoa duten pazienteen artean, zein da maskuriko minbiziaren intzidentzia?**

    a) % 1.
    b) % 2.
    c) % 4.
    d) % 6.

**12. Ureteroskopiari dagokionez, baieztapen hauetatik zein da egia?**

a) 3 cm uretan holmium laserra xurgatu egiten da.
b) Nitinolezko saskiak erresistenteagoak dira altzairu herdoilgaitzezkoak baino.
c) Ureter intramuralaren dilatazio-baloia beharrezkoa izaten da uretroskopia egin aurretik.
d) Ureteroskopiarako, hobe da ura erabiltzea irrigatzaile gisa, ikusgaitasuna hobetzen baitu.

**13. Erekzioaren disfuntzioan, penearen Doppler ekografia bidezko azterketan, honako parametro hauek lortzen dira: gehieneko abiadura sistolikoa 37 cm/s eta erresistentzia-indizea 0.9.** Zein da diagnostikoa?

a) Arteria-gutxiegitasuna.
b) Gutxiegitasun benosoa.
c) Ihes beno-oklusiboa.
d) Parametro normalak.

**14. Ondorengo proteina hauetako bat zelula argien giltzurrun-kartzinoman adierazten da neurri handi batean, baina ez beste giltzurrun-tumore mota batzuetan, eta baliagarria da neoplasia gaizto horren irudi molekularrak lortzeko:**

a) GLUT1.
b) PSMA.
c) GRPR.
d) CAIX.

**15. Soinu-uhinek inpedantzia-desberdintasun handiak dituzten bi ehunen artean interfazea aurkitzen dutenean, uhinak/ek:**

a) Maiztasuna handituta dute.
b) Maiztasuna gutxituta dute.
c) Islatu egiten dira.
d) Errefraktatuta daude.

**16. Giltzurrun-gutxiegitasun akuturako (GGA) KDIGO irizpideei dagokienez, egoera hauetako zeinek ahalbidetzen du GGAren diagnostikoa ezartzea?**

a) Kreatinina serikoa 0,2 mg/dL handitzea 72 orduan.
b) 0,5 mL/kg/h baino diuresi txikiagoa 4 orduz.
c) Kreatinina serikoa 0,3 mg/dL-koa edo handiagoa izatea 48 orduan.
d) Iragazketa glomerular zenbatetsia % 10 jaistea, basalarekin alderatuta.

**17. Entitate hauetako zeinekin dago giltzurrun-zeluletako kartzinoma bat garatzeko arriskurik handiena?**

a) Giltzurruneko gaixotasun polikistiko autosomiko nagusiarekin.

b) Esklerosi tuberosoarekin.
c) Von Hippel-Lindau-ren gaixotasunarekin.
d) Giltzurrun esponja-modukoan (Cacchi eta Ricci-ren gaixotasuna).

**18. Giltzurruneko gaixotasun kronikoa duten pazienteetan, zein da gadolinio bidezko erresonantzia magnetikoa (ENM) erabiltzeko arriskurik handiena?**

a) Nefrotoxikotasuna.
b) Anafilaxia.
c) Fibrosi sistemiko nefrogenikoa.
d) Hepatotoxikotasuna.

**19. Honako hauek guztiek giltzurrunean eragin toxikoa dute, BATEK IZAN EZIK:**

a) Iododun kontrasteek.
b) Mioglobinak.
c) Gadolinioan oinarritutako kontraste-agenteak.
d) Antibiotiko aminoglukosidoak.

**20. Uretritisa diagnostikatuta duen gizon gazte bati dagokionez, baieztapen hauetatik zein da egia?**

a) Gram tindaketan zelula barneko diplokoko gramnegatiboen presentzia *Neisseria gonorrhoeae*-ak eragindako infekzioarekin korrelazioan dago.
b) Uretrako exudatuan leukozitoak egoteak uretritis gonokozikoa adierazten du.
c) *Chlamydia trachomatis* bakterioa ez da ohikoa paziente gazteen artean.
d) *Chlamydia trachomatis* eta *Neisseria gonorrhoeae* bakterioek eragindako infekzioa ez da horrekin erlazionatzen.

**21. Erresonantzia magnetiko nuklearrean prostata PI-RADS (*Prostate Imaging Reporting and Data System*) baloraziorako segmentatzeak lesioak aurkitzen laguntzen du.** Zenbat segmentu edo atal hartzen dira kontuan?

a) 21.
b) 28.
c) 35.
d) 39.

**22. Barrabilak barneko iztai-eraztunaren mailara jaisten dira, gutxi gorabehera. Haurdunaldiaren zein unetan gertatzen da?**

a) Seigarren astean.
b) Hirugarren hilabetean.
c) Seigarren hilabetean.
d) Bederatzigarren hilabetean.

**23. OTAn giltzurrun-kiste identifikagarri bat duten 60 urtetik gorako pertsonen ehunekoa, gutxi gorabehera, hau da:**

a) % 1-5.
b) % 10.
c) % 33.
d) % 75.

**24. Zein da alde bakarreko giltzurrun-agenesiaren intzidentzia?**

a) 1:2.500.
b) 1:4.000.
d) Errefraktatuta daude.
d) 1:500.

**25. Zein da kariotipo genetiko ohikoena Eagle-Barret-en sindromea (prune-belly) duten pazienteetan?**

a) Trisomia 13.
b) Monosomia 16.
c) Trisomia 18.
d) Normala.

**26. Enbriologikoki, nondik dator giltzurrun gaineko guruinaren azala?**

a) Endodermotik.
b) Mesodermotik.
c) Ektodermotik.
d) Neuroektodermotik.

**27. Ureter ektopikoari dagokionez, baieztapen hauetatik zein da OKERRA?**

a) Gizonezkoetan, ektopia supraesfinteriarra da.
b) Emakumeen kasuan, bokalea esfinterrarekiko distala da.
c) Gizonezkoetan, inkontinentzia eragiten du.
d) Ohikoagoa da emakumeen artean.

**28. Errefluxuaren aurkako kirurgiari dagokionez, GEZURRA da:**

a) Kontu handiz ibili behar dugula peritoneoa ez lesionatzeko.
b) Hodi deferentea lesionatzeko arriskua dagoela.
c) Zunda kendu ondoren gernu-erretentzioa ohikoagoa dela aldebiko Lich-Gregoir-en teknikarekin, aldebiko Cohen-en teknikarekin baino.
d) Sortutako tunel submukosoak gutxienez 1.1 proportzioa izan behar du ureterraren kalibrearekiko.

**29. Hauek dira sortzetiko giltzurrun-buxaduraren ondorio nagusiak:**

a) Glomeruloesklerosia, fibrosi interstiziala eta atrofia.
b) Hipoplasia eta transformazio epitelio-mesenkimal areagotua.
c) Hazkundearen erregulazioaren alterazioa.
d) Hazkunde handitua, fibrosia eta atrofia tubularra.

**30. Giltzurrun buxatuan, ebidentziaren arabera, EGFak (hazkunde epidermikoaren faktorea):**

a) Giltzurrun-apoptosia murrizten du.
b) Esklerosi glomerularra murrizten du.
c) Fibrosi interstiziala bizkortzen du.
d) Arteriola aferentean errenina-errekrutamendua murrizten du.

**31. Jaio aurreko aurkikuntzen artean maskuriaren estrofia bat dagoenean, ondorengo puntu hauek guztiak barne hartzen dira, BAT IZAN EZIK. Zein?**

a) Maskuri-betetzerik eza.
b) Likido amniotiko egokia gestazio-adinerako.
c) Bizkarrezur-muinaren anormaltasunak.
d) Zilborraren txertatze baxua.

**32. Zein sindrome ez dago lotuta sortzetiko maskuriko dibertikuluekin?**

a) Ehlers-Danlos-en sindromea.
b) Elfo aurpegia.
c) Menkes-en sindromea.
d) Sutcliffe-Sandifer-en sindromea.

**33. Alde bakarreko kriptorkidia duen 2 urteko haur bati laparoskopia bat egiten zaio, eta abdomen barneko barrabil bat aurkitzen da, 4 cm-koa, baneko iztai-eraztunaren gainetik. Zein da tratamendu-aukerarik onena?**

a) Fowler-Stephens-en prozedura bi etapatan.
b) Fowler-Stephens-en prozedura etapa batean.
c) Iztai-ebakia eta eskroto-finkapena.
d) Orkiektomia.

**34. Zein da ureterraren presio basala edo normala?**

a) 0-5 cm H2O.
b) 5-10 cm H2O.
c) 10-15 cm H2O.
d) 15-20 cm H2O.

**35. Hormona paratiroideoari (PTH) buruzko baieztapen hauetatik, zein da GEZURRA?**

a) PTHak kaltzioaren eta fosforoaren birxurgapena areagotzen du tubulu distalean.
b) PTH jarioa areagotu egiten da hipokaltzemiagatik.
c) PTH jarioa areagotu egiten da hiperfosfatemiagatik.
d) PTH hartzaileak batez ere hezurrean eta giltzurrunean daude.

**36. Gernu-jatorriko shock septikoa duen paziente batean, parametro hauetako zein da egungo irizpide diagnostikoetako bat?**

a) Fluidoterapiari guztiz erantzuten dion hipotentsioa.
b) Basopresoreak behar dira 65 mmHg-tik gorako PAMa eta > 2 mmol/L-ko laktatoa mantentzeko, bolumena behar bezala berrezarri arren.
c) 39ºC-tik gorako tenperatura.
d) h20.0000/mm3-tik gorako leukozitosia.

**37. Gernu-infekzio buxatzaile batean, faktore hauetako zein lotzen da shock septikoa izateko arrisku handiagoarekin?**

a) Emakumezkoa izatea.
b) 3 mm baino gutxiagoko urteterreko litiasi distala.
c) Gernubidearen drainatzearen atzerapena.
d) Aurretiko bakteriuria asintomatikoa.

**38. Giltzurruneko abzesu kortikalari dagokionez (giltzurruneko karbunkoa), zein da mekanismo fisiopatologiko ohikoena?**

a) Beste infekzio-foku batetik hematogenoak barreiatzea.
b) Sortzetiko errefluxu besikoureterala.
c) Litiasi koraliforme infektatua.
d) Prostataren buxadura kronikoa.

**39. Zein ez da uretritis sintomatikoaren kausa sexualki aktiboak diren pertsonetan?**

a) Ureaplasma.
b) *Mycoplasma hominis*.
c) *Mycoplasma fermentans.*
d) *Mycoplasma genitalium.*

**40. *Schistosoma haematobium*-ek eragindako infekzioaren diagnostikoari dagokionez, zein da aukerako metodo parasitologikoa infekzio aktibo batean agente etiologikoa dagoela frogatzeko?**

a) Gernu-sedimentuetan trofozoitoak identifikatzea.
b) Gernu-kultiboa Löwenstein-Jensen-en inguruan.

c) Ezproi terminaldun arrautzak detektatzea eguerdi inguruan bildutako gernu-laginean.
d) Serieko hemokultiboa fase akutuan.

**41. Giltzurrun-agenesia beste anomalia genitourinario batzuekin lotu daiteke. Hauetako zein da ohikoena?**

a) Lotura pieloureteraleko estenosia.
b) Errefluxu besikoureterala.
c) Estenosi besikoureterala.
d) Ureter bikoizketa.

**42. Lotura pieloureteraleko estenosiaren tratamenduan, zein da porrot-tasa handiena duena?**

a) Aurreranzko endopielotomia.
b) Baloi bidezko dilatazioa.
c) Pieloplastia.
d) Ebakidura kauterizazio-baloiarekin.

**43. Honako baldintzatzaile hauek Fournier-en gangrena bat garatzeko joera handitzen duten faktoreak dira, BAT IZAN EZIK:**

a) Obesitatea.
b) Parafimosia.
c) Estenosi uretrala.
d) Herniorrafia.

**44. Honako hauek guztiak barrabil kriptorkidikoekin erlazionatzen dira maiz, BAT IZAN EZIK:**

a) Atrofia.
b) Mikrolitiasia.
c) Teratoma heldua.
d) Barrabil-sareko ektasia.

**45. Zerekin lotzen da sarriago pielonefritisa haurdunaldian?**

a) Anemia.
b) Hipertentsioa.
c) Eklanpsia.
d) Sepsia.

**46. Zein da zakileko minbiziari gehien lotzen zaion giza papilomaren birusaren (GPB) azpimota?**

a) VPH-11.

b) VPH-10.
c) VPH-18.
d) VPH-21.

**47. Gernu-infekzio errepikakorra prebenitzeko estrategiei dagokienez:**

a) Baginatiko estrogenoek gernu-infekzio errepikakorrak murrizten dituzte, baina gutxienez 3 hilabeteko tratamendua behar da.
b) Mihipeko OM-89 txertoa eraginkorra dela frogatu da.
c) Ahabiak administratzearen aldeko ebidentzia zientifiko irmoa dago.
d) Baginatiko estrogenoak asko xurgatzen dira bide sistemikotik.

**48. Giltzurruneko transplantea jaso duen paziente bati Doppler eko bat egiten zaio kirurgiatik bost egunera, eta honakoa ikusten da: ez du fluxu benosorik eta arteria-seinalea anormala da, alderantzizko fluxu diastolikoarekin "lautadan". Zein da diagnostiko probableena?**

a) Estenosi arteriala.
b) Tronbosi benosoa.
c) Tronbosi arteriala.
d) Fistula arteriobenosoa.

**49. 65 urteko gizon bati prostatako biopsia egiten diote, PSA zifra altua duelako (5,4). Anatomia patologikoak guruineko eta guruin-inguruko hantura akutu eta kroniko hedatua erakusten du. Hurrengo urratsa honakoa da:**

a) Antiinflamatorioak ematea 4 astez.
b) Behaketa.
c) Biopsia errepikatzea.
d) Antibiotikoak ematea 4 astez, eta berriro ebaluatzea.

**50. 27 urteko emakume batek, zistitis interstizialarekin / maskuri mingarriaren sindromearekin bateragarriak diren aurrekariak baditu ere, hematuria makroskopikoa duela dio, eta zistoskopiak maskuriko paretaren hantura handia erakusten du. Beharrezko ebaluazio gehigarriak honako hauek barne hartzen ditu:**

a) Maskuriaren hidrodistentsioa, handitutako eremuaren fulgurazioarekin.
b) Laparoskopia, endometriosi-inplanteak baztertzeko.
c) Droga-kontsumoaren aurrekariak.
d) Maskuriko biopsia mastozitoen zenbaketa egiteko.

**51. 75 urteko gizon batek gernu-mina eta febrikula ditu. Gernu-analisiak piuria eta urokultibo negatiboa erakusten ditu. Gaixotasunaren patroiak ziurrenik hau adierazten du:**

a) Prostatako minbizia.
b) Tuberkulosi prostatikoa.

c) Clamydiak eragindako prostatitisa.
d) Prostatitis gonokozikoa.

**52. Sexualki aktiboa zen gizon batek ezkerreko iztaiko adenopatia mingarria garatu zuen. Gaineko larruazala puru eta itsaskor bihurtu zen. Iztai-noduluak haztagarriak, trinkotuak eta gorabeheratsuak ziren eremu batzuetan, eta gogorrak beste batzuetan. Zein da diagnostiko probableena?**

a) Sifilis primarioa.
b) Kondiloma laua.
c) Kondiloma akuminatua.
d) Linfogranuloma benereoa.

**53. Giltzurruneko lesio akutua duen paziente batek 10 mEq/L-ko gernu-sodioa du, 650eko gernu-osmolaritatea, eta giltzurrun-hutsegitearen indizea < 1 da. Gernu-analisiak honako hau erakusten du: 10-20 hemati/eremu, 3-5 leukozito/eremu, proteinuria ++ eta globulu gorrien zilindroak. Zein da diagnostiko probableena?**

a) Nekrosi tubular akutua.
b) Azotemia prerrenala.
c) Glomerulonefritis akutua.
d) Nefritis interstizial akutua.

**54. 27 urteko emakume batek mina du eskuineko giltzurrun-hobian, eta errenograma diuretiko batek lotura piloureteralaren estenosia erakusten du, 75/25eko (Ezk/Esk) giltzurrun-funtzio diferentzialarekin. Hurrengo urratsik onena hau da:**

a) OTA angiografia.
b) Stent-a jartzea.
c) Endopielotomia.
d) Pieloplastia laparoskopikoa.

**55. 22 urteko emakume hipertentso batek giltzurrun-arteriako 2,7 cm-ko aneurisma du. Honako kasu hauetan tratatzea gomendatzen da:**

a) Aneurisma azkar txikitzen bada.
b) Emakumea jada ugaltzeko adinean ez badago.
c) Une horretan bertan.
d) Tentsioa ondo kontrolatuta badago.

**56. Zer laser-mota da baliagarria baporizazio prostatiko bat egiteko?**

a) Potasio titanil fosfatoa.
b) Tulioa.
c) Litio boratoa.
d) Erantzun guztiak dira zuzenak.

**57. Erradioterapiaren ondoren, prostatako minbiziaren tratamenduan hutsegitetzat hartzen da:**

a) 1 ng/ml-ko PSA igoera tratamendu osteko PSA nadir-aren gainetik.
b) 0,2 ng/ml-ko igoera tratamendu osteko PSA nadir-aren gainetik.
c) 2 ng/ml-ko igoera tratamendu osteko PSA nadir-aren gainetik.
d) Tratamendu osteko PSA nadir-aren gainetiko edozein igoera.

**58. PSA prostatako minbizia diagnostikatzeko metodo gisa sartzeak honako hau ekarri du:**

a) Gaixotasunaren fase patologikoa gutxitzea.
b) Semen-besikulen erasana gutxitzea.
c) Kanpo-erradiazioarekin eta kirurgiarekin tratatutako pazienteen biziraupena hobetzea.
d) Erantzun guztiak dira zuzenak.

**59. Prostatako minbizia izateko arrisku-faktoreak kontuan hartuta, baieztapen hauetatik zein da GEZURRA?**

a) Faktore genetikoak eta inguruneko faktoreak garrantzitsuak dira prostatako minbiziaren jatorrian eta bilakaeran.
b) Prostatako minbizi gehienak poligenikoak dira.
c) Germen infekziosoek, birusek eta bakterioek ez dute inolako garrantzirik prostatako minbiziaren sorreran.
d) HPC1 gene autosomiko nagusi bat da, penetrantzia handikoa, eta RNaseL entzima kodetzen du. Entzima horren aldaerak prostatako minbizia izateko arriskua handitzearekin lotu dira.

**60. Prostatako minbiziak eragindako prostatektomia erradikalaren ondoren, zein faktore ez da hartzen ebakuntza ondoko progresioaren iragarle independentetzat?**

a) Prostatektomia erradikalaren piezan neurtutako tumore-bolumena.
b) Tumore-gradua.
c) Tumore-estadioa.
d) Pieza kirurgikoko tumore-marjinak.

**61. Ondestean zeharreko prostata-biopsia bat egitea gomendagarria da:**

a) Prostatako ustezko minbizi sintomatiko bat diagnostikatzeko, hezur-metastasia duen paziente batean.
b) Erradioterapiaren porrota diagnostikatzeko, bigarren lerroko terapia agindu aurretik.
c) Jarraipen-biopsia gisa, aldez aurretik gradu altuko neoplasia intraepitelialaren diagnostikoaren edo ugaltze azinar atipikoaren ondoren.
d) Erantzun guztiak dira ondesteko biopsia egiteko gomendioak.

**62. Ondesteko biopsia bat egiteko kontraindikaziotzat hartzen da ondorengo guztia, bat IZAN EZIK:**

a) 80 urte baino gehiago izatea.
b) Prostatitis akutua.
c) Immunoezabatze larria.
d) Uzkiko eta ondesteko nahasmendu mingarriak.

**63. Adierazi zein den OKERREKO baieztapena:**

a) Demografiaren bilakaeraren eta prostatako minbiziaren bilakaera naturalaren ondorioz, estadiotik gaixotasun ez-haztagarrira migratu da, klinikoki lokalizatuta (T1c estadioa), eta hilkortasunaren murrizketa paraleloa gertatu da.
b) PSA oso onartuta dago prostatako minbiziaren tumore-markatzaile gisa, eta organorako eta gaixotasunerako espezifikoa da.
c) Serumean, PSAk forma elkartuetan eta elkartu gabeetan zirkulatzen du. Odolean PSArekin elkartzen diren hiru proteina ezagutzen dira: ACT (alfa 1 antikimiotripsina), A2M (alfa 2 makroglobulina) eta alfa 1 proteasaren inhibitzailea.
d) PSAren erdibizitza serikoa, prostata-ehun osoa kendu ondoren kalkulatua, 2-3 egunekoa da.

**64. Prostatako minbiziaren estadifikazioan, semen-besikula baten edo bien inbasioa zein estadiotan dago katalogatuta?**

a) T3a.
b) T3b.
c) T3c.
d) T4.

**65. Prostatako minbizi metastasikoko fenotipo neuroendokrinoko tumorea egotea ez dago erlazionatuta honekin:**

a) A kromogranina serikoaren determinazioaren bidez detekta daiteke.
b) C kromogranina serikoaren determinazioaren bidez detekta daiteke.
c) Serotoninaren gernu-metabolitoen determinazioaren bidez detekta daiteke.
d) Tumore horiek sentikorrak dira platino-etoposido konbinazioekiko.

**66. Peritoneo-barneko laparoskopia bat ohiko presioetan egitean xurgatutako co2 kantitatea gorputzaren CO2 ekoizpen basala ehuneko hau handitzearen baliokidea da:**

a) % 1-2.
b) % 30-35.
c) % 5-25.
d) Ez du CO2 xurgapena areagotzen.

**67. Malakoplakiari dagokionez, baieztapen hauetatik zein ez da zuzena?**

a) Gaixotasun infekziosoa da, maskuriari, ureterei eta giltzurrunei eragin diezaiekeena.
b) Maskurian, histiozitoz osatutako nodulu gisa adierazten da.
c) Michaelis-Gutmann-en gorputzak histiozitoen berezko inklusioak dira.
d) Infekzio kronikoak dituzten pazienteekin edo immunodeprimituekin lotzen da.

**68. Tumore germinalen tratamenduan erabilitako etoposidoaren (vp-16) bigarren mailako ondorio garrantzitsuena honako hau da:**

a) Giltzurrun-gutxiegitasuna.
b) Mukositisa.
c) Mieloezabatzea.
d) Biriketako fibrosia

**69. Kriptorkidia barrabiletako minbizia garatzeko joera aurrez sustatzen duen faktore bat da:**

a) Barrabiletako tumoreen % 7-10 kriptorkidia-historia duten barrabiletan garatzen dira.
b) Kartzinoma enbrionarioa da paziente horien artean mota histologikorik ohikoena.
c) Kriptorkidia zuzentzeak tumorea izateko arriskua murrizten du 13 urte bete aurretik zuzentzen bada.
d) Kriptorkidia-historia duten pazienteen % 5-10ean, tumorea modu normalean jaitsitako barrabilean garatzen da.

**70. Leydig-en tumoreen kasuan, ez da egia:**

a) Barrabil ez-germinaleko tumorerik ohikoena da.
b) Maizago agertzen da 5-9 eta 25-35 urte bitartekoetan.
c) % 5-10 aldebikoak dira.
d) Kriptorkidismo-historia duten barrabiletan agertzen dira sarriago.

**71. Toxina botulinikoari dagokionez, baieztapen hauetatik zein ez da egia?**

a) Toxina botulinikoaren molekulak ezin du zeharkatu hesi hemato-entzefalikoa, eta, beraz, ez du ondoriorik sortzen nerbio-sistema zentralean.
b) Toxina botulinikoak eragindako denerbazio kimikoa itzulezina da.
c) Urologian azterlan gehienak A motarekin egin dira.
d) Toxina botulinikoaren immunologikoki desberdinak diren zazpi azpimota identifikatu dira.

**72. Zerk eragin ditzake giltzurrun-arteriaren aneurismak?**

a) Arteriosklerosia.

b) Poliarteritis nodosoa.
c) Sifilisa.
d) Guztiak dira zuzenak.

**73. Aurkikuntza hau ez dagokio Klinefelter-en sindromeari:**

a) Azoospermia.
b) % 90ek 47 XXY kariotipoa dute.
c) Barrabilen neurria txikiagoa da.
d) Biopsia batean, tubulu seminiferoen hialinizazioa eta esklerosia ikusten dira, eta ez dago Leydig-en zelularik.

**74. Hauetatik zein ez da Carterren prostatako minbizi hereditarioaren irizpide bat?**

a) Prostatako minbizia (izan) duten lehen mailako 3 senide edo gehiago.
b) Prostatako minbizia amaren edo aitaren lerroko hiru belaunalditan.
c) Heredatzeko joera handiagoa da kaltetua aita denean, anaia denean baino.
d) Prostatako minbizia 55 urte bete aurretik diagnostikatu zaien lehen edo bigarren mailako bi ahaide edo gehiago.

**75. Esklerosi anizkoitza duten pazienteen artean, zein da gernu-sintomak lehen adierazpen kliniko gisa dituztenen ehunekoa?**

a) % 5.
b) % 10.
c) % 15.
d) % 20.

**76. Fibrosi nefrogeniko sistemikoari dagokionez:**

a) Gaitz genetiko arraro bat da, eta gadolinio bidezko kontraste-baliabideak erabiliz adierazten da.
b) Gadolinioaren eraginpean egondako pazienteen % 10ean berehala agertzen da.
c) Larruazaleko fibrosia da, larruazalpeko ehunekoa eta muskulueskeletikoa, gadolinio bidezko kontraste-baliabideen eraginpeko hipertentsio kronikodun pazienteetan ematen dena.
d) Ez da agertzen 60ml/min/1.73m2 baino iragazketa glomerular altuagoa duten pazienteetan.

**77. Donabedian-en kalitate asistentzialaren ereduan, egituraren balorazioan honako hau sartzen da:**

a) Mediku batek pazienteekin elkarreraginak izateko duen gaitasuna.
b) Hilkortasun perioperatorioko tasak.
c) Talde hornitzaileko medikuaren "Board" ziurtagiria.
d) Erabiltzailearen gogobetetasuna

**78. Prostatitisaren III. kategorian, zein da infekzio kriptikoen germen kausal probableena?**

a) Ezezaguna.
b) Ureaplasma.
c) Klamidia.
d) a eta b.

**79. Urtebetetik beherako paziente bati ezkerreko nefrektomia erradikala egin zaio giltzurrun-masa handi batengatik. Zer aurkikuntza histologikok du pronostikorik txarrena?**

a) Giltzurruneko tumore errabdoidea III. estadioan.
b) Giltzurruneko zelula argien sarkoma III. estadioan.
c) I. graduko anaplasia zehaztugabea.
d) Anaplasia fokala III. estadioan.

**80. Uretrako prolapsoan, baldintza hauetako zein ez da zuzena?**

a) Ohikoa da emakume beltz gazteen artean.
b) Pubertaro aurreko neska asiarrak.
c) Arraza zuriko emakume postmenopausikoak.
d) Solinger-ek deskribatutako entitatea.

**81. Jaitsi ez diren barrabilen zer ehuneko ez da haztatzen diagnostikoan?**

a) % 3.
b) % 10.
c) % 20.
d) % 30.

**82. Metilazioak eremu hauetako baten adierazpen genikoan eragina izan dezake eta garrantzitsua izan daiteke kartzinogenesian:**

a) Amaiera-kodona.
b) Glizina-zitosina ugariko eskualdeak.
c) Eskualde promotorea.
d) Aurreko guztiak.

**83. Zer gene egon ohi da mutatuta maskuriko kartzinoman (CIS)?**

a) CD-44.
b) RB.
c) FGFR-3.
d) HRAS.

**84. Zer elikagai lotzen da minbizi uroteliala izateko arrisku txikiagoarekin?**

a) Zitrikoak.
b) Gereziak.
c) Oilaskoa.
d) Mahatsa.

**85. Gernu-inkontinentzian, gernu-larritasuna dagoenean, zein da tratamenduaren giltzarria?**

a) Jokabide-terapia.
b) Solifenazina.
c) Oxibutinina.
d) Aurreko guztiak.

**86. Agente injektagarri hauetako zeinekin behar da larruazaleko test bat injektatu aurretik?**

a) Txerri-kolagenoa.
b) Behi-kolagenoa.
c) Ikatz pirolitikozko mikroesferak.
d) a eta b.

**87. Zein da giltzurruneko sarkomaren forma ohikoena?**

a) Liposarkoma.
b) Errabdomiosarkoma.
c) Fibrosarkoma.
d) Leiomiosarkoma.

**88. Plasma seminalean honako hauen kontzentrazio handiak daude. Zein da SALBUESPENA?**

a) Azido zitrikoa.
b) Tirosin kinasa.
c) Espermina.
d) Aurreko bat ere ez.

**89. 23 urteko paziente bat 22. kalibreko bala-zauri batekin iritsi da larrialdietara. Zauriak uretra bulbarraren % 80ko sekzioa eragin dio. Zistoskopian 1 cm-ko uretra-akatsa detektatzen da. Zein da maneiurik egokiena?**

a) Uretroplastia terminoterminala, ertz-espatulazioarekin eta jostura birxurgagarriarekin.
b) Kateterismo uretrala.
c) Uretroplastia ahoko mukosarekin.




d) Zistostomia suprapubikoa eta konponketa berantiarra.

**90. Zerk inerbatzen du kremaster muskulua?**

a) Nerbio iliohipogastrioak.
b) Nerbio genitofemoralaren adar genitalak.
c) Nerbio ilioinginalak.
d) Saihetsazpiko nerbioaren adar terminalak.

**91. Maskuriko tumore metastasikoa duen 70 urteko paziente bat zisplatinorako "unfit" gisa baloratzen du batzordeak. Zein tratamendu jotzen da okerrentzat gidetan?**

a) Kimioterapia karboplatinoarekin konbinatuta erabiltzea.
b) Nibolumab bidezko tratamendua planteatzea.
c) Atezolizumab bidezko tratamendua planteatzea.
d) Penbrolizumab bidezko tratamendua planteatzea.

**92. Giden arabera, zein izango litzateke tratamendurik eraginkorrena pelbiseko min kronikoa duen paziente batentzat?**

a) Alfablokeatzaileak.
b) Mikrobioen aurkako tratamendua.
c) Pregabalina.
d) Fitoterapia.

**93. Gernu-infekzioen kapituluan, garrantzitsua da bakteriuria asintomatikoaren presentziaren despistajea egitea eta, ondoren, paziente talde honetan tratatzea:**

a) Instituzionalizatutako adineko pazienteetan, gernu-kontinentzia hobetzen da.
b) Artikulazioetako kirurgia protesikoaren zain dauden pazienteetan.
c) Kirurgia urologiko endoskopikoaren zain dauden pazienteetan.
d) Aurreko guztiak.

**94. 25 urteko paziente batek zelula germinal ez-seminomatosoen tumore testikularra du IIB estadioan, eta lau ziklorekin tratatzen da, etoposidoan eta zisplatinoan oinarritutako eskema batekin. OTA torako-abdomino-pelbikoa normala da. Ez zuen teratomarik tumore primarioan. Zein da erretroperitoneoan hondar-teratoma edo tumore bideragarri bat egoteko probabilitatea?**

a) % 0.
b) % 5.
c) % 10.
d) % 20.

**95. Zein da emakumeen sexu-nahasmendu ohikoena?**

a) Dispareunia.
b) Sexu-desio hipoaktiboaren nahasmendua.
c) Baginismoa.
d) Orgasmoaren nahasmenduak.

**96. Zerk eragiten du litiasi ureteral bati lotutako mina?**

a) Gernu-fluxuaren buxadurak, giltzurrun-kapsularen distentsio bati lotua.
b) Litiasiak mukosa ureterala narritatzeak.
c) Ureterraren gehiegizko peristalsiak, gernu-buxaduraren ondorioz.
d) Fornix kalizial baten hausturak eragindako gernu-estrabasazioak.

**97. Litiasi hauetako zein da infektiboa?**

a) Oxalato kaltzikoa.
b) Fosfato kaltzikoa.
c) Karbonato apatita.
d) Azido urikoa.

**98. Erantzun hauetako zein ez da zuzena?**

a) Oxalato kaltziko monohidratoa – Whewellita.
b) Oxalato kaltziko dihidratoa – Wheddelita.
c) Az urikoa - Urizita.
d) Fosfato amonio magnesioa - Aragonita.

**99. Korrelazio hauetatik, zein da zuzena?**

a) Karbonato apatita fosfatoa – Brushita.
b) Kaltzio hidrogeno fosfatoa – Dahllita.
c) Kaltzio karbonatoa – Aragonita.
d) Kaltzio hidroxil fosfatoa – whitlockita.

**100. Gaixotasun hauetako zein ez dago lotuta litiasia sortzeko arriskuarekin?**

a) Hipoparatiroidismoa.
b) Nefrokaltzinosia.
c) Giltzurruneko gaixotasun polikistikoa.
d) Hiperparatiroidismo primarioa.

**101. Litiasia sortzeko arriskua areagotzen ez duten alterazio anatomikoak:**

a) Ureterozelea.
b) Zaldi-ferra gisako giltzurruna.
c) Dibertikulu kalizialak.
d) Aurreko guztiak lotuta daude litiasia sortzeko arriskua areagotzearekin.

**102. Litiasi hauetako zein da erradioopakutasun gutxien duena?**

a) Oxalato kaltziko dihidratoa.
b) Fosfato kaltzikoa.
c) Xantina.
d) Zistina.

**103. Litiasi ureteral baten ondoriozko sepsi urologiko baten testuinguruan, honako baieztapen hauetatik zein ez da egia?**

a) Komeni da gernubidea premiaz deskonprimitzea, bai larruazalean zeharreko drainatzearekin, bai stent kateter ureteralekin.
b) Gernu-deskonpresioan gernu-kultiboa biltzea gomendatzen da.
c) Berehala tratamendu antibiotikoarekin hastea gomendatzen da.
d) Arazoa eragin duen litiasiaren behin betiko tratamendua atzerapenik gabe egitea gomendatzen da.

**104. Enuntziatu hauetako zein ez da larruazalean zeharreko nefrolitotomia bat egiteko kontraindikazio bat?**

a) Kirurgia egin aurretik zuzendu gabeko koagulazio-proben alterazioa.
b) Aurretiko hipertentsio arteriala.
c) Tumore uroteliala larruazalean zeharreko sarbide-eremuan.
d) Aurretik tratatu gabeko gernu-infekzio sintomatikoa.

**105. Prozedura hauetako zein ez da hemorragia-arrisku txikiko prozedura bat, 2017ko gidalerroen arabera?**

a) Giltzurrun barneko litiasiaren litotrizia.
b) Kateter ureterala erauztea.
c) Ureterorrenoskopia.
d) Zitoskopia.

**106. Hauetatik zein ez da gorputzez kanpoko litotrizia bat egiteko kontraindikazio bat?**

a) Pazientea haurdun egotea.
b) Tratatu beharreko litiasitik hurbil dagoen alterazio anatomiko buxatzailea.
c) Aneurisma arteriala tratatu beharreko litiasitik hurbil.
d) Litotrizia egin aurretik kontrolatu eta tratatu gabeko infekzio klinikoa.

**107. Gaur egun, litiasiaren arloan, online gidalerroen kasuan, baieztapen hauetatik zein ez da zuzena?**

a) Ureter proximalaren litiasia > 10 mm denean, hobe da ureterorrenoskopia agintzea, gorputzez kanpoko litotrizia baino, lehen tratamendu-asmo gisa.
b) Ureter distalaren litiasia < 10 mm denean, hobe da ureterorrenoskopia agintzea, gorputzez kanpoko litotrizia baino, lehen tratamendu-asmo gisa.

c) Goiko kalizeko giltzurrun-litiasia > 20 mm denean, hobe da nefrolitotomia perkutaneoa agintzea, lehen tratamendu-asmo gisa.
d) Goiko kalizeko giltzurrun-litiasia > 10 mm denean, hobe da gorputzez kanpoko nefrolitotomia agintzea, lehen tratamendu-asmo gisa.

**108. Haurretan, baieztapen hauetatik zein ez da egia?**

a) Haurretan, oro har, helduetan baino errazago igarotzen dira zatiak bide ureteralean.
b) Giltzurruneko litiasiaren diametroa > 20 mm (300 mm2) denean, haurrak ez dira litotrizia egiteko hautagai onak.
c) Gorputzez kanpoko litiasi ureterala duten haurrei litotrizia lehen tratamendu-lerro gisa eskaintzea.
d) Litiasi ureteralak dituzten haurrei ureterorrenoskopia eskaintzea, gorputzez kanpoko litotrizia ezinezkoa bada.

**109. Litiasia prebenitzeko dietari dagokionez, baieztapen hauetatik zein ez da zuzena?**

a) Oxalato ugariko elikagai gehiegi hartzeak mugatu egin beharko litzateke, batez ere gernuan oxalato asko kanporatzen duten pazienteen kasuan.
b) Animalia-proteinak ez lirateke 2.0 gramo baino gehiago izan behar pisu-kilo bakoitzeko; izan ere, gehiegizko kontsumoak litiasiaren eraketa errazten du, hipozitraturia, gernuko ph baxua, hiperoxaluria eta hiperurikosuria barne.
c) Eguneko kaltzio-eskakizunak 1000-1200 mg/d ingurukoak dira.
d) Gatz kontsumoa (Cl Na) ezin da izan egunean 3-5 gramo baino gehiagokoa.

**110. Litiasiak prebenitzeko erabiltzen diren substantzien artean, baieztapen hauetatik zein ez da zuzena?**

a) Alopurinol dosia, hiperurizemia/hiperurikosuria duten pazienteen kasuan, 100-300 mg/egun artekoa da.
b) Hiperkaltziuria duten pazienteen tratamendurako hidroklorotiazida dosia 250 mg/egun da.
c) Hiperoxaluria primarioa duten pazienteentzat, piridoxina-dosia 5 mg/kg/egun da, eta gehieneko dosia 20 mg/kg/egun.
d) Zistinuriarako tiopronina dosia da 250 mg/egun hasierako dosi gisa, eta gehieneko dosia 2000 mg/egun.

**111. Litiasi infektiboen kapituluan, germen hauetako zeinek ez du ureasarik sortzen?**

a) Proteus spp.
b) *Providencia rettgeri*.
c) *Morganella morgagni*.
d) Aurreko guztiak dira ureasa-ekoizleak.

**112. Baieztapen hauetatik, zein ez da egia?**

a) Zistina-litiasiak pertsona helduen arteko litiasi guztien % 1-2 inguru dira.

b) Zistina-litiasiak haurren litiasi guztien % 6-8 inguru dira.
c) Estrubita-litiasiak analizatzera bidaltzen diren litiasi guztien % 2-15 inguru dira.
d) Azido urikoko litiasiak giltzurruneko litiasien % 25 inguru dira.

**113. Substantzia hauetako zeinek ez du eratzen kristalezko osagairik gernuan?**

a) Amoxizilina.
b) Indinabirra.
c) Magnesio trisilikatoa.
d) Guztiek osatzen dituzte gernu-kristalen osagaiak.

**114. AEUaren online gidalerroen arabera, baieztapen hauetatik zein ez da zuzena?**

a) Antiinflamatorio ez-esteroideoak opiazeoak baino hobeak dira giltzurrun-kolikoaren tratamenduan.
b) Azido urikoko litiasiak eragindako buxadurarako, ahotiko kimiolisia eta tamsulosina konbinatzea kimiolisia bakarrik hartzea baino hobea da, bereziki > 8 mm litiasietan.
c) Ureterorrenoskopia da giltzurruneko litiasiak eta litiasi ureteralak tratatzeko aukerako tratamendua obesitate larria duten pazienteetan.
d) Alopurinola ez da onuragarria hiperurikosuria eta azido urikoko litiasia duten pazienteentzat.

**115. Giltzurruneko tumoreen etiologiari dagokionez, baieztapen hauetatik zein ez da egia?**

a) Giltzurruneko kartzinoma medularra ezohiko tumorea da, hau da, giltzurrun-zeluletako kartzinoma guztien < % 0,5 inguru.
b) Giltzurrun-zelulen kartzinomak gizonezkoen artean dira nagusi, 1,5:1 erlazioarekin.
c) Giltzurrun-zelulen kartzinoma papilarra hirugarren tumorerik ohikoena da giltzurrun-zeluletako kartzinomen artean.
d) Tumore kromofogoa ezin da gradatu Fuhrman-en gradazio-sistemaren arabera, bere atipia nuklearragatik.

**116. Angiomiolipomari dagokionez, baieztapen hauetatik zein da zuzena?**

a) Ohikoagoa da gizonen artean.
b) Kirurgikoki erauzitako masen % 5 da, gutxi gorabehera.
c) Tumore ez-mesenkimal bat da, eta esklerosi tuberosoarekin lotuta egon behar du.
d) Angiomilipoma epiteliodea bakarrik izan daiteke gaiztoa.

