



آزمون‌های تمرینی

Question Bank

سطر به سطر میکرو طبقه بندی شده

جراحه ۳

۶۶۰ سؤال شناسنامه دار با پاسخ تشریحی به سؤالات دستیاری، پرانترنی
پره تست لارنس، ارتقاء و بورد جراحی تمام قطب‌های کشور تا اردیبهشت ۱۴۰۴

گردآورنده:
دکتر کامران احمدی



فهرست

۱۹

۱.....پستان

۲۰

۲۵.....بیماری‌های آندوکراین

۲۱

۷۷.....پیوند اعضا

۲۲

۹۰.....انکولوژی

۲۳

۱۰۷.....جراحی اطفال

۲۴

۱۵۴.....جراحی پلاستیک

۲۵

۱۶۷.....بیماری‌های قفسه سینه

۲۶

۱۸۲.....جراحی اعصاب

۲۷

۱۹۷.....بیماری‌های عروقی

۲۳۳.....ضمیمه



Preview

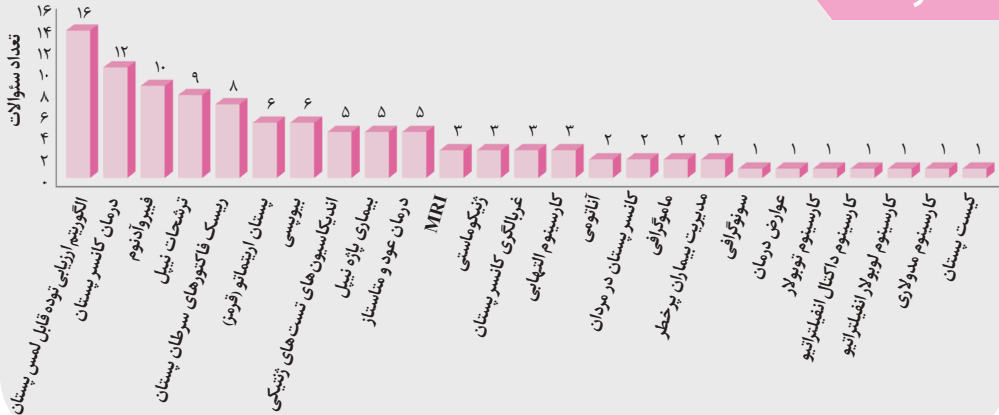
نمودار کلی سؤالات جراحی ۳ بر اساس اهمیت هر فصل

تعداد کل سؤالات: ۶۶۰



Preview

تعداد سؤالات: ۱۰۹



● عصب لانگ توراسیک

۱- عصب لانگ توراسیک، عصب حرکتی عضله سراتوس قدامی است.

۲- عملکرد عضله سراتوس قدامی، عبارتند از:

الف) ابداکشن و روتیشن خارجی اسکاپولا

ب) نگهداری اسکاپولا در کنار قفسه سینه

۳- آسیب به عصب لانگ توراسیک ممکن است در حین ماستکتومی یا دایسکشن آگزیرا رخ داده و موجب ایجاد **Winged Scapula** شود.

۴- فقدان عملکرد عضله سراتوس قدامی موجب محدودیت در بالا بردن دست بالاتر از شانه می شود.

● عصب توراکودورسال

۱- در خلف فضای آگزیلاری قرار داشته و به عضله لاتیسیموس دورسی عصبدهی می کند.

۲- وظایف عضله لاتیسیموس دورسی، عبارتند از:

الف) اداکشن

● آناتومی

۱- پس از دایسکشن آگزیرا در بیمار مبتلا به کانسر پستان، عارضه **Winged Scapula** رخ داده است، احتمال آسیب به کدام عصب وجود دارد؟

(امتحان درون دانشگاهی)

الف) Thorachodorsal (ب) Long thoracic

ج) Medial pectoral (د) Lateral pectoral

📌 **آگزیرا:** آگزیرا یک منطقه هرمی شکل بین اندام فوقانی و توراکس بوده که حاوی شبکه غنی از ساختارهای نورواسکولار و لنفاتیک بوده و در یک لایه متراکم از بافت همبندی تحت عنوان غلاف آگزیلاری قرار دارد.

۲ عصب حرکتی شبکه براکیال (اعصاب لانگ توراسیک و توراکودورسال) در آگزیرا قرار دارند. اعصاب لانگ توراسیک، توراکودورسال و اینترکوستوبراکیال ارتباط نزدیکی با فضای آگزیلاری و پستان دارند.

۲- بیماری پس از جراحی ماستکتومی رادیکال مدیفیه دچار بی حسی قسمت فوقانی داخلی بازو شده است. کدام عصب در حین جراحی آسیب دیده است؟

(ارتقاء جراحی - تیر ۱۴۰۰)

الف) Intercostobrachial nerve

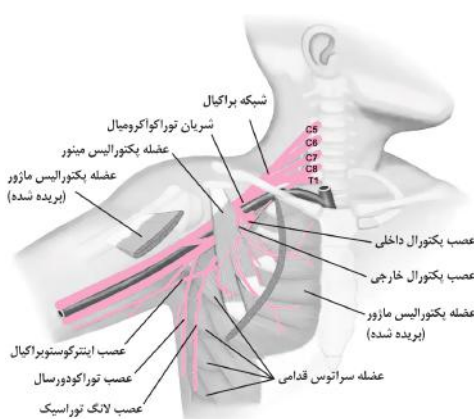
ب) Lateral cutaneous nerve

ج) Cervical plexus

د) Thoracodorsal nerve

به پاسخ سؤال ۱ مراجعه شود.

