

# با نام خدا

طبابت همراست،  
هنرمایگی قلب و اندیشه



سرشناسه	کیانا انوشا، ۱۳۷۴
عنوان و نام پدیدآور	مجموعه سوالات ارتقاء و بورد تخصصی پاتولوژی سال ۱۴۰۴ به همراه پاسخ‌های تشریحی / Henrys-Clinical-Diagnosis-and-Management-by2021 Rosai and Ackerman's Surgical Pathology / Robbins-Basic-Pathology-10E-extern.ir/Robbins Basic Pathology 10e
مشخصات نشر	تهران: کاردیا، ۱۴۰۵.
مشخصات ظاهری	۵۲۷ ص
مدیر تولید و برنامه ریزی	الهه شهدادی
شابک	ریال شابک: ۰-۴۸۶-۴۰۴-۶۲۲-۹۷۸
وضعیت فهرست نویسی	فیبا
یادداشت	سوالات کتاب حاضر برگرفته از منابع مختلف است.
موضوع	آسیب‌شناسی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها و Pathology -- Examinations, questions, etc پزشکی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها و Medicine -- Examinations, questions, etc.
رده بندی کنگره	۱۱۹RB
رده بندی دیویی	۰۷۰۷۶/۶۱۶
شماره کتابشناسی ملی	۹۲۴۷۹۲۵
اطلاعات رکورد کتابشناسی	فیبا

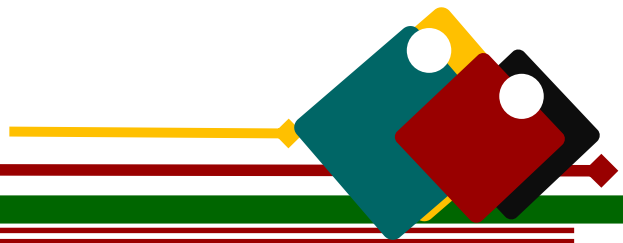
عنوان: مجموعه سوالات ارتقاء و بورد تخصصی پاتولوژی سال ۱۴۰۴ به همراه پاسخ‌های تشریحی	چاپ و لیتوگرافی: <b>رزیدنت یار</b>
ناشر: انتشارات کاردیا	نوبت چاپ: اول ۱۴۰۵
صفحه آرا: <b>رزیدنت یار-مهراوه سرآبادانی</b>	تیراژ: ۱۰۰ جلد
طراح و گرافیست: <b>رزیدنت یار-مهرداد فیضی</b>	شابک: ۰-۴۸۶-۴۰۴-۶۲۲-۹۷۸
	بهاء: تومان

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

شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰ - ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۰۸ - ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶ - ۰۲۱- شماره تماس ویژه: ۰۲۱-۹۱۰۹۵۹۶۷

[www.residenttyar.com](http://www.residenttyar.com)

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.



# مجموعه سوالات ارتقاء و مورد تخصصی پاتولوژی سال ۱۴۰۴

Henry's-Clinical-Diagnosis-and-Management-by2021/Robbins  
Basic Pathology 10e/Rosai and Ackerman's Surgical Pathology

## پاسخدهی به سوالات

دکتر کیانا انوشا

رتبه ۵ درصد مورد تخصصی ۱۴۰۴  
هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران







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 فرصت آن داد که علم را به خدمت گیرد و با قلم خود و رسم فطوط گویا آن را به دیگران نیز بیاموزد.

فدایا 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 میطه پزشکی با کادری مجرب و آشنا طی ۱۸ سال گذشته از منظر متفحصین همواره بهترین محصولات را ارائه و در دسترس مخاطبین خود قرار داده است.

اثر پیش رو با توجه به ممتوی بسیار غنی در مبحث پاتولوژی 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

مرجان پورندیم





علم پاتولوژی پایه شناخت بیماری‌ها و پلی میان علوم پایه و بالین است. درک صمیم مفاهیم این رشته، نه تنها برای موفقیت در آزمون‌های پیش رو، بلکه برای شکل‌گیری نگاه علمی هر پاتولوژیست ضروری است.

کتاب پیش رو مجموعه‌ای از سوالات مورد و ارتقا پاتولوژی با هدف مرور جامع، تثبیت مطالب و آشنایی بیشتر داوطلبان با شیوه‌ی شرح پرسش‌ها گردآوری شده است.

