

با هم اندیشه

طبابت هنر است،
هنر هماهنگی قلب و اندیشه



سرشناسه	: امیرمعافی، علیرضا، ۱۳۶۷ -
عنوان و نام پدیدآور	: مجموعه سوالات مورد و ارتقاء تخصصی رادیولوژی سال ۱۴۰۱ ویژه آزمون ارتقاء و مورد تخصصی ۱۴۰۲ /... گردآوری و پاسخدهی به سوالات علیرضا امیرمعافی، با همکاری محمدحسن جوادی پاکدل، الناز خوش.
مشخصات نشر	: تهران: کاردیا، ۱۴۰۱.
مشخصات ظاهری	: ۲۷۲ ص: مصور.
شابک	: ۳۴۰۰۰۰ ریال 978-622-5217-72-0
وضعیت فهرست نویسی	: فیبا
یادداشت	: کتاب حاضر برگرفته از کتاب Brant and Helms' fundamentals of diagnostic radiology, 5th ed. [2019] "به ویراستاری جفری اس کلاین... او دیگران] و منابع دیگر است.
موضوع	: تشخیص تصویری -- آزمون‌ها و تمرین‌ها Diagnostic imaging -- Examinations, questions, etc. پرتوشناسی پزشکی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها Medical radiology -- Examinations, questions, etc.
شناسه افزوده	: جوادی پاکدل، محمدحسن، ۱۳۷۳ - خوش، الناز، ۱۳۷۴ -
شناسه افزوده	: کلاین، جفری اس. Klein, Jeffrey S.
شناسه افزوده	: برنت، ویلیام ای. Brant, William E.
شناسه افزوده	: هلمز، کلاید ا. Helms, Clyde A.
رده بندی کنگره	: ۷۸RC
رده بندی دیویی	: ۰۷۵۷/۶۱۶
شماره کتابشناسی ملی	: ۹۱۳۹۰۴۴
اطلاعات رکورد کتابشناسی	: فیبا
تاریخ درخواست	: ۰۳/۱۲/۱۴۰۱
تاریخ پاسخگویی	:
کد پیگیری	: ۹۱۳۶۳۹۹

مجموعه سوالات مورد و ارتقاء تخصصی رادیولوژی سال ۱۴۰۱ به همراه پاسخ‌های تشریحی - Brant_and_Helms و Romac و HAGA
پاسخگویی به سوالات: دکتر علیرضا امیرمعافی، دکتر محمدحسن جوادی پاکدل، دکتر الناز خوش
ناشر: انتشارات کاردیا
صفحه‌آرا: سحر هداوند
طراح و گرافیسیت: رزیدنت یار - مهرداد فیضی

چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار
نوبت چاپ: اول ۱۴۰۱
تیراژ: ۱۰۰ نسخه
شابک: ۰-۹۷۸-۶۲۲-۵۲۱۷-۷۲
بهاء: ۳۴۰,۰۰۰ تومان

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگر جنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸
شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

مجموعه سوالات بورد و ارتقاء تخصصی

رادیولوژی سال ۱۴۰۱

ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۲

Fundamentals of Diagnostic Radiology /Brant and Helms/ 2018

Diagnostic ultrasound / CM Rumack / 2018

Whole Body CT and M.R.I / John Haaga 2017

The essential physics of medical imaging Jerrold T.Bushberg 2012

گردآوری و پاسخدهی به سوالات:

دکتر علیرضا امیرمعافی

رتبه برتر آزمون بورد تخصصی رادیولوژی سال ۱۳۹۹

با همکاری:

دکتر محمدحسن جوادی پاکدل

دکتر الناز خوش

دستیار ارشد تخصصی رشته رادیولوژی

سخن ناشر:

سپاس و ستایش شایسته پروردگاری که کرامتش نامحدود و رحمتش بی‌پایان است. اوست که بشر را دانش بیاموخت و با قلم آشنا کرد. به انسان رخصت آن داد که علم را به خدمت گیرد و با قلم خود و رسم خطوط گویا آن را به دیگران نیز بیاموزد. خدایا از شاگردان درگاهت و حقیقت‌جویان راهت قرارم ده و یاری‌ام کن تا در آموختن نلغزم و آنچه را آموختم، به شایستگی عرضه کنم.