الف ب ج د



اعصاب ناحیه آگزila

۳- ژنیکوماستی یعنی چه و به چه علت ایجاد می‌گردد؟

(پراثرنی اسفند ۹۳ - دانشگاه آزاد اسلامی)

الف) بزرگی پستان در مردان و به علت افزایش تستوسترون

ب) بزرگی پستان در مردان و به علت افزایش نسبی

استروژن خون به تستوسترون

ج) بزرگی پستان در دختران در سن بلوغ به علت افزایش

استروژن

د) بزرگی پستان در زنان یائسه به علت کاهش استروژن

ژنیکوماستی

ژنیکوماستی فیزیولوژیک

● ژنیکوماستی فیزیولوژیک در نوجوانان: ژنیکوماستی

فیزیولوژیک در بیش از نیمی از پسران نوجوان رخ می‌دهد. در ژنیکوماستی فیزیولوژیک نوجوانان، به علت

افزایش فیزیولوژیک استرادیول نسبت به تستوسترون، پستان‌ها ممکن است به طور نامتقارن (آسیمتریک) رشد

کرده و دارای تندرنس باشند. ژنیکوماستی فیزیولوژیک در نوجوانان معمولاً تا ۲۰ سالگی خودبه‌خود بهبود می‌یابد.

👉 نکته: گاهی اوقات رشد استروما و اپی‌تلیال بافت پستان پس از بلوغ در دختران ادامه یافته و موجب

بزرگی بیش از حد پستان‌ها می‌شود که به آن هیپرتروفی Adolescent یا Juvenile می‌گویند. در اغلب موارد، این

وضعیت در شرایط هورمونی طبیعی رخ می‌دهد.

● ژنیکوماستی فیزیولوژیک در مردان مُسن: ژنیکوماستی

فیزیولوژیک در مردان مُسن نیز شایع بوده و با بزرگی

ب) اکستنشن

ج) روتیشن داخلی بازو

۳- این عصب در طی جراحی آگزilاری در خطر آسیب

قرار دارد.

● عصب مدیال پکتورال

۱- از طناب مدیال شبکه براکیال منشاء می‌گیرد و به عضلات پکتورال مایور و مینور عصب‌دهی می‌کند.

۲- گاهی در سمت لترال عضله پکتورال مینور قرار داشته و به همین علت در طی دایسکشن آگزilاری آسیب‌پذیر است.

● عصب اینترکوستوبراکیال

۱- شاخه لترال کوتانئوس اعصاب بین‌دنده‌ای اول و دوم است.

۲- عصب‌دهی پوست بخش داخلی قسمت فوقانی بازو و آگزila را به عهده دارد (۱۰۰٪ امتحانی).

۳- تلاش برای حفظ این عصب در طی دایسکشن آگزila باید انجام شود ولی اگر در مسیر نمونه‌گیری قرار داشت می‌توان آن را قطع کرد. بیماران دچار بی‌حسی یا پarestزی در بخش داخلی قسمت فوقانی بازو شده که به تدریج بهتر می‌شود. (گایدلاین جراحی ۳ - صفحه ۲)

الف ب ج د

(ج) بررسی کروموزومی برای این بیمار ضروری است.
(د) چون در بلوغ رخ داده است، نیاز به بررسی یا درمان خاصی ندارد.

ژنیکوماستی با شیوع کمتر ممکن است به علت مصرف برخی داروها، اختلالات کبدی، کلیوی و آندوکراین رخ دهد. همچنین پاسخ سؤال ۳ مراجعه شود.

الف ب ج د

ریسک فاکتورهای سرطان پستان

۶- کدامیک از گزینه‌های زیر ریسک فاکتور سرطان

پستان نیست؟ (پرانترنی شهریور ۹۶ - دانشگاه آزاد اسلامی)

(الف) HRT طولانی مدت

(ب) منارک زیر ۱۲ سال

(ج) سن اولین زایمان زنده بیش از ۳۰ سالگی

(د) تعداد بیوپسی‌های انجام شده به دلیل بیماری

به جدول صفحه بعد مراجعه شود.

(گایدلاین جراحی ۳ - صفحه ۴)

الف ب ج د

۷- کدامیک از گزینه‌های زیر از عوامل خطر سرطان

پستان است؟

(پرانترنی شهریور ۹۴ - قطب ۵ کشوری [دانشگاه شیراز])

(الف) سن بالای مادر در اولین تولد زنده

(ب) فعالیت ورزشی شدید و مداوم

(ج) یائسگی زودرس

(د) شیردهی

به پاسخ سؤال ۶ مراجعه شود.

الف ب ج د

۸- تمام عوامل زیر از ریسک فاکتورهای کانسر پستان

هستند، بجز:

(پرانترنی شهریور ۹۷ - قطب ۱ کشوری [دانشگاه گیلان و مازندران])

(الف) سن بالا در اولین حاملگی

(ب) زایمان زودرس

(ج) منارک زودرس

یک طرفه یا دوطرفه به همراه تندرنس پستان تظاهر می‌یابد. ژنیکوماستی در افراد مُسن به علت هیپراستروژنیسم نسبی (به علت کاهش تستوسترون پلاسما و افزایش تبدیل آندروژن به استروژن در بافت‌های محیطی) رخ می‌دهد. اگر توده قابل لمس وجود نداشته و یا فرد بی‌علامت باشد، نیاز به اقدام بیشتری نبوده و شرح حال و معاینه بالینی بیمار کافی است.

