



سرشناسه عنوان و نام پدیدآور	مهدی عراقی، محمد طه، ۱۳۶۹ / داودی، فرزین، ۱۳۷۲ رینولوژی ۱: کتاب جامع آمادگی آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۲ ... پاسخگویی به سوالات سال ۱۴۰۲: محمد طه مهدی عراقی، فرزین داودی ترجمه و تلخیص فاطمه شجاع صفت. تهران: کاردیا، ۱۴۰۲. ۱۵۸ ص.: مصور (رنگی). ۲۹۲۰۰۰۰ ریال: 978-622-8243-58-0
مشخصات نشر مشخصات ظاهری شابک	فیپا کتاب حاضر برگرفته از کتاب "Cumings otolaryngology : head and neck surgery,7th. ed, c2020" به ویراستاری پل دلبلیو فلینت ... او دیگران است. عنوان دیگر: رینوپلاستی: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد گوش، حلق و بینی و جراحی سر و گردن با پاسخ تشریحی بر اساس Cummings 2020.
وضعیت فهرست نویسی یادداشت	موضوع
یادداشت	موضوع
شناسه افزوده شناسه افزوده شناسه افزوده شناسه افزوده	جراحی پلاستیک بینی Rhinoplasty جراحی پلاستیک بینی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها Rhinoplasty -- Examinations, questions, etc. فلینت، پل دلبلیو. Flint, Paul W. کامینگز، چارلز ویلیام، ۱۹۳۵ - م. Cumings, Charles W. (Charles William)
رده بندی کنگره رده بندی دیویی شماره کتابشناسی ملی اطلاعات رکورد کتابشناسی	۵/RD۱۱۹ ۵۲۳۰۵۹۲/۶۱۷ ۹۱۵۳۹۹۴ فیپا

عنوان کتاب: رینولوژی ۱	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار
خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد گوش، حلق و بینی و جراحی سر و گردن با پاسخ تشریحی بر اساس Cummings 2020	نوبت چاپ: اول ۱۴۰۲ تیراژ: ۱۰۰ جلد
ترجمه و تلخیص: دکتر فاطمه شجاع صفت.	شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۸۲۴۳-۵۸۰
پاسخگویی به سوالات سال ۱۴۰۲: دکتر فرزین داودی - دکتر محمد طه مهدی عراقی ناشر: انتشارات کاردیا	بهاء: ۲۹۲۰۰۰ تومان
صفحه آرا: رزیدنت یار - منیر السادات حسینی طراح و گرافیک: رزیدنت یار	

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸
شماره تماس: ۶۶۴۱۹۵۲۰ - ۰۲۱ - ۸۸۹۴۵۲۰۸ - ۰۲۱ - ۸۸۹۴۵۲۱۶ - ۰۲۱ / www.residenttyar.com

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

رینولوژی ۱

کتاب جامع آمادگی آزمون ارتقاء و بورد ۱۴۰۳

CUMMINGS OTOLARYNGOLOGY
HEAD AND NECK SURGERY,
SEVENTH EDITION , 2020

ترجمه و تلخیص

دکتر فاطمه شجاع صفت

دارای بورد تخصصی

گوش، حلق و بینی و جراحی سر و گردن

از دانشگاه علوم پزشکی تهران

پاسنکوئی به سوالات سال ۱۴۰۲

دکتر فرزین داودی

رتبه دوم بورد تخصصی سال ۱۴۰۲ کشور

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر محمد طه مهدی عراقی

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه



۱۱.....	Allergy and Immunology of the Upper Airway – فصل ۳۵
۲۱.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۳۵
۲۷.....	Olfactory Function and Dysfunction – فصل ۳۶
۳۷.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۳۶
۴۵.....	Objective Assessment of Nasal Function – فصل ۳۷
۵۵.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۳۷
۵۹.....	Radiology of the Nasal Cavity and Paranasal Sinuses – فصل ۳۸
۷۹.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۳۸
۸۳.....	Non allergic Rhinitis – فصل ۳۹
۹۱.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۳۹
۹۷.....	Epistaxis – فصل ۴۷
۱۱۱.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۴۷
۱۲۱.....	Nasal Manifestations of Systemic Disease – فصل ۵۱
۱۳۱.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۵۱
۱۴۵.....	فصل ۵۲ – درد صورت (Facial pain)
۱۵۳.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۵۲

