

با نام خدا

طیابت هنر است،

هنر هماهنگی قلب و اندیشه



سرشناسه

: پورندیم مرجان ۱۳۶۰ فیضی هومان ۱۳۵۰

عنوان و نام پدیدآور

: زنان و زایمان C: مجموعه سوالات سال‌های اخیر آزمون‌های بورد و ارتقا ویژه آمادگی آزمون ۱۴۰۲:

Berek & Novak,s Gynecology Edition16 2020
Williams Obstetrics /Mc. Graw Hill/ 2022
Speroff's Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility/2020
Te Linde's Operative Gynecology, 12th Edition 2020

مشخصات نشر

: تهران : کاردیا، ۱۴۰۲.

مشخصات ظاهری

: ۲۳۴ص: مصور (بخشی رنگی)، جدول (رنگی)، نمودار (رنگی).

شابک

: ۴۲۸۰۰۰۰ ریال: 978-622-5603-64-6

موضوع

: آنکولوژی زنان A - تلیندز - اندوکرینولوژی ، تولید مثل ، ناباروری

موضوع

: عوارض مامایی در زنان و زایمان - از بلوغ تا اختلالات قاعدگی - بیماری‌های تروفوبلاستیک جفت،

سزارین و VBAC - از سقط تا EP

وضعیت فهرست نویسی

: فیبا

: رده بندی کنگره

:

: رده بندی دیویی

:

: شماره کتابشناسی ملی

:

: اطلاعات رکورد کتابشناسی

:

چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار

عنوان کتاب: زنان و زایمان C؛ مجموعه سوالات سال‌های اخیر آزمون‌های بورد و

نوبت چاپ: اول ۱۴۰۲

ارتقا ویژه آمادگی آزمون ۱۴۰۲

شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۵۶۰۳-۶۴-۶

Berek & Novak,s Gynecology Edition16 2020
Williams Obstetrics /Mc. Graw Hill/ 2022
Speroff's Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility/2020
Te Linde's Operative Gynecology, 12th Edition 2020

بهاء: ۴۲۸,۰۰۰ تومان

گردآوری: دکتر هومان فیضی، دکتر مرجان پورندیم

ناشر: انتشارات کاردیا

صفحه‌آرا: سیده زهرا عربی زنجانی

طراح و گرافیکست: رزیدنت یار

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

شماره تماس: ۰۲۱ - ۶۶۴۱۹۵۲۰

هر گونه کپی‌برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

زنان و زایمان C

مجموعه سؤالات

سال‌های اخیر آزمون‌های مورد ارتقا ویژه آمادگی آزمون ۱۴۰۲

Berek & Novak,s Gynecology Edition16 2020

Williams Obstetrics /Mc. Graw Hill/ 2022

**Speroff's Clinical Gynecologic Endocrinology and
Infertility/2020**

Te Linde's Operative Gynecology, 12th Edition 2020

گردآوری

دکتر هومان فیضی

دکتر مرجان پورندیم

سخن ناشر:

مؤسسه 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 ۱۴ 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 زنان و زایمان شده و با استفاده از مفهومی نمودن مباحث و روان‌سازی توسط مولف از منابع و رفرنس بوده و در روال گذر از گروه کنترل کیفیت موسسه رزیدنت‌یار با جمعی از اساتید رتبه A را به خود اختصاص داده است، امید است با مطالعه این اثر، با یاری خداوند متعال پیروز و پایدار باشید.

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>

فهرست

۹	.....Berek & Novak 2020 A	سوالات و پاسخنامه آنکولوژی زنان
۳۵	.....Te Linde's 2020	سوالات و پاسخنامه تلیندز ۳
۴۹	.....Berek & Novak's 2020	سوالات و پاسخنامه اندوکرینولوژی ، تولید مثل ، ناباروری
۵۷	..... Williams Obstetrics, 2022	سوالات و پاسخنامه عوارض مامایی در زنان و زایمان
۱۰۳	.....Speroff's 2020	سوالات و پاسخنامه از بلوغ تا اختلالات قاعدگی
۱۷۷	..... Williams 2022 VBAC	سوالات و پاسخنامه بیماری‌های تروفوبلاستیک جفت، سزارین
۲۰۵	.....Speroff's 2020 EP	سوالات و پاسخنامه از سقط تا EP



سؤالات و پاسخنامه

آنکولوژی زنان A

Berek & Novak 2020

- ب) IB، رادیوتراپی اکسترنال لگنی
 ج) IB، رادیوتراپی واژینال
 د) IB، رادیوتراپی کامل شکم

پاسخ: گزینه ج

طبق جدول ۶-۳۷ بیمار در مرحله IB قرار دارد. هیستولوژی گرید III و تهاجم لنفاوی عروقی پیشگویی کننده‌های اثبات شده عود واژینال در مرحله I کانسر آندومتر هستند. بیماران با این عوامل خطر از براکی تراپی کاف واژن سود می‌برند.

سرطان رحم

فصل ۳۷

۱. در خانم ۶۵ ساله با گزارش پاتولوژی کانسر آندومتر «اندومتریوئید» در نمونه کورتاژ، هیستریکتومی به همراه staging کامل تومور انجام می‌شود؛ بیش از پنجاه درصد میومتر درگیر می‌باشد، تومور گرید سه و غدد لنفاوی درگیر نیست. مرحله تومور و درمان بعدی کدام است؟ (ارتقا ۱۴۰۱)
- الف) IC، رادیوتراپی واژینال





Table 37-6 Carcinoma of the Endometrium (2008)

Stage I^a	Tumor confined to the corpus uteri
IA ^a	No or less than half myometrial invasion
IB ^a	Invasion equal to or more than half of the myometrium
Stage II^a	Tumor invades cervical stroma, but does not extend beyond the uterus ^b
Stage III^a	Local and/or regional spread of the tumor
IIIA ^a	Tumor invades the serosa of the corpus uteri and/or adnexae ^c
IIIB ^a	Vaginal and/or parametrial involvement ^c
IIIC ^a	Metastases to pelvic and/or para-aortic lymph nodes ^c
IIIC1 ^a	Positive pelvic nodes
IIIC2 ^a	Positive para-aortic lymph nodes with or without positive pelvic lymph nodes
Stage IV^a	Tumor invades bladder and/or bowel mucosa, and/or distant metastases
IVA ^a	Tumor invasion of bladder and/or bowel mucosa
IVB ^a	Distant metastases, including intra-abdominal metastases and/or inguinal lymph nodes

پاسخ: گزینه ب

اگرچه درمان استاندارد برای تمام سرطان‌های اندومتر هیستریکتومی و مرحله‌بندی است، درمان غیرجراحی با هورمون درمانی ممکن است یک رویکرد درمانی مناسب در زنان خاص باشد که تمایل به حفظ باروری دارند. تکنیک‌های مرحله‌بندی جانشین مثل MRI ممکن است در ارزیابی عمقی تهاجم میومتر یا شناسایی بیماری خارج رحمی مفید باشند.

۳. خانم ۳۸ ساله با سابقه دوازده سال نازایی اولیه و تشخیص هیپرپلازی کمپلکس اندومتر با آتیپی، بدون درگیری میومتر، با تمایل به بارداری، روی مژستروول ۱۶۰ میلی‌گرم روزانه گذاشته

۲. در خانم ۳۲ ساله چاق با نازایی هشت ساله اولیه و دیابت، به دلیل لکه‌بینی و ضخامت اندومتر بالا، کورتاژ اندومتر انجام شده و پاسخ اندومتریوئید آدنوکارسینوم اندومتر گرید ۱ گزارش شده است. جهت staging از کدام یک از روش‌های زیر می‌توان استفاده کرد؟ (ارتقا ۱۴۰۱)

الف) سونوگرافی داپلر رنگی شکمی

ب) MRI شکم و لگن

ج) سی تی اسکن شکم و لگن

د) PET-CT شکم و لگن





۱. گسترش مجاورتی: گرید ۳ بافت‌شناسی و تهاجم به فضای لنفاوی عروقی عوامل پیشگویی کننده اثبات شده عود واژینال در کانسر مرحله I اندومتر است.

۲. هماتوزن: تهاجم عمقی میومتر قوی‌ترین پیشگویی کننده عود هماتوزن است ($< 0.5\%$ برای تمام مراحل و $\leq 0.66\%$ برای مرحله I).

۳. لنفاوی: انتشار لنفاتیک احتمالاً وقتی مشاهده می‌شود که درگیری استرومای سرویکس یا لنف نود مثبت وجود دارد.

۴. صفاقی: پیشگویی کننده‌های عود صفاقی شامل: (۱) مرحله IV یا (۲) مرحله II یا III بیماری با ۲ یا بیشتر از عوامل خطر ذیل: تهاجم سرویکس، نتایج سیتولوژی صفاقی مثبت برای کانسر اندومتر، لنف نود مثبت و یافته‌های بافت‌شناسی غیراندومتریوئید. بیماران پرخطر برای عود هماتوزن یا صفاقی بالقوه از درمان سیتوتوکسیک سیستمیک سود می‌برند، در حالی که بیماران پرخطر برای عود لنفاوی یا واژینال از رادیاسیون به محل در معرض خطر عود سود خواهند برد.