ژنیکوماستی پاتولوژیک: ژنیکوماستی با شیوع کمتر ممکن است به علت مصرف برخی داروها، اختلالات کبدی، کلیوی و آندوکراین رخ دهد.

درمان: ژنیکوماستی متناسب با اتیولوژی و علائم آن، درمان می‌شود. (گایدلاین جراحی ۳ - صفحه ۳)

الف ب ج د

۴- پسر بچه ۱۴ ساله با احساس تورم، سفتی و درد

مختصر در پستان راست به همراه مادرش به درمانگاه

مراجعه نموده است. در معاینه حدود ۲ cm سفتی

یکنواخت اطراف نیپل راست مشهود است؛ اقدام

مناسب بعدی کدام است؟

(پرانترنی اسفند ۹۳ - قطب ۷ کشوری [دانشگاه اصفهان])

(الف) سونوگرافی

(ب) اطمینان دادن به بیمار و والدینش

(ج) FNA از توده پستان

(د) درخواست آزمایشات هورمونی

به پاسخ سؤال ۳ مراجعه شود.

الف ب ج د

۵- مرد ۲۵ ساله‌ای با بزرگی پستان راست که در معاینه

حدود ۴ سانتی‌متر حدس زده می‌شود، مراجعه نموده

است. بزرگی پستان همزمان با بلوغ شروع شده و

مراحل بلوغ طبیعی بوده است. در معاینه، بافت پستان

نرم و یکنواخت بوده اما تندرنس خفیفی دارد. بیمار

داروی خاصی مصرف نمی‌کند. در مورد این بیمار، کدام

گزینه صحیح است؟ (بورد جراحی - شهریور ۸۸)

(الف) باید عملکرد کبدی و کلیوی و هورمون‌های مرتبط

بررسی شود.

(ب) چون بیش از ۲ سانتی‌متر است، حتماً باید رزکسیون و

بررسی بافتی صورت گیرد.

ریسک فاکتورهای کانسریستان (مربوط به پاسخ سؤال ۶)	
خطر نسبی	عوامل
□ بیشتر از ۴	- جنس مؤنث - سن (بالای ۶۵ سال در مقایسه با کمتر از ۶۵ سال) اگرچه خطر در همه سنین تا ۸۰ سالگی افزایش می‌یابد. - موتاسیون‌های ژنتیکی ارثی کانسریستان (BRCA1 و یا BRCA2) - ابتلاء ۲ یا بیشتر از بستگان درجه اول به کانسریستان در سنین پائین - سابقه شخصی کانسریستان - بافت پستان با دانسیته بالا - هیپرپلازی آتپیک تائیدشده با بیوپسی
□ ۲/۱-۴	- ابتلاء یکی از بستگان درجه اول به سرطان پستان - رادیاسیون با دوز بالا به قفسه سینه - تراکم بالای استخوان (بعد از یائسگی)
□ ۱/۱-۲	عواملی که هورمون‌های در گردش را تحت تأثیر قرار می‌دهد - سن بالا در اولین حاملگی فول ترم (بیشتر از ۳۰ سال) - منارک زودرس (قبل از ۱۲ سالگی) - یائسگی دیررس (بعد از ۵۵ سالگی) - نداشتن حاملگی فول ترم - فقدان شیردهی - مصرف اخیر قرص‌های جلوگیری از حاملگی - استفاده اخیر و طولانی مدت از HRT
□ سایر فاکتورها	- چاقی (بعد از یائسگی) - سابقه شخصی کانسر اندومتر، تخمدان یا کولون - مصرف الکل - قد بلند - وضعیت اجتماعی - اقتصادی بالا - نژاد یهودی

به پاسخ سؤال ۶ مراجعه شود.

(د) یائسگی دیررس

الف ب ج د

به پاسخ سؤال ۶ مراجعه شود.

الف ب ج د

۱۰- خانم ۴۲ ساله‌ای که مادر و خواهرش به سرطان پستان مبتلا شده‌اند، در مورد احتمال ابتلا به این بیماری با شما مشورت می‌کند. وی یک زایمان در ۳۲ سالگی داشته و تاکنون دو بار تحت بیوپسی پستان قرار گرفته که هر دو نوبت منفی بوده، اما در یک نوبت هیپرپلازی آتپیک گزارش شده است. تمام موارد زیر احتمال خطر ابتلای وی به سرطان پستان را افزایش می‌دهد، بجز:

(الف) سن اولین حاملگی

(پراترنی - اسفند ۹۱)

۹- کدام عامل زیر شانس بروز سرطان پستان در یک خانم را افزایش می‌دهد؟

(پراترنی - اسفند ۹۷ - قطب ۹ کشوری / دانشگاه مشهد)

