





برای مشاهده شکل‌های این فصل با ترجمه
زیرنویس آنها و همچنین مشاهده جداول،
بارکد را اسکن کنید.

۳۸ فصل

غدد پاراتیروئید

۱. بیمار ۳۸ ساله‌ای با درد شدید استخوان، کاهش قد، شکستگی‌های مکرر، کیست‌های استخوانی و هایپرکلسمی مراجعه کرده است. تظاهرات بالینی بیمار، قویاً مطرح‌کننده استئیت فیبروزا سیستیکا (osteitis fibrosa cystica) است. کدام پژوهشگر برای اولین بار، ارتباط این الگوی شدید استخوانی را با تومور پاراتیروئید کشف کرد و با این کار، مسیر درمان جراحی را متحول ساخت؟
- الف) جیمز بی. کاللیپ
ب) فریدریش شلاگن‌هاووفر
ج) فریدریش فون رک‌لینگ‌هاوزن
د) فلیکس ماندل



سطح تست

نوع تست: دانشی/تحلیلی

چکیده پلاس ۱

غدد پاراتیروئید - اصول جراحی و بالینی

تاریخچه کاربردی و نکات کلیدی در تصمیم‌گیری بالینی

شناخت غدد پاراتیروئید، هرچند دیرینه‌گام، مسیر درمان هایپرپاراتیروئیدیسم را متحول کرد. نقطه عطف این تحول، کشف این نکته بود که آسیب شدید استخوانی و الگوی استئیت فیبروزا سیستیکا، نه یک بیماری اولیه استخوان، بلکه ناشی از تومور پاراتیروئید است. پس از این کشف، برداشت تومور در بیماران دچار شکستگی‌های مکرر، کاهش تراکم استخوان و کیست‌های متعدد، به بهبود چشمگیر علائم انجامید و این رویکرد به درمان استاندارد تبدیل شد. کشف تأثیر تریق کلسیم در رفع تتانی پس از جراحی‌های گردن نیز اهمیت ویژه‌ای داشت. این یافته نشان داد که غدد پاراتیروئید در تنظیم سریع و دقیق کلسیم خون نقشی حیاتی دارند و همین اصل، امروزه مبنای درمان هایپوکلسمی حاد پس از تیروئیدکتومی است.

جنین‌شناسی (Embryology) و اهمیت آن در جراحی

- غدد پاراتیروئید از قوس‌های سوم و چهارم برانکیال منشأ می‌گیرند.
- غدد تحتانی همراه با تیموس از قوس سوم، مسیر مهاجرت طولانی‌تری را طی می‌کنند و به همین دلیل، طیف وسیع‌تری از محل‌های ناب‌جا (اکتوپیک) را به خود اختصاص می‌دهند.
 - غدد فوقانی مسیر مهاجرت کوتاه‌تری دارند و معمولاً در محلی قابل پیش‌بینی، در خلف قطب فوقانی تیروئید، قرار می‌گیرند. اهمیت بالینی این تفاوت جنین‌شناسی در این است که:
 - غدد فوقانی اغلب در محل کلاسیک خود یافت می‌شوند.
 - غدد تحتانی با احتمال بیشتری ممکن است حین جراحی یافت نشوند یا در نقاط غیرمنتظره قرار گرفته باشند.
- شایع‌ترین محل اکتوپیک غدد تحتانی، داخل تیموس است. این غدد همچنین ممکن است داخل تیروئید یا در هر نقطه‌ای از مسیر گردن تا مدیاستن قدامی قرار گیرند.

آناتومی جراحی پاراتیروئیدها

بیشتر افراد (۸۴٪) چهار غده پاراتیروئید دارند. این غدد معمولاً کوچک، بیضی یا لوبیایی شکل، با وزن ۳۵ تا ۴۰ میلی‌گرم هستند و مقدار قابل توجهی چربی دارند که با افزایش سن، میزان آن بیشتر می‌شود.

- الف) برداشتن فوری توده از طریق لاپاروسکوپی به منظور پیشگیری از پیشرفت بیماری
- ب) انجام FNA تحت هدایت CT پس از رد کردن فنوکروموسیتوما جهت افتراق متاستاز از آدنوم
- ج) تکرار تصویربرداری در ۶ ماه آینده بدون انجام بررسی تهاجمی
- د) انجام PET-CT تنها برای رد فنوکروموسیتوما و سپس پیگیری سالانه



سطح تست

نوع تست: Case-based / افتراقی / تصمیم‌گیری

بررسی گزینه انتخابی

در بیمارانی با سابقه بدخیمی که توده آدرنال جدید یا مشکوکی دارند، مهم‌ترین تشخیص افتراقی، متاستاز در مقابل آدنوم است. FNA تنها در صورتی اندیکاسیون دارد که بیمار سابقه بدخیمی داشته باشد و هدف، افتراق متاستاز از یک ضایعه اولیه آدرنال باشد. بنابراین، انجام FNA پس از رد تشخیص فنوکروموسیتوما، بهترین اقدام است.

بررسی سایر گزینه‌ها

الف: نادرست است؛ انجام آدرنالکتومی فوری پیش از اثبات ماهیت متاستاتیک توده، منطقی نیست و ابتدا باید ماهیت ضایعه مشخص شود.

ج: نادرست است؛ این رویکرد برای بیماران بدون سابقه سرطان قابل قبول است، اما در بیماری با سابقه NSCLC، تأخیر در تشخیص می‌تواند برنامه درمانی را تغییر دهد و بنابراین اقدام مناسبی نیست.

د: نادرست است؛ PET-CT می‌تواند کمک‌کننده باشد، اما در شرایطی که هدف افتراق متاستاز از آدنوم است، جایگزین FNA نیست و اقدام خط اول محسوب نمی‌شود.