امید است این کتاب بتواند راهنمایی مفید برای دستیاران و تمامی علاقه‌مندان به علم پاتولوژی باشد و سهمی هرچند کوچک در مسیر موفقیت علمی و مرفه‌ای آنان ایفا کند.

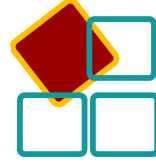
تقدیم به پدر و مادرم؛

که ریشه‌های استواری زندگی‌ام را با عشق، صبر و فداکاری بنا کردند.

دکتر کیانا انوشا



## فهرست مطالب



۱۱.....	سوالات ارتقا ۱۴۰۴.....
۲۳۷.....	سوالات بورد ۱۴۰۴.....







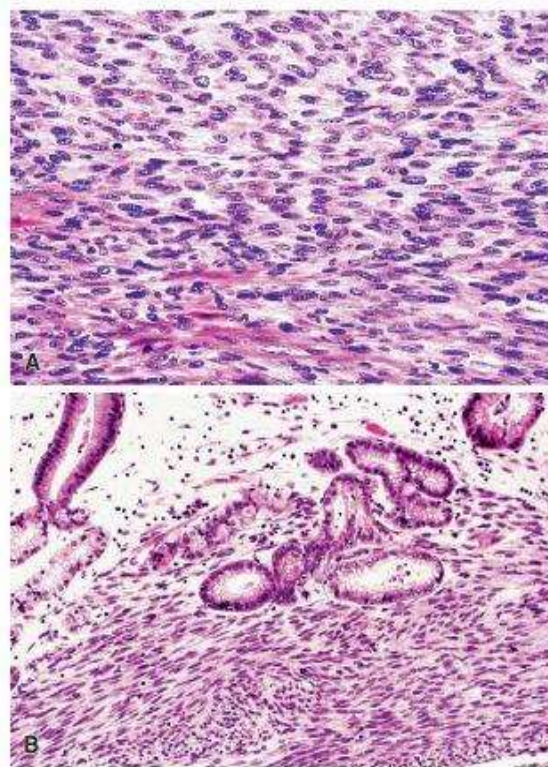
۲- خانمی ۵۸ ساله برای بررسی درد اپی گاستر تحت آندوسکوپی قرار می‌گیرد. در بررسی آندوسکوپی، یک توده زیرمخاطی در معده مشاهده می‌شود. در بررسی میکروسکوپی، پرولیفراسیون سلول‌های دوکی شکل دیده می‌شود. بررسی ایمنو‌هیستوشیمی، مثبت بودن CD117 و DOG1 و منفی بودن S100، دسمین و STAT6 را نشان می‌دهد. با توجه به یافته‌های هیستوپاتولوژیک و ایمنوفنوتیپ، محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟

الف) Schwannoma (ب) Gastrointestinal stromal tumor

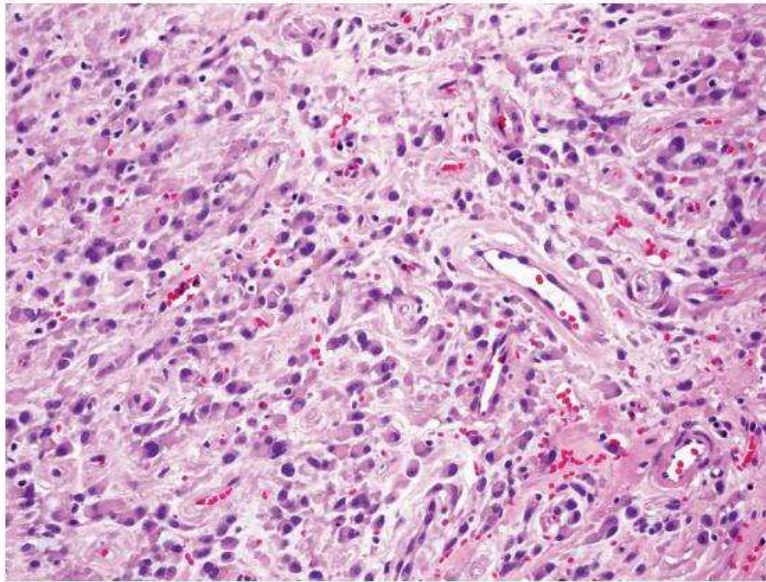
ج) Solitary fibrous tumor (د) Leiomyoma

پاسخ: گزینه ب

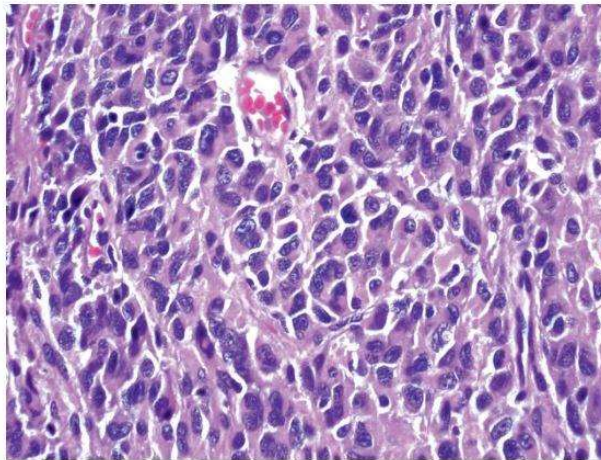
(اکرمین ۲۰۱۸، فصل ۱۴، ص ۵۵۱)



**Figure 14.42** High-Risk Spindled Type of Gastrointestinal Stromal Tumor of the Stomach. **A**, The cells are tightly packed and arranged in sweeping fascicles. Perinuclear vacuoles are not apparent. **B**, Mucosal invasion is often associated with aggressive behavior in these tumors.



**Figure 14.43** Epithelioid type of gastrointestinal stromal tumor of the stomach, low-risk type. The cells have abundant cytoplasm and a somewhat plasmacytoid appearance.



**Figure 14.44** Highly cellular high-risk epithelioid gastrointestinal stromal tumor of the stomach.

به پاسخ سوال ۵۴ مورد نیز مراجعه کنید

GISTهای معده عمدتاً از نوع سلول‌های اسپیندل یا اپی‌تلیوئید هستند، اگرچه برخی از آنها ترکیبی از هر دو نوع مورفولوژی را نشان می‌دهند. تومورهای سلول‌های اسپیندل شامل طیفی از نئوپلاسم‌ها با خطر کم تا ضایعات high-risk می‌باشد. سلول‌های تومورهای low-risk دارای هسته‌های نرموکروماتیک، واکوئول‌های پری‌نوکلئار، فعالیت میتوزی کم (کمتر از ۵ میتوز در هر ۵ میلی‌متر مربع) و در packetها یا whorlها آرایش یافته‌اند. ممکن است nuclear palisading، استروما کلاژنی و کلسفیکاسیون دیستروفیک مشاهده شود. ضایعات high-risk از سلول‌های اسپیندل آتیپیک با آرایش فاسیکولار و میتوزهای متعدد، نکروز و تهاجم موکوزال تشکیل شده است.



در تومورهای اپی‌تلیوئید ضایعات low-risk از سلول‌های اپی‌تلیوئید با سیتوپلاسم فراوان ائوزینوفیلیک یا clear، multinucleation، میتوز اندک و استرومای فراوان و بدون نکروز یا تهاجم موکوزال تشکیل شده‌اند. در مقابل، تومورهای سلولار با هسته‌های high-grade، سیتوپلاسم کمتر، میتوزهای متعدد و نکروز و/یا تهاجم موکوزال در دسته high-risk قرار می‌گیرند. بسته به مکان تومور و ویژگی‌های میکروسکوپی، تشخیص افتراقی GIST شامل solitary fibrous tumor، fibromatosis، inflammatory fibroid polyp، glomus tumor، شوآنوم، لیومیوم/لیومیوسارکوم و حتی لنفوم بدخیم و کارسینوم می‌باشد. فیبروماتوزیس (تومور دسموئید) با پتانسیل بالای درگیری گسترده دستگاه گوارش و گاهی واکنش ایمنو‌هیستوشیمیایی CD117 (معمولاً به صورت سیتوپلاسمیک) شانس تشخیص اشتباه را بالا می‌برد. SFT مانند GIST واکنش مثبت برای CD34 دارد، اما برای CD117 و DOG1 منفی است و همیشه STAT6 را بیان می‌کند. افتراق GIST با لیومیوم/لیومیوسارکوم و شوآنوم به دلیل ویژگی‌های شبه عضله صاف و/یا نوروبال GIST مشکل است. تومورهای عضله صاف واقعی سیتوپلاسم دنس ائوزینوفیلیک و بیان قوی مارکرهای عضله صاف (اکتین، دسمین، H-caldesmon) دارند و برای CD117 یا DOG1 منفی‌اند. شوآنوم‌های معده ویژگی‌های خاصی از جمله infiltrate لنفوئید محیطی، رنگ‌آمیزی شدید برای پروتئین S-100 و CD117 و DOG1 منفی را نشان می‌دهند.

