

بِالْهَنْدَل

طبابت هنر است،

هنر هماهنگی قلب و اندیشه.



سالنامه اسناد و کتابخانه ملی ایران

سالنامه

عنوان و نام پدیدآور

اصول جراحی‌های اورولوژی - خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ

Campbell - Walsh - Wein urology 12th.ed 2021 / ۱۴۰۱

ترجمه و تلخیص پویا باگی‌شام اسپی؛ پاسخ‌دهی به سوالات فرشاد قلی‌بور، حسین فوزی‌فر.

مشخصات نشر

تهران: کاردیا، ۱۴۰۱.

مشخصات ظاهری

مشخصات ظاهری

شابک

978-622-5217-63-8

وضعیت فهرست نویسی

یادداشت

"Campbell-walsh-wein urology, 12th. ed. 2020"

به ویراستاری آن. ج واین... او دیگران است.

موضوع

اورولوژی

Urology

جراحی

Surgery

اورولوژی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها

Urology -- Examinations, questions, etc.

جراحی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها

Surgery -- Examinations, questions, etc.

شناسه افزوده - ۱۳۶۷

شناسه افزوده

فوزی‌فر، حسین

شناسه افزوده

وابن، آن. ج.

شناسه افزوده

Wein, Alan J.

شناسه افزوده

کمبل، ویلیس کوهون، ۱۸۸۰-۱۹۴۱.م

شناسه افزوده

Campbell, Willis C. (Willis Coohoon), 1880-1941.

شناسه افزوده

رده بندی کنگره

۸۷۱RC

رده بندی دیوبی

۶/۶۱۶

شماره کتابشناسی ملی

۹۱۱۷۶۶۴

اطلاعات رکورد کتابشناسی

: فیبا

تاریخ درخواست : ۱۲/۱۱/۱۴۰۱

تاریخ پاسخگویی

کد پیگیری : ۹۱۱۷۶۶۴

اصول جراحی‌های اورولوژی - خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد اورولوژی

Campbell- Walsh-Wein UROLOGY 12th Ed 2021

ترجمه و تلخیص: پویا باگی شام اسپی

نوبت چاپ: اول ۱۴۰۱

تیراز: ۱۰۰ نسخه

شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۵۲۱۷-۶۳-۸

بهاء: ۲۵۴,۰۰۰ تومان

صفحه آرآر: زیدنیت یار - سپیده دبیری

طراح و گرافیست: زیدنیت یار - مهراد فیضی

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.

اصول جراحی های اورولوژی

خلاصه درس به همراه

مجموعه سؤالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی تا سال ۱۴۰۱

Campbell- Walsh-Wein UROLOGY 12th Ed 2021

ترجمه و تلخیص:

دکتر پویا باغی شام اسبی

متخصص اورولوژی

پاسخ دهنده به سوالات:

دکتر فرشاد قلی پور

رتبه بورد تخصصی ۱۳۹۹

استادیار دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

دکتر حسین فوزی فر

دارای بورد تخصصی رشته اورولوژی

سخن ناشر:

سپاس و ستایش شایستهٔ 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 شاکران درگاهت و حقیقت‌جویان راهت قرارم ده و یاری‌ام کن تا در آموختن نلغزم و آن‌چه را آموختم، به شایستگی عرضه کنم.

رزیدنت‌یار، حامی و پیشو از نظام کمک آموزشی پزشکی کشور به سبک نوین و مطابق با آخرين پیشرفتهای آموزشی در حیطه پزشکی با کادری مجبوب و آشنایی 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 مباحث اورولوژی 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 مؤلف:

