

پایان

طبابت هنر است،
هنر هماهنگی قلب و اندیشه



سرشناسه	: موسوی؛ سید امین ۱۳۶۶-
عنوان و نام پدیدآور	: الگوریتم‌های گوارش پلاس -
موضوع	: الگوریتم‌های سوال خیز بخش های مری، معده، کولورکتال، روده باریک، پانکراس + تروما در آزمون های ارتقا و بورد
مشخصات نشر	: تهران: کاردیا، ۱۴۰۲.
مشخصات ظاهری	: ۱۶۴ ص.: مصور (رنگی)، جدول (رنگی)، نمودار (رنگی).
شابک	: ۹۷۸-۶۲۲-۵۶۰۳-۷۵-۲ ریال ۲,۹۳۰,۰۰۰
وضعیت فهرست نویسی	: فیپا
یادداشت	: کتاب حاضر ترجمه و تلخیص بخشی از کتاب " Schwartzs 2019 " به ویراستاری دینا کی اندرسن...[او دیگران] است.
موضوع	: جراحی
موضوع	: Surgery
موضوع	: جراحی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها (عالی)
موضوع	: surgery -- Examinations, questions, etc
شناسه افزوده	: اندرسن، دینا کی.
شناسه افزوده	: Andersen, Dana K
رده‌بندی کنگره	: RD۳۱
رده‌بندی دیویی	: ۶۱۷
شماره کتابشناسی ملی	: ۵۹۶۹۹۸۱

عنوان: «الگوریتم‌های گوارش پلاس» الگوریتم‌های سوال خیز بخش های مری، معده، کولورکتال، روده باریک، پانکراس + تروما در آزمون های ارتقا و بورد
برگرفته از کتاب‌های Schwartzs 2019 است.
تالیف: دکتر سیدامین موسوی
ناشر: انتشارات کاردیا
صفحه آرا: رزیدنت یار - سیده زهرا عربی زنجانی
طراح و گرافیست: رزیدنت یار

چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار
نوبت چاپ: اول ۱۴۰۲
تیراژ: ۲۰ جلد
شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۵۶۰۳-۷۵-۲
بهاء: ۲۹۳۰۰۰ تومان

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

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

الگوریتم‌های گوارش پلاس

الگوریتم‌های سوال خیز مباحث مری، معده، کولورکتال، روده باریک، پانکراس
+ تروما در آزمون‌های ارتقا و بورد

Schwartzs 2019

تالیف:

دکتر سید امین موسوی

رتبه برتر آزمون فوق تخصص جراحی پلاستیک ۱۴۰۱
دستیار فوق تخصص جراحی پلاستیک و ترمیمی و سوختگی
دانشگاه علوم پزشکی ایران

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 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 جراحی عمومی 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:

خدای بزرگ را شاکرم که این توانایی را بر من بخشید تا گامی در جهت اعتلای دانش جراحی بردارم. کتاب حاضر شامل مجموعه الگوریتم‌های سوال خیز از بخش‌های گوارش و تروما از کتاب شوارتز ۲۰۱۹ و سوالات ارتقا و بورد مرتبط به آن‌ها می‌باشد که به جهت اهمیت مطالب، گردآوری شده‌اند. به داوطلبان محترم آزمون‌های ارتقا و بورد رشته جراحی اکیداً توصیه می‌شود، با توجه به طرح سوالات متعدد از این مباحث طی سال‌های گذشته، مطالب چندین نوبت مطالعه و مرور شوند.

در پایان از همه اساتید و عزیزانی که در گردآوری این مجموعه مشوق بنده بوده‌اند بی‌نهایت سپاسگزارم.

دکتر سید امین موسوی

رتبه برتر آزمون فوق تخصصی جراحی پلاستیک و ترمیمی و سوختگی ۱۴۰۱
دستیار فوق تخصص جراحی پلاستیک و ترمیمی دانشگاه علوم پزشکی ایران



