



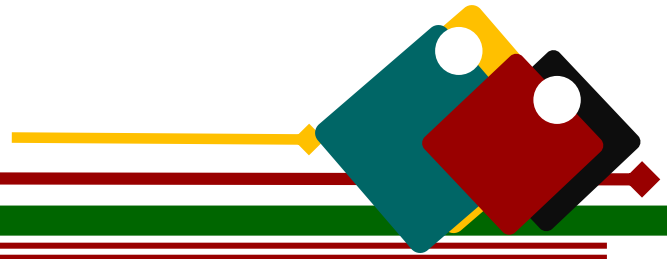
سرشناسه	زینال پور، عادل، ۱۳۶۵-
عنوان و نام پدیدآور	مری و معده: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی تا بورد ۱۴۰۳ ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۴ Schwartzs 2019، ترجمه و تلخیص عادل زینال پور؛ پاسخدهی به سوالات: دکتر مهدی فرهنگیان، دکتر کسری حاتم پور گراویانی تهران: کاردیا، ۱۴۰۳.
مشخصات نشر	۱۶ص: مصور(رنگی)، جدول(رنگی).
مشخصات ظاهری	۸۳۱۰۰۰۰ ریال: 978-622-404-095-4
شابک	فیبا
وضعیت فهرست نویسی	کتاب حاضر برگرفته از کتابهای "Schwartz's principles of surgery, 11th. ed, 2019" اثر دیناکی. اندرسن ... [و دیگران] است.
یادداشت	مری - جراحی Esophagus -- Surgery معده - جراحی Stomach -- Surgery جراحی Surgery
موضوع	جراحی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها و Examinations, questions, etc -- Surgery اندرسن، دینا کی. Andersen, Dana K شوارتس، سیمور، ۱۹۲۸-- م. اصول جراحی شوارتز ۵/۵۳۹RD ۵۴۸/۶۱۷ ۹۴۴۳۶۹۹ فیبا
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	
رده بندی کنگره	
رده بندی دیویی	
شماره کتابشناسی ملی	
اطلاعات رکورد کتابشناسی	

عنوان کتاب: «مری و معده»	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار
برگرفته از کتابهای Schwartzs 2019	نوبت چاپ: اول ۱۴۰۳
ترجمه و تلخیص: دکتر عادل زینال پور قطار	تیراژ: ۱۵۰ جلد
پاسخدهی به سوالات: دکتر مهدی فرهنگیان، دکتر کسری حاتم پور گراویانی	شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۰۹۵-۴
ناشر: انتشارات کاردیا	بهاء: ۸۳۱،۰۰۰ تومان
صفحه آرا: رزیدنت یار - منیره امیری مقدم	
طراح و گرافیست: رزیدنت یار	

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸
شماره تماس: ۶۶۴۱۹۵۲۰ - ۲۱، ۸۸۹۴۵۲۰۸ - ۲۱، ۸۸۹۴۵۲۱۶ - ۲۱، شماره تماس ویژه: ۹۱۰۹۵۹۶۷ - ۲۱

www.residenttyar.com

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.



مری و معده

خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بوردا با پاسخ تشریحی

ویژه آزمون ارتقاء و بوردا تخصصی ۱۴۰۴

Schwartzs 2019

ترجمه و تلخیص

دکتر عادل زینال پورقطار

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

پاسخدهی به سوالات

دکتر مهدی فرهنگیان

رتبه ۱ بوردا تخصصی ۱۴۰۳

متخصص جراحی عمومی دانشگاه علوم پزشکی تهران

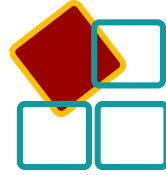
دکتر کسری حاتم پور گراویانی

رتبه ۵ بوردا تخصصی ۱۴۰۳

متخصص جراحی عمومی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی



فهرست مطالب



۹.....	فصل ۲۵: مری
۶۷.....	مرور سریع مری
۸۵.....	سؤالات و پاسخنامه فصل ۲۵
۱۳۷.....	فصل ۲۶: معده
۲۱۷.....	مرور سریع معده
۲۳۷.....	سؤالات و پاسخنامه فصل ۲۶

مری

Esophagus

آناتومی:

سه تنگی طبیعی در مسیر مری که اجسام خارجی اغلب در این محل‌ها گیر می‌افتند و احتمال Cousticintury 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 (محاذات C₆، 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 = محاذات T₁₁.