هدف از تالیف کتاب پیش رو ، کمک به دستیاران عزیز جهت دستیابی به منبع علمی قابل اطمینان و کاربردی با توجه به محدودیت زمانی جهت مطالعه کتاب اصلی می باشد. در این کتاب سعی شده علاوه بر امانت داری از متن اصلی، از تصاویر، جداول و الگوریتم‌های پرکاربرد موجود در کتاب مرجع جهت درک آسان‌تر مباحث استفاده شود. نظر به این که این کتاب مرجع امتحانی نبوده توصیه ابتدایی اینجانب مطالعه کتب اصلی در کنار کتاب پیش رو می باشد. در تالیف این کتاب سعی شده ضمن حفظ مفاهیم مورد نظر متون مرجع، متنی روان برای مطالعه در اختیار همکاران عزیز قرار گیرد. در انتهای فصول نیز برای دسترسی به بانک تستی، تمام سوالات آزمون‌های ارتقا، بورد و آزمون‌های درون بخشی و در فصول جدید، تست‌های تالیفی نیز قرار داده شده است.

ضمنا از تمام همکاران عزیز در انتشارات رزیدنت یار بخصوص مدیریت محترم این مجموعه جهت فراهم کردن شرایط همکاری اینجانب و کمک به ارتقای علمی دستیاران محترم نهایت تشکر را دارم. از همسر عزیزم که با صبر و مهربانی در این مسیر مرا همراهی کرد نهایت سپاسگزاری را دارم و در انتها از مادر مهربانم که هر چه دارم از حضور اوست تشکر می کنم.

دکتر پویا باغی
متخصص اورولوژی

فهرست

فصل ۱۶- هماچوری.....	۱۱
سوالات و پاسخنامه فصل ۱۶.....	۳۷
فصل ۱۷- عوارض جراحی‌های اورولوژی.....	۴۷
سوالات و پاسخنامه فصل ۱۷.....	۹۵
فصل ۱۹- مشاورات حین عمل جراحی.....	۱۰۳
سوالات و پاسخنامه فصل ۱۹.....	۱۲۷
فصل ۸- اصول جراحی اورولوژی: مراقبت حول و حوش عمل.....	۱۳۳
سوالات و پاسخنامه فصل ۸.....	۱۷۷
فصل ۱۰- اصول جراحی اورولوژی: تصمیمات تکنیکال حین عمل.....	۱۸۷
سوالات و پاسخنامه فصل ۱۰.....	۲۱۱
فصل ۱۸- ملاحظات اورولوژی در بارداری.....	۲۱۷
سوالات و پاسخنامه فصل ۱۸.....	۲۵۵