• سیستم ایمنی:

- ذاتی یا innate: شناسایی فوری مهاجمان و تریگر سیستم آدپتیو
- Adaptive: شامل لنفوسیت‌ها، ایجاد حافظه ایمنولوژیک، ویژگی دیگر آن اختصاصیت و قابلیت تطابق با محیط است.
- Self tolerance: قابلیت سیستم ایمنی در آسیب به پاتوژن، بدون آسیب به سلول‌های خود فرد

اجزاء سیستم ایمنی ذاتی

• (TLRS) toll like receptors:

- باعث تحریک ایمنی آدپتیو می‌شوند.
- در راه هوایی در سلول‌های اپی‌تلیال، ماکروفاژ، ماست‌سل، ائوزینوفیل و دندریتیک حضور دارند.
- ۱۱ نوع دارد.
- TLR₂: نقش بر علیه باکتری‌های گرم مثبت
- TLR₄: نقش بر علیه باکتری‌های گرم منفی و پنومولیزین در پنوموکوک
- TLR₃: نقش بر علیه RNA ویروس‌ها
- پپتیدهای آنتی‌میکروبیال (Amps): شامل Cathelicidins و Defensins است که هم در کشتن پاتوژن و هم در فعال کردن سیستم ایمنی سلولی نقش دارند.

• سلول‌های NK:

- در گردش خون، طحال، ریه و کبد وجود دارند.
- در لنف نودها دیده نمی‌شوند.
- علیه عفونت‌های ویرال و سلول‌های بدخیم نقش دارند.



• کمپلمان:

- در ایمنی ذاتی و آدپتیو نقش دارد.
- سه مسیر فعال شدن دارد:
 - کلاسیک: از طریق کمپلکس آنتی ژن آنتی بادی
 - آلترناتیو: از طریق ساختارهای میکروبیال
 - مسیر لکتین: از طریق اجزاء جدار میکروب مثل mannan
- شامل ۲۵ پروتئین است.
- کمبود MAC: استعداد عفونت نایسریا
- کمبود C3: استعداد عفونت های پیوژنیک شدید که در کودکی بیمار را از بین می برد.
- کمبود C4 و C2: بیماری کمپلکس ایمنی شبه لوپوس
- کمبود مهارکننده C3: آنژیوادم

اجزاء آدپتیو:

• لنفوسیت های T:

- ۸۰٪ لنفوسیت های خون محیطی
- دو نوع CD4 و CD8 دارد
- CD8ها با تولید پروتئین های سیتوتوکسیک مثل perforin و granzims سلول آلوده را می کشند.
- CD4ها برای فعال کردن ایمنی هومورال و پاسخ سلولی (هیپرسنسیتیویته تاخیری) کاربرد دارند.

• لنفوسیت های B:

- ۱۰٪ لنفوسیت های خون محیطی
- علیه پاتوژن های اکستراسلولار
- نوعی از سلول های B نقش سرکوب کنندگی ایمنی دارند.

ایمونوگلوبولین ها:

- IgG: بیشترین ایمونوگلوبولین سرم، تنها ایمونوگلوبولینی که از جفت عبور می کند در پاسخ ایمنی ثانویه نقش اصلی را دارد.



