



سرشناسه

عنوان و نام پدیدآور

مشخصات نشر

مشخصات ظاهری

شابک

وضعیت فهرست نویسی

یادداشت

یادداشت

موضوع

شناسه افزوده

شناسه افزوده

شناسه افزوده

شناسه افزوده

شناسه افزوده

شناسه افزوده

شناسه افزوده

شناسه افزوده

شناسه افزوده

رده بندی کنگره

رده بندی دیویی

شماره کتابشناسی ملی

اطلاعات رکورد

کتابشناسی

زینال پور قطار، عادل، ۱۳۶۵-

مری و معده، خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ویژه آمادگی آزمون‌های ۱۴۰۳

Schwartzs 2019 , Sabiston 2022 , Maingot 2019

ترجمه و تلخیص عادل زینال پور قطار؛ پاسخدهی به سوالات حامد قلی‌زاده... [و دیگران].

تهران: کاردیا، ۱۴۰۲.

۳۲۸ ص: مصور (رنگی)، جدول (رنگی).

۴,۹۲۰,۰۰۰ ریال: 978-622-5217-86-7

فیبا

کتاب حاضر ترجمه و تلخیص بخشی از کتاب‌های "Schwartz's principles of surgery, 11th. ed, 2019" اثر

دیناکی. اندرسن ... [و دیگران] و کتاب

"Sabiston textbook of surgery : the biological basis of modern surgical practice, 21st. ed, c2022"

به ویراستاری کورتنی ام. تاونزند... [و دیگران] و کتاب "Maingot's abdominal operations, 13th. ed, c2019"

تالیف مایکل ج زینر، استنلی دبلیو اشلی، او. جو هاینز است.

پاسخدهی به سوالات حامد قلی‌زاده، اشکان شه‌وردی، علی حاجی‌هاشمی ورنوسفادرائی، محمد مددی امامچای.

جراحی / Surgery

جراحی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها / Surgery -- Examinations, questions, etc.

شکم -- جراحی / Abdomen -- Surgery

مری -- جراحی / Esophagus -- Surgery

معده -- جراحی / Stomach -- Surgery

ویرایش و اضافه نمودن سوالات همراه با پاسخ تشریحی و حذف سوالات اضافه

قلی‌زاده، حامد، ۱۳۶۵-

اندرسن، دینا کی. / Andersen, Dana K.

تاونزند، کورتنی ام. / Townsend, Courtney M.

زینر، مایکل ج. / Zinner, Michael J.

اشلی، استنلی دبلیو. / Ashly, Stanley W.

هاینز، او. جو / Hines, O. Joe.

شوارتس، سیمور، ۱۹۲۸- م. اصول جراحی شوارتز

سابیستون، دیوید کاستون، ۱۹۲۴- م. مبانی جراحی سابیستون

RD۳۱

۶۱۷

۹۱۴۴۰۲

فیبا

عنوان کتاب: «مری و معده»

برگرفته از کتاب‌های Schwartz 2019 و Sabiston 2022 و Maingot 2019

ترجمه و تلخیص: دکتر عادل زینال پور قطار

پاسخدهی به سوالات: دکتر حامد قلی‌زاده، دکتر اشکان شه‌وردی، دکتر علی حاجی

هاشمی ورنوسفادرائی، دکتر محمد مددی امامچای

ناشر: انتشارات کاردیا

صفحه آرا: رزیدنت یار- منیرالسادات حسینی

طراح و گرافیسیت: رزیدنت یار

چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار

نوبت چاپ: اول ۱۴۰۲

تیراژ: ۱۵۰ جلد

شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۵۲۱۷-۸۶-۷

بهاء: ۴۹۲,۰۰۰ تومان

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

شماره تماس: ۶۶۴۱۹۵۲۰ - ۰۲۱ - ۸۸۹۴۵۲۰۸ - ۰۲۱ - ۸۸۹۴۵۲۱۶ - ۰۲۱ / www.residenttyar.com

هر گونه کپی‌برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

مری و معده

خلاصه درس به همراه

مجموعه سؤالات آزمون ارتقاء و بورده تخصصی ویژه آمادگی آزمون های ۱۴۰۳

Schwartzs 2019 , Sabiston 2022 , Maingot 2019

ترجمه و تلخیص

دکتر عادل زینال پور قطار

استادیار و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
رتبه دوم کشوری در آزمون بورده تخصصی جراحی عمومی سال ۱۳۹۷

پاسخدهی به سوالات

دکتر حامد قلی زاده

ده درصد برتر تخصصی جراحی عمومی سال ۱۳۹۷
فلوشیپ جراحی درون بین از دانشگاه علوم پزشکی ایران
عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی

دکتر اشکان شه وردی

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی

دکتر علی حاجی هاشمی ورنوسفادرانی

بورده تخصصی جراحی عمومی

دکتر محمد مددی امامچای

متخصص جراحی عمومی



فهرست مطالب

۱۱.....	فصل ۲۵: مری
۸۵.....	مرور سریع مری
۱۰۹.....	سؤالات و پاسخنامه فصل ۲۵
۱۴۳.....	فصل ۲۶: معده
۲۶۹.....	سؤالات و پاسخنامه فصل ۲۶

فصل ۲۵

Section 25
Schwartz 2019

مری

آناتومی:

سه تنگی طبیعی در مسیر مری که اجسام خارجی اغلب در این محلها گیر می‌افتند و احتمال Costrictivity بیشتر است:

- ۱- تنگی فوقانی (کریکوفارنژیوس در ابتدای مری) ← تنگ‌ترین قسمت (قطر ۱/۵ cm)
- ۲- تنگی میانی (در اثر فشار برونکوس چپ و قوس آئورت به قدام و چپ مری (قطر ۱/۶ cm))
- ۳- تنگی تحتانی در محل هیاتوس (LES) ← ۱/۹-۱/۶ cm.

سه انحراف در مسیر مری:

در قسمت تحتانی گردن انحراف به چپ - در مجاورت بای فورکیشن تراشه به خط وسط برمی‌گردد - دوباره با انحراف به چپ و قدام از هیاتوس رد می‌شود.

طول مری = ۲۵ cm است.

از دندان پیشین (incisora) تا شروع مری (محاذاات T_6 ، همسطح کریکوئید، اسفنکتر فوقانی مری) ۱۵ cm است.