رزیدنت‌یار، حامی و پیشرو در نظام کمک آموزشی پزشکی کشور به سبک نوین و مطابق با آخرین پیشرفت‌های آموزشی در حیطه پزشکی با کادری مجرب و آشنا طی ۱۳ سال گذشته از منظر متخصصین همواره بهترین محصولات را ارائه و در دسترس مخاطبین خود قرار داده است. اثر پیش رو با توجه به محتوی بسیار غنی در مبحث رادیولوژی گردآوری شده و با استفاده از مفهومی نمودن مباحث و روان‌سازی توسط مؤلف محترم از منابع و رفرنس بوده و در روال گذر از گروه کنترل کیفیت رزیدنت‌یار با جمعی از اساتید رتبه A را به خود اختصاص داده است، امید است با مطالعه تمام مباحث پیش رو با یاری خداوند متعال پیروز و پایدار باشید.

مدیرمسئول انتشارات

با ما در تماس باشید:

۰۲۱ - ۸۸ ۹۴۵ ۲۰۸

۰۲۱ - ۸۸ ۹۴۵ ۲۱۶

آدرس الکترونیک مؤسسه رزیدنت‌یار:

www.residenttyar.com
info@residenttyar.com

در تلگرام با ما همراه باشید:

<https://t.me/residenttyar>

مقدمه مولف:

سخنی کوتاه با همکاران محترم بدون شک قبل از شرکت در آزمون‌های بزرگی همانند ارتقای دستیاری و بورس تخصصی، آشنایی با فرم و سوالات آزمون‌های چند سال اخیر در شکل‌دهی و برنامه‌ریزی جهت مطالعه هر چه بیشتر رفرنس‌های اصلی رشته رادیولوژی کمک شایانی خواهد کرد. در پاسخ به سوالات سعی بر این بوده است که دقیقاً از محتوای متن رفرنس مربوطه البته با رعایت اختصار استفاده شود تا مخاطبین محترم کتاب امکان مرور سریع و هدفمند مطالب را قبل از آزمون داشته باشند.

به‌طور حتم تدوین این کتاب هر چند که با دقت فراوان انجام شده است اما خالی از ایراد و اشتباه نخواهد بود، با این حال امید است که این کتاب سبب ارتقای علمی شما بزرگواران شده و کمکی هر چند کوچک در آمادگی برای آزمون‌های ارتقای سالیانه و بورس تخصصی باشد.

موفق و سلامت باشید

علیرضا امیرمعافی

فهرست

۱۱.....	سوالات و پاسخنامه بورد رادیولوژی ۱۴۰۱.....
۱۴۹.....	سوالات و پاسخنامه ارتقا رادیولوژی ۱۴۰۱.....



سوالات و پاسخنامه

مورد تخصصی ۱۴۰۱

۱. بیماری به دنبال ترومای حاد کف پا مراجعه و با تشخیص Lisfranc dislocation بستری شده است. در رادیوگرافی‌های انجام شده، متاتارس اول نسبت به سایر متاتارس‌ها به سمت مدیال جابه‌جا شده است. همه گزینه‌ها صحیح است، به جز: (هاگا)
 - الف) دررفتگی لیسفرانک از نوع Divergent مطرح است.
 - ب) اگر در رادیوگرافی دررفتگی متاتارس‌ها قابل توجه باشد معمولاً انجام CT scan نیاز نیست.
 - ج) در MRI لیگامان‌های لیسفرانک به خوبی قابل رؤیت هستند.
 - د) معمولاً Avulsion قاعده متاتارس سوم شایع‌تر از بقیه است.

پاسخ: د

در یک دررفتگی لیسفرانک، متاتارس‌های دوم تا پنجم، نسبت به استخوان‌های تارسال، به سمت لترال یا دورسولترال جابه‌جا می‌شوند. دررفتگی لیسفرانک بر اساس نوع جابه‌جایی متاتارس اول نسبت به سایر متاتارس‌ها به دو دسته تقسیم می‌شود:

- اگر متاتارس اول همراه با سایر متاتارس‌ها به سمت لترال جابه‌جا شود، نوع homolateral نامیده می‌شود.