- علیه آنتی‌ژن‌های پروتئینی: IgG1 و IgG3
- علیه آنتی‌ژن‌های پلی‌ساکاریدی: IgG2
- **IgM**: در اتصال با کمپلمان، غالب در پاسخ اولیه هومورال
- **IgA**: در ترشحات بدن و دفاع اولیه
- **IgE**: در پاسخ آلرژیک، کم‌ترین ایمونوگلوبولین
- **IgD**

گلیکوا‌ایمونولوژی و siglecs:

- پروتئین‌های متصل شونده به گلیکان (GBP) گروهی از پروتئین‌های پس از التهاب و ضدالتهاب هستند که در دو زیر گروه قرار می‌گیرند.
- گروه لکتین‌های مشابه ایمونوگلوبولین متصل شونده به سالیسیلیک اسید
- گروه siglecs یا selectins:
- در سلول‌های بازوفیل، CD8، دندریتیک، ائوزینوفیل، ماست‌سل، مونوسیت و NK وجود دارد.
- باعث مهار بازوفیل، فعال شدن ماست‌سل و کنترل فعالیت سلول‌های B و T می‌شود که نقش مهمی در پاسخ‌های آلرژیک دارد.
- آنتی‌بادی‌های ضد این پروتئین‌ها باعث کاهش ائوزینوفیل‌های خونی و بافتی می‌شوند.

واکنش هیپرسنسیتیویتی:

- **نوع ۱:** وابسته به ماست‌سل
- وابسته به IgE: آنافیلاکسی
- غیر وابسته به IgE: حساسیت به ماده حاجب یددار
- **نوع ۲:**
- سیتوتوکسیک
- وابسته به IgG و IgM
- مثل آنمی همولیتیک اتوایمیون ناشی از پنی‌سیلین

آناتومی:

- جریان هوا:
 - ارتونازال: تنفس از بینی
 - رترونازال: حین بلع بوی غذا را به بینی می‌رساند.
- در تنفس نرمال کمتر از ۱۵٪ هوای ورودی به اپی‌تلیوم بویایی می‌رسد.
- ۴ محل که در آن سیستم عصبی تریژمینال با سیستم عصب بویایی در ارتباطند:
 - CNS
 - بولب بویایی
 - اپی‌تلیوم بویایی
 - رفلکس‌های تریژمینال
- **حدود شکاف بویایی:**
 - بالا: کریبریفورم پلیت
 - لترال: کورنه فوقانی
 - مدیال: قسمت فوقانی سپتوم
- اپی‌تلیوم بویایی در هر سمت بینی در یک فرد جوان، حدود 2-5 cm² است و با افزایش سن کوچک‌تر می‌شود.
- اپی‌تلیوم بویایی استوانه‌ای مطبق کاذب است و زیر مخاط ندارد.
- اپی‌تلیوم بویایی پستانداران ۴ نوع سلول دارد: رسپتورهای بویایی مژک‌دار، سلول‌های میکروویلا، Sustentacular cells، سلول‌های بازال
- نورون‌های بویایی: بای پولار، کلاب شکل، آکسون بلند، نازک و بدون میلین
- بولب بویایی درست دورسال به کریبریفورم پلیت و ونترال به کورتکس اربیتوفرونتال قرار دارد.



اختلال عملکرد بویایی:

- شیوع اختلال بویایی با افزایش سن، بیشتر می شود.
- اختلال بویایی شایع ترین فرم اختلال حسی است.
- **پاروسمی و فانتوسمی:**
 - علت پاروسمی و فانتوسمی شناخته شده نیست، اما احتمالاً به علت فقدان پارشیل و ناکامل نوروهای بویایی ایجاد می شود.
 - می تواند علت سنترال به صورت بیش فعالی سیستم بویایی داشته باشد.
 - اغلب این اختلالات کیفی بویایی با گذر زمان بدتر می شوند.
 - در فانتوسمی، درمان با رزکشن اندوسکوپیک اپی تلیوم بویایی یا کوکائین انجام می شود.