**117. Giltzurruneko onkozitomari dagokionez, baieztapen hauetatik zein ez da zuzena?**

a) Onkozitoma giltzurruneko tumore solidoen % 3 eta % 7 artean da.
b) Bere intzidentzia % 38ra igotzen da < 4 cm-ko tumoreak soilik kontuan hartzen baditugu.
c) Onkozitoma gehienak poliki-poliki garatzen dira, urtean < 14 mm haziz.

d) Tumore solido onbera bat da, irudi-tekniken bidezko diagnostiko mugatua duena, eta bere behin betiko diagnostikoa anatomopatologikoa da.

**118. Giltzurrunetako tumore hauetatik, zein jotzen da agresibitate-maila txikikotzat?**

a) Giltzurrun-zelulen kartzinoma tubulozistikoa.
b) Giltzurrun-zelulen kartzinoma Xp11.2 translokazioarekin.
c) Giltzurruneko kartzinoma medularra.
d) Bellini-ren tubulu biltzaileen kartzinoma.

**119. Giltzurruneko lesio kistikoei dagokienez, baieztapen hauetatik zein ez da zuzena?**

a) I eta II motetako Bosniak lesio kistikoak onberak dira, baina jarraipena behar dute.
b) IIF lesioen jarraipena egin behar da 5 urtez, batzuk gaiztotu egin daitezke-eta.
c) IV graduko lesioetan kirurgia gomendatu behar da, gehienak gaiztoak baitira.
d) IV Bosniak lesio kistikoetan, lesio gaiztoak kistearen hormetan kokatzen dira nagusiki.

**120. Giltzurrun-zelulen kartzinomarako indarrean dagoen TNM sailkapenaren arabera, baieztapen hauetatik zein ez da egia?**

a) T1a tumoreen tamaina 4 cm-koa edo txikiagoa da.
b) T3c tumoreek Gerota-ren faszia erasaten dute.
c) TMNaren 1. estadioa T1 N0M0-tzat jotzen da.
d) T2b tumoreek 10 cm baino handiagoak dira, baina giltzurrunera mugatzen dira.

**121. Erantzun hauetako zein ez da giltzurruneko kartzinoma tratatzeko gomendio bat?**

a) Kirurgia eskaintzea, giltzurrunetako minbizi lokalizatua sendatzeko asmoz.
b) Adrenalektomia ipsilaterala egitea, ahal den guztietan.
c) TMN T1L estadiajea duten pazienteei nefrektomia partziala eskaintzea.
d) Linfadenektomia kontuan hartzea kontrako faktore klinikoak eta tumore handiak eta arrisku handiko faktoreak dituzten pazienteen kasuan.

**122. Zelula argien giltzurruneko kartzinoma metastasikoaren tratamenduaren barruan, baieztapen hauetatik zein ez da zuzena?**

a) Zelula argietako giltzurruneko kartzinoma duten pazienteei ez zaie kimioterapia eskaini behar lehen tratamendu-lerro gisa.
b) Aurretiko tratamendurik gabeko pazienteetan, frogatu da ipilimumab + nibolumab konbinazioak sunitinibak baino biziraupen-emaitza hobea duela pronostiko ona duten pazienteetan.
c) Ipilimumab + nibolumab konbinazioak % 15eko 3-5 mailako toxikotasuna du, eta tratamenduari lotutako heriotzen ehunekoa % 1,5ekoa da.
d) VEGFra (endotelio baskularraren hazkunde-faktorea) bideratutako terapiekin aldez aurretik tratamendu-lerro bat edo bi egin ondoren eskain daiteke nibolumaba.

**123. Zelula argien giltzurruneko kartzinoma metastasikoaren tratamenduari dagokionez, baieztapen hauetatik zein da zuzena?**

a) Aurretiko tratamendurik ez duten pazienteetan, sunitinib eta pazopanib erabiltzea, tarteko edo kontrako arrisku-faktoreak daudenean.
b) Sunitiniba alfa interferona (IFN-alfa) baino eraginkorragoa da aurretiazko tratamendurik ez duten pazienteetan.
c) Temsirolimusak monoterapian ez du biziraupen globala luzatzen, alfa interferonarekin (INF-alfa) alderatuta, pronostiko txarreko faktoreak dituzten eta aurretik tratamendurik jaso ez duten pazienteetan.
d) Pazopaniba ez da plazeboa baino hobea aurretiazko tratamendurik ez duten pazienteetan.

**124. Bakteriuria asintomatiko baten testuinguruan, zein pazienterentzat da mesedegarria tratamendu antibakterianoa?**

a) Diabetes mellitusa ondo erregulatuta duten pazienteentzat.
b) Emakume haurdunentzat.
c) Menopausia osteko emakumeentzat.
d) Aurretik giltzurrun-transplantea izan duten pazienteentzat.

**125. Konplikaziorik gabeko zistitisaren tratamenduan, zein baieztapen ez da zuzena?**

a) Emakumeen lehen mailako tratamendua 3 gramoko fosfomizina trometamol dosi bakarra izango litzateke.
b) Gizonen kasuan, gomendagarria da 160/800 mg trimetroprim sulfametoxazolarekin tratatzea 12 orduan behin, gutxienez 7 egunez.
c) Haurdun dauden emakumeen kasuan, trimetroprim sulfametoxazola segurua da haurdunaldiaren hirugarren hiruhilekoan.
d) Giltzurrun-gutxiegitasuna duten pazienteen kasuan, ez da beharrezkoa antibiotiko dosia doitzea iragazketa glomerularra 20 ml/min baino handiagoa den bitartean, efektu nefrotoxikoa izan dezaketen antimikrobianoen kasuan izan ezik, hala nola aminoglukosidoak.

**126. Pielonefritis ez-konplikatuetan, hauetako zein ez da ahotiko tratamendu antibiotikoko erregimen egokia?**

a) 500-750 mg ziprofloxazino 12 orduan behin, 7 egunez.
b) 750 mg lebofloxazino 24 orduan behin, 5 egunez.
c) 200 mg zefpodoxima 12 orduan behin, 10 egunez.
d) 500 mg fosfomizina 8 orduan behin, 7 egunez.

**127. Pielonefritis ez-konplikatuetan, hauetatik zein ez da zain barneko tratamendu antibiotiko egokia?**

a) 400 mg ziprofloxazino 12 orduan behin.
b) 750 mg lebofloxazino 24 orduan behin.
c) 1-2 gramo zeftriaxona 24 orduan behin.
d) Deskribatutako tratamendu guztiak egokiak dira konplikaziorik gabeko pielonefritiserako.

**128. Uretritisa tratatzeko, korrelazio hauetako zein ez da zuzena?**

a) Uretritis gonokozikoa - 1 gramo zeftriaxona, muskulu barnekoa, dosi bakarra.
b) Uretritis ez-gonokozikoa (ez patogeno identifikatua) - 100 mg doxiziklina 12 orduan behin, 7 egunez.
c) *Trichomonas vaginalis* - 1 gramo azitromizina, ahotik, dosi bakarra.
d) Ureplasma urealiticum – 100 mg doxiziklina 12 orduan behin, 7 egunez.

**129. Zeren adarrak dira arteria adrenalak?**

a) Aortarenak.
b) Beheko arteria frenikoenak.
c) Giltzurrun-arteriarenak.
d) Erantzun guztiak zuzenak dira.

**130. Zer eragiten du giltzurrunak?**

a) Errenina.
b) Angiotentsina.
c) Eritropoietina.
d) a eta c zuzenak dira.

**131. Gernu-sintomatologia kronikoa, hematuria mikroskopikoa eta urokultibo arrunt negatibo errepikatuak dituen pazientea. Laborategiko zein datuk orientatzen du gehien tuberkulosi genitourinarioa, eta azterketa gehiago egitera behartzen du?**

a) Piuria esteril iraunkorra.
b) Nitrito positibo errepikatuak eta erabateko hobekuntza 48 orduz nitrofurantoina tratamendua emanda.
c) Glukosuria isolatua sedimentu normalarekin.
d) Proteinuria nefrotikoa eta lipiduria.

**132. Gernu-tuberkulosiaren susmoa dagoenean, lagina hartzeko zein estrategiak areagotzen du gehien errendimendu mikrobiologikoa *Mycobacterium tuberculosis* bakterioaren kultiborako?**

a) Goizeko lehen gernua (ondoz ondoko 3 lagin), bolumen handia, mikobakterioen kultiboko laborategiari berariaz eskatuta.

b) Ausazko gernu-lagina, 5 ml-koa, urokultibo estandarrerako flaskoan.
c) 3 egunezko 24 orduetako gernua nahitaez biltzea, bolumen osoa homogeneizatuz laborategirako alikuota bat atera aurretik.
d) Ipini eta kentzeko zunda bidez edo xurgapen suprapubikoaren bidez soilik hartzea lagina, uretra distaleko mikobakterio saprofitoen kutsatzea saihesteko.

**133. Tuberkulosi genitourinarioa (GUTB) diagnostikatzen denean, gernu-sintoma iraunkorrak eta baieztapen mikrobiologikoa izan ondoren, baieztapen hauetatik, zeinek deskribatzen du zuzen tratamendu-estandarra, indarrean dauden gomendioen arabera?**

a) GUTBaren hasierako maneiurako, berehalako ebakuntza kirurgikoa egin behar da kaltearen hedadura ebaluatzeko, eta, ondoren, lau hilabeteko erregimen estandarizatua egin behar da lehen lerroko farmakoekin.
b) Tratamendu medikoa ezarri behar da lehen lerro terapeutiko gisa. Kasu berrietarako, 6 hilabeteko eguneko eskema gomendatzen da, 2 hilabeteko fase intentsiboan (HRZE) eta 4 hilabeteko jarraipen-fasean (HR) banatuta.
c) Kasu berrietarako lehen aukerako tratamendua 4 hilabeteko fase intentsiboa da, isoniazidarekin eta errifanpizinarekin, eta, ondoren, 2 hilabeteko jarraipen-fasea pirazinamidarekin eta etanbutolarekin.
d) Erresistentzia multifarmakorresistentea (MDR-TB) duen isolamendu baten aurrean, fase intentsiboko banakako erregimenak bigarren lerroko hiru farmako izan behar ditu gehienez, nahitaez isoniazidarekin konbinatuta dosi altuetan.

**134. Maskuriko min primarioaren sindromerako (interstiziala) tratamendu farmakologikoaren aukeren barruan, maskuri barneko bidearen abantaila da farmakoaren kontzentrazio handiak lortzen direla maskurian zuzenean, albo-ondorio sistemiko gutxirekin. Azaldutako testuaren arabera, baieztapen hauetako zeinek deskribatzen du zuzen maskuri barneko terapia horietako bat edo haren mugetako bat?**

a) Lidokaina alkalinizatua maskuri barruan instilatzeak hilabetera arteko arintze sintomatiko iraunkorra eskaini du.
b) Maskuri barnean azido hialuronikoa eta kondroitina sulfatoa ez erabiltzea gomendatzen da, glikosaminoglikanoen geruza (GAG) larriki kaltetzen dutelako.
c) Maskuriko instilazioen abantaila nagusia da erabat saihesten dutela pazienteari aldizkako kateterismoak egiteko beharra.
d) Heparina eta lidokaina alkalinizatua konbinatzeak nabarmen okerragotzen du farmakoaren xurgapena, eta EAUk kontraindikatu egiten du.

**135. Meares-Stamey-ren testari dagokionez (4 baso), prostatitis kroniko bakterianoa diagnostikatzeko, zein da prostatitisa beste entitate batzuetatik bereizten duen positibotasun-irizpide klasikoa?**

a) Bakterio-kontaketa nabarmen handiagoa (≥ 10×) adierazitako jariatze prostatikoan (VAS 3) zurrusta ertaineko gernuarekin (VAS 2) alderatuta.
b) Leukozituria isolatua hasierako gernuan, bakteriuria esanguratsurik gabe.
c) PSA altua, prostatitis kronikoa berresteko irizpide gisa.
d) Hemokultibo positiboak urokultibo negatiboarekin.

**136. Prostatitis kronikoa-pelbiseko min kronikoaren sindromean, urokultiboa negatiboa bada eta kultiba daitekeen agentearen probabilitate txikia izanik, zein baieztapen da zuzenena etiologiari/mikrobiologiari dagokionez?**

a) Askotan ez dago kultiba daitekeen patogenorik; diagnostiko kronikoa akutua baino arazotsuagoa da.
b) Kasu gehienak hemokultiboarekin baieztatzen dira.
c) In situ hibridazio genomikoak eta prostatako estromako T linfozitoen azpipopulazioen tipifikazioak ohiko kultiboa baztertzen dute baieztapen diagnostikorako estandar gisa.
d) Azterketa urodinamiko osoa, esfinter ildaskatuaren elektromiografiarekin, tresna egokia da sindromea inflamatorioan (IIIa) eta ez-inflamatorioan (IIIb) kategorizatzeko.

**137. 35 urteko emakume bat, ez du komorbilitaterik, ezta aurrekari garrantzitsurik ere, kontsultara etorri da konplikaziorik gabeko zistitis akutuarekin bat datozen sintomak dituelako. Tratamendu antimikrobiano enpirikoa hautatzeko EAUren 2026ko martxoko eguneratzeko gomendioei dagokienez, baieztapen hauetatik zein da zuzena?**

a) Kotrimoxazola (160/800 mg egunean bi aldiz 3 egunez) lehentasunez eta modu orokorrean agin daiteke Europa osoan lehen lerro terapeutiko gisa, erresistentzia-profil txikia duelako.
b) Aminopenizilinak betalaktamasaren inhibitzaileekin konbinatuta (amoxizilina/azido klabulanikoa, adibidez), lehen aukerako terapia enpiriko gisa gomendatzen dira irmoki, ez dutelako kalte ekologikorik eragiten.
c) Honako hauek lehentasunezko lehen lerroko eskemetan sartzen dira: fosfomizina trometamol dosi bakarra (3 g), pibmezilinama (400 mg egunean hiru aldiz 3-5 egunez) edo nitrofurantoina (100 mg egunean bi aldiz 5 egunez).
d) Europako Batzordeak albo-ondorio larri eta iraunkorrei buruz zehaztu dituen alerten ondorioz, fluorokinolonak erabat debekatuta daude gernu-infekzioaren edozein egoera klinikotan, eta merkatutik kendu behar dira.

**138. 55 urteko paziente bat, menopausia ostekoa, 4 zistitis episodio izan dituena azken urtean. Jokabide-aldaketei buruzko aholkularitza eman ondoren, profilaxi ez-antibiotikoaren aukerak eztabaidatzen dira. Ebidentzia zientifikoan eta EAUk azaldutako gomendio-mailetan oinarrituta (2026ko eguneratzea), baieztapen hauetatik zein da metabolikoki edo klinikoki zuzena?**

a) Frogatu da ahotiko estrogenoek eraginkortasun handia dutela zistitis errepikakorra prebenitzeko, eta bigarren mailako ondorio sistemikoen profil oso ona dute, plazeboarekin alderatuta.
b) Saiakuntza kliniko ausazkotu eta kontrolatu berri batek frogatu zuen D-manosa hautsa egunero erabilita estatistikoki nabarmen murrizten zela lehen mailako arretan zistitis-episodioak izan zituzten emakumeen proportzioa, plazeboarekin alderatuta.
c) Agente immunomodulatzaileentzako aurreko gomendio sendoa ahul bihurtu da, datu metatuen ziurtasun txikia dela eta. Klinikoki MV140 nabarmentzen da, saiakuntzetan emaitzarik positiboenak erakusten dituelako.

d) Azido hialuroniko (HA) isolatuaren maskuri barneko instilazioek askoz ebidentzia-maila handiagoa eta ausazkotutako azterketa kontrolatu gehiago dituzte, azido hialuroniko eta kondroitin sulfato (HA-CS) terapia konbinatuarekin alderatuta.

**139. Zistitisaren maneiuari, jarraipenari eta tratamendu-aukerei dagokienez, baieztapen hauetatik zein da zuzena?**

a) Paziente asintomatikoen zistitis akutuko episodio baten tratamendua amaitzean, kontroleko uroanalisia edo urokultiboa egin behar da, sistematikoki eta errutinaz.
b) Paziente baten sintomak ez badira sendatzen tratamendua amaitzean, edo hurrengo bi asteetan errepikatzen badira, patogenoa hasierako medikamentuarekiko sentikorra dela ulertu behar da, eta tratamenduari 14 egunez eutsi.
c) Analizatutako azterlanen arabera, terapia ez-antibiotikoak erabiltzean (hala nola fitoterapia edo antiinflamatorio ez-esteroideoak), zistitiserako antibiotikoen erabileraren murrizketa globala % 63koa da.
d) Nitrofurantoina gizon gazteen tratamendu enpirikorako gomendatzen da, eta nitrofurantoina lehentasunez erabili behar da, baita erasan prostatikoa baztertu ezin izan bada ere.

**140. Lesio neurologiko bat (adibidez, bizkarrezur-muineko lesio bat) duen paziente bati azterketa urodinamiko inbaditzaile bat egiten zaion bitartean, segurtasun- eta monitorizazio-neurri batzuk nahitaezkoak dira konplikazio larriak prebenitzeko. Proba hori prestatzeari eta gauzatzeari dagokionez, baieztapen hauetatik zein da zuzena?**

a) Disreflexia autonomikoa izateko arriskua duten pazienteetan, nahitaezkoa da presio arteriala eta bihotz-maiztasuna monitorizatzea urodinamian eta beste edozein prozedura inbaditzailetan.
b) Betetze-funtzioa behar bezala ebaluatzeko, maskuria ultra-azkar bete behar da, gatz-serum erabat hotza erabiliz, detrusorearen erantzuna behartzeko.
c) Ondeste-anpoilan gorozki metatuak egoteak ez du eraginik emaitzetan; beraz, ez da beharrezkoa proba hasi aurretik ondestearen egoera egiaztatzea.
d) Bizkarrezur-muineko lesio traumatiko baten osteko lehen ikerketa urodinamikoa nahitaez atzeratu behar da, bilakaeraren lehen urtea igaro arte.

**141. Beheko gernubideetako disfuntzio neurogenoan, arrisku ertainekoa (noizbehinkako infekzioekin edo irudiko aldaketa arinekin) eta egonkorra denean, zer jarraipen-konbinazio da egokiena?**

a) Historia/Miaketa urtero, giltzurrun-funtzioa urtero eta goiko bideko irudia 1-2 urtean behin.
b) Urodinamika hilero, presioak normalizatu arte.
c) Jarraipenik gabe, pazientea sintomarik gabe badago.
d) Gernuko nerbio-hazkundearen faktorea (uNGF) sei hilean behin kuantifikatzea immunosaiakuntzaren bidez, eta 24 orduko etengabeko zistomanometria anbulatorioa.

**142. Profilaxi antibiotikoari dagokionez, azterketa urodinamikoetan (sintomarik gabeko pazientea, arrisku-faktorerik gabea), zein da baieztapen zuzena?**

a) Ez da gomendatzen errutinazko profilaxi antimikrobianorik.
b) Nahitaezko profilaxia: kinolona 7 egunez.
c) Nahitaezko profilaxia: zain barneko karbapenemikoa.
d) Nitrito positiboak daudenean soilik egiten da profilaxia, sintomarik gabe egon arren.

**143. Epididimitis akutu baterako tratamendu antibiotiko enpirikoa behar duen paziente bat izanez gero, EAUren arrisku-estratifikazioan oinarrituta, aukera hauetako zeinek deskribatzen du paneleko adostasun eta gomendioetara hertsiki egokitzen den jarraibide farmakologiko bat?**

a) Infekzio gonokozikoa izateko probabilitate handia duten gizonen kasuan, ahotiko monoterapia hau gomendatzen da: lebofloxazinoa (500 mg), egunean behin, 10-14 egunez.
b) Sexualki aktiboak diren eta gonorrea izateko arrisku txikia duten gizonetan (uretritisik eta uretrako deskargarik gabe), onartutako aukera bat da doxiziklina (100 mg b.i.d, hasierako 200 mg-ko dosiaren ondoren) eta trimetoprim-sulfametoxazola (160/800 mg b.i.d) konbinatzea, biak 10-14 egunez.
c) Sexualki aktiboak ez diren gizonentzat, gidek ezartzen dute nahitaez erabili behar dela zeftriaxona parenterala azitromizinarekin konbinatuta dosi anitzetan, flora misto enterikoko patogenoak desagerrarazteko.
d) Ahotiko makrolidoen erabileraren (azitromizina, adibidez) ausazko saiakuntza kliniko espezifiko ugari daude, ehun epididimario inflamatuan fluorokinolonek baino eraginkortasun kliniko handiagoa dutela babesten dutenak.

**144. Epididimitis kroniko infekzioso granulomatosoan, zein da etiologia bereizgarriena?**

a) *Mycobacterium tuberculosis*.
b) Epstein-Barr birusak eragindako infekzioa, linfozitosi atipiko lokala eragin duena.
c) *E. coli*.
d) BK poliomabirusa (BKyV) berraktibatzea, hodi deferenteen urotelioan nukleo barneko birus-inklusioekin.

**145. EAUren jarraibideetan deskribatutakoaren arabera, Fournier-en gangrenaren fisiopatologiari, ebaluazio diagnostikoari eta maneiuaren funtsezko printzipioei dagokienez, baieztapen hauetatik zein da zuzena?**

a) Faszia perinealek ezartzen duten oztopo anatomikoaren ondorioz, barne-nekrosiaren benetako hedadura kanpoko larruazaleko zeinuek hasierako ebaluazioan iradokitzen dutenaren baliokidea edo txikiagoa izan ohi da.
b) Kasuen % 40tan, gaixotasuna astiro eta gradualki hasten da, eta diagnostikatu gabeko min gisa soilik adierazten da. Horregatik, susmo-indize handia eta miaketa fisiko zorrotza beharrezkoak dira, bereziki paziente obesoen kasuan.
c) Hasierako tratamendu antibiotiko enpirikoaren oinarria zain barneko monoterapia da, espektro zabaleko fluorokinolona batekin, inflamaziorik gabeko ehun bigunetan oso ondo sartzen delako.

d) Kateter suprapubiko bidezko gernu-deribazioa eta desbridatze kirurgiko osoa bigarren lerroko neurritzat hartzen dira, baina pazienteak sepsi larriaren edo shockaren zeinu nabarmenak baditu soilik daude indikatuta.

**146. Gonokokoak/Klamidiak eragindako uretritisaren susmoa izanez gero, zer metodo diagnostiko da sentikorrena eta azkarrena?**

a) NAAT (azido nukleikoen anplifikazioa).
b) Urokultibo konbentzionala, hautatutako proba gisa.
c) Gonokokorako IgG serologia.
d) Hemokultibo seriatuak.

**147. 22 urteko gazte batek 7 eguneko tratamendu antibiotikoa amaitu du, arrakastaz, uretritis akutua klinikoki diagnostikatu ondoren. Ez du hondar-sintomarik, eta sexu-harremanei noiz ekin diezaiokeen eta zer kontrol-neurri hartu behar dituen galdetzen du. Zer aholku mediko eman behar zaio?**

a) Antibiotikoak amaitu eta berehala has daiteke berriro sexu-harremanak izaten, jariakinik ez badu, eta bere lehenagoko bikotekideek ez dute azterketarik behar.
b) Terapia antibiotikoa amaitu eta gutxienez astebetez sexu-harremanik ez izatea gomendatu behar zaio, eta sendatze-proba bat programatu behar da (*test-of-cure*) 6-12 astera.
c) Nahitaezkoa da uretrako kontrol-frotis bat egitea 48 orduan behin lehen hilabetean, eta sexu-abstinentzia zorrotza izatea urte erdiz.
d) Jarraipen medikoa edo proba gehigarriak egin behar dira soilik pazienteak gorputzeko beste atal batzuetan sintomak garatzen baditu, hala nola artikulazioetako mina edo konjuntibitisa.

**148. EAUren gomendioen arabera, uretritis gonokoziko baten susmo klinikoa izanez gero, zein da erantzun zuzena lehen lerroko tratamendu enpiriko konbinatuari dagokionez?**

a) Tratamendua 1-2 g-ko zeftriaxona dosi bakar bat da (zain barnetik eman daiteke, muskulu barneko injekzioaren molestiak saihesteko), ahotiko doxiziklina 100 mg-rekin konbinatuta, egunean bi aldiz, 7 egunez.
b) Gidak erabat debekatzen du zain barneko bidea erabiltzea zeftriaxonerako, beheko gernu-infekzioetan haren segurtasunari buruzko daturik ez dagoelako.
c) Hautatutako hasierako konbinazio enpirikorako, zeftriaxona metronidazolarekin konbinatu behar da dosi bakarrean, nahitaezkoa baita *Trichomonas vaginalis* parasitorako estaldura ematea.
d) GUaren susmoa dagoenean, lehen lerroko tratamendua ahotiko monoterapia honetan oinarritzen da soilik: 500 mg ziprofloxazinoa, dosi bakarra, pazientearen atxikimendua bermatzeko.

**149. Giltzurruneko trauman, zein da enuntziatu egokiena egoera hemodinamikoaren arabera?**

a) Giltzurruneko trauma egonkorra kirurgiarik gabe tratatu ohi da; ezegonkortasun hemodinamikoagatik berehalako esku-hartzea behar da.

b) Paziente egonkorrek gradu altuko lesioak badituzte (AASTaren IV. eta V. graduak), nahitaezko miaketa kirurgikoa egin behar da lehen 24 orduetan, urinoma iraunkorra prebenitzeko.
c) Hematoma subkapsular antolatu baten ondoren errenina bidez eragindako hipertentsio arteriala (Page-ren fenomenoa) garatzen bada, berehalako nefrektomia indikatuta dago.
d) Hematuria faltak giltzurrun-lesio esanguratsua baztertzen du kasu guztietan.

**150. Gradu altuko giltzurrun-traumatismoaren maneiu ez-kirurgikoaren parte dira gertuko behaketa eta erradiologia interbentzionista, enbolizazio angiografiko selektiboaren (SAE) bidez. EAUren giden arabera, arrakasta-irizpideei, porrotaren iragarleei eta konplikazioen maneiuari dagokienez, baieztapen hauetatik zein da zuzena?**

a) OT batean kontrastearen estrabasazio aktiboa eta giltzurrun inguruko hematoma handia (25 mm-tik gorako sakonerakoa) aldi berean aurkitzeak zehaztasun handiz iragartzen du SAE bat egin behar dela.
b) Lehen enbolizazio selektibo batek (SAE) odoljarioaren kontrolean porrot egiten badu, bigarren enbolizazio bat (berrenbolizazioa) egitea kontraindikatuta dago, infartu parenkimatoso globalaren arrisku kritikoagatik.
c) Giltzurrun batean traumatismo kamuts bat izan ondoren gernu-ihes iraunkor bat badago (bestela bideragarria da), berehalako berreraikuntza kirurgiko irekia indikazio absolutua da (errenorrafia).
d) Arma zuri bidez eragindako traumatismo sarkorra arrisku-faktore independentea da 4. eta 5. graduko lesioetan nefrektomian amaitzeko, suzko arma bidez eragindako zauriekin alderatuta.

**151. Giltzurrun-traumatismo batek eragindako konplikazioen eta horiei aurre egiteko maniobra kirurgikoen testuinguruan, baieztapen hauetako zeinek deskribatzen ditu zuzen EAUren jarraibideak odoljario berantiar baten edo premiazko larrialdiko miaketa abdominal baten aurrean?**

a) Fistula arteriobenosoa (AVF) giltzurrun-traumatismo kamutsaren konplikazio tipikoa da, eta kreatinina serikoaren muturreko igoera isolatuak agertu ohi du.
b) Lotutako lesioen ondoriozko larrialdiko laparotomia batean, giltzurrun inguruko hematoma zentral bat edo hedatzen ari den hematoma bat deskubritzen bada, ukitu gabe eta edozein egoeratan aztertu gabe utzi behar da.
c) Cattell-Braasch-en maniobra (eskuineko errai-errotazio mediala) trauma-kirurgian erabiltzen da, hodi handietara eta giltzurrun-baskulaturara sarbide azkar eta zabal bat lortzeko.
d) Diferitu eta hilgarria izan daitekeen odoljario baten aurrean (traumatismoa gertatu eta aste batzuetara gertatzen dena), tratamendu lehenetsia berehalako premiazko nefrektomia irekia da.

**152. 24 urteko gizon bat Larrialdi Zerbitzura eraman dute, moto-istripu bat izan ondoren abiadura handian (dezelerazio azkarreko mekanismoa). Iristean, pazientea hemodinamikoki egonkor dago (PA: 120/75 mmHg, FC: 82 lpm). Miaketa fisikoan, larruazaleko hematoma bat nabarmentzen da eskuineko saihetsean, eta mina abdomeneko haztapenean. Hematuriarako gernu-zerrenda**

**bat egiten da eta negatiboa da. Lesio-mekanismoaren eta zeinu fisikoen aurrean, ordenagailu bidezko tomografia axial multimodal bat eskatzen da, ondorioz, eskuineko giltzurrun-parenkimaren 1,5 cm-ko sakonerako urradura bat antzematen da, bide biltzaileari eragiten ez diona, eta, horrekin batera, giltzurrun-inguruko hematoma bat, Gerotako fasziara konfinatua. EAUren giden arabera, zein da paziente horren lesioaren sailkapena, AAST eskalaren arabera, eta zein da hasierako maneiurik egokiena?**

a) 2. mailako lesioa. Hematuria ez duenez, baztertu egiten da giltzurrun-lesio erreal bat, eta pazienteari alta eman ahal zaio etxeko analgesiarekin.
a) 3. mailako lesioa. Hemodinamikoki egonkor dagoenez, lehenetsitako tratamendua ez da kirurgikoa (kontserbatzailea), oheko atsedenean, monitorizazioan eta analisi seriatuetan oinarritua.
a) 4. mailako lesioa. Dezelerazio azkarreko mekanismo bat egon zenez, berehala miaketa kirurgiko bat egitea gomendatzen da, peritoneo bidez.
a) 3. mailako lesioa. Gernu-zerrenda negatibo faltsua izan zenez, berehala jarri behar da J bikoitzeko kateter bat (stent ureterala), urinoma bat prebenitzeko.

**153. Aukera hauetako zeinek deskribatzen du zuzen aurkezpen klinikoa edo aurkezpen berantiarreko trauma ureteralaren diagnostikoa (diagnostiko diferitua)?**

a) Diagnostiko berantiarrerako triada klasiko eta ezinbestekoa da anuria totala, hipotentsio larria eta hematuria makroskopiko masiboa egotea.
b) Diagnostiko diferituaren zeinu bereizgarriak hauek dira: mina saihetsean, sukarra, gernu-ihesa eta gernu-ihesa baginatik edo drainaduratik.
c) Uretrako lesio bat modu diferituan izan daitekeela susmatzen bada, sabelaldeko erradiografia sinplea da aukerako proba, eta diagnostikoa berresten du kasuen % 90ean.
d) Trauma ureteral iatrogenikoaren diagnostikoa atzeratzeak ez du eraginik azken pronostikoan, eta ez du aldatzen pazientearen ebakuntza ondoko konplikazioen tasa.

**154. Ureterreko lesio konplexuen berreraikitze diferituan (diagnostiko berantiarra), kaltetutako segmentuaren luzerak eta kokapenak baldintzatzen dute teknika kirurgiko ideala. Markatu agertoki klinikoa hautatutako tratamenduarekin edo konplikazio metabolikoarekin behar bezala lotzen duen aukera:**

a) Lesio distal zabalek kontrako aldera gurutzatutako transureteroureterostomia bat dute, eta teknika horrek du estenosi-tasa txikiena ( % 1 baino txikiagoa).
b) Ureterreko segmentu luzeen galeren ordez ordezkapen ileiala egiteko (bidegabeko txertaketa), azidosi metaboliko hiperkloremiko bat agertzea zaindu behar da jarraipenean.
c) Su-arma bidezko trauma sarkorra (bala) duten pazienteetan, anastomosi primario terminala berehala egin behar da, estu-estu, eta ez da desbridatze handirik egin behar, luzera ureteralik ez galtzeko.
d) Maskuriko zintzilikario tabulatu bat L forman erabiltzea (Boari-ren zintzilikario gisa) da aukerarik onena eta azkarrena politraumatismo akutua eta ezegonkorra duen eta ureter ertaineko lesioa duen pazientearen agertokian.

**155. Zirujauak urologia-balorazioa eskatu du, kolon-ondesteko kirurgia robotiko konplexu baten aurretik, pazienteak peritoneo-atzeko mina distortsionatzen duen tumore-masa duelako. Lesio ureteral iatrogenikoaren prebentzioari eta iragarleei buruzko ebidentzian eta gomendioetan oinarrituta, baieztapen hauetatik zein da zuzena?**

a) Ebakuntza aurretik kateter ureteral profilaktikoak/argizkoak jartzeak frogatu du berrikuspen sistematikoetan nabarmen murrizten dela kolon eta ondesteko kirurgiako lesio ureteralen tasa.
b) Indozianinaren instilazio berde atzerakoia (ICG) da uretrako transekzioa saihesteko prebentzio-efektu sendoa duen metodo profilaktiko bakarra.
c) Ebakuntza aurreko OTan neurtutako diametro ureteral proximal txiki bat maila handiko lesio ureteralaren iragarletzat hartzen da, ureterako sarbide-zorro bat (UAS) jartzean.
d) Hematuria makroskopikoa edo mikroskopikoa oso adierazle sentikorra eta goiztiarra da, eta adierazle hori ez izateak guztiz baztertzen du ebakuntza barruko lesio ureteral iatrogenikoa.

**156. Maskuriko traumatismoari dagokionez, baieztapen hauetatik zein da zuzena?**

a) Kanpoko traumatismo romoek (ez iatrogenikoek) eragindako maskuriaren peritoneo-barneko hausturei, hasiera batean, erabilera kontserbatzaile bat ematen zaie, zunda bidezko drainatzearen bidez, pazienteak peritonitisa ez badu.
b) Maskuriaren peritoneoaz kanpoko zulaketa konplikatu batek, maskuri estraesikal sintomatikoekin, maskuriko zundaren kalibrea handitzea baino ez du eskatzen, eta debekatuta dago bilduma horren miaketa edo drainatzea.
c) Paziente osasuntsu baten maskuriko lesio sinple baten konponketa kirurgiko ireki edo laparoskopikoaren ondoren, gernu-zunda modu seguruan ken daiteke ondorengo 5-10 egunetan, kontrol-zistografiarik egin behar izan gabe.
d) Ohartarazi gabeko peritoneoaz kanpoko zulaketa bat badago, sarearen edo bandaren berrezarpena bertan behera utzi behar da, baldin eta erdiko uretrako beso-euskarri baten kirurgian gertatzen bada, erretropubikotik.

**157. Haustura pelbikoarekin lotutako uretrako lesioan, zein da hasierako neurri egokiena?**

a) Zunda suprapubikoa jartzea (azalekoa edo irekia).
b) Fluoroskopiaz lagundutako lerrokatze endoskopiko primarioa traumatismo akutuaren lehen 24 orduetan.
c) Berreraikuntza ireki goiztiarra uretroplastia anastomotiko hidrauliko-terminal transpubiarraren bidez, hasierako egonkortasun hemodinamikoko fasean (2tik 7ra).
d) Uretrako metalezko endoprotesi bat jartzea, ekografia-gida transperinealaren azpian.

**158. Energia handiko transferentziaren ondoriozko haustura pelbikoekin lotutako emakumeen uretra-traumatismoari dagokionez, baieztapen hauetako zeinek deskribatzen ditu zuzen aurkikuntza epidemiologikoak, metodo diagnostikoak edo entitate hori maneiatzeko jarraibideak?**

a) Zistouretroskopia eta baginoskopia dira aukerako diagnostiko-modalitateak; izan ere, hutseko gernu-zistouretrografiak ez du emakumeen uretra-lesioaren diagnostikoa egiten kasuen % 50ean, gutxi gorabehera.
b) Konponketa kirurgikoa zazpi egun baino gehiago atzeratzea (konponketa diferitua) da aukeratutako estrategia, baginako estenosiaren arriskua minimizatzen duelako eta gernu-deribazio iraunkorraren beharra % 3ra murrizten duelako.
c) Lerrokatze endoskopiko goiztiarrak epe luzeko berreraikuntza-emaitzarik onenak eskaintzen ditu emakumeen artean, gernu-ihesaren eta fistularen tasak % 0 ingurukoak izanik.
d) Uretra proximal eta mediari eragiten dioten lesioak hipospadia hondar egoeran utz daitezke jostura primarioaren beharrik gabe, esfinterraren mekanismo intrintsekoan sartuta ez daudelako.

**159. Paziente batek traumatismo sarkorra badu edo hozkada kanpoko genitaletan, baieztapen hauetako zeinek deskribatzen du era zuzen batean lesio horien maneiua, egungo ebidentziaren arabera?**

a) Giza hozkadetan, tokiko garbiketaz gain, esposizio osteko profilaxia eskaini behar da GIBarentzat eta B hepatitisaren txertoarentzat edo immunoglobulinarentzat, birusak transmititzeko benetako arriskua dela eta.
b) Anputazio peneano oso baten aurrean, berreskuratutako gorputz-adarra zuzenean sartu behar da izotz txikitua duen uretan, iskemia geldiarazteko, mikrokirurgia-birezarpena egiten saiatu aurretik.
c) Eskrotoan sartzen diren zauriek oso gutxitan kaltetzen dituzte bi barrabilak, eta aldebiko eragin-tasa % 1ekoa baino ez da, traumatismo itxien tasaren berdina.
d) Pazienteak zakilaren gorputzean azal-galera moderatua badu, lodiera oso meheko injertoekin egin behar da berreraikuntza (0,2 mm-tik beherakoak), atzeko orbain-uzkurdura minimizatzeko.

**160. Aukera hauetako zein da zuzena zakilaren hausturari eta "haustura faltsuak" deiturikoei dagokienez?**

a) Tunika albuginianoaren lodiera konstante mantentzen da, bai biguntasun-egoeran bai erekzio-egoeran (2 mm inguru), eta leizetsuaren barruko presioa handitzea da hura hausteko erabakigarri bakarra.
b) Txirrika edo leherketa baten hotsa (cracking/popping sound), zakilaren detumeszentzia eta ardatzaren desbideratzerik eza dira zakilaren haustura faltsua diagnostikatzeko seinale sentsibleenak.
c) Zakil bigunaren gaineko traumatismo itxiak ez du tunika albuginianoa urratzen, eta tunika horren hausturarik gabeko koitoaren ondorengo larruazalpeko hematoma modu kontserbatzailean maneiatu behar da, esteroideak ez diren analgesikoekin eta izotzarekin.
d) Benetako zakilaren haustura kontserbatzailea erabiltzea da epe luzera gomendatutako estrategia; izan ere, berehalako kirurgiak hondakin-inkurbazioaren, fibrosi lokalaren eta erekzioaren disfuntzioaren arriskua bikoizten du.

**161. Eskrotoko traumatismo itxiaren testuinguruan, jarraibide argiak daude maneiu kontserbatzailearen eta miaketa kirurgikoaren indikazioak bereizteko. Esaldi hauetatik, zein da egia?**

a) Testikulu-parenkimaren patroi ekografiko heterogeneo bat, inguruaren definizioaren galerarekin batera, aurkikuntza erradiologiko oso sentikorra da, barrabil-hausturarako espezifikoa.
b) Traumatismo itxi baten bigarren mailako hematozel guztiak urgentziazko kirurgikoki aztertu behar dira lehen 24 orduetan, haien tamaina edozein dela ere, kontrako testa-arekin alderatuta.
c) Hematozel handien maneiu ez-kirurgikoak (kontserbadorea) kirurgia goiztiarraren berdin-berdinak diren barrabil-kontserbazioko tasak eskaintzen ditu, pazienteari beharrezkoak ez diren orkiektomiak egitea saihestuz.
d) Barrabila beheko adar pubilaren edo sinfisiaren kontra konprimatzeko eta tunika albuginioa benetan hausteko behar den gutxieneko indarra 5 kg ingurukoa da.

**162. Urolitiasiaren epidemiologiari, arrisku-faktoreei eta errepikapen-tasei dagokienez, hautatu aukera zuzena:**

a) Atzeko gaixotasunak zehazten du errepikatzeko arriskua. Kalkuluak lehenengo aldiz sortzen dituztenen kasuan % 26ko errepikatze-tasa kalkulatzen da bost urteren buruan, eta oso errekurrentea den gaixotasun baten kasuan, berriz, pazienteen % 10 baino gehixeagotan ikusten da.
b) Gizon:emakume arrakala historikoa nabarmen handitu da azken hamarkadan, eta 4:1 dela kalkulatu da.
c) Whewellitaren litiasiaren prebalentziaren hazkunde globalak alderantzizko korrelazioa erakusten du gorputz-masaren indizearen igoerarekin eta 2 motako diabetes mellitusarekin, zitratoaren giltzurrun-argitze konpentsatzailearen ondorioz.
d) Urolitiasiaren prebalentzia Mendebaldeko Europako eta Ipar Amerikako nazio industrializatuetan ezohiko fenomeno klinikoa izatera igaro da ( % 3-4 inguru), ura edangarri bihurtzeko sarbide unibertsalaren eta estres termikoko giroetan lanaldiak murriztearen ondorioz.