مری گردنی: از شروع مری تا استرنال ناچ (از ۱۵ cm تا ۲۰ cm) ← به طول ۵ cm.

مری توراسیک $\frac{1}{3}$ میانی: از ۲۱ تا ۳۱ سانتی‌متر دندان پیشین

مری توراسیک $\frac{1}{3}$ تحتانی: از ۳۱ تا ۴۰ سانتی‌متری دندان پیشین تا LES = محاذاات T_{11} .

مری شکمی زیر دیافراگم: ۲ cm طول دارد. روی این قسمت تا حدود ۱-۲ cm بالای هیاتوس را پرده فرنوازوفازبال پوشانده است.

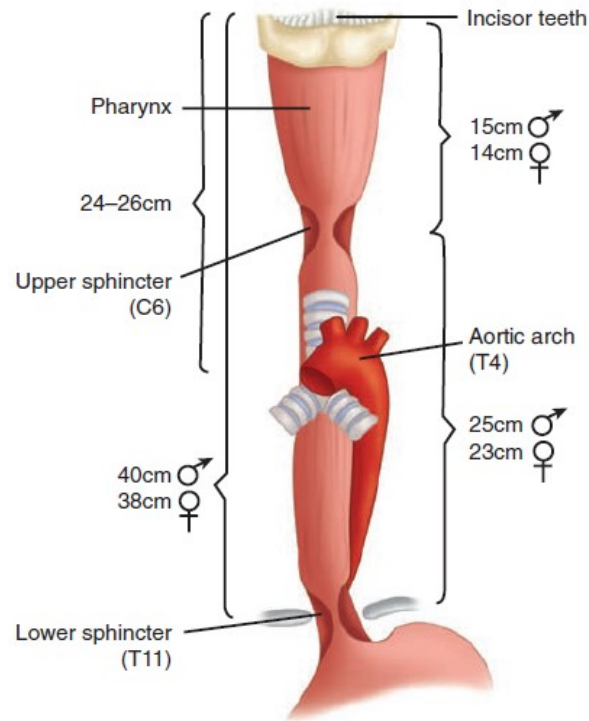


Figure 25-3. Important clinical endoscopic measurements of the esophagus in adults.

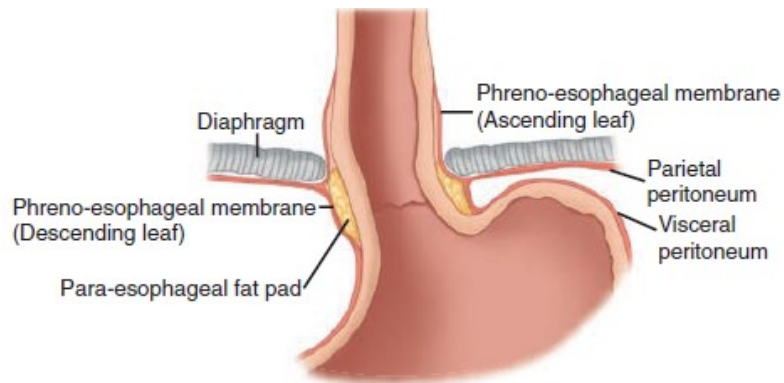


Figure 25-7. Attachments and structure of the phrenoesophageal membrane. Transversalis fascia lies just above the parietal peritoneum.



تشخیص:

- مانومتري: امواج همزمان با دامنه کم در بدنه مری - کاهش شل شدن LES حداکثر تا ۷۵٪ و افزایش فشار LES حداکثر تا ۲۶ mmHg.
- باریوم سوالو: مشاهده نمای منقار پرنده. ارتفاع سطح مایع هوا نشان دهنده شدت مقاومت LES است.

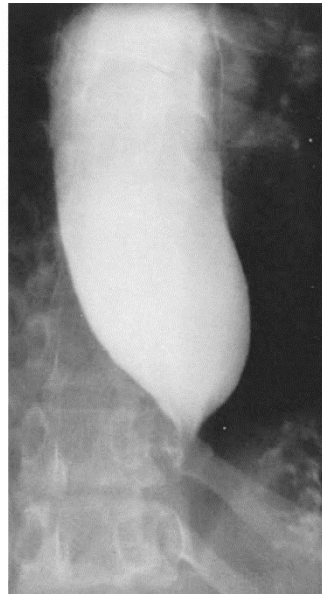


Figure 25-54. Barium esophagogram showing a markedly dilated esophagus and characteristic “bird's beak” in achalasia. (Reproduced with permission from Waters PF, DeMeester TR: Foregut motor disorders and their surgical management. Med Clin North Am. 65:1244, 1981. Copyright Elsevier.)

آندوسکوپی

pH متری لازم نیست.

نوع پرفشار (شیکاگو): انقباضات همزمان در تنه با دامنه بالا. مراحل اولیه آشالازی است و باعث حملات درد سینه می‌شود. در ویدئو رادیوگرافی ممکن است نمای در بطری باز کن و دیورتیکول دیده شود.



شل نشدن LES ← احتباس غذای خورده شده در مری و بالا رفتن فشار داخل لومنی در اثر بلع مکرر هوا ← اتساع مری و ایجاد نمای منقار پرنده در گرافی ← از بین رفتن پریتالیتسم ← پیچ خوردن مری در مراحل شدید بیماری.

نوع کاذب: در سن < 60 سال همراه با \downarrow وزن ← بررسی بیشتر و R/O بدخیمی با آندوسکوپی - CT اسکن توراکس شکم لگن و EUS.

درمان:

روش ارجح میوتومی هلر لاپاروسکوپیک است. اگر ابتدای مسیر بیماری انجام شود و فشار LES به زیر 10 برسد باعث جواب خوب به درمان و حتی بهتر شدن پریتالیتسم تنه مری می‌شود.

قدم اول:

درمان دارویی: CCB - سیلدنافیل - نیترات. مؤثرترین دارو نیترات است چون جذب زیر زبانی دارد ولی بقیه برای جذب باید از GEJ بگذرند. در کل دارو اثر ندارد فقط در مواردی به کار می‌رود که درمان‌های دیگر امکان‌پذیر نباشد.

قدم دوم: گشاد کردن LES با بالون. در حقیقت خط اول درمان است.