TABLE 36.1

Definitions of Terms Used to Describe Olfactory Function and Dysfunction

Normosmia	Normal olfactory function.
Hyposmia (or microsmia)	Quantitatively reduced olfactory function.
Functional Anosmia	Quantitatively reduced olfaction to the extent that the subject has no function that is useful in daily life.
Anosmia	Absence of all olfactory function.
Specific Anosmia (or partial anosmia)	Quantitatively reduced ability to smell a specific odor despite preserved ability to smell most other odors. Thought to be a normal physiologic trait with little clinical significance. ⁷⁷
Hyperosmia (or superosmia)	Quantitatively increased ability to smell odors to abnormal level. This form of olfactory dysfunction is extremely rare but has been described, for example, in association with migraine. ³⁹³
Parosmia (or dysosmia, cacosmia, euosmia, or troposmia)	Qualitative dysfunction in the presence of an odorant (i.e., distorted perception of an odor stimulus).
Phantosmia	Qualitative dysfunction in the absence of an odorant (i.e., an odorant is perceived without concurrent stimulus, an "olfactory hallucination").
Orthonasal Olfaction	The perception of odorants anteriorly caused by airflow from the nostrils to the olfactory clefts, for example, during sniffing.
Retronasal Olfaction	The perception of odorants located within the oropharynx, caused by airflow to the olfactory clefts via the nasopharynx during swallowing or nasal exhalation. Retronasal olfaction forms the basis of flavor perception.



سوالات و پاسخنامه فصل ۳۷

۱۳. در Acoustic Rhinometry کدام جمله صحیح است؟

- الف) اولین فرورفتگی در رینوگرام مربوط به nasal valve می‌باشد.
- ب) دومین فرورفتگی مربوط به انحراف سپتوم در خط نزدیک به perpendicular است.
- ج) میزان گشادی یا کوچک بودن سوراخ بینی در این تست اثرگذار نیست.
- د) در رینوگرام قسمت قدامی شاخک تحتانی به صورت خط صاف ظاهر می‌گردد.

پاسخ: الف

صفحه ۶۱۱:

• آکوستیک رینومتری:

- شایع‌ترین متد بررسی CSA:

- CSA اول: ناحیه والو بینی (I-notch) (الف درست است)
- CSA دوم: در قدام IT (C-notch)
- CSA سوم: متغیر

۱۴. در بیماری که به علت گرفتگی بینی مراجعه نموده است مورد معاینه رینوسکوپی قرار می‌گیرد که در آن انحراف تیغه بینی به سمت راست مشهود است بیمار ابتدا مورد آندوسکوپی قرار می‌گیرد که پاتولوژی دیگری غیر از انحراف بینی مشهود نیست سپس جهت وی آکوستیک رینومانومتری انجام می‌شود که MCA در سمت راست کاهش یافته و سمت چپ در حد نرمال گزارش می‌شود بعد از انجام سپتوپلاستی MCA در سمت راست نرمال شده است اما در سمت مقابل کاهش می‌یابد توصیف شما از علت آن چیست؟



- الف) وجود بیماری Valve همزمان
ب) باقیماندن انحراف تیغه بینی
ج) وجود بیماری توربینه تحتانی
د) یافته فوق نشانگر بیماری نیست.

پاسخ: ج و د

صفحه ۶۱۴:

بعد از سپتوپلاستی، در سمت دچار انسداد افزایش فلو هوا و CSA و در سمت مقابل کاهش موارد فوق را داریم.

بنابراین پس از سپتوپلاستی به طور طبیعی می‌تواند این اتفاق بیفتد. از طرفی چون قبل از عمل فلو سمت چپ نرمال بوده، به نظر می‌رسد که هیپرتروفی جبرانی کورنه تحتانی چپ وجود داشته باشد، چون در غیر این صورت می‌بایست که فلو سمت چپ بیشتر از نرمال باشد. پس از جراحی، با صاف شدن سپتوم و کوچک شدن حفره بینی چپ، به علت باقی ماندن هیپرتروفی کورنه، فلو کمتر از قبل گزارش شده است.