این اثر تقدیم می شود به

شهدای سلامت، شیرزمان و دلاور مردان این

مرز و بوم که در لباس مقدس پزشکی و پرستاری به

میدان آمدند و در خط مقدم درمان ایستادند

و نشان دادند که انسانیت و ایثار، هنوز هم وجود



فهرست

فصل ۱- پانکراس	۱۳
الگوریتم درمان نئوپلاسم‌های کیستیک پانکراس	۱۴
فصل ۲: روده باریک	۲۱
الگوریتم تشخیصی و درمانی خونریزی گوارشی مبهم	۲۲
فصل ۳: کولون	۲۵
الگوریتم تشخیصی سرطان رکتوم	۲۶
الگوریتم درمان خونریزی کولورکتال	۳۱
فصل ۴: معده	۳۷
الگوریتم جراحی زخم پپتیک سوراخ شده	۳۸
الگوریتم جراحی در خونریزی ناشی از زخم معده	۵۰
الگوریتم درمان زخم پپتیک خون ریزی دهنده	۵۷
الگوریتم درمان لنفوم معده	۶۵
فصل ۵: مری	۷۳
الگوریتم ارزیابی کانسر مری	۷۴
الگوریتم درمان کارسینوم مری	۷۶
الگوریتم آسیب حاد سوزاننده مری	۷۹
فصل ۶- تروما	۸۵
الگوریتم توراکوتومی احیا (RT) در بیماران آسیب دیده‌ایی که تحت CPR قرار گرفته اند	۸۶
الگوریتم آسیب نافذ گردن	۹۰
الگوریتم غربالگری درمان برای آسیب‌های مغزی عروقی غیر فاقد (BCVI)	۱۰۴
الگوریتم آسیب نافذ شکم	۱۲۳
الگوریتم ترومای بلانت شکم	۱۳۲
الگوریتم نحوه برخورد با بیماران مبتلا به شکستگی لگن و همودینامیک ناپایدار	۱۴۳

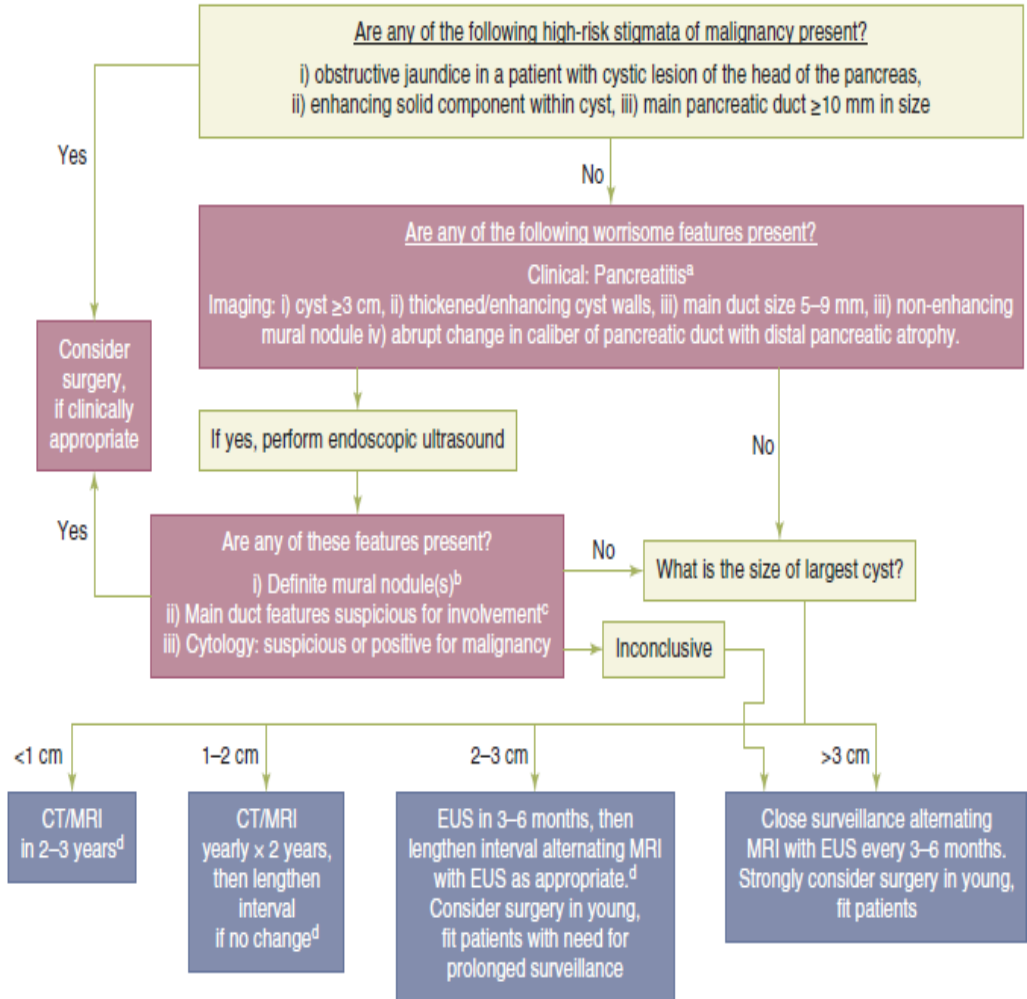
فصل اول

پانکراس

- الگوریتم درمان نئوپلاسم‌های کیستیک پانکراس



الگوریتم درمان نئوپلاسم‌های کیستیک پانکراس



a. Pancreatitis may be an indication for surgery for relief of symptoms.