**163. Nefrolitiasiaren edo koliko nefritiko akutuaren susmoa duen paziente baten hasierako ebaluazio diagnostikoan, baieztapen hauetatik zein dator bat lehen lerroko gomendioekin?**

a) Ekografia genitourinarioa hasierako irudi primarioaren modalitate gisa erabili behar da; hala ere, litiasi ureterala zuzenean detektatzeko sentsibilitatea apala da ( % 45 inguru), baina balio prediktibo handia du zeharkako buxadura-zantzuak identifikatzeko, esaterako ektasia lokalizala.
b) Giltzurruneko arteria arkularren koloreko Doppler ekografiari esker, ondorengo edozein azterketa tomografiko alde batera utz daiteke erresistibitate-indizea (EI) 0.70 baino txikiagoa bada, eta berariaz berresten da 48 ordutik gorako eboluzioan uretrako buxadurarik ez dagoela.
c) Erresonantzia magnetikoa kalkuluaren dentsitatea ikusteko lehen lerro gisa.
d) Kontrasterik gabeko ordenagailu bidezko tomografia helikoidala (NCCT) lehen lerroko tresna gomendatua da haurdun dauden paziente guztien larrialdien hasierako ebaluazioan, dosi txikiko protokoloek erabat arintzen baitute erradiazio ionizatzaileak eragindako fetuaren arrisku estokastikoa.

**164. Gai-zerrendan deskribatutako arrisku-faktore horiei dagokienez, baieztapen hauetatik zein da OKERRA?**

a) Sarkoidosia, bizkarrezur-muineko lesioaren aurrekaria (maskuri neurogenoa) eta hiperparatiroidismoa arrisku handiko kalkuluak egiteari zuzenean lotutako gaixotasun gisa sailkatuta daude.
b) Giltzurrun bakartia egoteak berez eta zuzenean areagotzen du pazienteak giltzurruneko kalkulu berriak egiteko duen probabilitate fisiologikoa.
c) Gernu-traktuaren anomalia anatomiko jakin batzuk, hala nola ferra-giltzurruna, kare-dibertikulua, ureterozelea eta maskuri-ureterako errefluxua, urolitiasia eragin dezaketen faktoreak dira.
d) Gidetan dokumentatutako ebidentzia duten ingurumen- eta lan-jatorriko arrisku-faktoreen artean, berunarekiko eta kadmioarekiko esposizio kronikoa eta giro-tenperatura altuak zehazten dira.

**165. Honako baieztapen hauetatik, zeinek deskribatzen du zuzen kalkulu horien eraketan inplikatutako faktore metaboliko bat?**

a) Zistinaren gernu-iraizpen normala aldaketarik gabe eta normaltasun-tarteen barruan mantentzen da, 24 orduko gernu-mailak egunean 0.125 mmol gainditzen baditu.
b) Gernu-pH-a etengabe alkalinoa (6,5 baino handiagoa) aurkitzea da azido urikoa geratzea eta kristalizatzea eragiten duen ezinbesteko baldintza eta motor fisiopatologikoa.
c) Gernu-pH baxu bat modu iraunkorrean garatzea (pH < 6) baldintza metaboliko sistemikoei estuki lotutako alterazioa da, hala nola intsulinarekiko erresistentzia eta sindrome metabolikoa.
d) Kimioterapiak eta tratamenduak eragindako tumore-lisiaren sindromeak nabarmen murrizten dute uratoaren ekoizpen endogenoa maila plasmatikoan eta gernu-mailan.

**166. Gernu-baldintza fisiko-kimikoei eta infekzio-kalkuluen osagaien (estrubita eta beste mineral batzuk) prezipitazio mikrobiarra eta kristalizazioa gobernatzen duten faktore mikrobiologikoei dagokienez, adierazi aukera zuzena:**

a) Ureasa fakultatiboak sortzen dituzten bakterioak, hala nola Proteus mirabilis eta Corynebacterium urealyticum, gernu-traktuko infekzio guztien erdia baino gehiago dira.
b) Estrubita mistoko kalkulu bat, kaltzio oxalatoaren ehuneko handia duena, tubulu kontorneatu proximalean disulfuroen garraioa aldatzen duen mutazio monogeniko baten adierazgarria da.
c) Escherichia coli, Pseudomonas aeruginosa eta Enterococcus spp. espezieen andui arruntek ureasa ekoizteko gaitasun intrintsekoa eta etengabea dute ohiko isolamendu klinikoen % 25ean baino gehiagotan.
d) Apatita karbonato formako kaltzio fosfatoak 6.8ko gernu-pH-ko atalasean hasten du kristalizazio-prozesua, eta estrubitak, berriz, giro are alkalinoagoa behar du nahitaez, pH > 7.2 batera soilik prezipitatuz.

**167. EAUren gidek zistina eta azido urikoaren kalkuluak errepikatzea saihesteko gomendatzen dituzten prebentzio-neurri (profilaxi) dietetiko eta farmakologikoei dagokienez, baieztapen hauetatik zein da zuzena?**

a) Zistina-kalkuluak egiten dituzten pazienteen kasuan, nahikotzat jotzen da ohiko diuresi bat mantentzea, egunean 1,5 eta 2 litro arteko gernu-bolumenekoa.
b) Zistina-litiasia duten pazienteentzat, dietan sodioa murriztea gomendatzen da (egunean 2 gramo baino gehiago kontsumitzea saihestuz); izan ere, neurri hori betetzea errazagoa eta eraginkorragoa da gernu-zistina murrizteko proteinak mugatzea baino.
c) Gernua azidotzeko agenteak erabiltzeak (amonio-kloruroa, adibidez) indar handiko gomendio bat du azido urikoaren kalkuluak berehala disolbatzeko.
d) Azido urikoagatiko litiasiaren profilaxi medikoak erabat debekatzen du alopurinola erabiltzea, eta 8,5 baino gernu-pH handiagoa lortu behar da paziente guztietan dietaren bidez.

**168. Giltzurrun-pelbiseko edo goiko/erdiko kalizetako kalkulu lokalizatuen tratamendu aktiborako jarraibideei eta prozeduren aukeraketari dagokienez, adierazi baieztapen zuzena, EAUren giden arabera:**

a) Nefrolitotomia perkutaneoaren eraginkortasuna izugarri murrizten da kalkuluaren tamaina handitu ahala, eta, beraz, ez da gomendatzen masa litisiko handietan.
b) 20 mm-tik gorako kalkuluak nefrolitomia perkutaneoaren bidez tratatu behar dira batez ere; izan ere, teknika endoskopiko atzerakoiak (RIRS) ez dira lehen lerroan gomendatzen, arrakasta-tasa txikiagoarekin lotzen direlako eta etapetan prozedurak behar dituztelako.
c) 10 eta 20 mm arteko harrien kasuan, larruazalean zeharreko nefrolitomia inbaditzailerik txikienak kirurgia atzerakariak baino arrakasta-tasa txikiagoa du zatiak kanporatzeko, baina odoljario-arriskua murrizten du.
d) Gidek erabat debekatzen dute larruazalean zeharreko teknika (PCNL) eta atzeranzkoa (RIRS) konbinatzea kalkulu konplexuak erabiltzean, heriotza-tasa onartezina delako.

**169. Kalkuluen tratamenduari dagokionez, beheko giltzurrun-poloan, talka-uhinen bidezko litotriziaren (ESWL) arrakasta eragotzi edo zaildu dezaketen hainbat faktore anatomiko eta fisiko ezagutzen dira. Aukera hauetako zeinek zehazten ditu behar bezala faktore mugatzaile horiek?**

a) Angelu infundibulo-pelbikoa, oso irekia (obtusoa), eta infundibua, zabalegia.
b) Azal-kalkulu distantzia oso laburra izatea, luzera txikiko kaliz batekin batera.
c) Malda itxidun angelu infundibulo-pelbikoa, kaliz luzea, azal-kalkulurako distantzia handia, infundibulu estua edo harri erresistenteak (zistina edo brushita, adibidez).
d) Azido urikoko kalkulu puruak garatzea, horien dentsitate tomografiko homogeneoa Hounsfield (HU) unitateen 1,500 baino handiagoa baita.

**170. Uretrako kalkuluen litotrizia bidezko gorputzez kanpoko talka-uhinen tratamenduak (ESWL) porrot egin ondoren, zein estrategia mailakatu da egokiena?**

a) ESWL behin errepikatzea edo URSra pasatzea; SWLren 2 porroten ondoren, ureterorrenoskopia (URS) eskaintzea behin betiko alternatiba gisa.
b) ESWL behin eta berriz errepikatzea, argitu arte.
c) Saihestu URS guztiz, arrisku anestesiko handiagoagatik "beti".
d) Zistektomiara zuzenean pasatzea.

**171. Giltzurruneko zelulen kartzinomaren (CCR) maneiu kirurgikoari buruzko ebidentzia eta egungo gomendioen arabera, gongoil-erasana edo erasan tronboenboliko benosoa badu, baieztapen hauetatik zein da zuzena?**

a) Erasan makroskopikoaren susmoa (cN1) duten pazienteetan sistematikoki hedatutako linfadenektomiak biziraupen globala nabarmen luzatzen duela frogatu du, ausazko saiakuntza klinikoetan.
b) Zainetako tumore-tronboa duen CCR kirurgiarako programatutako pazienteen kasuan, ebakuntza aurreko irudi-azterketa bat egitea gomendatzen da ebakuntza egin baino astebete edo bi aste lehenago, tronboak progresio azkarra izateko arriskua duelako.
c) Beheko kaba zainaren (VCI) tronbektomiaren abordatze robotikoa, gaur egun, tronboaren edozein hedapen-mailarako (maiatzeko sailkapeneko I-IV mailak) aukera unibertsaleko teknika gisa hartzen da, biziraupen globaleko abordatze irekia gaindituz.
d) Irudi-azterlanetan detektatutako gongoil klinikoki negatiboen (cN-) kasuetan, estadiaje erregionaleko linfadenektomia sistematikoki gomendatuta dago gaixotasunaren kontrol lokala hobetzeko.

**172. Baieztapen hauetatik, zeinek deskribatzen ditu zuzen genotipo-fenotipo korrelazioa eta erabilera-jarraibideak?**

a) von Hippel-Lindau-ren (VHL) sindromearen kasuan, tratamendu kirurgikoaren indikazioa modu seguruan atzeratu behar da zaintza aktiboaren bidez, tumore handienak 3 cm-ko diametroa izan arte.
b) Sindrome hereditarioak giltzurrun-zeluletako kartzinoma-kasu guztien % 15 eta % 20 artean dira, eta tumore horietako gehienak 60 urtetik gorako pazienteetan detektatzen dira.
c) Giltzurruneko kartzinoman, fumarato hidratasa eskasia dagoenean (FH-deficient RCC), lesio papilarren izaera mingaitza dela eta, zaintza aktiboko estrategia bat gomendatzen da, tumorearen diametroa 4 cm-tik gorakoa izan arte.
d) Giltzurruneko kartzinoma papilar hereditarioa (HPRCC), MET genearen alterazioei lotua, zeinu estratrarrenal sistemiko larriekin lotzen da bereziki, hala nola feokromozitomak eta kiste pankreatikoak.

**173. Giltzurrun-tumore solido lokalizatu baten kasuan, zein da larruazalean zeharreko giltzurrun-masaren biopsia (BBB) egiteko lehentasunezko indikazioa, gomendio-maila handia duena?**

a) Giltzurrun-masa txikietan ablazio termikoko terapiak (krioablazioa edo irrati-maiztasuna) egin aurretik, nahitaezko prozedura histologiko gisa, gaiztotasuna berresteko, azpitipo histologikoa zehazteko eta gradu nuklearra estratifikatzeko.

b) Ongarritasun-susmo erradiologikoa duten masa kortikal solido erreskatagarrietan (onkozitoma, adibidez) baheketa sistematikoa egiteko tresna gisa, planifikatutako nefrektomia partzial baten indikazioa deuseztatzeko helburuarekin, hasierako biopsiaren laginak atipia zelularren ebidentziarik ez badu.
c) Lehen mailako diagnostikoa egiteko cT1b edo cT2 gisa sailkatutako giltzurrun-masa solido aurreratuetan edo tamaina handikoetan, jada programatuta dagoen nefrektomia erradikal edo partzial ireki bat edo gutxieneko inbaditzaile bat egin aurretik.
d) Bosniak III edo IV gisa katalogatutako lesio kistiko konplexuetan molekulen berrespen-teknika gisa, zelula kistikoen kartzinomaren susmoa duten kisteetan zelulartasun gaiztoa ziurtatzeko eta enukleazio kirurgikoa saihesteko.

**174. Debut (novo-ko) zelula argi metastasikoen giltzurrun-kartzinomaren agertokian, zeina arrisku ertain edo txarreko gisa sailkatuta baitago IMDC irizpideen arabera, konbinazio hauetako zein hartzen da zainketa-estandartzat (standard of care) lehen lerroan, EAU 2026 giden eguneraketaren arabera?**

a) Sunitiniba monoterapian.
b) Pembrolizumab gehi axitinib.
c) Pazopanib monoterapian.
d) Belzutifan gehi eberolimus.

**175. 58 urteko gizon batek zelula argi metastasikoko giltzurruneko kartzinoma bat du biriketako eta hezur bilateraleko metastasiarekin (arrisku ertaina, IMDC irizpideen arabera). EAU 2026 algoritmoaren arabera, tratamendu sistemiko estandarra hasten du immunoterapia bikoitzeko konbinazio batekin (nibolumab/ipilimumab). Tratamendua egin eta 6 hilabetera, kontroleko TCak erantzun partzial bikaina erakusten du, karga metastasikoaren % 40ko murrizketarekin eta giltzurruneko masa primarioaren egonkortasunarekin. Pazienteak ECOG 0 bat du. Zein da gaur egungo gomendioa une honetan nefrektomia zitoerreduktore bat planteatzeko?**

a) Guztiz baztertu behar da; izan ere, ikerketek erakusten dutenez, immunoterapia-konbinazioekin tratamendua hasi ondoren, tumore primarioaren kirurgiak ez du inolako onurarik ekartzen biziraupenean, eta morbilitatea modu onartezinean igotzen du.
b) Nahitaezkoa eta berehalakoa da arrisku ertaina edo eskasa duten eta lesio metastasikoen erremisio osora soilik iristen diren paziente guztientzat.
c) Aldez aurreko tratamendu sistemikoarekin onura klinikoa (egonkortzea edo erantzuna) dutela frogatzen duten pazienteengan nefrektomia zitoerreduktore geroratua egitea eztabaidatu eta kontuan hartu behar da.
d) Nefrektomia geroratua soilik hartzen da kontuan hasierako tratamendu sistemikoa tirosina kinasaren inhibitzaile batekin monoterapia izan balitz (sunitinib, adibidez), eta kontraindikatuta dago immunoterapia-konbinazioak erabili baziren (IO/IO edo IO/TKI).

**176. 65 urteko gizonezko batek hematuria makroskopikoa du. TC-urografia bat egiten da, ezkerreko ureter distalean lesio susmagarri bat dagoela iradokitzen duena. Gernu-mikzioaren zitologia negatiboa da gradu handiko zelula neoplasikoetan.**

**Biopsia gidatua hartuta ureteroskopia diagnostiko bat (URS) egiteko beharra ebaluatzean, baieztapen hauetako zein dator bat egungo ebidentziarekin eta gomendioekin?**

a) Biopsia konkomitantea duen URS bat egitea metodorik egokiena da, estadio kliniko zehatza ematen duelako, etorkizunean errepikatzeko arriskua aldatu gabe.
b) Biopsia konkomitantea duen URS bat egiteak nabarmen handitzen du ondoren maskuri barneko errepikatzeko arriskua, biziraupen globalean (OS) eragin negatiborik izan gabe.
c) URS bidez biopsia hartzeak aukera ematen du kasuen % 50ean baino gutxiagoan tumorearen maila zehazteko, endourologiako pintzen tamaina txikia dela eta.
d) ABU isolatua egitea (biopsiarik gabeko ikuskapen hutsa) gernu-traktutik kanpoko metastasiaren epe laburreko kausa nagusitzat jotzen du gidak.

177. **Goiko gernu-traktuko kartzinoma urotelialerako (UTUC) EAU 2026 eguneratzearen arriskua estratifikatzeko irizpide ez-metastasikoen arabera, aurkikuntza klinikoen konbinazio hauetako zeinek sailkatzen du paziente bat "arrisku handiko" (High-risk UTUC) taldearen barruan, irizpide sendo bat dagoelako?**

a) Giltzurrun-pelbiseko tumore unifokal bat, 3,5 cm-ko diametrokoa, ureteroskopia bidezko biopsiarekin (URS), gradu txikiarekin bateragarria dena eta ordenagailu bidezko tomografia axialean (OT) inbasio-zantzurik ez duena.
b) Ureterreko tumore multifokal bat, 1,5 cm-koa, lotutako hidronefrosia eta gernu-zitologia negatiboa gradu handirako.
c) Tumore unifokal bat, 2 cm-tik beherakoa, TC-urografia bat duena, eta uretera inguruko ehuna inbaditu izanaren susmo argia ematen duena, zitologia negatiboa izan arren.
d) Giltzurrun-pelbiseko tumore unifokal bat, 1,8 cm-ko diametrokoa, zitologia negatiboarekin eta URS bidezko biopsiarekin. Horrek buxadura-susmoa duen maila txikia baino ez du adierazten.

178. **Ebakuntza ondoko maskuri barneko kimioterapiako instilazioa funtsezkoa da tumorearen errepikapena prebenitzeko, goiko gernu-traktuko kartzinoma uroteliala maneiatu ondoren. Egoera kliniko hauetako zeinetan dago indikatuta ebakuntza ondoko dosi bakar bat ematea maskuri barneko kimioterapian?**

a) Arrisku handiko tumoreak (High-risk UTUC) dituzten eta zisplatinoan oinarritutako kimioterapia neoadjubanante sistemikoaren mende dauden pazienteetan bakarrik.
b) Ohiko tratamendu laguntzaile gisa, toki-inguruko gongoil positiboaren (pN+) erasana histologikoki baieztatu ondoren.
c) Arrisku txikiko nahiz arrisku handiko UTUC duten pazienteetan, nefroureterektomia erradikala egin ondoren.
d) Soilik tumore-progresio sistemikoa duten pazienteetan, abelumab bidezko mantentze-immunoterapia jasotzen duten bitartean.

179. **Maskuriko minbizi ez-muskuloinbaditzailearen aldaeren (NMIBC, Ta, T1 eta CIS estadioak) datu epidemiologiko globalak eta europarrak aztertzean, baieztapen**

**hauetako zeinek deskribatzen du zehatz-mehatz patologia horren banaketa, joerak edo prebalentzia-ezaugarriak?**

a) 40 urtetik beherako paziente gazteek mukosa edo azpimukosarekiko konfinatutako gaixotasunen proportzioa (Ta, T1 edo CIS) populazio orokorrean jakinarazitako % 75 baino nabarmen txikiagoa da.
b) Europar Batasunean, adinaren araberako intzidentzia-tasa estandarizatua (100,000 pertsonako/urteko) 9.3 da gizonen kasuan eta 2.4 emakumeen kasuan, tasa orokorrekin parekatuz.
c) Asian, Ozeanian eta Ameriketan maskuriko minbiziak eragindako hilkortasunaren eta intzidentziaren beherakada, metodologikoki, mundrun-eduki txikiko zigarroen erabilera handitzearen ondorio da.
d) Ta, T1 eta CIS estadioak dituzten pazienteek gaixotasunaren prebalentzia handia dute, epe luzera bizirauten dutelako eta minbiziagatiko hilkortasun espezifikorako arrisku txikiagoa dutelako T2-4 faseekin alderatuta.

**180. Literaturan finkatutako datuekin, aukera hauetako zeinek deskribatzen du zuzen faktore horietako baten lotura patogenikoa?**

a) Mundrun gutxi duten zigarroek (low-tar cigarettes) erdira murrizten dute minbizi uroteliala garatzeko arrisku erlatiboa, ohiko tabakoarekin alderatuta.
b) Detoxifikazio zelularraren bide metabolikoak, batez ere S-transferasa 1 (GSTM1) entzima glutatioiak gobernatutakoak, funtsezko eginkizuna du gaixotasunaren suszeptibilitate genetikoan.
c) Herrialde garatuetako industria kimikoko langileek gaur egun maskuriko minbiziaren intzidentzia nabarmen handiagoa dute populazio orokorrarena baino, hidrokarburo kloratuak direla eta.
d) Gizonen artean tea erregulartasunez kontsumitzeak berezko eta zuzeneko babes-efektu biologikoa du, subjektuaren tabakismo-historiatik erabat independentea.

**181. 59 urteko gizon erretzaile intentsibo bati maskuriko masa baten erresekzio transuretrala (RTU-V) egin diote, diesel motorren ihes-gasen eraginpean egon baita lanean. Patologoak behin betiko txosten bat bidali du, eta bertan zehaztu du kartzinoma urotelial baten presentzia, mikropapila-bereizketako osagai baten % 8arekin. Tumoreak mukosa arriskuan jartzen du, eta ehun konektibo subepitelialaren infiltrazio fokala ikusten da (propria orria), aztertutako laginean muskulu-geruza propioari eragin gabe. TNM sailkapenaren (UICC 9. edizioa) eta OMEren 2022ko irizpide anatomopatologikoen arabera, nola sailkatu eta maneiatu behar da formalki tumore hori?**

a) T1 estadioa, gradu baxua (LG); izan ere, mikropapilar aldaera eszinatutako guztizko espezimen histologikoaren % 10 baino gutxiago da.
b) Ta estadioa, maila handikoa (HG). Txosten medikoan nahitaez erabili behar da "arrisku handiko azaleko maskuriko minbizia" termino klinikoa.
c) T1 estadioa, gradu altua (HG); izan ere, OMEk (2022) ezartzen du arkitektura-aldaera/azpimota guztiak gradu altukotzat jotzen direla HG osagaiaren % 5 gainditzen badute.
d) T2a estadioa, gradu baxua (LG), berehala zistektomia erradikala eskatzen duena, xafla submukosaren inbasio histologiko aberranteagatik.

**182. Zer doikuntza dira gogokoenak laser holmio bidezko litiasi ureteral bat tratatzeko?**

a) 0.6J 6Hz.
b) 0,6J 10Hz.
c) 1.0J 10Hz.
d) 1.2J 10Hz.

**183. Mielomeningozele bat duten jaioberrien zer ehunekok du goiko gernu-traktu normala ekografian jaio eta hilabetera?**

a) 45%.
b) % 60.
c) % 75.
d) % 85.

**184. 76 urteko emakume batek uretrako odoljario keinukaria du, eta 0,7 cm-ko masa. Uretrako meatuan. Biopsia positiboa da a estadioko zelula ezkatatsuen kartzinomarako. Iztaiko adenopatiarik ez dago, eta ondorengo ebaluazio metastasikoa negatiboa da. Zein da tratamendurik egokiena?**

a) Pelbiseko aurreko exenterazioa, gernu-deribazioarekin.
b) Lesioaren uretran zeharreko erresekzioa eta erradioterapia adjubantea.
c) Uretrectomia partziala eta aldebiko iztai-linfadenektomia.
d) Uretrectomia partziala.

**185. Enuntziatu hauetako zeinek baieztatzen du esklerosi tuberosoaren diagnostikoa?**

a) Giltzurrun-angiomiolipoma, giltzurrun-kiste ugari.
b) Ondesteko polipo hamartomatosoak eta larruazaleko adenoma sebazeoak.
c) Giltzurruneko kiste ugari, fibrosi hepatikoa eta feokromozitoma.
d) Giltzurrun-angiomiolipoma eta bihotz-errabdomioma.

**186. Giltzurrun multikistiko unilaterala duten paziente jaioberrien kasuan, zein da maskuri-uretera kontralaterala duen errefluxuaren intzidentzia?**

a) % 7 eta % 15 artean.
b) % 18 eta % 43 artean.
c) % 50 eta % 67 artean.
d) % 0tik % 7ra.

**187. 63 urteko gizon batek uretra-estenosiaren historia luzea du, eta uretra inguruko abzesu handi bat du. Abzesua eta inguruko ehunak uretra bulbar sakoneraino desbrikatzen dira. Azterketa anatomopatologikoak hantura akutua eta kronikoa erakusten du. Pazientea kontinentea da, baina mikzioa egiten duenean abzesuaren ohantzea bustitzen da. Hiru asteren ondoren, gutxieneko pikortatze-ehun bat dago. Hurrengo urratsa hau izan beharko litzateke:**

a) Uretroplastia zintzilikario eta guzti.
b) Uretra-zunda iraunkorra eta berrebaluazioa.
c) Estalkiari begiak zintzilikatzea.
d) Zistostomia suprapubikoa eta biopsia errepikatuak.

**188. Prostatako minbizian, "Watchful waiting" aukera egokia da hauentzat:**

a) 70 urte edo gehiago izatea
b) PSA maila 10ng/ml baino txikiagoa.
c) Bizi-itxaropena ≤ 10 urtekoa izatea eta prostatako minbizia ondo edo neurri batean bereizita edukitzea.
d) Aurreko guztiak

**189. Kontinentziaren errekuperazio goiztiarrari begira. Zer faktore da garrantzitsuena prostatako kirurgia erradikalaren ondoren?**

a) Pazientearen adina.
b) Kirurgia bandeleten neurokontserbazioarekin.
c) Lepoa babestea.
d) Guztiak.

**190. "PSA bounce" delakoari dagokionez, honako hau esan dezakegu:**

a) Berehala tratatu behar da, gabezia androgenikoarekin.
b) Kanpoko erradioterapia bidezko tratamenduarekin lotzen da.
c) Ezin du gainditu erradioterapiaren ondoren PSAren balioa > 1 ng/ml izatea.
d) Erradioterapiaren ondorengo lehen bi urteetan gertatzen da.

**191. Zein pisu du, gutxi gorabehera, adin ertaineko gizonezko heldu baten giltzurrun normalak?**

a) 1.200 g.
b) 150 g.
c) 50 g.
d) 300 g.

**192. Paziente heldu baten giltzurruneko fetu-lobulazio iraunkor batek zer adierazten du?**

a) Sortzetiko anomalia bat.
b) Giltzurrun-infekzioaren ondorio bat adierazten du haurtzaroan.
c) Gradu txikiko uropatia buxatzailean baino ez da ikusten.
d) Aurkikuntza normala da.

**193. Zein da hematuria makroskopikoaren kausarik ohikoena 50 urtetik gorako paziente batengan?**

a) Kalkulu batetik kanporatzea.

b) Gernu-traktuko neoplasia.
c) Prostatitisa.
d) Prostatako hiperplasia onbera.

**194. Zein da gernua etengabe galtzeko kausarik ohikoena, une oro eta posizio guztietan?**

a) Fistula entero-maskurikoa.
b) Detrusorearen hipererreflexia.
c) Besikula-baginako fistula.
d) Esferako gaitasunik eza.

**195. Oxalato-litiasia duen 45 urteko gizon batek eguneko 1,8 mml oxalikoko balioak ditu 24 orduko gernuan. Tratamendu hau erabiliko zenuke:**

a) Piridoxina.
b) Potasio zitratoa bakarrik, likido gehiago.
c) Hidroklorotiazida gehi klortalidona.
d) Oxaluriaren balio horiek normaltasunaren tartean daude, eta ezin dute erabakirik hartu.

**196. Oxalato errepikapeneko litiasia duen paziente baten 24 orduko gernuko balioek 6 mmol/d-ko kaltziuria eta 1,2 mmol/d-ko zitratoa adierazten dute:**

a) Tratamendua hasiko nuke likido eta potasio zitrato ugari hartuz.
b) Likido, potasio zitrato eta hidroklorotiazida ugari hartuz hasiko nuke tratamendua.
c) Piridoxina, eguneko 5 mg/kg-ko dosian.
d) Zaintzapean mantenduko nuke tratamendu sintomatikoarekin.

**197. Apatita karbonatozko litiasia duen paziente batean, 24 orduko gernuak kaltziuria balio normalak ditu, odoleko kaltzio normala eta gernuko 6,8ko pH-a:**

a) Tratamendua hasiko nuke potasio zitratoarekin eta hidroklorotiazidarekin.
b) Hiperparatiroidismoa baztertuko nuke, eta, hala balitz, hidroklorotiazida eta klortalidona bidezko tratamendua hasiko nuke.
c) Giltzurrunetako azidosi tubularra baztertu eta L-metionina bidezko tratamendua hasiko nuke, gehienez 1.500 mg/egun.
d) Alopurinol eta potasio zitrato bidezko tratamendua hasiko nuke.

**198. 54 urteko emakume bat, duela 4 urte kirurgia bariatrikoa jasan zuena, krisi renoureteral errepikakorrak ditu, eta 24 orduko gernuan hiperoxaliuria duela frogatu da. Hauxe da zuzenena:**

a) Gernua azidotzea prezipitazio oxalokaltzikoa murrizteko.
b) Dietan hosto berdeko barazkiak sartzea.
c) Gantz gutxiago hartzea, likido gehiago hartzea eta otorduetan kaltzio osagarriak erabiltzea.
d) a) eta c) zuzenak dira.

**199. Adierazi erantzun zuzena 24 orduko gernu-azterketari dagokionez:**

a) 24 orduko bi gernu-lagin hartu behar dira jarraian.
b) Ezinbestekoa da laginak 8 ºC-tik behera mantentzea, bakterioak gehiegi haztea saihesteko.
c) Krisi renoureteraleko lehen gertakariaren ondoren egitea gomendatzen da kasu guztietan.
d) a) eta b) zuzenak dira.

**200. Faktore hauetako zeinek ez du prestatzen estrubita-litiasia?**

a) Maskuri neurogenoa.
b) Pieloureteralaren bikoiztasun osatugabea, errefluxu besikuloureteralik gabe.
c) Gernu-deribazio kontinentea.
d) Zistozelea.

**201. Litiasi mota hauetako zein ez dago erlazionatuta jatorrian gernu-infekzioekin?**

a) Kaltzio karbonatoa.
b) Kaltzio fosfatoa.
c) Amonio fosfato magnesikoa.
d) Amonio uratoa.

**202. Hainbat farmako gai dira litiasiaren garapena eragiteko. Hauetako zein da gai gernuan kristalizatzeko eta kalkulu bat osatzeko?**

a) Kinolonak.
b) Digoxina.
c) Metronidazola.
d) Sinbastatina.

**203. 28 urteko emakume bat, 2 hilabeteko emakume haurduna, larrialdietara joan da aldebiko koliko nefritiko batekin, 38 ºC-ko sukarrarekin eta giltzurrun-funtzioaren alterazioarekin (Cr 2,5 mg%). Kasu honetan, baieztapen hauetatik zein da OKERRA?**

a) Egin beharreko lehenengo irudi-miaketa EKO abdominal eta genitourinarioa izango da.
b) EMN erabil genezake miaketa alternatibo gisa gernu-deribazio bat egin aurretik.
c) Dosi txikiko OTA sinple bat erabil daiteke, aldez aurreko aukerak nahikoak ez badira.
d) Aurreko erantzun guztiak zuzenak dira.

**204. Odoljario-nahasmendua zuzendu gabe duten edo tronbosiaren aurkako terapia jasotzen duten pazienteen kasuan, prozedura hauek odoljarioa edo giltzurrun inguruko hematoma izateko arrisku handiarekin lotzen dira, honako hauek IZAN EZIK:**

a) Giltzurrun barruko kirurgia atzerakoia.
b) Nefrolitotomia perkutaneoa.
c) Gorputzez kanpoko litofragmentazioa.
d) Larruazalean zeharreko nefrostomia bat jartzea.

**205. Prostata-uretrako kartzinoma urotelialari dagokionez, baieztapen hauetatik zein ez da egia?**

a) Kartzinoma ez-inbaditzailea edo uretrako eta prostata-hodietako kartzinoma in situ duten pazienteetan, tratamendua uretran zeharreko erresekzioa eta BCG instilazioak dira.
b) Kartzinoma uretral ez-inbaditzailea edo in situ kartzinoma duten pazienteetan, prostataren RTU bat behar da BCG bidezko tratamenduaren aurretik, erantzuna hobetzeko.
c) BCGren lehen zikloari erantzuten ez dioten pazienteen kasuan, bigarren zikloak kasuen % 30 erreskatatzea ahalbidetzen du.
d) Estroma-inbasioa edo prostata-duktuak dituzten pazienteek zistoprostatektomia erradikala behar dute, pelbiseko linfadenektomia hedatuarekin.

**206. Zein estadiotan gertatzen da maskuriko lesio urotelial bat, azaleko muskulu-geruza RTUn infiltratzen duena eta bi gongoil dituena, 1,8 eta 2,3 cm-ko ardatz laburrekoak, eskuineko iliako arruntean, OTAn?**

a) T2aN3M0.
b) pT2bN2Mx.
c) pT2aN2M0.
d) T2aN2M0.

**207. Lesio hauetako bat ez dago sartuta kartzinoma urotelialerako onartutako azpimotetan:**

a) Kartzinoma urotelial mikropapilarra.
b) Kartzinoma urotelial makrotubularra.
c) Barietate plasmozitoidea.
d) Aldaera mikrokistiko habiaratua.

**208. Maskuriko tumore muskuloinfiltratzaileak (TVMI) maneiatzeari buruzko baieztapen hauetatik, zein ez da zuzena?**

a) Terapia neoadjubanteak eragin argia du biziraupen globalean, batez ere erantzun osoa duten pazienteetan (pT0N0).
b) Terapia neoadjubantea T2-4a cN0-1 M0 pazienteei eskaini behar zaie, eta zisplatinoaren erabileran oinarritu behar da.
c) Zisplatinozko kobinazio-terapiarako egokiak ez diren pazienteei ez zaie terapia lagungarririk eskaini behar.
d) Immunoterapia adjubantea hautatutako pazienteetan erabil daiteke.

**209. Maskuriko tumore metastasiko muskuloinfiltratzaileak maneiatzeari buruzko baieztapen hauetatik, zein ez da zuzena?**

a) Platinoan oinarritutako kimioterapiak, performance status ona eta nodal erasana duten pazienteetan, urtebetetik gorako biziraupenak lortzen ditu kasuen % 15ean.
b) Platinoarekin egindako kimioterapiaren ondorengo enfortumab bedotin eta kontrol-puntuen inhibitzaileekin egindako immunoterapiak ez dute biziraupen-onura esanguratsurik frogatu kimioterapiarekin alderatuta.
c) Ez dago kimioterapia bidezko tratamenduaren eskema estandarrik unfit pazienteentzat.
d) Abelumabek onura esanguratsua erakutsi du SGn, platinoan oinarritutako lehen lerroko kimioterapiarekin gutxienez gaixotasun egonkor bat lortzen duten 1b pazienteen kasuan.

**210. Gernu-bideko tumoreen tratamendu kontserbatzaile hautatzailea baztertzeko irizpide bat da hauetako bat:**

a) Ureter ertainean kokatzea.
b) 2 cm-ko behe-mailako lesio papilarra.
c) Gradu handiko zitologia selektiboak.
d) Kokapen kaliziala.

**211. URO-OTAn gradu eta itxura infiltratzaile handiko zitologiak dituen 18 mm-ko tumore urotelial pieliko batek nefroureterektomia bat egiteari dagokionez, adierazi zein den erantzun OKERRA:**

a) Ureterraren destxertatze endoskopikoaren prozedurak besikulako errodetearen zatiketarekin lortutakoen antzeko emaitza onkologikoak erakusten ditu.
b) Ez dago indikatuta linfadenektomia hiliarra egitea.
c) Teknika laparoskopikoaren, robotikoaren eta irekiaren emaitzek bat egiten dutela dirudi, bilakaera onkologikoari dagokionez.
d) Beharrezkoa da gernu-bidea ez irekitzeko printzipio kirurgikoari eustea, salbu eta maskuriko mahuka zatitzen denean eta ureterraren aldez aurreko klampaje baten eta maskuriaren drainatze osoaren ondoren bakarrik.

**212. 62 urteko emakume bati TaG3 kartzinoma urotelial papilar diagnostikatu zioten 2019ko urtarrilean. BCG indukzio-ziklo bat hasten da, eta osatu egiten da. Hiru hilean behin mantentze-eskema bat egiten da. Lehen diagnostikoa egin eta 17 hilabetera, maila handiko maskuri-errezidiba bat dokumentatu zen. Honako kasu honen aurrean gaude:**

a) BCG errefraktarioa (BCG refractory).
b) BCGrekiko intolerantzia (BCG intolerantzia).
c) Berrerortze goiztiarra (early relapsing).
d) Berrerortze berantiarra (late relapsing).

**213. Hauetako zein dira erraboil-basoak kontserbatzeko uretra berreraikitzeko hautagairik onenak?**

a) Gizonezko gaztea, 2 cm baino gutxiagoko uretra bulbar proximaleko estenosia duena.
b) Huts egindako uretra bulbarraren aurreko berreraikuntza.
c) Uretra bulbar proximalaren estenosia, aldez aurretik hipospadiekin berreraikitako pazienteetan.
d) b) eta c).

**214. Esaldi hauetatik zein da OKERRA?**

a) Arrisku ertain eta handiko tumoreak dituzten pazienteetan, RTUren ondorengo maskuri barneko BCGak tumorea errepikatzeko arriskua murrizten du; eraginkorragoa da TURB bakarrik edo TURB eta maskuri barneko kimioterapia baino.
b) Eraginkortasun optimorako, BCG mantentze-programa batean eman behar da.
c) Hiru urteko iraupena urtebete baino eraginkorragoa da arrisku handiko tumoreak dituzten pazienteetan errepikapena prebenitzeko, baina ez arrisku ertaineko tumoreak dituzten pazienteetan.
d) Guztiak zuzenak dira.

**215. Giltzurruneko minbizi metastasikoa eta tarteko IMDC (CCR metastasikoaren datu-basearen Nazioarteko Partzuergoa) izateko arriskua duen pazientea. Tratamendu hauetatik, zein ez da gomendatzen lehen lerroan?**

a) Nibolumaba/kabozantiniba.
b) Pembrolizumab/axitinib.
c) Nibolumaba/ipilimumaba.
d) Sunitinib.

**216. 38 urteko paziente bati seminoma puru bat diagnostikatzen zaio, metastasi hepatiko anitzekin; garuneko metastasi bat eta 3800 ULNko LDH bat, zer da?**

a) Pronostiko onaren taldeko pazientea.
b) Tarteko pronostikoaren taldeko pazientea.
c) Pronostiko txarreko taldeko pazientea.
d) Aurreko bakar bat ere ez.

**217. Esaldi hauetatik, zein EZ da egia?**

a) Barrabileko tumorearen estadiajean, OTA torakoabdominopelbikoa egitea gomendatzen da, kontrastearekin, orkiektomia egin aurretik edo ondoren.
b) Deoxiglukosadun PET-OTA estandar gisa erabiltzen hasi da barrabil-tumorearen hasierako estadiajean, OTAren kaltetan.
c) Azterketa ekografikoa eztabaidaezina ez denean, HEA eskrotala erabiltzea gomendatzen da.
d) Alfafetoproteina serikoa (AFP), giza gonadotropina korionikoaren beta azpiunitatea (β-hCG) eta LDHa orkidektomiaren aurretik eta ondoren zehaztu behar dira.

**218. Leydig-en zeluletako tumoreei dagokienez, baieztapen hauetako bat ez da zuzena:**

a) Hasierako tumore metastasikoak izan ohi dira.
b) Hormona-adierazpenekin batera agertu ohi dira, ginekomastia barne.
c) Ez da tratamendu lagungarririk behar, baina tokiko birgaixotze-tasa % 7koa da.
d) Gaixotasun metastasikoa duten gizonen biziraupena eskasa da, baina tratamendu kirurgiko eta sistemikoari noizbehinkako erantzunak jakinarazi zaizkio.

**219. 27 urteko paziente bati tumore ez-seminomatoso bat diagnostikatzen zaio, peritoneo atzeko erasan anizkoitzarekin. Orkiektomia egin ondoren, BEP bidezko tratamendua hasten da, eta tolerantzia onarekin osatzen da. Azken zikloa hasi eta hilabetera, 15 mm-ko hondar-masa ikus daiteke ardatz nagusian, kontroleko OTAn. Erantzun hauetatik, zein da zuzena?**

a) Tumore bideragarriaren probabilitatea % 6koa da, eta, beraz, hondar-masaren kirurgia baino ez da behar; egokiena da kirurgia hori azken zikloko 6 eta 8 aste bitartean egitea.
b) Tumore-probabilitate bideragarria % 6koa da; beraz, PET-FDGrekin zaintza estua has daiteke bideragarritasuna ebaluatzeko, kirurgia proposatu aurretik.
c) Peritoneo-atzeko linfadenektomia bat egin behar da, ipsilaterala izan daitekeena. Modu ezin hobean egingo da, azken zikloko 6 eta 8 aste bitartean.
d) Aldebiko peritoneo-atzeko linfadenektomia bat egin behar da, modu idealean azken zikloko 6 eta 8 aste bitartean egingo dena.

