

برای آزمون آماده شوید «۹۴»



کامران احمدی

بررسی تشریحی سوالات جراحی (امتحان‌های ارتقاء)

۱ • مرد ۵۸ ساله‌ای با سابقه ایکتز از ۲ هفته قبل که در سونوگرافی و CT-Scan، دیلاتاسیون سیستم صفراوی و سنگ کیسه صفرا دارد، کاندید ERCP است. بیمار سابقه دردهای کولیکی را از مدت‌ها پیش ذکر می‌کند. جهت کاهش ریسک پانکراتیت متعاقب ERCP، کدام اقدام زیر توصیه می‌کنند؟ (ارتقاء جراحی دانشگاه تهران مرداد ۹۴)

(الف) تجویز آکتروتاید قبل از ERCP
(ب) تجویز شیاف دیکلوفناک
(ج) تجویز هیدروکورتیزون قبل از ERCP
(د) هیدراتاسیون مناسب بیمار

■ پاسخ: ب
❖ توضیح: شایع‌ترین علت ایتروژنیک پانکراتیت حاد، ERCP است که در ۱۰-۵ درصد موارد موجب پانکراتیت حاد می‌شود. در صورتی که ماده حاجب به طور مکرر و با فشار بالا به بیماری تزریق شود که دچار اختلال عملکرد اسفنگتر Oddi است، ریسک بروز پانکراتیت حاد بعد از ERCP افزایش می‌یابد. به نظر می‌رسد با تجویز داروهای غیراستروئیدی از طریق رکتوم به طور پروفیلاکتیک می‌توان این خطر را کاهش داد.

❖ توجه: فصل بیماری‌های پانکراس جراحی شوارتز ۲۰۱۵ تغییر بنیادی کرده است. یکی از مواردی که بسیار مهم است، پانکراتیت متعاقب ERCP و چگونگی پیشگیری از است.

۲ • در کدام یک از موارد عفونی زیر تأخیر در انجام مداخله فوری توصیه می‌شود؟ (پراترنی شهریور ۹۴ قطب ۱۰ کشوری (دانشگاه تهران))

(الف) نکروز پانکراس به علت پانکراتیت شدید
(ب) نکروز روده باریک به علت ایسکمی حاد مزمن
(ج) آبسه آپاندیکولر به علت آپاندیسیت طول کشیده
(د) آبسه کبدی پیوژنیک به علت کلانژیت

■ پاسخ: الف
❖ توضیح: در نکروز پانکراس، مداخله اندکی به تأخیر انداخته می‌شود تا نکروز کاملاً مشخص شود و خطر خونریزی، انتشار عفونت و آسیب به ارگان‌های مجاور کمتر شود. به همین دلیل امروزه به ندرت قبل از ۳-۴ هفته از شروع علائم، مداخله انجام می‌شود.

۳ • بیمار آقای ۵۲ ساله‌ای به علت پانکراتیت حاد در بخش جراحی بستری است. در روز ششم بستری بیمار دچار تب ۳۹ درجه می‌شود. در CT-Scan انجام شده، پانکراس ادماتوز و ملتهب و مایع وسیع اطراف نسج پانکراس وجود دارد که جدار واضحی ندارد. در آزمایشات انجام شده لکوسیتوز ۱۹۰۰۰ و CRP = ۳+ وجود دارد. اقدام مناسب بعدی چیست؟ (ارتقاء جراحی دانشگاه اصفهان- مرداد ۹۴)

(الف) FNA و تصمیم‌گیری بر اساس کشت
(ب) درناژ پرکوتانه مایع توسط کاتتر
(ج) تغییر آنتی‌بیوتیک و ادامه درمان حمایتی
(د) لاپاروتومی و شستشوی شکم