b. Differential diagnosis includes mucin. Mucin can move with change in patient position, may be dislodged on cyst lavage and does not have Doppler flow. Features of true tumor nodule include lack of mobility, presence of Doppler flow and FNA of nodule showing tumor tissue

c. Presence of any one of thickened walls, intraductal mucin or mural nodules is suggestive of main duct involvement. In their absence main duct involvement is inconclusive.

d. Studies from Japan suggest that on follow-up of subjects with suspected BD-IPMN there is increased incidence of pancreatic ductal adenocarcinoma unrelated to malignant transformation of the BD-IPMN(s) being followed. However, it is unclear if imaging surveillance can detect early ductal adenocarcinoma, and, if so, at what interval surveillance imaging should be performed.





Figure 33-78. Algorithm for management of pancreatic cystic neoplasms. CEA = carcinoembryonic antigen; CT = computed tomography; ERCP = endoscopic retrograde cholangiopancreatography; EUS = endoscopic ultrasound; FNA = fine-needle aspiration; Hx = history; IPMN = intraductal papillary mucinous neoplasm of the pancreas; MCN = mucinous cystic neoplasm; MRCP = magnetic resonance cholangiopancreatography. (Reproduced with permission from Tanaka M, Adsay V, Chari S, et al. International consensus guidelines 2012 for the management of IPMN and MCN of the pancreas, *Pancreatology*. 2012 May-Jun;12(3):183-197.)

۱. در سونوگرافی از یک مرد ۴۳ ساله مبتلا به درد مبهم شکمی، یک کیست به قطر ۵ سانتی‌متر در قسمت میانی تنه پانکراس دیده شده است. در ام آر آی، مجرای اصلی پانکراس به قطر ۱۰ میلی‌متر با دیواره ضخیم و دارای کیست با مناطق توپر در بعضی قسمت‌ها گزارش گردیده است. کدام اقدام درمانی در این بیمار مناسب است؟ (بورد ۱۴۰۰)

الف) Pancreatic resection

ب) Cysto-gastrostomy

ج) ERCP stenting

د) Pancreatico-jejunostomy

پاسخ: الف

۲. در سی‌تی‌اسکن خانم ۴۵ ساله‌ای متوجه کیستی به قطر ۳ سانتی‌متر در دم پانکراس می‌شویم، جدار کیست ضخیم بوده و در بیوپسی جدار آن سلول‌های آتیپیک گزارش نمی‌شود و CEA مایع کیست ۲۵۰ است. اقدام مناسب چیست؟ (بورد ۹۸)

الف) بیوپسی سالیانه شده در صورت مشاهده دیسپلازی، دیستال پانکراتکتومی با حفظ طحال

ب) بیوپسی سالیانه در صورت مشاهده کارسینوم *In situ* دیستال پانکراتکتومی همراه اسپلنکتومی

ج) دیستال پانکراتکتومی همراه اسپلنکتومی

د) پیگیری سالیانه و در صورت علامت‌دار شدن و یا بزرگتر شدن بیشتر از نیم سانتی‌متر سالانه،

عمل جراحی

پاسخ: ج

سودوسیست:

شایع‌ترین ضایعه کیستیک پانکراس به دنبال پانکراتیت یا آسیب مجرا





در آنالیز مایع کیست آمیلاز بسیار بالاست.

اگر با نئوپلاسم کیستیک اشتباه شود ممکن است به جای رزکسیون، درناژ آن به درون گوارش انجام گیرد. بنابراین حتماً بیوپسی از دیواره کیست لازم است.

سروسیست آدنوم (سروزی):

خوش خیم، پتانسیل بدخیمی ندارد، ۵۰٪ بدون علامت بوده و تصادفی کشف می‌شود. میزان رشد آن cm 0.5 در سال است.

با علائم درد فوقانی شکم، پری اپیگاستر و یا کاهش وزن تظاهر می‌یابد، گاهی زردی یا انسداد روده می‌دهد. موارد در سر و گردن و ۱/۲ در تنه و دم پانکراس است. اکثراً به صورت کوچک متعدد است. مشخصه CT: حاشیه واضح کیست و دیواره نازک، سپتاسیون کوچک، مایع با دانسیته آب، اسکارو-کلسیفیکاسیون مرکزی.

در EUS/FNA: مایع سروزی رقیق است که موسین ندارد، CEA زیر ۲۰۰، آمیلاز پایین است.

- نشانه بدخیمی آن فقط وجود متاستاز دوردست است.