۵. در خانمی ۳۵ ساله که با تشخیص میوم رحمی تحت لاپاروتومی و میومکتومی قرار گرفته است نتیجه پاتولوژی لیومیوسارکوم می‌باشد. در MRI بیماری خارج از رحم گزارش نشده است. اقدام مناسب کدام است؟ (بورد ۱۴۰۰)

الف) TAH با حفظ تخمدان‌ها

ب) شیمی درمانی چند دارویی

ج) لاپاروتومی و جراحی سیتوریداکتیو

د) TAH + BSO و LND لگنی و پارا آئورتیک

پاسخ: الف

جراحی درمان اصلی LMS رحمی است. برای خانم‌های با بیماری محدود به رحم، هیستریکتومی توتال توصیه می‌شود و ترجیحاً باید از مورسلاسیون حین عمل با توجه به افزایش احتمال عود و مرگ

شده و در کورتاژ سه ماه بعد «اندومتر سکر توری» تشخیص داده می‌شود. قدم بعدی کدام است؟ (بورد ۱۴۰۱)

الف) ادامه درمان تا ۱۲ ماه و تکرار سونوگرافی واژینال

ب) شروع سیکل القای باروری

ج) ادامه درمان تا نه ماه و تکرار کورتاژ اندومتر

د) تغییر درمان تا شش ماه و تکرار کورتاژ

پاسخ: گزینه ب

در افراد خواهان باروری درمان مداوم با پروژسترون یا مژسترون استات ۱۶۰-۴۰ mg/d قابل اعتمادترین درمان برای هیپرپلازی آتیپیک یا کمپلکس است. درمان باید ۳-۶ ماه ادامه یابد و بعد از تکمیل درمان بیوپسی جهت ارزیابی پاسخ به درمان انجام شود. این بیمار به درمان پاسخ داده است و باید اقدام به باروری کند.

۴. در خانمی ۶۵ ساله که به علت خونریزی رحمی بیوپسی آندومتر انجام گرفته و با تشخیص پاپیلری سرروز کارسینومای آندومتر، تحت هیستریکتومی و دبالکینگ قرار گرفته است، تهاجم به میومتر وجود دارد. اقدام مناسب کدام است؟ (بورد ۱۴۰۰)

الف) رادیوتراپی لگن

ب) observation

ج) رادیوتراپی whole abdomen

د) chemo بر پایه پلاتینیوم و براکی تراپی کاف

پاسخ: د

شناخت الگوهای مختلف انتشار متاستاتیک کانسر اندومتر و عوامل پیشگویی کننده آن امکان پیدا کردن الگوهای خاص بر پایه درمان هدفمند بر اساس محل شکست را پیشگویی می‌کند.





د) هیستروکتومی اکسترافاسیال و BSO

پاسخ: ب

کارسینوم سلول روشن کمتر از ۵٪ تمام کارسینوم‌های اندومتر را تشکیل می‌دهد. کارسینوم سلول روشن در زنان مسن رخ می‌دهد و شکل مهاجم سرطان اندومتر است که پیش‌آگهی مشابه کارسینوم سروزی دارد.

مرحله‌بندی کامل جراحی مهم است چون ۵۲٪ بیماران مبتلا به مرحله I بالینی کارسینوم سلول روشن بیماری متاستاتیک دارند. بیمارانی که تحت عمل جراحی کاهنده حجم تومور قرار می‌گیرند بهبود میزان بقای کلی و عاری از پیشرفت در مقایسه با زنانی دارند که بیماری باقیمانده متعاقب جراحی دارند. درمان پس از جراحی برای بیمارانی با بیماری پیشرفته بر پایه پلاتینیوم است.

۸. خانمی ۶۵ ساله با تشخیص کانسر آندومتر تحت عمل جراحی قرار گرفته است و نتیجه پاتولوژی به شرح زیر است:

اندومتریئید آدنوکارسینوم اندومتر grade 3 با تهاجم کمتر از ۵۰٪ به میومتر و LVSI مثبت، بدون درگیری سرویکس و سگمان تحتانی. اقدام بعدی کدام است؟
(بورد تخصصی ۱۳۹۹)

الف) تحت نظر قرار دادن بیمار

ب) براکی تراپی

ج) رادیوتراپی اکسترنال

د) کموتراپی + براکی تراپی

پاسخ: ب

هیستولوژی گرید ۳ و تهاجم لنفی عروقی پیش‌گویی کننده‌های اثبات شده عود واژینال در مرحله یک کانسر آندومتر هستند. بیماران با این عوامل خطر محتمل‌ترین گروهی هستند که از براکی تراپی کاف واژن سود می‌برند.

در بیماران قبلاً تشخیص داده نشده LMS رحمی، جلوگیری کرد. سالپینگوووفورکتومی دوطرفه باید در خانم‌های پس از یائسگی و در بیماران با بیماری آشکار خارج رحمی صورت گیرد. نگه داشتن تخمدان‌ها در خانم‌های پیش از یائسگی ریسک عود را افزایش نمی‌دهد.

۶. خانمی ۳۲ ساله با AUB مقاوم به درمان دارویی مراجعه کرده است. آزمایشات نرمال است. سونوگرافی نرمال و ضخامت اندومتر ۵ میلی‌متر است. در بیوپسی با پایپل، نکته غیرطبیعی گزارش نشده است. اقدام ارجح بعدی کدام است؟ (ارتقا ۱۴۰۰)

الف) دیلاتاسیون و کورتاژ

ب) هیستروسکوپی

ج) درمان با آنالوگ GnRH

د) ابلیشن اندومتر

پاسخ: ب

هیستروسکوپی و D&C مواقعی انجام می‌شوند که تنگی سرویکس وجود دارد یا عدم تحمل بیمار اجازه ارزیابی کافی یا بیوپسی اسپیراسیون را نمی‌دهد و یا اینکه بعد از بیوپسی اندومتر منفی خونریزی مجدداً رخ می‌دهد و یا نمونه برداشته شده برای توضیح علت خونریزی غیرطبیعی کافی نیست. هیستروسکوپی برای تشخیص پولیپ‌ها یا میوم‌های زیرمخاطی از بیوپسی اندومتر یا D&C به تنهایی دقیق‌تر است.

۷. در خانمی ۷۵ ساله به علت خونریزی رحمی کورتاژ آندومتر انجام گرفته و کلیسرل کارسینومای رحمی تشخیص داده شده است. در بررسی‌ها تهاجم به دیواره رحم و نواحی دوردست وجود ندارد. اقدام مناسب بعدی کدام است؟ (ارتقا ۱۴۰۰)

الف) رادیوتراپی لگن و سپس هیستروکتومی ساده

ب) سیتوریداکشن و مرحله‌بندی کامل جراحی

ج) شیمی درمانی و سپس TAH + BSO





در پیش‌آگهی درمان بیماران مرحله III برخوردار است. رادیوتراپی بعد از عمل را بسته به گستردگی بیماری تنظیم می‌کنند.

سرطان سرویکس و واژن

فصل ۳۸

۱. خانم ۲۸ ساله بدون فرزند جهت اقدام به بارداری مراجعه کرده و با سابقه HPV16، کولپوسکوپی شد. به دلیل HSIL در نمونه کولپوسکوپی، کونیزیشن انجام و پاسخ کارسینوم سرویکس با تهاجم عمقی چهار میلی‌متر تشخیص داده شد. تمایل قوی به فرزند آوری دارد، چه درمانی برای او پیشنهاد می‌شود؟ (ارتقا ۱۴۰۱)

الف) رادیکال هیستریکتومی با حفظ تخمدان

ب) مدیفاید رادیکال تراکلکتومی + لنفادنکتومی لگنی

ج) هیستریکتومی ساده با حفظ تخمدان

د) رادیکال هیستریکتومی + لنفادنکتومی لگنی

پاسخ: گزینه ب

طبق جدول ۱-۳۸ بیمار در stage IA2 می‌باشد و طبق جدول ۳۸-۴ درمان این مرحله عبارت است از تراکلکتومی رادیکال یا رادیکال هیستریکتومی تیپ II با لنفادنکتومی لگنی یا بررسی لنف نود سنتینل.

۲. در خانم ۴۸ ساله‌ای با تشخیص کانسر سرویکس محدود به لیپ قدامی به قطر ۴ سانتی‌متر بدون درگیری پارامتر و واژن جهت هیستریکتومی رادیکال برنامه‌ریزی شده است. در مورد لنفادنکتومی پارا آئورت، کدام یک صحیح است؟ (بورد ۱۴۰۱)

الف) تومور بالکی است و باید انجام شود.

ب) در صورت وجود غدد لنفاوی لگنی بزرگ نباید انجام گیرد.

۹. در خانم ۵۶ ساله با تشخیص کانسر آندومتر تیپ آندومتریوئید در D&C و وجود توده تخمدانی، گرفتاری پارامتر به صورت bulky، غدد لنفاوی بزرگ لگنی و پاراآئورت در MRI، اقدام مناسب کدام است؟ (بورد تخصصی ۱۳۹۹)

الف) شیمی درمانی اینتراپریتونئال با استفاده از سیسپلاتین

ب) هیستریکتومی با BSO و لنفادنکتومی لگنی و پاراآئورتیک

ج) شیمی درمانی چند دارویی و سپس هیستریکتومی و BSO

د) بررسی ماهیت توده تخمدانی و دبالکینگ بدون هیستریکتومی

پاسخ: د

مرحله III بالینی تقریباً ۱۰-۷٪ کل کارسینوم‌های آندومتر را تشکیل می‌دهد. بیماران معمولاً یافته‌های بالینی گسترش بیماری به پارامتر، جدار لگنی یا ساختار آدنکس و حتی با شیوع کمتر به واژن یا صفاق لگنی را نشان می‌دهند. درمان مرحله III سرطان آندومتر باید بر پایه نیازهای فردی باشد، اما ارزیابی عمل و درمان باید با توجه به خطر بالای متاستاز مخفی به غدد لنفاوی و گسترش داخل صفاقی و خارج رحمی در نظر گرفته شود. در صورت وجود توده آدنکس جراحی برای تعیین گستردگی بیماری و برداشتن توده در صورت امکان انجام می‌شود. این روش شامل شستشوی صفاقی برای آزمون سیتولوژیک، لنفادنکتومی لگنی و پارا آئورتیک، بیوپسی نواحی مشکوک حفره صفاقی و امتکتومی نسبی و بیوپسی صفاق است. به جز در بیماران دچار بیماری حجیم پارامتریال، باید هیستریکتومی کل شکم و سالپنگواوفورکتومی دوطرفه انجام شود. هدف جراحی ریشه‌کنی تمام بیماری ماکروسکوپی است، زیرا این مورد از اهمیت بالایی





رادیوتراپی با نیت درمانی باید اعمال شود. در بیمارانی که دورتر از میدان درمان دارای بیماری متاستاتیک می‌باشند باید از روش‌های دیگری مثل گذاشتن استنت در حالب، رادیوتراپی تسکینی و کموتراپی برای بیماری متاستاتیک استفاده شود. ممکن است طول عمر متوسط ۱۷ ماهه برای این بیماران با روش‌های تهاجمی به دست آید.