■ پاسخ: الف
❖ توضیح: در تغییر بسیار مهمی که در کتاب جراحی شوارتز ۲۰۱۵ در فصل پانکراس رخ داده، این مطلب بسیار مهم است: در گذشته در صورت شک به عفونت و نکروز پانکراس باید FNA انجام می‌شد. در کتاب جدید توصیه می‌کند که نباید FNA انجام شود، بلکه باید درناژ با کاتتر از طریق پوست (Percutaneous Catheter drainage) صورت پذیرد. با توجه به این که بر طبق آنالیز آماری در بیش از ۸۰ درصد از امتحانات پراترنی، دستیاری، ارتقاء و بورد جراحی یکی از سوالات، تشخیص عفونت و نکروز پانکراس متعاقب پانکراتیت حاد بوده، لذا این مطلب جدید از موارد ۱۰۰ درصد امتحانی است. همین سؤال اگر در سال گذشته سؤال می‌آمد، جواب FNA بود ولی هم‌اکنون درناژ پرکوتانه توسط کاتتر است.

۴ • فردی ۵۹ ساله که از حدود ۳ ماه پیش دچار درد مبهم در ناحیه اپی‌گاستر بوده، با زردی شدید و به تدریج پیشرونده مراجعه کرده است. در آزمایشات به عمل آمده، بیلی‌روبین توتال ۲۳ میلی‌گرم و مستقیم ۱۳ میلی‌گرم است. در سونوگرافی انجام شده، دیلاتاسیون مجاری داخل و خارج کبدی دیده شده ولی سنگ صفراوی مشاهده نشد. اقدام بعدی کدام است؟ (پراترنی شهریور ۹۳ قطب ۱۰ کشوری (دانشگاه تهران))

(الف) CT-Scan شکم و لگن
(ب) ERCP
(ج) سونوگرافی آندوسکوپی (EUS) و انجام بیوپسی
(د) لاپاراسکوپی تشخیصی

■ پاسخ: الف
❖ توضیح: اگر در سونوگرافی بیمار مبتلا به ایکتز، اتساع مجاری صفراوی در غیاب سنگ دیده شود، انسداد بدخیم مجاری صفراوی مطرح شده و اقدام بعدی CT-Scan خواهد بود.

۵ • مرد ۶۰ ساله‌ای با سابقه مصرف درازمدت الکل به علت درد شکم تحت CT-Scan شکم قرار گرفته که توده‌ای در سر پانکراس به قطر ۲ سانتی‌متر مشاهده شده است. کدام یک از موارد زیر ارزشمندتر است؟ (ارتقاء جراحی دانشگاه تهران - مرداد ۹۴)

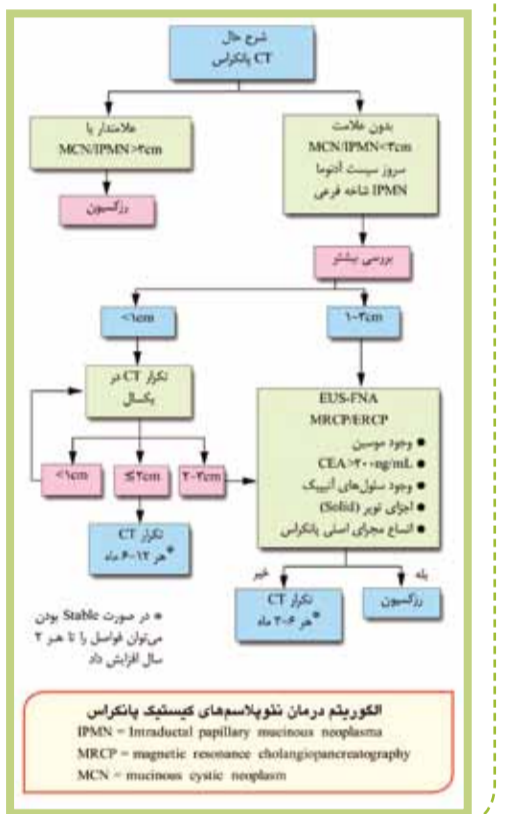
(الف) MRI
(ب) EUS
(ج) PET-Scan
(د) لاپاراسکوپی

■ پاسخ: ج
❖ توضیح: بهترین روش افتراق پانکراتیت مزمن از کانسر پانکراس، PET-Scan است. در Case فوق، بیمار از یک طرف به علت درد شکم و سوءمصرف درازمدت الکل مشکوک به پانکراتیت مزمن است و از طرفی در CT-Scan، توده مشاهده شده است، لذا برای افتراق این دو مورد باید PET-Scan شود.