۱۵. برای تعیین Cross-Sectional Area در داخل بینی کدام یک از ابزارهای زیر به‌طور شایع استفاده می‌شود؟

- الف) MRI
ب) C.T Scan
ج) Fibroptic Endoscopy
د) Acoustic Rhinometry

پاسخ: د

صفحه ۶۱۱:

- آکوستیک رینومتری:
- شایع‌ترین متد بررسی CSA:
- CSA اول: ناحیه والو بینی (I-notch) (الف درست است)
- CSA دوم: در قدام IT (C-notch)
- CSA سوم: متغیر

- رینیت غیر آلرژیک (NAR): به معنی وجود علائمی مثل احتقان، انسداد و آبریزش بینی، با تست پوستی یا سرمی منفی آلرژی می‌باشد.
- در مقایسه با رینیت آلرژیک (AR):
 - سن بالاتر
 - اغلب در خانم‌ها
 - اغلب دائمی (در مقابل فصلی)
 - همراهی بیشتر با سردرد، فشار صورت و اختلال بویایی
- همراهی قوی با OSA، رینوسینوزیت، سندرم خستگی مزمن و اختلالات شناختی
- احتمال بروز NAR، با افزایش سن بیشتر می‌شود.

پاتوفیزیولوژی:

- التهاب موضعی:
 - بیماران NAR می‌توانند دچار التهاب موضعی در بینی، بدون شواهد آتوپی سیستمیک باشند.
 - سطح IgE اختصاصی در سرم بالا نیست، اما در ترشحات بینی بالاست.
 - تست تحریکی بینی مثبت می‌شود.
 - پاتولوژی مشابه AR و شامل افزایش ماست سل و ائوزینوفیل است.
 - افزایش انواع سلول‌های T توتال (CD3)، فعال (CD25) و مرتبط با آلرژن (CD45RA) هم دیده می‌شود.
 - هنوز در زمینه نقش التهاب در همه انواع NAR کنترالرسی وجود دارد و نیاز به تحقیقات بیشتری است.



• اختلال عملکرد nociceptive:

- در گروهی از بیماران NAR شواهدی از التهاب وجود ندارد و هیستوپاتولوژی بینی مشابه افراد نرمال دیده می‌شود.
- در این بیماران بهتر است به جای رینیت، از اصطلاح رینوپاتی استفاده کرد.
- در این بیماران افزایش پاسخ دهی مخاط بینی، خصوصا در پاسخ به هوای سرد و خشک دیده می‌شود.
- احتمالا در این بیماران بیش فعالی اعصاب حسی نوع C وجود دارد که منشا از عصب تریژمینال دارند.
- مرتبط‌ترین اعصاب در NAR فیبرهای C هستند، که غیر اختصاصی بوده و به درد، تغییر حرارت و اسمولاریته واکنش نشان می‌دهند.
- تحریک فیبر C، باعث ترشح ماده P، CGRP و نوروکینین A و B توسط TRPV1 می‌شود.
- در اثر این تحریک، افزایش نفوذپذیری عروقی و ترشح غدد زیر مخاطی رخ می‌دهد که باعث علائم احتقان و رینوره می‌شود.
- کاپسایسین به عنوان آگونیست TRPV1 عمل کرده و باعث آتروفی اعصاب آوران و بهبود علائم NAR می‌شود.

• نامنظمی پاسخ اتونوم:

- اعصاب سمپاتیک با ترشح NEP و نوروپپتید Y، باعث انقباض عروقی در بینی می‌شوند.
- اعصاب پاراسمپاتیک با ترشح Ach و VIP باعث افزایش ترشح غدد بینی می‌شوند.
- در رینیت وازوموتور، افزایش پاسخ پاراسمپاتیک سیستمیک هم دیده می‌شود.

طبقه بندی:

• NAR ایدیوپاتیک:

- قبلا به عنوان رینیت وازوموتور یا رینوپاتی غیر آلرژیک شناخته می‌شد.
- شایع‌ترین نوع NAR است و با رد سایر علل تایید می‌شود.
- محرک‌های علائم: تغییر حرارت، دود، الکل، عطر، علل احساسی، بوهای قوی
- علائم می‌تواند بدون محرک رخ دهد.