درمان:

۱) موارد بدون علامت: تحت نظر قرار دادن. البته هر وقت خواستیم درمان محافظه کارانه بکنیم باید با EUS/FNA از تشخیص مطمئن شویم.

۲) موارد علامت‌دار (درد و کاهش وزن و زردی و...) یا عدم توانایی افتراق از بدخیمی: نیاز به جراحی دارد.

نوع جراحی:

- اگر از خوش خیم بودن مطمئن هستیم: انوکلیشن ساده
- اگر مطمئن نیستیم: در سر و گردن انجام و پیل و در تنه و دم انجام دیستال پانکراتکتومی با حفظ طحال

فالوآپ:

اگر از نظر پاتولوژیک کامل برداشته شده، نیازی به فالوآپ با تصویربرداری نیست. اگر باقی مانده دارد: فالوآپ با CT یا MRI هر ۶ ماه تا ۲ سال و سپس سالانه

سیست آدنوکارسینوم موسینی (MCN):





بالقوه قابلیت بدخیمی دارد - با مجرا ارتباط ندارد - $\frac{2}{3}$ در تنه و دم است - R/O بدخیمی با بیوپسی ممکن نیست. معمولا در زنان حوالی یائسگی دیده می‌شود.

مشخصه CT: کیست با دیواره ضخیم بدون ارتباط با مجرا + ندول یا کلسیفیکاسیون در جدار کیست.
مشخصه EUS/FNA: سلول‌های استوانه‌های حاوی موسین غلیظ - وجود سلول آتپیک در نواحی سولید تومور - $CEA < 200$.

مشخصه کلیدی در تشخیص: وجود سلول‌های دوکی مشابه استرومای تخمدان در زیر مخاط که PR و ER و HCG آن مثبت است.
اگر CT و CEA نتواند بگوید ضایعه موسینی است، جهش Kras در مایع کیست بررسی می‌شود که اگر مثبت شد، تشخیص MCN است.

درمان:

انجام دیستال پانکراتکتومی + اسپلنکتومی است. برای ضایعات کوچک می‌توان طحال را حفظ کرد ولی اسپلنکتومی بهتر است.
در بیماران مسن با بیماری‌های همراه زیاد و امید به زندگی کم: باید ارزیابی سود و زیان جراحی انجام شود.

مهم است تومور پاره نشود و سالم خارج شود و لاپاروسکوپی در تومورهای بزرگ توصیه نمی‌شود.

فالوآپ:

اگر در پاتولوژی کارسینوم گزارش نشد تصویربرداری نمی‌خواهد ولی در غیر این صورت فالوآپ با انجام MRI هر ۶ ماه تا ۲ سال و سپس سالانه انجام می‌شود.
اگر بعد جراحی اندازه تومور زیر 3cm باشد، کامل خارج شود و آتیپی نداشته باشد با اکسزیون جراحی کامل درمان می‌شوند حتی اگر دیسپلازی درجا تا متوسط داشته باشند.
اثر درمان نئوادجوان و ادجوان اثبات نشده است، جراحی با لاپاروسکوپی ممنوع است چون ممکن است باعث پارگی کیست شود.

نئوپلاسم موسینی پاپیلاری داخل مجرای (IPMN):

در سر پانکراس است - با مجرا ارتباط دارد - باعث پانکراتیت راجعه، استئاتوره و DM می‌شود. معمولا در دهه ۷ و ۸ زندگی ایجاد می‌شود.





اپی تلیوم مجرا به صورت یک زائده پاپیلری به سمت داخل برآمده شده و با تولید موسین باعث دیلاتاسیون کیستیک مجرای پانکراسی می‌شود.

مشخصه CT: اتساع منتشر مجاری وجود دارد. کلسیفیکاسیون دانه تسبیحی مختص پانکراتیت مزمن را ندارد.

مشخصه ERCP: ضایعه چشم ماهی (موسین بیرون زده از آمپول واتر)، این مشخصه پاتوگنومونیک است. روش ارجح تشخیصی MRCP است.

قبل از عمل جراحی EUS، MRCP یا ERCP، گاهی داکتوسکوپی پانکراسی و حتی گاهی تکرار آن‌ها حین عمل لازم است.

درمان:

(۱) زیر ۱ cm: اگر در مجرای اصلی است جراحی می‌خواهد و اگر در مجرای فرعی است تحت نظر قرار دادن با تصویربرداری سالانه.

(۲) ۱-۳ cm: انجام EUS/FNA که اگر ندول در جدار، مجاری اصلی دیلاته، سیتولوژی مثبت، CEA < ۲۰۰، رشد سریع، فرد جوان و سن > ۵۵ است جراحی می‌خواهد و فروزن هم لازم است.

(۳) در موارد $3 \text{ cm} \leq$ جراحی می‌خواهد.