۳- بیماری با سابقه طولانی بیماری سلول‌های سلیاک با درد شکم و کاهش وزن مراجعه می‌کند. بیوپسی از ژژنوم، انفیلتراسیون سلول‌های لنفوئیدی آتیپیک در مخاط و زیرمخاط را نشان می‌دهد. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟

- الف) T cell malignant lymphoma      ب) Extranodal marginal zone lymphoma  
ج) Diffuse large B cell lymphoma      د) Tropical sprue

پاسخ: گزینه الف

(اکرم ۲۰۱۸، فصل ۱۵، ص ۵۷۵)

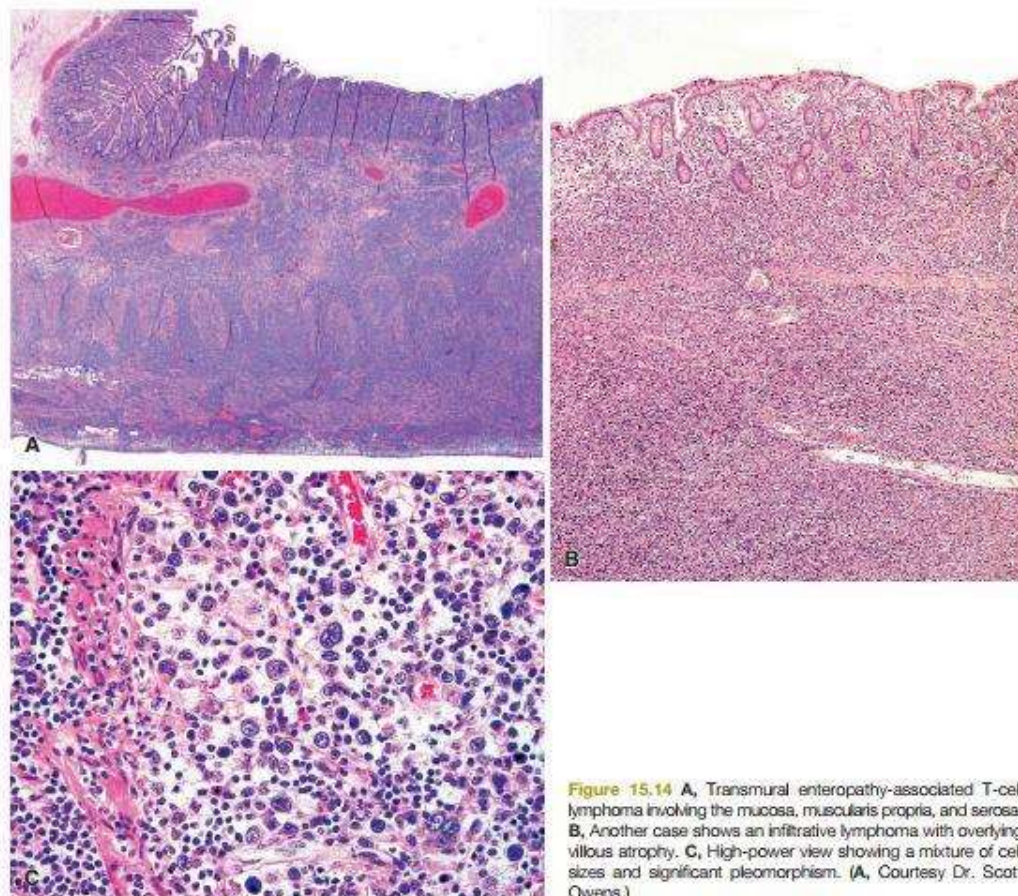


Figure 15.14 A, Transmural enteropathy-associated T-cell lymphoma involving the mucosa, muscularis propria, and serosa. B, Another case shows an infiltrative lymphoma with overlying villous atrophy. C, High-power view showing a mixture of cell sizes and significant pleomorphism. (A, Courtesy Dr. Scott Owens.)

Refractory celiac disease (RCD) با علائم مداوم یا راجعه و بی‌پوشی غیرطبیعی زیر رژیم gluten-free تعریف می‌شود. در بررسی ایمونوفنوتیپی، RCD را می‌توان به نوع I (حفظ ایمونوفنوتیپ نرمال لنفوسیت‌ها) و نوع II (گسترش کلونال جمعیت غیرطبیعی سلول‌های T). نوع دوم احتمالاً نشان دهنده فاز اولیه **enteropathy associated T-cell lymphoma (EATL)** است و تحت عنوان cryptic intraepithelial lymphoma نامگذاری شده‌اند.