**220. Prostata-biopsiaren gomendioei dagokienez, baieztapen hauetatik zein ez da zuzena?**

a) Prostataren biopsia perineoko abordatzearen bidez egitea, konplikazio infekziosoak izateko arrisku txikiagoa dagoelako.
b) Perineoko biopsian larruazal perinealerako ohiko asepsia erabiltzea.
c) Gizonen ondesteko garbiketa iodopobidonarekin erabiltzea ondesteko prostataren biopsia baino lehen.
d) Prostatako biopsiarako fluorokinolonak erabiltzea, Europako Batzordearen EMEA/H/A-31/1452 azken erabakiarekin bat etorriz.

**221. Prostatako minbiziaren osasun-egoerari eta bizi-itxaropenari dagokienez, baieztapen hauetatik zein da OKERRA?**

a) Banakako bizi-itxaropena, osasun-egoera eta komorbilitatea erabiltzea CaP-a maneiatzean.
b) Geriatric-8 eta mini-COG tresnak eta hauskortasun klinikoaren eskala erabiltzea osasun-egoera detektatzeko.
c) < tA> Espezialistaren ebaluazio geriatriko osoa egitea, G8 > 14 puntuazioa duten pazienteekin.
d) Paziente hauskorrei soilik sintometarako terapia eskaintzea.

**222. Prostatektomia erradikalaren ondoren PSAk irautea honela definitzen da azterlan gehienetan:**

a) 0,1 ng/mL edo handiagoa, kirurgiatik 4-8 astera.
b) 0,2 ng/mL edo handiagoa, kirurgiatik 4-8 astera.
c) 0,3 ng/mL edo handiagoa, kirurgiatik 4-8 astera.
d) 0,4 ng/mL edo handiagoa, kirurgiatik 4-8 astera.

**223. Prostatako minbiziagatiko zaintza aktiboan (BA), zein da OKERRA?**

a) < tA>Azker BEA 10 urtetik gorako bizi-itxaropena eta arrisku txikiko gaixotasuna duten pazienteei.
b) Biopsian histologia intraduktala eta kribiformea duten pazienteak VAn sar daitezke.
c) Berrespen-biopsia bat egin aurretik EM bat egitea, hasierako biopsia egin aurretik EM bat egin ez bada.
d) Biopsia gidatua (edozein PI-RADS lesio ≥ 3) nahiz sistematikoa hartzea, berrespen-biopsia egiten bada.

**224. Prostatako minbiziaren estadiajerako TNM sailkapenean, semen-besikulen inbasioa bat dator:**

a) pT2a.
b) pT2b.
c) pT3a.
d) pT3b.

**225. 65 urteko gizon bat, urotelio metastasikoko kartzinoma eta FGFR3 genean egiaztatutako mutazio bat dituena, lehen mailako tratamendua egin ondoren, enfortumab bedotin eta pembrolizumab erabilita. 2026ko EAUren gidetan aipatutako THOR saiakuntzaren emaitzen arabera (1. kohortea), zein aukera terapeutikok eskaintzen du biziraupen globalean onura frogatua agertoki espezifiko honetan?**

a) Kimioterapia Binfluninarekin.
b) Platinoa/Gemzitabina.
c) Erdafitinib.
d) Sazituzumab gobitekana.

**226. 3 urteko haur bat ezkerreko hegaleko masa batek ebaluatzen du. OTk giltzurruneko hilioaren hodiak inbaditu gabe eta erabat inguratu gabe desplazatzen dituen barne-masa bat erakusten du. Wilms-en tumorearen susmoa dago. Zer ezaugarri erradiologikok bereizten du aurkikuntza hori neuroblastomaren diagnostikotik?**

a) Neuroblastomak normalean ez du kaltzifikaziorik.
b) Neuroblastomak erdiko lerroko edalontzi handiak biltzeko eta mugitzeko joera du, alboetara mugitu beharrean.
c) Wilms-en tumoreak beheko kaba zaina inbaditzen du beti diagnostikoaren unean.

d) Wilms-en tumorea estratrarenala izan ohi da.

**227. T6 mailan bizkarrezur-muineko lesio oso baten ondoren jatorri neurologikoko beheko gernu-traktuaren disfuntzioa duen paziente baten ebaluazioan, ikusten da zistometrian presio arterial sistolikoa bat-batean igotzen dela, bradikardiarekin batera, 200 mL-ko edukiera lortzen baitu. Honela definitzen da fenomeno hori:**

a) Gernu-erreflexu exazerbatua.
b) Maskuriko hipersentikortasunaren sindromea.
c) Disreflexia autonomikoa.
d) Maskuria betetzeagatiko sinkope basobagala.

**228. pT2 zistektomia erradikaleko pieza baten azterketa anatomopatologikoan, patologoak jakinarazten du zain- eta linfa-inbasio peritumorala dagoela. EAU 2026ren gomendioen arabera, zein da aurkikuntza horren balioa?**

a) Ez du balio pronostikorik pT2 fasean.
b) Erreskateko erradioterapia agintzeko irizpide absolutua da.
c) Pronostiko-esanahi independentea du aurrera egiteko eta bizirauteko.
d) pT3a estadioan birsailkatzera behartzen du.

**229. 69 urteko paziente batek urotelio-kartzinoma bat du hezur- eta errai-metastasiarekin. Iragazketa glomerularra 35 mL/min-koa da, eta 2. mailako neuropatia periferikoa du. 2026ko lehen lerroko tratamendu-algoritmoaren arabera, zein da lehentasunezko aukera?**

a) Gemzitabina gehi karboplatinoa, eta, ondoren, mantentzea abelumabarekin.
b) Monoterapia, pembrolizumab erabilita (PD-L1 positiboa bada).
c) Enfortumab bedotin eta pembrolizumab konbinatuta.
d) Binflunina, euskarri-tratamendu hobearekin konbinatuta.

**230. Bizkarrezur-muineko lesio traumatikoa duen paziente baten azterketa urodinamiko batean, detrusorearen (DLPP) ihespuntuaren 55 cm H2O presioa erregistratzen da. Iturrietan ezarritako neuro-urologiaren printzipioen arabera, aurkikuntza horren ondorioz:**

a) Erregistratutako presio baxuaren ondoriozko konplikazio-arrisku txikia.
b) Maskuriko entrenamendua egitea, mikzio erreflexuaren bidez.
c) Goiko traktuan giltzurrun-kalte itzulezina izateko arrisku handia.
d) Blokeatzaile alfa-adrenergikoen bidezko tratamendu esklusiboa behar izatea.

**231. Ileonezko neomaskuriarekin zistektomia erradikala egin eta hiru egunera, paziente batek peritonitis-zantzuak ditu. OT batek ileoneko anastomosian isuria duela berretsi du. Urgentziazko ebakuntza egin diote anestesia orokorrarekin, deskargarako ileostomia bat egiteko. Klavien-Dindo eskalaren arabera (konplikazio kirurgikoetarako eskala), zein gradu dagokio?**

a) II. gradua.
b) III-a gradua.
c) III-b gradua.
d) IV-a gradua.

**232. 46 urteko paziente batek 4,5 cm-ko masa suprarrenal intzidental bat du, eta feokromozitoma duen susmo biokimikoa dago. OMEren sailkapenaren arabera, zein da gaur egun tumore honen onberatasun-irizpidea?**

a) 5 cm baino gutxiagoko tumoreak.
b) Ziztada bidezko biopsian atipia zelularrik ez izatea.
c) Kendu dute «onbera» terminoa; denak jotzen dira potentzialki gaiztotzat.
d) PASSen (Pheochromocytoma of the Adrenal Gland Scaled Score) scorea 4tik beherakoa badu.

**233. PHOren sintomak dituen 70 urteko gizon batek dutasterida hartzen du etenik gabe duela 4 hilabetetik. Gaur egun, 2.8 ng/mL-ko PSA du. Balio hori baheketa onkologiko baten testuinguruan interpretatzeko, klinikoak kontuan hartu behar du benetako balio doitua honako hau dela:**

a) 2.8 ng/mL (doikuntzarik behar izan gabe).
b) 1.4 ng/mL.
c) 5.6 ng/mL.
d) 3.8 ng/mL.

**234. Paziente gazte batek barrabileko masa bat du, eta orkiektomia erradikala egin zaio. Azterketa anatomopatologikoak seminoma puru bat duela adierazten du, baina ebakuntza aurreko analitikak 450 ng/mL-ko alfafetoproteina (AFP) erakutsi zuen. Zein da interpretazio zuzena irizpide onkologiko genitourinarioen arabera?**

a) Markatzaile altuko seminoma puruaren diagnostikoa berresten da.
b) Seminoma puruaren diagnostikoa baztergarria da; zelula germinaletako tumore ez-seminomatoso gisa tratatu behar da.
c) AFPak gora egiteak ez du garrantziarik estadifikazio klinikorako.
d) I. faseko seminoma bat da, eta zaintza baino ez du behar.

**235. Zikirazioarekiko erresistentea den prostatako minbiziaren estadifikazio batean (CRPC), azkar bikoizten PSA, baina hezur-gammagrafia eta OT negatiboak ditu. Zein da nahitaez zikiratze-egoera definitzen duen testosterona serikoaren maila?**

a) < 20 ng/dL.
b) < 50 ng/dL.
c) < 100 ng/dL.
d) < 10 ng/dL.

**236. Maskuriko kartzinoma inbaditzaileagatik zistektomia erradikala eta ileon konduktuko deribazioa egin ondoren, zer maiztasunekin gomendatzen da B12**

**bitaminaren mailak neurtzea heste-deribazioarekin lotutako gabeziak detektatzeko?**

a) 3 hilean behin
b) Pazienteak anemia makrozitikoa badu bakarrik.
c) Urtean behin.
d) 5 urtean behin, kirurgiaren ostean.

**237. 28 urteko gizon batek lesio lau, gorrixka eta distiratsua du glandean, prepuzioari eragiten ez diona. Patologia-txostenak in situ kartzinoma epidermoide bat duela adierazten du. Nola deritzo espezifikoki lesio horri?**

a) Bowen-en gaixotasuna.
b) Queyrat-en eritroplasia.
c) Zoon-en balanitisa.
d) Kondiloma akuminatu erraldoia.

**238. Maskuri muskuloinbaditzaileko minbiziari buruzko egungo gomendioen arabera, zisplatinoan oinarritutako kimioterapia neoadjubanteak zer onura dakar biziraupen globalerako (OS) bost urteren buruan?**

a) % 2ko hobekuntza.
b) % 5eko hobekuntza.
c) % 8ko hobekuntza.
d) Ez dakarkio hobekuntzarik biziraupen globalari, kontrol lokalari bakarrik.

**239. Zer adinetik aurrera gomendatzen zaie arrisku handiko gizonei PSAren baheketa egiten hastea, BRCA2 genean mutazioak dituztelako?**

a) 40 urtetik aurrera.
b) 45 urtetik aurrera.
c) 50 urtetik aurrera.
d) 55 urtetik aurrera.

**240. Neuro-urologiaren printzipioen arabera, zein da helburu nagusia beheko gernu-traktuaren disfuntzio neurogenoa maneiatzean?**

a) Kontinentzia sozial perfektua lortzea.
b) Funtzio sexuala berrezartzea.
c) Goiko gernu-traktua babestea.
d) Aldizkako kateterismoak saihestea.

**241. Muskulu-inbaditzaileak ez diren eta arrisku txikia duten tumore besikalen kasuan, zein da erresekzio transuretral osoa egin ondoren gomendatzen den hasierako estrategia?**

a) Indukzioko BCG besikala eta 1-3 urteko mantentzea.
b) RTU osteko berehalako kimioterapiako instilazio intrabeskal bakarra.

c) Zistoprostatektomia partziala.
d) RTU errepikatua 2 astera, kasu guztietan.

**242. Hauetako zein da prostatako kartzinomarako ezarritako arrisku-faktore bat?**

a) Tabakismo aktiboa.
b) C bitamina ugariko dieta.
c) Afrikar jatorria.
d) GPBagatiko infekzio kronikoa.

**243. Prostatako hiperplasia onbera, sintoma moderatuekin, eta >40 ml-ko bolumen prostatikoa dutenen kasuan, zein da epe luzerako progresioa gutxitzeko ( erretentzioa / kirurgia ) ebidentzia onena duen farmakoa edo konbinazioa?**

a) Alfablokeatzailea monoterapian.
b) 5-alfa erreduktasaren inhibitzailea monoterapian edo alfablokeatzailearekin konbinatua.
c) Antimuskarinikoa monoterapian.
d) PDE5 inhibitzailea monoterapian.

**244. Egoera hauetako zeinek du PET-PSMAren errendimendu diagnostiko inkremental txikiena?**

a) Errezidiba biokimikoa, 0,25 ng/ml-ko PSA duena.
b) Oso arrisku handiko tumorearen hasierako estadifikazioa.
c) 3 mm baino gutxiagoko gongoiletako metastasiak detektatzea.
d) CPRC metastasikoko progresioaren ebaluazioa.

**245. Zein da klinikoki N0 den kartzinola epidermioideetan ezkutatutako gongoil metastasiarekin gehien erlazionatzen den faktore histopatologikoa?**

a) Tumorearen tamaina.
b) Gradu histologikoa eta inbasio linfobaskularra.
c) GBPren presentzia (giza papilomabirusa).
d) Prepuzioko kokapena.

**246. I. estadioko seminoma klasikoa duen paziente batek barrabil-sareko inbasioa eta 5,5 cm-ko tumorea ditu. Zein da gaur egun hobetsitako estrategia?**

a) Erradioterapia paraaortikoa.
b) Peritoneo atzeko linfadenektomia.
c) Zaintza aktiboa.
d) Derrigorrezko bi BEP ziklo.

**247. Feokromozitoma bidezko adrenalektomia laparoskopikoan, bat-bateko 260/140 mmHg-ko hipertentsioa agertu da tumorea manipulatu ondoren. Zein da operazio barneko tratamendu egokiena?**

a) Noradrenalina.
b) Fenilefrina.
c) Zain barneko sodio nitroprusiatoa.
d) Atropina.

**248. Bizkarrezur-muineko lesio suprasakroa duen paziente baten kasuan, zein da patroi urodinamiko ohikoena?**

a) Detrusore ez-uzkurkorra.
b) Detrusore hipoaktiboa.
c) Detrusore hiperaktiboa eta detrusore-esfinterraren disinergia.
d) Funtzio normala.

**249. Paziente batek ISUP 5 adenokartzinoma prostatikoa, PSA 32 ng/ml eta cT3b ditu EM multiparametrikoan. PET-PSMA negatiboa da adenopatietarako. Prostatektomia erradikala programatzen da. Linfadenektomia pelbikoari dagokionez:**

a) PET-PSMA negatiboa denez, linfadenektomiarik ez egiteko aukera dago.
b) Operazio barruan ikus daitekeen adenopatirik badago bakarrik egin behar da.
c) Linfadenektomia hedatua da oraindik ere metodorik sentikorrena gongoil mikroskopikoari erasaten dion detektatzeko.
d) Linfadenektomia mugatuak zabalaren antzeko emaitzak eskaintzen ditu, estadifikazio-informazioari begira.

**250. Zakileko pT1b G3 kartzinoma epidermoidea eta gongoil miaketa negatiboa (cN0) dituen paziente baten kasuan, zer jarrera da egokiena?**

a) Gongoilen estadifikazio kirurgikoa.
b) PET-TCa, sei hilean behin kontrolatua
c) Behaketa kliniko esklusiboa.
d) Pelbisaren bi aldeetako linfadenektomia.

**251. Paziente batek IIA estadio klinikoan dagoen seminoma du, 1,5 cm-ko peritoneo atzeko adenopatia bakarra eta markatzaile negatiboak. Zein da gaur egun gidek onartzen duten aukeretako bat?**

a) Zaintza.
b) Peritoneo-atzeko linfadenektomia irekia, nahitaezkoa.
c) Orkiektomia kontralateral profilaktikoa.
d) Zisplatinoan oinarritutako erradioterapia edo kimioterapia.

**252. Kolposacropexia laparoskopikoari buruzko baieztapen hauetatik, zein da zuzena?**

a) Hautatutako emakumeei prolapso apikala zuzentzeko erreferentziazko estandarra izaten jarraitzen du.
b) Kontraindikatuta dago sexualki aktiboak diren pazienteentzat.
c) Emaitza anatomiko okerragoak erakutsi ditu epe luzera.
d) Baginako kirurgia natiboak baino errepikapen-tasa handiagoak ditu.

**253. 63 urteko pazientea, 6,8 ng/ml-ko PSA, 55 cc-ko prostata, 8 mm-ko RM PIRADS 4. Biopsia gidatua: % 4ko patroia duen ISUP 2 zilindro batean. Zein da baieztapen zuzenena?**

a) Zaintza aktibotik kanpo dago formalki.
b) ISUP 2 egoteak estrategia kontserbatzaile oro baztertzen du.
c) Hautaketa egokia egin ondoren, esperientziadun zentroetan zaintza aktibotzat har liteke.
d) Prostatektomia erradikala edo erradioterapia nahitaez jaso behar du.

**254. ADT + docetaxel bidez tratatutako CPRC metastasikoa duen pazientea, fase hormonosentikorrean. Progresioaren ostean, abiraterona jaso du, eta, ondoren, berriz ere progresatu du. Aukera hauetako zeinek du onura globalaren ebidentziarik handiena?**

a) Enzalutamidara aldatzea.
b) Apalutamidara aldatzea.
c) Kabazitaxela.
d) Bikalutamida.

**255. cN0 pazienteak estadifikatzerakoan, zergatik ordeztu dute hainbat zentrotan iztaiko linfanedektomia modifikatua, gongoil zelatari dinamikoarekin ?**

a) Biziraupen global handiagoa frogatu duelako.
b) Gaixotze-tasa txikiagoa duelako, diagnostiko-sentsibilitate handia mantenduz.
c) Kostu txikiagoa.
d) Pelbiseko metastasiarekiko sentikortasun handiagoa.

**256. Feokromozitoma eta paragangliomako azterketa genetikoei dagokienez:**

a) 30 urtetik beherako pazienteentzat bakarrik dira egokiak.
b) Aldebiko gaixotasunetarako gorde behar dira.
c) Gaur egun, paziente guztien azterketa genetikoa egitea gomendatzen da.
d) Ez dute pronostikorako inplikaziorik.

**257. 64 urteko gizonezko bat. Ebakuntza-aurreko PSA: 12 ng/ml. pT3aN1R0 prostatektomia erradikalaren eta linfadenektomia hedatuaren ondoren. Gongoil obturadore positibo bakarra, 2 mm-koa. PSA ultrasentikor detektaezina 8 astera. Zein da gaur egun gehien babesten den estrategia?**




a) Bizi osorako berehalako hormonoterapia.
b) Erradioterapia adjubantea eta nahitaezko hormonoterapia.
c) Behaketa estua eta PSA seriatua.
d) Docetaxel bidezko kimioterapia laguntzailea.

**258. CIS isolatua duen paziente batek, BCG bidezko indukzio eta mantentze egokiak jaso ditu eta 6 hilabetera iraunkortasun histologikoa du. Zein da baieztapen zuzenena?**

a) Pazienteak BCG-unresponsive irizpideak betetzen dituela.
b) BCG ziklo berri batek sendatze-tasa handiak ditu.
c) Edozein erabaki hartu baino lehen, RTUa errepikatu behar da.
d) Muskuluen progresioa ezohikoa da.

**259. Zein da terapia fokal prostatikoa, adenokartzinoma prostatikoa tratatzeko estandartzat hartzeko oztopo nagusia?**

a) Kirurgian baino gernu-toxikotasun handiagoa
b) Ablazio-teknologia eraginkorrik ez izatea.
c) Gerora erreskate-tratamendu egokia egiteko ezintasuna.
d) Epe luzerako jarraipen onkologiko sendoko ausazko azterketarik ez egotea.

**260. Prostatako minbiziari buruzko EAU 2026 giden arabera, zikiratzearekiko erresistentea den prostatako minbizi metastasikoa (mCRPC) duen paziente bati Lu-177-PSMA bidezko tratamendua ematea baloratzen ari dira. Hauetatik, zein irizpide da ezinbestekoa hori administratu ahal izateko?**

a) Hezur-metastasiaren presentzia esklusiboa.
b) Tumore-lesioetan PSMA nahikoa agertzea PET-PSMA bidez.
c) Aurretik taxiano bidezko tratamendurik ez hartzea.
d) 20 ng/mL-tik gorako PSA.

**261. Zein mutazio lotzen da feokromozitometan arrisku metastasiko handiagoa izatearekin?**

a) RETeko mutazioak.
b) VHLko mutazioak.
c) 1. motako neurofibromatosia duten pazienteak.
d) SDHB genearen mutazio germinalak.

**262. Gaur egun, zein da emakumeen esfortzuko gernu-inkontinentziarako ebidentziarik handiena duen teknika kirurgikoa?**

a) Burch teknika ireki edo laparoskopikoa.
b) TVT retropubikoa.
c) Uretra inguruko injekzioa Poliakrilamida hidrogelarekin.
d) Kolposuspentsio laparoskopikoa edo robotikoa.

**263. BRCA1/2 geneetan mutazioak dituen 45 urteko emakume bati zistektomia erradikala egin behar zaio maskuriko pT2 tumore batengatik. Prozedura urologiko estandarraz gain, zer esku-hartze gehigarri gomendatzen dute iturriek arrisku onkologiko sistemikoak minimizatzeko?**

a) Peritoneo-atzeko linfadenektomia estentsiboa beheko arteria mesenterikoraino.
b) Aldibereko mastektomia profilaktikoa.
c) Zistektomia, baginako kupula bakarrik zainduta.
d) Salpingo-oforektomia profilaktikoa.

**264. Zein DNAren kaltearen konponketan parte hartzen duten geneetako (DDR) mutazio lotu dira muskulu-inbaditzailea den maskuriko minbizian, zisplatinoan oinarritutako kimioterapia neoadjuvantearen ondoren, erantzun patologiko osoa lortzeko probabilitate handiagoarekin?**

a) ATM, RB1, ERCC2 eta FANCC.
b) FGFR3 eta TP53.
c) KRAS eta HRAS.
d) PTEN eta PIK3CA.

**265. Zistektomia erradikal baten ondoren detektatutako uretrako in situ kartzinomaren (CIS) testuinguruan, zer eraginkortasun-tasa lortu da BCG uretrako instilazioekin tratatzeko? A. % 50. B. % 65. C. % 83. D. % 20 baino gutxiago; uretrektomia da estandar bakarra. Erreferentzia: EAU Guidelines (2026), 8.4 atala.**

a) % 20 baino gutxiago; uretrektomia da estandar bakarra.
b) % 49.
c) % 61.
d) % 83.

**266. Alterazio molekular hauetatik, zein ez da errekonbinazio homologoaren bidezko konponketako gene-taldekoa?**

a) PALB2.
b) RAD51D.
c) PTEN.
d) BRCA1.

**267. EAUren 2026ko egunerakotaren arabera, zistektomia erradikala irmoki indikatzen zaie maskuriko kartzinoma ez-muskulu inbaditzailea (NMIBC) duten pazienteei, baldin eta BCGri dagokionez honako egoera kliniko hau badute:**

a) Intolerantzia arina lehen dosiaren ondoren.
b) Gradu baxuko Ta tumorearen iraunkortasuna indukzio-ziklo baten ondoren.

c) BCGren gaixotasun errefraktarioa, BCG edo NMIBC ez-erantzuntzailearen ondorengo birgaixotzea.
d) Pazientearen nahia, arrisku txikiko errezidiba bakar baten ondoren.

**268. 52 urteko paziente batek 4,8 cm-ko inzidentaloma suprarrenala du eskuinaldean. OTAn, masak 35 Hounsfield unitateko atenuazio basala agertu da, eta % 32ko garbiketa absolutua 10 minutura. Aurkikuntza horiek honako honen seinale dira:**

a) Lipido ugari dituen adenoma suprarrenala.
b) Mielolipoma, osagai estromal handiarekin.
c) Kartzinoma kortikosuprarrenala.
d) Kiste hemorragiko sinplea.

**269. 41 urteko emakume batek Cushing klinikoaren sindromearekin lotutako eboluzio azkarreko birilizazio sintomak ditu. Analitikak 24 orduko gernuko kortisol librearen maila altuak eta dehidroepiandrosterona sulfatoaren (DHEA-S) igoera masiboa erakutsi ditu. OTAren arabera, 8 cm-ko masa du ezkerreko giltzurrun gaineko guruinean, eta nekrosi zentraldun eremuak ditu. Zein da diagnostiko probableena korrelazio kliniko-biokimikoaren arabera?**

a) Kortisol jariatzailearen adenoma (Cushing puruaren sindromea).
b) Kartzinoma kortikosuprarrenala.
c) Androgenoak sortzen dituen feokromozitoma.
d) Hiperplasia suprarrenal makronodularra.

**270. Giltzurrun gaineko 10 cm-ko masa baten erresekzio-kirurgian, kartzinoma zuen susmoagatik egin zitzaion horretan, zirujauak ikusi du tumorea giltzurrun ipsilateralaren goiko poloarioso itsatsita dagoela, baina ez duela inbasio makroskopiko nabarmenik hodi handietan. Kirurgia onkologiko erradikalaren printzipioei jarraituz, zer jokabide gomendatzen da?**

a) Tumorearen eta giltzurrunaren arteko planoaren disekzioa egitea, arretaz, organoa babesteko.
b) Adrenalektomiarekin blokeko nefrektomia bat egitea, marjina negatiboak ziurtatzeko.
c) Kirurgia eten eta kimioterapia neoadjubanterako deribatu.
d) Giltzurrun-kapsula biopsiatu, eta izozketa bidezko biopsia positiboa bada bakarrik erauzi giltzurruna.

**271. III. faseko kartzinoma kortiko-adrenala duen 45 urteko gizon bati adrenalektomia erradikala egin diote, marjina negatiboekin. Errepikatzeko arrisku handia dagoenez, mitotano bidezko terapia adjubantea hastea erabaki da. Estandarren arabera, zein da eraginkortasuna maximizatzeko eta toxikotasuna minimizatzeko mantendu behar den mitotano-maila serikoaren tarte terapeutikoa?**

a) 5-10 mg/l.
b) 14-20 mg/l.
c) 25-35 mg/l.

d) > 40 mg/L.

**272. PHO duten pazienteen ebaluazioan zehaztu da maskuri barneko protrusio prostatikoa (PPI) parametro kliniko kritikoa dela. Gida klinikoetan integratutako ebidentziaren arabera, zein da PPI esanguratsu baten inplikazio diagnostikoa?**

a) Ez dauka korrelaziorik irteera-fluxuaren buxaduraren larritasunarekin.
b) Eremu periferikoaren bolumenarekin soilik lotzen da.
c) Erabat kontraindikatzen du inbasio minimoko edozein esku-hartze.
d) Maskuriko kalkuluak eratzeko arrisku-faktore independentea da, eta tratamendu medikoarekin, eraginkortasun-tasa txikiagoa aurreikusten da.

**273. Prostatako hiperplasia onbera duten eta bigarren mailako maskuriko litiasia duten pazienteen kasuan, kalkulua zatitu ondoren, tratamendu medikoaren eraginkortasuna ebaluatu da. Aipatutako behaketarako azterketen arabera, medikazioa gorabehera, zein da etorkizunean kirurgia obstruktiboa egin behar zaiola adieraziko duen parametrorik onena?**

a) Bolumen prostatiko handia eta mikzio osteko hondakin basal handia (> 190 ml).
b) Hasierako IPSS puntuazioaren balioa.
c) Maskurian dibertikulu txikiak egotea (< 1 cm).
d) Gernu-pH-a 7,0 baino handiagoa izatea etengabe.

**274. MTOPS azterlanean ebaluatutako farmakoterapia konbinatuari dagokionez, demostratu denez, zergatik da hobea da alfa blokeatzaile baten eta 5-ARI (finasteride) baten konbinazioa, alfa blokeatzaileen bidezko monoterapia bainoago?**

a) Sintomak azkarrago hobetzen dituelako lehen 2 asteetan.
b) Atzeranzko eiakulazioaren intzidentzia txikiagoa eragiten duelako, monoterapiarekin alderatuta.
c) Konbinazioa da gehieneko fluxua hobetzeko modu bakarra.
d) Aurrerapen klinikoaren arriskua nabarmen murrizten duelako epe luzera, gernu-erretentzio akutu gisa eta PHOrekin lotutako kirurgiaren premia gisa definituta.

**275. 5-alfa erreduktasaren bi inhibitzaile nagusiak alderatzean, zein da dutasteridaren eta finasteridearen arteko funtsezko alde farmakodinamikoa?**

a) Finasteridearen batez besteko bizitza askoz luzeagoa da (asteak).
b) Dutasteridak modu eraginkorrean inhibitzen ditu 5-alfa erreduktasaren 1. eta 2. motako isoentzimak, eta finasteridea, berriz, selektiboa da 2. motarako.
c) Finasteride bakarrik gai da prostata-jatorriko hematuria izateko arriskua murrizteko.
d) Dutasteridak ez die eragiten prostata barneko dihidrotestosterona mailei.

**276. Maskuriko irteeraren buxadura diagnostikatzeko azterketa urodinamikoan (fluxu-presioa), maskuriko irteeraren buxadura-indizearen zer atalasek (BOOI = detrusorearen presioa fluxu maximoaren unean (PdetQmax) − 2 × gehieneko gernu-fluxua (Qmax)) egiaztatzen du argi eta garbi buxadura dagoela?**

a) < 20
b) 20 – 40.
c) > 40.
d) > 15.

**277. Konplikazio oftalmologiko espezifiko bat deskribatu da alfa-1 blokeatzaileekin (bereziki tamsulosinarekin) tratatutako eta kataratarako kirurgia egiten zaien pazienteengan. Nola esaten zaio fenomeno horri, tratamendu medikoaren ondoren hilabeteetan iraun dezakeena?**

a) Alfa blokeatzailearen ondorengo glaukoma.
b) Ebakuntza barruko iris bigunaren sindromea (IFIS).
c) Tamsulosina bidezko erretinopatia.
d) Makulako edema post-urologikoa.

**278. Terapia minimoki inbaditzaileei (MIST) dagokienez, Rezum prozedurak urlurruna erabiltzen du zelulen nekrosia eragiteko. Zein da UroLift sistemarekiko abantaila nagusietako bat, gizonezkoen LUTS giden arabera?**

a) Ebakuntza ondoko narritadurazko sintomarik sortzen ez duen bakarra da.
b) Erdiko lobulua (lobulu intrabesikala) modu eraginkorrean tratatzea ahalbidetzen du.
c) Ez du inolako anestesiarik behar, ezta lokala ere.
d) Aurreranzko eiakulazioaren kontserbazio-tasa handiena duen teknika da ( % 100).

**279. Anatomikoki, prostatako hiperplasia onbera McNealek deskribatutako eremuetako batean garatzen da, oro har. Zeinetan?**

a) Eremu periferikoan (minbizien % 70 sortzen dira bertan).
b) Trantsizio-eremuan.
c) Erdialdeko eremuan.
d) Aurreko azpikapsularen eremuan.

**280. Zein da gizonezko helduen esfortzuagatiko gernu-inkontinentziaren atzean dagoen faktore etiologiko nagusia?**

a) Prostataren uretran zeharreko erresekzioa egin izana, patologia onbera dutelako, kasuen % 50ean baino gehiagotan.
b) Esfinter uretral ildaskatu distalaren lesioa prostatektomia erradikal batean.
c) Maskuri-lepoaren buxadura kronikoa, erretentzio kronikoarekin.
d) Muskulu detrusorearen denerbazioa, eboluzio luzeko diabetes mellitusaren ondorio.

**281. Zer aurkikuntza urodinamiko da detrusore-esfinterraren disinergiaren (DDE) adierazle?**

a) Detrusorea uzkurtzea eta pelbis-zoruaren jarduera elektromiografikoa erabat etetea.
b) Muskulu detrusorearen uzkurdurarik eza borondatezko mikzio-saiakera batean.

c) Uretrako esfinter ildaskatua edo maskuri-lepoa detrusorea uzkurtzearekin batera nahi gabe uzkurtzea.
d) Gernua nahi gabe galtzea, detrusorearen presioa igo ez delako.

**282. Bizkarrezur-muineko lesio suprasakroa duen paziente batengan, zein da maneiu urologikoan epe luzera saihestu beharreko konplikaziorik larriena eta lehentasunezkoena?**

a) Aldizkako urgentziazko gernu-inkontinentzia.
b) Atzeranzko eiakulazio iraunkorra garatzea.
c) Goiko gernu-traktuaren narriadura maskuriko presio handien transmisioagatik (maskuri-uretrako erreflexua eta giltzurrun-gutxiegitasuna).
d) Besikula-litiasia estrubitatik isolatuta sortzea.

**283. Zer farmako edo talde farmakologiko jotzen da lehen lerrokotzat detrusorearen hiperaktibitate neurogenikoak eragindako maskuri barneko presioa murrizteko?**

a) Alfa-blokeatzaile selektiboak, hala nola tamsulosina.
b) 5-alfa erreduktasaren inhibitzaileak, hala nola finasteridea.
c) Antimuskarinikoak (adib.: solifenazina, oxibutinina) edo beta-3 agonista adrenergikoak (mirabegrona).
d) Zuzeneko kolinergikoak, hala nola betanekola.

**284. Prostatektomiaren ostean, aurretiaz uretrako kirurgiarik egin ez zaion paziente bati gernu-esfinter artifizial bat (AMS 800) jarri diote. Zein da mahukaren kokapen estandarra (cuff)?**

a) Besikula-lepoaren inguruan, pubis atzeko abordatzearen bidez.
b) Uretra bulbarraren inguruan.
c) Zakileko barrunbe proximaletan.
d) Diafragma urogenitalaren ondoan dagoen mintzezko uretraren inguruan.

**285. Gernu-esfinterra duen paziente batek gernu-inkontinentzia errepikakorra du kirurgia egin eta hilabete batzuetara, eta azterketa endoskopikoan uretra-ehuna mehetu egiten dela ikusi duzu, mahukaren azpian, zulatu gabe. Zer konplikazio da hori?**

a) Uretrako higadura akutua.
b) Mahuka azpiko atrofia uretrala.
c) Presioa erregulatzeko baloia hautsi da
d) Eskrotoaren kontrolerako ponparen migrazioa.

**286. Nola definitzen da formalki gaueko lehen mailako enuresi monosintomatikoa?**

a) Gauez, lotan daudela, 5 urtetik gorako haurrek gernua nahi gabe isurtzea, gutxienez 6 hilabetez. Haur horiek ez dute inoiz gauez gernuari eustea lortu eta ez dute gernubideko sintomarik egunean zehar.

b) Edozein adinetako haurren gernu-ihesak egunez eta gauez, mikzio etenagatik eta infekzioengatik.
c) Gaueko gernu-ihesa, gutxienez 2 urtez guztiz eutsi ondoren berriro agertzen dena.
d) Soilk egunez gertatzen den gernu-inkontinentzia, ezpain txikiaren malformazioen edo meatu ektopikoaren ondorioz.

**287. Zein da hasierako aukerako tratamendu konduktual/medikoa 7 urteko haur batentzat, gaueko poliuria baten ondoriozko gaueko enuresi monosintomatikoa badu eta maskuri-bolumen normala badu?**

a) Likidoak murriztea eta oxibutinina ematea goizetan.
b) Gaueko aldizkako kateter bat berehala jartzea.
c) Gaueko desmopresinari lotutako neurri higieniko-dietetikoak.
d) Tibiako atzeko nerbioa estimulatzeko gailu bat ezartzea.

**288. Adineko paziente kalteberaren gernu-inkontinentzia iragankorraren ebaluazioan, zer kausa adierazten du "I" letrak DIAPPERS arau mnemotekniko klasikoan?**

a) Barne-esfinterraren kontrolik eza.
b) Gernu-infekzio sintomatikoa.
c) Gorotz-inpaktazio masiboa.
d) Detrusorearen ezegonkortasun idiopatikoa.

**289. Zein da adineko paziente instituzionalizatuen gainezkatze-inkontinentziaren mekanismo fisiopatologiko primarioa?**

a) Muskulu detrusorearen hiperaktibitate larria, esfinter-itxituran akatsa duena.
b) Maskuri-baginako fistula hedatsua, neoplasia ostekoa.
c) Muskulu detrusorearen hipoaktibitatea edo azinesia, maskuri azpiko buxadura organiko edo funtzional kronikoarekin konbinatuta dagoena edo ez dagoena.
d) Erradioterapia pelbikoaren bidez maskuriko distentsibilitatea bat-batean gutxitzea.

**290. Zein da gizonen aurreko uretrako estenosiaren luzera, kokapena eta kopurua zehazteko funtsezko proba diagnostikoa?**

a) Ondeste barneko ekografia, zunda linealarekin egiten dena.
b) Bereizmen handiko ordenagailu bidezko tomografia, hiru dimentsioko berreraikuntzarekin.
c) Atzerazko uretrografia eta gernu-uretrografia konbinatua.
d) Zistoskopia malgu isolatua, kontrasterik gabekoa.

**291. 3,5 cm luze den etiologia idiopatikoko uretra bulbarreko estenosia bada, zein da epe luzera eraginkortasun-tasarik onenak dituen teknika kirurgiko uretroplastikoa?**

a) Barne-uretrotomia endoskopikoa zuzeneko behaketaren bitartez (Sachse).
b) Alderik aldeko uretroplastia (anastomotikoa).
c) Ordezte-uretroplastia, ahoko mukosa-injerto bat erabiliz.

d) Uretraren dilatazio seriatua, Beniqueren metalezko bujiekin

**292. Zein defektu anatomiko ez da sortzetiko hipospadien triada klasikoen parte?**

a) Uretrako meatuaren kokapen ektopiko bentrala.
b) Zakilaren inkurbazio bentrala (soka).
c) Prepuzioaren alde bentraleko defektua, aurreko aldeko distribuzioarekin.
d) Aldebiko maskuri-uretrako errefluxuaren presentzia etengabea (V. gradua).

**293. Jaioberri batek hipospadia duen susmoa baduzu, zergatik ez zaio inolaz ere ohiko zirkunzisiorik egin behar?**

a) Odoljario masiboa izateko arrisku handia, horrekin lotutako anomalia baskularren ondorioz.
b) Prepuzioa funtsezko ehuna da eta ur¡behin betiko kirurgian erabili ohi da uretra berregiteko (uretroplastia).
c) Meatu ektopikokoko estenosia eragin daiteke berehala.
d) Prepuzio dortsalak zakilaren kurbadura berez indargabetzen duen trakzioa eragiten du.

**294. Zein da hasierako teknika diagnostiko hautatua barikozele klinikoaren susmoa izanez gero?**

a) Zain espermatikoaren atzeranzko flebografia.
b) Erresonantzia magnetiko nuklearra, pelbiseko kontrastearekin.
c) Miaketa fisiko zehatza zutik jartzean, Valsalvaren maniobrarekin konbinatuta eta Eco-Doppler eskrotalak lagunduta.
d) Larruazaleko termografia eskrotala.

**295. Barikozelearen tratamendurako zein abordatze kirurgiko lotzen da iraunkortasun-/errezidiba-tasa txikiagoekin eta hidrozele iatrogenikoaren eraketa-tasa txikiagoekin?**

a) Peritoneo atzeko barikozelektomia altua (Palomoren teknika).
b) Barikozelektomia laparoskopikoa, arteriak eta zainak klipatuz.
c) Iztaipeko barikozelektomia edo iztaiko barikozelektomia mikrokirurgikoa (arteria eta linfatikoak babestearekin).
d) Larruazalean zeharreko enbolizazioa egotea, alkohol absolutuarekin bakarrik.

**296. Pertsona heldu bati hidrozele idiopatiko batek eragozpen fisiko edo estetiko nabarmenak eragiten badizkio, nola tratatu behar zaio behin betiko?**

a) Kontsultan ziztada eta xurgapen errepikatuak egitea orratz fin batekin.
b) Kirurgia irekia eskrotoko abordatzearen bidez, baginako tunikan erresekzio- edo plikatura-teknikak baliatuta (adibidez, Lord, Jaboulay edo Winkelmann teknikak).
c) Esklerosanteen administrazio profilaktikoa, hala nola eskroto barneko tetraziklina.
d) Tunika albuginoa eta epidimoa errotik erauztea.

**297. Eskroto akutuaren sindromea duen paziente baten kasuan, zein zeinu kliniko da oso lagungarria barrabil-bihurduraren diagnostikatzeko, orkiepididimitisarekin alderatuta?**

a) Erreflexu kremasterikorik ez eragindako aldean, eta Prehn negatiboaren zantzua (mina ez da arintzen edo okerrera egiten du barrabila igotzean).
b) Prehn-en zeinu positiboa (eskrotoa igotzean nabarmen baretzen zaio mina).
c) Gernu-sedimentuan sukar altua, disuria eta piuria frankoa agertzea.
d) Kordoi espermatiko hantu baina bigun bat haztatzea, inolako minik ematen ez diona.