۴. خانمی ۴۸ ساله G2P2 به دلیل کانسر سرویکس Stage IIB تحت رادیوتراپی قرار گرفته است. ایشان در سابقه اندومتریوز نیز داشته است. در اولین ویزیت فالوآپ در معاینه رکتوواژینال برجستگی و ندولاریتی بر روی لیگامان کاردینال و یوتروساکرال لمس می‌شود. اقدام صحیح کدام است؟ (بورد ۱۴۰۰)

الف) کورتاژ اندوسرویکال

ب) معاینه مجدد سه ماه بعد

ج) نمونه‌برداری FNA از ندولاریتی

د) اندازه‌گیری CA-125

پاسخ: ج

بررسی بیمار و پیگیری پس از درمان در بیمارانی که رادیوتراپی می‌گیرند باید به دقت برای تخمین پاسخ کنترل شود. تومورها ممکن است تا سه ماه پس از رادیوتراپی قابل پیشرفت باشند. در معاینه لگنی باید به کوچک شدن پیشرونده سرویکس و تنگی احتمالی دهانه سرویکس و واژن فوقانی توجه شود. معاینه رکتوواژینال، با لمس دقیق لیگامان یوتروساکرال و کاردینال از جهت ندولاریتی مهم‌ترین کار است. سیتولوژی FNA از مناطق مشکوک برای تشخیص

ج) فروزن سکشن در بررسی غدد لنفاوی این ناحیه جایگاهی ندارد.

د) در تمام موارد رادیکال هیستریکتومی پاک‌سازی کامل باید انجام شود.

پاسخ: گزینه الف

بیمارانی که تومورهای حجیم سرویکس داشته یا غدد لنفاوی واضحاً مثبت دارند یا برای افرادی که ارزیابی فروزن سکشن انجام خواهد شد، بایستی از نظر غدد لنفاوی پارا آئورتیک بررسی شوند تا وسعت کامل بیماری مشخص شده و راهنمایی برای درمان کمکی (ادجوان) فراهم کند.

۳. خانم ۴۸ ساله‌ای شش هفته بعد از جراحی رادیکال هیستریکتومی و لنفادنکتومی کامل لگن با تشخیص کانسر اسکواموس مهاجم سرویکس به دلیل درد پهلو مراجعه کرده است. در بررسی متوجه انسداد حالب چپ ثانوی به اثر فشاری توده کیستیک به قطر تقریبی ۶ سانتی‌متر شده‌ایم. اولین اقدام لازم چیست؟ (بورد ۱۴۰۰)

الف) انجام درناژ ساده و سپس پیگیری بیمار

ب) تعبیه کاتتر پرکوتانئوس جهت درناژ طولانی

ج) جراحی برداشتن دیواره کیست و قرار دادن امنوم

د) انجام نفروستومی پروفیلاکتیک برای نجات کلیه

پاسخ: ب

درمان انسداد دوطرفه حالب و اورمی در بیمارانی که قبلاً درمان نشده‌اند باید به طور اختصاصی برای هر بیمار در نظر گرفته شود. کاتترهای حالبی ترانس وزیکال یا پرکوتانئوس باید در بیمارانی که شواهدی از بیماری دوردست ندارند، گذاشته شود، و





Table 38-1 FIGO Staging of Carcinoma of the Cervix Uteri (2018)

Stage	Description
I	The carcinoma is strictly confined to the cervix (extension to the uterine corpus should be disregarded)
IA	Invasive carcinoma that can be diagnosed only by microscopy, with maximum depth of invasion <5 mm ^a
IA1	Measured stromal invasion <3 mm in depth
IA2	Measured stromal invasion ≥3 mm and <5 mm in depth
IB	Invasive carcinoma with measured deepest invasion ≥5 mm (greater than Stage IA), lesion limited to the cervix uteri ^b
IB1	Invasive carcinoma ≥5 mm depth of stromal invasion, and <2 cm in greatest dimension
IB2	Invasive carcinoma ≥2 cm and <4 cm in greatest dimension
IB3	Invasive carcinoma ≥4 cm in greatest dimension
II	The carcinoma invades beyond the uterus, but has not extended onto the lower third of the vagina or to the pelvic wall
IIA	Involvement limited to the upper two-thirds of the vagina without parametrial involvement
IIA1	Invasive carcinoma <4 cm in greatest dimension
IIA2	Invasive carcinoma ≥4 cm in greatest dimension
IIB	With parametrial involvement but not up to the pelvic wall
III	The carcinoma involves the lower third of the vagina and/or extends to the pelvic wall and/or causes hydronephrosis or nonfunctioning kidney and/or involves pelvic and/or para-aortic lymph nodes ^c
IIIA	The carcinoma involves the lower third of the vagina, with no extension to the pelvic wall
IIIB	Extension to the pelvic wall and/or hydronephrosis or nonfunctioning kidney (unless known to be due to another cause)
IIIC	Involvement of pelvic and/or para-aortic lymph nodes, irrespective of tumor size and extent (with r and p notations) ^c
IIIC1	Pelvic lymph node metastasis only
IIIC2	Para-aortic lymph node metastasis
IV	The carcinoma has extended beyond the true pelvis or has involved (biopsy proven) the mucosa of the bladder or rectum. (A bullous edema, as such, does not permit a case to be allotted to Stage IV)
IVA	Spread to adjacent pelvic organs
IVB	Spread to distant organs

When in doubt, the lower staging should be assigned.





Table 38-4 Management of Invasive Cancer of the Cervix by Stage

Stage	Disease	Treatment ^a
IA1	<3 mm - LVSI	Conization or Extradiscal Hyst
	<3 mm + LVSI	Modified Rad Trachel or Modified Rad Hyst + pelvic lymph or SLN
IA2	≥3 mm <5 mm	Modified Rad Trachel or Modified Rad Hyst + pelvic lymph or SLN
IB1	≥5 mm <2 cm	Mod Rad/Rad Trachel or Mod Rad/Rad Hyst + pelvic lymph or SLN
IB2	≥2 cm <4 cm	Rad Hyst + pelvic lymph
IB3	≥4 cm	Chemoradiation, pelvic field
IIA1	<4 cm + upper vagina	Rad Hyst + pelvic lymph or chemoradiation
IIA2	≥4 cm + upper vagina	Chemoradiation, pelvic field
IIB	+ Parametria not to pelvic wall	Chemoradiation, pelvic field
IIIA	+ Lower vagina	Chemoradiation, pelvic field
IIIB	+ Pelvic wall or hydronephrosis	Chemoradiation, pelvic ± extended field
IIIC1	+ Pelvic lymph nodes	Chemoradiation, pelvic ± extended field
IIIC2	+ Para-aortic lymph nodes	Chemoradiation, pelvic + extended field + systemic chemotherapy
IVA	+ Adjacent pelvic organs	Chemoradiation, pelvic + extended field or pelvic exenteration
IVB	+ Distant organs	Systemic chemotherapy ± radiation, pelvic or modified field

- الف) ختم فوری بارداری و سپس تراکتومی
 ب) شروع کموتراپی و ختم بارداری در ۳۴ هفته
 ج) ختم بارداری در ۳۶ هفته و سپس رادیوتراپی
 د) ادامه بارداری و درمان قطعی پس از زایمان

پاسخ: د

در کانسر سرویکس حین بارداری پس از کونیزاسیون به نظر می‌رسد که به تأخیر انداختن درمان قطعی تا رسیدن به بلوغ

۵. خانم ۳۲ ساله باردار با سابقه یک زایمان طبیعی که در حال حاضر ۱۸ هفته می‌باشد با شکایت از ترشحات واژینال زیاد مراجعه کرده است. در معاینه سرویکس غیرطبیعی بوده کولپوسکوپی انجام می‌شود پاتولوژی به نفع کانسر سرویکس است. کونیزاسیون انجام می‌شود کانسر سرویکس اسکواآموس تأیید با تهاجم ۲ میلی‌متر و سائز ۵ میلی‌متر. اقدام مناسب کدام است؟ (ارتقا ۱۴۰۱)





۷. پاتولوژی کونیزاسیون خانم ۳۰ ساله بدون فرزند حاکی از کانسر اسکواموس سل با تهاجم ۲/۵ میلی‌متر با گرفتاری فضاهای لنفی عروقی می‌باشد. قدم بعدی درمانی کدام است؟ (بورد تخصصی ۱۳۹۹)