۶ • زن ۵۵ ساله‌ای با درد شکم بررسی شده و کیست ۰/۵ cm در تته پانکراس دارد که دیواره نازک است و سایر بررسی‌های انجام شده نیز منفی است. اقدام بعدی کدام است؟ (ارتقاء جراحی دانشگاه ایران - مرداد ۹۴)

(الف) CT-Scan یک سال بعد
(ب) ERCP
(ج) آسپیراسیون FNA
(د) رزکسیون تته پانکراس

■ پاسخ: الف
❖ توضیح: الگوریتم زیر



۷ • آقای ۶۰ ساله Heavy smoker جهت غربالگری کانسر ریه به درمانگاه مراجعه کرده است. کدام اقدام ارجح است؟ (ارتقاء جراحی دانشگاه تهران مرداد ۹۴)

(الف) CT-Scan Conventional
(ب) CT-Scan Low dose helical
(ج) Chest X Ray
(د) برونکوسکوپی هر ۵ سال و تهیه BAL

■ پاسخ: ب
❖ توضیح: غربالگری کانسر ریه در جمعیت High risk به کمک CT-Scan Low dose helical به صورت سالیانه است.

❖ توجه: یکی از مطالب بسیار جالب و جذابی که در فصل قفسه صدری به کتاب جراحی شوارتز ۲۰۱۵ اضافه شده، نحوه غربالگری کانسر ریه است که در این کتاب روش CT-Scan Low dose helical به صورت سالیانه برای این منظور معرفی شده است.



۸ • آقای ۴۵ ساله سیگاری با ندول ۲ سانتی‌متری در قسمت پرفیوآل لوب فوقانی ریه راست در CXR مراجعه کرده است. در بیوپسی ترانس تورااسیک Corona Radiata مشاهده می‌شود. اقدام بعدی کدام است؟ (پراترنی اسفند ۹۴ قطب ۱ کشوری (دانشگاه گیلان و مازندران))

(الف) تکرار بیوپسی ترانس تورااسیک
(ب) CT-Scan مجدد ۳ ماه بعد
(ج) VAST همراه با رزکسیون ندول
(د) لوبکتومی فوقانی راست

■ پاسخ: ج
❖ توضیح: یکی از نشانه‌های بدخیمی در یک ندول ریوی وجود Corona Radiata است. در برخورد با ندول ریوی با شک بدخیمی حتما باید جراحی تورااکوسپیک به کمک ویدیو (VAST) صورت پذیرد.

۹ • تمام موارد زیر اندیکاسیون درناژ جراحی آبسه ریه است، بجز: (پراترنی شهریور ۹۴ قطب ۵ کشوری (دانشگاه شیراز))

(الف) پارگی آبسه
(ب) آلودگی ریه مقابل
(ج) آبسه با قطر ۳ cm
(د) عفونت نکروزان با آبسه متعدد

■ پاسخ: ج
❖ توضیح: اندیکاسیون‌های درناژ جراحی در آبسه‌های ریوی عبارتند از: ۱) شکست درمان دارویی، ۲) تحت فشار بودن آبسه، ۳) بزرگ شدن آبسه در حین درمان، ۴) درگیری ریه مقابل، ۵) آبسه بزرگتر از ۶-۴ cm، ۶) عفونت نکروزان همراه با آبسه‌های متعدد، هموپتیزی، پاره شدن آبسه، پنوموتوراکس چرکی (پیوپنوموتوراکس) و ۷) عدم توانایی Rule out کارسینوم همراه با کاوتیه.