(الف) فعالیت‌های ورزشی

(ب) منارک دیررس

(ج) نازایی

(د) دوره شیردهی طولانی مدت

۱۳- خانم ۴۷ ساله‌ای که اخیراً خواهر خود را به علت کانسر پستان در سن ۳۵ سالگی از دست داده است، برای غربالگری کانسر پستان مراجعه کرده است. معاینه طبیعی بوده و در ماموگرافی توده‌ای مشاهده نشده اما **دانشیته بافت پستان** بالا گزارش شده است. سن اولین بارداری **۳۱ سالگی** بوده و **شیردهی کامل** انجام شده است؛ کدامیک از موارد زیر عامل خطر مهم‌تری برای بروز کانسر پستان در این فرد است؟ (امتحان درون دانشگاهی)

- الف) بروز کانسر در خواهر بیمار
ب) سن اولین حاملگی
ج) سابقه شیردهی کامل
د) دانشیته بالای بافت پستان

خطر نسبی ابتلا به کانسر پستان در بیماران با بافت پستان با دانشیته بالا بیشتر از ۴ بوده و از سایر گزینه‌ها بیشتر است. همچنین به پاسخ سؤال ۶ مراجعه شود.

الف) ب) ج) د)

اندیکاسیون‌های تست‌های ژنتیکی

۱۴- در تمام موارد زیر انجام **تست‌های ژنتیکی** جهت بررسی کانسر پستان توصیه می‌شود، بجز:

- (پراثرنی شهرپور ۹۳- قطب ۷ کشوری [دانشگاه اصفهان])
الف) خانمی که ۲ خواهر وی قبل از ۵۰ سالگی مبتلا به کانسر تخمدان شده‌اند.
ب) خانمی که ۲ خواهر وی قبل از ۵۰ سالگی مبتلا به کانسر پستان شده‌اند.
ج) مردی که مبتلا به کانسر پستان شده است.
د) خانمی که ۲ خواهر وی قبل از ۵۰ سالگی مبتلا به کانسر رحم شده‌اند.

ژنتیک: ۵٪ تا ۱۰٪ از مبتلایان به کانسر پستان، دارای موتاسیون‌های ژنتیکی خانوادگی هستند که مهمترین آنها عبارتند از:

- ۱- ژن **BRCA1** در بازوی بلند کروموزوم ۱۷ قرار دارد.
۲- ژن **BRCA2** در بازوی بلند کروموزوم ۱۳ قرار دارد.
توجه: در حاملین موتاسیون **BRCA**، ریسک کانسر پستان ۳۶٪ تا ۸۵٪ بوده و ریسک کانسر تخمدان، ۱۶٪ تا ۶۰٪ است.

- ب) سن فعلی (در زمان مشاوره)
ج) سابقه ابتلای مادر و خواهر
د) هیپرپلازی آتپیک در بیوپسی پستان
به پاسخ سؤال ۶ مراجعه شود.

الف) ب) ج) د)

۱۱- زن ۳۰ ساله‌ای که دارای یک فرزند ۲ ساله بوده، به درمانگاه مراجعه نموده است. وی سابقه ۲ بار بیوپسی فیبروآدنوم پستان داشته و منارک وی در **۱۳ سالگی** بوده و سابقه فامیلی نیز نداشته است. در ۱۴ سالگی سابقه **رادیوتراپی به مدیاستن** به دلیل لنفوم داشته است. کدام مورد زیر جزء ریسک فاکتورهای کانسر پستان در این فرد می‌باشد؟

(ارتقاء جراحی دانشگاه اهواز- تیر ۹۶)

- الف) سن
ب) سابقه بیوپسی قبلی از پستان
ج) سابقه رادیوتراپی به مدیاستن
د) سن شروع اولین قاعدگی

به پاسخ سؤال ۶ مراجعه شود.

الف) ب) ج) د)

۱۲- کدامیک از زنان زیر ریسک بالاتر **کانسر پستان** را دارد؟ (ارتقاء جراحی دانشگاه مشهد- تیر ۹۲)

- الف) خانم ۴۵ ساله بدون سابقه فامیلی که گزارش هیپرپلازی آتپیک در بیوپسی پستان دارد.
ب) خانم ۳۵ ساله با سن اولین حاملگی ۲۱ سال و سابقه کانسر در خواهر بیمار
ج) خانم ۵۲ ساله با سن منارک ۱۲ سالگی بدون سابقه فامیلی
د) خانم ۵۰ ساله با سن اولین حاملگی ۲۳ سال و سابقه کانسر در خاله بیمار

خطر نسبی ابتلا به کانسر پستان در هیپرپلازی آتپیک تأیید شده با بیوپسی بیشتر از ۴ بوده و از سایر گزینه‌ها بیشتر است. همچنین به پاسخ سؤال ۶ مراجعه شود.

الف) ب) ج) د)

۱۶- در کدامیک از موارد زیر نیاز به بررسی ریسک **کانسر ارثی پستان** وجود ندارد؟

(پراترنی میان‌دوره - خرداد ۱۴۰۰)

- (الف) سرطان پستان در مرد ۶۰ ساله
- (ب) سرطان پستان در خانم ۴۸ ساله
- (ج) وجود همزمان کانسر پستان سمت راست و فیبروآدنوم پستان چپ در خانم ۶۰ ساله
- (د) وجود همزمان کانسر پریئونال اولیه در خانم ۶۰ ساله مبتلا به کانسر پستان

به پاسخ سؤال ۱۴ مراجعه شود.