قدم سوم: تزریق سم بوتولیسم در LES. هم تشخیصی و هم درمانی است که اگر با بوتولیسم بهتر شد حتماً مشکل در LES است و به میوتومی جواب می‌دهد.

طول اثر چند هفته تا چند ماه است. میوتومی ۳ ماه بعد تزریق بوتاکس باید انجام شود.

قدم چهارم: میوتومی هلر از راه شکم و لاپاروسکوپی است (در صورت عدم جراحی قبلی شکم).

آماده‌سازی GEJ با حفظ واگ‌ها - میوتومی از 5 cm بالای GEJ تا $2-3\text{ cm}$ زیر آن تا فوندوس - جدا کردن عضلات حلقوی مری برای تقریباً 50% محیط پیرامون مری و سپس انجام فوندوپلیکاسیون ناکامل:

- بلسی (۲۷۰^g): در موارد دایسکشن وسیع کاردیا.
- توپت (۱۸۰^g خلفی): بخیه به لبه میوتومی.
- DOR (۱۸۰^g قدامی): بخیه به کروس دیافراگم. روش راحت‌تری است.

اندیکاسیون میوتومی هلر: مری متسع و تورتوس، وجود فتق هیاتال، وجود دیورتیکول اپی‌فرنیک، عدم جواب به دیلاتاسیون با بالون.



اندیکاسیون ازوفاژکتومی: فقدان انقباض مری و اتساع آن (تخریب عملکرد مری)، استاز غذا، رگورژیتاسیون، آسپیراسیون.

عمل اورینگر به علت افزایش احتمال خونریزی از عروق حجیم مדיاستن مناسب نیست.

ادامه درمان آسالازی:

۴ اصل در جراحی میوتومی هلر وجود دارد:

(۱) جداسازی کامل تمام فیبرهای عضلانی حلقوی و یقه مانند.

(۲) میوتومی دیستال کافی

(۳) جداسازی کامل لایه زیر عضلات (با ایجاد تونل)

(۴) پیشگیری از ریفلاکس بعد جراحی

در موارد جراحی اصلاحی یا مجدد و عود کرده:

میوتومی هلر باز: از طریق توراکتومی چپ در فضای بین دنده‌ای ۶ ام (برش روی دنده ۷) انجام می‌شود.

ارزیابی جواب به درمان آسالازی: با علائم بالینی ممکن نیست. ارزشمندترین شاخص کاهش فشار LES به ≥ 10 است.

شاخص‌های بهتر: فشار پایه مری و سینتی گرافی تخلیه معده هستند که به ندرت گزارش می‌شوند.

علل شکست میوتومی:

ریفلاکس - میوتومی ناکافی - مگازوفاگوس - Poor emptying - درد سینه مقاوم.

در کل درمان آسالازی پالیاتیو است و قطعی نیست.

نظر مینگات: میوتومی وسیع‌تر از پروگزیمال تا ۸-۷ cm بالای GEJ و از دیستال تا ۳ cm زیر GEJ.

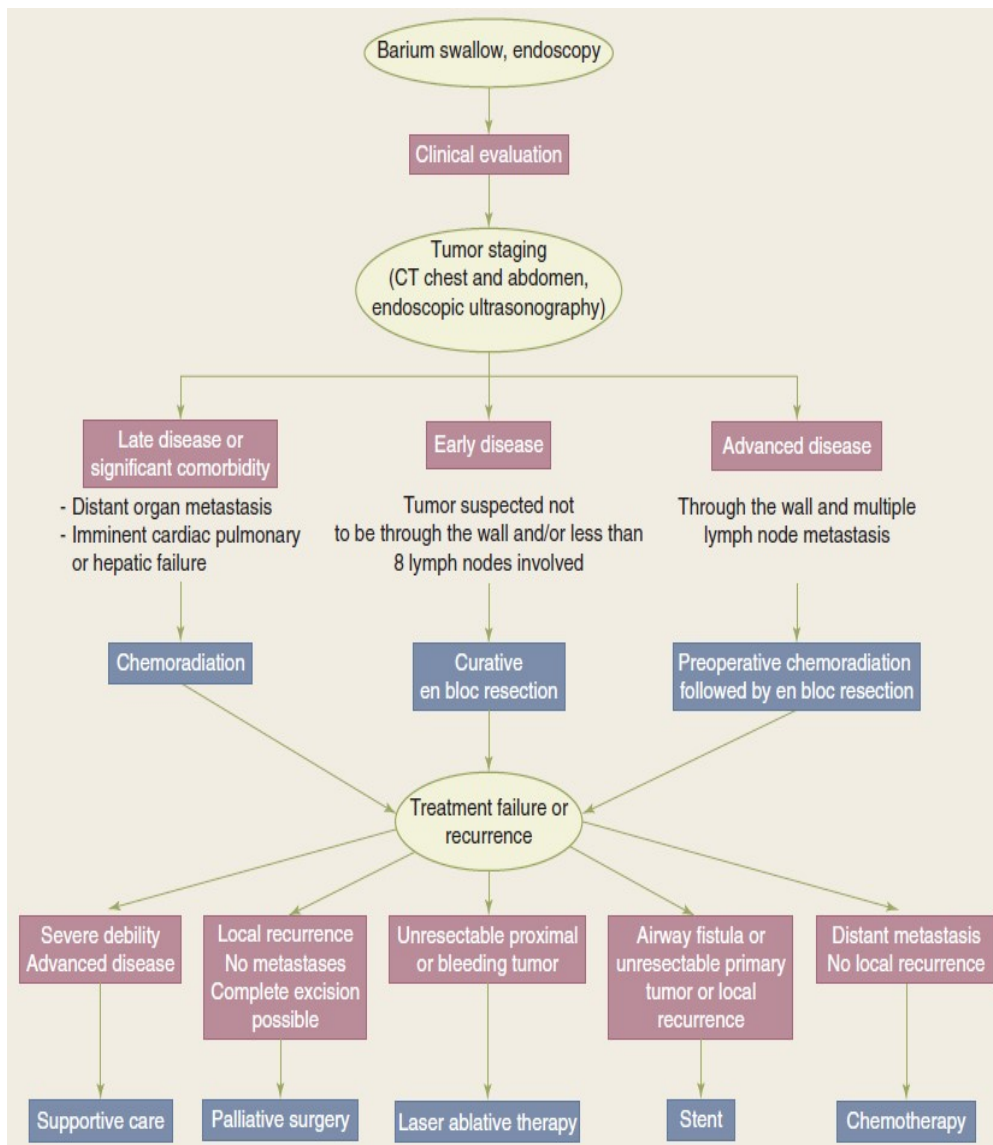


Figure 25-70. Suggested global algorithm for the management of carcinoma of the esophagus. CT = computed tomography.