لنفوم در این بیماران طی ۵ تا ۱۰ سال بعد از تشخیص اولیه سلیاک با تب، کاهش وزن، درد شکم، بثورات پوستی یا لنفادنوپاتی بروز می‌کند. سیر بالینی تهاجمی و پیش‌آگهی ضعیف است.

دو نوع EATL شناسایی شده است: نوع I یا کلاسیک که شایع‌تر است و معمولاً با CD مرتبط است و نوع II یا monomorphic epitheliotropic، که معمولاً با CD یا هاپلوتیپ‌های HLA مرتبط با CD مرتبط نیست.

در گروس full-blown lymphoma درگیری روده کوچک (به‌ویژه ژژونوم) به صورت مولتی‌فوکال با ایجاد زخم، stricture و perforation می‌باشد. در میکروسکوپی، EATL‌های نوع I حاوی مخلوطی از سلول‌های پلئومورفیک با اندازه‌های متغیر و هستک‌های آشکار، ارتشاح ائوزیوفیل‌ها و هیستوسیت‌ها و نکروز هستند. سلول‌های binucleated یا multinucleated غیرمعمول منجر به تشخیص اشتباه لنفوم هوچکین می‌شوند. EATL‌های نوع I معمولاً CD3، CD7، TIA-1 و  $TCR \alpha\beta$  را بیان می‌کنند اما بیان CD4، CD5 و CD56 منفی است. بیان CD8 و CD30 متغیر است.



در مقابل، EATL نوع II از سلول‌های مونومورف با اندازه‌های کوچک تا متوسط و هستک‌های نامشخص تشکیل شده‌اند. اکثر آنها CD3، CD56، CD8 و CD7 مثبت هستند و CD5 معمولاً منفی است و  $\alpha\beta$  یا  $\gamma\delta$  TCR میتواند بیان شود.

۴- آقای ۷۲ ساله با سابقه دیابت، درد متناوب قسمت تحتانی شکم و حملات اخیر رکتوراژی مراجعه کرده است. در کولونوسکوپی، زخم و تنگی در خم طحالی دیده می‌شود. در بررسی میکروسکوپی، هیالینیزه شدن لامینا پروپریا، کریپت‌های آتروفیک و تعدادی سلول‌های استرومال آتیپیکال دیده می‌شود. کدام یک از تشخیص‌های زیر محتمل‌تر است؟