- اگر متاتارس اول از سایر متاتارس‌ها دور شود و با کونئی فرم مدیال در یک راستا بماند یا به سمت مدیال دررفتگی پیدا کند، نوع divergent نام دارد. زمانی که شکستگی لیسفرانک به شکل واضح جابه‌جایی داشته باشد برای تأیید تشخیص CT اسکن لازم نیست. به طور طبیعی بین قاعده متاتارس اول و کونئی فرم مدیال، متاتارس دوم و کونئی فرم میانی، متاتارس سوم و کونئی فرم لترال یک





alignment کامل و مناسب وجود دارد. همچنین قاعده متاتارس‌های چهارم و پنجم باید به طور کامل با فاست‌های مربوط به خود در استخوان کوبوئید هم راستا شوند. قاعده متاتارس دوم نسبت به سایر متاتارس‌ها بیشتر به سمت پروگزیمال در طول مفصل لیسفرانک گسترش دارد. به همین علت در دررفتگی‌های مفصل لیسفرانک، اول‌زن قاعده متاتارس دوم شایع می‌باشد. MRI در ارزیابی دررفتگی لیسفرانک مفید می‌باشد زیرا لیگامان لیسفرانک به طور مستقیم دیده می‌شود در حالی که ادم مغز استخوان در قواعد متاتارس‌ها می‌تواند آسیب اخیر را تأیید کند.

هاگا - فصل ۶۴ - مبحث دررفتگی لیسفرانک

۲. در Spontaneous osteonecrosis زانو همه موارد صحیح است، به جز: (هاگا)

الف) معمولاً در کوندیل مدیال فمور رخ می‌دهد.

ب) استئوآرتریت و پارگی منیسک مدیال، با آن همراهی دارند.

ج) رادیوگرافی در ۴ تا ۶ هفته اول معمولاً غیرطبیعی است.

د) در MRI در سکانس Fluid sensitive افزایش سیگنال نشان می‌دهد.

پاسخ: ج

استئونکروز خودبه‌خودی زانو یک اختلال ایدیوپاتیک در افراد میانسال و مسن‌تر است که بیشتر روی قسمت تحمل‌کننده وزن کوندیل مدیال فمور اثر می‌گذارد. با شیوع کمتر، پلاتو مدیال تیبیا، کوندیل لترال فمور و پلاتو لترال تیبیا متأثر می‌شود. استئوآرتریت همراه و پارگی دژنراتیو منیسک مدیال به طور کاراکتریستیک، شروع‌کننده رویداد نکروتیک هستند. رادیوگرافی در ۴ تا ۶ هفته طبیعی است. MRI یک ناحیه با حدود نامشخص با سیگنال پایین در تصاویر T1 و سیگنال بالا در سکانس‌های fluid sensitive نشان می‌دهد. یک رینگ با حدود ناواضح با شدت سیگنال به طور متوسط بالا، در حدود ضایعه ممکن است دیده شود. در نهایت ادم پیشرفت می‌کند تا شکستگی و کلاپس استخوان ساب‌کندرال همراه با فرگمنتاسیون غضروف مفصلی رخ دهد. این ضایعه در واقع بیانگر شکستگی ساب‌کندرال insufficiency می‌باشد.

هاگا - فصل ۶۳ - مبحث شکستگی‌های استرس

۳. در یک برنامه موفق غربالگری سرطان پستان تمام موارد زیر صحیح است، به جز: (برنت)





- الف) بیش از نیمی از کانسره‌های کشف شده مینیمال هستند.
 ب) معمولاً سایز کانسره‌های کشف شده کمتر از یک سانتی‌متر است.
 ج) حدود ۵۰-۳۰٪ کانسره‌های یافت شده، لنف نود زیر بغل منفی دارند.
 د) تا حدود ۵۰٪ موجب کاهش مرگ و میر ناشی از سرطان پستان می‌شود.

پاسخ: ج

سروایوال کانسر پستان تحت تأثیر سایز تومور و وضعیت غدد لنفاوی در زمان تشخیص می‌باشد. ارزیابی‌های اخیر، کاهش مورتالیتی کانسر پستان تا حدود ۵۰٪ را در زنان اسکرین شده نشان می‌دهد. هدف غربالگری زنان بدون علامت، شناسایی کانسر پستان در مراحل اولیه یعنی وقتی درمان بالاترین شانس سروایوال را دارد، می‌باشد. در یک برنامه غربالگری مناسب، بیش از ۵۰٪ کانسره‌های کشف شده مینیمال می‌باشند.