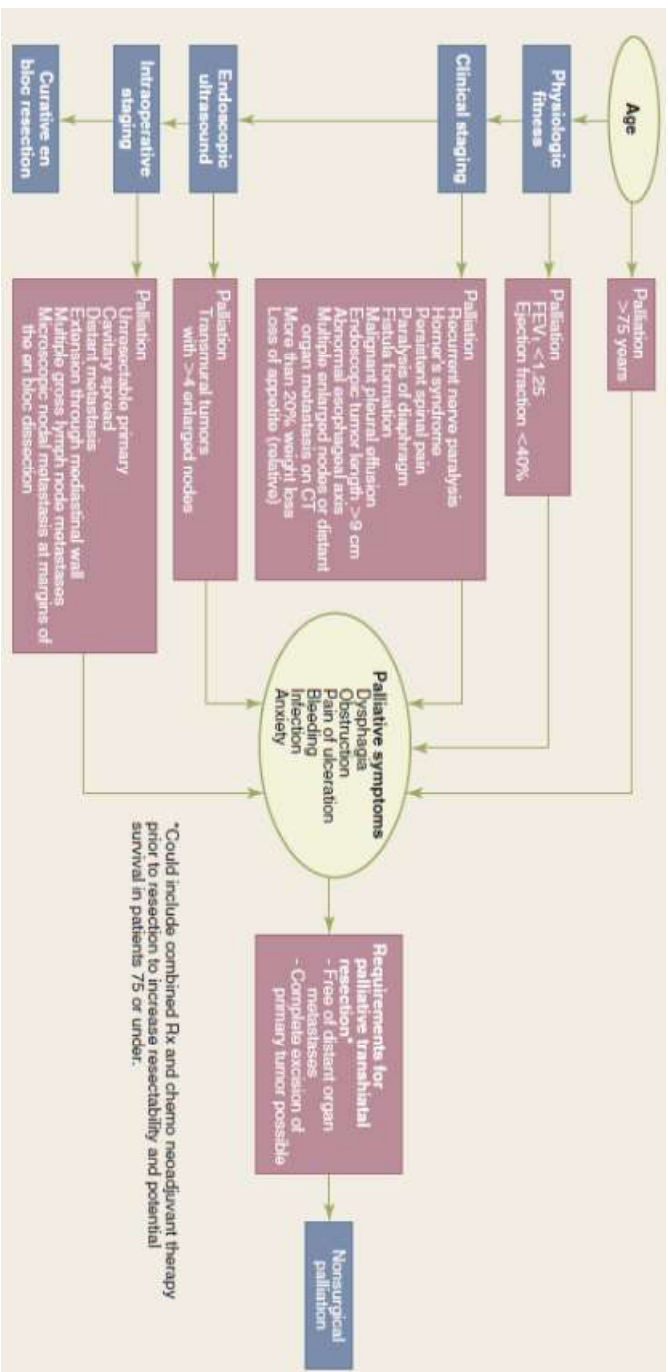


Figure 25-67. Algorithm for the evaluation of esophageal cancer patients to select the proper therapy: curative en bloc resection, palliative transhiatal resection, or nonsurgical palliation. CT = computed tomography; FEV1 = forced expiratory volume in 1 second. (Reproduced with permission from DeMeester TR: Esophageal carcinoma: Current controversies. Sem Surg Oncol. 13:217, 1997.)





بهترین زمان مصرف داروی PPI قبل یا حین خوردن غذا است تا بتواند در هنگام فعالیت پمپ پروتون، بیشترین اثر را داشته باشد.

در بیماران با مصرف طولانی مدت PPI (متوسط ۵,۵ سال) درجه هیپرگاسترنمی به نظر نمی‌رسد که با طول مدت درمان اصلاح شود.

مصرف مزمن PPI می‌تواند باعث هیپرپلازی ECL و تومورهای نورواندوکراین معده تیپ I شود. ولی هیچ شواهدی در مورد ارتباط این دارو با بدخیمی‌های اپی‌تلیال معده و یا تومورهای بدخیم نورواندوکراین وجود ندارد.

سطح گاسترین چند روز بعد از قطع PPI به حد نرمال برمی‌گردد اما در طی این زمان تعدادی از بیماران ممکن است هیپراکتیویته معده و علائم دیس‌پپسی را تجربه کنند که باعث مشکل شدن قطع دارو توسط بیماران می‌شود. این مورد در صورتی که از PPI کوتاه مدت استفاده شود و همراه با taper کردن دوز PPI باشد یا H2blocker قبل از قطع PPI شروع شود، کمتر اتفاق می‌افتد.

مکانیسم اثر گاسترین و استیل کولین بر سلول پاریتال:

گاسترین به رسپتور CCKB (کوله‌سیتوکینین) و استیل کولین به رسپتور M_3 متصل می‌شوند ← تولید pro G و تحریک فسفولیپاز C ← افزایش IP_3 ← آزادسازی Ca از ذخایر سلولی و فعالسازی پمپ پروتون و ترشح اسید.

هیستامین:

به رسپتور H_2 متصل می‌شود با کمک pro G آدنیلات سیکلاز را فعال می‌کند ← باعث $CAMP \uparrow$ داخل سلولی و فعالسازی پمپ پروتون می‌شود.

سوماتوستاتین:

سوماتوستاتین از سلول‌های D cell مخاط در آنترو و در پاسخ به اتصال اسید لومینال به رسپتور SSTR2 در سلول‌های پاریتال آزاد می‌شود و باعث مهار آزادسازی اسید به صورت مستقیم می‌شود. همچنین به صورت پاراکرین با اتصال به سلول‌های ECL و کاهش آزادسازی هیستامین، با اتصال به سلول‌های G آنترال و مهار ترشح گاسترین، باعث مهار ترشح اسید می‌شود.