الف) بیماری کرون

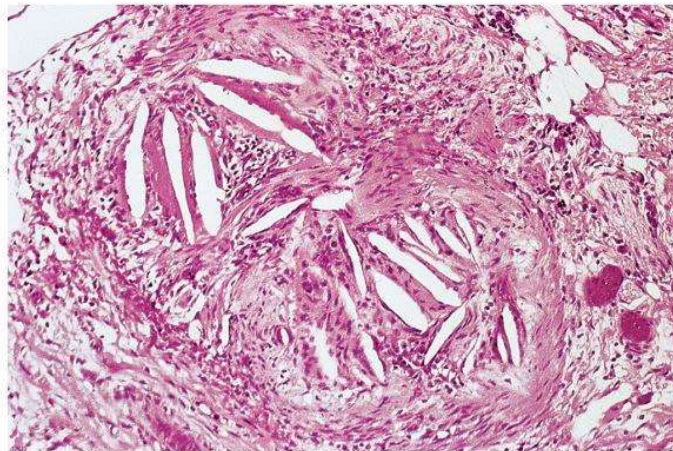
ب) آدنوکارسینوم کولون

د) کولیت عفونی

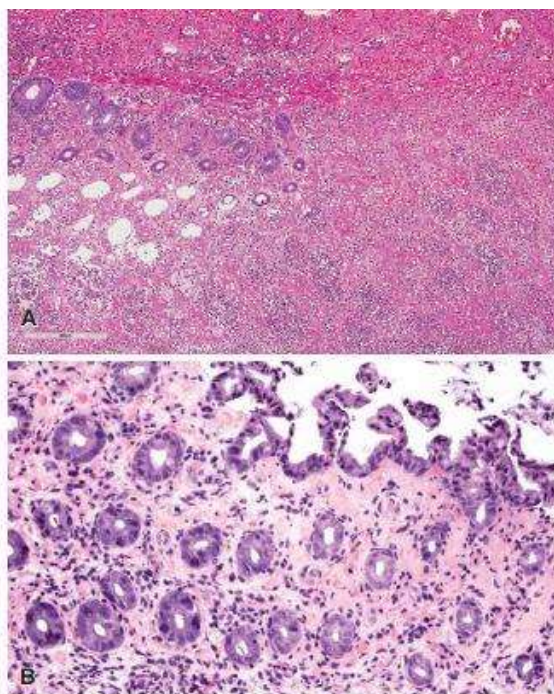
ج) کولیت ایسکمیک

پاسخ: گزینه ج

(اکرمن ۲۰۱۸، فصل ۱۷، ص ۶۵۹)



**Figure 17.24** Cholesterol emboli in mesenteric vessels which resulted in ischemic colitis.



**Figure 17.25 Ischemic Colitis.** A, Mucosal erosion associated with regenerative epithelial changes and lamina propria hyalinization characteristic of ischemic colitis. B, High-power view of lamina propria hyalinization.

کولیت ایسکمیک اغلب در بیماران بالای ۵۰ سال رخ می‌دهد. و عوامل مستعدکننده معمول شامل آرترواسکلروزیس، دیابت و جراحی عروق می‌باشد. این ضایعه در بیماران جوان‌تر با بیماری‌های کلاژن-واسکولار (مانند اسکلرودرمی و آرتریت روماتوئید)، پلی آنژیت گرانولوماتوز، idiopathic lymphocytic phlebitis، آمیلوئیدوز و مصرف قرص‌های ضدبارداری یا کوکائین ارتباط دارد. شود. آرترواسکلروز با انسداد intrinsic عروق روده بزرگ یا با آمبولی atheromatous منجر به کولیت ایسکمیک می‌شود. این فرآیند معمولاً با شروع ناگهانی خونریزی و درد شکمی تظاهر می‌کند. بیماری به صورت سگمنتال با درگیری خم طحالی (کمبود نسبی خون‌رسانی) به صورت کلاسیک می‌باشد. سایر نقاط، از جمله رکتوم، می‌توانند درگیر شوند.

علائم رادیوگرافی معمول، وجود گاز در دیواره روده و thumb-printing است. ممکن است در رادیوگرافی، آندوسکوپی و حین عمل با کارسینوم اشتباه گرفته شود. در گروس، زخم، فیبروز و سودوپولپ دیده می‌شود. در میکروسکوپی، زخم‌های پوشیده شده با بافت گرانولاسیون با گسترش زیر مخاط و احاطه‌ی فیبرهای عضلانی صاف منفرد در موسکولاریس موکوزا دیده می‌شوند. هموسیدرین فراوان است. ترومبوز هیالین را می‌توان در لومن رگ‌های کوچک مشاهده کرد. کریستال‌های کلسترول در لومن عروقی، تشخیص آتروآمبولی را تأیید می‌کنند. cleftها، فولیکول‌های لنفاوی و گرانولوم وجود ندارد، اما آبسه‌های کریپتی ممکن است دیده شوند. ویژگی‌های نشان‌دهنده نکروز ایسکمیک عبارتند از:

- نکروز مخاطی full-thickness در مرحله حاد
- هیالینیزاسیون لامینا پروپریا
- خونریزی و atrophic microcrypt در مرحله بهبودی
- سلول‌های استرومال bizarre، تغییرات واکنشی آتیپیک در سلول‌های اپیتلیال (تقلید دیسپلازی)
- سلول‌های گابلت ایزوله (تقلید signet-ring neoplasm)



۵- خانم ۷۰ ساله‌ای به علت آدنوکارسینوم سکوم، تحت عمل جراحی **right hemicolectomy** قرار می‌گیرد. در حین عمل جراحی، جراح متوجه ظاهر غیرطبیعی کبد می‌شود و یک بیوپسی گوه‌ای به عمق ۲ میلی‌متر از کبد می‌گیرد. در بررسی میکروسکوپی، بافت کبد دیده می‌شود که به واسطه باندل‌های فیبروتیک نمای ندولر پیدا کرده است. کدام گزینه زیر در مورد این ضایعه صحیح است؟

الف) این تغییرات در بافت ساب کپسولار کبد غیراختصاصی هستند.