- الف) رادیکال هیستریکتومی و لنفادنکتومی
 ب) رادیکال تراکله کتومی با لنفادنکتومی
 ج) کموتراپی و رادیوتراپی واژینال
 د) کونیزاسیون مجدد

پاسخ: ب

طبق جدول ۴-۳۸ در صورت تهاجم کمتر یا مساوی ۳ mm بیمار در مرحله IA1 قرار دارد در صورتی که LVSI منفی باشد کونیزاسیون یا هیستریکتومی تیپ I کافی می‌باشد ولی در صورت LVSI مثبت رادیکال تراکله کتومی یا هیستریکتومی رادیکال تیپ II با لنفادنکتومی لگنی یا برداشتن لنف نود سنتینل باید انجام شود. (فصل ۳۸ نواک ۲۰۲۰)

Table 38-4 Management of Invasive Cancer of the Cervix by Stage

Stage	Disease	Treatment ^a
IA1	<3 mm - LVSI	Conization or Extradiscal Hyst
	<3 mm + LVSI	Modified Rad Trachel or Modified Rad Hyst + pelvic lymph or SLN
IA2	≥3 mm <5 mm	Modified Rad Trachel or Modified Rad Hyst + pelvic lymph or SLN
IB1	≥5 mm <2 cm	Mod Rad/Rad Trachel or Mod Rad/Rad Hyst + pelvic lymph or SLN
IB2	≥2 cm <4 cm	Rad Hyst + pelvic lymph
IB3	≥4 cm	Chemoradiation, pelvic field
IIA1	<4 cm + upper vagina	Rad Hyst + pelvic lymph or chemoradiation
IIA2	≥4 cm + upper vagina	Chemoradiation, pelvic field

جنین در بیماران با سرطان سرویکس در مرحله I ضرری نداشته باشد.

۶. خانم ۷۴ ساله‌ای به علت خونریزی پس از منوپوز و توده ۳ سانت در سرویکس تحت بیوپسی قرار گرفته و SCC گزارش شده، پارامترها و مخاط واژن نرمال است، بیماری زمینه‌ای ندارد. اقدام صحیح کدام است؟ (بورد تخصصی ۱۳۹۹)

- الف) کمورادیاسیون
 ب) رادیکال هیستریکتومی
 ج) کموتراپی نئوادجوانت
 د) هیستریکتومی اکسترافاشیال

پاسخ: ب

در موارد کانسر سرویکس هیستریکتومی رادیکال برای زنانی انجام می‌شود که در وضعیت فیزیکی خوبی هستند. سن بالا یک عامل محدود کننده نیست با پیشرفت روش‌های بیهوشی بیماران مسن‌تر جراحی رادیکال را به خوبی جوان‌ترها تحمل می‌کنند. عاقلانه است که ضایعات بزرگتر از 4 cm جراحی نشوند چون این بیماران بعد از عمل نیاز به رادیوتراپی دارند.





IIB	+ Parametria not to pelvic wall	Chemoradiation, pelvic field
IIIA	+ Lower vagina	Chemoradiation, pelvic field
IIIB	+ Pelvic wall or hydronephrosis	Chemoradiation, pelvic ± extended field
IIIC1	+ Pelvic lymph nodes	Chemoradiation, pelvic ± extended field
IIIC2	+ Para-aortic lymph nodes	Chemoradiation, pelvic + extended field + systemic chemotherapy
IVA	+ Adjacent pelvic organs	Chemoradiation, pelvic + extended field or pelvic exenteration
IVB	+ Distant organs	Systemic chemotherapy ± radiation, pelvic or modified field

LVSI, lymphovascular space invasion; Mod, modified; Rad, radical; Trachel, trachelectomy; Hyst, hysterectomy; lymph, lymphadenectomy; SLN, sentinel lymph node biopsy in selected cases.

سرطان تخمدان، لوله فالوپ و پریتوئن

فصل ۳۹

۱. خانم ۴۲ ساله، با سابقه کانسر تخمدان سرروز high grade در خواهر ۵۰ ساله‌اش، جهت مشاوره مراجعه کرده است. وی اعلام می‌کند در خانواده تا به حال مورد دیگری از کانسر پستان و تخمدان وجود نداشته، توصیه مناسب کدام است؟ (ارتقا ۱۴۰۱)

- (الف) نیاز به اقدام خاصی نیست.
- (ب) ارجاع جهت مشاوره ژنتیکی
- (ج) سالپنگواوفورکتومی دوطرفه
- (د) استفاده از OCP

پاسخ: گزینه ب

حداقل ۱۵٪ از بیماران با کانسرهای تخمدانی غیرموسینی با گرید بالا موتاسیون در رده سلول‌های ژرم لاین در BRCA1/BRCA2

۸. خانمی ۴۰ ساله به دلیل هیپرمنوره و رحم بزرگ میومانو تحت عمل جراحی TAH قرار گرفته است. جواب پاتولوژی آندومتر پرولیفراتیو و در سرویکس نیز ضایعه‌ای اینویزیو با تهاجم به استروما به عمق ۱/۵ میلی‌متر با تشخیص SCC گزارش شده است. اقدام بعدی کدام است؟ (بورد تخصصی ۱۳۹۹)

(الف) فالوآپ بیمار
 (ب) براکی تراپی و تله تراپی
 (ج) جراحی و برداشتن تخمدان‌ها
 (د) پارامترکتومی + لنفادکتومی لگن و پارائورت

پاسخ: الف

با توجه به عمق تهاجم کمتر از ۳ میلی‌متر بیمار در Stage IA1 قرار دارد که کونیزاسیون یا هیسترکتومی تیپ I برای درمان کافی می‌باشد.

البته بهتر بود در سؤال ذکر می‌شد که LVSI منفی است چون در Stage IA1 با LVSI ⊕ درمان تفاوت دارد.





بایستی تجسس شوند و در صورت بزرگ شدن نودها یا مشکوک بودن برداشته شوند.

۳. دخترخانم ۱۶ ساله به علت درد شکم سونوگرافی شده و توده ۱۲ سانتی‌متری سالیید با نواحی کیستیک در آدنکس چپ گزارش شده است.

CA125=40, AFP=890, BHCG=5, LDH=325

در بررسی میکروسکوپییک سالپنگواوفورکتومی چپ: شیلر دوال

بادی دیده شد. درمان ارجح کدام است؟ (بورد ۱۴۰۱)

الف) مرحله‌بندی کامل جراحی

ب) شیمی درمانی با رژیم BEP

ج) بیوپسی تخمدان مقابل

د) تحت نظر گرفتن با تومورمارکرها

پاسخ: گزینه ب

EST در ۱۰۰٪ موارد یک طرفه است. بنابراین بیوپسی تخمدان مقابل در چنین بیماران جوانی کنترا اندیکه است. از نظر میکروسکوپی یافته مشخص تومور سینوس آندودرمی اجسام شیلر دوال هستند. اکثریت ضایعات EST, AFP ترشح می‌کنند. درمان EST شامل جراحی تجسسی، سالپنگواوفورکتومی یک طرفه و تهیه فروزن سکشن جهت تشخیص می‌باشد. اضافه نمودن هیستریکتومی و سالپنگواوفورکتومی طرف مقابل نتیجه را تغییر نمی‌دهد. در صورت امکان هرگونه متاستاز بزرگ باید برداشته شود، اما مرحله‌بندی کامل جراحی اندیکاسیون ندارد زیرا تمام بیماران نیازمند شیمی درمانی هستند.

تمام بیماران مبتلا به تومورهای سینوس آندودرمال یا با شیمی درمانی تراپوتیک یا ادجوان درمان می‌شوند. شیمی درمانی ترکیبی حاوی پلاتینیوم با سه تا چهار سیکل BEP باید به عنوان شیمی درمانی اولیه برای EST استفاده شود.

داشته و حداقل ۴۰٪ از این موارد هیچ سابقه خانوادگی‌ای از سرطان پستان / تخمدان ندارند.

موتاسیون‌ها از طریق وراثت اتوزوم غالب به ارث می‌رسند و بنابراین یک آنالیز شجره‌نامه (هر دو طرف پدری و مادری) بایستی به دقت ارزیابی شود تمام بیماران با سرطان‌های تخمدان مهاجم با گرید بالا باید جهت مشاوره ژنتیک ارجاع شوند هر چند سابقه خانوادگی کانسر تخمدان / سینه در خانواده نداشته باشند.

۲. در بررسی شکم خانم ۶۴ ساله با تومور سرروز گرید بالای تخمدان گرفتاری اومننوم با توده ۵-۶ سانتی‌متری مشخص می‌گردد، بعد از برداشتن رحم و تخمدان‌ها و اومننوم کدام اقدام در ادامه باعث بهبود شرایط بالینی در آینده می‌گردد؟ (بورد ۱۴۰۱)

الف) لنفادنکتومی لگنی

ب) برداشتن غدد لنفاوی مشکوک و حجیم

ج) لنفادنکتومی لگنی و پارا آئورتیک

د) عدم انجام لنفادنکتومی

پاسخ: گزینه ب

لنفادنکتومی سیستماتیک لگنی و پارا آئورتیک در بیماران با سرطان تخمدان پیشرفته با برداشت کامل داخل شکمی تومور و لنف نودهای منفی از نظر بالینی، بهبودی در بقای عاری از بیماری یا بقای کلی ایجاد نمی‌کند (علی‌رغم کشف و برداشت متاستازهای لنف نود در ۵۶٪ بیماران). نویسندگان این مطالعه پیشنهاد کردند که لنفادنکتومی روتین باید در این‌گونه بیماران جهت کاهش موربیدیت و مورتالیتی، حذف شود.