الف ب ج د

۱۷- خانم ۳۵ ساله‌ای با شکایت **توده دردناک پستان سمت راست** از ۳ ماه قبل، مراجعه کرده است. درد بیمار وابسته به سیکل قاعدگی وی می‌باشد. در سابقه فامیلی، **مادر و خاله** بیمار در ۳۰ سالگی دچار **کانسر پستان** گردیده‌اند. معاینه بالینی طبیعی بوده و در ماموگرافی و سونوگرافی یافته غیرطبیعی مشاهده نشد. اقدام مناسب برای این بیمار کدام است؟

(پروتست لارنس)

- (الف) ماستکتومی پروفیلاکتیک یک طرفه
- (ب) تجویز OCP پروفیلاکتیک
- (ج) غربالگری High-risk و مشاوره ژنتیک
- (د) اطمینان دادن به بیمار و تحت نظر گرفتن روتین

به پاسخ سؤال ۱۴ مراجعه شود.

الف ب ج د

۱۸- خانم ۳۶ ساله با درد پستان راست طی ۳ ماه گذشته، مراجعه کرده است. درد حالت دوره‌ای دارد. **مادر و خاله** بیمار، در حدود ۳۰ سالگی دچار کانسر پستان شده بودند. معاینه، ماموگرافی و سونوگرافی طبیعی است؛ مناسب‌ترین اقدام کدام است؟

(دستیاری - اردیبهشت ۱۴۰۱)

- (الف) ماستکتومی پروفیلاکتیک راست
- (ب) پیشگیری دارویی با کنتراستپتو خوراکی
- (ج) مشاوره ژنتیک و اسکرینینگ پرخطر
- (د) دادن اطمینان به بیمار و بررسی مجدد بعد از ۶ ماه

❗ **توجه:** هر دو سمت مادری و پدری باید از نظر سابقه خانوادگی کانسر پستان مورد بررسی قرار گیرند.

👉 **نکته:** سندرم‌های کانسر خانوادگی مثل Li-Fraumeni و Cowden's نیز ریسک کانسر پستان را افزایش می‌دهند. **اندیکاسیون‌های مشاوره ژنتیک:** مواردی که ریسک کانسر ارثی را افزایش داده و اندیکاسیون تست ژنتیک (بررسی موتاسیون 1, 2- BRCA) دارند، عبارتند از (۱۰۰٪ امتحانی):

- ۱- تشخیص کانسر پستان در ۵۰ سالگی و کمتر
 - ۲- تشخیص کانسر پستان Triple-negative در ۶۰ سالگی و کمتر
 - ۳- ابتلا به ۲ یا بیشتر سرطان پستان اولیه
 - ۴- سرطان مهاجم تخمدان یا لوله فالوپ یا کانسر اولیه پریئون
 - ۵- کانسر پستان در مردان
 - ۶- هر تومور مرتبط با کانسر ارثی پستان و تخمدان در هر سنی و در یهودیان اشکنازی
 - ۷- بیمار مبتلا به کانسر پستان که حداقل دارای یکی از بستگان درجه ۱، ۲ یا ۳ با تشخیص کانسر پستان در ۵۰ سالگی یا کمتر است.
 - ۸- سرطان مهاجم تخمدان، لوله فالوپ یا کانسر اولیه پریئون در حداقل یکی از بستگان
 - ۹- کانسر پستان، پروستات و/یا پانکراس در حداقل ۲ نفر از بستگان در هر سنی
- (گایدلاین جراحی ۳ - صفحات ۴ و ۵)

الف ب ج د

۱۵- انجام تست ژنتیکی **BRCA1** و **BRCA2** در تمام موارد زیر الزامی است، بجز: (بورد جراحی - شهریور ۹۰)

- (الف) وجود یک بیمار با کانسر پستان در فامیل بیمار
- (ب) وجود یک بیمار با کانسر تخمدان در فامیل بیمار
- (ج) وجود کانسر پستان و کانسر تخمدان در یک بیمار
- (د) وجود کانسر پستان در مرد

به پاسخ سؤال ۱۴ مراجعه شود.

الف ب ج د

BRCA است، چه روشی برای او ترجیحاً پیشنهاد

می‌شود؟ (ارتقاء جراحی دانشگاه شیراز - تیر ۹۳)

الف) معاینه و ماموگرافی سالیانه همراه با مصرف قرص تاموکسیفن

ب) معاینه و ماموگرافی هر ۶ ماه

ج) معاینه هر ۶ ماه یکبار، MRI سالیانه

د) معاینه و MRI سالی یکبار و مصرف قرص تاموکسیفن

به پاسخ سؤال ۱۹ مراجعه شود.