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

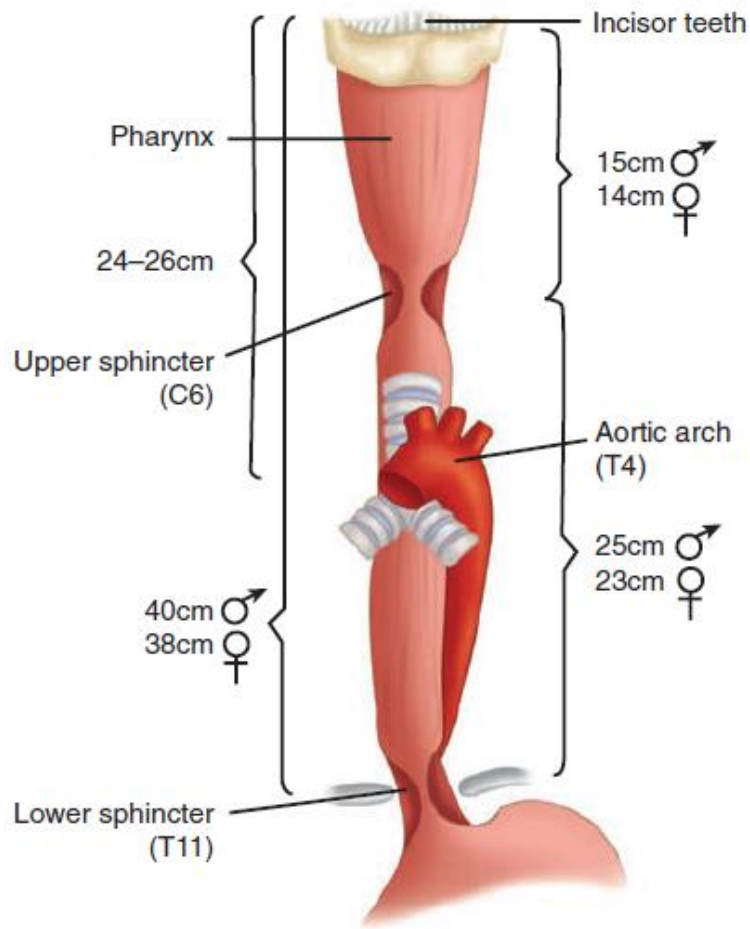


Figure 25-3. Important clinical endoscopic measurements of the esophagus in adults.