پاسخ صحیح: الف ب ج د

۲۹. مرد ۴۹ ساله بدون سابقه بدخیمی به صورت تصادفی در CT شکم دارای یک توده آدرنال ۴.۲ سانتی‌متری با ظاهر یکنواخت و بدون شواهد هورمون ترشحی است. فشارخون و آزمایش‌ها طبیعی‌اند. بیمار تمایل دارد از انجام پیگیری‌های طولانی‌مدت اجتناب کند. بهترین اقدام کدام است؟

الف) صرفاً پیگیری سالانه با CT برای چند سال آینده

ب) انجام FNA جهت تعیین ماهیت و تصمیم‌گیری جراحی

ج) آدرنالکتومی به عنوان اقدام توصیه‌شده به دلیل سایز ≤ 4 سانتی‌متر

د) PET-CT و تصمیم‌گیری صرفاً براساس نتایج آن



سطح تست

نوع تست: دانشی / تصمیم‌گیری

بررسی گزینه انتخابی

توده‌های آدرنال ۴ سانتی‌متری یا بزرگ‌تر در بیماران کم‌خطر، معمولاً کاندید جراحی برداشت توده هستند، زیرا ریسک بدخیمی در این اندازه به‌طور قابل توجهی افزایش می‌یابد. بنابراین آدرنالکتومی بهترین اقدام است، به‌ویژه برای بیماری که تمایلی به پیگیری طولانی‌مدت ندارد.

- پریستالسیس اولیه، محرک اصلی پیش راندن بولوس است و ضعف آن نشانه اختلال حرکتی محسوب می شود.
- باز شدن LES تنها با ریلکسیشن هماهنگ عصب واگ امکان پذیر است.
- رفلاکس همیشه پاتولوژیک نیست؛ باز شدن خودبه خودی LES در افراد سالم نیز رخ می دهد.
- اختلال در عملکرد هماهنگ LES و پریستالسیس، حتی با وجود فشار طبیعی اسفنکتر، می تواند موجب رفلاکس شود.
- آسیب عصب راجعه حنجره می تواند عملکرد UES را مختل کرده و باعث آسپیراسیون شود.

بررسی گزینه انتخابی

طول طبیعی LES حدود ۳ تا ۵ سانتی متر است و برای عملکرد آنتی رفلاکس مؤثر، لازم است حداقل ۱ سانتی متر از آن داخل شکم قرار گیرد. این بخش داخل شکمی، تحت تأثیر فشار مثبت شکم قرار گرفته و عملکرد اسفنکتر را تقویت می کند که نقشی حیاتی در پیشگیری از رفلاکس دارد. این نکته در مطالعات مانومتری و اصول جراحی آنتی رفلاکس، اهمیت بالینی زیادی دارد.

TABLE 42.1 Normal manometric values.	
PARAMETER	VALUE
Upper Esophageal Sphincter	
Total length	4.0–5.0 cm
Resting pressure	60.0 mm Hg
Relaxation time	0.58 sec
Residual pressure	0.7–3.7 mm Hg
Lower Esophageal Sphincter	
Total length	3–5 cm
Abdominal length	2–4 cm
Resting pressure	6–26 mm Hg
Relaxation time	8.4 sec
Residual pressure	3 mm Hg
Esophageal Body Contractions	
Amplitude	40–80 mm Hg
Duration	2.3–3.6 sec

بررسی سایر گزینه

- الف: نادرست است؛ طول UES حدود ۴ تا ۵ سانتی متر است، نه ۲ تا ۳ سانتی متر. همچنین، زمان شل شدن UES حدود ۰٫۶ ثانیه است، نه ۶ ثانیه. مدت زمان ۶ ثانیه مربوط به ریلکسیشن LES است.
- ج: نادرست است؛ فشار استراحت UES حدود ۶۰ میلی متر جیوه است، نه ۲۰ میلی متر جیوه. همچنین پس از بلع، UES دچار انقباضی کوتاه تا حدود ۹۰ میلی متر جیوه می شود، نه اینکه فشار ۶۰ میلی متر جیوه پس از بلع ایجاد گردد.
- د: نادرست است؛ فشار ۴۰ تا ۸۰ میلی متر جیوه مربوط به دامنه انقباضات بدنه مری است، نه LES. فشار استراحت LES بین ۶ تا ۲۶ میلی متر جیوه بوده و وظیفه آن جلوگیری از رفلاکس است، نه ممانعت از ورود هوا. جلوگیری از بلع هوا وظیفه UES است.

الف) آشالازی نوع II با فقدان کامل پریستالسیس

ب) اسپاسم دیستال مری با انقباضات زودرس و IRP طبیعی

ج) مری فندق شکن با انقباضات پر قدرت و LES طبیعی

د) انسداد خروجی محل اتصال معده به مری (EGJOO) با IRP بالا و پریستالسیس نسبتاً حفظ شده



سطح تست

نوع تست: تحلیلی/ تشخیص افتراقی مبتنی بر HRM

بررسی گزینه انتخابی

انسداد خروجی محل اتصال معده به مری (EGJOO) با معیارهای زیر تعریف می شود:

۱) IRP بالا (بیش از ۱۵ mmHg)

۲) پریستالسیس حفظ شده یا نیمه حفظ شده

۳) عدم وجود معیارهای تشخیصی آشالازی

این الگو کاملاً با یافته‌های بیمار (تنگی خفیف GEJ در تصویربرداری، تأخیر در تخلیه و پریستالسیس نسبتاً حفظ شده مطابقت دارد. این اختلال اغلب به عنوان مرحله ابتدایی یا نوعی انسداد ناکامل خروجی در نظر گرفته می شود و ممکن است در آینده به آشالازی تبدیل شود.