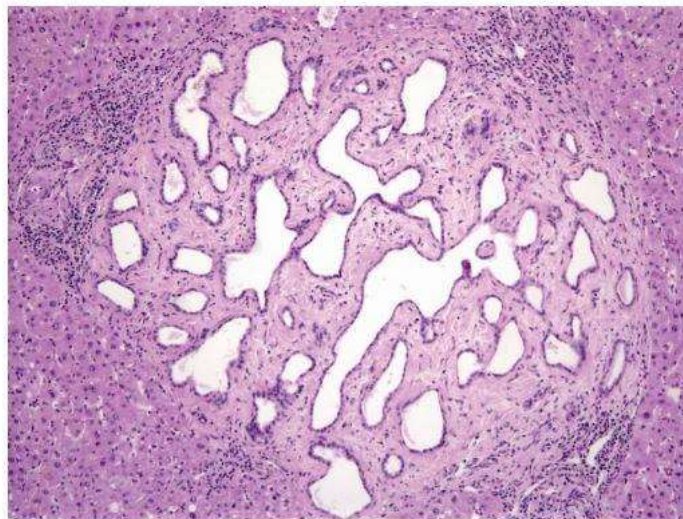
ب) تغییرات مؤید آدنوم هیپاتوسلولار می‌باشند.

ج) این تغییرات برای متاستاز کبدی تشخیصی هستند.

د) بیمار مبتلا به سیروز کبدی است.

پاسخ: گزینه الف

(اکرمین ۲۰۱۸، فصل ۲۰، ص ۸۱۹)



**Figure 20.28** Biliary microhamartoma consisting of fibrous stroma with ectatic, angular biliary channels lined by flattened cuboidal epithelium.

**Biliary microhamartoma** (هامارتوم مجرای صفراوی، کمپلکس **von Meyenburg** یا کمپلکس **Moschcowitz**)، ندول‌های ساب‌کپسولار سفید، کوچک، متعدد و پراکنده‌ای در سراسر کبد هستند که ممکن است طی جراحی یا مطالعات تصویربرداری با **کارسینوم متاستاتیک** اشتباه گرفته شوند. در میکروسکوپی، این ندول‌ها به صورت **circumscribed** و نامنظم از کانال‌های صفراوی **angular** و دیلاته در داخل یا حاشیه پورتال ترکت هستند که توسط استرومای فیبروز فراوان احاطه شده‌اند. علی‌رغم الگوی رشد **irregular**، حدود ضایعه در پاور پائین مشخص و آتیپی غایب است. می‌شود.

اعتقاد بر این است که میکروهامارتوم‌های صفراوی ثانویه به **congenital ductal plate malformations** هستند. همچنین ممکن است با **fibropolycystic liver/kidney disease**، **congenital hepatic fibrosis** و **Caroli disease** مرتبط باشند.



۶- پسر ۱۷ ساله با شکایت از خستگی، تغییرات رفتاری و زردی خفیف مراجعه می‌کند. در معاینه فیزیکی، حلقه Kayser-Fleischer مشاهده می‌شود. تست‌های آزمایشگاهی، کاهش سرولوپلاسمین، افزایش دفع ادراری مس و افزایش خفیف ترانس آمینازها را نشان می‌دهد. برای بررسی بیشتر، بیوپسی کبد انجام می‌شود. کدام یک از رنگ‌آمیزی‌های اختصاصی زیر در نمونه بیوپسی کبد بیشترین کمک را به تأیید تشخیص این بیمار می‌کند؟

الف) Prussian blue

ب) Trichrome

ج) Rhodanine

د) Reticulin

پاسخ: گزینه ج

(اکرم ۲۰۱۸، فصل ۱۹، ص ۷۷۰)