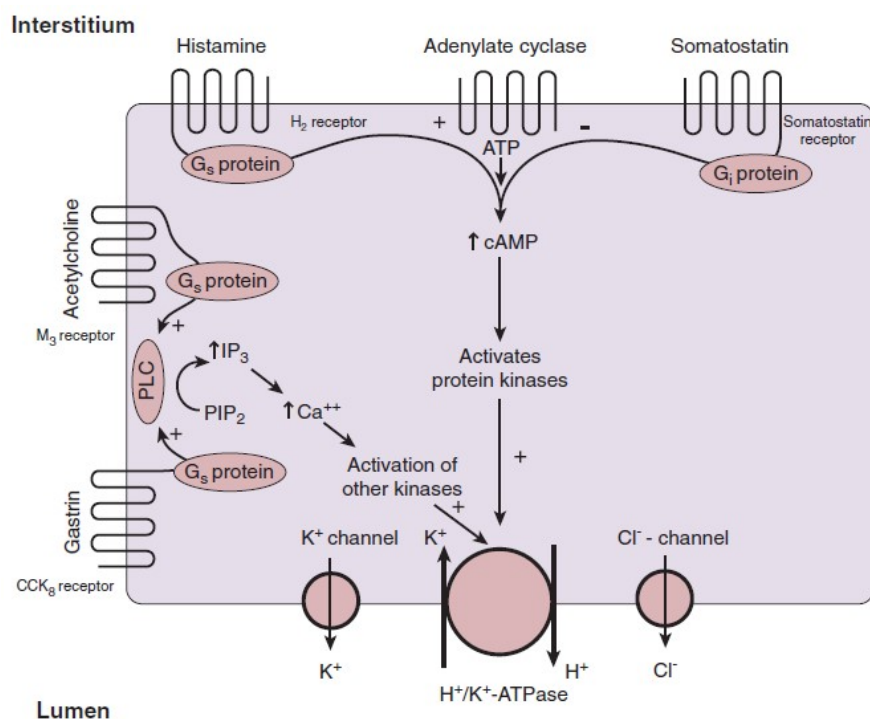


Figure 26-12. Control of acid secretion in the parietal cell. ATP = adenosine triphosphate; cAMP = cyclic adenosine monophosphate; CCK = cholecystokinin; H2 = histamine 2; IP3 = inositol trisphosphate; PIP2 = phosphatidylinositol 4,5-bisphosphate; PLC = phospholipase C.

میزان ترشح بازال اسید بین وعده‌های غذایی (BAO):

۲-۵ meq/h است که ۱۰٪ میزان حداکثر تولید اسید (MAO) است. این میزان BAO باعث کاهش میزان باکتری معده می‌شود. در صورت واگوتومی یا تجویز H₂ بلوکر، BAO حدود ۹۰-۷۵٪ کاهش می‌یابد.

ترشح پپسینوژن:

پپسینوژن I توسط سلول‌های اصلی (چیف) ساخته می‌شود.

پپسینوژن II توسط سلول‌های SEC ساخته می‌شود.

پپسینوژن در محیط اسیدی (pH < ۲/۵) به پپسین فعال تبدیل می‌شود که باعث هیدرولیز پروتئین‌ها می‌شود - در pH > ۵ غیرفعال می‌شود.

سطح سرمی پپسینوژن I و II در گاستریت هلیکوباکتر بالا می‌رود. بنابراین وجود سطح بالای پپسینوژن I و II و سرولوژی هلیکوباکتر مثبت تاییدکننده عفونت فعال هلیکوباکتر است.



عفونت طولانی مدت هلیکو باکتر باعث ایجاد گاستریت آتروفیک می شود که در صورت کاهش نسبت پپسینوژن I به II (در اثر کاهش سلول های chief) و هیپرگاسترینمی (در اثر کاهش سلول های پاریتال و هیپوکلریدی) به وجود آن شک ایجاد می شود.

IF فاکتور داخلی:

تولید توسط سلول پاریتال - به **Vit B₁₂** متصل می شود - این ترکیب در ایلئوم ترمینال جذب می شود. در بیماران که گاسترکتومی شده اند یا آنمی پرنیشیوز دارند باید از طریق غیر روده **Vit B₁₂** را دریافت کنند.

در بای پس معده ترشح IF از پاچ پروگزیمال معده بسیار کمتر است و باید **Vit B₁₂** جایگزین شود. **نکته:** درمان ضد اسید باعث مهار ترشح فاکتور داخلی نمی شود.

دفاع مخاطی معده:

- وجود موکوس و بی کربنات که حالت ژله ای محافظ ایجاد می کنند.
- سد اپیتلیال به علت اتصالات tight سلولی که از ورود یون های هیدروژن به درون فضای بافتی جلوگیری می کند، مهاجرت سلولی و جبران سریع سلولی های آسیب دیده و وجود فسفولیپیدهای هیدروفوبیک.
- به علت خونرسانی قوی مخاطی، اگر جریان معکوس **H⁺** از لومن به زیرمخاط ایجاد شود، توسط جریان خون خنثی می شود. اگر در اثر مصرف آسپرین یا صفرا انتشار معکوس **H⁺** از لومن به زیر مخاط بیشتر شود با افزایش جریان خون از مخاط معده محافظت می شود.
- رفلکس های محافظتی به علت وجود نوروهای حسی afferent (آوران).
- وجود بزاق - همچنین ترشحات دوازدهه و پانکراس و صفرا گاهاً نقش محافظتی دارند.
- عملکرد مدیاتورهای: پروستاگلاندین ها، NO، هیستامین و...



واگوتومی تنه‌ای (TV) + گاستروژنوستومی:

کاربرد در موارد انسداد خروجی معده و درگیری شدید پروگزیمال دوازدهه.

واگوتومی به روش Taylor TV: خلفی + HSV قدامی (سرومیوتومی).

۳. دیستال گاسترکتومی و واگوتومی: (واگوتومی + آنترکتومی)

کمترین عود را دارد و بهترین روش درمان است ولی بیشترین عوارض را هم دارد.