بررسی سایر گزینه‌ها

الف: نادرست است؛ آشالازی نوع II با فقدان ۱۰۰٪ پریستالسیس، IRP بالا و فشار فراگیر پان ازوفاژیال (pan-esophageal pressurization) تعریف می شود؛ در حالی که پریستالسیس در بیمار ما حفظ شده است.

ب: نادرست است؛ DES با IRP طبیعی تعریف می شود، نه بالا. همچنین در DES انقباضات همزمان و زودرس وجود دارد که در این بیمار دیده نشده است.

ج: نادرست است؛ مری Jackhammer با DCI بسیار بالا (بیش از ۸۰۰۰) و عملکرد طبیعی LES مشخص می شود، در حالی که این بیمار IRP بالا دارد.



پاسخ صحیح الف ب ج د

۲۱. زن ۳۹ ساله‌ای با سابقه طولانی مدت سوزش سر دل و رفلاکس، اخیراً دچار دیسفاژی خفیف و احساس گیر کردن مایعات شده است. مانومتري نشان می دهد که بیش از ۵۰٪ بلع ها ناکارآمد (ineffective) بوده و DCI آنها کمتر از ۴۵۰ mmHg*s*cm است. IRP طبیعی است. ازوفاگوگرام فقط اختلالات خفیف حرکتی را نشان می دهد. مناسب ترین اقدام درمانی در این بیمار چیست؟
الف) درمان تهاجمی رفلاکس به عنوان هدف اصلی، زیرا اختلال حرکتی معمولاً غیرقابل برگشت است.

ب) شروع درمان اسپاسم با نیترات ها و بلوکرهای کانال کلسیم

ج) انجام میوتومی اندوسکوپیک از راه دهان (POEM) برای بهبود حرکات مری

د) دیلاتاسیون با بالون برای افزایش قدرت انقباضات دیستال مری



سطح تست

نوع تست: تصمیم گیری بالینی

می‌شود و اندوسکوپی انجام نشده است. کدام اقدام درمانی برای این بیمار مناسب‌تر است؟

الف) میوتومی به تنهایی بدون دستکاری ساک در موارد کوچک‌تر از ۲ سانتی‌متر

ب) دیورتیکولکتومی همراه با میوتومی در موارد بزرگ‌تر از ۵ سانتی‌متر

ج) درمان اندوسکوپی با تقسیم دیواره مشترک در دیورتیکول‌های ۲ تا ۵ سانتی‌متر

د) صرفاً پیگیری و اجتناب از هرگونه مداخله به دلیل خطر بالای عوارض



سطح تست

نوع تست: تصمیم‌گیری

بررسی گزینه انتخابی

درمان اندوسکوپی (روش Dohleman) برای دیورتیکول زنگار با اندازه ۲ تا ۵ سانتی‌متر انتخاب ارجح است. در این روش، دیواره مشترک بین مری و دیورتیکول تقسیم شده و میوتومی انجام می‌شود که دوره بهبودی کوتاه‌تری دارد.

بررسی سایر گزینه‌ها

الف: نادرست است؛ میوتومی به تنهایی برای دیورتیکول‌های کوچک‌تر از ۲ سانتی‌متر کاربرد دارد.

ب: نادرست است؛ دیورتیکولکتومی همراه با میوتومی برای دیورتیکول‌های بزرگ‌تر از ۵ سانتی‌متر اندیکاسیون دارد.

د: نادرست است؛ در دیورتیکول زنگار علامت‌دار که با سرفه، بوی بد دهان و خطر آسپیراسیون همراه است، صرفاً تحت نظر گرفتن بیمار رویکرد درمانی مناسبی نیست.



پاسخ صحیح الف ب ج د

۳۹. مرد ۶۵ ساله با سابقه درد قفسه‌سینه هنگام بلع و احساس گیر کردن غذا مراجعه می‌کند. در بلع باریم یک دیورتیکول با دهانه باز در ناحیه میانی مری دیده می‌شود. CT وجود لنفادنیت مدیاستن را تأیید می‌کند. مانومتری نشان‌دهنده وجود یک

اختلال حرکتی زمینه‌ای است. بهترین اقدام درمانی کدام است؟

الف) صرفاً درمان طبی و پیگیری چون اغلب این ضایعات بدون علامت هستند.

ب) دیورتیکولوپکسی بدون نیاز به بررسی مانومتریک

ج) دیورتیکولکتومی همراه با میوتومی طولانی مری در صورت وجود اختلال حرکتی

د) استفاده از استنت مری برای کاهش فشار و آزادسازی ناحیه درگیر



سطح تست

نوع تست: تصمیم‌گیری (Decision-making)

بررسی گزینه انتخابی

در دیورتیکول‌های میانی مری (Mid-esophageal)، اگر اختلال حرکتی زمینه‌ای (مانند اسپاسم منتشر مری یا DES) وجود داشته باشد، باید همزمان با دیورتیکولکتومی، میوتومی طولانی نیز انجام شود. اصلاح نکردن اختلال حرکتی زمینه‌ای، خطر عود یا لیک از محل آناستوموز را افزایش می‌دهد.

نوع تست: دانشی/ تحلیلی

بررسی گزینه انتخابی

الیاف تحتانی عضلات ابلیک داخلی و ترانسورسوس ابدومینیس، هر دو در مسیر طناب اسپرماتیک قرار گرفته و همراه آن وارد ناحیه اینگوینال می‌شوند. این الیاف با هم ترکیب شده و دو ساختار مهم را ایجاد می‌کنند:

- عضله کرماستر
 - قوس آپونوروتیک (aponeurotic arch) که مرز فوقانی مثلث هسلباخ را می‌سازد.
- این ساختارها در ترمیم‌های جراحی مانند Bassini و Cooper نقش کلیدی دارند.