هر یک از غدد لنفاوی بزرگ شده را باید برداشت و برای فروزن سکشن فرستاد. اگر هیچ متاستازی وجود نداشت، یک لنفادنکتومی لگنی قراردادی باید صورت گیرد. نواحی پارا آئورتیک





۱۰×۱۰ سانتی‌متر که جواب فروزن دیس ژرمینوم گزارش

شده است. اقدام مناسب کدام است؟ (بورد ۱۴۰۰)

الف) Staging + BSO کامل

ب) Staging + TAH BSO کامل

ج) TAH BSO + لنفادکتومی یک طرفه لگنی

د) برداشتن توده و حفظ رحم و تخمدان سمت مقابل +

Staging

پاسخ: الف

حداقل جراحی برای دیس ژرمینوم تخمدان عبارت از اوفورکتومی یک طرفه است. اگر تمایل به حفظ باروری وجود دارد، که اصولاً اکثر مواقع وجود دارد، تخمدان طرف مقابل، لوله فالوپ و رحم نگه داشته می‌شود (حتی در حضور بیماری متاستاتیک) چون بیماری به شیمی درمانی حساس است. اگر تمایل به حفظ باروری وجود ندارد، هیسترکتومی کامل شکمی و سالپنگواوفورکتومی دوطرفه برای بیماران مبتلا به بیماری پیشرفته انجام می‌شود. برای بیمارانی که آنالیز کاریوتیپی کروموزوم Y را نشان می‌دهد، هر دو تخمدان باید برداشته شوند، اگرچه رحم باید جهت انتقال جنین احتمالی در آینده نگه داشته شود.

۶. خانم ۲۵ ساله با شکم حاد و خونریزی غیرطبیعی مراجعه

کرده است. حین لاپاراتومی توده تخمدان چپ ۸

سانتی‌متر با کیسول پاره مشاهده شد. بیمار تحت

سالپنگواوفورکتومی چپ قرار گرفته است. در بررسی

فروزن توده تخمدان، کلاسترهای کوچک سلولی اطراف

یک حفره مرکزی و سلول‌های مشابه فولیکول پریموردیال

گزارش شده است. بعد عمل موتاسیون سوماتیک ژن

FOXL2 نیز گزارش شده است. بررسی سایر قسمت‌های

شکم و لگن حین عمل و نتیجه کورتاژ آندومتر نرمال بوده

است. کدام یک از اقدامات زیر در بیمار صحیح است؟

(بورد ۱۴۰۰)

۴. خانم ۲۸ ساله حامله ۲۴ هفته با درد شکم مراجعه کرده است،

به علت وجود توده سالیید سیستیک در آدنکس راست با احتمال

تورشن لاپاراتومی شده است. در شکم مایع خونی وجود داشت

و جدار توده تخمدانی که دو دور تورشن داشت پاره بود، گزارش

پاتولوژی سالپنگواوفورکتومی حاکی از دیس ژرمینوما با

گرفتاری کیسول می‌باشد. درمان مناسب کدام است؟ (بورد

۱۴۰۱)

الف) ادامه حاملگی و پیگیری با LDH

ب) ختم بارداری و شیمی درمانی

ج) شیمی درمانی و ادامه حاملگی

د) جراحی مرحله‌بندی و برنامه‌ریزی درمانی بر اساس آن

پاسخ: گزینه ج

بسیاری از بیماران مبتلا به دیس ژرمینوم توموری خواهند داشت که محدود به یک تخمدان است و بعد از سالپنگواوفورکتومی یک طرفه بدون مرحله‌بندی جراحی ارجاع می‌شوند. گزینه‌های درمانی توصیه شده بستگی به یافته‌های پاتولوژیک، نتایج تصویربرداری و تومورمارکرها (LDH و β hCG)، سن بیمار و تمایل وی برای حفظ باروری دارند. رویکردهای درمانی در این حالت عبارتند از: ۱) تکمیل جراحی مرحله‌بندی چرا که دیس ژرمینوماها در مرحله I به کموتراپی ادجوان نیاز ندارند. ۲) CT اسکن منظم لگن و شکم و چک تومورمارکر جهت نظارت (surveillance) یا ۳) شیمی درمانی ادجوان در صورت پارگی کیسول یا مرحله پیشرفته‌تر بیماری.

۵. دخترخانم ۱۸ ساله با درد شکم و توده لگن و هیرسوتیسم

مراجعه کرده است. در بررسی کروموزومی انجام شده 45x

46xy- می‌باشد. LDH و آلکانل فسفاتاز جفتی PLAP بالا

دارد. بیمار تحت لاپاراتومی قرار گرفته است. در یک سمت

بافتی شبیه تخمدان و در طرف مقابل توده‌ای به ابعاد





احتمالی آدنوکارسینوم اندومتر همزمان، دیلاتاسیون و کورتاژ رحم باید انجام شود.

هیچ مدرکی در دسترس نیست که استفاده از رادیوتراپی ادجوان را برای تومور گرانولوزا توصیه کند. اگرچه ممکن است رادیاسیون لگنی جهت تسکین عود ایزوله لگنی کمک نماید. هیچ مدرکی به نفع این نیست که شیمی درمانی از عود بیماری جلوگیری نماید و پروگنوز را بهبود بخشد.

۷. دخترخانم ۲۲ ساله به دلیل درد شکم و توده تخمدان تحت عمل جراحی قرار گرفته است. پاتولوژی دیس ژرمینوم و محدود به تخمدان سمت چپ بوده است. Staging کامل انجام شده متاستاتیک نبوده است. اقدام مناسب بعدی کدام است؟ (ارتقا ۱۴۰۰)

الف) شیمی درمانی با BEP ۴ جلسه

ب) انجام CT اسکن ۶ ماه بعد

ج) اقدام جهت فریز تخمک و سپس کموتراپی

د) سونوگرافی شکم و لگن هر ۲ ماه تا ۱۲ ماه

پاسخ: ب

پاسخ شکل ۲۰-۳۹

الف) ادامه درمان با کموتراپی

ب) ادامه درمان با رادیوتراپی

ج) نیاز به اقدام خاصی نمی‌باشد.

د) لاپاراتومی مجدد و برداشتن رحم و تخمدان راست

پاسخ: ج

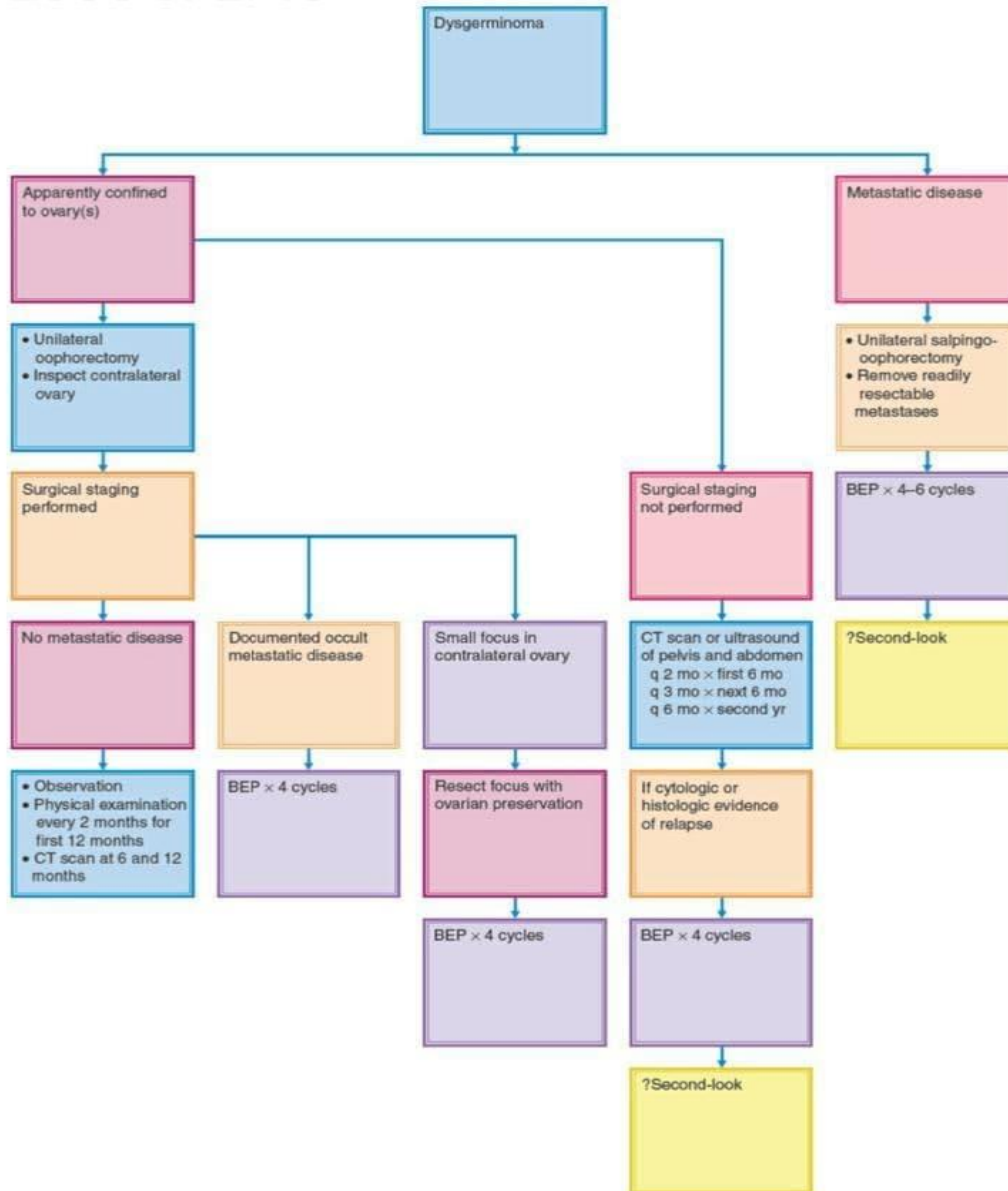
درمان گرانولوزاسل تومور بستگی به سن بیمار و وسعت بیماری دارد. برای اکثریت بیماران، جراحی به تنهایی درمان اولیه کافی است. رادیوتراپی و شیمی درمانی برای درمان عود یا متاستاز نگه داشته می‌شود.