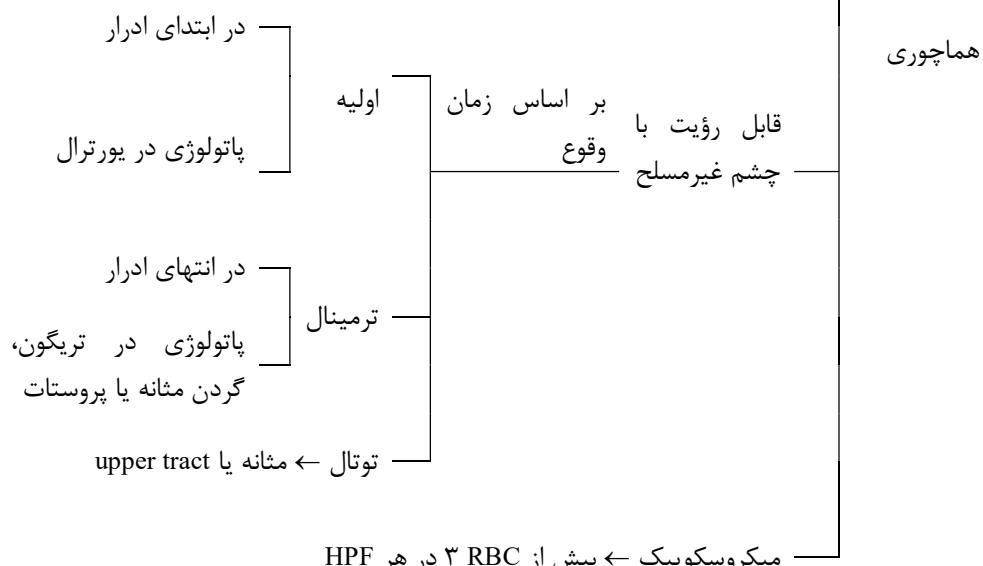


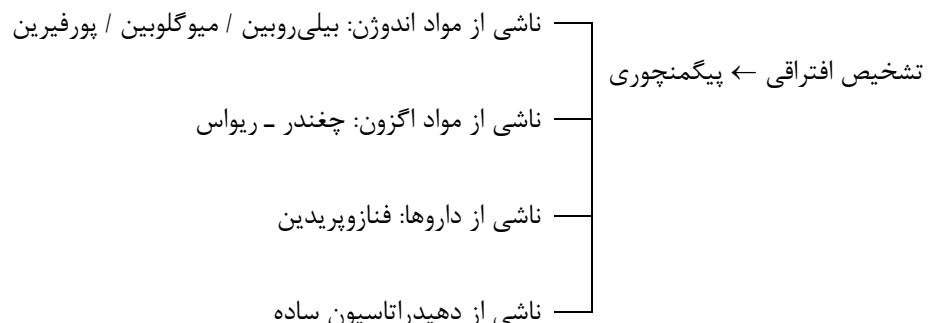
هماجوری

فصل ۱۶
Campbell: Section 16

یکی از شایع‌ترین اندیکاسیون‌های ارزیابی اورولوژیک می‌باشد.

- گراوس، فرانک، آشکار Macroscopic





- نحوه افتراق از این موارد با یک آزمایش ادرار قابل انجام است.
- از آنجایی که میوگلوبینوری باعث نتایج مثبت کاذب در تست‌های شیمیایی (دیپ استیک) می‌شود از این رو حتماً مطالعات میکروسکوپی ادرار نیز برای تأیید نتایج انجام می‌گیرد.
- تشخیص افتراقی دیگر هماچوری، خونریزی واژینال است که با شرح حال کامل منسچورال، جمع‌آوری نمونه در زمانی که بیمار خونریزی ژنیکولوژی ندارد و یا کاتتریزاسیون قابل افتراق است.

هماقوری میکروسکوپیک:

- MH برخلاف GH بیشتر Symptom است تا یک Sign.
- میزان ابتلا به MH در افراد سالم در مطالعات غربالگری حدود ۵/۶٪ می‌باشد.

مردان

- این میزان شیوع در این موارد افزایش می‌یابد: سن بالاتر افراد سیگاری
- وجود مقادیر کمی RBC در ادرار در شرایط زیر می‌تواند نرمال تلقی شود:
 - ۱) فعالیت جنسی
 - ۲) ورزش سنگین
 - ۳) دوره طولانی استراحت (اولین نمونه صبحگاهی)
- ریت بدخیمی شناسایی شده در بیمارانی که U/A مشتب از نظر هماقوری داشته‌اند در حدود ۶/۳٪ بوده است.





- هماچوری با منشأ بدخیمی مجاری ادراری ممکن است متناوب باشد.
- تست دیپ استیک مثبت برای MH به تنهایی ارزش ندارد و حتماً باید توسط مطالعات میکروسکوپی تأیید شود.
- اساس تست‌های سریع مثل دیپ استیک فعالیت پروکسیداز هموگلوبین می‌باشد. بنابراین در مواردی مانند میوگلوبینوری ممکن است به اشتباه تست را فعال کرده و منجر به مثبت کاذب گردد.
- وجود یک نوبت آنالیز ادراری $\oplus \leftarrow$ نیاز به شروع ارزیابی
- منفی کاذب در MH \leftarrow ادرار رقیق یا اسمولالیته کمتر از ۳۰۸ میلی اسمول به دلیل لیز RBC ها

ارزیابی بیماران مبتلا به MH:

- $\frac{1}{3}$ تا $\frac{2}{3}$ بیماران مبتلا به MH پاتولوژی قابل اثبات دارند که شایع‌ترین آن‌ها:

 - (۱) درصد ۱۲/۹ BPH
 - (۲) سنگ‌های ادراری ۶ درصد
 - (۳) تنگی یورترال ۱/۴ درصد

- سطوح بالاتر MH (بیش از 25 RBC در هر HPF) یعنی افزایش احتمال بدخیمی

 - (۱) مردان
 - (۲) سن بالاتر
 - (۳) سابقه مصرف سیگار

انتخاب بیماران:

- $\frac{1}{3}$ تا $\frac{2}{3}$ بیماران مبتلا به MH در ارزیابی‌ها بیماری قابل تشخیص یافت نمی‌شود.
- کمتر از ۲۵٪ بیماران مبتلا به هماچوری به یک اورولوژیست ارجاع داده می‌شوند که از این میزان کمتر از ۱۰٪ تحت ارزیابی کامل با سیستوسکوپی و تصویربرداری قرار می‌گیرند.

:AUA توصیه

- (۱) در صورت نبود علل خوش‌خیم هماچوری مثل عفونت یا قاعدگی باید تمام بیماران تحت ارزیابی قرار گیرند.



۲) در صورت وجود علل خوش خیم، بعد از رفع شدن آن باید مجدداً بررسی از نظر وجود هماچوری صورت گیرد.

- عفونت ادراری باید توسط کشت ادراری تأیید شده و بعد از درمان UTI، U/A مجدد برای ارزیابی وجود یا عدم وجود هماچوری صورت گیرد.
- در موارد MH بعد از ورزش سنگین لازم است U/A بعد از دوره پرهیز از ورزش مجدد انجام شود.
- نکته مهم: بیماران مبتلا به MH با سابقه مصرف داروهای آنتی کواگولانت یا آنتی پلاکتی (وارفارین، انوکسپارین، هپارین، ASA، کلوبیدوگرل و NSAID ها) باید تحت ارزیابی کامل قرار گیرند.
- میزان ابتلا به هماچوری و احتمال ابتلا به کنسرهای GH در بیماران مصرف کننده داروهای فوق با جمعیت عادی فرقی ندارد.
- بیمارانی که داروهای ضدانعقاد مصرف می‌کنند، طی ۶ ماه اول بعد از اولین اپی زود هماچوری، احتمال تشخیص کنسر مثانه ۲ برابر سایر افراد بوده است.
- در واقع مصرف این داروها ممکن است باعث آشکار شدن ضایعات در مراحل مقدماتی تر شود.
- ۸۲ درصد این بیماران (صرف کنندگان داروهای ضدانعقاد) دارای ضایعات اورولوژیک قابل توجه بوده‌اند.

غربالگری:

- کنسر مثانه ششمین کنسر شایع در ایالات متحده می‌باشد.
- با توجه به هزینه - عملکرد فعلی غربالگری کنسر مثانه با آزمایش A/U در حال حاضر توصیه نمی‌شود. با این حال انجام A/U به عنوان بخشی از معاینات سلامت روتین در حال حاضر انجام می‌شود.

ارزیابی مبتلایان به MH:

- ریسک فاکتورهای شایع برای بد خیمی‌های دستگاه ادراری در مبتلایان به MH:
 - ۱) جنس مذکور
 - ۲) سن بالاتر از ۳۵ سال
 - ۳) مصرف سیگار یا سابقه قبلی مصرف سیگار
 - ۴) سوء مصرف آنالژیک‌ها



۵) تماس با مواد شیمیایی از قبیل بنزن‌ها یا آمین‌های آروماتیک

۶) سابقه GH

۷) سابقه بیماری یا اختلال اورولوژیک

۸) سابقه وجود علائم تحریکی ادراری

۹) سابقه رادیوتراپی لگنی

۱۰) سابقه UTI مزمن

۱۱) سابقه مواجهه با مواد کارسینوژن یا کمoterایپی به خصوص مواد آلکیله

۱۲) سابقه جسم خارجی طولانی مدت

نکته بسیار مهم:

توصیه شده است بیماران دارای کراتیتریای ارزیابی فوق تحت بررسی کامل قرار بگیرند حتی اگر یک فاز ارزیابی علت مشکوک MH را نشان دهند.

- مثلاً بیماری که تومور کلیوی یا سنگ داشته و در مراحل مقدماتی MH قرار دارد همچنان باید سیستوسکوپی برای بررسی مثانه و پاتولوژی یورترال انجام شود.