**298. 4 orduko eboluzioko barrabil-bihurduraren susmo kliniko irmo baten aurrean, nola maneiatu behar da berehala?**

a) Doppler ekografia bat eskatu eta emaitza analitikoak eduki arte itxaron, ezer erabaki aurretik.
b) Bena barneko espektro zabaleko tratamendu antibiotikoa hasi eta 24 ordura berriz ebaluatu.
c) Eskrototiko urgentziazko miaketa kirurgikoa egin, distortsioa eta aldebiko orkidopexia barne (barrabilak kontrako aldetik finkatzea).
d) Kontsultan kanpotiko eskuzko distortsioa egiten saiatu eta pazienteari alta eman mina arintzen bazaio.

**299. Zein da erekzioaren disfuntziorako lehen lerroko farmakoen (hala nola sildenafiloa, tadalafiloa edo avanafiloa) ekintza molekularreko mekanismoa?**

a) Gorputz leizetsuko errezeptore alfa adrenergikoak zuzenean estimulatzea.
b) 5 motako entzima fosfodiesterasaren inhibizio selektiboa (PDE5); horrek GMPc mailak handitzen ditu eta muskulu liso baskularra erlaxatzea sustatzen du.
c) Dopaminaren birkaptazioaren blokeoa erekzioaren bizkarrezur-erdialdean.
d) Endotelina-1 errezeptoreen antagonismoa helizinetako arterietan.

**300. Zein aukera da hirugarren lerroko tratamendu kirurgikoa kausa organiko larriko erekzioaren disfuntzioa duten pazienteentzat, baldin eta ez badiete erantzuten ahotik hartzeko medikamentuei edo zakil barneko injekzioei?**

a) Barneko pudenda arteriaren birbaskularizazio mikrokirurgikoa.
b) Zakileko nerbio dortsala neurotizatzea, mentu sural batekin.
c) Zakileko protesi bat ezartzea (xaflagarria edo hidraulikoa, hiru osagaikoa).
d) Tunika albuginioaren plikatura, Nesbit-en teknikari jarraiki.

**301. Zein da Peyronieren gaixotasunaren (zakileko fibrosia) hasierako faseko edo fase aktiboa detekatzeko sintoma eta esplorazioan egindako aurkikuntza fisiko bereizgarria?**

a) Mina zakilean erekzioan, zakileko inkurbazio progresiboa agertzea eta tunika albuginianoan gogortuta dagoen plaka fibroso bat haztatzea.

b) Aldizkako priapismo ez-iskemikoa, glandeko mukosazko ultzerekin batera.
c) Zakilaren gorputzeko azalaren sentsibilitate termikoa modu isolatuan galtzea.
d) Uretratik zornea isurtzea eta frenulua laburtzea.

**302. Peyronieren gaixotasunaren zein momentu ebolutibotan dago indikatuta tratamendu kirurgiko konpontzaile bat egitea (plikatura edo mentua), inkurbazioa zuzentzeko?**

a) Plaka haztatu eta berehala, mina izan ala ez.
b) Sintoma inflamatorioak hasi eta lehenengo 4 asteetan bakarrik.
c) Gaixotasuna fase egonkorrean dagoenean (minik ez gutxienez 3-6 hilabetez eta deformazioa egonkortzea) eta kurbaturak koitoa eragozten duenean.
d) Soilik baldin eta biopsiak baieztatutako uretra barneko kaltzifikazio masiboarekin lotzen bada.

**303. Gizon bat antzutasun-azterketara joan zen, eta seminogramak eiakulazio-bolumen normala erakutsi zuen, espermatozoiderik gabe, bai freskoan, bai zentrifugatu ondoren. Barrabil-bolumen normala du, bigarren mailako ezaugarri sexualak kontserbatzen ditu, eta FSH, LH eta testosterona mailak maila erabat normalak ditu. Zer susmo diagnostiko da probableena?**

a) Azoospermia jariatzailea, barrabil-akats primario itzulezinak eraginda.
b) Azoospermia buxatzailea (adibidez, deferenteen alde bakarreko/aldebiko agenesia edo infekzioren baten ondorengo sekuela).
c) Jatorri hipofisarioko hipogonadismo hipogonadotropoa.
d) Heltze-espermatikoa espermatizito primarioaren mailan gelditu da

**304. Zein da gizonen antzutasuna eragiten duen barrabil-hutsegite primario ez-buxatzailearen kausa genetikorik ohikoena?**

a) Y kromosomaren AZFa eremuko mikrodelezkio osoak.
b) Fibrosi kistikoa, CFTR genearen mutazioarekin.
c) Klinefelter-en sindromea (4. kariotipoa, XXY).
d) Anosmiari lotutako Kallmann sindromea.

**305. Seminogramaren parametroen alterazio hauetako zeinek definitzen du zuzen "teratozoospermia"?**

a) Espermatozoideen kontzentrazioa 15 milioi/mL baino txikiagoa izatea.
b) % 32tik beherako mugikortasun progresiboa duten espermatozoideen ehunekoa.
c) % 4tik beherako morfologia normala duten espermatozoideen ehunekoa (Kruger-en irizpide zorrotzak).
d) Semen-plasman fruktosarik ez izatea, pH azidoarekin batera.

**306. Mekanismo fisiopatologiko baten bidez, giltzurrun-arteriaren estenosi handi batek hipertentsio arterial sistemiko larria sortzen du. Zein da mekanismo fisiopatologiko hori?**

a) Sistema parasinpatiko sakroa aktibatzea potasio-erretentzioarekin.
b) Aparatu adjuxtaglomerularraren hipoperfusioa. Horrek errenina-sekrezio masiboa estimulatzen du, eta angiotentsina II eta aldosteronaren ekoizpena areagotzen du.
c) Giltzurrun gaineko muineko zelulak zuzenean suntsitzea adrenalina askatuz.
d) Oxido nitrikoaren eta prostaglandinen sintesi intraferala kentzea, basodilatazioarako bakarrik.

**307. Giltzurrun-arterian, zein lesio-patroi angiografiko da emakume gazteei eragiten dien displasia fibromuskularraren (fibroplasia medialaren barietatea) patognomonikoa?**

a) Estenosi zentrotrikoa, giltzurrun-arteriaren ostiumean bakarrik dagoena.
b) «Arrosario» edo «ale-lepoko» itxurako patroia, giltzurrun-arteriaren bi heren distali eragiten diena.
c) Giltzurruneko arteria nagusiaren guztizko oklusioa, alboko neobaskularizazio perihiliar lausoarekin.
d) Arteria-paretaren kaltzifikazioa plaka ultzeratu proximal irregularrekin.

**308. 65 urteko gizonezko paziente batek IECA tratamendua hasi du, baina aldebiko estenosi ateroesklerotikoa duen susmoa duzu. Zer konplikazio analitiko edo klinikok behartuko zintuzke farmakoa berehala etetera eta estenosi kritikoa duela susmatzera?**

a) Sintomarik gabeko mikrohematuria iraunkorra agertzeak.
b) Kreatinina serikoaren mailen igoera akutu eta esanguratsuak (balio basalarekiko % 30etik gorakoa).
c) Tentsio arterialaren zifrak 120/80 mmHg-tik behera jaisteak.
d) Hipernatremia larriak, poliuria osmotikoarekin batera.

**309. Baldintza kliniko hauetatik, zein da gaur egun kontraindikazio urologiko absolutua, hildako emaile baten organo bat giltzurrun-transplanterako onartzeko?**

a) Anatomia baskular konplexua (giltzurruneko arteria anizkoitza).
b) Jada kanporatutako 4 mm-ko giltzurrun-litiasi bakarraren aurrekaria.
c) Erauzi beharreko giltzurrunean tratatu gabeko tumore urotelial gaizto aktibo bat edo giltzurruneko zelula argien kartzinoma bat egotea.
d) Emailea 65 urtetik gorakoa izatea (irizpide hedatuak dituen emailea).

**310. Zer berehalako konplikazio inmunologiko gertatzen da ebakuntza-gelan giltzurrun-mentuaren anastomosi baskularrak egin eta minutu edo ordu gutxira, emailearen HLA edo ABO sistemaren kontra aurretiaz sortu diren antigorputzen eragiten dutena?**

a) Zelularen errefus akutua.
b) Errefus kronikoa, memoriako T-linfozitoen eraginez.
c) Errefus hiperakutua.

d) Kaltzineurinaren inhibitzaileek eragindako toxikotasun akutua.

**311. Heriotza entzefalikoa duen pertsona baten erauzketa multiorganikoak irauten duen bitartean, zertarako egiten da organoen in situ perfusioa, babes-soluzio hotzekin (esaterako, Wisconsineko Unibertsitateko edo Celsior soluzioarekin)?**

a) Osagai adrenergikoen bidez giltzurrun-arteriaren gehieneko dilatazioa eragiteko.
b) Giltzurrun-parenkima esterilizatzeko, bakterio-foku posibleak erabat eliminatuz.
c) Zelula-metabolismoa murriztuko duen hozte azkarra lortzeko eta organoak iskemia beroaren ondoriozko lesiotik babesteko.
d) Zelula-loturak finkatzeko, garraiatu bitartean, epitelio uroteliala ezkatatzea saihestuta.

**312. Zein da iskemia hotzaren gehienezko denbora-muga onartua izotzaren gaineko babes estatiko sinplean gordetako giltzurrun-mentuarentzat, haren bideragarritasuna larriki arriskuan jarri aurretik eta mentuaren funtzioaren atzerapen-tasa handitu aurretik?**

a) 2 ordu.
b) 6 ordu.
c) 24 eta 36 ordu bitartean.
d) 72 ordu zehatz.

**313. Zein da aukerako modalitate kirurgikoa hartzaile heldu estandar bati giltzurrun-mentu bat ezartzeko?**

a) Transplante ortotopikoa ezkerreko jatorrizko giltzurrun-hobian, aurretiko nefrektomiarekin.
b) Transplante heterotopiko estraperitoneala hobi iliakoan (normalean eskuinean), anastomosiarekin, hartzailearen hodi iliakoetan.
c) Peritoneo barneko transplante zehaztugabea, epiploi handiari finkatua.
d) Izter-hodietako larruazalpeko iztai-mentua anastomosiarekin.

**314. Giltzurrun-transplantearen teknikan, zein da Lich-Gregoir motako anastomosi ureteralaren (ureteroneozistomia) ezaugarri nagusia?**

a) Teknika transbesikala, ureterra trigonora finkatzeko aurreko zitomia zabala eskatzen duena.
b) Besikulaz kanpoko teknika da: mentuaren ureterra maskuriko mukosara anastomosatzen da, errefluxuaren aurkako tunel detrusoriar baten bidez.
c) Alderik aldeko anastomosi zuzena da, txertoaren ureterraren eta aurrez ebakitako berezko ureterraren artean jartzen dena.
d) Horren bitartez, mentuaren ureterra abdomeneko paretarantz zuzenean bideratzen da larruazaletik.

**315. Giltzurruneko trasplantearen hartzaile batek, kirurgiatik 3 astera, giltzurrun-funtzioaren narriadura progresiboa izan du, eta, horrekin batera, ureterra konprimatzen duen eta peri-mentuko likido ugari du bilduta, hidronefrosia**

**eragiten diona. Likido-bilketa ziztatu diozu, eta horren analisiaren arabera, serikoen antzeko kreatinina- eta potasio-mailak ditu, baita proteina-maila altuak ere. Zer konplikazio kirurgiko da hori?**

a) Gernu-fistula edo uretrako nekrosiak eragindako urinoma.
b) Peri-mentuaren linfozelea (lotu gabeko linfa-hodi ez-iliakoen sekzioaren arabera).
c) Anastomosi arterialaren hematoma hedakor akutua.
d) Txertoaren pielonefritisaren ondoriozko giltzurrun-inguruko abzesua.

**316. Indarrean dagoen legediaren arabera, zein da Espainian organoak emateko "ustezko baimenaren" printzipioa arautzen duen oinarrizko lege-esparrua?**

a) Hil aurretik, herritarrak berariaz sinatutako notario-eskuespena behar da; bestela, dohaintza legez kanpokoa da.
b) Baimenduta dago organoak edozein herritarri automatikoki erauztea, senideei inolako kontsultarik egin edo informaziorik eman gabe.
c)Hildako pertsona oro emaile potentzialtzat hartuko da, bizirik dagoela berariaz kontrakorik adierazten ez badu. Horretarako, familiarekin elkarrizketa bat egingo da beti, borondatea badagoela egiaztatzeko.
d) Debekatuta dago emailearen gorpua ematea, heriotza zainketa intentsiboetako unitate batetik kanpo gertatzen bada.

**317. Mendebaldeko herrialde industrializatuetan, zein da maskuriko eta baginako fistularen kausa etiologikorik ohikoena?**

a) Etxean tresneriarik erabili gabe erditzean, traumatismo obstetriko bat izatea denbora luzez.
b) Histerektomia onbera (abdominala edo baginala) egin bitartean, atzealdeko maskuriko paretan oharkabean gertatutako iatrogeno-lesioa.
c) Zerbixeko kartzinoma aurreratu batek IV. fasean zuzenean eragitea.
d) Erreskateko pelbiseko brakiterapiaren ondoriozko ehun-nekrosia.

**318. Paziente batek, kirurgia ginekologikoaren ondoren fistularen duen susmoa baduzu, "hiru gazen testa" egin behar diozu, maskurian metileno-urdina sartuta. Deanbulazioaren ondoren, baginako gasak likido argiz bustita daudela ulertzen da, baina horietako bat ere ez dago kolore urdinez tindatuta. Zer diagnostikora zaramatza emaitza horrek?**

a) Maskuri-baginako fistula hutsa, kalibre txikikoa.
b) Fistula uretrobaginal distala.
c) Fistula ureterobaginala.
d) Berezko esfortzuagatiko gernu-inkontinentzia, fistularik gabea.

**319. Zein da fistula kolobesikalaren kausarik ohikoena adineko gizonenengan?**

a) Koloneko gaixotasun dibertikularra (dibertikulitis zulatua maskuri ondoan).
b) Prostatako adenokartzinoma aurreratua, ondesteko infiltrazioarekin.
c) Crohn-en gaixotasuna, kalte ileozekal hedatua barne.

d) Abdomeneko traumatismo itxia, peritoneo barneko maskuri-haustura kronikoa duena.

**320. Sintoma klinikoen zein konbinazio da besikula-hesteetako fistula aktibo baten patognomonikoa eta oso espezifikoa?**

a) Hematuria makroskopiko terminala, eiakulazio mingarriari lotua.
b) Gaueko gernu-inkontinentzia jarraitua eta errektorragia masiboa.
c) Pneumaturia (gasa gernuarekin irtetea) eta fekaluria (gernuan hondar beltzak egotea).
d) Gerriko min sorra, aldebikoa, eta ondesteko tenesmo isolatua.

**321. Kirurgia urologiko pelbiko handi onkologikoan (adibidez, zistektomia erradikala edo prostatektomia erradikal irekia) tronbosi benoso sakonaren profilaxiari dagokionez, zein da adostasunez gomendatutako pauta profilaktiko estandarra?**

a) Ahotik 100 mg-ko aspirina ematea kirurgiaren egunean, bestelako neurririk hartu behar izan gabe.
b) Ingresatuta dagoen bitartean, konpresio elastikoko mediak soilik erabiltzea, farmako antikoagulatzailerik hartu gabe.
c) Metodo mekanikoen (aldizkako konpresio pneumatikoa) eta farmakologikoen (pisu molekular txikiko heparina) konbinazioa, fase perioperatoriotik, fase operatorioko 28 egunera arte, oro har.
d) Beheko kaba zainean, iragazki baten txertaketa profilaktikoa egitea ebakidura kirurgikoaren aurretik.

**322. Zein da, goiko poloan, tamaina handiko giltzurrun-tumore baten ondorioz, nefrektomia erradikala edo partziala egiteko hautatu beharreko abordatze kirurgiko irekiko bidea, abdomen-barrunbearen eta peritoneo-atzekoaren kontrol baskular goiztiarra eta esposizio bikaina ahalbidetzen dituena?**

a) Saihets azpiko lunbotomia estraperitoneal sinplea.
b) Pfannenstiel-en ebakidura modifikatua.
c) Erdiko laparotomia edo saihets-azpi aurreko ebakidura (chevron/zeharkako aurreko laparotomia).
d) Perineoko abordatze sakon transanorretala.

**323. Kirurgia urologikoan energia bipolarreko sistema aurreratuek (adibidez, Ligasure, EnSeal) zer abantaila tekniko nagusi eskaintzen dute bisturi elektriko monopolar konbentzionalarekin alderatuta?**

a) Pelbiseko hezur-egiturak tresnarik higatu gabe ebakitzeko aukera ematen dute.
b) Korronte-fluxuak tresnaren barailen artean harrapatutako ehuna soilik ebakitzen du. Horri esker alboko kalte termikoa murrizten du eta 7 mm arteko odol-hodiak segurtasunez zigilatzea lortzen da.
c) Ez da beharrezkoa pazientea anestesia-monitore bati konektatuta egotea.
d) Horiei esker, ez dago sabelaldeko paretako aponeurosian jostura-korapilorik egiteko beharrik.

**324. Zein da iraupen luzeko monofilamentu xurgagarriko josturaren -esaterako, polidioxanona (PDS)- ezaugarri fisiko nagusia, egoki bihurtzen duena gernu-bideak edo maskuri-lepoko anastomosiak berreraikitzeko?**

a) Oso kapilaritate handia du, eta horrek antibiotiko lokalak finkatzen laguntzen du.
b) Zenbait astez mantentzen du bere tentsio-indarra, ehun-erreakzio minimoa eragiten du, eta hidrolisi bidez xurgatzen da, litiasi kaltzifikatzaileak sortzea eragin dezakeen material iraunkorrik utzi gabe.
c) Berriz xurgatu ezin den materiala da, zistoskopiabidez kendu behar dena kirurgiatik 10 egunera.
d) Landare-olioekin tratatutako zetazko txirikordaz osatuta dago.

**325. Perineoko azala energia elektrokirurgiko monopolarreko iturriak erabili aurretik prestatzerakoan, zein da alkohol asko duten disoluzio antiseptikoak nahi gabe erabiltzeagatiko berehalako arrisku iatrogeniko nagusia?**

a) Antiseptikoa larruazaletik xurgatzearen ondoriozko giltzurrun-gutxiegitasun akutua garatzea.
b) Neurotoxikotasun erreflexuak eragindako detrusorearen uzkurdura-indarraren galera.
c) Bisturia aktibatzean, kirurgia-eremuetan pilatutako lurrun alkoholikoek su hartzeko edo erredura larriak eragiteko arriskua.
d) Interferentzia elektromagnetikoa esfinterraren funtzionamenduan, aldez aurretik ezarrita badago.

**326. Prostatako kirurgia ireki batean, matrize edo belaki motako agente hemostatiko lokal hauetako zeinek eragiten du jariakinak xurgatzean hedatuz eta azaleko kontaktu mekaniko bidezko koagulazio intrintsekoko ur-jauzia aktibatuz?**

a) Zilar-nitratoaren disoluzioa % 50ean.
b) Gelatina xurgagarrizko purifikatutako belakia (adib. Gelfoam) edo zelulosa birgeneratu oxidatua (adib. Surgicel).
c) Dentsitate handiko zianoakrilatozko itsasgarri sintetikoa.
d) Talko-hauts esteril purifikatua, lidokainarekin konbinatuta.

**327. Prostatako minbizia arrisku ertainekoa bada, zein da erantzun zuzena?**

a) ISUP 3 graduko gaixotasuna duten pazienteak zaintza aktiboko protokoloetatik kanpo utzi beharko dira.
b) Arrisku ertaineko gaixotasuna eta 10 urtetik gorako bizi-itxaropena duten pazienteei prostatektomia erradikala eskaini behar zaie.
c) Dosi txikiko brakiterapia eskaini behar zaie gernu-funtzio egokia eta arrisku ertaineko gaixotasun duten pazienteei.
d) Guztiak dira zuzenak

**328. Pelbiseko linfadenektomia hedatuarekin (RGPe) egindako prostatektomia erradikal baten ondoren, zer aukera dagokio N1 paziente bati?**

a) Gabezia androgenikoko terapia (TPA) adjubantea eskaintzea.
b) Intentsitate modulatuko erradiazioa (IMRT/VMAT) gehi irudiak gidatutako erradiazioa (IGRT) duen TPA (gabezia androgenikoko terapia) adjubantea eskaintzea.
c) RGPe-ren ostean, pazienteak inbasio mikroskopikoko ≤ 2 gongoil eta < 0,1 ng/mL ko PSAren baditu, behaketa eskaintzea (zain egotea).
d) Guztiak dira zuzenak.

**329. 5 hilabeteko double time PSA bat duen eta zikiratze ez-metastasikoarekiko erresistentea den prostatako minbizia duen paziente batentzat, hauetatik, zein ez da harentzako tratamendu-aukera bat?**

a) TDA (gabezia androgenikoko terapia) gehi abiraterona gehi prednisona.
b) TDA gehi apalutamida.
c) TDA gehi darolutamida.
d) TDA gehi enzalutamida.

**330. Giltzurrunetako minbiziari buruzko gomendio hauen artean, zein da GEZURRA?**

a) Tumorea, noduluak, metastasia (TNM) sailkatzeko, egungo sistema erabili behar da.
b) OME/ISUP graduazio-sistemak erabili behar dira, baita eta CCR mota sailkatu ere.
c) Pronostiko-sistemak erabili behar dira metastasi- eszenarioetan.
d) Ohiko markatzaile molekularrak erabili behar dira pronostikoa ebaluatzeko.

**331. Giltzurruneko minbizi metastasikoaren arrisku-faktore pronostikoak, IMDCren arabera (International Metastatic Renal Cancer Database Consortium). Zein ez da zuzena?**

a) Karnofsky PS < % 80 .
b) Ohiko mugakoa baino hemoglobina txikiagoa.
c) Kaltzio zuzendua, muga normala baino txikiagoa.
d) Neutrofiloak ohiko mugatik gora.

**332. Giltzurrun-minbizi metastasikoan arrisku pronostikoko taldeak sailkatzeari dagokionez, hauetatik, zein ez da zuzena?**

a) 0 faktore, aldeko arriskua; 1-2 faktore, tarteko arriskua; 3-5 faktore, kalte-arriskua.
a) 0 faktore, aldeko arriskua; 2-3 faktore, tarteko arriskua; 4-5 faktore, kalte-arriskua.
c) 0-2 faktore, aldeko arriskua; 3-4 faktore, tarteko arriskua; 5 faktore, kalte-arriskua.
d) 0-3 faktore, aldeko arriskua; 4 faktore, tarteko arriskua; 5 faktore, kalte-arriskua.

**333. Giltzurruneko kartzinoma kromofoboari dagokionez, zein da erantzun zuzena?**

a) Gehienak herentziazkoak dira.
b) Pronostiko txarra du.

c) Ezin dira sailkatu OME/ISUP sailkapen-sistemaren bidez.
d) Guztiak dira zuzenak.

**334. CCRren kasuan, zein da ebaluazio genetikorako gomendioei buruzko erantzun zuzena?**

a) Ebaluazio genetikoa egitea aldebiko tumoreak edo tumore multifokalak dituzten ≤ 36 urteko pazienteei eta/edo CCR duen lehen edo bigarren mailako senide bati eta/edo hurbileko odoleko senide bati, baldin eta aldagai patogeniko bat eta/edo ezaugarri histologiko espezifikoak baditu eta horrek iradokitzen badu CCRren forma hereditario bat duela.
b) Ebaluazio genetikoa egitea aldebiko tumoreak edo tumore multifokalak dituzten ≤ 46 urteko pazienteei eta/edo CCR duen lehen edo bigarren mailako senide bati eta/edo hurbileko odoleko senide bati, baldin eta aldagai patogeniko bat eta/edo ezaugarri histologiko espezifikoak baditu eta horrek iradokitzen badu CCRren forma hereditario bat dagoela.
c) Ebaluazio genetikoa egitea aldebiko tumoreak edo tumore multifokalak dituzten ≤ 56 urteko pazienteei eta/edo CCR duen lehen edo bigarren mailako senide bati eta/edo hurbileko odoleko senide bati, baldin eta aldagai patogeniko bat eta/edo ezaugarri histologiko espezifikoak baditu eta horrek iradokitzen badu CCR modu hereditario bat dagoela.
d) Ebaluazio genetikoa egitea aldebiko tumoreak edo tumore multifokalak dituzten ≤ 66 urteko pazienteei eta/edo CCR duen lehen edo bigarren mailako senide bati eta/edo aldaera patogeniko bat eta/edo ezaugarri histologiko espezifikoak dituen hurbileko odoleko senide bati, baldin eta CCR modu hereditario bat dagoela iradokitzen badute.

**335. Giltzurruneko tumorearen biopsiari dagokionez, zein da gomendio zuzena?**

a) Ablazio-terapia egin aurretik giltzurrun-tumorearen biopsiarik ez egitea.
b) Teknika koaxiala erabiltzea giltzurrun-tumorearen biopsia bat egiten denean.
c) Orratz fin bidezko xurgatze-teknika erabiltzea ebaketa-orratz bidezko biopsiaren ordez, giltzurruneko tumore solidoen karakterizazio histologikoa egiteko.
d) Guztiak dira zuzenak.

**336. Nefrektomia partziala kasu hauetan da hautazkoa:**

a) T1a estadioan.
b) T1b estadioan.
c) T2 estadioan.
D. A eta B zuzenak dira.

**337. Giltzurruneko minbizi metastasikoaren nefrektomia zitoerreduktoreari dagokionez, zein da zuzena?**

a) Metastasi bakarraren edo oligometastasiaren aldi bereko erresekzio osoa duten pazienteentzako nefrektomia zitoerreduktoreak biziraupena hobetu eta terapia sistemikoa atzeratu dezake.

b) MSKCC edo IMDC arrisku handiko pazienteei (≥ 4 arrisku-faktore) on egiten die terapia lokalak.
c) Nefrektomia zitoerreduktorea (NC) egitea MSKCC arrisku handiko pazienteetan.
d) Hazkunde baskular endotelialaren faktoreko (VEGF) tirosinasaren inhibitzaileekin (TKI) terapia sistemikoa behar duten eta MSKCC arrisku ertaina eta arrisku handia duten pazienteen kasuan, sunitinib soilik ematea okerragoa da, ondoren, sunitinib eman eta gero NC egitea bainoago.

**338. Barrabileko minbizia (KT). Baieztapen hauetatik, zein da OKERRA?**

a) Histologia nagusia zelula germinalen tumore ez-seminoma (TCGNS) da.
b) Ez-seminomaren (NS) eta TCG mistoen kasuan, intzidentziak goia jotzen du bizitzako hirugarren hamarkadan, eta seminoma puruaren kasuan, berriz, laugarren hamarkadan.
c) CTak garatzeko arrisku-faktore epidemiologikoak barrabil-disgenesiaren sindromearen osagaiak dira.
d) Arrisku-faktoreak: Lehen mailako senideek CTak izatea eta tumore kontralateralen presentzia.

**339. Zelula germinal metastasikoetako tumoreak tratatzeko gomendio zuzena:**

a) Erdi mailako pronostikoko zelula germinal ez-seminoma (TCGNS) metastasikoen tumoreak, BEP estandarreko lau ziklorekin tratatu itzazu.
b) Ikusteko modukoak diren hondakin-masei (>1 cm) erresekzio kirurgikoa egin iezaiezu TCGNSrako kimioterapiaren ondoren, tumore-markatzaileen maila serikoak normalak direnean edo normalizatzen ari direnean.
c) IIA/B estadioko bolumen txikiko zelula germinal ez-seminometako (TCGNS) tumoreak markatzaile altuekin tratatu itzazu; esaterako, IGCCCG pronostiko onetik ertainera, zisplatino, etoposido eta bleomizinaren (BEP) hiruzpalau ziklorekin.
d) Guztiak dira zuzenak

**340. Gaiztotu aurreko lesio hauetako zeinek EZ du loturarik zakileko kartzinoma epidermoide bihurtutako kasuen herenarekin?**

a) Kondiloma erraldoiak (Buschke-Löwenstein).
b) Bowen-en gaixotasunak.
c) Liken esklerosoak.
d) Denak daude horrekin lotuta.

**341. Zein ez da Ta, T1a (G1, G2) estadioan dagoen zakileko minbizia tratatzeko aukera bat?**

a) 5-fluorourazilo edo imikimod bidezko tratamendu topikoa.
b) Laser bidezko ablazioa karbono dioxidoarekin (CO2).
c) Neodimiozko laser bidezko ablazioa (Nd: YAG).
d) < Lesioetarako erradioterapia < 4 cm.

**342. Zakileko minbiziaren tratamendua. Eremuko gongoilak maneiatu behar direnean, iztaiko gongoilak (cN1/N2) haztatu ahal badira, zein da erantzun zuzena?**

a) Kimioterapia neoadjubantea eta, ondoren, iztaiko linfadenektomia erradikala.
b) Iztaiko linfadenektomia erradikala.
c) Erradioterapia.
d) Edozein aukerak balio du.

**343. Azterketa urodinamikoari dagokionez, adierazi zein den GEZURRA:**

a) Artefaktu arrunta onargarriak dira, esaterako, ondesteko aktibitatea, eztularen proban gain bifasikoak agertzea edo presio abdominala egiteko esfortzuak erantzun eskasa ematea.
b) Artefaktuek aurkikuntza urodinamikoen interpretazioari eragiten diote, eta diagnostiko okerra eragin dezakete. Etengabeko malda mailakatua edo luzea duten presio-aldaketek kausa ez-fisiologiko baten seinale dira (adibidez, mugimendua, blokeoa, deskonexioa edo kateterreko isuriak), eta konpondu behar dira.
c) Hustuketarako uzkurtu ondoren, detrusorearen presio jarraitua, goranzkoa edo berria agertzen bada fluxua amaitu eta berehala, maskuria zundaren paretetan kolapsatzeagatik gertatzen den aztertu behar da. Hori dela eta, paziente batzuek uste dute urgentzia/min sentsazioa dutela hustuketaren amaieran, eta gernu osteko uhin gisa agertzen da.
d) Presio negatiboari edo presio aldaketa mailakatuei erantzuten ez dien seinale bat (maskuri-presioaren edo abdomen-presioaren seinale hila) interpretatzea egokia da trazadurak baloragarriak izan daitezen, eta horri esker, baliteke azterketa errepikatu behar ez izatea.

**344. Adierazi erantzun OKERRA, azterketa urodinamikoaren kalitate-kontrol teknikoari eta klinikoari dagokionez. Zein irizpidek osatzen dituzte presio-erregistroen kalitate-kontrola bermatzeko gutxieneko gomendioak?**

a) Presio abdominaleko, besikula barneko presioko eta detrusoreko presioko atseden-balioak tarte tipiko batean egoteak.
b) Abdomeneko eta maskuri barneko 'in vivo' presio-seinaleek arnasketak edo hizketak eragindako aldaketa txikiak izan ditzakete, eta aldaketa horiek berdinak dira bietan; beraz, horiek ez dira islatu behar detrusoreko presioan.
c) Eztula edo abdomeneko presioa igotzeko bestelako maniobra batzuk erabili behar dira, baita txisa egin aurretik eta ondoren ere, abdomeneko eta masuri barneko presio seinaleek berdin erantzuten dutela bermatzeko eta erregistroaren onargarritasuna kontrolatzeko. Izan ere, presio-erregistroaren kalitatea azkar honda daiteke proba batean, eta, identifikatzen ez badira, okerreko konklusioak atera ditzake.
d) Maskuriko presiorako eta abdomeneko presiorako tarte tipikoak honako hauek dira: supinoan 30-50 cmH2O; eserita 15-40 cmH2O; zutik 30-50 cmH2O. Oro har, erregistratutako bi presioak ia berdinak dira eta ez dute zero izan behar; beraz, hasierako detrusorearen presioa − 5 eta +5 cmH2O artekoa da beti erregistro gehienetan.

**345. Disfuntzio neurogeno maskuri-uretrala duten pazienteen gernu-infekzioei eta gida klinikoen gomendio-mailari dagokienez, zein agindu da FALTSUA?**

a) Ez ebaluatu ezta tratatu ere nahasmendu neuro-urologikoak dituzten pazienteei sintomarik gabeko bakteriuria. Gomendio irmoa.
b) Ez erabili epe luzerako antibiotikorik gernu-traktuko infekzio (GTI) errepikakorretarako. Gomendio ahula.
c) GTI errepikakorrak dituzten pazienteei sintoma neuro-urologikoen tratamendua optimizatu eta gernu-traktuko gorputz arrotzak kendu (adibidez, kalkuluak, kateter iraunkorrak). Gomendio irmoa.
d) ITUen profilaxia indibidualizatu nahasmendu neuro-urologikoak dituzten pazienteei, ez baitago neurri profilaktiko optimorik eskuragarri. Gomendio irmoa.

**346. Zistopatia interstiziala (CI), CI-Hunner edo CI-ez Hunner izan daiteke. Aukeratu erantzun OKERRA:**

a) CI-Hunnerren lesioaren anatomia patologikoa guztiz desberdina da CI-ez Hunnerren lesioarekin alderatuta, eta hantura larria eragiten du zelula linfoplasmozitiko, edema estromal eta baskularizazioa handitzearekin. Denudazio epiteliala CI-Hunnerren beste ezaugarri bat da, eta arraroa da CI-ez Hunnerren eta beste zistopatia kroniko mota batzuetan. Denudazio hori itxuraz osasuntsuak diren eremuetan ikusten da.
b) Hunnerren lesioa hantura handia da, eta askotan gaitasun txikiko maskuri fibrotikoa du ondorio moduan, goiko gernu-bidearen funtzioa arriskuan jarriz. Progresio mota hori ez da ikusten forma ez-ultzerosoan.
c) Zistitis interstiziala eta harekin lotutako afekzioak (adibidez, SDV) modu esanguratsuan sailkatzea nahitaezkoa da aurrerapen klinikorako eta ikerketarako. Hunnerren lesioak dituzten pazienteak desberdinak dira histopatologiari, gene-adierazpenari eta maneiu klinikoari dagokienez.
d) Gaur egun glomerulazioak oinarrizko eta funtsezko irizpideak dira maskuriko minaren sindromea diagnostikatzeko.

**347. Farmako antikolinergikoei buruzko ebidentzia-mailari dagokionez, jakin badakigu baliagarriak direla maskuri hiperaktiboaren sintomak hobetzeko, urgentziazko gernu-inkontinentzia gutxitzeko, eta eguneroko urgentzia-gertakariak murrizteko, eta batez beste hustutako maiztasuna murritzeko eta bolumena handitzeko. Adierazi erantzun OKERRA:**

a) Farmako antikolinergikoek plazeboak baino kontrako gertaera gehiago eragin zituzten, ahoko lehortasuna, nahasmendu kognitiboak eta idorreria barne. 1a.
b) Ez da frogatu darifenazinak, fesoterodinak, solifenazinak eta trospioak nahasmendu kognitiboak eta disfuntzioa eragiten dizkietenik epe laburreko azterketetan dauden adineko emakumeei.
c) IR prestaketekin konparatuz, egunean behin egiten diren askapen aldatuko formulazioak kontrako gertaeren tasa txikiagoekin lotzen dira.1b.
d) Aldeak daude farmako antikolinergikoen artean, eta batzuk nabarmen hobeak dira beste batzuk baino maskuri hiperaktiboa edo urgentziazko gernu-inkontinentzia sendatzeko edo hobetzeko.

**348. Emakumeen beheko gernu-traktu ez-neurogenikoaren sintomak toxina botulinikoarekin tratatzeko, EAUren giden 2023ko martxoko eguneratze mugatuak hainbat gauza zehazten ditu. Aukeratu ZEIN EZ:**

a) Maskuriaren paretan injektatutako maskuri barruko toxina botulinikoko (100 U) tratamendu saio bakar bat plazeboa baino eraginkorragoa da UUI/OABen sintomak sendatzeko eta bizi-kalitatea hobetzeko. 1a.
b) Ebidentzia dago maskuri barruko toxina botulinikoaren injekzio errepikatuek eraginkortasuna murrizten dutela aplikatzen den hienean, etete-tasa handia baita.
c) Mikzio-disfuntzioa izateko, mikzioaren osteko hondar-bolumena handitzeko eta maskuri barneko toxina botulinikoaren injekzioekin GTI izateko arriskua dago. 1a.
d) Bentrikulu barneko toxina botulinikoa (100 U) injektatu ondoren, bakteriuria izateko arriskua handia da, baina haren garrantzi klinikoa zalantzazkoa da. 1b.

**349. Gomendioak eta haien ebidentzia zientifikoa fistula besiko-baginalentzako. Honako hauetatik, zein da OKERRA?**

a) Fistula konpondu ondorengo emaitzei buruzko informazioa ematean, argi bereizi behar ditugu fistula ixteko tasak, ebakuntza ondoko gernu-inkontinentziaren tasak eta pazientearen jarraipena programatu zen denbora.
b) Errutina ginekologikoko kirurgian, errutinazko stent ureteralak erabili behar dira lesioen aurkako profilaxi gisa.
c) Pelbiseko kirurgia egin ondoren pazienteetan ureterreko lesioa edo fistula dagoela susma daiteke, baldin eta likido-ihesa badago edo ebakuntzaren ondoren, edo drainatutako likidoak kreatinina-maila handia badu.
d) Arrakasta-tasak txikiagoak dira irradiatutako fistulentzat irradiaziorik gabeko fistulentzat baino.

**350. Laser baginalaren bidezko terapiari dagokionez, zein da GEZURRA?**

a) Zenbait azterlanek maskuri hiperaktiboaren tratamendurako baginako laserren erabilera ebaluatzen dute epe laburreko ikerketetan, eta hobekuntza txikiak zehazten dituzte; ez dira ausazko saiakuntza klinikoak sartu, informatutako azterketen kalitatea ahula izan da, eta epe luzeko segurtasuna ez dago frogatuta.
b) Baginako laserraren bidezko terapiak maskuri hiperaktiboaren sintomen hobekuntza minimoa erakusten du epe laburrean, konplikazio minimoekin, baina epe luzerako eraginkortasunari eta segurtasunari buruzko datuak falta dira.
c) Ez dugu laser bidezko bagina-terapiarik eskaini behar maskuri hiperaktiboaren sintomak ondo erregulatutako esparru batetik edo ikerketa klinikoko saiakuntza batetik kanpo tratatzeko.
d) Baginako laserra oso erabilgarria da emakumeen inkontinentzia tratatzeko, modalitate guztietan, eta beti laguntzen du.

**351. ICSaren egungo terminologian eragin erabakigarria dute azterketa urodinamikoan, honako faktore hauek maskuriaren akomodazioa neurtzeari eragiten diote**. Adierazi faktore OKERRA:

a) Maskuria betetzeko abiadura: maskuria poliki-poliki bete behar da, akomodazio txikia dagoela susmatuz gero. Azkar betetzeak maskuriaren akomodazioa artifizialki murritz dezake. Artefaktu hori araztu egin daiteke betetzea eteten denean edo errepikatzea astiroago gertatzen denean.
b) Faktore erabakigarria da detrusorearen distentsibilitatea eta propietate elastikoak (akomodazio murriztua): maskuriko paretak distentsibilitatea murriztu dezake, adibidez, pelbis-erradiazioagatik edo kimioterapiagatik, elastikotasuna mugatuz. Maskuriaren irteeraren buxadurak muskulu detrusorean hipertrofia eragin dezake, pareta barneko kolagenoa areagotu dezake, elastina jalkitzen da eta bere akomodazioa gutxitzen lagundu dezake.
c) Maskuria egokitzeari eragiten dioten faktoreak (akomodazio handiagoa): dibertikuludun maskuria, baita sasi-dibertikuluak eta errefluxu maskuri-ureterala.
d) Maskuriko akomodazioa behar bezala zehazteko, ia inoiz ez da beharrezkoa azterketa urodinamikoa errepikatzea, nahiz eta historiako datu klinikoen eta datu urodinamikoen artean desadostasuna egon.

**352. Laguntza bidezko ugalketa tratatzeko bikote maskulinoaren ebaluazio osagarriari dagokionez, adierazi zein den GEZURRA:**

a) Kontuan edukitzekoa da ernalezintasun azaldu gabea duten bikoteetan eta tratatutako emakume-faktore bat dagoenean eta ernalezintasun iraunkorra duten bikoteetan.
b) Kostu-eraginkortasunekoa da urologoak miaketa bat egitea antzutasun-klinika batera joaten diren gizon guztiei, semen-analisian eta/edo sexu- eta ugalketa-historia anormaletan aurkikuntza anormalak egin ondoren bakarrik egin beharrean.
c) Hasierako ebaluazioa egin behar da soilik gizonaren semenaren analisia anormala bada. Kasu horretan historia osoagoa eta miaketa fisikoa egiten da, nahiz eta baldintza mediko garrantzitsuak dituzten gizonak ikuspegi horretatik kanpo geratuko diren, horrela egiten baldin bada.
d) Gida klinikoek gomendatzen dute gizonen ebaluazio osoa (E.F. barne) kontuan hartzea ernalezintasun azaldu gabea duten bikoteetan edo faktore femeninoak zuzendu ondoren ernalezin jarraitzen duten bikoteetan.