کانسره‌های مینیمال آن‌هایی هستند که غیرمهاجم بوده یا مهاجم با سایز زیر ۱ cm و با غدد لنفاوی منفی. در بیش از ۸۰ درصد از کانسره‌های کشف شده در ماموگرافی غربالگری باید لنف نود زیر بغل منفی باشد.

برنت - فصل ۱۹ - مبحث حمایت از غربالگری

۴. در سی تی اسکن یک مرد ۴۵ ساله که دچار آسیب tracheobronchial شده است در صورت دیدن کدام یک از یافته‌های زیر، اقدام جراحی اورژانسی لازم است؟ (رادیوگرافیکس)
 الف) هرنی مری به داخل دفکت تراشه
 ب) آمفیژم زیرجلدی شدید
 ج) پنوموتوراکس
 د) آسیب تراشه در ناحیه carina

پاسخ: الف

تصمیم برای نوع درمان جراحی یا غیرجراحی آسیب‌های تراکتوبرونشیل تنها به یافته‌های تصویربرداری مربوط نمی‌شود و فاکتورهای مختلفی از جمله بیماری‌های همراه، امکانات تخصصی محل و امکان





انتقال به مرکزهای دارای متخصص باید مد نظر باشد. با این وجود یافته‌های تصویربرداری زیر مطرح کننده نیاز به ترمیم با جراحی آسیب می‌باشد:

- وقتی لسراسیون بزرگتر از ۴-۲ سانتی‌متر باشد به خصوص وقتی که درگیری غضروف وجود داشته باشد.
- بدتر شدن پنومومدیاستن، آمفیژم زیرجلدی یا پنوموتوراکس یا ریه‌ای که با وجود جاگذاری درناژ re-expand نمی‌شود.
- سپسیس مدیاستینال و نزدیکی آسیب به کارینا
- وقتی نارسایی در ونتیلاسیون و یا هرنیاسیون مری از طریق دیفکت تراشه وجود داشته باشد.
- وقتی آسیب تراکتوبرونشیل در حین عمل تشخیص داده می‌شود، درمان جراحی بهترین اقدام می‌باشد.

رادیوگرافیکس - مقاله‌ی Imaging evaluation of tracheo-bronchial injury - مبحث تأثیر یافته‌های تصویربرداری در درمان

۵. آقای ۴۳ ساله با علائم دیس پپسی از دو ماه قبل، در مطالعه باریمی زخمی را در ناحیه بادی معده، نشان می‌دهد. فولدهای رادیال به سمت چاله‌ی زخم امتداد یافته‌اند و در نماهای دیگر، خط لوسنت باریکی از دهانه زخم رد می‌شود. انتظار رؤیت کدام نمای تصویربرداری دیگر بیشتر است؟ (برنت)

الف) overhanging mucosal edge of ulcer

ب) ulcer within the lumen of the stomach

ج) ulcer with a width greater than depth

د) flat-based ulcer with heaped-up edges

پاسخ: الف

هال مارک خوش‌خیم بودن زخم، مخاط دست نخورده تا لبه چاله زخم می‌باشد. نشان دادن ترمیم کامل و پایدار، یافته قابل اعتماد از خوش‌خیم بودن اولسر می‌باشد. یافته‌های خوش‌خیم بودن:





- برجستگی یکنواخت اولسر همراه با لبه‌های tapering
- collar ادماتو اطراف اولسر همراه با لبه‌های مخاطی overhanging
- اولسری که به خارج از محدوده لومن مورد انتظار برجسته شده
- فولدهای رادبال به سمت چاله‌ی اولسر
- عمق اولسر بیشتر از پهنای آن
- حدود شارپ
- Hampton line (خط لوسنت باریک و شارپ که از دهانه زخم عبور می‌کند).
- در سی تی اسکن ضخیم شدگی فوکال جدار معده معمولاً در آنتر و دئودنوم رؤیت می‌شود. ادم و استرنجینگ در چربی‌های اطراف ممکن است دیده شود. زخم‌های عمیق ممکن است به صورت ناپیوستگی فوکال انهناسمنت مخاطی و یا outpouching از لومن دیده شوند. اندازه، عمق و محل اولسر و کانتور قاعده زخم در افتراق خوش خیم از بدخیم نقشی ندارند.
- یافته‌های بدخیم بودن:
- اولسر در داخل لومن معده
- اولسری که نسبت به برجستگی تومور اکسنتریک می‌باشد.
- زخم کم عمق با پهنای بیشتر
- لبه‌های ندولار، رول شده، نامنظم یا shouldered
- Carmen-meniscus sign (زخم بزرگ با قاعده صاف و چین خوردگی لبه‌ها به داخل طوری که تجمع عدسی شکل باریوم با تحدب به سمت لومن در آن دیده شود).
- یافته‌های دوپهلوی (equivocal):
- areae gastricae خشن در مجاورت زخم
- collar ندولار
- چین‌های مختصر نامنظم که به لبه‌های زخم کشیده شده است.

برنت - فصل ۴۴ - مبحث زخم‌های گاستریک

۶. کدام عامل با میزان Pitch اسکن (CT scan) رابطه مستقیم دارد؟ (بوشبرگ)

الف) تعداد دتکتور





ب) سرعت حرکت تخت

ج) ضخامت دتکتور

د) ولتاژ دستگاه

پاسخ: ب

Pitch در اسکن هلیکال به این شکل تعریف می‌شود:

$$\text{Pitch} = \frac{F_{\text{table}}}{nT}$$

که در آن F_{table} نشان‌دهنده فاصله‌ای است که تخت در هر چرخش ۳۶۰ درجه گانتری، به جلو حرکت می‌کند و nT پهنای اسمی محدود شده پرتو می‌باشد.

رابطه‌ی بین دوز پرتویی بیمار و Pitch به صورت زیر می‌باشد:

$$\text{Dose} \propto \frac{1}{\text{Pitch}}$$

بوشبرگ - فصل ۱۰ - مبحث اکوزیشن هلیکال (اسپایرال)

۷. در کدام نوع pseudo lesion کبد پترن تشدید segmental staining رؤیت می‌گردد؟ (هاگا)

الف) Third flow

ب) Arterial obstruction

ج) Arteriportal shunt

د) Portal vein obstruction

پاسخ: د

در انسداد ورید پورت داخل کبدی، به دلیل جریان خون جبرانی از شریان کبدی به قسمت دیستال ورید پورت از طریق شبکه عروقی پری بیلیاری، سگمان مسدود انهناسمنت زودرس در CT و MRI دینامیک نشان می‌دهد که segmental staining نامیده می‌شود. این انهناسمنت سگمنتال اغلب در HCC و یا سایر تومورهای بدخیم با تهاجم به ورید پورت دیده می‌شود. در انفارکشن Zahn، ناحیه مسدود در سی تی قبل از کنتراست هایپوآنس، در T1 هایپوآنس و در T2 هایپراینس می‌شود و





در کبد چرب اغلب این ناحیه شواهد focal sparing را نشان می‌دهد. انسداد وریدهای هپاتیک باعث ایجاد یافته‌های مشابه می‌شود.

هاگا - فصل ۴۴ - مبحث ضایعات و تومورهای کاذب

۸. بیماری با سابقه Osteochondroma با درد محل مراجعه نموده است. انجام کدام سکانس‌های MRI را برای افتراق تغییرات و عوارض اضافه شده پیشنهاد می‌نمایید؟ (هاگا)

الف) Gradient echo

ب) Spin echo

ج) Fat suppression

د) Proton density

پاسخ: الف

استئوکندروما یا اگزوستوز دومین تومور خوش‌خیم شایع استخوان بعد از NOF می‌باشد. شیوع در مردان بیشتر است. ضایعات کانژنیتال می‌باشند ولی معمولاً در سنین ۱۰ تا ۲۰ کشف می‌شوند. ۹۰ درصد از یک استخوان بلند نزدیک متافیز منشأ می‌گیرند. شایع‌ترین محل‌ها اطراف زانو (دیستال فمور و پروگزیمال تیبیا) و پروگزیمال هومروس می‌باشد. بروز بدخیمی در استئوکندروما منفرد یک درصد و در موارد اگزوستوز متعدد ارثی ۵ تا ۲۵ درصد می‌باشد.