بررسی سایر گزینه‌ها

الف: نادرست است؛ الیاف فوقانی ابلیک داخلی در تشکیل دیواره قدامی و فوقانی شکم نقش دارند، نه در کف مثلث هسلباخ.
 ب: نادرست است؛ اگرچه بخشی از الیاف عضله ترانسورسوس در پشت غلاف رکتوس قرار می‌گیرند، اما الیاف تحتانی آن وارد مسیر اینگوینال شده و بخش مهمی از ساختارهای این ناحیه را می‌سازند. استفاده از کلمات «همیشه» و «هیچ‌گاه» این گزینه را نادرست می‌کند.
 د: نادرست است؛ الیاف تحتانی ابلیک داخلی در تشکیل عضله کرماستر مشارکت کرده و ارتباط مستقیمی با طناب اسپرماتیک دارند. چسبندگی انحصاری به فاشیای ترانسورسالیس صحیح نیست.

پاسخ صحیح الف ب ج د

۴. در بیماری‌های انسدادی وریدی، تشخیص مسیرهای خون‌رسانی کلترال (کلترال) اهمیت بالینی دارد. کدام گزینه یکی از مکانیسم‌های ایجاد کاپوت مدوزا (caput medusae) را به درستی توضیح می‌دهد؟

الف) افزایش فشار ورید پورت که سبب بازگشت جریان خون از وریدهای پورتال به سمت وریدهای جدار شکم از طریق ورید پارامبیلیکال می‌شود.

ب) افزایش فشار خون سیستمیک که موجب انقباض وریدهای سطحی جدار شکم و برجسته شدن خطوط پوستی می‌شود.
 ج) انسداد ورید اجوف فوقانی (SVC) که موجب گسترش شبکه وریدی اطراف ناف و افزایش بازگشت خون از احشاء به دیواره قدامی شکم می‌شود.

د) انسداد لنفاتیک ناحیه بالای ناف که باعث تجمع لنف و ایجاد ظاهری شبیه به کاپوت مدوزا زیر پوست می‌شود.



سطح تست

نوع تست: تحلیلی

سطح سؤال: متوسط/ تحلیلی
 نوع تست: تحلیلی

بررسی گزینه انتخابی

در هایپرتشن ورید پورت، خون از طریق ورید پارامبیلیکال (واقع در لیگامان گرد کبدی) به سمت وریدهای سطحی جدار شکم بازمی‌گردد، زیرا فشار در این مسیرها کمتر است. این جریان معکوس، سبب اتساع وریدهای اطراف ناف شده و نمای کلاسیک caput medusae را ایجاد می‌کند.

پاسخ صحیح الف ب ج د

۱۷. مرد ۴۵ ساله‌ای با تب خفیف، کاهش وزن، درد مبهم شکم و آسیت مراجعه می‌کند. در معاینه، شکم متسع و درد خفیف منتشر وجود دارد. پاراسنتز: SAAG برابر 8 g/dL ، پروتئین آسیت بالا و غالب سلول‌ها لنفوسیت هستند. محتمل‌ترین علت آسیت کدام است؟

الف) سیروز الکلی همراه با هایپرنتشن پورت و احتباس نمک و آب

ب) نارسایی قلبی احتقانی با فشار وریدی مرکزی بالا و ادم محیطی

ج) سندرم بود-کیاری با انسداد وریدهای کبدی و هیپاتومگالی دردناک

د) پریتونیت توبرکولوز با درگیری مزمن پرده پریتون و آسیت پرپروتئین



سطح تست

نوع تست: Case-based / تحلیلی

تایپ سؤال: ۱ (Case-based)

سطح سؤال: دشوار

نوع تست: تحلیلی

بررسی گزینه انتخابی

مقدار SAAG کمتر از 1 g/dL ، نشان‌دهنده آسیت با گرادیان پایین (low-gradient) است که معمولاً به دلایلی غیر از هایپرنتشن ورید پورت ایجاد می‌شود؛ مانند پریتونیت توبرکولوز، کارسینوماتوز پریتونال، آسیت پانکراتیک یا صفراوی و سندرم نفروتیک. وجود تب خفیف، کاهش وزن، درد مبهم مزمن و غلبه لنفوسیت‌ها در مایع آسیت، قویاً تشخیص پریتونیت توبرکولوز را مطرح می‌کند که به‌طور کلاسیک با آسیت پرپروتئین و SAAG پایین تظاهر می‌یابد.

BOX 44.1 Principal causes of ascites formation categorized by underlying pathophysiology.	
Portal Hypertension Cirrhosis Noncirrhotic • Prehepatic portal venous obstruction • Chronic mesenteric venous thrombosis • Multiple hepatic metastases • Posthepatic venous obstruction: Budd-Chiari syndrome	Obstruction of the lymphatic channels at the base of the mesentery • Gastrointestinal carcinoid tumors
Cardiac Congestive heart failure Chronic pericardial tamponade Constrictive pericarditis	Miscellaneous Bile ascites • Iatrogenic after operations of the liver or biliary tract • Traumatic after injuries to the liver or biliary tract Pancreatic ascites • Acute pancreatitis • Pancreatic pseudocyst Chylous ascites • Disruptions of retroperitoneal lymphatic channels • Iatrogenic during retroperitoneal dissections: retroperitoneal lymphadenectomy, abdominal aortic aneurysmorrhaphy • Blunt or penetrating trauma • Malignant disease • Obstruction of retroperitoneal lymphatic channels • Obstruction of lymphatic channels at the base of the mesentery • Congenital lymphatic abnormalities
Malignant Disease Peritoneal carcinomatosis • Primary peritoneal malignant neoplasms • Primary peritoneal mesothelioma • Serous carcinoma • Metastatic carcinoma • Gastrointestinal carcinomas (e.g., gastric, colonic, pancreatic cancer) • Genitourinary carcinomas (e.g., ovarian cancer) Retroperitoneal obstruction of lymphatic channels • Lymphoma • Lymph node metastases (e.g., testicular cancer, melanoma)	Primary lymphatic hypoplasia Peritoneal infections • Tuberculous peritonitis • Myxedema • Nephrotic syndrome • Serositis in connective tissue disease