**353. Aukeratu erantzun zuzena:**

a) Azoospermia jariatzailea tamaina txikiko testikuluekin lotzen da beti.
b) Azoospermia jariatzaileak kasuen % 70 hartzen du, buxatzailearen aurrean.
c) Azoospermia jariatzaileak FSHa murriztuta dauka.
d) Klinefelter sindromea testosteronarekin tratatu behar da, lerro germinala lehengoratzeko eta espermatozoideak lortzeko.

**354. Barrabil-biopsia egitea. Adierazi zein den GEZURRA:**

a) Helburu erreproduktiboa duen azoospermia iraizlearen/jariatzailearen arteko diagnostiko diferentzialerako egokia, FSH normala denean.
b) Testikuluen bidezko PAAFek espermatozoideak ematen dizkie 15 urte geroago umeak izan dituzten paziente basektomizatuen % 80ri baino gehiagori.
c) Barrabilen PAAFak biopsiak baino morbilitate txikiagoa du.

d) FSHaren balioa, bere balioaren halako bi igotzearen ondorioz, biopsian ez dugu espermatozoiderik aurkitzen, eta horregatik ez dugu egingo.

**355. Maskuri hiperaktibo errefraktarioa honako hau duena da:**

a) Tratamendu farmakologikorako kontraindikazioa.
b) Tratamenduen eraginkortasunik eza.
c) Albo-ondorioekiko intolerantzia.
d) Aurreko guztiak.

**356. Adierazi zein den erantzun OKERRA:**

a) LHak testosteronaren biosintesia erregulatzen eta estimulatzen du barrabil-interstizioan dauden Leydig zeluletan.
b) FSHk espermatogenesia estimulatzen du, semen-tubuluetan dauden Sertoli zelulei eragiten dielako.
c) Funtzio exokrinoa FSH hipofisarioak kontrolatzen eta estimulatzen du, eta semen-tubuluetan dauden Sertoli zelulen hartzaile espezifikoei eragiten dienez, espermatozoideak ekoizteko prozesua sortuko da.
d) Adenohipofisiaren (FSH) estimulazioagatik eta hormona-faktore desberdinengatik, funtzio hori ez da garatzen sexu-bizitza aktiboan zehar (80 urte igaro ondoren ez dago jarduerarik).

**357. Onuragarria al da sintomarik gabeko bakteriuria tratatzea? Adierazi aukera OKERRA:**

a) Bakteriuria asintomatikoaren tratamendua ez da onuragarria honako baldintza hauetan: arrisku-faktorerik ez duten emakumeetan, ondo kontrolatutako diabetes mellitusa duten pazienteetan eta menopausia osteko emakumeetan.
b) Onuragarria da instituzionalizatutako adineko pazienteentzat.
c) Bakteriuria asintomatikoaren tratamendua kaltegarria da gernu-traktuko infekzio errepikatuak dituzten pazienteentzat. 1b
d) Bakteriuria asintomatikoaren tratamendua onuragarria da mukosa uroteliala hausten duten prozedura urologikoen aurretik.

**358. Gernu-infekzioen tratamenduari dagokionez, adierazi premisa OKERRA:**

a) 2019ko martxoaren 11n, Europako Batzordeak erregulazio-baldintza zorrotzak ezarri zituen fluorokinolonen erabilerari dagokionez, haien albo-ondorio ezgaitzaileen eta potentzialki iraunkorren ondorioz. Erabaki hori legez loteslea da eta EBko herrialde guztietan aplika daiteke. Agintari nazionalei eskatu zaie epai hori betearazteko eta mota horretako antibiotikoen erabilera zuzena sustatzeko neurri egoki guztiak hartzeko.
b) Konplikaziorik gabeko zistitisean, fluorokinolona bakarrik erabili behar da, infekzio horiek tratatzeko gomendatzen diren bakterioen aurkako beste agente batzuk erabiltzea desegokitzat jotzen denean.

c) Haurdunaldiko zistitisa tratatzeko, antimikrobianoen tratamendu laburrak erabil daitezke, baina antimikrobiano guztiak ez dira egokiak haurdunaldian. Oro har, penizilinak, zefalosporinak, fosfomizina.
d) Prostatari eragiten ez dioten gizonen zistitisa ez da oso ohikoa, eta ez da infekzio konplikatu gisa sailkatu behar; beraz, GTIaren sintomak dituzten gizonen kasuan, prostatako ehunean sartzen diren antimikrobianoen bidezko tratamendua behar da. Tratamenduak 3 egun irautea gomendatzen da, ahal dela trimetoprima sulfametoxazolarekin, edo fluorokinolona batekin, suszeptibilitate-probekin ados badago.

**359. Gernu-infekzio errepikatuei dagokienez, adierazi zein den GEZURRA:**

a) Segurtasun-profil ona duten ausazko saiakuntza batzuetan, frogatu da profilaxi immunoaktiboa, plazeboa baino eraginkorragoa dela gernu-infekzio errepikariak dituzten emakumezko pazienteetan. 1a.
b) Koitoaren ondoren edo era jarraituan profilaxi antimikrobianoa erabiltzea, ebakuntzek porrot egin dutenean GI errepikaria prebenitzeko, eta pazienteei bigarren mailako ondorio posibleei buruzko aholkuak eman.
c) L. rhamnosus GR-1, L. reuteri B-54 eta RC-14, L. casei shirota edo L. crispatus CTV-05 dauzkaten probiotikoak eraginkorrak dira baginako flora lehengoratzeko, eta gernu-infekzio errepikatuak prebenitzeko joera erakutsi dute. 1b
d) Ahabia duten produktuek GTIen prebentzioan duten eraginkortasunari buruzko egungo ebidentzia zientifikoa oso eztabaidaezina da.

**360. Gernu-kateterra daukaten eta gernu-infekzioa duten pazienteetan ebaluazio diagnostikoa egiteko ebidentziari eta gomendioei dagokienez, adierazi zein den GEZURRA:**

a) Kateter iraunkorrak edo suprapubikoak dituzten pazienteak bakteriuria asintomatikoa duten pertsona bihurtzen dira, eta antibiotikoekin tratatuz gero, ez dute inolako onurarik lortzen.
b) Gernu-kateterra duten pertsonek gernu-infekzioa dutela susmatuz gero, mikrobioen aurkako ustezko infekzio-terapiari ekin aurretik, kultiboko gernu-lagin bat lortu behar da, izan ere, organismo infekzioso ugari egon daitezke, eta mikrobioen aurkako erresistentzia handiagoa izan daiteke.
c) Gernu-kateterra duten pertsonen gernu-infekzioan dauden mikroorganismoak ezin dira alderatu beste gernu-infekzio batzuk eragiten dituzten mikroorganismoekin; beraz, gernu-kateterra duten pertsonen gernu-infekzio sintomatikoa beste modu batean tratatu behar da, GTI konplikatuetarako gomendioak ez diren beste modu batean.
d) Zazpi egunekoa da tratamendu antimikrobianoaren iraupen gomendatua gernu-kateterra duten eta sintomak azkar sendatzen zaizkien pazienteentzat, eta hamalau eguneko tratamendua gomendatzen da erantzun berantiarra dutenentzat, pazientea kateterizatuta egon ala ez.

**361. Honako hau ez da fosfodiesterasa 5aren** inhibitzaile bat:

a) Sildenafiloa.

b) Bardenafila.
c) Alprostadiloa.
d) Tadalafiloa.

**362. IPDE5 hauetatik, zeinek du zefalea sortzeko probabilitate txikiagoa?**

a) Tadalafiloa.
a) Sildenafiloa.
b) Bardenafila.
d) Abanafiloa.

**363. EAUren arabera, gizonen hipogonadismoa diagnostikatzeko** ez da gomendatzen…

a) Gaixotasun konkomitanterik dagoen zehaztea, ezta testosteronaren ekoizpena oztopa dezaketen farmakoak edo substantziak hartzea ere.
b) Prolaktina-mailak zehaztea, sexu-desiraren baxua bada eta testosterona-mailak normalak edo baxuak badira.
c) Testosteronaren goizeko eta barauri gabeko mailak zehaztea 7: 00ak eta 11:00ak bitartean.
d) Hipogonadismo sekundarioan garuneko EMN eskatzea, LAP handia badago eta masa hipofisarioaren sintomak badaude.

**364. EAUren arabera, ez da honako hau gomendatzen eiakulazio goiztiarra tratatzeko:**

a) Anestesiko topikoa.
b) Dapoxetina.
c) Terapia psikokonduktuala.
d) Clostridium histolyticumaren kolagenasa.

**365. Barikozele haztagarria eta atsedenean ikusten ez dena, zein gradutakoa da?**

a) Azpiklinikoa.
b) 1. gradukoa.
c) 2. gradukoa.
d) 3. gradukoa.

**366. Ernalezintasunerako, barikozelaren kirurgiak honako egoera hauetan onurakekar ditzake:**

a) Barikozele subklinikoan.
b) Seminograma normalean.
c) Ernalezintasunean, gizonezko faktore azaldu gabearekin.
d) >36 urteko emakumeetan, ugalkortasun-azterketa alteratuarekin.

**367. Zein da azoospermia ez-buxatzailearen kausa genetiko ohikoena?**

a) Gizonezkoen 46 XX sindromea.
b) Noonan-en sindromea.
c) Klinefelter-en sindromea.
d) 47 XYY sindromea.

**368. Semen-bolumenen ehuneko zenbat jariatzen dute semen-besikulek?**

a) % 5.
b) % 30.
c) % 80.
d) % 10.

**369. Hurrengoak, Peyronieren gaixotasunaren tratamendu kontserbatzailerako gomendioak dira EAUren arabera. ZEIN EZ?**

a) 5. motako fosfodiesterasaren inhibitzaileak.
b) Antiinflamatorio ez-esteroideoak.
c) Lesio barruko kortikoideak.
d) Hutseko gailua.

**370. Hauetako bat ez da Peyronieren gaixotasunerako lesio barruko tratamendu bat:**

a) Berapamiloa.
b) Alfa interferona.
c) Tamoxifenoa.
d) Clostridium histolyticumaren kolagenasa.

**371. Bizirik dagoen emaile bati giltzurrun-erauzketako kirurgia egiteko aukera hauetatik, zein izango litzateke egokiena ospitale estandar batean?**

a) Nefrektomia sinple laparoskopikoa.
b) Nefrektomia sinple irekia.
c) Zulo naturalen bidezko nefrektomia laparoskopikoa.
d) Nefrektomia sinple robotikoa.

**372. Aukera hauetako zeinetan izan daiteke erabilgarria perfusio hipotermikoko makinak erabiltzea giltzurrun-erauzketa baten ondoren?**

a) Hildako emaile estandarretik erauzterakoan.
b) Irizpide hedatuekin hildako emailetik erauzterakoan.
c) Emailetik asistolia kontrolatuan erauzterakoan.
D. Aurreko erantzun guztiak zuzenak dira.

**373. Giltzurrun-transplantean gernubideko anastomosiari dagokionez, aukeratu honako hauetatik zuzena:**

a) J bikoitza erabiltzea ez da komeni, konplikazio-tasa handiagoarekin lotzen delako.
b) Pazientearen berezko ureterra erabiltzea da gomendagarriena, hobeto zaintzen baita gernubidearen ibilbide naturala.
c) Teknika estrabesikalak estenosi-tasa handiagoarekin lotu dira epe luzera, eta teknika transbesikalak egin behar dira.
d) Aurreko erantzun guztiak okerrak dira.

**374. Giltzurrun-transplantearen konplikazioei dagokienez, baieztapen hauetatik zein da OKERRA?**

a) Ekografia giltzurrun-transplantearen konplikazioak maneiatzen hasteko irudi-teknika da.
b) Linfozele sintomatiko edo konpresiboaren hasierako maneiua larruazalean zeharreko drainatzearen bidez egiten da.
c) Ekografian tronbosi arteriala dagoela susmatuz gero, fibrinolisi bidezko arteriografia egin behar da lehen aukera gisa.
d) Giltzurrun-injertoaren gernu-fistula dagoenean, hasierako maneiua kontserbatzailea izan daiteke J bikoitzarekin, maskuriko zundarekin eta/edo nefrostomia perkutaneoarekin.

**375. Gernu-traktuko infekzioa duten haurretan, zein da maskuri-uretrako errefluxuaren prebalentzia zenbatetsia?**

a) % 1.
b) % 3.
c) % 5.
d) % 30.

**376. Ebakuntza ondoko buxadura ureterra berriro ezarri ondoren gerta daiteke, honako arrazoi hauengatik:**

a) Edema batengatik.
b) Odoljario subtrigonalarengatik.
c) Odol-koagulu batengatik.
d) Aurreko guztiarengatik.

**377. Epispadiak dituen haur baten zakila berreraikitzeko gako-kontzeptuek honako hauek barne hartzen dituzte, BAT IZAN EZIK:**

a) Chordee bentrala zuzentzea.
b) Uretra berreraikitzea.
c) Glandea berreraikitzea.
d) Zakilaren azala estaltzea.




**378. Jaio aurreko irudietan aurkikuntza hauek guztiek atzeko uretrako balbulen inguruko susmoa piztu behar dute, BATEK IZAN EZIK. Zein?**

a) Maskuriko pareta loditua.
b) Genital anbiguoak.
c) Oligohidramnioak.
d) Atzeko uretra dilatatua, sarraila-begiaren zeinua.

**379. Zein da jaioberrien heriotza goiztiarraren kausa ohikoena atzeko uretra-balbulak dituen haurtxo batean?**

a) Gernu-sepsia.
b) Giltzurrunetako gaixotasun terminala, dialisirik onartzen ez duena.
c) Biriketako hipoplasia.
d) Fornizeo-kaliza hausteagatiko gernu-aszitisa.

**380. Hauetatik, zeinek areagotzen du beheko gernubidean litiasia garatzeko arriskua maskuriaren hedapena duten haurrengan?**

a) Segmentu ileala erabiltzeak eta espontaneoki partzialki husteak.
b) Maskuria urarekin edo gatz-disoluzioarekin irrigatzeak.
c) Antimuskarinikoa erabiltzeak.
d) Uretra bidezko aldizkako kateterismoek, estoma abdominalaren ordez.

**381. Haurretan, beheko gernu-traktuaren disfuntzioa zerekin egoten da lotuta?**

a) Idorreriarekin.
b) Nahasmendu neuropsikiatrikoekin.
c) Gernubidearen infekzioarekin.
d) Aurreko guztiarekin.

**382. Organo hauetako zein dago inplikatuta enuresiaren patogenesian?**

a) Maskuria.
b) Burmuina.
c) Giltzurruna.
d) Aurreko guztia.

**383. Haustura pelbikoak eragindako uretrako lesioa berregin ondorengo kontinentziari dagokionez, baieztapen hauetatik zein da egia?**

a) Mintzzezko uretraren ibilbidean lesioa kokatzea ez dago lotuta ebakuntza osteko kontinentziarekin.
b) Kontinentzia zehaztasunez aurresan daiteke kontraste-azterlanen bidez.
c) Maskuriaren lepoa endoskopian ikusteak kontinentzia hobeto iragartzen laguntzen du.

d) Kontinentzia hobeto tratatzen da uretraren jarraitutasuna berrezartzeko prozedura bat egin ondoren.

**384. Gizonen aurreko uretrako estenosi ez-konplikatu baten hasierako balorazio diagnostikoan, miaketa hauetako zeinek du erabilgarritasunik txikiena?**

a) Pelbiseko erresonantzia magnetikoak.
b) Bereizmen handiko uretrako ultrasonografiak.
c) Kontraste bidezko azterketek.
d) Uretroskopiak.

**385. Prostatako hiperplasia onberaren kirurgiarako hautagaia den pazientearen ebakuntza aurreko ebaluazioari dagokionez, adierazi zein den erantzun OKERRA:**

a) Zistoskopia bereziki erabilgarria da erdiko gingileko buxadura, uretrako estenosia edo maskuriko tumorea identifikatzeko.
b) Ekografia, TK edo EMa zistoskopia baino egokiagoak dira prostataren bolumena zehaztasunez zenbatesteko.
c) PSA altua duen paziente baten kasuan, prostatako minbizi klinikoki esanguratsua ebaluatu eta baztertu behar da, PHO bidezko kirurgia desbuxatzailea adierazi aurretik).
d) Mikzio osteko hondakin-bolumen handi isolatu bat egotea prostatako kirurgiaren indikazioa da berez, nahiz eta pazientea sintomarik gabe eta arrisku-faktorerik gabe egon.

**386. UroLift®-ari dagokionez, adierazi zein den erantzun zuzena:**

a) Inplantea 19 G-ko orratz baten bidez hedatzen da, eta normalean 4-6 inplante erabiltzen dira maskuri-lepotik apexeraino.
b) Inplantea 22 G-ko orratz baten bidez hedatzen da, eta normalean 1-2 inplante erabiltzen dira nagusiki erdiko gingilean.
c) Osagai uretrala nitinolarena da, eta erlaitz kapsularra altzairu herdoilgaitzezkoa.
d) Inplanteek erabat kontraindikatzen dute ondoren 1,5 edo 3 teslako EM egitea.

**387. Rezum®-ari dagokionez, adierazi konbinazio zuzena:**

a) 18 G-ko orratza, 10,25 mm-ko penetrazio finkoa, lurrun-injekzioa 103ºC-tan 9 segundoz, eta 540 kaloria askatzea ehun-gramo bakoitzeko.
b) 19 G-ko orratza, 5 mm-ko penetrazio finkoa, lurruna 65ºC-tan injektatzea 20 segundoz eta ehun-gramo bakoitzeko 120 kaloria askatzea.
c) 21 G-ko orratza, 15 mm-ko penetrazio aldakorra, lurrun-injekzioa 80 ºC-tan 30 segundoz, eta 250 kJ-ko energia osoa, prozedura bidez.
d) 18 G-ko orratza, 10,25 mm-ko penetrazio finkoa, 44 ºC-ko lurrun-injekzioa 9 segundoz, eta 4 kaloria askatzea ehun-gramo bakoitzeko.

**388. RTUP monopolarraren ondorengo eraginkortasun funtzionalari eta berriz tratamendua jaso behar izateari dagokionez, adierazi konbinazio zuzena:**

a) Qmax % 62 hobetzea, IPSS % 40 murriztea, QoL % 30 murriztea (quality of life, bizi-kalitatea) eta urtean % 15 berriz tratatzea.
b) Qmax % 162 hobetzea, IPSS % 70 murriztea, QoL % 69 murriztea eta gernu osteko hondakina % 77 murriztea.
c) Qmax-en % 49ko hobekuntza, IPSSren % 48ko murrizketa, QoL-en % 45eko murrizketa eta % 4,4ko kirurgikoki berriz tratatzea.
d) Qmax % 14 hobetzea, IPSS % 27 murriztea, QoL % 11 murriztea eta gernu osteko hondakina % 30 murriztea.

**389. RTUP bipolarrari dagokionez, RTUP monopolarrarekin konparatuz gero, adierazi ebakuntza inguruko konplikazioen konbinazio zuzena(ehunekoen kasuan, lehenengo bipolarra adieraziko da eta gero monopolarra):**

a) Konplikazio globalak: % 15,5 eta % 28,6; transfusioa: % 1,5 eta % 7,3; koaguluen bidezko erretentzioa: % 7,9 eta % 18,2; eta erresekzio transuretral osteko sindromea: % 0 eta % 2,1.
b) Konplikazio globalak: % 28,6 eta % 15,5; transfusioa: % 7,3 eta % 1,5; koaguluen bidezko atxikipena: % 18,2 eta % 7,9; eta uretraz haraindiko erresekzioaren osteko sindromea: % 2,1 eta % 0.
c) Konplikazio globalak: % 12 eta% 18,7; transfusioa: % 4 eta % 17,9; koagulu-erretentzioa: % 0 eta % 2,1; eta desekzio transuretralaren osteko sindromea: % 7,9 eta % 18,2.
d) Konplikazio globalak: % 26 eta % 42; transfusioa: % 0,8 eta % 3,9; koaguluen bidezko atxikipena: % 1 eta % 11; eta uretratik ateratako erresekzioaren osteko sindromea: % 5 eta % 0.

**390. Robot bidezko zistektomia erradikalean, linfadenektomia hedatuarekin eta gorputz barruko balizko deribazioarekin, adierazi atakak jartzeko konbinazio zuzena:**

a) Kamera zilborraren gainetik 5-7 cm; maila berean dauden bi ataka robotiko, 9-10 cm-ko tartearekin; ezkerreko ataka robotikoa, zilborraren albotik 14-16 cm eta zilborraren maila baino pixka bat gorago; 12 mm-ko ataka laguntzailea kameraren eta ezkerreko ataka robotikoaren artean; 15 mm-ko ataka laguntzailea ezkerreko ataka robotikoaren alboan.
b) Zilbor-ganbera; eskuineko ataka robotikoak, 5 cm-ko tartearekin; ezkerreko ataka robotiko suprapubikoa; ezkerreko hipokondrioko 5 mm-ko ataka laguntzaile bakarra.
c) Ganbera subxifoidea; ataka robotikoak zilbor-inguruko zirkuluerdian; 15 mm-ko ataka laguntzaile suprapubikoa pieza ateratzeko.
d) Zilbor azpiko ganbera; erdiko lerroan ataka robotiko guztiak; 12 mm-ko ataka laguntzailea eskuineko hobi iliakoan.

**391. Zistektomia erradikaleko linfadenektomia pelbikoari dagokionez, baloratu baieztapen hauek:**

**a) Plantila estandarrak muga hauek ditu: nerbio genitofemorala albotik, arteria iliakoa medialki, Cooper-en lotailua behetik eta arteria iliakoaren gaineko gurutze ureterala gainetik.**

**b) Linfadenektomia hedatuak pakete iliako komun osoa eta presakroa biltzen ditu plantila jakin batzuetan.**

**c) Beheko arteria mesenterikoaren mailan pakete preaortikorainoko hedapen zefalikoak ez du informazio gehigarri argirik eman iliakoetatik distalerako disekzioaren aurrean.**

**d) Nerbio obturadorea disekzio obturatrizaren atzeko muga absolutua da, eta, beraz, nerbioari alboko edo atzeko ehuna kentzea saihesten da. Adierazi zein den erantzun zuzena:**

a) a eta d zuzenak dira.
b) a, b eta c zuzenak dira.
c) b, c eta d zuzenak dira.
d) Guztiak dira zuzenak.

**392. Zistektomia erradikaleko kalitate kirurgikoaren** eta **linfadenektomiaren** zifrei dagokienez, adierazi zein den konbinazio zuzena:

a) Gutxienez 10 gongoil erauztea, 5 urteko biziraupen-hobekuntzarekin lotuta, % 44tik % 61era; pN+ pazienteen kasuan, 13 hilabeteko batez besteko biziraupen globala 1-5 gongoil erauzten badira, eta 23 hilabetekoa, 10 edo gehiago erauzten badira.
b) Gutxienez 20 gongoil erauztea, 5 urteko biziraupen-jaitsierarekin lotuta, % 61etik % 44ra; pN+ kasuan, 23 hilabeteko batez besteko biziraupena 1-5 gongoil erauzten badira.
c) Zistektomia jasan duen muskulo-inbaditzailea ez den gaixotasunaren kasuan, gongoil-errendimendua ez da lotzen pelbiseko errekurrentziarekin eta biziraupenarekin.
d) Muskulo-inbaditzailea ez den gaixotasunagatiko zistektomiako gongoil-positibotasuna ia nulua da, % 1etik beherakoa; beraz, linfadenektomia alde batera utz daiteke.

**393. Emakumeen zistektomia erradikalean, funtzio sexuala zaintzeko edo neomaskuri ortotopikoa egiteko, adierazi erantzun zuzena:**

a) Aurreko exenterazio pelbiko osoa errutinazkoa da cT2 eta cT2 duten pazienteetan, maskuri-lepoan, uretran edo baginan eraginik izan ez arren.
b) Uretraren eta baginaren babesa estadio baxuko gaixotasunean aurreikusten da, maskuri-lepoari eta uretrari eragin gabe, eta ebakuntza barneko uretra-marjina negatiboa behar da neomaskuri ortotopikoa planteatzen bada.
c) Obulutegia babestea kontraindikatuta dago menopausia osteko emakumeetan, ez baitago obulutegiko ekoizpen androgenikorik.
d) Emakumeen neomaskuri ortotopikoak ez du aurreko bagina-paretaren euskarririk behar; beraz, baginako erauzketa zabalak ez du emaitza funtzionala baldintzatzen.

**394. Peritoneotik zeharreko g**iltzurruneko abordatze robotikoari dagokionez, adierazi zein den erantzun zuzena:

a) Hiru besoko konfigurazioan, trokar robotikoak erdiko lerroan jarri ohi dira, triangulazioa EndoWrist artikulazioaren bidez lortzen delako.
b) Hiru besoko konfigurazioan, kamera zilbor-inguruan jar daiteke, eta bi trokar robotikoak aurreko besape-lerroan, bata suprakrestala eta bestea saihets-azpikoa, talka saihesteko behar besteko tartea utzita.
c) Besoen artean gomendatutako gutxieneko distantzia handiagoa da Xi-n Si-n baino, gutxi gorabehera 8 cm, Si-n 6 cm diren bitartean.
d) 12 mm-ko laguntza-ataka saihestu egin behar da josturak, klipak, grapagailuak, hurrupaketak edo uzkurdurak behar dituzten prozeduretan.

**395. Giltzurruneko peritoneoan zeharreko kirurgian beso robotikoen arteko tartearen zifra teknikoei dagokienez, adierazi aukera zuzena:**

a) 4 cm Si eremuan eta 3 cm Xi eremuan.
b) 6 cm Si eremuan eta 8 cm Xi eremuan.
c) 8 cm Si eremuan eta 6 cm Xi eremuan.
d) 10 cm Si eremuan eta 12 cm Xi eremuan.

**396. Giltzurruneko kirurgia laparoskopikoko erraietako konplikazioei dagokienez, adierazi zein den erantzun OKERRA:**

a) Ezagutzen ez den hesteetako lesio batek honako hauek izan ditzake: min iraunkorra edo gorakorra trokar-puntu batean, abdomeneko distentsioa, febrikula, goragalea, beherakoa, anorexia eta leukozito normalak edo baxuak.
b) Hesteetako lesio termikoa lesio ez-termikoa baino beranduago agertzen da.
c) Hesteetako lesio aitortu gabearen susmoa izanez gero, aho bidezko kontrastedun TK hasierako proba gisa egokia da.
d) Oharkabeko hesteetako lesioak leukozitosi frankoa eragiten du berehala, eta eritema zornetsua eragindako trokarrean; beraz, diagnostiko kliniko goiztiarra erraza da.

**397. Ureteroskopia edo gorputzez kanpoko litotrizia bidez tratatutako 2 cm baino gutxiagoko kalkulu ureteral proximaletan, 3 hilabetera, litiasirik gabeko zer tasa deskribatzen dira, ureteroskopiarako eta gorputzez kanpoko litotriziarako, hurrenez hurren?**

a) % 86,6 eta % 82,2.
b) % 82,2 eta % 86,6.
c) % 91 eta % 21.
d) % 78 eta % 79.

**398. Ureteroskopio malgu berrerabilgarrien iraunkortasunari dagokionez, adierazi konbinazio zuzena:**

a) % 6,5eko konponketa-tasa, konpondu aurreko 15 prozedurekin pareka daitekeena, 6.808 dolarreko batez besteko konponketa-kostuarekin.
b) % 15eko konponketa-tasa, konpondu aurreko 6,5 prozedurekin pareka daitekeena, 441 dolarreko batez besteko konponketa-kostuarekin.
c) % 10,7ko konponketa-tasa, konpondu aurreko 9 prozedurekin pareka daitekeena, 2.852 dolarreko batez besteko konponketa-kostuarekin.
d) % 3,2ko konponketa-tasa, konpondu aurreko 27 prozedurekin pareka daitekeena, 6.808 dolarreko batez besteko konponketa-kostuarekin.

**399. Erabilera bakarreko ureteroskopio digital malguei dagokienez, adierazi zein den erantzun zuzena:**

a) Zentroaren urteko bolumena edozein izanik ere, berrerabilgarriak baino kostu eta eraginkortasun handiagoa dute.
b) Urtean 99 prozedura baino gutxiago dituzten zentroetan, kostu-efektiboagotzat jotzen dira berrerabilgarriak baino.
c) Kasu bakoitzeko kostua nabarmen txikiagoa da berrerabilgarriena baino, birprozesatze-kostuak alde batera utzita.
d) Muga nagusia 180 gradutik gorako deflexiorik eza da.

**400. Ureter estu edo sarbide zaileko batean, zein da erantzun zuzena ureteroskopia batean?**

a) Sarbide ureteral segurua eskuratzeko ezintasuna % 8-11 ingurukoa da, ureteroskopioak miniaturizatu arren.
b) Gaur egungo serieetan, ureteral segurua eskuratzeko ezintasuna % 1 baino txikiagoa da.
c) Aldez aurretik stent ureterala jartzea 5 aste baino gehiago luzatu behar da litiasirik gabeko tasa maximizatzeko.
d) Ureteroskopia geroratuak emaitza hobeak lortzen ditu stenta 14 egun baino lehen jartzen bada.

**401. Programatutako ureteroskopiako alfablokeatzaileen erabilerari dagokionez, adierazi zein den erantzun zuzena:**

a) Ebakuntza barneko dilatazio-beharra % 61 inguru murrizten dute, eta ebakuntza-denbora, batez beste, 6 minutu murrizten da.
b) Ebakuntza barneko dilatazio-beharra % 16 inguru murrizten da, kalkulurako sarbidean eraginik izan gabe.
c) Ureteroskopio malguarekin tratatutako giltzurrun-litiasiak baino ez du balio, eta ez du eraginik litiasi ureteraletan.
d) Horren erabilerak 12/14 Fr zorroak txertatzeko behar den indarra handitzen du, baina kateterraren operazio osteko sintomak murrizten ditu.

**402. Ureteroskopian zehar saski bidez kalkuluak edo zatiak ateratzeari dagokionez, adierazi zein den erantzun OKERRA:**

a) Erauzketan, kalkulua eta horma ureterala ikusi behar dira, harrapatuta ez geratzeko edo lesio ureteralik ez izateko.
b) Komeni da kalkulua ureteroskopioaren puntatik 5-10 mm ingurura egotea.
c) Saskiarekin "itsu-itsuan" ateratzea onargarria da kalkulua pelbis-ertzaren azpitik badago.
d) Segurtasunez erauzteko aukerari buruzko zalantzarik badago, hobe da kalkulua zatikatzea, kentzen saiatu aurretik.

**403. Litotrizia pneumatiko ureteralari dagokionez, adierazi arrakastaren konbinazio zuzena 2 astera, kokapenaren arabera:**

a) % 96,9 pelbis-ertzaren gainetik, % 93,8 pelbis-ertzaren parean eta % 80,3 azpitik.
b) % 80,3 pelbis-ertzaren gainetik, % 93,8 pelbis-ertzaren parean eta % 96,9 azpitik.
c) % 93,8 pelbis-ertzaren gainetik, % 96,9 pelbis-ertzaren parean eta % 80,3 azpitik.
d) % 80,3 pelbis-ertzaren gainetik, % 96,9 pelbis-ertzaren parean eta % 93,8 azpitik.

**404. Giltzurrun-litiasi asintomatikoen bilakaera naturalari dagokionez, adierazi zein den erantzun zuzena:**

a) Giltzurrun-litiasi asintomatikoaren prebalentzia bahetutako populazioetan % 2koa da, gutxi gorabehera, eta 5 urtera gertakari sintomatikoa izateko arriskua % 10etik beherakoa da.
b) Giltzurrun-litiasi asintomatikoaren prebalentzia % 10 ingurukoa da bahetutako populazioetan, eta 5 urtera gertakari sintomatikoa izateko probabilitatea % 48,5 ingurukoa da.
c) Giltzurrun-litiasi asintomatikoaren prebalentzia % 20 ingurukoa da bahetutako populazioetan, eta 5 urtera gertakari sintomatikoa izateko probabilitatea % 77 da.
d) Giltzurrun-litiasi asintomatikoa sistematikoki tratatu behar da tamaina, kokapena, eta pazientearen aurrekariak eta lehentasunak edozein direla ere.

**405. Giltzurrun-litiasiaren tratamendu ureteroskopikoaren ondorengo hondar-zatiei dagokienez, adierazi zein den erantzun zuzena:**

a) 8 mm arteko hondakin-zatiak klinikoki garrantzirik gabekotzat jo daitezke pazienteak sintomarik ez badu.
b) 10 mm baino gutxiagoko hondakin-zatiak ez dira lotzen hazkundearekin, konplikazioekin eta berriz esku hartzeko premiarekin.
c) 4 mm baino gehiagoko hondakin-zatiak hazteko arrisku handiagoarekin, konplikazioekin eta berriro esku hartzeko beharrarekin lotzen dira.
d) Giltzurrun-ureteroskopiaren ondorengo arrakastaren definizioa ez dago hondar-zatiaren tamainaren edo erabilitako irudi-teknikaren mende.

**406. Nefrolitomia perkutaneoan traktua miniaturizatzeari dagokionez, adierazi zein den sailkapen zuzena:**

a) Mini-PCNL 8-10 Fr; ultra-mini: 15-22 Fr; microperc: 24-34 Fr; estandarra: 11-14 Fr.

b) Mini-PCNL: 15-22 Fr; ultra-mini: 11-14 Fr; microperc: 10 Fr baino txikiagoa; estandarra: 24-34 Fr.
c) Mini-PCNL: 24-34 Fr; ultra-mini: 10 Fr baino txikiagoa; microperc: 15-22 Fr; estandarra: 11-14 Fr.
d) Mini-PCNL: 11-14 Fr; ultra-mini: 24-34 Fr; microperc: 15-22 Fr; estandarra: 10 Fr. baino txikiagoa.

**407. Genero-baieztapeneko kirurgia genitalerako WPATH SOC8ren (World Professional Association for Transgender Health Standards of Care version 8) irizpideei dagokienez, baloratu honako baieztapen hauek:**
**a) Helduetan, nahikoa izan daiteke transgeneroen osasunean aditua den profesional batek egindako ebaluazio bakarra.**
**b) Gonadektomiarako, hormona-tratamenduak gutxienez 6 hilabete iraun behar du, pertsonaren helburuekin koherentea bada.**
**c) SOC8k (Standards of Care version 8) baztertu egiten du 12 hilabeteko trantsizio sozialaren exijentzia zorrotza edo «rol-esperientzia» esku-hartzea baino lehen.**
**d) Komorbilitate psikiatriko aktiboa izatea irizpide independentea da, eta ezinezkotzen du kirurgia erabat egitea sendatu arte.**
**Adierazi zein den erantzun zuzena:**

a) a eta b zuzenak dira.
b) b eta d zuzenak dira.
c) a, b eta c zuzenak dira.
d) Guztiak dira zuzenak.

**408. Transgenero eta askotariko genero-identitateak dituzten pertsonen proportzioari dagokionez, adierazi konbinazio zuzena:**

a) Osasun-sistemetan oinarritutako azterlanak: % 2,5-8,4; inkesten bidezko azterketak: % 0,01-0,1; haurtzaroari eta nerabezaroari buruzko inkestak: % 0,3-4,5.
b) Osasun-sistemetan oinarritutako azterlanak: % 0,3-4,5; inkesten bidezko azterketak: % 2,5-8,4; haurtzaroari eta nerabezaroari buruzko inkestak: % 0,01-0,1.
c) Osasun-sistemetan oinarritutako azterlanak: % 1-2; inkesten bidezko azterketak: % 5-10; haurtzaroari eta nerabezaroari buruzko inkestak: % 10-15
d) Osasun-sistemetan oinarritutako azterlanak: % 0,01-0,1; inkesten bidezko azterketak: % 0,3-4,5; haurtzaroari eta nerabezaroari buruzko inkestak: % 2,5-8,4.

**409. Zakilaren alderantzikatze bidezko baginoplastiaren ondorengo gernu-sintomei dagokienez, adierazi zein den konbinazio zuzena:**

a) Ebakuntza ondoko mikzio-aldaketak % 5,6; sintomen okerragotzea % 1-4; nokturia % 0-4.
b) Operazio osteko mikzio-aldaketak % 80; sintomen okerragotzea % 60; nokturia % 75.
c) Ebakuntza osteko mikzio-aldaketak % 4-16; sintomen okerragotzea % 5,6-33; nokturia % 1-6.
d) Ebakuntza ondoko mikzio-aldaketak % 32,2; sintomen okerragotzea % 19,3; nokturia % 41,2.

**410. Kanalaren estaldurari, labioplastiari eta baginoplastiaren ondorengo larruazal-itxierari dagokienez, baloratu honako baieztapen hauek:**
**a) Mentuak kanalaren inguruko ehunarekin kontaktuan egon behar du, errazago integratzeko.**
**b) Alderantzizko zakileko larruazalaren erdiko lerroan ebakia egiteak klitoria eta etengabeko gernu-fluxua kanporatzea errazten du.**
**c) Eskroto-ehun zimurtsua erauzi egin behar da, emaitza estetikoa optimizatzeko.**
**d) Ebakidura iztai-tolesturatik 0,5 cm baino gutxiagora jarri behar da dehiszentzia gutxitzeko. Adierazi zein den erantzun zuzena:**

a) a eta d zuzenak dira.
b) a, b eta c zuzenak dira.
c) b, c eta d zuzenak dira.
d) Guztiak dira zuzenak.

**411. Kirurgia genital maskulinizatzailearen aurreko hormonoterapiari dagokionez, adierazi konbinazio zuzena:**

a) Gutxienez 6 hilabetez testosterona gomendatzen da; klitoriaren hazkundea urtebetean asetzen da.
b) Testosterona gutxienez 12 hilabetez izatea gomendatzen da; klitoriaren hazkundea 2 urtera asetzen da, gutxi gorabehera.
c) Gutxienez 24 hilabeteko testosterona gomendatzen da; klitoriaren hazkundea 6 hilabetera asetzen da.
d) Testosteronak ez du metoidioplastiaren teknika, ezta baginektomiaren zailtasuna aldatzen.

**412. Faloplastian, sentimen-transferentzian eta klitoriaren finkapenean… Osatu esaldia erantzun zuzenarekin:**

a) Klitoriaren nerbio dortsal biak gutxienez 8-10 cm disekatu behar dira, babes-sentikortasuna ziurtatzeko.
b) Klitoriaren nerbio dortsala 6etan kokatzen da, eta sistematikoki anastomosia egiten zaio arteria erradialari.
c) Klitoriaren nerbio dortsal bat 2-3 cm inguruan diseka daiteke, ordu 1ak eta 11k posizioen inguruan, ondoren zintzilikarioaren nerbio kutaneo batera konektatzeko.
d) Saihestu egin behar da klitoria sinfisi pubikoari lotzea, uretra hustea eragozten duelako eta fistula izateko arriskua areagotzen duelako.

**413. Faloplastiaren ondorengo konplikazio uretralei dagokienez, baloratu honako baieztapen hauek:**
**a) Pazienteen % 60k konplikazio uretralak ditu.**
**b) Uretrako fistula goiztiarra gutxi gorabehera % 5-60,3an deskribatzen da.**
**c) Fistula txikiek berez ixteko aukera dute kasuetako % 19-54ean.**
**d) Fistula batek 3 hilabete baino gehiago irauten badu, iraunkortzat jotzen da, eta kirurgikoki konpondu behar izaten da. Adierazi zein den erantzun zuzena:**

a) a, b eta c zuzenak dira.

b) a eta d zuzenak dira.
b, c eta d zuzenak dira.
d) Guztiak zuzenak dira.

**414. Gernua berreraikitzeko heste-segmentua aukeratzeari dagokionez, honako baieztapen hauetatik zein da zuzena?**

a) Jeiunoa ohiko segmentua da, alterazio elektrolitikoak izateko arrisku txikia duelako.
b) Urdaila alternatiba erabilgarria da giltzurrun-disfuntzio larria duten pazienteentzat, ez baitu azidosi metaboliko hiperkloremikorik sortzen, beste heste-segmentu batzuek bezala.
c) Kolona sistematikoki baztertzen da paziente irradiatuetan, nahiz eta hautatutako segmentua erradioterapia-eremutik kanpo egon.
d) Ileona ez da gernu-deribazioetan erabiltzen, mugikortasun txikia duelako eta etengabe irrigatzen delako.

**415. Hesteetako gernu-deribazioen konplikazio metabolikoei dagokienez, adierazi aukera zuzena:**

a) 35 mL/min-tik beherako iragazketa glomerularra, gernua 5,8 mOsm/kg-tik behera azidotzeko ezintasuna edo 600 mOsm/kg-tik gora kontzentratzeko ezintasuna duten pazienteetan, heste-segmentu mugatuak erabili behar dira; ileona eta kolona azidosi metaboliko hiperkloremikoarekin lotzen dira.
b) 35 mL/min-tik beherako iragazketa glomerularra duten pazienteetan, kolona da lehentasunezko segmentua, alkalosi metaboliko hipokloremikoa eta amonioaren gernu-xurgapen txikiagoa eragiten dituelako.
c) Gastrozistoplastia duten pazienteetan, konplikazio metaboliko bereizgarria azidosi metaboliko hiperkloremikoa da, batez ere gastrina baxua eta erreserborio infradistendituak dituzten pazienteetan.
d) Gernubidean hestea jartzeak kimioterapikoen toxikotasuna murrizten du, heste-mukosarekiko gernu-kontaktuaren denbora murrizten baitu.