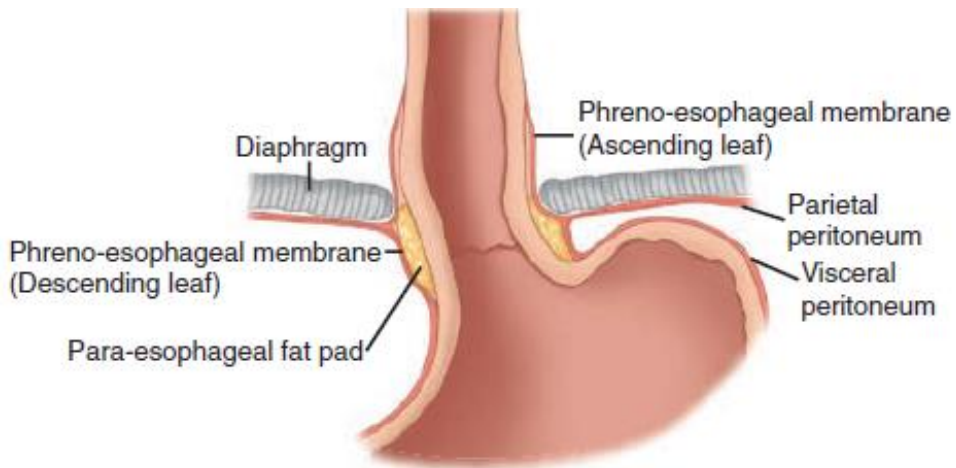


Figure 25-7. Attachments and structure of the phreno-esophageal membrane. Transversalis fascia lies just above the parietal peritoneum.



سؤالات و پاسخنامه فصل ۲۵ مری (Esophagus)

۱. بیمار ۶۲ ساله‌ای به دلیل ضعف، تب و لرز به دنبال سرفه و استفراغ، به مدت یک هفته در بیمارستان بستری و آنتی‌بیوتیک وسیع‌الطیف وریدی دریافت کرده است. در رادیوگرافی کنترل، هیدروپنوموتوراکس چپ دارد که در بررسی اگزوداتیو است و بعد از گذاشتن لوله سینه‌ای مواد غذایی در ترشحات آن دیده می‌شود. BP: 125/75, PR: 98, T: 37.8, WBC: 10500, POLY: 82%. اقدام درمانی مناسب کدام است؟ (بورد ۱۴۰۳)

(الف) ادامه آنتی‌بیوتیک وریدی با اضافه کردن یک نوع جدید و شروع تغذیه وریدی کامل (TPN)

(ب) توراکتومی، ترمیم محل با گذاشتن لوله تی و تقویت محل ترمیم

(ج) اندوسکوپي و تعبیه استنت

(د) توراکتومی، قطع کاردیا و برداشتن مری، ازوفاگوستومی گردنی، ژژونوستومی و گاستروستومی

پاسخ صحیح گزینه د

بیمار مورد پرفوراسیون احتمالی مری می‌باشد. باتوجه به گذشت یک هفته بستن کاردیا + رزکسیون مری + ازوفاگوستومی گردنی + end درناژ مدیاستن و شست و شو + ژژونوستومی فیدینگ سپس با تاخیر کولون اینترپوزیشن ساب استرنال توصیه می‌شود. برخورد با پرفوراسیون در فصل مری:

در صورت مراجعه زیر ۲۴ ساعت: ترمیم اولیه با توراکتومی چپ در دیستال مری با سوچور سپریت مودیفاید گمبی +

فوندوپلیکاسیون نیسن یا ترمیم اولیه با توراکتومی راست در پروگزیمال مری + پیچ پلورال (مشابه همین سوال)

در صورت مراجعه بعد از ۲۴ ساعت: بستن کاردیا + رزکسیون مری + ازوفاگوستومی گردنی + end درناژ مدیاستن و شست

و شو + ژژونوستومی فیدینگ سپس با تاخیر کولون اینترپوزیشن ساب استرنال

اندیکاسیون درمان کانزرواتيو با TPN + آنتی بیوتیک + سایمتدین + شروع رژیم PO هفت تا چهارده روز بعد (معیار

کامرون):

حتماً با گرافی باریوم پرفوراسیون محدود به مدیاستن باشد و ماده حاجب به داخل مری باز می‌گردد.

علائم خفیف باشد

شواهد سپسیس نباشد.

نکته مهم: پارگی آزاد به فضای پلورال کنتراندیکاسیون درمان حمایتی است.

این سوال مشابه مبحثی است که سوال ۱۸ قطب تبریز ۱۴۰۳ نیز از آن طرح شده است.