حین عمل باید فروزن فرستاده شود، اگر مارژین جراحی دیسپلازی درجه بالا باشد باید اکسزیون مجدد انجام شود تا حداقل دیسپلازی متوسط در مارژین به دست آید. موارد غیر قابل رزکشن: ablation کیست.

فالوآپ IPMN بعد از رزکشن:

عدم وجود ضایعه باقی مانده: تکرار MRI در ۲ و ۵ سال.

وجود دیسپلازی درجه پایین تا متوسط در مارژین: MRI هر ۶ ماه.

در صورت عود بعد عمل، رزکشن مجدد انجام می‌شود.

نئوپلاسم‌های کیستیک بدون علامت:

(۱) وجود زردی انسدادی، جز سولید در کیست، MPD بیشتر مساوی ۱۰ میلی‌متر: جراحی.





۲) در صورت وجود موارد با خطر بالا و نگران‌کننده شامل کیست بزرگتر مساوی ۳ سانتی‌متر، دیواره کیست ضخیم و اینهانس شده، ندول مورال غیر اینهانس، MPD بین ۵ تا ۹ میلی‌متر، تغییر ناگهانی قطر MPD همراه با آتروفی دیستال پانکراسی و لنفادنوپاتی باید با EUS بررسی بیشتر و سپس رزکسیون شود.

۳) موارد زیر ۳ سانتی‌متر و بدون علامت نگران‌کننده باید با EUS بیشتر ارزیابی شوند.

تومور سولید - سودوپاپیلاری (کیستیک پاپیلاری):

در خانم جوان - کیست واقعی پوشیده شده با اپی‌تلیوم نیست و حاصل پروسه نکروتیک و دژنراتیو است. در CT مشخصه واضح دارد و با کروموگرافین رنگ نمی‌گیرد. درمان: رزکسیون جراحی تومور و رزکسیون متاستاز