۱۰ • احتمال موفقیت کدام یک از روش‌های درمانی زیر برای پلورال افیوژن بدخیم بیشتر است؟ (پراترنی شهریور ۹۴ قطب ۵ کشوری (دانشگاه شیراز))

(الف) درناژ مکرر
(ب) گذاشتن Chest tube و پلورودز
(ج) Chest tube متناوب
(د) رادیوتراپی

■ پاسخ: ب
❖ توضیح: اگر افیوژن در حد متوسط تا زیاد بوده و برای بیمار ایجاد علامت کند، با کاتترهای Indwelling تونل‌دار پلور، تورااکوستومی با لوله (به وسیله Chest tube یا کاتتر Pigtail) به همراه تزریق داکسی‌سیکلین (به عنوان ماده اسکروزان) یا VATS به همراه تزریق تالک (پلورودز) درمان می‌شود.

۱۱ • در تمام موارد زیر توصیه به برداشتن آپاندیس می‌شود، بجز: (ارتقاء جراحی دانشگاه شیراز مرداد ۹۴)

(الف) بیمار عقب‌مانده ذهنی که به علت ولولوس لاپاراتومی شده است.
(ب) کودک ۱۱ ساله‌ای که با شک به لنفوم جهت نمونه‌برداری توده شکم لاپاراسکوپی شده است.
(ج) خانم ۳۰ ساله‌ای با درد RLQ و لکوسیتوز که لاپاراسکوپی شده و یافته عمل وی دیورتیکولیت مکل است.
(د) بیمار مبتلا به کرون که به علت انسداد روده لاپاراتومی شده و سکوم سالم است.

■ پاسخ: ج
❖ توضیح: در بعضی از شرایط که در یک فرد، لاپاراتومی یا لاپاراسکوپی به دلیل دیگری انجام می‌شود، باید آپاندکتومی ضمنی (Incidental) نیز صورت گیرد، این موارد عبارتند از: ۱) کودکانی که قرار است به زودی شیمی‌درمانی شوند. ۲) افراد ناتوانی که نمی‌توانند علائم خود را شرح دهند یا به طور طبیعی در مقابل درد شکم واکنش نشان نمی‌دهند. ۳) مبتلایان به کرون که در آنها درگیری ماکروسکوپی سکوم وجود ندارد. ۴) کسانی که قرار است به مناطق دور دستی مسافرت کنند که در آنجا دسترسی به مراقبت‌های پزشکی و جراحی وجود ندارد. ۵) در بیمارانی که به علت مالروتاسیون تحت عمل جراحی Ladd's قرار می‌گیرند، به علت جایجایی سکوم به LUQ ممکن است تشخیص آپاندیسیت بعدها با مشکل مواجه شود، بنابراین در این بیماران باید به صورت روتین آپاندکتومی انجام گیرد.



۱۲ • پسر ۱۷ ساله‌ای با علائم آپاندیسیت جراحی می‌شود. ضایعه‌ای سفت با سایز کمتر از ۵ میلی‌متر در Tip آپاندیس بدون درگیری مزوی آپاندیس و Base داشته و لنف‌نود مجاور آپاندیس برجسته است که در Frozen section از لنف‌نود، تومور کارسینوئید گزارش می‌شود. اقدام درمانی ارجح کدام است؟ (ارتقاء جراحی دانشگاه شهید بهشتی مرداد ۹۴)

(الف) آپاندکتومی
(ب) Ileocectomy
(ج) همی‌کولکتومی راست
(د) Wide Excision مزو به همراه آپاندکتومی

■ پاسخ: ج
❖ توضیح:

❖ درمان تومور کارسینوئید: تومورهای کوچکتر یا مساوی یک سانتی‌متر با آپاندکتومی درمان می‌شوند، اما در موارد زیر همی‌کولکتومی راست اندیکاسیون دارد: ۱) تومورهای بزرگتر از ۱-۲ cm که در قاعده آپاندیس قرار گرفته‌اند. ۲) تومورهایی که به لنف‌نودها متاستاز داده‌اند. ۳) درگیری مزاتر

۱۳ • مرد ۲۸ ساله‌ای که ۲ هفته قبل تحت عمل جراحی آپاندکتومی قرار گرفته، گزارش پاتولوژی حاکی از لنفوم است. تمام گزینه‌های زیر صحیح است، بجز: (ارتقاء جراحی دانشگاه تهران مرداد ۹۴)

(الف) معمولاً لنفوم آپاندیس با آپاندیسیت حاد تظاهر می‌یابد.
(ب) اگر در CT-Scan قطر آپاندیس بیشتر از ۱/۵ cm باشد، باید به لنفوم مشکوک شد.
(ج) اگر لنفوم محدود به آپاندیس باشد، نیاز به شیمی‌درمانی نیست.
(د) اگر نیاز به درمان ادجوان باشد، حتم Staging باید انجام شود.

■ پاسخ: ب
❖ توضیح: در صورت مشاهده آپاندیس با قطر حداقل ۱ cm ۲/۵ یا ضخیم‌شدگی بافت نرم در اطراف CT-Scan، باید به لنفوم آپاندیس مشکوک شد. در مواردی که لنفوم تنها به آپاندیس محدود باشد، درمان آپاندکتومی است و شیمی‌درمانی ادجوان اندیکاسیون ندارد.

۱۴ • زن ۴۵ ساله‌ای به دلیل نازایی به پزشک مراجعه کرده و در سونوگرافی انجام شده، توده‌ای ۱۲ سانتی‌متری در لوب راست کبد گزارش شده است. بهترین اقدام کدام یک از موارد زیر است؟ (ارتقاء جراحی دانشگاه ایران - مرداد ۹۴)

(الف) اخذ شرح‌حال و سابقه مصرف دارویی
(ب) بیوپسی پرکوتانوس از توده
(ج) CT-Scan با کنتراست
(د) انجام تست‌های کبدی و تومورمارکرها

■ پاسخ: الف
❖ توضیح: براساس الگوریتم بررسی تشخیصی یک ضایعه تصادفی در کبد، اولین اقدام در توده‌ای که به صورت اتفاقی در سونوگرافی یا CT-Scan دیده می‌شود، شرح حال و معاینه فیزیکی است.

۱۵ • یک خانم ۳۰ ساله به دنبال احساس درد سوزشی خفیف در ناحیه اپی‌گاستر سونوگرافی می‌شود و یک ضایعه ۵ سانتی‌متری در لوب چپ کبد مشخص می‌شود. در CT-Scan بی‌فازیک با ماده حاجب ضایعه با عروق مجاور، نمای ایزودنس دارد و با گذشت زمان افزایش Enhancement از محیط به سمت مرکز پیدا می‌کند. کدام یک از اقدامات زیر را توصیه می‌کنند؟ (ارتقاء جراحی دانشگاه شهید بهشتی - مرداد ۹۴)

(الف) Observation
(ب) آرتروگرافی
(ج) FNA
(د) رزکسیون لوب چپ کبد

■ پاسخ: الف
❖ توضیح: همانژیوم کبدی شایع‌ترین توده توپر خوش‌خیم کبد است. همانژیوم در CT-Scan با کنتراست دوگانه، تقویت نامتقارن ندولار محیطی نشان می‌دهند که با عروق بزرگ ایزودنس است و با طی زمان، تقویت مرکزی پیشرونده پیدا می‌کند. اکثر همانژیوم‌های کبدی فقط پیگیری می‌شوند، در صورت ایجاد درد می‌توان رزکسیون جراحی انجام داد.