از آنجایی که تومور گرانولوزا تنها در ۲٪ بیماران دوطرفه است، سالپنگوآفورکتومی یک طرفه درمان مناسب برای مرحله IA تومور در بچه‌ها یا در زنان در سن باروری است. در زمان لاپاراتومی یا لاپاراسکوپی، اگر تومور گرانولوزا، توسط فروزن سکشن تشخیص داده شد، جراحی مرحله‌بندی انجام می‌شود که شامل ارزیابی تخمدان طرف مقابل هم هست. اگر تخمدان طرف مقابل بزرگ بود باید بیوپسی شود. برای زنانی که حوالی یائسگی یا بعد از یائسگی هستند، حفظ تخمدان برای آن‌ها مهم نیست. هیستریکتومی و سالپنگوآفورکتومی دوطرفه باید انجام گیرد. برای بیمار غیریائسه که در آن‌ها رحم حفظ می‌شود، به علت وجود





2383 of 2716





شده است. در سونوی واژینال کیست ساده و تک حفره‌ای
است. CA125 سریال در محدوده طبیعی است.
مناسب‌ترین اقدام چیست؟ (بورد تخصصی ۱۳۹۹)

الف) انجام سی تی اسکن شکم و لگن
ب) expectant management
ج) لاپاروسکوپییک Cystectomy
د) لاپاروتومی و بررسی با فروزن سکشن

پاسخ: ب

در زنان یائسه با کیست‌های تک حفره‌ای به اندازه ۸-۱۰ cm یا
کمتر و سطح CA125 سریال طبیعی، درمان انتظاری قابل قبول
است و این رویکرد ممکن است تعداد مداخلات جراحی را کاهش
دهد.

۱۰. دختر بچه ۱۲ ساله‌ای با توده یک طرفه تخمدان تحت
سالپنگواوفورکتومی همان طرف قرار گرفته و با جواب پاتولوژی
مبنی بر mixed germ cell tumor جهت مشاوره ارجاع داده
شده است. طبق گفته جراح یافته مثبت دیگری در شکم و لگن
دید نشده است. خانواده بیمار مایل به انجام کموتراپی نیستند.
اقدام مناسب کدام است؟ (بورد تخصصی ۱۳۹۹)

الف) پیگیری بیمار با تصویربرداری و مارکرها
ب) رادیوتراپی لگن
ج) تهیه wedge از تخمدان مقابل
د) انجام فریز تخمدان

پاسخ: الف

تومور ژرم سل مخلوط حاوی ۲ یا چند جزء از ضایعات هستند.
این تومورها باید با شیمی درمانی ترکیبی درمان شوند که رژیم
ارجح BEP است. نظارت دقیق، استاندارد برخورد درمانی در موارد
مردان جوان با تومور ژرم سل مرحله I واضح بیضه می‌باشند. این

۸. خانمی ۳۰ ساله نولی گراوید به دلیل توده سمی سولید ۷
سانتی‌متر در تخمدان سمت چپ با تشخیص اندومتريوما
تحت لاپاراتومی قرار گرفته است. در بررسی آسیت
نداشته و به دلیل چسبندگی، توده هنگام جدا کردن پاره
می‌شود و جهت فروزن ارسال می‌گردد. جواب فروزن
Low-grade اندومتريوئید آدنوکارسینوم می‌باشد.
تخمدان و لوله سمت مقابل ظاهراً سالم می‌باشد. اقدام
صحیح کدام است؟ (بورد تخصصی ۱۳۹۹)

الف) TAH-BSO لنفادنکتومی کامل و امنکتومی
ب) USO، بیوپسی اندومتر و لنفادنکتومی کامل و
امنکتومی
ج) ختم عمل جراحی، اقدام جهت فریز جنین سپس جراحی
کامل
د) بیوپسی از تخمدان سمت مقابل در صورت نرمال بودن
حفظ رحم و تخمدان

پاسخ: ب

این بیمار در مرحله I کم خطر کانسراپی تلیال تخمدان قرار دارد.
بیماران کم خطر عبارتند از گرید پایین، کیسول سالم، بدون
برجستگی سطحی، بدون آسیت، یافته‌های سیتولوژیک صفاقی
منفی، پاره نشده یا حین جراحی پاره شده، بدون چسبندگی
شدید و تومور دیپلوئید. برای بیمارانی که تحت لاپاراتومی
مرحله‌بندی دقیق قرار می‌گیرند و هیچ یافته‌ای از گسترش
بیماری فراتر از تخمدان ندارند، هیستریکتومی شکمی و BSO
درمان مناسب است. رحم و تخمدان طرف مقابل در زنان مرحله
IA، گرید ۱ تا ۲ بیماری که تمایل به حفظ باروری دارند قابل نگر
داشتن است.

۹. برای خانم ۷۵ ساله‌ای به طور اتفاقی در سونوگرافی شکم و
لگن تشخیص کیست ۸ سانتی‌متری تخمدان چپ داده





برای بیمارانی که آنالیز کاریوتیپی کروموزوم Y را نشان می‌دهد، هر دو تخمدان باید برداشته شوند، اگرچه رحم باید جهت انتقال جنین احتمالی در آینده نگه داشته شود.

سرطان ولو

فصل ۴۰

۱. در بیمار ۳۰ ساله که در بیوپسی ولو ضایعه ملانوما با تهاجم ۲ میلی‌متر در لایبیا ماژور راست گزارش شده است، در کشاله ران لنف نود قابل لمس در سمت تومور وجود ندارد. کدام یک از اقدامات زیر ارجح می‌باشد؟ (ارتقا ۱۴۰۱)
 - (الف) اکسیزیون رادیکال موضعی با حاشیه پوستی ۳ cm و لنفادنکتومی لگنی و فمورال یک طرفه
 - (ب) اکسیزیون رادیکال موضعی با حاشیه پوستی ۲ cm و سنتینل لنفادنکتومی
 - (ج) ولوکتومی رادیکال و لنفادنکتومی لگنی
 - (د) اکسیزیون رادیکال موضعی بدون لنفادنکتومی

پاسخ: گزینه ب

گرچه درمان ملانوم ولو همچنان مورد بحث است، به طور معمول پذیرفته شده است که ضایعات با تهاجم کمتر از ۱ mm می‌تواند با اکسیزیون رادیکال موضعی به تنهایی درمان شود. با ضایعات تهاجمی‌تر، رزکسیون کامل تومور اولیه و غدد لنفاوی اینگوینوفمورال دوطرفه به طور مرسوم توصیه می‌شود. بر اساس ملانوم جلدی و بر اساس مطالعات موردی کوچکتر در مورد ولو، واضح شده که عمده شکست‌ها دور دست بوده و ولوکتومی رادیکال به نظر نمی‌رسد بقا را افزایش دهد. بر اساس این مورد، رویکردهای درمانی جراحی محافظه‌کارانه‌تری به طور همزمان ظهور کرد که شامل برداشت موضعی رادیکال همراه با بیوپسی از لنف نود پیشاهنگ در موارد نود منفی بالینی بود و به دنبال آن لنفادنکتومی کامل اینگوینوفمورال برای موارد با درگیری لنف نود

رویگرد در زنان با تومور ژرم سل تخمدان در آمریکا و انگلستان به طور گسترده‌ای استفاده می‌شود. هر چند قبل از چنین توصیه‌ای، بررسی دقیق یافته‌های جراحی، مرور پاتولوژی مرکزی، ارزیابی تومور مارکرها و تصویربرداری کل بدن جهت تأیید مرحله بیماری باید صورت گرفته باشد. مراقبت دقیق شامل تصویربرداری‌های دوره‌ای و ارزیابی تومور مارکرها است.

۱۱. دختر خانمی ۱۴ ساله که به دلیل آمنوره و هیرسوتیسم مختصر بررسی شده و کاریوتایپ 46x-46xy دارد با درد و توده لگنی مراجعه نموده است. در بررسی انجام شده توده ۱۰x۱۲ سانتی‌متری در محل تخمدان راست گزارش شده است. LDH بالا، آلفا فیتوپروتئین و BHCG نرمال است. بیمار لاپاراتومی شده است و توده جهت فروزن ارسال شده است. در پاتولوژی، توده بزرگ بیضی شکل به رنگ متمایل به خاکستری با سلول‌های بزرگ چندوجهی و سیتوپلاسم فراوان و شفاف و هسته بزرگ و نامنظم دیده می‌شود. اقدام صحیح کدام است؟ (بورد تخصصی ۱۳۹۹)

(الف) سالپنگوواورکتومی یک طرفه

(ب) سیستکتومی و بیوپسی از تخمدان مقابل

(ج) برداشتن توده و ارجاع جهت کموتراپی اجوانت

(د) سالپنگوواورکتومی دوطرفه، حفظ رحم و Staging کامل

پاسخ: د

حداقل جراحی برای دیس ژرمینوم تخمدان عبارت از اوفورکتومی یک طرفه است. اگر تمایل به حفظ باروری وجود دارد، که اصولاً اکثر مواقع وجود دارد، تخمدان طرف مقابل، لوله فالوپ و رحم نگه داشته می‌شود (حتی در حضور بیماری متاستاتیک) چون بیماری به شیمی درمانی حساس است. اگر تمایل به حفظ باروری وجود ندارد، هیستریکتومی کامل شکمی و سالپنگوواورکتومی دوطرفه برای بیماران مبتلا به بیماری پیشرفته انجام می‌شود.