منبع: Schwartz Principles of Surgery / McGraw-Hill / 2019 فصل ۲۵ صفحه ۱۰۸۴-۱۰۸۵



۲. خانم ۴۵ ساله با علامت سوزش سر دل، اندوسکوپی شده و توده‌ای کوچک در ثلث تحتانی مری گزارش می‌شود. در بیوپسی به عمل آمده آدنوکارسینوم گزارش شده است. در گزارش اندوسونوگرافی توده به لامینا پروپریا تهاجم کرده است. جهت بیمار رزکسیون آندوسکوپی انجام و در جواب پاتولوژی مارژین مثبت گزارش می‌شود. اقدام مناسب بعدی کدام است؟ (بورد ۱۴۰۳)

الف) Endoscopic re-resection

ب) Radiotherapy

ج) Esophagectomy

د) Chemotherapy

پاسخ صحیح گزینه ج

برخورد با مری بارت:

در موارد دیس پلازی high grade که محدود به مخاط باشد (T1a) باید EMR انجام شود. اگر T1b (تهاجم به زیر مخاط) بود یا در پاتولوژی مارژین مثبت بود: ازوفاژکتومی + لنف نود دایسکشن اگر در پاتولوژی نهایی هم T1a تایید شد و مارژین منفی بود: فقط پیگیری آندوسکوپی ۳-۶ ماهه و در صورت باقی مانده نسج مبتلا: رادیوفریکوتنسی

برخورد با آدنوکارسینوم مری پس از انجام EMR نیز به همین شکل بالاست.

این سوال مشابه مبحثی است که سوال ۳۲ قطب اصفهان ۱۴۰۳ نیز از آن طرح شده است.

منبع: Schwartz Principles of Surgery / McGraw-Hill / 2019 فصل ۲۵ صفحه ۱۰۷۴

۳. خانم ۵۷ ساله که قبلاً Sleeve gastrectomy شد، به دلیل سرطان مری در ۲۵ سانتی‌متری دندان‌های پیشین، کاندید ازوفاژکتومی است. چه روشی مناسب‌تر است؟ (بورد ۱۴۰۳)

الف) استفاده از باقی مانده معده و انجام Ivor Lewis

ب) استفاده از ژژنوم و آناستوموز در توراکس چپ

ج) استفاده از کولون و آناستوموز در گردن

د) استفاده از باقی مانده معده و آناستوموز در گردن

پاسخ صحیح گزینه ج

انتخاب جراحی در کنسر مری:

ازوفاژکتومی ترنس هیاتال (اورینگر): امکان دایسکشن لنفاوی وسیع ندارد. برای کنسر GEJ جذاب است. سرعت عمل بالاست. (برای کنسر ثلث میانی و پروگزیمال مناسب نیست)
ازوفاژکتومی کم تهاجمی ۲ حفره: آناستوموز در توراکس ولی ابتدا مراحل شکمی عمل انجام می‌شود. احتمال لیک آناستوموز کمتر اما لیک آن مرگ آور
ازوفاژکتومی کم تهاجمی سه حفره: عالی برای کنسر میدازوفاژیال زیرا میتوان لنفادنکتومی وسیع انجام داد.

معدۀ

Stomach

آناتومی معدۀ:

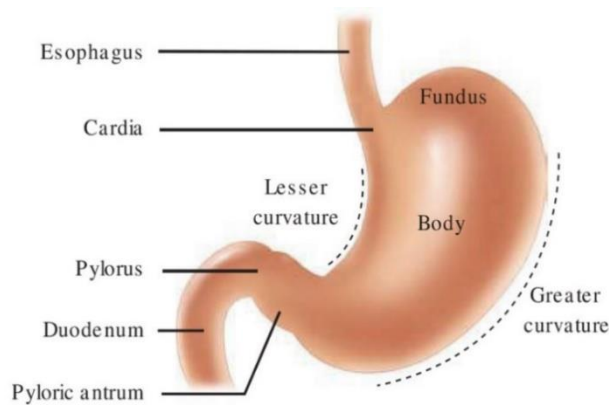


Figure 26-1. Anatomic regions of the stomach. [Reproduced with permission from Mercer DW, Liu TH, Castaneda A: Anatomy and physiology of the stomach, in Zuidema GD, Yeo CJ (eds): Shackelford's Surgery of the Alimentary Tract, 5th ed., Vol. II. Philadelphia: Saunders, 2002, p 3. Copyright Elsevier.]