الف ب ج د

غربالگری کانسر پستان

۲۱- خانم ۵۲ ساله به دنبال ابتلای یکی از دوستانش به کانسر پستان نگران شده و به منظور **غربالگری** با انجام سونوگرافی پستان‌ها نزد شما آمده است. در شرح حال، معاینه و سونوگرافی نکته مثبتی ندارد. سابقه فامیلی مثبت را ذکر نمی‌کند. در مورد ایشان چه توصیه‌ای می‌کنید؟

(پراترنی شهرپور ۹۵ - قطب ۳ کشوری [دانشگاه همدان و کرمانشاه])

الف) تکرار سونوگرافی و معاینه یک سال دیگر

ب) معاینه سالانه توسط جراح و در صورت صلاح دید وی انجام ماموگرافی

ج) ماموگرافی و تصمیم‌گیری براساس آن

د) MRI از پستان

غربالگری کانسر پستان

■ **روش غربالگری:** روش اصلی غربالگری کانسر

پستان، ماموگرافی سالانه است. ماموگرافی، میزان مرگ و میر ناشی از سرطان پستان را ۴۰ تا ۴۵٪ کاهش داده است. معاینه پستان توسط خود بیمار (BSE) به صورت ماهانه به همراه ماموگرافی، Survival کانسر پستان را بالا نمی‌برد. با این وجود در سن زیر ۴۰ سال که غربالگری کانسر پستان انجام نمی‌شود، اغلب کانسر‌ها پس از شکایت بیمار از لمس توده، تشخیص داده می‌شوند.

■ **سن شروع غربالگری:** برای شروع غربالگری،

۳ طیف سنی مطرح است:

● **۴۰ تا ۴۴ سالگی:** ماموگرافی در این دوره اختیاری

است.

به پاسخ سؤال ۱۴ مراجعه شود.

الف ب ج د

مدیریت بیماران پرخطر

۱۹- در مورد مدیریت بیماران پرخطر از نظر **کانسر**

پستان تمام جملات زیر صحیح است، بجز:

(پراترنی شهرپور ۹۳ - قطب ۵ کشوری [دانشگاه شیراز])

الف) ماستکتومی پروفیلاکتیک اندیکاسیون دارد.

ب) اُوفورکتومی پروفیلاکتیک اندیکاسیون دارد.

ج) پیشگیری به وسیله دارو ضروری است.

د) چک کردن BRCA-1,2 برای تمام اعضاء خانواده ضروری است.

■ مدیریت بیماران پرخطر

● **غربالگری:** در بیماران High-risk اقدامات غربالگری

زیر باید انجام شود:

۱- معاینه بالینی پستان هر ۶ ماه

۲- ماموگرافی سالانه

۳- MRI سالانه از ۲۵ سالگی یا براساس پائین‌ترین

سن کانسر پستان در اعضای خانواده

● **پروفیلاکسی:** برای کم کردن ریسک بروز کانسر در افراد High risk می‌توان از روش‌های زیر استفاده کرد:

۱- پروفیلاکسی دارویی: برای این منظور از تاموکسیفن و رالوکسیفن استفاده می‌شود که خطر بروز سرطان پستان را تقریباً ۵۰٪ کاهش می‌دهد.

۲- ماستکتومی پروفیلاکتیک: خطر بروز کانسر پستان را تقریباً ۹۰٪ کاهش می‌دهد.

۳- ماستکتومی و اُوفورکتومی پروفیلاکتیک: خطر بروز کانسر پستان را در زنان قبل از یائسگی تقریباً ۹۵٪ کم می‌کند.

۴- اُوفورکتومی پروفیلاکتیک: خطر بروز کانسر پستان را حدوداً ۵۰٪ و خطر کانسر تخمدان را ۹۰٪ کاهش می‌دهد. (گایدلاین جراحی ۳ - صفحه ۵)

الف ب ج د

۲۰- برای تشخیص زودرس و پیشگیری از سرطان

پستان در یک خانم ۲۷ ساله که حامل موتاسیون

Follow up

۱. **فرورفتگی پوست پستان به علت کشیدگی لیگامان** کوپرا ایجاد شده و ممکن است، نشانه بدخیمی باشد.

۲. **منابع اصلی خونرسانی پستان**، عبارتند از:

الف) شاخه‌های پرفوران شریان پستانی داخلی

ب) شریان توراسیک خارجی

ج) شاخه‌های پکتورال شریان توراكوآکرومیال،

شاخه‌های بین‌دنده‌ای، ساب‌اسکاپولار و

توراكو دورسال

۳. **عصب لانگ توراسیک**، عصب حرکتی عضله سراتوس

قدامی است. آسیب به عصب لانگ توراسیک ممکن

است در حین ماستکتومی یا دایسکشن آگزیرلا رخ

داده و موجب ایجاد **Winged Scapula** شود.

۴. **عصب اینترکوستوبراکیال**، عصب‌دهی پوست بخش

داخلی قسمت فوقانی بازو و آگزیرلا را به عهده دارد.

۵. **ژنیکوماستی فیزیولوژیک** در دو گروه سنی زیر رخ

می‌دهند:

الف) **نوجوانان**: معمولاً تا ۲۰ سالگی خودبه‌خود

رفع می‌شود.

ب) **مردان مسن**: اگر توده قابل لمسی وجود

نداشته باشد یا فرد بی‌علامت باشد، نیاز به اقدام

خاصی ندارد.

۶. **علل ژنیکوماستی پاتولوژیک**، عبارتند از: داروها،

اختلالات کبدی، کلیوی و آندوکراین

۷. **ریسک فاکتورهای با خطر نسبی بیشتر از ۴** برای

کanser پستان، عبارتند از:

• جنس مؤنث

• سن بالای ۶۵ سال

• موتاسیون‌های BRCA1,2

• ابتلاء ۲ یا بیشتر از بستگان درجه اول به کanser

پستان در سنین پائین

• سابقه شخصی کanser پستان

• بافت پستان با دانسیته بالا

• هیپرپلازی آتپیک تأیید شده با بیوپسی

۸. **سایر ریسک فاکتورهای کanser پستان**، عبارتند از:

• ابتلاء یکی از بستگان درجه اول به سرطان پستان

• رادیاسیون با دوز بالا به قفسه سینه

• تراکم بالای استخوان (بعد از یائسگی)

• **۴۵ تا ۵۲ سالگی**: ماموگرافی سالانه در این دوره ضروری است (نکته اصلی سؤال).