**416. Errefluxu ureterointestinalari eta goiko gernu-traktuaren babesari dagokienez, baieztapen hauetatik zein da zuzena?**

a) Ureter normal batean, buxadurarik gabe, errefluxua agertzea giltzurrun-narriadura progresiboaren kausa independentea da, hodi ileala duten helduetan.
b) Errefluxuaren aurkako anastomosiak giltzurrun-pelbiseko bakterio-kolonizazioa saihesten du, eta, horregatik, goranzko pielonefritisaren arriskua ezabatzen du.
c) Giltzurrun-narriadura bereziki lotuta dago peristalsi ureteral txarrarekin, bakteriuriarekin edo buxadurarekin lotutako errefluxuarekin; ez dago ezarrita ureter heldu normal eta buxatu gabe batean isolatutako errefluxuaren ondoriozko kaltea.
d) Errefluxuaren aurkako teknikek, oro har, estenosi-arrisku txikiagoa dute teknika errefluidoek baino, eta, beraz, nahiago izan behar dira presio baxuko erreserborio orotan.

**417. Gernu-berreraikuntzako hesteetako anastomosiei dagokienez, adierazi aukera zuzena:**

a) Josturek edo grapek antzeko konplikazio tasak dituzte teknika egokia bada; birxurgatu ezin diren grapak saihestu egin behar dira gernuaren esposiziopeko hesteetan, litiasi-arriskua dagoelako.
b) Anastomosi grapatuak lehentasuna izan behar du gernu-erreserborioak ixteko; izan ere, xurgagarria den josturaren aldean, kalkuluen eraketa murrizten du.
c) Dehiszentzia anastomotikoa gehiegizko inbertsio serosoarekin, mesenterioaren itxierarekin eta jostura xurgagarria erabiltzearekin lotzen da batez ere.
d) Anastomosi ileoileal laterolateral grapatua salbuespena da urologian, ileo paralitikoa handitzen duelako eta kalibre luminala murrizten duelako.

**418. Pelbis-organoen prolapsoari dagokionez, adierazi zein den erantzun zuzena PVdR delakoari dagokionez (paravaginal defect repair, defektu parabaginala konpontzea):**

a) Erdiko defektua zuzentzen du, erdiko lerroko faszia pubozerbikalaren tolestura esklusiboaren bidez.
b) Faszia ondeste-baginala lotailu sakroespinosera berainguratzen du, alde biko sutura apikalen bidez.
c) Faszia pubozerbikala faszia pelbikoaren tendoi-arkura berainguratzen du, xurgatu ezin diren 5-7 jostura ingururen bidez, cm 1eko tartearekin.
d) Aurreko kolporrafia ordezten du defektu zentral isolatuetan, alboko disekziorik behar izan gabe.

**419. Lotailu uterosakroei egindako baginako esekidura altuari dagokionez, adierazi zein den erantzun zuzena:**

a) Ureterraren eta lotailu uterosakroaren arteko distantzia handitu egiten da: 0,9 cm inguru sakrotik, eta umetoki-lepotik 4 cm.
b) Josturen kokapen seguruena lotailu uretrosakroaren segmentu sakroan dago, arantza iskiatikoaren gainetik.
c) Josturak medialetik albora jartzen dira, ureterra harrapatzeko arriskua murrizteko.
d) Ureterraren eta lotailu uretrosakroaren arteko distantzia murriztu egiten da: 4 cm sakrotik, gutxi gorabehera, eta 0,9 cm umetoki-lepotik.

**420. Maskuri barruko BCGak sortzetiko immunitatea aktibatzeari dagokionez, baloratu honako baieztapen hauek:**
**a) Toll motako hartzaileek ezagutzen dituzte patogenoei lotutako patroi molekularrak.**
**b) BCGen zelula-paretako peptidoglikanoek patogenoei lotutako patroi molekular gisa jardun dezakete, eta TLR2 aktibatu.**
**c) Neutrofiloak leukozito zirkulatzaileen % 60 inguru dira, eta hantura akutuaren bereizgarriak.**
**d) Neutrofiloak dira gongoil linfatikoa migratzeaz eta T linfozito birjinetarako antigenoa izateaz arduratzen diren zelula nagusiak. Adierazi zein den erantzun zuzena:**

a) a eta d zuzenak dira.
b) b eta d zuzenak dira.
c) a, b eta c zuzenak dira.
d) Erantzun guztiak zuzenak dira.

**421. Besikula barruko BCGak eragindako sekuentzia immunologikoari dagokionez, adierazi zein den erantzun zuzena:**

a) Instilazioak gutxi gorabehera 1-5 × 10^8 mikobakterio bideragarri sartzen ditu; frakzio bat uroteliora atxikitzen da fibronektinarekin lotzeko proteinaren bidez, eta erantzuna aurrera doa berezko immunitatetik Th1 profileko CD4 egokitze-erantzunera.
b) Instilazioak gutxi gorabehera 1-5 × 10^4 mikobakterio bideragarri sartzen ditu, eta zitotoxikotasun zuzenaren bidez jarduten du, immunitate-aktibazio garrantzitsurik gabe.
c) Hasierako erantzuna antigorputzak sortzen dituzten B linfozitoen araberakoa da, eta, ondoren, zenbait asteren buruan neutrofiloak aktibatzen dira.
d) BCGren eraginkortasuna, nagusiki, IL-4, IL-5, IL-10 eta IL-13 ekoizpenarekin mantendutako Th2 erantzun baten mende dago.

**422. Kastrazioarekiko erresistentea den prostatako minbizi metastasikoaren immunoterapiari dagokionez, adierazi zein den erantzun zuzena:**

a) Pembrolizumabak erantzun objektibo nagusiak lortzen ditu hautatu gabeko kastrazio erresistentea den prostatako minbizi metastasikoan.
b) Pembrolizumaba MSI-H edo dMMR tumoreetan har daiteke, aurreko tratamenduetan aurrera egin ondoren, nahiz eta azpimota hori prostatako minbizien gutxiengo bat izan.
c) Prostatako minbizian pembrolizumabaren indikazioa tumore-zeluletako PD-L1 adierazpenaren araberakoa da soilik.
d) Tumore-zelula prostatiko gehienetan PD-L1 ez egoteak immunoterapiaren edozein onura baztertzen du azpitalde molekular guztietan.

**423. Gai-zerrendan eiakulazio maskulinoaren kontrolean deskribatutako neurotransmisore eta neuromoduladoreei dagokienez, honako hauetatik adierazi zein ez dagoen horien artean:**

a) Dopamina.
b) GABA (azido gamma-aminobutirikoa).
c) NO (oxido nitrikoa).
d) Glutamatoa.

**424. Zefalea orgasmiko primarioari dagokionez, baloratu honako baieztapen hauek:**
**a) Deskribatutako populazioaren prebalentzia % 1-1,6 ingurukoa da.**
**b) Hasteko batez besteko adina 30-40 urte ingurukoa da.**
**c) Migraina erasandako pazienteen % 30ean deskribatu da.**

**d) Indometazina 5-10 mg-ko dosietan eman ohi da, sexu-jarduera baino 2-3 ordu lehenago. Adierazi zein den erantzun zuzena:**

a) a eta d zuzenak dira.
b) a, b eta c zuzenak dira.
c) b, c eta d zuzenak dira.
d) Guztiak dira zuzenak

**425. Dapoxetinari dagokionez, eiakulazio goiztiarrean, adierazi konbinazio zuzena:**

a) Dapoxetina 30/60 mg egunean; IELT (bagina barneko eiakulazio latentzia-denbora) 5/8 aldiz handitzea; FDAk onartzea.
b) Dapoxetina 30/60 mg premiaren arabera, koitoa baino 1-2 ordu lehenago; IELT 2,5/3,0 aldiz handitzea; bertan behera uztea kontrako efektuengatik, % 4/% 10.
c) Dapoxetina 30/60 mg premiaren arabera, koitoa baino 3-4 ordu lehenago; IELT 1,5/2,0 aldiz handitzea; kontraindikazioa PDE5 inhibitzaileekin (5 motako fosfodiesterasa).
d) Dapoxetina 30/60 mg egunean; dosi-erantzun erlaziorik ez; kontrako efektu kardiobaskularrak nagusitzen dira.

**426. Testosterona, animo eta funtzio sexual maskulinoari dagokionez, adierazi zein den erantzun zuzena:**

a) Testosterona gizonen depresio larriaren ohiko tratamenduaren parte da.
b) Defizit androgenikoak ez du gainjartze klinikorik depresioarekin eta neke kronikoarekin.
c) Testosteronak modu uniformean hobetzen ditu sexu-eremu guztiak, oinarrizko maila edozein dela ere.
d) Testosteronak behera egiten du adinarekin eta komorbilitatearekin, depresioarekin gainjartzen da klinikoki, eta ez da depresio handiko ohiko tratamendutzat hartzen.

**427. Zelula argien giltzurruneko kartzinomaren alterazio molekularrei dagokienez, adierazi konbinazio zuzena:**

a) Giltzurruneko kartzinomen % 15-20 da; VHL (von Hippel-Lindau genea), % 10-15ean aldatua mutazio puntualengatik; PBRM1 (polibromo 1), % 5 baino gutxiagori eragiten dio.
b) Giltzurruneko kartzinomen % 75-80 da; VHL mutazio puntualak % 60-70ean eta isiltze epigenetikoa % 5-10ean; PBRM1en % 40 ingururi eragiten dio.
c) Giltzurruneko kartzinomen % 75-80 da; MET (trantsizio mesenkima-epitelialeko faktorea) gene eroale nagusia da; BAP1 -BRCA1 (BRCA1i lotutako proteina bat) eta SETD2 -SET (SET 2 domeinua duen proteina) ezohikoak dira.
d) Giltzurruneko kartzinomen % 5-10 da; VHL anplifikazioaren bidez aldatzen da; PBRM1 eta BAP1, 1 motako kartzinoma papilarekin lotzen dira.

**428. Kartzinoma urotelialari eta interes terapeutikoa duten alterazio genomikoei dagokienez, adierazi konbinazio zuzena:**

a) Kartzinoma urotelial aurreratuan FGFRaren % 3ri baino gutxiagori eragiten dio; ERCC2 zisplatinoarekiko erresistentziarekin lotzen da.
b) FGFRaren % 40-50ri eragiten dio maskuriko kartzinoma aurreratuan; ERBB2/HER2k ez du garrantzi pronostikorik.
c) FGFRaren % 15-20 ingururi eragiten dio maskuriko kartzinoma urotelial aurreratuan eta goiko traktuan % 37ri; ERCC2ren % 10-18ri eragiten dio eta zisplatinoarekiko sentikortasunarekin lotzen da.
d) FGFRk maskuriko kartzinoma ezkatatsua mugatzen du; ERBB2/HER2ren % 50 baino gehiagori eragiten dio tumore muskulo-inbasiboetan.

**429. Minbizi urologikoan DNAren metilazioari dagokionez, adierazi zein den erantzun zuzena:**

a) CpG uharte sustatzaileen hipermetilazioak tumore-ezabatzaileen genea era bereizgarrian aktibatzen du.
b) Eskualde errepikakorren hipometilazio globala egonkortze kromosomikoarekin eta errepikatutako elementuen arteko birkonbinazio txikiagoarekin lotzen da.
c) GSTP1en metilazio aberrantea kartzinoma prostatikoen % 90ean baino gehiagotan deskribatzen da.
d) RASSF1Aren metilazioa tumore germinal testikularretara mugatutako alterazioa da.

**430. Minbiziari aplikatutako sekuentziazio-teknologiei dagokienez, adierazi erantzun zuzena:**

a) ATAC-seq-ek genoman kromatina irekiaren eremuak ebaluatzen ditu.
b) ChIP-seq-ek exoma osoa aztertzen du, eremu kodifikatzaileak harrapatuta.
c) WES-ek zuzenean kuantifikatzen ditu tumore-lagin batean transkribatutako guztiak.
d) RNA-seq-ek irisgarritasun kromatologikoa identifikatzen du, eta transposasa-egokigailuak txertatzen ditu.

**431. Barrabiletako tumore germinalei eta biomarkatzaile molekularrei dagokienez, adierazi erantzun zuzena:**

a) Barrabilen tumore germinalek karga mutazional handia eta TP53ren ohiko mutazioak dituzte.
b) MiR-371a-3p markatzaile sendo gisa deskribatu da, % 90etik gorako sentsibilitate eta espezifikotasun diagnostikoekin.
c) Barrabilen tumore germinalen alterazio kromosomiko bereizgarriena 3p-ko galera errepikaria da.
d) 12p-ko irabaziak salbuespenezkoak dira seminoman, eta zaku bitelinoko tumoreetara mugatzen dira.

**432. Nola antolatzen da guruin suprarrenalen drainatze benosoa?**

a) Eskuineko zain suprarrenala eskuineko giltzurrun-zainean amaitzen da, eta ezkerrekoa, berriz, zain esplenikoan.
b) Eezkerreko zain suprarrenala beheko kaba zainera doa zuzenean, eta eskuinekoa zain frenikoan.
c) Eskuineko zain suprarrenala kaba zainean amaitzen da, eta ezkerrekoa, berriz, ezkerreko giltzurrun-zainean.
d) Bi giltzurrun-zain suprarrenalak modu simetrikoan drainatzen dute giltzurrun-zain ipsolateraletan.

**433. Kirurgia urologiko endoskopikoari dagokionez, zein da ureteroskopio erdizurrunen indikazio nagusia?**

a) Giltzurrunaren goialdeko eta giltzurrun-pelbiseko kaliz guztiak miatzeko erabiltzen dira, deflexio-erradioari esker.
b) Hodi iliakoen planoaren azpitik eta ureterraren erdiko eta distaleko zatietan dauden nahasmenduak aztertzeko eta tratatzeko erabiltzen dira.
c) Soilik daude diseinatuta 2 cm-tik gorako kalkuluen larruazalean zeharreko zuzeneko sarbidea (nefroskopia) egiteko.
d) Erresekzioaren ondorengo lehen 6 orduetan erabiltzen dira maskuri barneko kimioterapia instilatzeko.

**434. Menopausia aurreko infekzio ez-konplikatua duen emakume baten kasuan, zein da bakterio-patogeno ohikoena Escherichia coli bakterioaren ondoren?**

a) Klebsiella pneuminiae.
b) Proteus mirabilis.
c) Staphylococcus saprophyticus.
d) Enterobacter spp.

**435. Zein egitura anatomikok babestu ohi dituzte barrabilak eta zakileko ehun sakonak Fournierren gangrenak erasanda egotetik?**

a) Gerotaren faszia eta kanpoko tunika albuganiarra.
b) Dartos muskuluaren trenkada eta Collesen faszia.
c) Baginako tunika eta Bucken faszia.
d) Zeharkako faszia eta muskulu kremasterra.

**436. Ikuspuntu neurofisiologikotik, gernu-maskuriaren hustuketa zein prozesuren mendekoa da?**

a) M2 eta M3 hartzaile kolinergiko muskarinikoen estimulazio parasinpatikoaren mendekoa.
b) Nerbio-sistema sinpatikoa hartzaile adrenergiko $\alpha$1-en bidez estimulatzearen mendekoa.
c) Protuberantzia-zentroen inhibizioaren eta nerbio hipogastrikoaren aktibazio esklusiboaren mendekoa.
d) Muskulu detrusorean hartzaile nikotiniko somatikoak aktibatzearen mendekoa.

**437. Zein da hartzaile adrenergiko $\alpha$1a-ren (tamsulosina kasu) blokeatzaileen ekintza-mekanismoa prostatako hiperplasia onbera (PHO) maneitzean?**

a) Testosterona dihidrotestosterona bihurtzeko prozesua blokeatzea, bolumen glandularra epe luzera murrizteko.
b) Maskuriaren lepoko eta prostatako muskulu lisoa erlaxatzea, gernuaren irteerarekiko erresistentzia gutxituz.
c) Osagai glandularra eta epiteliala inhibitzea, PSAren maila serikoak % 50 murriztuz.
d) Detrusorea etengabe uzkurtzea, gernua uretra konprimatutik atera dadin behartzeko.

**438. Urolitiasi bidezko giltzurrun-koliko akutu baten testuinguruan, zein da farmako blokeatzaile- $\alpha$ 1 erabiliena altaren ondoren kalkulua espontaneoki kanporatzea sustatzeko?**

a) Alopurinola.
b) Zitrato potasikoa.
c) Tamsulosina.
d) Ketorolakoa.

**439. Nola bereizten da maskuriko traumatismo intraperitonealaren eta estraperitonealaren arteko hasierako tratamendu orokorra?**

a) Bi traumatismo mota horiek urgentziazko erreparazio kirurgikoa behar dute nahitaez, bi geruzatan.
b) Intraperitoneala modu kontserbatzailean tratatzen da, zunda bidez; estraperitonealak, aldiz, aurreko zistotomia bat eskatzen du berehala.
c) Intraperitonealak erreparazio kirurgikoa behar du diagnostikoan; estraperitoneala modu kontserbatzailean gobernatzen da, zunda bidezko drainadurarekin.
d) Intraperitoneala ziztada suprapubiko xurgatzailearekin gobernatzen da, eta estraperitoneala tamsulosina anbulatorioarekin.

**440. Barrabilaren bihurdura baten susmoaren aurrean, zein dira miaketa-zeinu kliniko konstanteena eta aukeratu beharreko irudi-proba?**

a) Prehn zeinuaren presentzia eta pelbisaren ordenagailu bidezko tomografia (OT) kontrastearekin.
b) Erreflexu kremasterikoa galtzea eta Doppler-arekin ekografia eskrotal bat egitea koloretan.
c) Eskrotoaren transiluminazio positiboa eta abdomeneko erradiografia sinple bat.
d) Barrabila igoz gero mina arintzea eta erresonantzia magnetiko nuklearra.

**441. Gizonezko paziente baten kasuan, zertan datza muskulu-inbasioa duen maskuriko minbizirako (T2 estadioa edo goragokoa) erreferentziazko tratamendu kirurgikoa?**

a) Maskuriko tumorearen erresekzio transuretral (RTUTV) zabala, maskuri barneko C mitomizinarekin konbinatua.
b) Zistoprostatektomia erradikala, maskuria, maskuri inguruko koipea, prostata, semen-besikulak eta gongoil pelbikoak blokean erauztea barne.
c) Ezkerreko edo eskuineko nefroureterektomia erradikala, linfadenektomia erretroperitonealarekin.
d) Maskuriko dibertikulektomia irekia, Calmette-Guérin (BCG) baziloaren instilazio seriatuekin lotuta.

**442. Testuan deskribatutako organoen eta ehunen transplantearen mugarri historikoei dagokienez, baieztapen hauetatik zein da zuzena?**

a) Gizakien arteko lehenengo pankrea-transplante zuzena Joseph Murrayk egin zuen 1954an.
b) Alexis Carrelek Nobel saria jaso zuen 1912an, saguetan errefusa prebenitzea ziklosporinak erabiliz deskribatzeagatik.
c) William Kelly-k eta Richard Lillehei-k gizakien arteko pankrearen lehen transplantea egin zuten 1966an, Minnesotako Unibertsitatean.
d) Floresco-k txakur pankretektomizatuen lepoan giltzurrun-injertoaren anastomosia deskribatu zuen, 1905ean.

**443. Testuan aipatutako nefropatia terminalaren (NT) datu demografiko eta epidemiologikoen arabera, zer aldaketa erregistratu zen giltzurrun-gutxiegitasunaren kausa ohikoenetan?**

a) Gaixotasun glomerularra duten pazienteen ehunekoa % 21etik % 42ra igo zen.
b) Gutxiegitasun-kausa gisa diabetesa eta hipertentsioa duten pazienteen ehunekoa % 24tik % 28ra igo zen.
c) 2012ko laugarren hiruhilekoaren amaieran, 472.000 NT kasu prebalente erregistratu ziren zehatz-mehatz.
d) Giltzurruneko transplanterako itxaron-zerrendako hazkunderik handiena 70 urtetik gorakoen adin-taldeari dagokio.

**444. Nefropatia terminala eta aurrekari mediko konplexuak dituen paziente bat ebaluatzen ari dira giltzurruneko transplantea egiteko. Kapituluan ezarritako irizpideen arabera, baldintza hauetako zein sailkatzen da kontraindikazio absolutu gisa?**

a) Dialisiaren erregimena bete ez izanaren aurrekariak izatea.
b) Glomerulonefritis esklerosante fokal oldarkorra izatea lupus aktiboarekin.
c) GIBaren ondoriozko infekzioa izatea, 400 zelula/mm³ baino gehiagoko CD4+ zelula-kontaketarekin eta birus-karga detektaezinarekin.
d) Gaixotasun baskular periferiko konponezina edo neoplasia gaizto aktiboa izatea.

**445. Nefropatia primario nagusien eta aloinjertoko errezidiba-tasa posbaskularren ebaluazioan, aukera hauetako zeinek lotzen du zuzen gaixotasuna injerto-galerarekin edo errezidiba-tasarekin?**

a) 2. motako glomerulonefritis membranoproliferatiboak (GNMP) % 50-100eko errezidiba-tasa du eta % 10eko injerto-galera.
b) Diabetesak % 0ko errezidiba-tasa du, eta injerto-galera nulua 10 urtera arte.
c) Glomerulonefritis segmentario fokalak % 80ko errezidiba-tasa du lehen transplantean.
d) Sindrome uremiko hemolitikoak % 100eko errezidiba-tasa erakusten du, eta % 30eko injerto-galera.

**446. Giltzurrun-emaile biziak hautatzeko prozesuan, parametro kliniko jakin batzuk hartzen dira kontuan. Egoera hauetako zein da donazioa bizitzan zehar egiteko kontraindikazio absolutua?**

a) 75 ml/min/1,72 m²-ko iragazketa glomerular (IG) estimatua izatea.
b) Nefrolitiasiaren presentzia izatea, zistina edo estrubita bidezko errezidiba-probabilitate handiarekin.
c) Glukosarekiko tolerantzia urria izatea, familian 2. motako diabetesaren aurrekariak izateagatik.
d) 36ko gorputz-masaren indizea (GMI) izatea.

**447. Bizirik dagoen emailearen ezkerreko nefrektomia laparoskopikoaren teknika kirurgikoan, zein da deskribatutako prozedura zuzena egitura baskular eta hiliarrak mobilizatu eta sekzionatzeko?**

a) Guruin suprarrenala giltzurrunaren beheko polotik bereizten da, eta bena gonadalari lotuta gordetzen da.
b) Ezkerreko kolona eta flexura esplenikoa beherantz baztertzen dira Toldt-en lerroan, bisturi harmonikoa erabiliz.
c) Ureterra eta zain gonadala pelbis-ertzean sekzionatzen dira karga zuriko Endo GIA grapagailu lineal bat erabiliz, arteria disekzionatu ondoren.
d) Zilborrean Veress orratz bat erabiltzen da abdomenean airea 25 mmHg-ko presio finkoraino insuflatzeko.

**448. Hildako emaileen garun-heriotza ezartzeko irizpideei eta horiek egiaztatzeko probei dagokienez, zein da elektroentzefalografia egiteko betekizun tekniko zorrotza?**

a) Buru-larruazalaren elektrodoen arteko distantzia gehienez 5 cm-koa izan behar da.
b) Maiztasun handiko iragazkia 10 Hz-tik behera doitu behar da artefaktuak saihesteko.
c) Sistemaren osotasuna egiaztatu behar da, gehienez ere lau elektrodo erabiliz.
d) Sentikortasuna gutxienez 2 µV-raino handitu behar da 30 minutuko aldian, behar bezalako kalibratuak barne.

**449. 2013ko ekainean onartu zen giltzurrunak esleitzeko sistema berriak erabat aldatu zituen aurreko irizpideak. Zer aldagai kliniko erabiltzen dira espezifikoki hartzailearen transplante osteko biziraupenaren puntuazio zenbatetsia (EPTS) kalkulatzeko?**

a) Hartzailearen adina, egoera diabetikoa, dialisi bidezko tratamenduaren denbora eta organo solidoen aldez aurreko transplante kopurua.
b) Kreatinina-kontzentrazioa, hipertentsioa, etnizitatea eta itxarote-zerrendako denbora.
c) Adina, pisua, neurria eta histobateragarritasunaren antigeno-sistemaren (HLA) bateragarritasuna.
d) Gorputz-masaren indizea (GMI), kreatinina-argitzea, istripu zerebrobaskularraren aurrekariak eta C hepatitisaren egoera.

**450. 2. motako diabetesa duten pazienteei aldi berean pankrea eta giltzurruna transplantatzeko, United Network for Organ Sharing (UNOS) erakundeak hautaketa-irizpide espezifikoak definitu ditu. Zein dira irizpide horiek testuaren arabera?**

a) C peptidoaren kontzentrazioa 1 ng/ml-tik behera eta 35etik gorako GMIa izatea, nahitaez.
b) Tratamendu esklusiboa ahotiko hipogluzemianteekin eta 20 ml/min/1,72 m² baino gutxiagoko kreatinina-argitzea.
c) Intsulinoterapia, C peptido < 2 ng/ml kontzentrazioarekin batera, edo intsulinoterapia C peptido > 2 ng/ml eta GMI < 28 batekin batera.
d) Nahitaezko intsulinoterapia, C peptido detektaezina eta soplo karotideorik ez izatea.

## 1. KASU KLINIKOA

**54 urteko emakumea. Aurrekariak: histerektomia abdominal totala anexektomia bikoitzarekin duela 5 urte umetokiko miomatosi erraldoi baten ondorioz, urinoma batekin berehala konplikatu zena ebakuntzaondoko aldian, eta aldi baterako kateter J bikoitza jarri behar izan zitzaion. Gainera, Crohn-en gaixotasuna du, ileon terminaleko eta eskuineko koloneko erasanarekin, eta Digestio Zerbitzuak tratamendu medikoa eta kontrol egonkorra egiten dio.**

**Urologiako kontsultara joan da 2 hilabeteko eboluzio-koadroa duen gernu-infekzio errepikatuen ondorioz, Escherichia coli eta Enterococcus faecalis bakterioek eraginda. Azken 3 asteetan, pazienteak angustia handiz kontatu duenaren arabera, gernuaren amaieran gasa kanporatu izan du uretraren bidez, bai eta pixa izugarri ilunak, uherrak eta material harizpidunen eta usaintsuen hondarrak igorri ere. Aldi berean, adierazi du duela hilabete batetik likido argia etengabe galtzen ari dela baginatik, eta egunean 3 edo 4 konpresa erabili behar izaten dituela, nahiz eta borondatezko mikzio normalak egin.**

**Miaketa fisikoan, abdomena biguna eta beheragarria da, zilbor azpiko erdiko laparotomia-orbain ondo sendotua du, mingarria dena eskuineko hobi iliakoan eta hipogastrioan**

**sakoneko haztapena egitean, eta peritoneoko sumindura-zantzurik gabe. Espekuluarekin miaketa ginekologikoa egitean, baginako zaku-hondo heze bat eta eremu eritematoso bat ikusi ziren baginako kupulan, eta Valsalvaren maniobra egitean likido zuri-horixka bat ateratzen zela ikusi zen.**

**451. Anamnesia eta pazienteak aipatutako sintomak oinarri hartuta, zein entitate diagnostiko konbinatu edo konplexuk du probabilitate handiena?**

a) Maskuri-baginako fistula isolatu bat, kalibre handikoa, uretrako esfinterrari erasaten diona.
b) Histerektomia-aurrekariaren ondorioz esklusiboki sortutako maskuri-koloneko fistula sinple bat.
c) Aldi bereko fistula enterobesikal bat (hesteetan jatorria) eta gernu-traktutik traktu genitalerako fistula bat (maskuri-baginala edo ureterobaginala).
d) Fistula uretrobaginal altua, aurretiko erradioterapia bidezko enteritis aktinikoari lotua.

**452. Pazienteak deskribatzen dituen sintomei, hau da, "gasa uretraren bidez kanporatzea" eta "gernuak material harizpidunen hondarrekin", medikoki, honela deitzen zaie, hurrenez hurren:**

a) Estranguria eta piuria.
b) Argonuria eta gernu-fekaloma.
c) Pneumaturia eta fekaluria.
d) Disuria pneumatikoa eta mikzio polimikrobiarra.

**453. Baginaren bidezko likido-galeraren jatorria argitzeko (maskuri-baginako fistularen eta fistula ureterobaginalaren arteko diagnostiko bereizgarria), koloratzaile bikoitzeko test bat egiten da (maskuri barneko metileno-urdina eta fenazopiridina edo ahotiko beste koloratzaile bat). Deanbulazioaren ondoren, baginako goiko konpresa kolore laranja/hori biziz tindatuta agertzen bada eta behekoa urdinez tindatzen ez bada, diagnostikoa norantz orientatzen da?**

a) Maskuri-baginako fistula hutsa.
b) Fistula enterobaginal esklusiboa.
c) Fistula ureterobaginala.
d) Esfortzuko gernu-inkontinentzia lotuta.

**454. Zein da hasieran aukeratutako irudi-proba (Gold Standard) maskuri-hesteetako fistula ebaluatzeko, Crohn-en lakioak eskuineko hobi iliakoan duen erasana mugatzeko eta lotutako bildumak baztertzeko?**

a) Ekografia abdominala, mikroburbuilen bidezko kontrastearekin.
b) Ordenagailu bidezko tomografia (OT) abdominopelbikoa, ahoko, ondesteko eta zain barneko kontrastearekin.

c) Zistoskopia malgu anbulatorio isolatua.
d) Uretrografia atzerakoia eta mikzional seriatua (CUMS).

**455. Ordenagailu bidezko tomografia (OT) abdominopelbikoa egitean, zein da maskuri-hesteetako fistula baten aurkikuntza erradiologikorik ohikoena eta iradokitzaileena, nahiz eta fistula-ibilbidea zuzenean ez ikusi?**

a) Trigonoaren mendeko masa kaltzifikatu bat izatea maskuri barnean.
b) Gerota faszia kontralateralaren loditze difusoa.
c) Maskuriko argi barruan airea (gasa) egotea, aurrez zundaketarik egin gabe, edo gasa sortzen duten germenen ondoriozko infekziorik gabe.
d) Eskuineko giltzurrunaren aurreko desplazamendua, peritoneo-atzeko urinoma batengatik.

**456. Paziente horren zistoskopia diagnostikoan hautematen bada maskuriaren atzeko alde altuko eta kupulako eremu batean eritema bizia, edema builosoa eta muki-kongestioa dagoela, kokapen horrek zer susmo kliniko indartzen du?**

a) Fistula uretrobaginal iatrogeniko baten sorrera.
b) Jatorri ginekologikoa edo heste altukoa (ileona edo sigma) duen fistula baten inpaktu-edo asentamendu-eremua.
c) In situ tumore urotelial primario multifokal bat.
d) Zistitis glandular kistiko idiopatiko bat.

**457. Crohn-en gaixotasuna duela kontuan hartuta, zein heste-segmentu inplikatzen da sarrien maskurirantz fistulak (fistula enterobesikalak) eratzeko orduan?**

a) Zeharkako kolona.
b) Ondestea eta uzki-kanal proximala.
c) Ileon terminala.
d) Apendize zekala esklusiboki.

**458. Crohn-en gaixotasun aktibo baten ondoriozko maskuri-hesteetako fistula hasierako fasean maneiatzean, zein da estrategia terapeutiko medikoa eta nutrizionala behin betiko kirurgia planteatu aurretik?**

a) Maskuriari atsedenaldi luzea ematea, hiru bideko zunda bikoitzarekin eta antiseptikoekin etengabe garbituta.
b) Crohn-en gaixotasunaren tratamendua optimizatzea (kortikoideak, immunomodulatzaileak edo terapia biologikoa anti-TNF gisa), heste-atsedena, nutrizio parenterala edo enteral hertsia eta antibioterapia gidatua.
c) Erradioterapia pelbiko lokalizatua ematea, fibrosia eragiteko eta ibilbidea berehala ixteko.
d) Toxina botulinikoaren injekzio intralesionalak ematea ukitutako heste-lakioaren paretan.

**459. Pazientearen maskuri-baginako fistularen ebazpen kirurgikoan abdomenari heltzea erabakitzen bada, aurretik egindako kirurgiak direla-eta eta hesteetako fistula ekintza berean tratatu behar delako, zer maniobra tekniko egitea da funtsezkoa maskuriaren eta baginaren artean, ondo ixten dela ziurtatzeko eta errezidibak saihesteko?**

a) Polipropileno astuneko sare uroginekologiko bat jartzea.
b) Epiploi handi baskularizatuko zintzilikario bat tartekatzea (O 'Conor zintzilikarioa / tartekatze epiploikoa).
c) Bi egiturak plano bakarrean ixtea, xurgagarria ez den zeta txirikordatuarekin.
d) Zianoakrilatozko itsasgarria masiboki aplikatzea baginako mukosaren gainean, suturarik gabe.

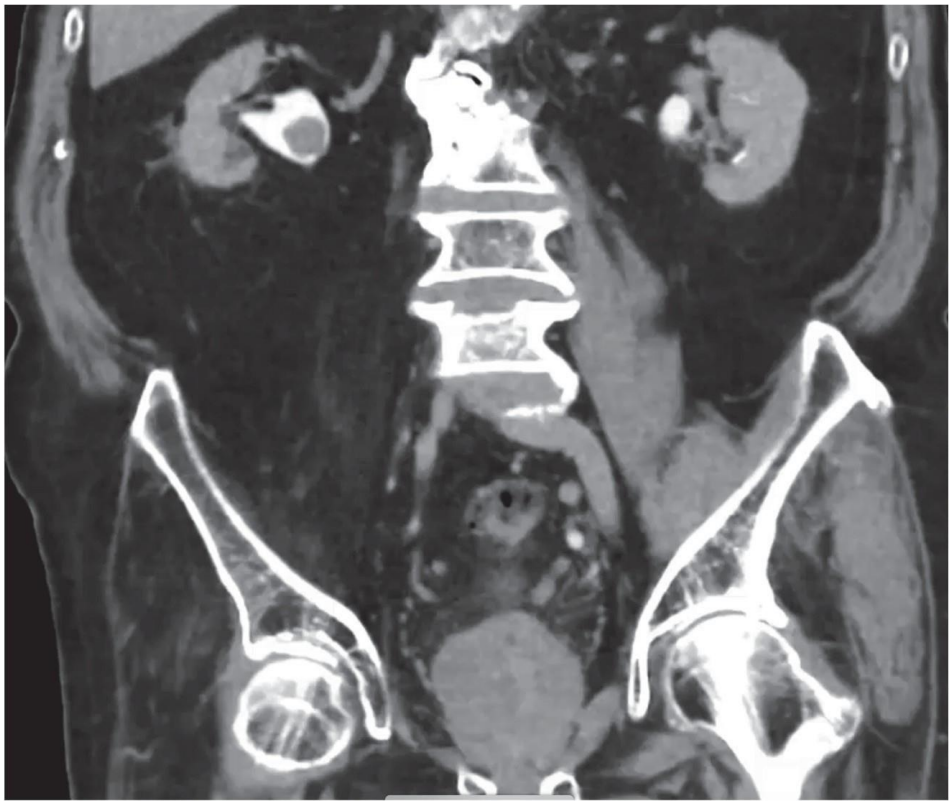
**460. Zein da behin betiko tratamendu kirurgiko estandarra paziente honek duen Crohn-en gaixotasunaren ondoriozko fistula enterobesikalerako, maila medikoan egonkortu ondoren?**

a) Bricker motako gernu-deribaziodun zistektomia erradikala egitea, heste-lakioa ukigabe mantenduz.
b) Deribazio fekal esklusiboa egitea ileostomia lakio bidez bizi guztirako, maskuria ukitu gabe.
c) Erasandako heste-segmentuaren (ileon terminala) erresekzioa egitea anastomosi primarioarekin, ibilbide fistulosoaren exeresiarekin batera, maskuriaren ixte primarioa egitea bi planotan eta maskuriko kateterismoa mantentzea.
d) Maskuriaren barrualdetik esklusiboki ibilbide fistulosoaren fulgurazio endoskopikoa egitea Holmium laserrarekin.

## 2. KASU KLINIKOA

**87 urteko gizona, ECOG 0, HTA kontrolatuaren aurrekariak dituena, erretzaile ohia duela 22 urtetik, eta dislipemia. TaG2 maskuriko neoformazio urotelial baten ebakuntza egin zioten 2009an, eta jarraian MMC indukzio- eta mantentze-ziklo oso bat aplikatu zioten, errezidiba-ebidentziarik gabe. 2022an kontsulta egin zuen hilabeteko eboluzioa zeraman eskuinaldeko min lunbarrei lotutako aldizkako hematuria makroskopikoaren koadro bategatik.**

**Oinarrizko gernu analisiak informazio hau ematen du: 6,5eko pH-a, mikrohematuria eta leukozituria, gernu-kultibo negatiboa, onddoak barne. Hemograma eta odol-biokimika hertsiki normalak dira, eta 0,87 mg/dl-ko kreatinina du. Ekografia genitourinarioa egin da datu interesgarririk gabe, zistoskopia lesio nabarmenik eta odoljario aktiborik gabe, eta gernu-zitologiak normalak dira. URO-OTAk eliminazio-fasearen aurrealdeko berreraikuntzaren irudi bat erakusten du. Gainontzeko azterlanak ez du beste aurkikuntza interesgarririk erakusten.**



**461. Eskura ditugun datu klinikoekin eta irudi-datuekin, diagnostiko diferentzialak honako hauek barne hartzen ditu nahitaez:**

a) Gernubidearen neoformazioa.
b) Fungus ball.
c) Litiasi erradiogardena.
d) Aurreko guztiak.

**462. 22 mm-ko eskuineko giltzurrun-pelbiseko neoformazioaren diagnostikoari jarraikiz, zein izango litzateke, zure iritziz, lehen hurbilketa terapeutikoa kasu honetan?**

a) Pazientearen egoera orokorra ona denez (giltzurrun-unitate kontralateral osasuntsua du eta tamaina handiko lesio bakarra), alternatiba bat litzateke eskuineko nefroureterektomia egitea, maskuriko errodetea eginez.
b) Ureterorrenoskopia malgu bat egingo nuke, zitologia selektiboak eta lesioaren biopsia hartuta, hurbilketa terapeutiko kontserbatzailea egiten saiatzeko.
c) Zitologiak negatiboak direnez eta lesioak pedunkulatua dirudienez, hurbilketa terapeutiko kontserbatzailea egiten saiatuko nintzateke, nefrolitomia perkutaneoaren bidez, lesioaren exeresi osoa eta azterketa anatomopatologikoa eginda, eta, ondoren, jarraipena edo nefroureterektomia egingo litzateke, emaitzen arabera.
d) Aurreko hiru aukerak baliozkoak dira.

**Miniperc bidez larruazaleko sarbide bat egitea erabaki da, eta 3 cm-ko diametroko lesio papilar bat identifikatu da. Lesio hori fulguratzea eta blokean lehortzea lortzen da holmiozko laserraren bidez, eta biopsia hotzeko pintzaren bidez oinarrizko eta pelbiseko laginak hartzen dira.**

**463. Azterketa anatomopatologikoak gaiztotasun-gradu baxuko neoplasia urotelialaren berri ematen du, TaG1, inguruko urotelioko lesiorik gabe. Kasu honetan:**

a) Lesioaren tamaina dela-eta, nefroureterektomia egin behar da nahitaez.
b) C mitomizina bidezko instilazio-ziklo bat aplikatu behar da bidean, maskuriko instilazioetarako erabiltzen den antzeko eskemarekin, nefrostomia bat jarrita.
c) Azterketa endoskopiko bat egingo nuke 6-8 asteren buruan, eta, errezidibarik antzematen ez bada, zistoskopia eta URO-OTA egingo nituzke hurrengo 3 eta 6 hilabeteen buruan, eta ondoren urteko kontrola.
d) Mesedegarria da C mitomizina duen instilazio bakarra aplikatzea bidean, nefrostomia bat jarriz edo atzeranzko kateterismoa erabiliz.

**464. Azterketa anatomopatologikoak T1G2 lesioaren berri emango balu, inguruko urotelioaren lesiorik gabe:**

a) Nefroureterektomia bat egin behar da nahitaez, pazienteak ez baitu tratamendu kontserbatzailerik behar nahitaez.
b) BCG bidezko instilazio-ziklo bat aplikatu behar da bidean, maskuri-instilazioetarako erabiltzen den antzeko eskemarekin, nefrostomia bat jarrita.
c) 6-8 asteren buruan azterketa endoskopiko bat egiteko erabakia mantenduko nuke, eta, errezidibarik antzemango ez balitz, zistoskopia eta URO-OTA egingo nituzke hurrengo 3 eta 6 hilabeteen buruan, eta ondoren urteko kontrola.
d) Aurreko erantzunetatik bat ere ez da zuzena.