سطح تست

نوع تست: تحلیلی / افتراقی

سطح سؤال: متوسط-دشوار
نوع تست: تحلیلی / افتراقی

بررسی گزینه انتخابی

لییوسارکوم رتروپریتوئن:

- شایع ترین سارکوم این ناحیه است.
 - در CT اسکن معمولاً حاوی چربی و اجزای بافت نرم است.
 - به صورت توده های بزرگ با حدود مشخص ظاهر می شود.
 - ساختارهای مجاور را به جای تهاجم مستقیم، جابه جا می کند (برخلاف کارسینومها).
 - اغلب بیماران فاقد علائم سیستمیک هستند.
- تمام این ویژگی ها با شرح حال بیمار مطابقت دارد.

بررسی سایر گزینه ها

الف: نادرست است: لنفوم معمولاً به صورت توده های متعدد لنفاوی یا ضایعات منتشر (sheet-like) بروز می کند و اغلب با علائم سیستمیک همراه است. وجود چربی ماکروسکوپی در ضایعات لنفوم شایع نیست.

ب: نادرست است: این تومورها اغلب در افراد جوان تر دیده می شوند و مشخصه آنها وجود نکروز، خونریزی و افزایش مارکرهای توموری (AFP, β -hCG) است.

ج: نادرست است: این تومورها معمولاً با تهاجم به ساختارهای مجاور همراه هستند و وجود چربی واضح در آنها انتظار نمی رود.

پاسخ صحیح الف ب ج د

۴۹. آقای ۶۰ ساله ای با توده بزرگ رتروپریتوئن مراجعه کرده است. در CT اسکن، توده حدود کاملاً مشخصی دارد، احشای مجاور را جابه جا کرده و شواهدی از متاستاز دوردست ندارد. بیوپسی، تشخیص لیومیوسارکوم با درجه متوسط (intermediate-grade) را تأیید کرده است. توده به کلیه چسبندگی قابل توجهی دارد، اما تهاجم واضحی دیده نمی شود. کدام اقدام درمانی بیشترین شانس کنترل بیماری و بقا را فراهم می کند؟

الف) شیمی درمانی نئوادجوانت برای کوچک کردن توده و سپس جراحی

ب) برداشتن محدود تومور بدون برداشتن ارگان های مجاور

ج) رزکسیون کامل ماکروسکوپی (R0/R1) همراه با برداشتن en bloc ارگان چسبیده

د) رادیوتراپی به تنهایی، به دلیل ریسک بالای جراحی های وسیع



سطح تست

نوع تست: تصمیم گیری

سطح سؤال: خیلی دشوار
نوع تست: تحلیلی / تصمیم گیری

محتویات آن نیست.

د: نادرست است؛ عصب فمورال (Femoral nerve) هیچ شاخه‌ای به کانال اینگوینال نمی‌دهد و مسیر آن کاملاً از این ناحیه مجزاست.

پاسخ صحیح الف ب ج د

۶. بیماری با یک برآمدگی کوچک و حساس در کشاله ران مراجعه کرده است. توده در لمس سفت است و بیمار علائم انسداد روده ندارد. در معاینه مشخص می‌شود که تنها بخشی از دیواره آنتی‌مزانتیری روده در ساک هرنی گیر افتاده و لومن روده باز است. محتمل‌ترین نوع هرنی کدام است؟

الف) هرنی اینگوینال مستقیم
ب) هرنی ریختر (Richter's hernia)
ج) هرنی فمورال
د) هرنی اینگوینال غیرمستقیم



سطح تست

نوع تست: Case-based / نکته‌ای کلیدی

تایپ سؤال: ۱. (نکته‌ای کلیدی)
سطح سؤال: متوسط

نوع تست: case based

بررسی گزینه انتخابی

تظاهر بالینی که در آن تنها بخشی از دیواره آنتی‌مزانتیری روده بدون ایجاد انسداد کامل گیر افتاده است، مشخصه هرنی ریختر است. این هرنی به دلیل عدم انسداد کامل، ممکن است دیر تشخیص داده شود و با خطر بالای استرانگولاسیون و گانگرن جدار روده همراه است.

بررسی سایر گزینه‌ها

الف: نادرست است؛ درگیری ناکامل جدار روده مشخصه هرنی اینگوینال مستقیم نیست.
ج: نادرست است؛ هرنی فمورال ریسک بالایی برای اینکارسریشن و استرانگولاسیون دارد که معمولاً با انسداد کامل روده همراه است؛ بنابراین با شرح حال بیمار مطابقت ندارد.
د: نادرست است؛ هرنی اینگوینال غیرمستقیم معمولاً یک لوپ کامل از روده را درگیر می‌کند و احتمال انسداد در آن بالاست، در حالی که در این بیمار تنها بخشی از جدار روده درگیر شده است.