سوالات و پاسخنامه فصل ۳۹



۱. بیماری که با گرفتگی و احتقان بینی مراجعه نموده است، در معاینه خشکی و کراست در بینی مشاهده می‌گردد. مشکل بیمار در کدام گروه از رینیت‌ها قرار می‌گیرد؟ (ارتقا ۱۴۰۲)
- (الف) آلرژیک
(ب) وازوموتور
(ج) هورمونا
(د) آتروفیک

گزینه د

فصل ۳۹ ص ۶۳۹

رینیت آتروفیک:

اولیه: مرتبط با با عفونت کلبسیلا، استافیلوکوک، پروتئوس eCOLI
ثانویه: جراحی اگرسیو (empty nose)، التهاب گرانولوماتوز، سابقه رادیاسیون
رینیت مدیکا منتوزا هم می‌تواند نوعی از رینیت آتروفیک ثانویه باشد.
علائم: احتقان و انسداد بینی، خشکی و کراست در بینی

۲. بیماری کاندید جراحی نورکتومی جهت درمان علائم Nonallergic Rhinitis می‌باشد. جهت جراحی فورامن اسفنوپالاتن اکسیلور می‌شود. در ارتباط با این جراحی کدام گزینه صحیح است؟ (بورد ۱۴۰۲)
- (الف) میزان موفقیت کنترل علائم رینیت تا ۹۱ درصد گزارش شده است.
(ب) بی‌حسی کام ممکن است روی دهد.
(ج) خشکی چشم ممکن است اتفاق افتد.
(د) نیاز به بیهوشی عمومی دارد.

گزینه الف

فصل ۳۹ صفحه ۶۴۵

- نورکتومی ویدین:

- به روش اندوسکوپیک بهتر است انجام شود.
 روی رینوره و انسداد بینی موثر است.



□ عوارض: خشکی چشم و بی‌حسی کام (اغلب موقت هستند)
- نورکتومی یا کرایوبلیشن عصب پوسترئور نازال: در فورامن اسفنوپالاتین انجام می‌شود که بعد از خروج اعصاب اتونوم چشمی و اعصاب حسی کام است، پس عوارض نورکتومی ویدین را ندارد.
ریت موفقیت در هر دو روش نورکتومی ویدین و پوسترئور نازال ۹۱٪ می‌باشد.
به علت تغییرات زیاد این فصل در کتاب ۲۰۲۰، اغلب تست‌های مربوط به این فصل بر اساس کتاب جدید قابل پاسخگویی نمی‌باشد.

۳. گزینه غلط را در مورد رینت‌های غیر آلرژیک انتخاب کنید؟
الف) شدت رینیت دوران بارداری با سطح پروژسترون خون نسبت مستقیم دارد.
ب) رینیت مدیکامنتوزا در نتیجه مصرف کوکائین ایجاد می‌شود.
ج) رینیت آتروفیک اولیه با عفونت‌های باکتریایی از قبیل *klebsiella ozaenae* همراه است.
د) علائم مربوط به بینی در رینیت حاملگی با نزدیک شدن به اواخر بارداری کاهش می‌یابد.

پاسخ: الف

صفحه ۶۳۷:

- شدت رینیت در بارداری با سطح استروژن مرتبط است و در زنان سیگاری هم شایع‌تر است.

۴. در درمان رینیت غیر آلرژیک کدام یک از موارد زیر را نباید استفاده کرد؟
الف) دکونژستان سیستمیک
ب) استروئید موضعی
ج) دکونژستان موضعی
د) داروهای آزادکننده هیستامین

پاسخ: د

صفحه ۶۴۱:

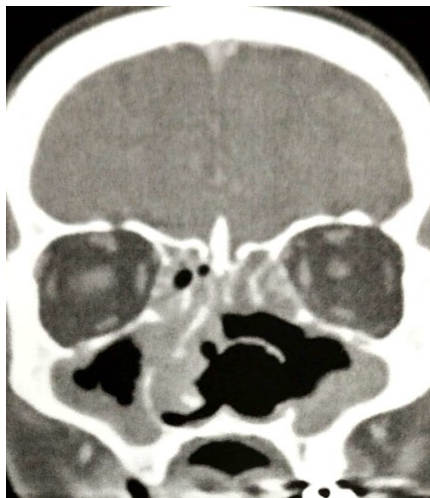
آنتی‌هیستامین‌ها از درمان‌های رینیت هستند، آزادکننده هیستامین، طبیعتاً عکس آنتی‌هیستامین عمل می‌کند و جزء درمان‌های رینیت نیست.