فصل دوم

روده باریک

- الگوریتم تشخیصی و درمانی خونریزی گوارشی مبهم



الگوریتم تشخیصی و درمانی خونریزی گوارشی مبهم

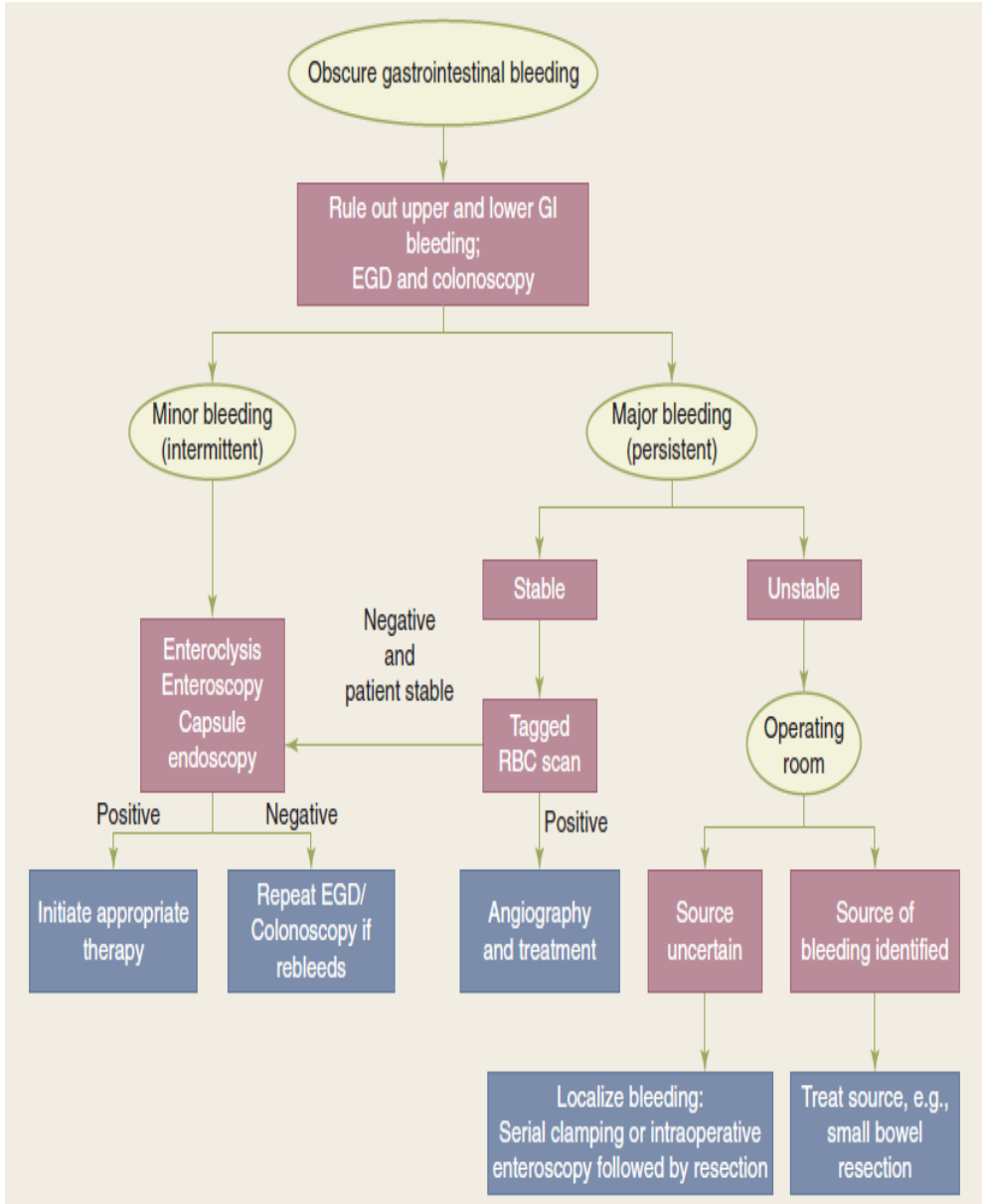


Figure 28-31. Diagnostic and management algorithm for obscure gastrointestinal bleeding.





۱. مرد جوان ۳۰ ساله، به دلیل رکتوراژی به اورژانس ارجاع شده است. در اندوسکوپی و کولونوسکوپی انجام شده، محل خونریزی مشخص نیست. علائم حیاتی پایدار است و خونریزی ادامه دارد. اولین اقدام تشخیصی کدام است؟ (بورد تخصصی ۹۹)
- الف) آنژیوگرافی
ب) اسکن RBC
ج) انتروکلایزیس
د) کپسول انتروسکوپی

پاسخ: ب

خونریزی مبهم obscure bleeding آندوسکوپی کولونوسکوپی منفی است:

۱) خونریزی خفیف متناوب: انتروسکوپی با فشار به جلو یا انتروسکوپی با کپسول اگر نشد انتروکلایزیس اگر مثبت شد: درمان مناسب

* اگر منفی شد: تحت نظر + آندوسکوپی و کولونوسکوپی مجدد در صورت خونریزی مجدد.

اما اگر اپیزود قبلی خونریزی واضح و شدید بود: انجام آنژیوگرافی

۲) خونریزی شدید مقاوم:

پایدار انجام اسکن RBC: نشان دار

منفی شد: انتروسکوپی با فشار به جلو یا انتروسکوپی با کپسول ساگرنشد انتروکلایزیس

* **مثبت شد:** آنژیوگرافی و درمان. حتی در صورت عدم خونریزی، آنژیودیسیپلازی و تومور عروقی را تشخیص می‌دهد.

انتروکلایزیس در فاز حاد خونریزی کاربرد ندارد.