شروع ارزیابی با شرح حال و Ph/E

- شناسایی موارد خوش‌خیم MH:

۱) عفونت (۲) قاعده‌گی

۳) سابقه ورزش اخیر

۴) بیماری کلیوی شناخته شده (۵) بیماری ویروسی حاد

۶) ترومما (۷) وجود جسم خارجی در مجرای ادراری

۸) ابزار گذاری اورولوژی اخیر

(۱) وجود GH

- بررسی علائم مرتبط: (۲) علائم تخلیه ادرار

(۳) درد فلانک

- بررسی RF‌های بدخیمی در مبتلایان به هماچوری

- بررسی سوابق جراحی





HTN (۱)

- (۲) نارسایی کلیه
- بررسی بیماری های مديکال مرتبط مثل:
- (۳) اختلالات انعقادی
- (۴) آنمی سیکل سل
- بررسی داروهای مصرفی از جمله داروهای ضدانعقاد و ضدپلاکتی
- بررسی سابقه مصرف سیگار و انجام مشاوره های مرتبط برای ترک آن
- بررسی FH از نظر ابتلا به

نفریت

کلیه پلی کیستیک

VHL کلیه

YURONTLIOUM LYNCH

VHL (کلیه)

کلیه پلی کیستیک

Lynch (یوروتلیوم)

۱) تندرنس پهلو

۲) توده فلانک

Ph/E با تمرکز روی -

۳) بررسی سوپراپوبیک و مجراء

سیستم ادراری شامل:

۴) ارزیابی پروستات از نظر وجود ندول، بزرگی، فلاکچویشن

- کبودی (علائم بیماری و اختلالات انعقادی)

- تب (عفونت)

- ادم

- معاینه بالینی سایر قسمت ها:

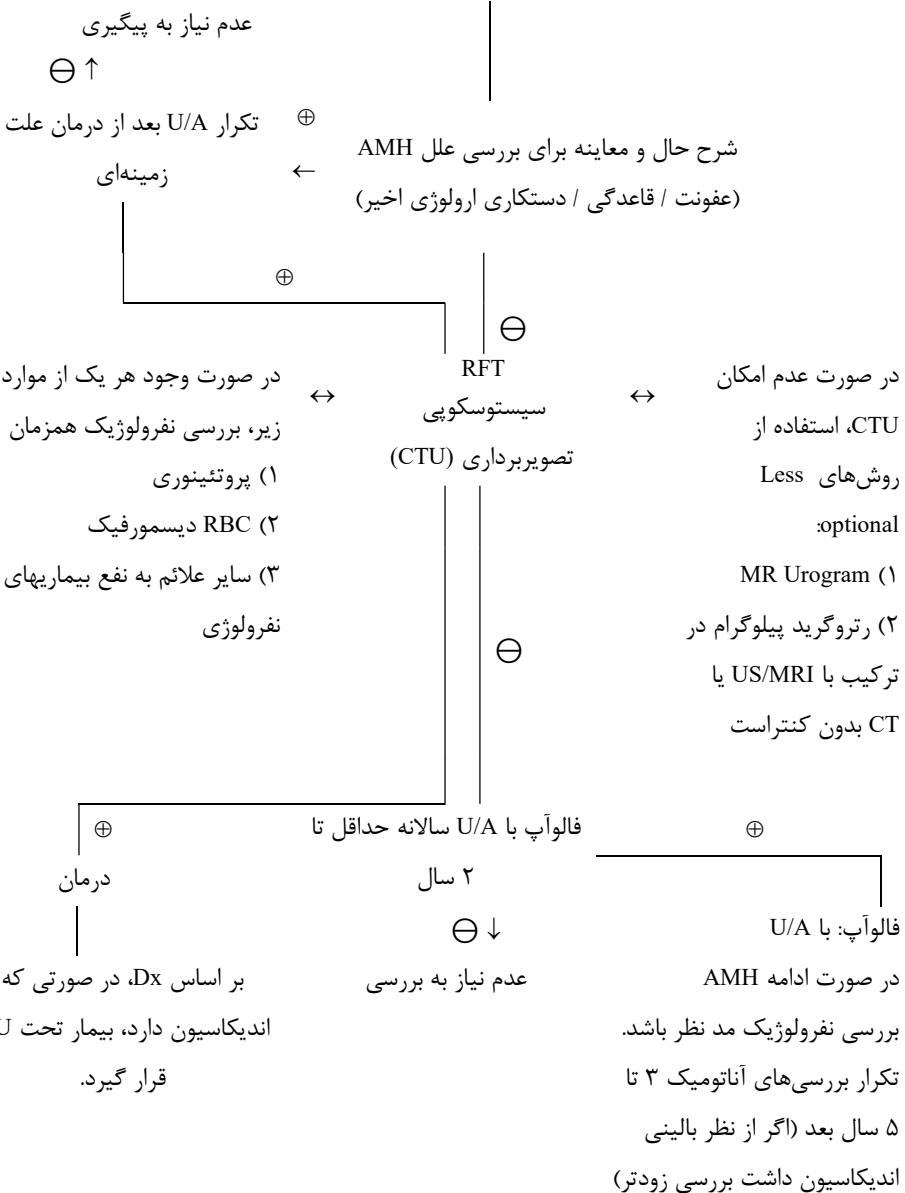
HTN -





سابقه AMH

(HPF RBC) بیش از ۳ عدد در هر



- بررسی RBC دیسمورفیک
 - کستهای سلولی یا پروتئینی
 - در موارد شک به BPH یا پاتولوژی مجراء: رزیدوی ادراری پس از تخلیه و اندازه‌گیری ریت جریان ادراری
 - تست‌های آزمایشگاهی شامل: UTI در صورت شک به U/C - RFT مانند کراتینین - PSA در افراد مناسب
-
- نکته مهم: در صورت وجود UTI باید بعد از درمان مناسب عدم وجود هماچوری با U/A تأیید شود.
 - در صورت شک به عامل دارویی ایجاد کننده هماچوری، HTN یا نارسایی کلیه علاوه بر بررسی نفرولوژیک، بررسی اورولوژیک همچنان باید مد نظر باشد.

سیستوسکوپی:

- قابل اطمینان‌ترین روش ارزیابی مثانه و فرصتی برای بررسی بورترا.
- در تمام افراد بالای ۳۵ سال یا دارای ریسک فاکتور بدخیمی که با MH مراجعه کرده‌اند، انجام می‌شود.
- مخاطرات و عوارض مینور شامل: ناراحتی و آسیب دیدگی بورترا، عفونت و ضرورت انجام عمل‌های بیشتر مثل بیوپسی.
- سیستوسکوپی نور آبی با استفاده از ۵-آمینولولینیک اسید (ALA) و یا تلقیح هگزیل آمینولولینات (HAL) در بررسی بیماران مشکوک به کنسر پاپیلاری مثانه مورد تأیید قرار گرفته است.
- عوارض استفاده از HAL/ALA اندک بوده و شامل: شوک آنافیلاکتوئیدی، در موارد نادر هایپرسنستیویتی، درد، سیستیت، دیزوری، هماچوری و ریسک بیوپسی‌های غیرضروری در مقایسه با سیستوسکوپی وايت لایت.
- در حال حاضر AUA توصیه به استفاده از سیستوسکوپی بلولایت در بررسی MH نمی‌کند.
- انجمن ژنیکولوژی و ژنیکواورولوژی آمریکا در سال ۲۰۱۷ اعلام کرده برای زنان سنین ۳۵-۵۰ سال غیرسیگاری و با MH کمتر از 25 RBC نیازی به ارزیابی کامل اورولوژی وجود ندارد زیرا ریسک بدخیمی دستگاه ادراری کمتر از ۵٪ می‌باشد.