• **۵۵ سال و بیشتر**: در این دوره می‌توان هر ۲ سال

یا به صورت سالیانه ماموگرافی انجام داد. ماموگرافی

غریبالگری تا زمانی که فرد سالم بوده و امید به زندگی بالای

۱۰ سال دارد، ادامه می‌یابد. (گایدلاین جراحی ۳ - صفحه ۶)

الف ب ج د

۲۲- **خانم ۳۵ ساله** با معاینه طبیعی و بدون سابقه

فامیلی خاص برای کنترل پستان خود با شما مشورت

می‌کند. کدامیک از روش‌های زیر را به وی توصیه

می‌کنید؟ (پراثرترین شهریور ۹۵ - قطب ۸ کشوری [دانشگاه کرمان])

الف) هر ۳ سال یک بار معاینه توسط پزشک

ب) هر ماه یک بار معاینه توسط خود بیمار و هر ۶ ماه

معاینه توسط پزشک

ج) از ۳۵ سالگی هر سال ماموگرافی

د) از ۴۵ سالگی تا پایان عمر هر سال ماموگرافی

به پاسخ سؤال ۲۱ مراجعه شود.

الف ب ج د

۲۳- **برای غریبالگری سرطان پستان**، کدامیک از

روش‌های زیر توصیه می‌شود؟ (پراثرترین میان‌دوره - آذر ۹۸)

الف) معاینه توسط خود فرد به صورت ماهانه از سن بلوغ

ب) معاینه هر ۳ سال توسط پزشک در سن بالای ۴۰ سال

ج) ماموگرافی سالانه از ۴۵ سالگی

د) سونوگرافی هر ۶ ماه از ۳۵ سالگی

به پاسخ سؤال ۲۱ مراجعه شود.

الف ب ج د

یادداشت:

۱۳ روش اصلی غربالگری کانسر پستان، ماموگرافی سالانه است. غربالگری با ماموگرافی، میزان مرگ و میر ناشی از سرطان پستان را ۴۰ تا ۴۵٪ کاهش داده است.

۱۴ برای شروع غربالگری براساس سن بیمار به صورت زیر عمل می‌کنیم:

(الف) ۴۰ تا ۴۴ سالگی: ماموگرافی در این دوره اختیاری است.

(ب) ۴۵ تا ۵۴ سالگی: ماموگرافی سالانه در این دوره، ضروری است.

(ج) ۵۵ سال و بیشتر: در این دوره می‌توان هر ۲ سال یا به صورت سالانه ماموگرافی انجام داد. ماموگرافی تا زمانی که فرد سالم بوده و امید به زندگی بالای ۱۰ سال دارد، ادامه می‌یابد.

روش‌های تشخیصی

ماموگرافی

۲۴- خانم ۵۰ ساله بدون سابقه فامیلی کانسر پستان برای اولین بار ماموگرافی شده است. ضایعه‌ای در ربع فوقانی خارجی پستان چپ با مختصات BIRAD4 توصیف شده است؛ اقدام مناسب بعدی کدام است؟ (دستیاری - مرداد ۹۹)

(الف) بیوپسی از ضایعه

(ب) سونوگرافی پستان‌ها

(ج) تکرار ماموگرافی ۶ ماه بعد

(د) MRI پستان

▣ طبقه‌بندی BIRADS در ماموگرافی (۱۰۰٪ امتحانی)

• گروه صفر: نیاز به تصویربرداری اضافی دارد.

• گروه ۱: منفی

• گروه ۲: یافته‌های خوش‌خیم

• گروه ۳: احتمالاً خوش‌خیم، پیگیری کوتاه‌مدت توصیه می‌گردد.

• گروه ۴: شک به ابنورمالیتی، بیوپسی توصیه می‌شود (نکته اصلی سؤال).

- سن بیشتر از ۳۰ سال در اولین حاملگی فول‌ترم
- منارک زودرس (قبل از ۱۲ سالگی)
- یائسگی دیررس (بعد از ۵۵ سالگی)
- نداشتن حاملگی فول‌ترم
- فقدان شیردهی
- مصرف اخیر OCP
- استفاده اخیر و طولانی مدت از HRT
- چاقی (بعد از یائسگی)
- سابقه شخصی کانسر اندومتر، تخمدان یا کولون
- مصرف الکل
- قد بلند
- وضعیت اجتماعی - اقتصادی بالا
- نژاد یهودی

۹ در حاملین موتاسیون BRCA، ریسک کانسر پستان و سپس ریسک کانسر تخمدان افزایش می‌یابد.