۳. خانمی ۶۵ ساله با ضایعه‌ای در ولو مراجعه کرده است. این ضایعه حدود ۳ cm و محدود به لابیا ماژور سمت چپ به فاصله ۳ cm از خط وسط بوده است. در Imaging نکته پاتولوژیکی در لگن و غدد لنفاوی گزارش نشده است. بیوپسی تهیه شده SCC با عمق تهاجم بیش از یک میلی‌متر گزارش شده است. اقدام مناسب کدام است؟ (بورد ۱۴۰۰)

الف) اکسزیون وسیع موضعی

ب) اکسزیون رادیکال موضعی، لنفادنکتومی اینگوینال فمورال یک طرفه

ج) ولوکتومی رادیکال + لنفادنکتومی اینگوینال فمورال هر دو طرف

د) ولوکتومی رادیکال و لنفادنکتومی، اینگوینال فمورال و لگنی هر دو طرف

پاسخ: ب

رویکرد جدید به درمان بیماران مبتلا به کارسینوم T1b ولو بایستی برای هر فرد تنظیم شود.

اگر ولو از سایر لحاظ سالم است علی‌رغم عمق تهاجم و سایز تومور، روش برش‌های موضعی رادیکال، انتخاب ایمنی است. در زمان اکسزیون موضعی رادیکال، حداقل ۱ cm حاشیه واضحاً منفی، بدون این که بافت تحت کشش قرار گیرد باید حاصل شود و گسترش به طرف پایین تا سطح فاسیای تحتانی دیافراگم اوروژنیتال ادامه یابد.

واضح است که دیسکسیون دوطرفه کشاله ران اگر ضایعه اولیه یک طرفه است و غدد لنفاوی همان طرف منفی است، لازم نمی‌باشد. لنفادنکتومی اینگوینال - فمورال دوطرفه بایستی برای ضایعات خط وسط انجام شود (کلیتوریس، بخش قدامی لب کوچک و فورشت خلفی) یا افرادی که ضایعه آن‌ها در فاصله ۳ cm

پیشاهنگ، صورت می‌گرفت. مارژین پوستی برای ملانوم‌های با ضخامت درگیری کمتر از ۱ mm، باید ۱ cm بوده و در صورت امکان آناتومیک برای موارد با ضخامت درگیری بیشتر مساوی ۱ mm باید تا ۲ cm، گسترش یابد و حداقل مارژین جراحی عمقی ۱ cm که عاری از تومور باشد (تا فاشیا) توصیه می‌شود که این اندازه اخیر ارتباطی با ضخامت تومور ندارد.

۲. خانم ۶۰ ساله با توده تومورال در ناحیه غدد وستیبولار خلفی جانبی ولو و در عمق لبیا ماژور راست مراجعه کرده است. تومور ناحیه اسفنکتر مقعد را نیز درگیر کرده است. پوست روی توده سالم است و در بیوپسی توده و بررسی پاتولوژی، سلول آدنوکارسینوم و مقادیری غدد سالم مشاهده می‌شود. درمان ترجیحی کدام است؟

الف) ولوکتومی رادیکال + رزکسیون دوطرفه غدد لنفاوی کشاله ران

ب) رادیوتراپی و کموتراپی و سپس جراحی

ج) همی ولوکتومی راست + لنفادنکتومی دوطرفه کشاله ران

د) جراحی اولترارادیکال ناحیه تناسلی (ولو و پرینه)

پاسخ: گزینه ب

برای حصول به پاکسازی جراحی اولیه برای تومورهای درگیر کننده بخش فوقانی پیشابراه، مقعد، رکتوم یا سیتوم رکتوواژینال، تخلیه کامل لگنی همراه با ولوکتومی رادیکال و لنفادنکتومی اینگوئینوفمورال لازم است که عوارض فیزیکی و روانی خیلی شدیدی را به دنبال دارد. برای بسیاری از این بیماران، درمان ترکیبی کمورادیوتراپی با یا بدون جراحی بعدی سبب بهبود یا ثابت باقی ماندن بقاء و کاهش عوارض می‌شود و رویکرد درمانی ارجح است.





است مراجعه نموده. اقدام ارجح کدام است؟ (بورد)

تخصصی ۱۳۹۹)

الف) رادیکال ولوکتومی و لنفادنکتومی دوطرفه اینگوئینال
ب) Wide local excision و لنفادنکتومی دوطرفه
اینگوئینال

ج) Wide local excision و کمورادیاسیون
د) Small field radiation و کموتراپی sensitizing

پاسخ: د

تومور با قطر ۲ cm یا کمتر یا با تهاجم ۱ mm یا کمتر به طور مناسبی با اکسیزیون موضعی عریض درمان می‌شود که به اندازه جراحی رادیکال برای پیشگیری از عود این تومورها مؤثر است. اکسیزیون باید به حد کافی عمیق باشد تا به درم برسد و عمق تهاجم به طور کامل ارزیابی شود. رادیوتراپی به عنوان درمان اولیه کسانی که تومورهای اولیه کوچکی دارند خصوصاً زنان جوان و میانسالی که ضایعه‌ای در کلیتوریس یا اطراف آن دارند و برداشت جراحی می‌تواند عواقب روانشناسی قابل توجهی داشته باشد، به کار می‌رود.

بیماری تروفوبلاستیک بارداری

فصل ۴۱

۱. خانم ۳۵ ساله به دلیل GTN کم خطر تحت درمان با متوترکسات به مدت ۵ روز قرار گرفته است. BHCG اولیه بیمار ۴۹۰۰۰۰ MIU/ml بوده است. بعد از سه ماه از پایان درمان به مدت سه هفته BHCG به میزان ۲۵۰ MIU/ml می‌باشد. ارزیابی‌های رادیولوژیک و کلینیکی نکته پاتولوژیکی نداشته و علی‌رغم یک دوره کموتراپی نیز BHCG پایین نیامده است. اقدام مناسب کدام است؟ (ارتقا ۱۴۰۱)

الف) استفاده از اکتینومایسین

۲ یا کمتر از خط وسط است، چون احتمال درگیری جریان لنفاوی طرف مقابل از این نواحی وجود دارد.

تمام بیمارانی که تومور آنها بیش از ۱ mm تهاجم به استروما را نشان داد یا افرادی که تومورهای آنها بزرگتر از ۲ cm است (T1b) و بالاتر) نیاز به لنفادنکتومی اینگوئینال فمورال دارند.

۴. خانم ۴۰ ساله‌ای به علت خارش ناحیه وولو و مشاهده‌ی توده‌ی ۱/۵ سانت در کنار کلیتوریس مراجعه کرده است. بیوپسی ضایعه SCC با تهاجم ۱۲ میلی‌متر به استروما گزارش شده است. درمان مناسب کدام است؟ (ارتقا ۱۴۰۱)

الف) رادیکال ولوکتومی و لنفادنکتومی اینگوئینال فمورال دوطرفه

ب) رادیکال لوکال اکسیژن ضایعه با مارژین یک سانت و لنفادنکتومی طرف راست

ج) کمورادیاسیون با ۵۰۰۰ سانتی گری و سپس بیوپسی از باقی مانده تومور

د) کمورادیاسیون و سپس جراحی لوکال اکسیژن با مارژین یک سانت

پاسخ: ج

در بیماران جوان مبتلا به ضایعات اطراف کلیتوریس باید رادیوتراپی ضایعه اولیه با حوزه کوچکی از اشعه احتمالاً به همراه کموتراپی حساس کننده به اشعه را در نظر گرفت. ضایعات کوچک ولو خیلی خوب به حدود ۵۰۰۰ cGy پرتوآبی خارجی جواب می‌دهند و بعد از خاتمه درمان می‌توان جهت اطمینان از عدم وجود بیماری باقیمانده بیوپسی کرد.

۵. خانمی ۳۵ ساله به دلیل وجود ضایعه‌ای یک و نیم سانتی‌متری کنار کلیتوریس که در بیوپسی اسکواموس سل کارسینوم با عمق تهاجم ۰/۸ میلی‌متر گزارش شده





۲. خانم ۲۷ ساله به دلیل تنگی نفس و دیس پنه و هموپتییزی مراجعه نموده است. بیمار ذکر می‌کند که به دنبال سقط ۵ ماه قبل همچنان لکه‌بینی و گاهی خونریزی داشته که پیگیری خاصی نکرده است. BHCG بیمار ۱۱۵۰۰ بوده در بررسی شکم و لگن به جز نامنظمی آندومتر نکته پاتولوژیک دیگری نداشته. در CT ریه پلورال افیوژن همراه با یک پاترن مشکوک به آمبولی وجود دارد. اقدام مناسب کدام است؟ (بورد ۱۴۰۱)

الف) تجویز MTX به تنهایی

ب) تراکتومی و تجویز MTX

ج) درمان با رژیم EMA-CO

د) درمان با رژیم EMA-EP

پاسخ: گزینه الف

با توجه به جدول ۲-۴۱ بیمار در مرحله GTN3 قرار دارد و با توجه به جدول ۳-۴۱ امتیاز ۴ می‌باشد و شیمی درمانی تک دارویی توصیه می‌شود.