سیتوولوژی ادراری:

برای کسرهای High grade: حساسیت و اختصاصیت بالا

برای کسرهای Low grade: کاهش حساسیت

Point of care NMP-22

حساسیت بالاتر برای تومورهای Upper tract نسبت به تومورهای مثانه

ویژگی بالا

- سایر بیومارکرها برای ارزیابی اولیه MH استفاده نمی‌شود و صرفاً برای بررسی تکمیلی می‌باشد.

- این بیومارکرها جایگزین تصویربرداری و سیستوسکوپی نیستند.

- با این حال در بیمارانی که بررسی اولیه در آن‌ها منفی بوده و همچنان شک به کنسرهای یوروتلیال وجود دارد و همچنین در موارد MH علامتدار قابل کاربرد هستند.

تصویربرداری:

پره کنتراست نفوروگرافیک فاز ترشحی	Choice تصویربرداری در هماچوری CTU شامل
---	--

- بالاترین حساسیت و ویژگی را CTU دارد.

- امکان تشخیص ضایعات پارانشیم کلیوی و مجاری ادراری

- معایب آن عدم استفاده در بارداری، آلرژی نسبت به کنتراست یددار و در مبتلایان به نارسایی کلیوی

- معایب و کنтра اندیکاسیون‌ها استفاده از MRI شامل:

۱) افراد دارای پیس میکر

۲) نارسایی شدید کلیوی ($\text{GFR} < 30$) به دلیل ایجاد فیبروز سیستمیک نفوروزنیک توسط گادولینیوم

- در این موارد CT بدون کنتراست یا ترکیب U/S در کنار پیلوگرافی رتروگرید کاربرد دارد.

- در مطالعاتی که اخیراً صورت گرفته است مشخص کرده است که ترکیب U/S به همراه سیستوسکوپی

در ارزیابی اولیه بیماران مبتلا به MH از نظر اقتصادی به صرفه‌تر از انجام CT می‌باشد و در عین

حال از نظر ارزش تشخیصی نزدیک به انجام CT و سیستوسکوپی می‌باشد.





سیر طبیعی بیماری با ارزیابی اولیه منفی:

- بیماران طی ۳ ماه تا چند سال اول بهبود خودبه خودی دارند.
- طبق گایدلاین AUA: سالانه طی ۲ سال اول بعد از ارزیابی اولیه منفی ← در صورت منفی شدن نیاز به پیگیری بیشتر ندارد.
- در صورت MH فاقد علامت عود کننده یا پایدار یا عالمدار یا GH ظرف ۳ تا ۵ سال مجددًا باید تحت ارزیابی قرار بگیرند.

هماچوری میکروسکوپی عالمدار:

- ریسک بدخیمی دو برابر موارد بدون علامت (۱۰/۵٪ در مقابل کمتر از ۵٪).
- در صورت شک به U/C ← درمان ← در صورت پایدار ماندن ارزیابی کامل
 - ← بررسی کامل
 - ۱) عدم وجود موارد خوش خیم
 - ۲) وجود RF های بدخیمی
 - ۳) پایدار ماندن علائم بعد از درمان
- در صورت

نکته بسیار مهم: سیستوسکوپی صرف نظر از سن در این بیماران باید انجام شود (الزامی).

نکته بسیار مهم: ارزیابی سیتولوژی در شرایطی که علائم تحریکی ادراری وجود دارد، توصیه می شود.

(OPTIONAL)

نکته بسیار مهم: در صورت ارزیابی سیتولوژی منفی هم انجام سیستوسکوپی توصیه می شود.

گراوس هماچوری:

- تشخیص افتراقی مشابه با MH
- هر چه شدت هماچوری بیشتر باشد احتمال داشتن ضایعات قابل توجه بالینی بیشتر است.
- ۵۰٪ علت قابل اثبات دارد.
- ۲۵-۲۰٪ بدخیمی اورولوژیک دارند (کنسر مثانه یا کلیه).
- ارزیابی شامل سیتولوژی، سیستوسکوپی، تصویربرداری مجاری ادراری فوقانی ترجیحاً CTU.
- بررسی شامل چک علائم حیاتی و آنمی از قبیل CBC، پروفایل انعقادی در بیماران مصرف کننده آنتی کواگولان.