پاسخ صحیح الف ب ج د

۷. مردی با توده کشاله ران مراجعه کرده است. در معاینه، علائم کلاسیک هرنی مانند احساس ضربه (impulse) با سرفه یا ارتباط واضح با کانال اینگوینال وجود ندارد و توده بیشتر به صورت یک برجستگی موضعی لمس می‌شود. در این شرایط، کدام یک از موارد زیر مهم‌ترین تشخیص افتراقی غیرهرنیایی برای توده کشاله ران است؟

الف) هرنی اینگوینال غیرمستقیم با کیسه هرنی کوچک

ب) هرنی فمورال اینکارسره

ج) هرنی اینگوینال مستقیم با دیفکت وسیع در دیواره خلفی

د) آنوریسم یا سودوآنوریسم شریان فمورال

TABLE 45.2 Incisional hernia staging system.

Stage I Risk: low recurrence, low SSO	<10 cm, clean
Stage II Risk: moderate recurrence, moderate SSO	<10 cm, contaminated 10–20 cm, clean
Stage III Risk: high recurrence, high SSO	≥10 cm, contaminated Any ≥20 cm

SSO, Surgical site occurrence.

بررسی سایر گزینه‌ها

الف: نادرست است؛ Stage I تنها برای نقص‌های کوچک‌تر از ۱۰ سانتی‌متر در زمینه زخم تمیز تعریف می‌شود. وجود آلودگی، بیمار را از این گروه خارج می‌کند.

ب: نادرست است؛ در این سیستم طبقه‌بندی، وضعیت آلودگی زخم یکی از دو معیار اصلی تعیین مرحله است و نمی‌توان آن را نادیده گرفت.

د: نادرست است؛ Stage III برای نقص‌های بسیار بزرگ (≤ 20 سانتی‌متر) یا نقص‌های بزرگ (≤ 10 سانتی‌متر) در زمینه زخم آلوده تعریف می‌شود. در این بیمار، عرض نقص تنها ۸ سانتی‌متر است، بنابراین با وجود آلودگی، در گروه پرخطر قرار نمی‌گیرد و همچنان در Stage II طبقه‌بندی می‌شود.

پاسخ صحیح الف ب ج د

۲۶. بیماری ۵۸ ساله با BMI=۳۴ و سابقه COPD، به‌دلیل برآمدگی پیشرونده در محل اسکار جراحی قبلی مراجعه کرده است. معاینه نشان‌دهنده یک هرنی اینسیزیونال متوسط است. کدامیک از گزینه‌های زیر بیشترین نقش را در ایجاد هرنی اینسیزیونال در این بیمار دارد؟

الف) نوع نخ استفاده‌شده در جراحی اولیه از نوع مونوفیلament بوده است.

ب) وجود چاقی و افزایش فشار داخل شکمی ناشی از بیماری زمینه‌ای ریوی

ج) سابقه جراحی از طریق برش پارامیدیان به‌جای میدلاین

د) وجود دیستازی رکتوس در معاینه شکم



سطح تست

نوع تست: تحلیلی / افتراقی

سطح سؤال: متوسط
نوع تست: تحلیلی / افتراقی

ناشتایی ارتباطی ندارد.

د: نادرست است؛ کاهش تون پیلور بر سرعت تخلیه معده تأثیر می‌گذارد، اما باعث اختلال در تولید امواج آهسته نمی‌شود. مشکل اصلی بیمار، اختلال در هماهنگی الکتریکی معده است.

پاسخ صحیح الف ب ج د

۱۵. بیمار ۵۵ ساله پس از پانکراتیکودئودنکتومی (Whipple) از احساس پری طولانی مدت بعد از غذا، تهوع و باقی ماندن مواد غذایی در معده شکایت دارد. بررسی‌ها نشان می‌دهد که تخلیه جامدات مختل شده اما تخلیه مایعات نسبتاً طبیعی است.

کدام توضیح فیزیولوژیک زیر بیشترین انطباق را با یافته‌های بیمار دارد؟

الف) کاهش رفلکس‌های واگال باعث تخلیه سریع مایعات و تأخیر در تخلیه جامدات شده است.

ب) افزایش تون پیلور به دلیل قطع رشته‌های سمپاتیک موجب انقباض ناکافی فوندوس می‌شود.

ج) اختلال در امواج آهسته معده موجب کاهش توان انقباضی آنتروم برای خرد کردن جامدات شده است.

د) افزایش آزادسازی CCK در پاسخ به چربی‌ها باعث تخلیه سریع جامدات و تأخیر در تخلیه مایعات می‌شود.



سطح تست

نوع تست: Case-based / تحلیلی

سطح سؤال: متوسط

نوع تست: تحلیلی / Case based

بررسی گزینه انتخابی

پس از جراحی ویپل (Whipple)، تقریباً همیشه میزانی از آسیب به عصب واگ (دنرویشن واگال) رخ می‌دهد. این آسیب منجر به موارد زیر می‌شود:

۱. کاهش رفلکس پذیرنده و اکامودیشن معده که باعث سیری زودرس می‌شود.

۲. تخلیه سریع مایعات به دلیل شل شدن پیلور و نبود مهار واگال.

۳. اختلال در عملکرد آنتروم و کاهش توانایی آن در خرد کردن مواد جامد که به تأخیر در تخلیه جامدات می‌انجامد.

این الگوی ترکیبی دقیقاً با علائم بیمار مطابقت دارد.

بررسی سایر گزینه‌ها

ب: نادرست است؛ رشته‌های سمپاتیک بر تون پیلور مؤثرند، اما اختلال در آنها معمولاً باعث شل شدن پیلور می‌شود، نه افزایش تون آن. علت اصلی مشکل این بیمار، آسیب عصب واگ است، نه اختلال سمپاتیک.

ج: نادرست است؛ اختلال در سلول‌های ICC یا امواج آهسته معمولاً تخلیه مواد جامد و مایع، هر دو را مختل می‌کند. در حالی که الگوی مشاهده شده در این بیمار (اختلال در تخلیه جامدات و طبیعی بودن تخلیه مایعات) با آسیب عصب واگ سازگاری بیشتری دارد.