آنتر = ۲۵-۳۰ درصد انتهای معدۀ

در زیر لیگامان هیپاتودئودنال پورتاهپاتیس قرار دارد.

لیگامان گاستروهِپاتیک = امنتوم کوچک یا pars flaccida

شریان‌های معدۀ:

گاستریک چپ = از تنه سلیاک ← اصلی‌ترین شریان معدۀ - ایجاد ۲ شاخه فوقانی و تحتانی

گاستریک راست = از شریان CHA - در کنار پیلور و درون لیگامان هیپاتودئودنال جدا می‌شود.

گاسترواپیپلوئیک چپ = از شریان طحالی

گاسترواپیپلوئیک راست = از شریان گاستروئودنال ← دومین شریان اصلی معدۀ

short گاستریک‌ها = از شریان طحالی

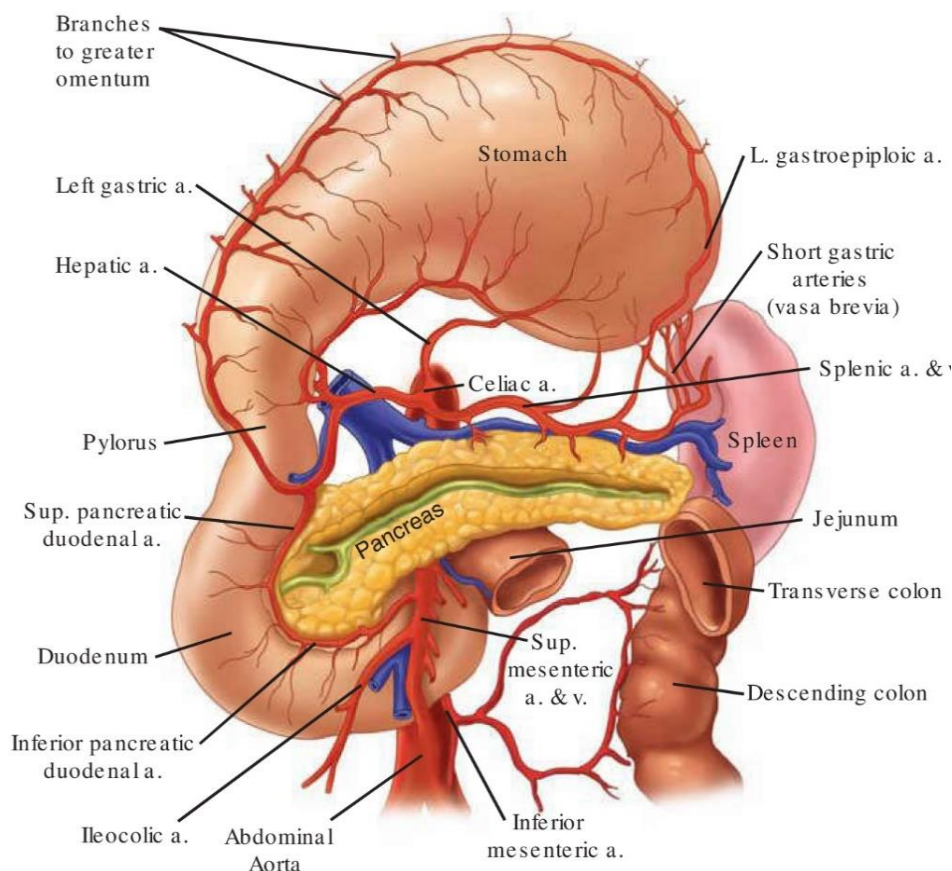


Figure 26-3. Arterial blood supply to the stomach. a. = artery; v. = vein. [Reproduced with permission from Mercer DW, Liu TH, Castaneda A: Anatomy and physiology of the stomach, in Zuidema GD, Yeo CJ (eds): Shackelford's Surgery of the Alimentary Tract, 5th ed., Vol. II. Philadelphia: Saunders, 2002, p 3. Copyright Elsevier.]