فصل سوم

کولون

- الگوریتم تشخیصی سرطان رکتوم
- الگوریتم درمان خونریزی کولورکتال



الگوریتم تشخیصی سرطان رکتوم

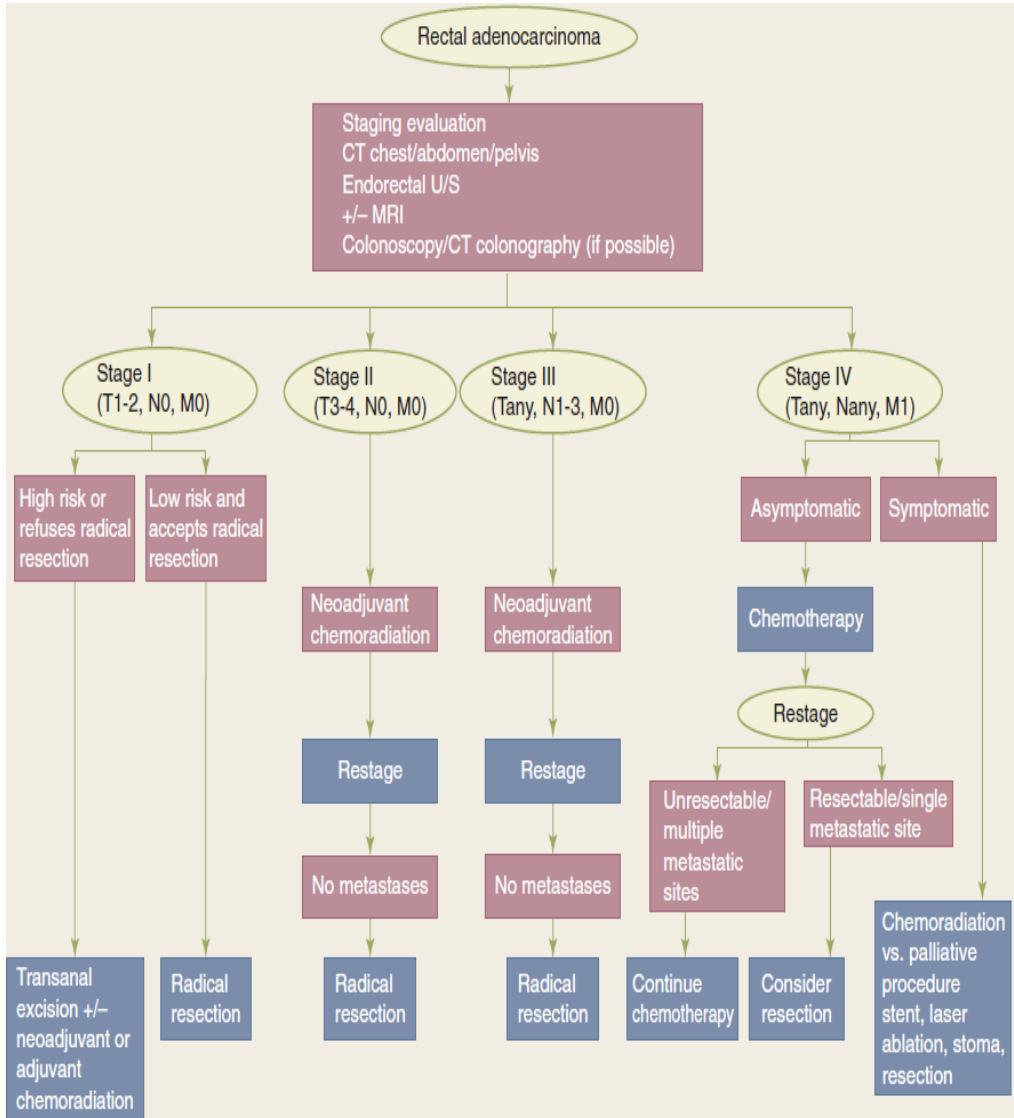


Figure 29-26. Diagnostic algorithm for rectal cancer. CT = computed tomography; MRI = magnetic resonance imaging; U/S = ultrasound.





۱. مرد ۸۲ ساله‌ای با نارسایی قلبی، تحت درمان و دیابت تیپ II به علت خونریزی رکتوم کولونوسکوپی می‌شود و در چهار سانتی‌متری از آنال ورج، یک ضایعه پولیپوئید وجود دارد، که بیوپسی مؤید آدنوکارسینوم است. در EUS تومور T1 است. بیمار تحت اکسیزیون لوکال قرار می‌گیرد و جواب پاتولوژی به قرار زیر است:

**T1, poorly diff. adenocarcinoma,
No lymphatic or vascular invasion, all surgical margin: free**

اقدام مناسب کدام است؟ (بورد ۱۴۰۱)

- الف) توصیه به کمورادیوتراپی
- ب) توصیه به کموتراپی سیستمیک
- ج) توصیه به پیگیری دوره‌ای
- د) انجام رزکسیون رکتوم و آناستوموز

جواب: گزینه د

۲. خانم ۶۰ ساله‌ای با تشخیص آدنوکارسینوم قسمت تحتانی رکتوم، پس از اتمام رادیوتراپی و شیمی درمانی نئوادجوانت کوتاه مدت، جهت انجام جراحی معرفی شده است. در CT-Scan پس از درمان، متاستاز ۲۸ میلی‌متری در سگمان ۳ کبد دارد. برنامه درمانی مناسب کدام است؟ (بورد ۱۴۰۱)

- الف) جراحی تومور رکتوم و متاستازکتومی و ادامه شیمی درمانی
- ب) Ablation رادیولوژیک متاستاز و بعد جراحی تومور رکتوم
- ج) جراحی تومور رکتوم و سپس ادامه شیمی درمانی برای کبد
- د) ادامه شیمی درمانی و ارزیابی پاسخ متاستاز به درمان تکمیلی

جواب: گزینه الف.