## 3. KASU KLINIKOA

**36 urteko emakumea, intereseko aurrekari pertsonalik gabea, honako hauek izan ezik: tabakismoa 18 urtetik aurrera, dieta begetarianoa orain dela 6 eta gehiegizko pisua. 24 urterekin krisi renoureteral kanporatzaile bat izan zuela adierazten du, aztertu gabea, eta gernu-traktuaren infekzioren bat sukarrik gabe nerabezaroan. Larrialdietan ikusi dute, aldebiko krisi renoureterala dela-eta, 3 eguneko eboluzioarekin, sukarrik gabe. Analitika: 1,7 mg/dl-ko kreatinina, alterazio ionikorik gabe, eta 20-30 hematieko sedimentua eremu bakoitzeko.**

**465. Paziente gazte honen kasuan, zein irudi-proba ez zenuke eskatuko lehen hurbilketa diagnostiko gisa?**

a) OTA abdominopelbiko sinplea, dosi txikikoa.

b) Abdomeneko ekografia eta abdomeneko erradiografia sinplea.
c) URO-OTA.
d) Lehenik ekografia eta erradiografia sinplea eta, ondoren, URO-OTA.

**466. Paziente honek haurdun dagoela susmatuz gero, nola helduko zenioke kasu honi?**

a) OTA sinple abdominopelbikoa eginez, dosi txikiarekin.
b) URO-OTA eginez nefrobabesarekin.
c) Ekografia abdominala eta giltzurrun-maskurikoa eginez.
d) Aurreko bakar bat ere ez.

**OTAk hauek azaltzen ditu: obulutegiko kiste ez-konplikatu bat, 900 UH-ko eta 10 mm-ko diametro handiagoko eskuineko litiasi pieloureteral bat eta 5 mm-ko ezkerreko litiasi ureteral distal bat. Litiasiaren ondoriozko aldebiko uropatia buxatzailearen diagnostikoaren aurrean, aldebiko kateterismo ureterala egiten da, eta, ondoren, eskuineko litiasi pieloureteralaren eta ezkerreko ureteroskopiaren litofragmentazioa, eta koadroa ebatzita geratzen da, ondorio funtzionalik eta hondar-litiasirik gabe.**

**467. Zatien azterketa eta oxalato kaltzikoaren litiasia bateragarriak dira. Une horretatik aurrera, zein izango litzateke jarrerarik onena paziente horren jarraipena egiteko?**

a) Arrisku litogeniko txikiko pazientea da. Familia-medikuak behaketa eta kontrola egitea, gomendio higieniko-dietetikoekin.
b) Arrisku litogeniko ertaineko pazientea da. Espezialistak behaketa eta kontrola egitea, gomendio higieniko-dietetikoekin eta urteko OTA sinplearekin.
c) Arrisku litogeniko handiko pazientea da. Azterketa metaboliko oso bat eta prebentzio-neurri espezifikoak egitea aukeratuko nuke.
d) Arrisku litogeniko handiko pazientea da. 24 orduz bereizitako bi azterketa metaboliko egitea aukeratuko nuke, diagnostiko etiologikoaren oinarri gisa.

**468. Azterketa metabolikoak kaltzio, fosforo eta PTH balio normalak adierazten ditu odolean; eta gernuan 5,8ko pH-a, 0,8 mmol/eguneko oxalatoa eta gainerako balioak normal. Zein izango litzateke susmo nagusia?**

a) Hiperparatiroidismoa.
b) Hiperoxaluria primarioa.
c) Hiperoxaluria, dietaren oxalato-kontsumo handiaren ondoriozkoa.
d) Aurreko bat ere ez.

## 4. KASU KLINIKOA

**62 urteko paziente diabetiko eta hipertentsoa, urologiako kanpo-kontsultetara bideratua determinazio seriko batean PSA igotzeagatik, PSAt 6,4 ng/ml eta PSAr % 15ekoa, gernu-sistematika normala, gernu-klinikarik eta beste sintomatologiarik gabe.**

**469. Azterketa normala bada, zer jarrera hartuko zenuke lehendabizi pazientearekin?**

a) Prostataren biopsia egitea.
b) PSA serikoaren determinazioa errepikatu eta, emaitza baieztatuz gero, prostataren biopsia egin.
c) Errepikatu PSA serikoaren determinazioa eta, emaitza baieztatzen bada, eskatu erresonantzia magnetiko multiparametrikoa eta egin biopsia gidatua baldin eta PI-RADS ≥ 3 bada, biopsia sistematikoari lotuta.
d) PSA serikoaren zehaztapena errepikatu eta, emaitza baieztatzen bada, erresonantzia magnetiko multiparametrikoa eskatu eta biopsia egin PSA dentsitatea > 0,15 ng/ml bada.

**470. Prostatako biopsia baten ondoren Gleason 8 adenokartzinoma (4+4) detektatzen bada, eta laginaren % 50eko erasana badu, zer aginduko zenuke jarraian?**

a) Prostatektomia erradikala linfadenektomia hedatuarekin.
b) Blokeo hormonalari lotutako erradioterapia erradikal prostatikoa 2 edo 3 urtez.
c) OTA torakoabdominopelbikoa eta hezur-gammagrafia eskatuko nituzke.
d) Guztiak dira zuzenak.

**471. Hedadura-azterketan, hezurretako 5 lesio hauteman dira eskapulan, pubisean, eta 6. eta 7. mailako saihets-arkuetan, baita adenopatia iliako arruntak eta paraaortikoak ere, zeinaren handiena 18 mm-koa baita. Nola definituko zenuke pazientearen profila aurkikuntza horien ondoren?**

a) Prostatako minbizi hormonosentikor metastasikoa eta bolumen handikoa duen pazientea.
b) Prostatako minbizi hormonosentikor metastasikoa *de novo* duen pazientea.
c) Prostatako minbizi hormonosentikor metastasikoa eta bolumen txikikoa duen pazientea.
d) a) eta b) zuzenak dira.

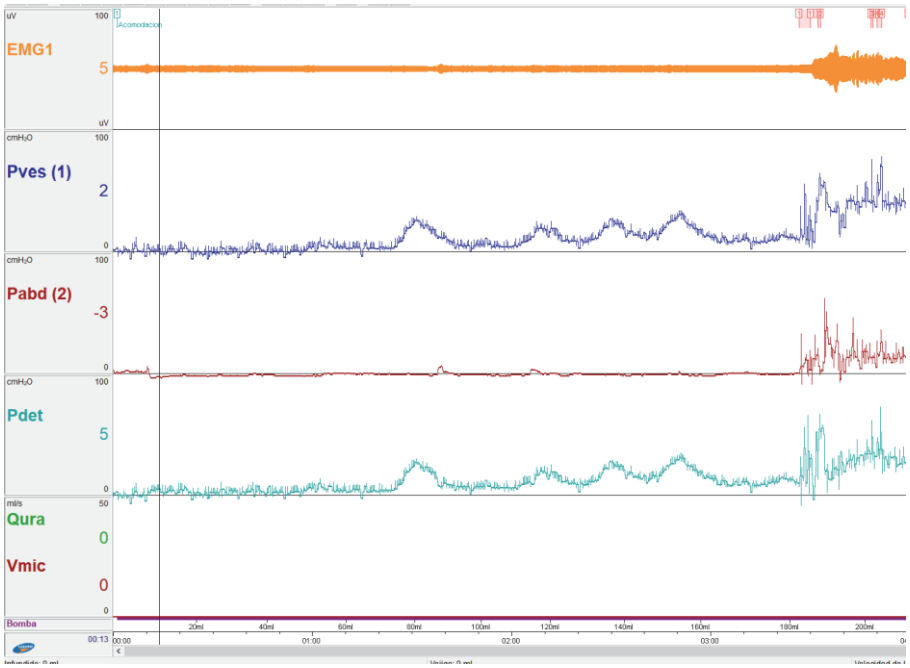
**472. Sailkapen zuzena egin ondoren, zer aukera terapeutiko eskaini ahal dizkiozu paziente honi?**

a) Tumore primarioaren erradioterapia, androgenoak kentzeko terapiari eta antiandrogeno berriari, apalutamidari edo enzalutamidari lotuta.
b) Tumore primarioaren erradioterapia, metastasiei zuzendutako erradioterapiarekin eta androgenoak kentzeko terapiarekin lotuta.

c) Docetaxel CHAARTED eskemaren bidez, androgenoak kentzeko terapiarekin eta tumore primarioaren erradioterapiarekin lotuta.
d) Androgenoak kentzeko terapia, gehi antiandrogeno berria, apalutamida edo enzalutamida, edo androgenoak kentzeko terapia gehi abiraterona azetatoa, 5 mg-ko prednisonarekin.

## 5. KASU KLINIKOA

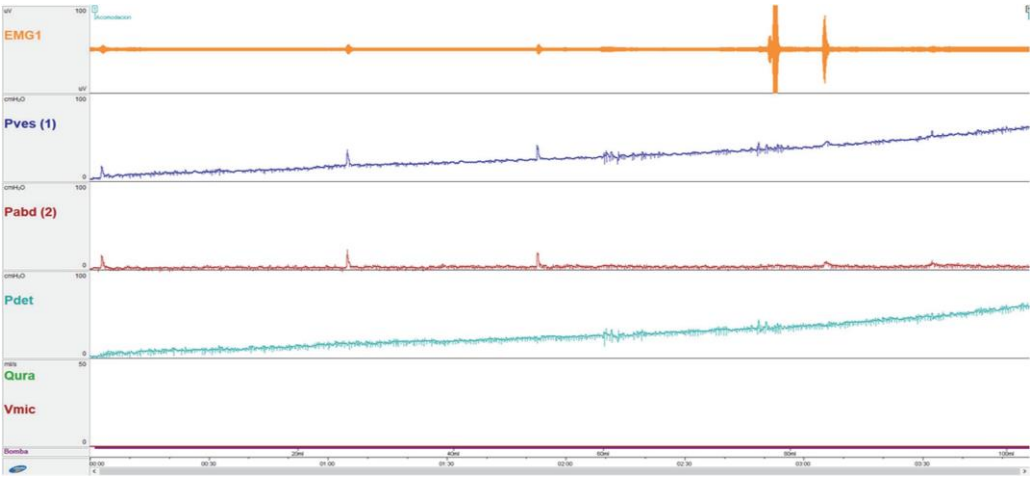
**Interpretazio urodinamikoa. Jatorrizko irudiak diagnostikoa interpretatzeko beharrezkoak direnean erreproduzitzen dira.**




473. galderaren irudia.

**473. Diagnostiko urodinamikoari dagokionez, zure interpretazioaren arabera, zeini dagokio?**

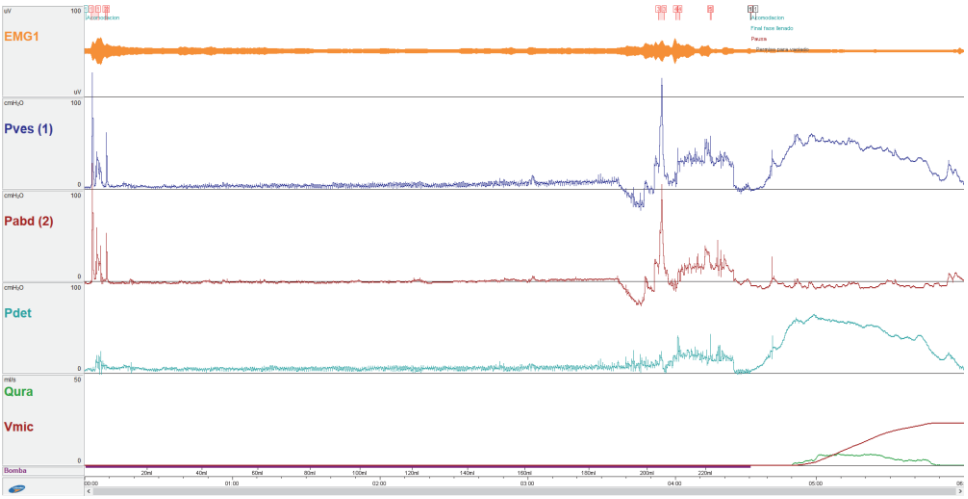
a) Beheko gernu-traktuaren buxadura.
b) Detrusorearen hiperaktibitatea.
c) Akomodazio gutxitua.
d) Urgentzia sentsoriala.




474. galderaren irudia.

**474. Erregistro urodinamiko honetan, zein da diagnostikoa?**

a) Maskuriko akomodazio gutxitua.
b) Detrusorearen hiperaktibitate fasikoa.
c) Urgentzia sentsoriala.
d) Beheko gernu-traktuaren buxadura.

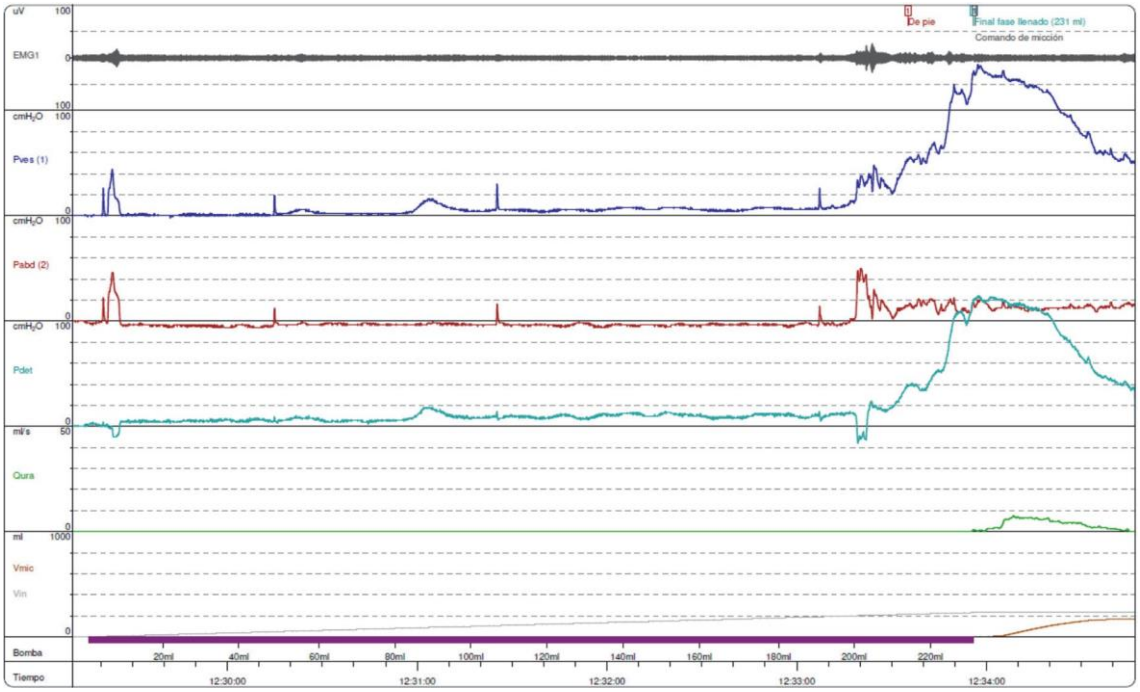



475. galderaren irudia.

**475. 56 urteko pazientea, TOT ebakuntza egin diote. Hasieran asebetea eta tankera onean geratzen da, baina hilabetera urgentzia/maiztasun handia azaltzen du, erabat hustu ez denaren sentsazioa eta maskuriko hiperaktibitaterako tratamenduek porrot egin dute. Datu urodinamiko horiekin, adierazi zer diagnostiko eta prozedura planteatuko zenituzkeen:**

a) Detrusorearen hiperaktibitatea - sustrai sakroen neuromodulazioa.
b) Detrusorearen hiperaktibitatea - toxina botulinikoa injektatzea maskuri barruan.
c) Detrusorearen hiperaktibitatea, beheko gernu-traktuaren buxadura - TOTaren adar baten sekzioa.

d) Zistopatia interstiziala - maskuriko biopsiak.




476. galderaren irudia.

**476. Hurrengo azterketa 53 urteko gizon bati buruzkoa da; betetze- eta huste-sintoma larriak ditu, ekografian 22 cc-ko PHO ageri du beste aurkikuntzarik gabe, ez dio tratamendu medikoari erantzuten, eta ebaluazio urodinamikoa egitera bidali dute. Zein da paziente honen diagnostiko urodinamikoa?**

a) Urgentzia sentsoriala, betetze-fasean nahigabeko jarduera dagoela ikusten baita.
b) Maskuri neurogenoa.
c) Detrusorearen hipoaktibitatea.
d) Beheko gernu-traktuaren buxadura eta detrusorearen hiperaktibitatea.

## 6. KASU KLINIKOA

**57 urteko gizona larrialdietara joan da 6 ordura arte luzatutako erekzioagatik; mingarria da, eta fosfodiesterasaren inhibitzaileak eta kokaina kontsumitzearen ondoriozkoa. Azterketan, zakilaren erekzio osoa eta mingarria nabarmentzen da.**

**477. Paziente honi buruzko baieztapen hauetatik, bat ez da zuzena:**

a) Ez da urologia-larrialdi bat, eta, beraz, pazienteari alta eman dakioke.
b) Gasometria bat egitea gomendatzen da diagnostikoa egiteko.
c) Anemia faltziformea arazoaren kausa izan daiteke.
d) Gorputz leizetsuen aspirazio-irrigazioa tratamenduaren parte izan daiteke.

**478. Pazienteari gorputz leizetsuen gasometria egiten zaio. Honako hauetatik, zer aurkitzea da ohikoena kasu horietan?**

a) pO2 100 mmHg, pCO2 35 mmHg eta pH 7,3.
b) pO2 25 mmHg, pCO2 35 mmHg eta pH 6,9.
c) pO2 25 mmHg, pCO2 70 mmHg eta pH 6,9.
d) pO2 100 mmHg, pCO2 70 mmHg eta pH 7,5.

**479. Paziente horren tratamenduan ez litzateke sartuko hauetako bat:**

a) Gorputz leizetsuak xurgatzea-irrigatzea.
b) Fistula arterioleizetsua enbolizatzea.
c) Shunt distala.
d) Zakileko protesiak jartzea.

**480. Shunt bidezko tratamendu-aukera hauetatik, zein ez litzateke egingo lehen aukera gisa?**

a) Winter.
b) Grayhack.
c) Ebbehoj.
d) T-shunt.

## GALDERA BAKARREKO KASU KLINIKOAK

**481. 56 urteko emakume bati ezkerreko nefrektomia partzial robotikoa egin diote, 4 cm-ko tumore zentrala dela eta. Bederatzigarren egunean, min progresiboa du trokar batean kokatuta, distentsio abdominala, febrikula, goragalea eta leukozito baxuak. Drainatzea bigarren egunean kendu zuten, eta ez dago hematuriarik. Adierazi zein den erantzun zuzena:**

a) Koadroak giltzurrun-pseudoaneurisma iradokitzen du gehiago; angioenbolizazio selektiboa planteatzen da aldez aurreko OTArik gabe.
b) Koadroak oharkabeko heste-lesioa iradokitzen du, bereziki termikoa; hasteko, ahoko kontrastedun OTA proba egokia da, eta, pazientea egonkor badago, berriz miaketa laparoskopikoa egitea aurreikusten da.
c) Koadro hori gernu-ihes posnefrektomia partzialari dagokio, eta J bikoitzeko kateter bidez maneiatzen da, azterketa abdominal gehigarririk gabe.
d) Trokarrean leukozitosirik eta sekrezio zornetsurik ez izateak konplikazio biszeral esanguratsuaren susmoa murrizten du.

**482. 63 urteko emakume trans batek prostatektomia erradikalaren aurrekaria du, esfortzuko inkontinentzia arina eta koito baginal hartzailerako desiorik eza. Kirurgia genital feminizatzailerako kontsulta egin du, helburu honekin: kanpoko bulba-itxura eta gernu-funtzioaren arrisku txikiagoa. Adierazi zein den erantzun zuzena:**

a) Hesteetako baginoplastia primarioaren teknika lehenesten da, kanalaren disekzioarekin lotutako esfinter-arriskua ezerezten duelako.
b) Sakonera osoko baginoplastia peritoneal robotikoa, prostatarik ez izateak atzeko disekzioa errazten baitu.
c) Zero sakonerako bulboplastia edo baginoplastia, kanalik nahi ez duelako, eta, prostatektomia erradikalaren ondoren kanalaren disekzioa egiten denean, esfinter-lesioa edo inkontinentzia izateko arrisku handiagoa dagoelako.
d) Orkiektomia isolatua, prostatektomia erradikalak bulbaren ondorengo edozein berreraikuntza mugatzen duelako.

**483. 34 urteko emakume trans bat, zakil-inbertsio bidezko baginoplastia egin ondoren 9 hilabete direla, kontsulta egin du hauengatik: aurreko aldean koskor bat atera zaio kitzikapenarekin handitzen dena, mina du penetrazioarekin, gernu-zurrusta aurretik eta txiza egiteko inklinatzeko beharra. Ez du aipatzen gernua kanaletik irteten denik, ezta infekziorik ere. Adierazi zein den erantzun zuzena:**

a) Prolapso neobaginal goiztiarra, injertoa gaizki finkatzeagatik.
b) Fistula uretrobaginal proximala, ezkutuko inkontinentziarekin.
c) Fistula errektobaginal baxua, gernu-zeinu erreflexuekin.
d) Uretraren hanpadura, ehun esponjosoa behar beste ez erresekzionatzeagatik edo meatuaren malposizioagatik, debulking egin dezakeelako eta emaria finkatu daitekeelako.

**484. 45 urteko emakume trans bat, 14 hilabete sakonera osoko baginoplastia egin zuenetik, sakonera pixkanaka galtzen ari da, mina du dilatazioarekin eta eraztun zikatrizial introitala. Zoru pelbikoaren fisioterapia eta tratamendu topikoa egin ditu, behar adinako hobekuntzarik gabe. Adierazi zein den erantzun zuzena:**

a) Dilatazioak behin betiko etetea, eraztun zikatrizialaren itxiera egonkorra errazteko.
b) Azterketa kirurgikoa egin, orbainaren eszisioa eta mentu-ekarpena eginda, zintzilikario peritonealak edo heste-handiagotzea landu, anatomiaren arabera, eta operazio ostekoa disekzio primario baten antzera maneiatu, buxadura eta dilatazio bidez.
c) Introitoa injertorik gabe konpontzea ixte primario sinple baten bidez, gainazal odoltsua murrizteko.
d) Aldi baterako kolostomia, kanalaren estenosia ezkutuko fistula errektobaginalari baitagokio.

**485. 29 urteko gizon trans bat, faloplastia ebakuntza egin zioten uretrako luzapenarekin duela 7 aste, kontsulta egin du zurrusta ahula duelako, lautada-kurba flujometrian eta hondakin handia. Atzerazko uretrografiak estenosi laburra erakusten du anastomosian, uretra finkoaren eta uretra falikoaren artean. Ez dago ez infekziorik ez sepsiarik, baina buxadura-sintoma handiak daude, hori bai. Adierazi zein den erantzun zuzena:**

a) Astero dilatazio uretralak errepikatzea, estenosi anastomotikoak konpontzeko estrategia gisa.

b) Behin betiko uretroplastia egin berehala, ehunak fibrosi gutxiago baitu 3 hilabete baino lehen.
c) Gernu-deribazio suprapubikoa lehen neurria izango da buxadura nabarmena bada, eta behin betiko tratamendu berreraikitzailea gutxienez 6 hilabetera arte atzeratuko da, berreraikitze falikoaren ondoren.
d) Meatotomia distala, estenosi buxatzaile gehienak meatuko faloplastiaren ondoren aurkitzen baitira.

**486. 84 urteko emakumea, baginako kupularen prolapso aurreratua du histerektomia egin ondoren, bihotz-biriketako komorbilitate nabarmena du eta ez du koitorako sexu-jarduera mantentzeko gogorik. Koskor baginalaren sintomak ditu, eta gernu-zailtasun aldizkakoa. Ez du aipatzen esfortzuko gernu-inkontinentziarik, baina beharrezkotzat jotzen da prolapsoa murrizteko balorazioa egitea. Adierazi zein den aukerarik egokiena:**

a) Sakrokolpopexia abdominala lehen aukera gisa, baginaren luzera funtzionala babesteko.
b) Kolpokleisi osoa, koito baginalaren galerari buruzko informazio espezifikoarekin, ezkutuko esfortzuko gernu-inkontinentziaren balorazioa prolapsoa murriztuta eginez, eta operazio osteko atxikipen-arriskuaren estimazioa eginez.
c) Baginaz gaindiko konponketa, organo pelbikoen prolapso sarearekin, paziente hauskorrek morbilitate txikiagoa izateko aukera lehenetsi gisa.
d) Slind uretral profilaktikoarekin isolatutako aurreko kolporrafia, defektu apikala ixteko estrategia gisa.

**487. 72 urteko gizona, kartzinoma urotelial metastasikoa duena. NGS tumorala egiten da lagin normal binakakorik gabe. Txostenak aldagai patogeniko bat identifikatzen du BRCA2n, % 49ko VAFarekin. Lagin germinal konparatiborik ez dagoenez, zein da interpretaziorik egokiena?**

a) Emaitzak tumorearen mutazio somatiko heterozigotoa berresten du.
b) Emaitzak aldagai germinala baztertzen du, ehun tumoraletik datorrelako.
c) VAFa (aldagaiaren maiztasun alelikoa) % 50 ingurukoa da, eta horrek balio klinikorik gabeko ehun normalagatiko kutsadura iradokitzen du.
d) Lagin germinal binakakorik ez dagoenez, tentuz interpretatu behar da % 50 inguruko VAFa (aldagaiaren maiztasun alelikoa), eta azterketa germinala aintzakotzat hartu behar da.

**488. 71 urteko emakumea, goiko traktuko kartzinoma urotelial metastasikoa duena. NGSren txostenak FGFR3ren alterazio aktibatzaile bat identifikatzen du, fusio geniko gisa, MMR defizitik gabe. Adierazi zein den aukerarik egokiena molekularki:**

a) Sailkapen molekular nahitaezkoa, azpimota neuronal gisa.
b) PARP inhibitzailearen indikazio molekular zuzena.
c) Asoziazio esperogarria, ERCC2 alterazioarekin.
d) Hautatutako gaixotasun aurreratuan FGFRren aurkako tratamenduarekin bateragarria den alterazio-diana.

**489. 69 urteko gizona, kastrazioarekiko erresistentea den prostatako minbizi metastasikoa duena. Azterketa molekularrak RB1, TP53 eta PTENren galera konkurrentea erakusten du. Adierazi zein den interpretaziorik egokiena:**

a) Prostatako minbiziaren aldagai oldarkorrari eta kartzinoma neuroendokrino prostatikoarekin gainjartzeari lotutako profil molekularra.
b) Prostatako minbizi lokalizatuaren berezko profila, arrisku txikikoa eta geldoa.
c) FGFR inhibizioari erantzuteko profil molekular prediktibo espezifikoa.
d) 12 p-ko irabazia duen barrabilen seminoma tumore germinalaren profil bereizgarria.

**490. 74 urteko gizona, kastrazioarekiko erresistentea den prostatako minbizi metastasikoa duena. ATMren alterazio bialelikoaren berri eman da, BRCA1/2 alteraziorik gabe. Adierazi zein den erantzun zuzena:**

a) ATM-k eta BRCA1/2-k onura klinikoaren gradu bera iragartzen dute PARP inhibitzaileekin.
b) ATMren galerak zisplatinoarekiko sentikortasuna definitzen du kartzinoma urotelialean, eta ez du garrantzirik prostatan.
c) ATM alterazioak entitate klinikoki desberdin gisa interpretatu behar dira BRCA1/2-ren aldean, PARP inhibitzaileei hauteman zaiena baino onura txikiagoarekin.
d) ATMren alterazioa MSI-H/dMMR fenotipo baten baliokidea da, eta immunoterapiaren indikazio agnostikoa da berez.

**491. 26 urteko gizon bat kanpo-kontsultara joan da hauek adierazteko: disuria bizia, prurito meatala eta uretrako jariaketa zurixka eta opakua (mukopurulentoa) 4 eguneko eboluzio-aldian, babestu gabeko sexu-esposizio baten ondoren. Zentroak mikroskopia du arreta-gunean. Sekrezioaren Gram tindaketa egitean, polimorfonuklear (PMNL) ugari ikusten dira, baina ez da identifikatzen zelula barruko diplokoko gramnegatiborik. Ez dago medikamentuekiko alergien susmorik. Zein da hasieran heltzeko diagnostiko/terapeutika egokiena?**

a) Uretritis gonokozikoaren (GU) diagnostikoa berrestea eta tratamendu enpirikoa hastea berehala zeftriaxona 1-2 g IV-arekin dosi bakarrean eta doxiziklinarekin batera (100 mg 12 orduan behin), 7 egunez.
b) Ureaplasma parvum bidezko kolonizazioaren behin betiko diagnostikoa ezartzea eta antibiotikoen erabilera atzeratzea zurrusta ertaineko urokultibo estandarra lortu arte, garrantzi kliniko handia duelako.
c) Uretritis ez-gonokozikoaren (NGU) diagnostikoa berrestea, azido nukleikoen (NAAT) anplifikazio-proba bat eskatzea tratamenduari ekin aurretik, eta ahotik hartzeko doxiziklina agintzea (100 mg, egunean bi aldiz), 7 egunez, lehen aukera gisa.
d) Koadroa uretritis iraunkor gisa katalogatzea eta 400 mg-ko moxifloxazinoa preskribatzea egunean behin, 7 egunez, modu enpirikoan eta berehala, estenosi uretrala izateko arriskua berehalakoa delako.

**492. 79 urteko gizon bat alfa-blokeatzaileekin eta 5-alfa erreduktasaren inhibitzaileekin medikatuta egon da 5 urtez. Azterketa egitera joaten da urtero. Bere nikturia 2-3 aldiz handitu da, baina sintoma horrek ez du kezkatzen. Gernu-fluxua aurreko urtekoaren antzekoa da, eta 225 ml-ko mikzio-bolumena du. Hondakin-bolumena 195 ml-tik 330 ml-ra igo da azken urtean. Zein tratamendu da zuzena?**

a) Zaintza aktiboak aukera bat izaten jarraitzen du.
b) Tratamendu medikoa eten egin behar da, hondar-bolumena handitzen ari delako.
c) Maskuriaren irteerako kirurgia nahitaezkoa da, maskuri-fluxuaren narriadura buxatzailea dela eta.
d) Hobe zatekeen urte batzuk lehenago erresekzio transuretrala egin izan balitz.

**493. 62 urteko gizon bat etorri da, ezkerreko saihetsean mina duelako. UroOTAk adierazten du atzerapena dagoela eskrezioan, eta hidronefrosi sekundarioa 2,5 cm-ko UPU kalkuluan. Harriaren erauzketa perkutaneoa egiten da zailtasunik gabe, baina erauzketa osteko nefrograma batek hidronefrosia erakusten du UPU mailan hondar-kalkulurik gabe. Astebetera egindako beste jarraipeneko urografia batek ez du aldaketarik azaldu. Hurrengo urratsa hau da:**

a) Nefrostomia-hodia kendu.
b) Errenograma diuretikoa.
a) Aurreranzko endopielotomia.
d) Whitaker-en presio-perfusioaren testa.

**494. Intereseko aurrekari medikorik ez duen 58 urteko emakume bati ebakuntza egin diote eskuineko nefrektomia erradikalaren bidez giltzurruneko masa intzidental batengatik. Anatomia patologikoaren txostenaren arabera, zelula argien giltzurrun-zelulen kartzinoma (ccRCC) adierazten du, 8,5 cm-koa, eta ezaugarri hauek ditu: pT3a estadifikazioa (giltzurrun-zain nagusiaren inbasioa), ISUP 4 gradua, eta diferentziazio sarkomatoideko osagaiak tumorazioaren % 15ean. Marjina kirurgikoak negatiboak izan ziren (R0) eta 3 gongoil linfatiko erauzi ziren, gaiztotasun aldetik negatiboak izan zirenak (pN0). Ebakuntza ondoren 4 asteren buruan egindako ordenagailu bidezko tomografia axialak (OT) urrunetik ez du erakusten gaixotasun makroskopikoa (M0) dagoenaren ebidentziarik. Pazientearen egoera funtzionala bikaina da (ECOG PS 0). Kirurgiaren ondoren paziente honen errekurrentzia-arriskua ebaluatuta eta terapia adjubanteari buruz indarrean dauden gomendioak oinarri hartuta, zein da jarraitu beharreko jokabiderik egokiena?**

a) Zaintza aktiboko jarrera izatea OT seriatuen bidez 3-6 hilean behin, kirurgia R0 izan baitzen eta ez baitago gongoil-erasanik.
b) Tratamendu adjubantea eskaintzea, pembrolizumab-ekin, monoterapian, urtebetez (17 ziklo 3 astean behin edo 9 ziklo 6 astean behin).
c) Tratamendu adjubantea hastea tirosina kinasaren inhibitzaile batekin (esaterako, sunitinib) 54 astetan.
d) Kimioterapia adjubantea hastea, gemzitabina eta zisplatinoan oinarrituta, arrisku handiko ezaugarri sarkomatoideak daudelako.

**495. 28 urteko paziente bat, 20 asteko haurdunaldian dago (bigarren hiruhilekoan), larrialdietara joan da eskuineko koliko nefritiko batengatik, tratamendu analgesiko konbentzionalerako errefraktarioa dena; hidronefrosi larri batekin lotu da, 7 mm-ko ureterreko kalkulu baten ondorioz. Kasua modu diziplina anitzekoan ebaluatu ondoren, esku-hartze aktibo bat egitea erabaki zen, sintomek bere horretan jarraitzen zutelako. Egungo ebidentzian oinarrituta, zein da jokabide terapeutiko egokiena une honetan?**

a) Larruazalean zeharreko nefrolitomia (PCNL) urgentea egitea; izan ere, atzeranzko abordatze endoskopikoak guztiz debekatuta daude haurdunaldian.
b) Ureteroskopia bat (URS) egitea, drainatzea edo epe luzera J kateter bikoitz bat jartzea saihesteko, pazientea haurdunaldiaren bigarren hiruhilekoan dagoela aprobetxatuz.
c) Aldi baterako J kateter bikoitz bat jartzea (JJ stent), eta 12 hilean behin ordezpenak egitera behartzea, haurdunaldiko hormonek erabat murrizten baitute kateterra inkrustatzeko arriskua.
d) Maneiatze hertsiki kontserbadorea mantentzea, erditu arte aldizkako behaketa anbulatorioa eginez, hidronefrosi larria eta min errefraktarioa alde batera utzita.

**496. 42 urteko gizonezko bat kanpo-kontsultara joan da 12 mm-ko kalkulu asintomatiko baten tratamendua planifikatzeko; eskuineko giltzurruneko goiko kalizan kokatuta dago. Ez du intereseko aurrekari medikorik, gorputz-masaren indizea normala da, eta kontrasterik gabeko tomografia konputarizatuan (NCCT) hautematen denaren arabera, kalkuluaren dentsitatea 650 Hounsfield (HU) unitatekoa da. Tratamendu-algoritmoak eta arrakasta-iragarleak ebaluatuta, zein da jokabiderik egokiena paziente honekin gorputzez kanpoko talka-uhinen bidezko litotrizia (ESWL) erabiltzeari dagokionez?**

a) ESWL lehen mailako baliozko aukera gisa eskaintzea, kalkulua azpikoa ez den kaliza batean dagoelako, 10-20 mm artean neurtzen duelako, eta 1,000 HUtik beherako dentsitatea duelako, eta horrek desintegratzeko gaitasun ona iragartzen du.
b) Erabat baztertu ESWLa; izan ere, beheko polotik kanpo kokatutako 10 mm-tik gorako giltzurrun-kalkulu oro nefrolitomia perkutaneo primariora igorri behar da nahitaez eta esklusiboki.
c) Nahitaez agindu behar da kirurgia ireki edo laparoskopiko berreraikitzaile bat, ESWLa erabat kontraindikatuta baitago gizonezko gazteen giltzurrun-litiasia maneiatzeko.
d) ESWLa kontraindikatzea, argudiatuz 650 HU-ko dentsitatea arriskutsuki baxua dela eta berehala "harrizko kale" suntsitzaile bat sortuko duela, alde biko nefrostomia egitea beharko bailuke lehenengo 12 orduetan.

**497. 62 urteko gizon bat, duela 24 hilabete ezkerreko nefrektomia erradikal baten bidez operatu zuten, pT3a GIII zelula argien giltzurrun-kartzinoma batengatik, eta programatutako azterketara joan da. Kontroleko ordenagailu bidezko tomografia axialean (OT), 3 cm-ko masa bakartia detektatzen da, ezkerreko giltzurrun-hobian konfinatuta esklusiboki, metastasiaren eta progresio sistemikoaren ebidentziarik gabe, urrutitik. Pazienteak egoera orokor bikaina du (ECOG 0). Egungo ebidentziaren arabera, zein da hasierako maneiu terapeutiko egokiena?**

a) Lehen mailako tratamendu sistemikoa hastea berehala, pembrolizumab + lenvatinib bidez.

b) Behaketa-jarraipen estua egitea, 3 hilean behin irudi-probak eginez, errezidiba berantiarra delako (2 urtetik gorakoa).
c) Tratamendu lokala eskaintzea (hala nola marjina negatiboak dituen erresekzio kirurgikoa edo ablazio perkutaneoa), pronostiko- eta komorbilitate-faktoreak orekatu ondoren.
d) Erradioterapia aringarria administratzea giltzurrun-hobian esklusiboki, konplikazio mekaniko lokalak saihesteko.

**498. 67 urteko gizon batek nefropatia diabetikoaren aurrekariak ditu, eta ezkerreko nefroureterektomia erradikala (NUT) eta linfadenektomia lokoerregionala egin dizkiote, masa pieliko bat aurkitu ondoren. Ebakuntza ondoko berehalako aldian, maskuri barneko kimioterapia-dosi bakarra eman zitzaion. Kirurgiaren ondoren, giltzurrun-funtzioak narriadura egonkorra izan zuen, eta kalkulatutako glomerulu-iragazketaren tasa (eGFR) 28 mL/min da (paziente hori ez da egokia/hautaezina da platinorako). Behin betiko patologiaren txostenak giltzurrun-pelbiseko gradu altuko kartzinoma urotelial bat adierazten du, pT3 N0 M0 estadioan, marjina negatiboekin (R0) eta PD-L1 tumore-adierazpen positiboarekin (+). Kontuan izanda EAU 2026 gida eguneratuek zer-nolako tratamendu aukerak eskaintzen dituen eta aukera horiek erabat eskuragarri daudela (7.1 irudia), zein da jokabide adjubante sistemiko egokiena?**

a) Immunoterapia adjubantea hasi nibolumabarekin edo pembrolizumabarekin, gaixotasun lokal aurreratua (pT3) duen paziente bat delako, platinoan oinarritutako kimioterapiarako hautaezina dena eta PD-L1+ duena.
b) Kimioterapia adjubante sistemikoa eskaintzea modu lehenetsian, eskema gemzitabina-zisplatinoarekin, dosia % 50 doituz iragazketa glomerularraren bidez.
c) Aukeratu behaketa esklusiboki eta jarraipen estua egin, kimioterapia platinoarekin kontraindikatuta dagoelako eGFR-ren ondorioz, eta immunoterapiak ez duelako indikaziorik N0 estadioetan.
d) Enfortumab vedotin gehi pembrolizumab (EV + P) eskema konbinatu bat administratu berehalako adjubantzia-pautan 6 ziklotan zehar.

**499. 67 urteko paziente bat, ISUP 2 (3+4) prostatako adenokartzinoma du zaintza aktiboan, PSAren bikoizketa-denbora 2,5 urtekoa du, eta prostatako EM egonkorra. 24 hilabetera egindako jarraipeneko biopsiak hazkunde kribiforme fokalaren eredua erakusten du, ISUP gradua handitu gabe. Zer jokabide gomendatzen da?**

a) Zaintza aktiboan jarraitzea, ISUP graduak ez baitu aurrera egin.
b) Erabaki aurretik, test genomiko bat (Decipher edo Prolaris motakoa) eskatzea.
c) Berehala birsailkatzea eta tratamendua agintzea sendatzeko asmoz
d) EM multiparametrikoa 3 hilabete barru errepikatzea eta, emaitzaren arabera jardun.

**500. 72 urteko gizon bat, kastrazioarekiko erresistentea den prostatako minbizi ez metastasikoa (nmCRPC) diagnostikatu diote, eta PSAren (PSADT) bikoizketa-denbora 8 hilabetekoa du. Testosterona serikoaren maila 25 ng/dL-koa da. Zein lehen mailako maneiatze gomendatzen da hezur-metastasia agertzea atzeratzeko, lehen mailako ebidentziaren arabera?**

a) Darolutamida, zalutamida edo apalutamida.

b) Hormona-blokeoari docetaxel gehitzea.
c) Erradiologia-progresiora arteko behaketa.
d) Abiraterona gehi prednisona.