Table 26-9

Risk-stratification tools for upper gastrointestinal hemorrhage^a

A. BLATCHFORD SCORE	
AT PRESENTATION	POINTS
Systolic blood pressure	
100–109 mmHg	1
90–99 mmHg	2
<90 mmHg	3
Blood urea nitrogen	
6.5–7.9 mmol/L	2
8.0–9.9 mmol/L	3
10.0–24.9 mmol/L	4
≥25 mmol/L	6
Hemoglobin for men	
12.0–12.9 g/dL	1
10.0–11.9 g/dL	3
<10.0 g/dL	6
Hemoglobin for women	
10.0–11.9 g/dL	1
<10.0 g/dL	6
Other variables at presentation	
Pulse ≥100 beats/min	1
Melena	1
Syncope	2
Hepatic disease	2
Cardiac failure	2



B. ROCKALL SCORE

VARIABLE	POINTS
Age	
<60 y	0
60-79 y	1
≥80 y	2
Shock	
Heart rate >100 beats/min	1
Systolic blood pressure <100 mmHg	2
Coexisting illness	
Ischemic heart disease, congestive heart failure, other major illness	2
Renal failure, hepatic failure, metastatic cancer	3
Endoscopic diagnosis	
No lesions observed, Mallory-Weiss syndrome	0
Peptic ulcer, erosive disease, esophagitis	1
Cancer of the upper GI tract	2
Endoscopic stigmata of recent hemorrhage	
Clean base ulcer, flat pigmented spot	0
Blood in upper GI tract, active bleeding, visible vessel, clot	2

Panel A shows the values used in the Blatchford risk-stratification score, which ranges from 0 to 23, with higher scores indicating higher risk. Panel B shows the Rockall score, with point values assigned for each of three clinical variables (age and the presence of shock and coexisting illnesses) and two endoscopic variables (diagnosis and stigmata of recent hemorrhage). The complete Rockall score ranges from 0 to 11, with higher scores indicating higher risk. Patients with a clinical Rockall score (Age + Shock + Coexisting illness) of 0 or a complete Rockall score of 2 or less are considered to be at low risk for rebleeding or death.

Reproduced with permission from Gralnek IM, Barkun AN, Bardou M. Management of acute bleeding from a peptic ulcer. *N Engl J Med*. 2008 Aug 28;359(9):928-937.

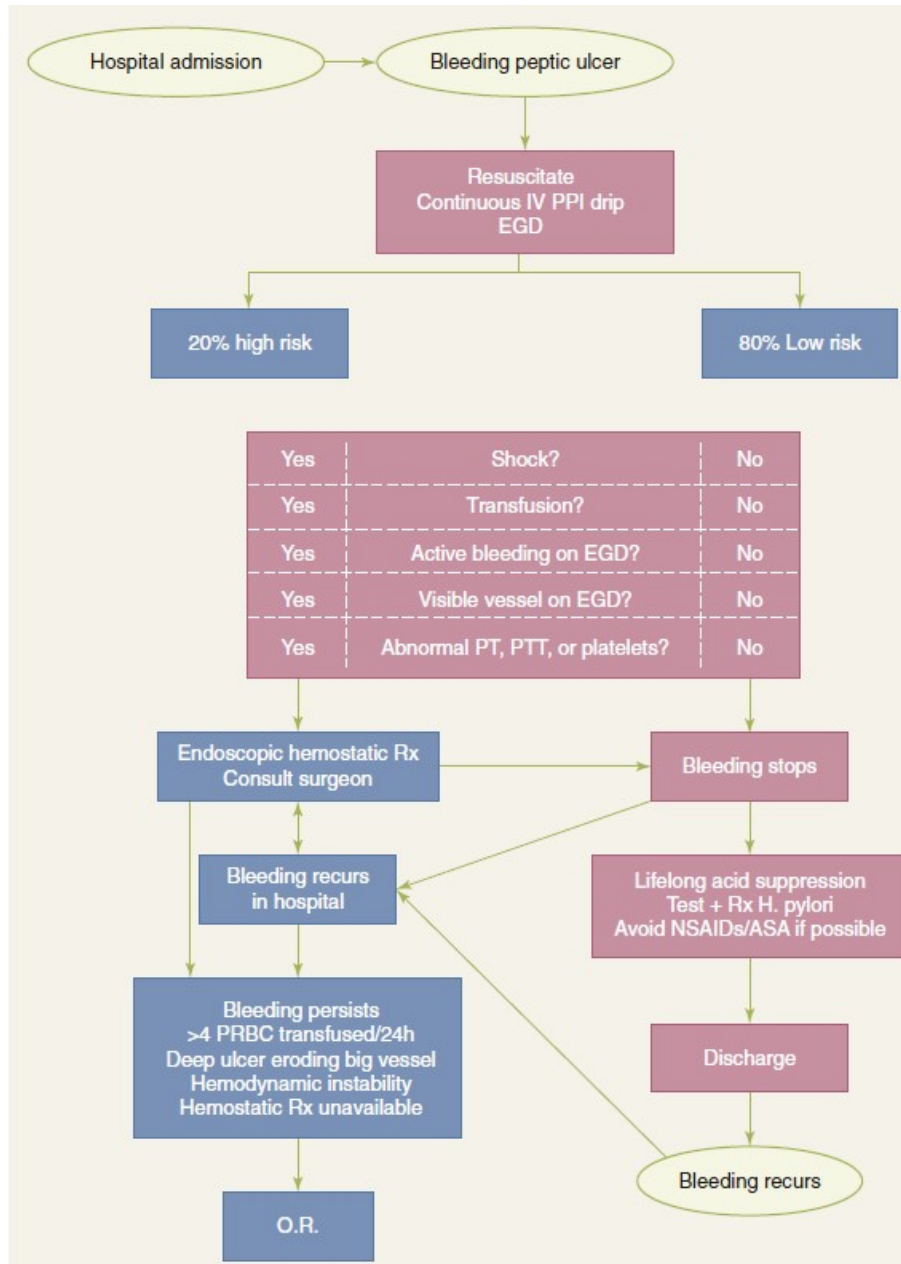


Figure 26-42. Algorithm for the treatment of bleeding peptic ulcer. ASA = acetylsalicylic acid; EGD = esophagogastroduodenoscopy; O.R. = operating room; PPI = proton pump inhibitor; PRBC = unit of packed red blood cells; PT = prothrombin time; PTT = partial thromboplastin time; Rx = treatment.



- ۳- رد کردن ZES
۴- رد کردن اختلالات موتیلیتی معده
۵- بررسی مجدد ریشه کنی H پیلوری که حتی اگر منفی بود یا مشکوک بود باید یک دوره دیگر درمان H پیلوری مصرف کند.