CT و MRI هر دو امتداد کورتکس و حفره مدولاری استئوکندروم را با استخوان مولد نشان می‌دهد. اندازه‌گیری‌های MRI از ضخامت کلاهدک غضروفی دقیق می‌باشد ولی اندازه‌گیری‌های CT دقیق نیست. ضخامت این ساختار برای افتراق استئوکندروم خوش‌خیم از کندروسارکوم اگزوستوتیک اهمیت دارد. کلاهدک غضروفی در کندروسارکوم ضخیم‌تر از ۱/۵ سانتی‌متر می‌باشد.

عوارض شامل آسیب به عصب، عروق، ترومبوزهای ورید عمقی و تشکیل بورسای می‌باشد. در تصاویر T2 مایع بورسای سیگنال بالا مشابه کلاهدک غضروفی دارد و افتراق این دو، دشوار است. در سکانس‌های گرادیان اکو، غضروف سیگنال پایین‌تری از مایع دارد و تشخیص را آسان می‌کند. یک عارضه نادر تشکیل سودوآنوریسم مجاور اگزوستوز می‌باشد.

هاگا - فصل ۶۰ - مبحث استئوکندروما





۹. در CT اسکن کبد بیماری کانون‌های متعدد کوچک هیپودنس رؤیت می‌گردد. در MRI کنترل نواحی فوق در سکانس‌های T2 نمای marked hyper intensity دارند. کدام تشخیص محتمل است؟ (هاگا)

الف) Biliary hamartoma

ب) Multiple micro abscess

ج) Metastatic liver cancer

د) Irregular fatty infiltration

پاسخ: الف

هامارتوم صفراوی (کمپلکس Von meyenburg) نقص مادرزادی در تشکیل صفحه داکتال می‌باشد. گاهی با بیماری پلی کیستیک یا کیست‌های پری بیلیاری کمپلیکه می‌شود. هامارتوم صفراوی از خوشه‌های شبه داکتول، احاطه شده با اینترستیشیوم فیبروز، تشکیل شده است. این ندول‌ها معمولاً کوچک بوده و اندازه آن‌ها بین ۰/۱ تا ۵ میلی‌متر می‌باشد که گاهی به ۱۰ mm هم می‌رسد. در CT بدون کنتراست به صورت ندول‌های هایپودنس ریز دیده می‌شوند که به علت اثر partial volume دانسیته آب را نشان نمی‌دهند. افتراق این ضایعات از توده‌های سالیده هایپوواسکولار مانند کانسره‌های متاستاتیک کبدی، میکروآبسه‌های متعدد و انفیلتراسیون نامنظم چربی دشوار می‌باشد. در تصاویر MRI T2 و MRCP به طور کاراکتریستیک هایپر اینتنسیتی قابل توجه نشان می‌دهند که مشخص کننده ماهیت کیستیک آن‌ها است.

هاگا - فصل ۴۴ - مبحث هامارتوم صفراوی

۱۰. آقای ۶۰ ساله با شکایت تنگی نفس و درد قفسه سینه به اورژانس مراجعه می‌نماید. در اکوکاردیوگرافی ایشان تصویر پریکاردیال افیوژن شدید همراه با نواحی اکوژن و کلاپس نسبی دهلیز راست قابل رؤیت می‌باشد. در معاینات بالینی JVP بیمار برجسته می‌باشد و فشار خون ۱۱۰/۷۰ میلی‌متر جیوه می‌باشد. در چه حالتی قبل از تخلیه مایع پریکارد در بخش اورژانس انجام سی تی اسکن توراکس با کنتراست را توصیه می‌نمایید؟ (برنت)

