

# باغچه خندان

طبابت همنراست،  
همنرهما سگی قلب و اندیشه



سرشناسه	بزرگی، حسین - ۱۳۷۳
عنوان و نام پدیدآور	مجموعه سوالات ارتقاء و مورد تخصصی رادیولوژی ۱۴۰۴: پاسخگویی به سوالات: حسین بزرگی، حوریه سلیمانی بامی
مشخصات نشر	تهران، کاردیا ۱۴۰۵
مشخصات ظاهری	ص
شابک	ریال ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۳۱۹-۱
مدیر برنامه ریزی و تولید	الهه شهدادی
وضعیت فهرست نویسی	فیبا
موضوع	رتوشناسی پزشکی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها Medical radiology -- Examinations, questions, etc. تشخیص تصویری -- آزمون‌ها و تمرین‌ها Diagnostic imaging -- Examinations, questions, etc. پزشکی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها Medicine -- Examinations, questions, etc.
رده بندی کنگره	۸۹۶R
رده بندی دیویی	۰۷۵۷/۶۱۶
شماره کتابشناسی ملی	۹۶۶۴۵۸۱
اطلاعات رکورد کتابشناسی	فیبا

مجموعه سوالات ارتقاء تخصصی رادیولوژی ۱۴۰۴	چاپ و لیتوگرافی: <b>رزیدنت یار</b>
پاسخگویی به سوالات: دکتر حسین بزرگی، دکتر حوریه سلیمانی بامی	نوبت چاپ: اول ۱۴۰۵
ناشر: انتشارات کاردیا	تیراژ: ۱۰۰ جلد
صفحه آرا: <b>رزیدنت یار - صبا درخشان فرد</b>	شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۳۱۹-۱
طراح و گرافیسیت: <b>رزیدنت یار - مهرداد فیضی</b>	بهاء: ریال

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

شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۰۸، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶، 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 بورده تخصصی

## رادیولوژی

۱۴۰۴

کتاب جامع آمادگی آزمون ارتقاء و بورده ۱۴۰۵

The Essential Physics Of Medical Imageing 2012

Fundamentals Of Diagnostic Radiology 2019

Diagnostic Ultrasound 2024

Grainger & Allison's Diagnostic Radiology 2021

CT & MRI Of the whole Body 2017

### پاسخدهی به سوالات

#### دکتر حسین بزرگی

۵ درصد برتر بورده تخصصی سال ۱۴۰۴

استادیار و هیات علمی رادیولوژی

دانشگاه علوم پزشکی مشهد

#### دکتر حوریه سلیمانی بامی

رتبه اول بورده تخصصی ۱۴۰۱

استادیار و هیات علمی رادیولوژی

دانشگاه علوم پزشکی مشهد







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 شاکران درگاهت و حقیقت‌جویان راحت 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 میانه 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 مبمٹ رادیولوژی گردآوری شده و با استفاده از مفهومی نمودن مبامٹ و روان‌سازی توسط مؤلف ممترب 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 مبامٹ پیش رو با یاری خداوند متعال پیروز و پایدار باشید.

مدیرمسئول انتشارات

مرجان پورندیم



## فهرست مطالب



سوالات و پاسخنامه ارتقا ۱۴۰۴ ..... ۹

سوالات و پاسخنامه مورد تخصصی ۱۴۰۴ ..... ۱۵۹





## سوالات ارتقا ۱۴۰۴

۱- کدام یک از گزینه‌های زیر در مورد تومور GIST غلط می‌باشد؟ (ارتقا ۱۴۰۴)

- (الف) تومور GIST معده نسبت به روده خصوصیات تهاجمی بیشتری دارد.  
 (ب) در GIST معده تظاهر خونریزی از انسداد بیشتر است.  
 (ج) سایز تومور یکی از مهم‌ترین عوامل در تعیین پروگنوز است.  
 (د) متاستاز به ریه بسیار نادر است.

گزینه: الف

### Gastrointestinal stromal tumour (GIST)

#### تعریف:

GIST شایع‌ترین تومور مزانشیمال دستگاه گوارش است. حدود ۳/۲ موارد در معده و بقیه در روده باریک دیده می‌شوند. با این حال، شیوع آن بسیار کمتر از تومورهای منشأ اپی‌تلیال معده و تومورهای لنفوماتوز است. معمولاً در افراد بالای ۵۰ سال رخ می‌دهد.

#### منشأ:

منشأ GIST از سلول‌های بنیادی موجود در موسکولاریس پروپریا و سلول‌های کاخال که نقش pacemaker روده را دارند است.

#### پاتوفیزیولوژی:

حدود ۹۵٪ از موارد GIST با افزایش بیان گیرنده‌های CD ۱۱۷KIT همراه هستند. این گیرنده‌ها محصول ژن پروتوآنکوژن KIT بوده و باعث افزایش فعالیت تیروزین کیناز و در نتیجه هایپرپرولیفراسیون سلولی می‌شوند.

#### تشخیص افتراقی:

در گذشته به دلیل شباهت میکروسکوپی با تومورهای عضله صاف، GIST اغلب به اشتباه به عنوان آن تشخیص داده می‌شد.

#### تظاهرات بالینی:

علائم بسته به محل و اندازه تومور متفاوت‌اند. خونریزی گوارشی شایع‌تر از انسداد به عنوان علامت اولیه است.



### درمان اولیه :

برداشت جراحی کامل تومور درمان خط اول است.  
 حدود ۲۰-۲۵٪ از تومورهای گاستریک GISTs از نظر بالینی بدخیم محسوب می‌شوند.  
 اندازه تومور و فعالیت میتوتیک بهترین شاخص‌های پیش‌بینی کننده بدخیمی هستند.  
 GISTs معده در مقایسه با GISTs روده تمایل کمتری به رفتار تهاجمی دارند.