درمان:

درمان ارجح: دیستال گاسترکتومی + واگتومی برای زخم II و III

پدر بیماران لاغر با سوء تغذیه و BMI: < ۲۱

برای زخم دوازدهه: HSV با یا بدون گاستروژنوستومی

برای زخم معده: وج رزکشن + HSV

۱۷. بیماری یک سال قبل تحت عمل بای پس معده قرار گرفته است و از درد اپیگاستر و عدم تحمل غذا، علیرغم مصرف داروهای مهارکننده پمپ پروتون، شاکی است. در آندوسکوپی، اولسر مارژینال مشهود و آناستوموز تنگ بوده و امکان عبور آندوسکوپ نمی باشد. اقدام مناسب در این مرحله کدام است؟ (ارتقاء ۱۴۰۱)

الف) افزایش دوز داروهای مهار کننده پمپ پروتون

ب) دیلاتاسیون با بالون

ج) کوتاه کردن طول پاچ معده و آناستوموز با استپلر خطی

د) گاستروستومی تغذیه ای و درمان آنتی اولسر

پاسخ: ب

❖ مارژینال اولسر:

باعث درد اپی گاستر می شود که با غذا خوردن تغییر نمی کند.

با آندوسکوپی تشخیص داده می شود.

درمان با تجویز PPI است.

در موارد فیستول گاستروگاستریک به دیستال معده، تنگی شدید لومن در محل گاستروژنوستومی، عدم بهبود زخم، پرفوراسیون نیاز به درمان جراحی دارد.

❖ تنگی گاستروژنوستومی:



معمولاً ۱۲-۶ هفته بعد از عمل ایجاد می‌شود ولی می‌تواند به صورت تأخیری هم ایجاد شود.
تشخیص آن با انجام آندوسکوپی است.
درمان توسط دیلاتاسیون با بالن است.

۱۸. خانم ۸۰ ساله‌ای با دیس پیسی، تحت آندوسکوپی قرار می‌گیرد. یک زخم حدود ۱/۵ cm در انحنای کوچک نزدیک پیلور مشاهده می‌شود، که در بیوپسی آدنوکارسینوم با تمایز خوب، از نوع Intestinal، یافت شده است. CT scan بیمار نرمال و EUS مؤید تومور T1a می‌باشد. کدام اقدام مناسب می‌باشد؟ (بورد تخصصی ۱۴۰۱)

الف) EMR و سپس تصمیم‌گیری بر اساس پاتولوژی برداشته شده
ب) ساب توتال گاسترکتومی و لنفادنکتومی
ج) توتال گاسترکتومی و لنفادنکتومی
د) کموتراپی و آندوسکوپی مجدد

پاسخ: ب

توجه کنید که تومور زخمی است

درمان کانسر معده:

* تنها روش درمانی کیوراتیو انجام رزکسیون جراحی است با هدف رزکسیون R₀، تمام مارژین‌های پروگزیمال و دیستال و رادیال عاری از تومور باشد، لنفادنکتومی کامل انجام شود.

* **مارژین جراحی:** حداقل ۵ cm ولی در موارد تومور منتشر اینفلتراتیو مارژین بیش از ۵ cm لازم است.

در مطالعات اخیر جراحی کانزرواتو با مارژین کمتر را هم کافی می‌داند ولی در کل در درمان کانسر معده باید از پوچ‌گرایی پرهیز کرد و جراحی کلاسیک کانسر را انجام داد.

جراح باید از نظر میکروسکوپی به مارژین به مارژین منفی برسد. در موارد کانسر منتشر غیر قابل درمان رزکسیون اضافی‌تر از دیستال و پروگزیمال به خصوص در مواردی که آناستوموز یا بستن استامپ مشکل و خطر آفرین است توصیه نمی‌شود.

* ارسال فروزن از مارژین‌ها حین جراحی:

لازم است ولی در موارد متاستاز لنفاوی بالاتر از N₁ اهمیت کمتری دارد.

* **تعداد لنف نود خارج شده:** حداقل باید ۱۵ عدد باشد.

* حتی در تومور کوچک هم باید جراحی کلاسیک و کامل به صورت رادیکال انجام داد.



* در صورت درگیری ارگان‌های اطراف مثل طحال - کولون عرضی یا دیستال پانکراس: رزکسیون

enblock معده با ارگان‌های درگیر

* در مواردی که تومور قابل جراحی است ولی بیمار از نظر شرایط عمومی تحمل جراحی را ندارد:

رزکسیون توده از طریق EMR انجام می‌شود.

* **وسعت گاسترکتومی:**

جراحی استاندارد: گاسترکتومی رادیکال ساب‌توتال

- گاسترکتومی توتال اگر به صورت R_0 نباشد، شانس زنده ماندن بیمار را زیاد نمی‌کند و حتی مورتالیتی و موربیدیتی را زیاد می‌کند.
- اساس انتخاب نوع جراحی دیستال یا ساب‌توتال یا توتال گاسترکتومی یا ازوفاگوگاستر-کتومی دست یافتن به رزکشن R_0 است.
- **اگر آناستوموز به مری بعد گاسترکتومی، مارژین مثبت گزارش شد:**
در موارد $N_1 < N_2$ (خود N_1 نه بلکه $N_2 \leq$) نیازی به ری اکسزیون ندارد ولی در بقیه موارد باید رزکسیون مجدد پروگزیمال انجام شود.
(N_1 یعنی وجود ۱ یا ۲ لنف نود درگیر) - (N_2 وجود ۳-۶ لنف نود درگیر)

کاربرد EMR در کانسر زودرس معده:

در موارد:

۸. تومورهای محدود به مخاط (T₁) در EUS باشد (حتی بهتر است وارد لایه عضلات مخاط هم نشود).
 ۹. زیر ۲ cm
 ۱۰. ضایعه دیگری در معده نداشته باشد.
 ۱۱. لنف نودها درگیر نباشند.
 ۱۲. تومور زخمی نباشد.
 ۱۳. تحمل عمل ماژور را بیمار نداشته باشد.
 ۱۴. تومور با تمایز خوب باشد.
۱۹. خانم ۴۵ ساله با سابقه گاستریت آتروفیک تحت آندوسکوپی قرار می‌گیرد. در آندوسکوپی ضایعه ۳ سانتی‌متری در ناحیه آنتروم معده دیده شده، که جواب پاتولوژی، تومور نورواندوکربین گزارش می‌شود. در سی تی اسکن شواهد درگیری سایر نواحی وجود نداشته و در