الف) رؤیت تومور پریکارد

ب) رؤیت اینتیمال فلپ در آئورت صعودی





ج) شک به تومور مدیاستن قدامی

د) شک به پریکاردیت کانستریکتیو

پاسخ: ب

تامپوناد پری کاردیال: وقتی فشار درون فضای پری کاردیال از بطن راست بالاتر باشد رخ می دهد. ایجاد تامپوناد بستگی به قابلیت اتساع پذیری پری کاردیوم و سرعت تجمع مایع پریکارد دارد. تامپوناد یک تشخیص بالینی و فیزیولوژیک است و تصویربرداری کراس سکشنال با CT و MRI نباید متد اولیه انتخابی در موارد مشکوک باشد. تشخیص بر اساس کریتریای بالینی و یافته های کاراکتریستیک قلبی در اکوکاردیوگرافی به خصوص کلاپس دیاستولیک دیواره آزاد بطن راست، کلاپس دهلیز راست، حرکت پارادوکس سپتوم بین بطنی و حرکت موج قلب در کیسه پریکاردیال داده می شود. با این وجود CT هنوز هم اولین مطالعه انجام شده در شرایط اورژانس، به خصوص در موارد تروما و یا اگر نگرانی برای پاتولوژی های عروقی مثل دایسکشن آئورت یا آمبولی ریوی وجود داشته باشد، محسوب می شود.

یافته های تیپیک تامپوناد شامل: تجمع متوسط تا زیاد پریکاردیال همراه با کمپرس شدن یا تخت شدن دیواره آزاد دهلیز راست و یا بطن راست می باشد. دیلاتاسیون SVC و IVC و ورید آزیگوس، ریفلاکس کنتراست درون وریدهای هیپاتیک یافته های غیراختصاصی می باشند. در حالت نرمال سپتوم بین بطنی به سمت بطن راست خمیدگی دارد. در موارد تامپوناد این خمیدگی سپتوم بین بطنی مسطح شده یا به سمت بطن چپ می شود.

برنت - فصل ۲۹ - مبحث تامپوناد پریکاردیال

۱۱. بیمار جوانی با سابقه طولانی راش، ضعف عضلات پروگزیمال، تنگی نفس، درد و مشکلاتی در بلع با تشدید علائم تنفسی به بیمارستان مراجعه کرده است. در رادیوگرافی قفسه سینه بالازدگی دیافراگم، کاهش حجم ریه ها و آتلکتنازی خطی در قاعده ریه ها دیده می شود. با توجه به تشخیص احتمالی همه گزینه ها از تظاهرات ریوی این بیماری هستند، به جز: (برنت)

الف) diffuse alveolar damage

ب) organizing pneumonia

ج) interstitial pneumonitis





spontaneous pneumothorax (د)

پاسخ: د

درماتومیوزیت و پلی میوزیت التهاب اتوایمیون و تخریب عضلات بوده که ایجاد درد عضلانی و ضعف (پلی میوزیت) می کند و گاهی با راش پوستی (درماتومیوزیت) همراه است. ضعف عضلات تنفسی و فارنژیال و فوقانی مری از تظاهرات توراسیک بیماری بوده که می تواند باعث پنومونی آسپیراسیون شود. کاهش حجم های ریوی و بالادگی دیافراگم به دنبال درگیری عضلات مختلط دیافراگم و بین دنده ای رخ می دهد. پنومونی اینترستیشیال در ۱۰-۵٪ بیماران دیده می شود. پترن رتیکولار ظریف در بیماری حاد منجر به روند رتیکولوندولر یا رتیکولار خشن در حالت مزمن با توزیع عمدتاً بازیلار می شود. این بیماران به طور مناسبی به کورتیکواستروئیدها پاسخ می دهند. کدورت فضاهای هوایی و اوپاسیتی گراند گلاس به ترتیب نشان دهنده پنومونی ارگانیزه شده و آسیب منتشر آلوئولار (DAD) می باشد.

کارسینوم برونکوژنیک مسئول درصد قابل ملاحظه ای از بدخیمی های دیده شده با فرکانس بالاتر از نرمال در بیماران درماتومیوزیت و یا پلی میوزیت می باشد.

برنت - فصل ۱۵ - مبحث بیماری های بافت همبند

۱۲. بیماری با شکایت درد قفسه سینه به اورژانس مراجعه می نماید. در اکوکاردیوگرافی تصویر توده ای در سپتوم بین بطنی رؤیت گردید. برای ایشان ام آر آی قلب درخواست گردید که تصویر SSFP sequence را در زیر مشاهده می نماید. محتمل ترین تشخیص برای ایشان کدام یک می باشد؟ (برنت)