نکته: در ۲۰٪ موارد از شریان گاستریک چپ شاخه‌ای جدا شده و از طریق لیگامان هپاتوگاستریک وارد لوب چپ کبد می‌شود که به ندرت تنها منبع خونرسانی لوب چپ همین شاخه است که در این صورت بعد گاسترکتومی، لوب چپ کبد نکروز می‌شود. ممکن است پروگزیمال معده از شریان فرنیک یا طحالی هم شاخه‌هایی دریافت کند.

وریدهای معده:

موازی با شریان‌ها است.

ورید گاستریک چپ (ورید کروناری) و ورید گاستریک راست وارد پورت می‌شوند ولی گاهی ورید کرونری به ورید طحالی می‌ریزد.

ورید LGEP به ورید طحالی و ورید RGEP در لبه تحتانی گردن پانکراس به ورید SMV می‌ریزد.

برای گاستریک Pull UP: معده بر پایه RG و RGEP بالا برده می‌شود.

در عمل جراحی sleeve برای چاقی: قوس شریانی GEP بسته می‌شود.

در جراحی رادیکال ساب‌توتال گاسترکتومی ← خونرسانی معده فقط بر پایه short گاستریک‌ها است.

در خونریزی معده به علت زخم عمیق یا تومور: آنژیو آمبولیزاسیون بیش از یک رگ لازم است.



سؤالات و پاسخنامه فصل ۲۶ معدة (Stomach)

۱. در مورد Diagnostic laparoscopy در سرطان معده کدام گزینه صحیح است؟ (بورد ۱۴۰۳)
- (الف) در ارزیابی اولیه بیماران مبتلا جایگاهی ندارد.
 (ب) در بیماران stage 2 and 3 بالینی باید انجام شود.
 (ج) فقط برای ارزیابی نئوادیوانت کموتراپی کاربرد دارد.
 (د) ترجیحاً در همه بیماران قبل از عمل انجام گردد.

پاسخ صحیح گزینه ب و الف

مرحله بندی لاپاراسکوپی و سیتولوژی پریتوئن در کنسر معده:

لاپاراسکوپی به عنوان یک مکمل ارزشمند برای staging کنسر معده، به ویژه در بیمارانی که تومورهای پیشرفته تری دارند، ظاهر شده است. این روش امکان شناسایی سریع متاستازهای پریتوئن ماکروسکوپی را فراهم می‌کند. لاواژ پریتوئن بخش دیگری از بیماران را با انتشار میکروسکوپی مشخص می‌کند. اهمیت پیش‌آگهی گسترش میکروسکوپی امروزه تأیید شده است. محققین در بیمارانی که سیتولوژی پریتوئن مثبت و بدون متاستازهای پریتوئن آشکار دارند، گاسترکتومی باید به تعویق بیفتد. بیماران مبتلا به سرطان معده که تحت رزکسیون R0 قرار می‌گیرند (یعنی بدون بیماری باقی‌مانده) و سیتولوژی پریتوئن مثبت (بدون کارسینوماتوز شدید) مشاهده می‌شود، پیش‌آگهی بسیار ضعیف‌تری نسبت به بیماران با سیتولوژی منفی دارند (متوسط بقا ۱۴٫۸ ماه در مقابل ۹۸٫۵ ماه). لاپاراسکوپی مستقل در ۳۶٪ موارد بر روی مدیریت بیمار تأثیر می‌گذارد و به طور فزاینده‌ای برای انتخاب درمان اولیه مناسب توصیه می‌شود. بازدهی لاپاراسکوپی تشخیصی احتمالاً در بیماران مبتلا به تومورهای T3 یا T4، تومورهای پروگزیمال یا شواهدی از درگیری نودهای رجیونال بالاتر است. چنین بیمارانی ممکن است از درمان نئوادیوانت سود ببرند و لاپاراسکوپی باید قبل از شروع درمان انجام شود. درمان کموتراپی سیستمیک سنگ بنای درمان بیماران مبتلا به مرحله IV بیماری است و جراحی عموماً برای تسکین علائم (به عنوان مثال، تومور دیستال انسدادی) در بیماران مبتلا به متاستازهای شناسایی شده در طی لاپاراسکوپی اختصاص دارد. درمان آدنوکارسینوم معده:

لاپاراسکوپی تشخیصی در صورت تومور T3-T4، N+، کنسر پروگزیمال (کاردیا)
 نئوادیوانت کموتراپی در صورت T3-4، N+ (مشابه همین سوال)



رادیكال ساب توتال D2 گاسترکتومی: در كنسر diffuse حتما فروزن ارسال شود و اگر درگیری بود، اكسیزیون مجدد انجام شود. در صورت درگیری احشا مجاور به صورت ان بلاك رزكت شوند. اندیکاسیون اسپلنکتومی همزمان در تومور locally advance فوندوس معده می‌باشد. در كانسر پروگزیمال معده توتال گاسترکتومی توصیه می‌شود.

كموتراپی ادجوان در كنسر Stage2 و به بالا (یعنی در هر توموری بجز در T1N1-T1N0-T2N0)

✓ گزینه الف صحیح است، زیرا ارزیابی اولیه با سی تی اسکن و اندوسکوپی انجام می‌شود و در صورت وجود درگیری و اندیکاسیون لازم لاپاراسکوپی تشخیصی انجام می‌شود.

✓ گزینه ب صحیح است زیرا مرحله ۲ و ۳ که شامل T3-T4 و N+ هستند لاپاراسکوپی تشخیصی نیاز دارند.

✓ گزینه ج غلط است، زیرا لاپاراسکوپی تشخیصی فقط برای تشخیص درمان نئوادجوان نیست و گاهاً مریض را به سمت درمان سیستمیک كموتراپی قطعی سوق می‌دهد.

✓ گزینه د نیز غلط است و لاپاراسکوپی تشخیصی اندیکاسیون خاص خود را دارد.

منبع: Schwartz Principles of Surgery / McGraw-Hill / 2019 فصل ۲۶ صفحه ۱۱۴۴-۱۱۴۶

۲. آقای ۵۰ ساله با سابقه اسپلنکتومی به علت تصادف، دچار توده ۳ سانتی‌متری پره پیلور معده شده است که در جواب بیوپسی بیمار آدنوکارسینوم معده گزارش شده است. در سی تی اسکن درگیری دو عدد از لنف نودهای خم کوچک معده دارد. بررسی متاستاز و آسیت منفی است. بهترین درمان کدام است؟ (بورد ۱۴۰۳)

الف) ساب توتال گاسترکتومی و كموتراپی ادجوانت

ب) نئوادجوانت كموتراپی و ساب توتال گاسترکتومی

ج) توتال گاسترکتومی و كموتراپی ادجوانت

د) نئوادجوانت كموتراپی و توتال گاسترکتومی

پاسخ صحیح گزینه د

درمان آدنوکارسینوم معده:

اندیکاسیون EMR:

در تومورهای well diff

T1a محدود به مخاط

سایز کوچکتر از ۲ سانتی‌متر

توده زخمی نباشد (غیر اولسر)

N-

گام اول ارزیابی تشخیصی كانسر معده بعد از انجام آندوسکوپی و اخذ پاتولوژی: سی تی اسکن با كنتراست شکم، لگن و ریه

اندیکاسیون PET اسکن در آدنوکارسینوم معده:

بیمار بسیار كوموربید و جراحی به شدت پرخطر

تومور locally advanced