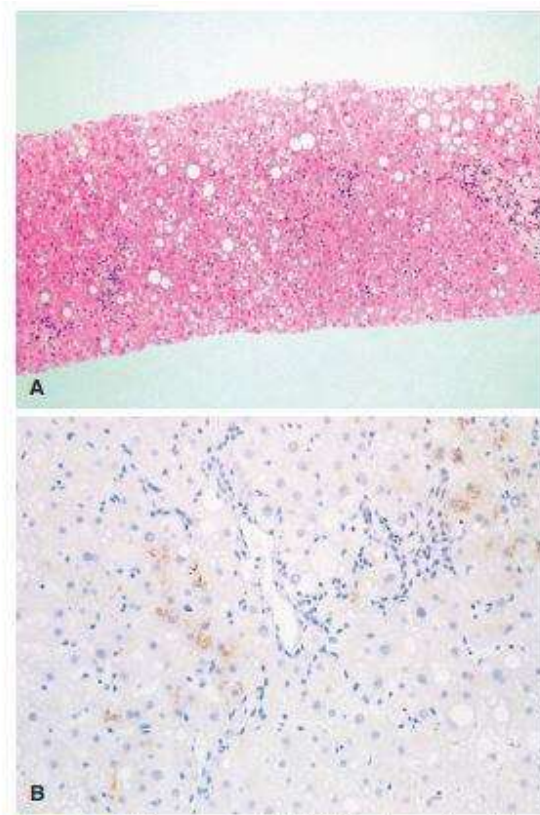


Figure 19.66 A, Biopsy from a patient with Wilson disease shows features of steatohepatitis. B, Patchy copper staining is a clue to the diagnosis (rhodanine stain).

بیماری ویلسون ناشی از آسیب بافتی ثانویه به تجمع مس در کبد و سایر اندام‌ها (مغز، قرنیه و کلیه‌ها) است. این بیماری یک اختلال اتوزومال مغلوب ناشی از جهش ژنی بر روی کروموزوم 13q14-21 می‌باشد. ژن مسئول، یک ATPase نوع P است که نقش انتقال مس را بر عهده دارد.



رنگ‌آمیزی سیتوشیمیایی برای شناسایی مس و copper binding protein در تأیید تشخیص مفید هستند. با این حال رنگ‌آمیزی منفی برای مس، تشخیص بیماری ویلسون را رد نمی‌کند. در بیماران جوان بدون علامت، سطح مس کبدی اغلب بالا است، اما به دلیل توزیع منتشر مس در سیتوپلاسم هپاتوسیت‌ها، ممکن است رنگ‌آمیزی هیستوشیمیایی به سختی قابل تشخیص باشد و در بهترین حالت رنگ‌پذیری ضعیف سیتوپلاسمیک نشان دهد. در بیماران بزرگ‌تر و سیمپتوماتیک، فلز هم به صورت منتشر و هم اینترالیزوزومال توزیع شده است. در بیماری پیشرفته، تمام مس اینترالیزوزومال می‌باشد که الگوی گرانولار واضح‌تری ایجاد می‌کند و تشخیص آن آسان‌تر است. در صورت سیروز، میزان مس در ندول‌های پارانشیمال تفاوت چشمگیری دارد.

۷- خانمی ۵۲ ساله با شکایت ضعف، بی‌حالی و خارش مراجعه می‌کند. تست‌های آزمایشگاهی، افزایش آلکالین فسفاتاز و مثبت بودن آنتی‌بادی‌های ضد میتوکندریال (AMA) را نشان می‌دهد. بیلی‌روبین و ترانس آمینازها به طور خفیفی افزایش یافته‌اند. نمونه برداری از کبد انجام می‌شود. کدام یک از یافته‌های هیستوپاتولوژیک زیر، بیشترین تطابق را با تشخیص این بیمار دارد؟

- الف) Concentric (“onion-skin”) periductal fibrosis and duct obliteration in medium-sized bile ducts, with chronic inflammation
- ب) Dense portal lymphoplasmacytic infiltrate with interface hepatitis, emperipolesis, and hepatocyte rosettes
- ج) Florid duct lesion with lymphocytic cholangitis targeting small intrahepatic bile ducts, often with granulomas
- د) Ballooning degeneration of hepatocytes, Mallory-Denk bodies, neutrophilic inflammation, and perivenular fibrosis

#### پاسخ: گزینه ج

(اکرم ۲۰۱۸، فصل ۱۹، ص ۷۵۵)

صورت سوال به بیماری primary biliary cirrhosis اشاره دارد. برای توضیحات مربوط به این بیماری به سوال ۶۷ مورد مراجعه کنید.

۸- کودکی با ندول‌های صورتی رنگ در پشت دست‌ها به شکل حلقوی و با فرو رفتگی خفیف در مرکز مراجعه کرده است. در بررسی هیستوپاتولوژیک، ضایعه‌ی درم میانی حاوی کلاژن دژنره و موسین در مرکز و تجمع شعاعی فیبروبلاست‌ها، هیستوسیت‌ها و لنفوسیت‌ها در اطراف آن دیده می‌شود. با توجه به یافته‌های فوق، کدام تشخیص محتمل‌تر است؟

- الف) Rheumatoid nodule
- ب) Necrobiosis lipoidica
- ج) Granuloma annulare
- د) Erythema elevatum diutinum