د: نادرست است؛ کوله سیستوکینین (CCK) تخلیه مواد جامد و مایع را کند می‌کند و نمی‌تواند علت تسریع تخلیه مایعات در این بیمار باشد.

پاسخ صحیح الف ب ج د

۱۶. بیماری ۴۲ ساله با دیابت نوع ۱ و سابقه طولانی هایپرگلیسمی نوسانی، با تهوع مزمن، استفراغ، سیری زودرس و کاهش

بررسی سایر گزینه‌ها

- الف: نادرست است؛ رژیم سه‌گانه استاندارد حاوی کلاریترومایسین فقط در مناطقی با مقاومت پایین و بدون سابقه مصرف ماکرولید توصیه می‌شود؛ در این بیمار خطر شکست درمان بالاست.
- ج: نادرست است؛ این ترکیب (PPI + آموکسی‌سیلین + مترونیدازول) بدون بیسموت و بدون کلاریترومایسین، در گایدلاین ذکر نشده و شواهد کافی برای ریشه‌کنی مناسب در خط اول ندارد.
- د: نادرست است؛ ترکیب PPI با H₂-blocker رژیم ضداسید است و علیه H. pylori اثری ندارد؛ حداکثر برای کنترل علائم به کار می‌رود و درمان اتیلوژیک محسوب نمی‌شود.

پاسخ صحیح الف ب ج د

۲۸. بیمار ۶۵ ساله با سابقه مصرف طولانی NSAID به علت آرتروز، با هماتمزی خفیف و ملنا مراجعه می‌کند. اندوسکوپی طی ۱۲ ساعت اول انجام می‌شود و وجود یک رگ قابل مشاهده (visible vessel) در کف اولسر معده گزارش می‌گردد. براساس طبقه‌بندی Forrest، این یافته در کدام دسته قرار می‌گیرد و مناسب‌ترین اقدام اولیه کدام است؟
- الف) Forrest III / درمان دارویی استاندارد با PPI کافی است.
- ب) Forrest IIa / اندوسکوپی درمانی با کوآگولاسیون یا کلیپ توصیه می‌شود.
- ج) Forrest Ib / تزریق اپی نفرین به تنهایی کافی است.
- د) Forrest IIc / نیازی به مداخله ندارد و تنها پایش لازم است.



سطح تست

نوع تست: تحلیلی / تصمیم‌گیری

تایپ سؤال: ۲ (تحلیلی) / پیش‌بینی رفتاری و تصمیم‌گیری درمانی / سطح سؤال: دشوار / نوع تست: تحلیلی / تصمیم‌گیری

بررسی گزینه انتخابی

- وجود رگ قابل رؤیت (visible vessel) در طبقه‌بندی فارست (Forrest IIa) قرار می‌گیرد. این ضایعه پرخطر محسوب می‌شود و احتمال خونریزی مجدد آن ۵۰٪ است. بنابراین، درمان فعال آندوسکوپی (مانند کوآگولاسیون، کلیپ یا اسکلروتراپی) ضروری است و در ادامه، درمان با دوز بالای PPI باید شروع شود.

TABLE 49.4 Forrest classification of stigmata of recent hemorrhage on endoscopic examination of peptic ulcers and relative prevalence.

STIGMATA OF RECENT HEMORRHAGE	FORREST CLASSIFICATION	PREVALENCE	RISK OF REBLEEDING
Active bleeding			
Active spurting	IA	10%	90%
Active oozing	IB	10%	10%-20%
Recent hemorrhage			
Nonbleeding, visible vessel	IIA	25%	50%
Adherent clot	IIB	10%	25%-30%
Flat pigmented spot	IIC	10%	5%-10%
No signs of hemorrhage			
Clean-based ulcer	III	35%	3%-5%

Adapted from Katschinski B, Logan R, Davies J, et al. Prognostic factors in upper gastrointestinal bleeding. Dig Dis Sci. 1994; 39(4):706-712.

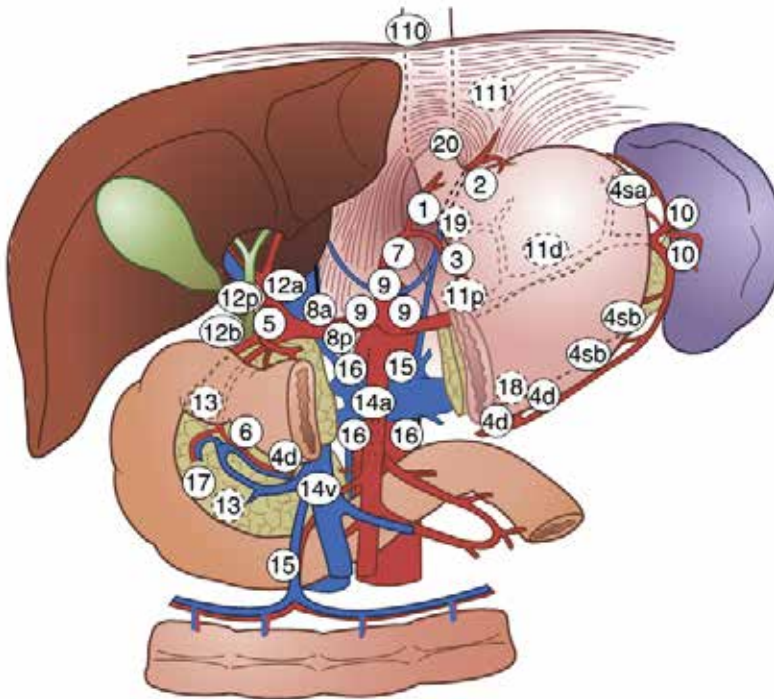


FIG. 49.26 Lymph node station numbers as defined by the Japanese Gastric Cancer Association. (From Japanese Gastric Cancer Association. Japanese Classification of Gastric Carcinoma, 2nd English edition. *Gastric Cancer*. 1998;1:10–24.)