۱۰ در موارد زیر باید تست ژنتیک (بررسی موتاسیون BRCA1,2) انجام شود:

- تشخیص کانسر پستان در ۵۰ سالگی و کمتر
- تشخیص کانسر پستان Triple-negative در ۶۰ سالگی و کمتر
- ابتلاء به ۲ یا بیشتر سرطان پستان اولیه
- سرطان مهاجم تخمدان یا لوله فالوپ یا کانسر اولیه پریتئون
- کانسر پستان در مردان
- هر تومور مرتبط با کانسر ارثی پستان و تخمدان در هر سنی و در یهودیان اشکنازی
- بیمار مبتلا به کانسر پستان که حداقل دارای یکی از بستگان درجه ۱، ۲ یا ۳ با تشخیص کانسر پستان در ۵۰ سالگی یا کمتر است.
- سرطان مهاجم تخمدان، لوله فالوپ یا کانسر اولیه پریتئون در حداقل یکی از بستگان
- کانسر پستان، پروستات و یا پانکراس در حداقل ۲ نفر از بستگان در هر سنی

۱۱ قابل اعتمادترین روش برای لمس پستان، روش Vertical Strip است.

۱۲ اگر ترشح نیپل، خودبه‌خودی، از یک مجرا، خونی و یکطرفه باشد، با احتمال بیشتری یک بدخیمی زمینه‌ای وجود دارد. به ویژه اگر با یک توده پستان همراه باشد.

● **گروه ۵:** به شدت مطرح‌کننده بدخیمی است.
 (گایدلاین جراحی ۳ - صفحه ۶)

الف ب ج د

- **کاربرد**
- ۱- تعیین کیستیک یا Solid بودن توده پستانی
 - ۲- به عنوان گاید در هنگام انجام بیوپسی Core-needle
- **ویژگی‌های خوش‌خیمی توده در سونوگرافی**
- ۱- حاشیه مشخص
 - ۲- Enhancement خلفی
 - ۳- فقدان اکوی داخلی (ویژگی کاراکتریستیک کیست)
- **ویژگی‌های بدخیمی توده در سونوگرافی**
- ۱- حاشیه نامشخص
 - ۲- سایه خلفی (Posterior shadowing)
 - ۳- اکوی داخلی هتروژن
 - ۴- توده‌ای که بلندتر از عرض می‌باشد (Taller than wide)
- و به صفحات بافتی تهاجم می‌کند.
 (گایدلاین جراحی ۳ - صفحه ۷)

الف ب ج د

۲۵- خانم ۵۰ ساله‌ای به دلیل لمس توده متحرک در ربع فوقانی خارجی پستان راست مراجعه کرده است. در معاینه، توده متحرک بوده و حاشیه مشخصی دارد. لنفادنوپاتی آگزیلاری وجود ندارد. سابقه خانوادگی از نظر ابتلا به کانسر پستان منفی است. در ماموگرافی انجام شده **BIRADS = 3** گزارش گردید. مناسب‌ترین اقدام برای این بیمار کدام است؟

(امتحان درون دانشگاهی)

- الف) پیگیری بیمار با ماموگرافی مجدد ۳ ماه بعد
 ب) بیوپسی Core-needle
 ج) اکسیزیون توده و پیگیری با ماموگرافی مجدد ۳ ماه بعد
 د) لامپکتومی و رادیوتراپی

به پاسخ سنوال ۲۴ مراجعه شود.

الف ب ج د

MRI

۲۷- خانم ۳۰ ساله با سابقه کانسر پستان در ۲ خواهرش که در سونوگرافی و معاینه نکته خاصی ندارد، مراجعه کرده است. پیشنهاد شما برای وی چیست؟
 (برائرتنی شهرپور ۹۵ - قطب ۷ کشوری [دانشگاه اصفهان])

الف) ماموگرافی
 ب) MRI پستان
 ج) توصیه به پیگیری سالیانه
 د) تکرار سونوگرافی ۳ ماه بعد

● **نقش MRI در غربالگری کانسر پستان:** بافت پستان متراکم، اسکار و ایمپلنت، حساسیت ماموگرافی را کم می‌کنند ولی در MRI تداخلی ایجاد نمی‌کنند. در موارد زیر MRI از ماموگرافی برای غربالگری حساس‌تر است:

- ۱- زنان حامل موتاسیون‌های BRCA1 و BRCA2
- ۲- در زنانی که به علت سابقه خانوادگی کانسر پستان و سایر ریسک فاکتورها، خطر سرطان پستان در آنها حداقل ۲۰٪ است.
 (گایدلاین جراحی ۳ - صفحه ۷)

الف ب ج د

سونوگرافی

۲۶- خانم ۳۵ ساله‌ای با ضخیم شدن پستان چپ در ناحیه UOQ از ۲ ماه قبل، مراجعه کرده است. مادر بیمار در سن ۴۸ سالگی دچار کانسر پستان شده است. در معاینه بالینی، با بالا بردن دست‌های بیمار، پوست ناحیه درگیر دچار تورفتگی (Retraction) می‌شود. بافت پستان در همین ناحیه نسبتاً سفت بوده و دارای ضخیم‌شدگی با حاشیه نامشخص می‌باشد. در ماموگرافی انجام‌شده، بافت پستان متراکم بوده و هیچ توده واضح یا میکروکلسیفیکاسیون مشکوکی مشاهده نشد؛ قدم بعدی برای این بیمار کدام است؟
 (پروتست لارنس)

- الف) معاینه مجدد ۳ ماه بعد
 ب) سونوگرافی
 ج) بیوپسی اکسیزیونال
 د) بیوپسی استرنوتاکتیک