۳۲. خانم ۳۶ ساله با درد فوقانی شکم، استفراغ و کاهش وزن مراجعه کرده است. در آندوسکوپی معده برآمدگی در بخش میانی معده بدون گرفتاری مخاطی و در سیتی اسکن توموری با قطر ۱۲ سانتیمتر در جسم معده با رشد اکسترا لومینال بدون تهاجم به سایر ارگانها مشاهده شده است. در سیتوپاتولوژی که با هدایت EUS انجام شده سلولهای spindle همراه با سیتوپلاسم ائوزینوفیلی کمرنگ گزارش شده و در ایمونوهیستوشیمی از نظر kit و CD34 مثبت بوده است. پس از درمان جراحی لازم، مناسبترین اقدام کدام است؟ (ارتقا ۱۴۰۰)

الف) نیازی به درمان بیشتر نیست

ب) imatinib سه تا ۶ ماه

ج) imatinib حداقل یک سال

د) sunitinib حداقل ۸ ماه

پاسخ: ج

شوازت ۲۰۱۹ فصل معده. درمان ادجوان با ایماتینیب بعد جراحی: تا ۳۶ ماه بعد عمل (تا ۳ سال یا بیشتر بعد جراحی ادامه می‌یابد).

در موارد تومور پرخطر، خطر عود $< ۳۰\%$ ، موارد بالای ۳ سانت، موارد $< 5\text{ cm}$ و میتوز $< ۵/۵۰$.

درمان ادجوان با ایماتینیب در موارد: GIST اطفال، همراه با NF.1، سندروم Carney ممنوع است.

اگر با دوز حداکثر ایماتینیب بیماری پیشرفت کند یا بیمار دوز دارو را تحمل نکند: استفاده از سانی تینیب (خط دوم).

GIST با موتاسیون DGFRAD842V به درمان با ایماتینیب مقاوم است.

۳۳. آقای ۴۰ ساله به علت زخم معده سوراخ شده و پریتونیت شدید تحت لاپاراتومی قرار گرفته است.

بعد از جراحی، فشار راه هوایی افزایش یافته و جدار شکم سفت شده و حجم ادرار کاهش

یافته است. جهت بررسی و تشخیص کدام اقدام مناسبتر است؟ (ارتقا ۱۴۰۰)

الف) اندازه گیری فشار ورید مرکزی

ب) میزان و حجم ترشحات معده

ج) اندازه گیری حجم ادرار ساعتی

د) اندازه گیری فشار داخل ممانه



پاسخ: د

سابیستون ۲۰۱۷ فصل عوارض جراحی و شوارتز ۲۰۱۹ فصل تروما . بیمار دچار علائم سندرم کمپارتمان شکمی شده است. علائم این سندرم شامل اتساع پیشرونده شکم، الیگوری، افزایش فشار راه هوایی، افزایش PAP، اسیدوز، هیپوکسی و هیپرکاینه و افزایش JVP. تشخیص قطعی این سندرم بر اساس فشار مثانه بیش از ۳۰-۲۵ سانتی متر آب به همراه یکی از اختلالات فوق است. در صورت تایید، باید فاسیای شکم باز شد و تلاش برای بستن دیر هنگام شکم. افزایش فشار شکمی باید حداقل ۳ بار با فواصل ۴-۶ ساعت اندازه گیری شود.

۳۴. آقای ۵۰ ساله‌ای به دلیل درد ناگهانی شکم از ۲ روز قبل مراجعه کرده است. در گرافی به عمل آمده، هوا زیر دیافراگم وجود دارد. پس از احیاء بیمار به اتاق عمل منتقل شده، در بررسی حین عمل پرفوراسیون در قسمت تنه معده دیده میشود. بهترین اقدام کدام است؟ (ارتقا ۱۴۰۰)

الف) گراهام پیچ + HSV
ب) بیوپسی از زخم و ترمیم
ج) گاسترکتومی به نحوی که زخم هم برداشته شود
د) وج رزکسیون زخم همراه با ترانکال واگوتومی

پاسخ: ب

شوارتز ۲۰۱۹ فصل معده . PUD پرفوره: شروع درد ناگهانی که بیمار زمان دقیق شروع درد را ذکر می‌کند. ابتدا ایجاد پریتونیت شیمیایی و بعد چند ساعت ایجاد پریتونیت باکتریال. ۸۰٪ موارد در CXR هوای آزاد دیده می‌شود. اگر هوای آزاد دیده نشود ولی ما مشکوک باشیم: انجام CT اسکن لازم است. قدم اول درمان: احیاء بیمار با سرم ایزوتونیک، شروع AB وسیع‌الطیف، مسکن و آماده کردن بیمار برای لاپاروتومی

سپس بررسی وجود:

۱. وجود اگزودا یا چرک در شکم
۲. گذشت زمان بیش از ۲۴ ساعت
۳. بیمار unstable
۴. بیمار پرخطر با ریسک فاکتورهای فراوان
۵. بیمار لاغر با $BMI < 21$



اگر یکی از موارد ذکر شده وجود داشت:

در GU: گذاشتن پیچ و بیوپسی یا برداشتن وج و دوختن زخم ← (روش‌های گراهام پیچ و یا امتال پیچ)

در DU: فقط گذاشتن پیچ و دوختن دئودنوم

به این بیماران باید تمام طول عمر PPI داده شود و ریشه کنی H پیلوری انجام شود.

اگر هیچ‌کدام از موارد ذکر شده را نداشت:

در صورت وجود زخم مزمن، پرفوراسیون علی‌رغم درمان دارویی، مصرف الزامی ASA و NSAID باید

واگوتومی انجام شود.

در GU: برداشتن وج و سوچور + HSV یا TV/D یا دیستال گاسترکتومی و واگوتومی ترانکال در زخم

نوع II و III.

دیستال گاسترکتومی روش ارجح درمان است.

در DU: گذاشتن پیچ + HSV یا TV/D. لذا در این بیمار گزینه ب صحیح است.