بررسی سایر گزینه‌ها

ب: نادرست است؛ ایستگاه 8a (شریان کامین هپاتیک) جزو لنفادنکتومی D2 محسوب می‌شود.

ج: نادرست است؛ ایستگاه ۱۳ (خلف پانکراس) در محدوده برداشت D2 یا حتی وسیع‌تر قرار دارد.

د: نادرست است؛ ایستگاه ۱۶ (پارا آئورتیک) به لنفادنکتومی D3 تعلق دارد و برداشت آن در جراحی‌های روتین انجام نمی‌شود.

پاسخ صحیح الف ب ج د

۶۴. بیمار ۵۹ ساله‌ای مبتلا به آدنوکارسینوم معده است. در CT اسکن، شواهدی از درگیری دیواره خلفی معده و تماس وسیع

تومور با پانکراس مشاهده می‌شود، اما متاستاز دوردست وجود ندارد. سونوگرافی اندوسکوپی (EUS) تومور را T4 و چندین

غده لنفاوی را مشکوک گزارش می‌کند. بهترین اقدام درمانی اولیه برای این بیمار چیست؟

الف) تلاش برای گاسترکتومی وسیع همراه با برداشتن پانکراس برای دستیابی به رزکسیون R0

ب) شروع شیمی درمانی نئوادجوانت با هدف افزایش احتمال رزکسیون R0 و سپس ارزیابی مجدد

ج) انجام گاسترکتومی تسکینی (palliative) برای پیشگیری از انسداد در آینده

د) پیگیری با تصویربرداری و به تعویق انداختن درمان تا مشخص شدن سیر بیماری

بررسی گزینه انتخابی

ضایعه دیولا فوی (Dieulafoy's lesion) یک شریان ساب موکوزال با قطر غیرطبیعی (۱ تا ۳ میلی متر) است که دچار آروزیون شده و بدون وجود اولسر زمینه‌ای، باعث خونریزی شدید می‌شود. مشخصات کلاسیک آن شامل عدم وجود زخم مشخص، مشاهده شریان برجسته، خونریزی شدید و متناوب و نیاز به درمان اندوسکوپی (مانند هموکلپ، APC یا پروب حرارتی) است. این ویژگی‌ها با سناریوی بیمار مطابقت کامل دارد.

بررسی سایر گزینه‌ها:

الف: نادرست است؛ پارگی مالوری-وایس در محل اتصال معده به مری (GE junction) رخ می‌دهد، به صورت یک پارگی طولی در مخاط است و شریان بزرگ ساب موکوزال در آن دیده نمی‌شود. این ضایعه معمولاً خودبه خود محدود می‌شود.
ج: نادرست است؛ سرطان نوع بورمن II یک تومور زخمی شونده و قارچی شکل با لبه‌های برجسته است، نه ضایعه‌ای بدون اولسر.
د: نادرست است؛ GIST معمولاً به صورت یک توده ساب موکوزال تظاهر می‌کند و گرچه ممکن است خونریزی دهد، اما در آندوسکوپی اغلب یک توده مشخص دیده می‌شود، نه یک شریان منفرد قابل رؤیت. برای تشخیص آن نیز EUS ضروری است.

پاسخ صحیح الف ب ج د

۸۶. بیمار ۶۰ ساله با کاهش وزن، تهوع مزمن و ادم محیطی مراجعه کرده است. در آندوسکوپی، چین‌های بزرگ و ضخیم معده در فوندوس و تنه (body) دیده می‌شود، در حالی که آنتروم نمای طبیعی دارد. بیوپسی، هایپرپلازی شدید فوئولار و کاهش تعداد سلول‌های پاریتال را نشان می‌دهد. سطح آلبومین بیمار پایین و تست هلیکوباکتر پیلوری مثبت است. مناسب‌ترین اقدام درمانی اولیه کدام است؟

الف) شروع درمان سه‌گانه برای ریشه‌کنی هلیکوباکتر پیلوری

ب) انجام گاسترکتومی توتال به دلیل خطر بالای بدخیمی

ج) شروع شیمی درمانی با رژیم R-CHOP به دلیل احتمال لنفوم معده

د) رزکسیون آندوسکوپی (EMR) برای کنترل ضخامت چین‌ها



سطح تست

نوع تست: تحلیلی / افتراقی

تایپ سؤال: ۶ (افتراقی)

سطح سؤال: متوسط

نوع تست: تحلیلی

بررسی گزینه انتخابی

شرح حال و یافته‌ها کاملاً با بیماری منتری (Ménétrier's disease) تطابق دارد چین‌های ضخیم در فوندوس و تنه معده، هایپرپلازی فوئولار، کاهش سلول‌های پاریتال، هایپوآلبومینمی ناشی از گاستروپاتی از دست دهنده پروتئین (protein-losing gastropathy) و ارتباط شناخته شده با عفونت هلیکوباکتر پیلوری. در بزرگسالان، خط اول درمان، ریشه‌کنی هلیکوباکتر پیلوری است، زیرا بسیاری از بیماران به این درمان پاسخ بالینی و بافت‌شناسی مناسبی می‌دهند.

بررسی سایر گزینه‌ها

ب: نادرست است؛ گاسترکتومی تنها در موارد عدم پاسخ به درمان دارویی یا در صورت بروز دیسپلازی یا کارسینوم توصیه