۵. دختر خانم جوانی به دنبال خوردن هات داگ دچار رینوره، اشک‌ریزش و تعرق می‌شود. در بررسی‌های انجام شده نیز تست Prick منفی شده است. کدام درمان زیر برای کنترل علائم وی مؤثرتر است؟

الف) قرص ستیریزین
ب) اسپری استنشاقی آزلاستین



سوالات و پاسخنامه فصل ۵۱



۱. مرد ۳۷ ساله‌ای با سابقه‌ی چندین ساله مشکلات بینی و سینوس هم اکنون با سردرد بستری شده است. سابقه‌ی جراحی قبلی ذکر نمی‌شود. با توجه به سی تی کروئال سینوس کدام تشخیص بالینی، بیشتر مطرح می‌باشد؟ (ارتقا ۱۴۰۲)

الف) Granulomatosis

ب) Fungal Rhinosinusitis

ج) Sarcomas

د) Carcinomas

گزینه الف

فصل ۵۱ ص ۷۸۸

گرانولوماتوز و گنر:

التهاب گرانولوماتوز در راه هوایی فوقانی و تحتانی

واسکولیت نکروزان عروق کوچک تا متوسط

تریاک: درگیری راه هوایی، ریه، کلیه

در کلیه گلودونفریت نکروزان می‌دهد.

علائم سینونازال: کراست، گرفتگی بینی، ترشح خونی، اپی فورا، رینوسینوزیت مزمن، پرفوراسیون

saddle nose، سپتوم،

اندوسکوپی: کراست، هیپریمی، زخم و در مراحل انتهایی نمای common cavity



درمان:

درمان induction شامل متوتروکسات (در موارد خفیف) سیکلوفوسفاماید، یا ریتوکسی ماب به همراه استروئید سیستمیک

درمان نگه دارنده: آزاتیوپرین، متوتروکسات، یا ریتوکسی ماب

درمان تاپیکال بدای علائم سینونازال: شسشتو با آنتی بیوتیک، استروئید موضعی

کلونیزاسیون استاف اورئوس یک فاکتور محرک عود بیماری است، در این موارد پروفیلاکسی با کوتریموکسازول می تواند از دفعات بروز عفونت کم کند.

اندیکاسیون جراحی اندوسکوپیک سینوس: سینوزیت مزمن با علائم شدید، موکوسل گسترش یابنده اپی فورا، داکریوسیستیت راجعه

جراحی بازسازی باید زمانی انجام شود که بیماری حداقل ۶ تا ۱۲ ماه غیرفعال باشد.

با توجه با شکایت چند ساله گرفتگی بینی و درگیری سینوس و پرفوراسیون سپتوم در بین گزینه ها وگنر مطرح می باشد.

۲. بیماری با انسداد مزمن بینی، هیپوسمی، اپیستاکی و درد شدید صورت مراجعه کرده است.

در معاینه پرفوراسیون سپتوم، تخریب شاخک های بینی و کام و کراست فراوان دیده می شود.

در بررسی پاتولوژی نمونه اخذ شده انفیلتراسیون التهابی میکس، میکروآبسه در جدار عروق و

نکروز فیبرینوئید گزارش شده است. در آزمایشات C-ANCA و HNE-ANCA مثبت است ولی

در IHC انجام شده CD2 و CD56 منفی هستند. کدام تشخیص صحیح است؟ (بورد ۱۴۰۲)

الف) Granulomatosis with polyangiitis (ب) Cocaine-induced midline destructive lesion

د) Extranodal NK/T cell lymphoma

ج) Churg-Strauss syndrome

گزینه ب

فصل ۵۱ صفحه ۷۹۰

ضایعه تخریبی خط وسط مرتبط با کوکائین: (CIMDL)

• بیماری های سیستمیک ANCA مثبت را تقلید می کند.