ب) اندازه‌گیری BHCG مایع مغزی نخاعی

ج) اندازه‌گیری BHCG هیپرگلیکوزیله

د) شیمی درمانی چند دارویی

پاسخ: گزینه ج

برخی بیماران مبتلا به حاملگی مولار و GTN سطح پایدار خیلی پایین (هفته‌ها تا ماه‌ها) از hCG حقیقی (معمولاً 500 mIU/mL) را دارا هستند. در این بیماران بررسی رادیولوژیک و بالینی گسترده نمی‌تواند هیچ ضایعه‌ای را نشان دهد و شیمی درمانی معمولاً مؤثر نیست. این حالت hCG پایین «حقیقی» در جایی که hCG هیپرگلیکوزیله نیست به عنوان «GTN خاموش» موسوم است. این بیماران بایستی به دقت پیگیری شوند، چون ۱۰-۶٪ در نهایت به بیماری فعال تبدیل و عود خواهند کرد و سطح hCG افزایش می‌یابد. بازگشت بیماری فعال در ارتباط با مقدار hCG هیپرگلیکوزیله است. اگر عود رخ دهد، شیمی درمانی معمولاً مؤثر است.

Table 41-2 Staging of Gestational Trophoblastic Tumors

Stage I	Disease confined to uterus
Stage II	GTN extending outside uterus but limited to genital structures (adnexa, vagina, broad ligament)
Stage III	GTN extending to lungs with or without known genital tract involvement
Stage IV	All other metastatic sites

افیوژن همراه با یک پاترن مشکوک به آمبولی وجود دارد. اقدام مناسب کدام است؟ (بورد ۱۴۰۰)

الف) تجویز MTX به تنهایی

ب) تراکتومی و تجویز MTX

ج) شروع EMA-CO

د) رژیم EMA-EP

۳. خانم ۲۷ ساله به دلیل تنگی نفس و دیس پنه و هموپتییزی مراجعه نموده است. بیمار ذکر می‌کند که به دنبال سقط ۵ ماه قبل همچنان لکه‌بینی و گاهی خونریزی داشته که پیگیری خاصی نکرده است. BHCG بیمار ۱۱۰۰۰۰ بوده و در سونوگرافی کاویته رحم به جز نامنظمی آندومتر نکته پاتولوژیک دیگری نداشته است. در CT ریه پلورال





پاسخ: الف

با توجه به جدول ۲-۴۱ بیمار در مرحله ۳ GTN قرار دارد و با توجه به جدول ۳-۴۱ امتیاز بیمار ۳ می‌باشد لذا درمان اولیه شیمی درمانی تک دارویی است (با توجه به جدول ۴-۴۱).

Table 41-2 Staging of Gestational Trophoblastic Tumors

Stage I	Disease confined to uterus
Stage II	GTN extending outside uterus but limited to genital structures (adnexa, vagina, broad ligament)
Stage III	GTN extending to lungs with or without known genital tract involvement
Stage IV	All other metastatic sites

Table 41-3 Scoring System Based on Prognostic Factors^a

	0	1	2	4
Age (years)	≤39	>39		
Antecedent pregnancy	Hydatidiform mole	Abortion	Term	
Interval between end of antecedent pregnancy and start of chemotherapy (months)	<4	4-6	7-12	>12
Human chorionic gonadotropin (IU/L) at the time of GTN diagnosis	<10 ³	10 ³ -10 ⁴	10 ⁴ -10 ⁵	>10 ⁵
ABO groups		O or A	B or AB	
Largest tumor, including uterine (cm)	<3	3-5	>5	
Site of metastases		Spleen, kidney	GI tract	Brain, liver
Number of metastases		1-3	4-8	>8
Prior chemotherapy			1 drug	≥2 drugs

^aThe total score for a patient is obtained by adding the individual scores for each prognostic factor. Total score: <7, low risk; ≥7, high risk.

Table 41-4 Protocol for Treatment of GTN



Stage I	
Initial	Single-agent chemotherapy or hysterectomy with adjunctive chemotherapy
Resistant	Combination chemotherapy
	Hysterectomy with adjunctive chemotherapy
	Local resection
	Pelvic infusion
Stages II and III	
Low risk ^a	
Initial	Single-agent chemotherapy
Resistant	Combination chemotherapy
High risk ^a	
Initial	Combination chemotherapy
Resistant	Second-line combination chemotherapy
Stage IV	
Initial	Combination chemotherapy
Brain	Whole-head radiation (3,000 cGy)
	Craniotomy to manage complications
Liver	Resection or embolization to manage complications
Resistant ^a	Second-line combination chemotherapy
	Hepatic arterial infusion

Table 41-3 Scoring System Based on Prognostic Factors^a

	0	1	2	4
Age (years)	≤39	>39		
Antecedent pregnancy	Hydatidiform mole	Abortion	Term	
Interval between end of antecedent pregnancy and start of chemotherapy (months)	<4	4-6	7-12	>12
Human chorionic gonadotropin (IU/L) at the time of GTN diagnosis	<10 ³	10 ³ -10 ⁴	10 ⁴ -10 ⁵	>10 ⁵
ABO groups		O or A	B or AB	
Largest tumor, including uterine (cm)	<3	3-5	>5	
Site of metastases		Spleen, kidney	GI tract	Brain, liver
Number of metastases		1-3	4-8	>8
Prior chemotherapy			1 drug	≥2 drugs

^aThe total score for a patient is obtained by adding the individual scores for each prognostic factor. Total score: <7, low risk; ≥7, high risk.





پاسخ: ج

برخی بیماران مبتلا به حاملگی مولار و GTN سطح پایدار خیلی پایین (هفته‌ها تا ماه‌ها) از hCG حقیقی (معمولاً ۵۰۰ mIU/mL) را دارا هستند. در این بیماران بررسی رادیولوژیک و بالینی گسترده نمی‌تواند هیچ ضایعه‌ای را نشان دهد و شیمی درمانی معمولاً مؤثر نیست. این حالت hCG پایین «حقیقی» در جایی که hCG هیپرگلیکوزیله نیست به عنوان «GTN خاموش» موسوم است. این بیماران بایستی به دقت پیگیری شوند، چون ۱۰٪-۶٪ در نهایت به بیماری فعال تبدیل و عود خواهند کرد و سطح hCG افزایش می‌یابد. بازگشت بیماری فعال در ارتباط با مقدار hCG هیپرگلیکوزیله است. اگر عود رخ دهد، شیمی درمانی معمولاً مؤثر است.

۶. خانم ۲۰ ساله‌ای حین ساکشن کورتاژ مول کامل دچار دیسترس تنفسی و افت ساجوریشن و تاکی کاردی می‌شود. سمع ریه رال منتشر و انفیلتراسیون منتشر هر دو ریه در تصویربرداری دارد. تشخیص کدام است؟ (بورد تخصصی ۱۳۹۹)

الف) طوفان تیروئید
ب) آمبولی تروفوبلاستیک
ج) ادم ریه ناشی از پره اکلامپسی
د) Fluid overload

پاسخ: ب

آمبولی تروفوبلاستیک: دیسترس تنفسی به ندرت در بیماران مبتلا به مول کامل مشاهده می‌شود. دیسترس تنفسی معمولاً در بیمارانی با اندازه رحمی بزرگ تشخیص داده می‌شود و مشخصاً سطوح بالایی از HCG دارند. این بیماران دچار درد قفسه سینه، تنگی نفس، تاکی پنه و تاکی کاردی بوده و ممکن است در طی تخلیه مول یا بعد از آن دیسترس شدیدی را تجربه کنند. در سمع

۴. خانم ۴۲ ساله با سابقه زایمان ترم در ۷ ماه قبل به علت لکه‌بینی مراجعه نموده است. در معاینه نکته خاصی ندارد. در سونوگرافی واژینال رحم و تخمدان نرمال گزارش شده و سطح $\beta\text{HCG}=100000$ بوده و در گرافی قفسه صدری ضایعات متعدد مشکوک به متاستاز دیده می‌شود. اقدام بعدی کدام است؟ (بورد ۱۴۰۰)

الف) ام آر آی مغز
ب) درمان با متوترکسات
ج) کورتاژ آندومتر
د) کموتراپی ترکیبی

پاسخ: الف

بررسی متاستاتیک بایستی شامل موارد زیر باشد:

۱) عکس قفسه صدری یا CT اسکن
۲) سونوگرافی یا CT اسکن شکم و لگن
۳) CT یا MRI سر
وقتی معاینه لگنی و یافته‌های رادیوگرافی قفسه سینه منفی است، درگیری متاستاتیک سایر محل‌ها غیرشایع است. ولی در صورت وجود متاستاز ریه بررسی متاستاز مغزی الزامی است.

۵. خانم ۲۸ ساله گراوید ۲ به دنبال ساکشن کورتاژ مول با تشخیص GTN کم خطر تحت درمان با متوترکسات قرار گرفته است و در حین پیگیری کاهش بتا تا ۵۶ داشته است ولی در دو هفته اخیر این عدد ثابت مانده و بررسی از نظر متاستاز منفی است. اقدام مناسب چیست؟ (بورد ۱۴۰۰)

الف) کموتراپی با اکتینوماپسین
ب) افزایش دوز متوترکسات
ج) ادامه پیگیری و نظارت
د) کموتراپی چند دارویی