۳. خانم ۵۲ ساله‌ای با شکایت خونریزی مقعدی و دفع مشکل، مراجعه کرده است. در بررسیها معلوم می‌شود کانسر رکتوم به اندازه ۴ سانتی متر، در ۱۰ سانتی متری از آنال ورج دارد و در MRI ضایعه در قسمت قدامی رکتوم همراه با چسبندگی به واژن دارد. همچنین تعدادی LN یک سانتی متری در مزو رکتوم دیده میشود. اقدام ارجح جراحی کدام است؟ (ارتقا ۱۴۰۱)





الف) Laparoscopic TME (Total Mesorectal Excision)

ب) Chemotherapy + Follow up

ج) Neoadjuvant chemo-radiotherapy + Laparoscopic TME + Excision of Posterior Vaginal Wall

د) Neoadjuvant Chemo-Radiotherapy and Open Surgery

پاسخ: د

۴. آقای ۵۴ ساله با کانسر رکتوم میانی و متاستازهای متعدد کبدی مراجعه نموده است. پس از یک دوره کمورادیوتراپی ارزیابی مجدد شده است، بیمار در حال حاضر شکایت خاصی ندارد ولی در سی‌تی‌اسکن تعداد و اندازه متاستازها تغییر نکرده است. اقدام ارجح کدام است؟ (مشهد ۹۷)

الف) جراحی رادیکال رکتوم و سپس جراحی متاستاز کبدی
ب) جراحی رادیکال رکتوم و سپس کموتراپی
ج) جراحی حذف تومور به روش ترانس آنال
د) ادامه درمان انکولوژیک

پاسخ: د

مرحله IV:

علامت‌دار (درد - خونریزی - تنسموس):

- کمورادیاسیون +
- جراحی رزکشن تسکینی یا استوما، لیزر، ablation، استنت برای قسمت فوقانی رکتوم +
- کموتراپی (رادییوتراپی نمی‌خواهد).

بدون علامت:

کموتراپی (رادییوتراپی نمی‌خواهد)

و سپس ارزیابی مجدد

۱. قابل عمل بود = جراحی.
۲. غیرقابل عمل بود = ادامه کموتراپی





۵. آقای ۵۵ ساله با شکایت یبوست اخیر و دفع خون گهگاهی از مقعد بررسی شده است. در کولونوسکوپی توده سفت در فاصله ۸ cm از آنال ورج قرار دارد که در بیوپسی جواب آن آدنوکارسینوم گزارش شده است. در اقدامات تشخیصی بیشتر متاستازهای متعدد در کبد دارد. اقدام مناسب در این مرحله کدام است؟ (تبریز ۹۷)

الف) کمورادیوتراپی و بررسی مجدد

ب) کموتراپی و بررسی مجدد

ج) کمورادیوتراپی و سپس عمل جراحی در صورت امکان

د) رادیوتراپی + بررسی مجدد

پاسخ: ب

مرحله IV:

اگر فقط متاستاز محدود کبد یا ریه وجود داشته باشد می توان متاستازکتومی کرد.

علامت دار (درد - خونریزی - تنموس):

- کمورادیاسیون.
- جراحی رزکشن تسکینی یا کولستومی انحرافی پروگزیمال به همراه موکوس فیسچولا برای تخلیه کولون دیستال.
- لیزر، ablation، استنت برای قسمت فوقانی رکتوم.
- کموتراپی (رادیوتراپی نمی خواهد).

بدون علامت:

کموتراپی (رادیوتراپی نمی خواهد)

و سپس ارزیابی مجدد

(۱) قابل عمل بود = جراحی.

(۲) غیرقابل عمل بود = ادامه کموتراپی

۶. خانم ۴۱ ساله بدون ریسک فاکتور با کانسر دیستال رکتوم T3N1 در ۵ سانتیمتری آنال ورج تحت کمورادیاسیون به مدت ۵ هفته قرار میگیرد و در Staging مجدد توده به صورت کامل از بین رفته است. اقدام مناسب برای این بیمار کدام است؟ (ارتقا ۱۴۰۰)





الف) Very Low Anterior Resection

ب) Wait & Watch

ج) معاینه سریال + ادجوانت کموتراپی

د) excision محل قبلی تومور به صورت ترانس آنال

پاسخ: الف

بیمار در Stage III قرار دارد. درمان مرحله ۳ کنسر رکتوم شامل: کمورادیاسیون نئوادجوانت و بررسی مجدد بررسی مجدد که اگر متاستاز نداشت جراحی رادیکال و بعد درمان ادجوانت.

۷. آقای ۸۰ ساله‌ای با توده پولیپوئید بدخیم ۳ سانتی‌متری، در فاصله ۴ سانتی‌متری از آنال ورج، به شما ارجاع می‌شود. بیمار خونریزی فعال و درد دارد. در بررسی بیشتر متاستاز متعدد کبد دارد. مناسب‌ترین اقدام کدام است؟ (بورد ۱۴۰۰)

الف) کمورادیوتراپی

ب) کموتراپی

ج) رزکسیون ترانس آنال و کموتراپی

د) رزکسیون ابدومینوپرینه آل

پاسخ: ج