• علائم اصلی بینی:

- گرفتگی بینی

- هیپوسمی

- اپیستاکی



سوالات و پاسخنامه فصل ۵۲

۱. بیماری با درد خفیف تا متوسط صورت با تشخیص احتمالی رینوسینوزیت ارجاع شده است، لیکن کاهش بویایی، احساس انسداد بینی و ترشح چرکی پشت حلق ندارد. با توجه به شایع‌ترین تشخیص، درمان مناسب کدام است؟ (بورد ۱۴۰۲)
- الف) NSAID
ب) ارگوتامین
ج) سوماتریپتان
د) گاباپنتین

گزینه الف

- فصل ۵۲
- برای میگرن خفیف تا متوسط استفاده از مسکن‌ها مثل NSAID و استامینوفن به تنهایی یا ترکیبی، خط اول درمان هستند.
- برای موارد متوسط تا شدید، تریپتان‌ها اثر خوبی دارند
۲. با مشاهده کدام یک از موارد زیر احتمال ابتلا به سندرم Eagle بیشتر مطرح است؟ (ارتقای ۱۴۰۰)
- الف) درد موقع بلع به مدت کمتر از یک دقیقه
- ب) وجود contact pain در سمت دردناک
- ج) دو طرفه بودن درد گردن
- د) تشدید درد با چرخش گردن

پاسخ : د

صفحه ۷۹۶.

سندرم eagle:



- در اثر التهاب لیگامان استیلوهیوئید
- درد یک طرفه صورت، درد گردن یا اوروفارنکس و یا درد صورت علامت این بیماران است.
- برای تشخیص نیاز به شواهد رادیولوژیک کلسیفیکاسیون یا بلند شدن لیگامان استیلوهیوئید و حداقل دوتا از علائم زیر وجود دارد:
 - دردی که با لمس لیگامان استیلوهیوئید ایجاد یا تشدید می شود.
 - دردی که با چرخش سر ایجاد یا بدتر می شود.
 - درد با تزریق آنستزی لوکال به لیگامان و یا با استیلوئیدکتومی به طور واضحی بهتر می شود.
 - درد در همان سمت التهاب لیگامان استیلوهیوئید دیده می شود.
- درمان مدیکال: NSAID، ضد تشنج، ضد اسردگی، تزریق لوکال استروئید یا بی حس کننده
- درمان جراحی: اکسزیون لیگامان کلسیفیه به روش ترانس اورال یا ترانس سرویکال
- در صورت انتخاب صحیح بیمار، درمان جراحی نتایج بسیار خوبی دارد.

۳. بیمار خانم ۵۵ ساله با دردهای شوک مانند سمت راست صورت با ام آر آی طبیعی مغز مناسب‌ترین درمان کدام است؟ (بورد تخصصی ۱۴۰۰)

الف) کاربامازپین

ب) گاباپنتین

ج) سدیم والپروات

د) فنی توئین

پاسخ: الف

صفحه ۷۹۷: نورالژی تریژمینال:

- اپیزودهای راجعه درد الکتریکی که شروع و پایان ناگهانی دارد.
- درد محدود به یک یا بیشتر از شاخه های عصب تریژمینال است.
- می تواند به صورت درد خفیف تر و مداوم در مسیر همین شاخه های عصب هم بروز کند.
- اغلب عملکرد حسی عصب ۵ نرمال است.
- تشخیص بالینی است اما جهت رد علل ثانویه مثل MS، AVF ها یا هر پاتولوژی دیگری در CPA لازم است MRI انجام شود.
- MRI می تواند فشار عروقی به ریشه عصب را هم تشخیص دهد که نیاز به جراحی دارد.
- بهترین درمان مدیکال: کاربامازپین