### محل‌های شایع متاستاز :

حفره شکم و کبد است.  
 درگیری لنفاوی و متاستاز ریوی بسیار نادرند.

### درمان در موارد متاستاتیک :

داروی مهارکننده انتخابی تیروزین‌کیناز درمان خط اول است.  
 اکثر موارد اسپورادیک هستند، ولی حدود ۵٪ با یکی از سه سندروم توموری همراه‌اند :

- Neurofibromatosis type 1 NF1
- Carney triad
- Familial GIST syndrome

### یافته‌های تصویربرداری :

- تومورهای کوچک اغلب به صورت اتفاقی در مطالعات رادیولوژیک، اندوسکوپی یا حین جراحی کشف می‌شوند.
- معمولاً به صورت توده اینترامورال، پولیپوئید یا solid subserosal با موکوز سالم دیده می‌شوند.
- در CT و MRI بعد از تزریق کنتراست، تومورهای کوچک انهناسمنت هموژن نشان می‌دهند.
- تومورهای بزرگ‌تر معمولاً به صورت توده اگزوفیتیک با انهناسمنت غیرهموژن دیده می‌شوند.
- علت هتروژنیسیته شامل cyst formation، نکروز، هموراژی، ulceration و تغییرات کاپیتاری است.
- در صورت ulceration در سطح مخاط، ممکن است هوا یا کنتراست خوراکی درون توده مشاهده شود.
- متاستازهای کبدی معمولاً هایپرواسکولار هستند.
- قبل از تزریق کنتراست MRI، سیگنال‌ها به صورت low T<sub>1</sub> و high T<sub>2</sub> دیده می‌شوند.
- در هر دو تصاویر CT و MRI در فاز شریانی دیررس، انهناسمنت شدید و در فاز ورید پورتال تقریباً washout کامل مشاهده می‌شود.

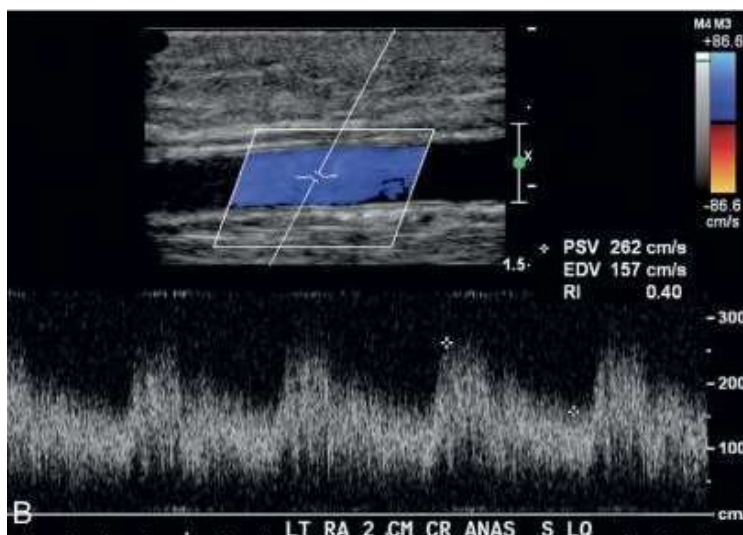


- ۲- در ارزیابی کالر داپلر یک فیستول رادیوسفالیک با عملکرد مناسب که در قسمت فوقانی ساعد تعبیه شده است، دیدن کدام شکل موج زیر غیرمحمتمل است؟ (روماک) (ارتقا ۱۴۰۴)
- الف) موج تری فازیک با مقاومت بالا در شریان براکیال پروگزیمال به فیستول  
 ب) جریان معکوس به سمت پروگزیمال اندام در شریان رادیال در بیمار بدون علامت  
 ج) جریان خون توربولانس در ورید تخلیه کننده فیستول بدون وجود شکل موج واضح سیستول و دیاستول  
 د) دیدن شکل موج شریانی با سیستول و دیاستول واضح و با جریان بالا و مقاومت پایین در ورید تخلیه کننده فیستول

پاسخ: الف

کتاب روماک، صفحه ۱۰۵۴

در اسپکترا داپلر، جریان خون در شریان کرانیال به محل آناستوموز فیستول مطابق تصویر زیر جریانی low resistance و مونوفازیک می باشد. (شکل ۲۷،۱۴)



و در صورتی که اختلال عملکرد فیستول ثانویه به ترومبوز وجود داشته باشد، مطابق شکل زیر، فلوئی high resistance و تری فازیک در شرایین پروگزیمال محتمل است. (شکل ۲۷،۲۳) بنابراین رویت این شکل موج در شریان پروگزیمال به محل آناستوموز در وضعیت عملکرد طبیعی فیستول غیر محتمل است.



گزینه ب به Arterial Steal Syndrome اشاره دارد. این سندروم زمانی رخ می‌دهد که جریان خون در شریان دیستال به محل آناستوموز بر اثر انحراف جریان به سمت فیستول یا گرافت معکوس شود. این پدیده می‌تواند بدون علامت باشد یا با درد و پارستزی دست (که هنگام همودیالیز تشدید می‌شود) همراه گردد. در موارد شدید، ایسکمی یا نکروز انگشتان ایجاد می‌شود.

در بررسی داپلر، جریان برگشتی (flow reversal) در شریان دیستال به آناستوموز دیده می‌شود و با فشار دستی موقت بر روی فیستول، جریان معکوس به الگوی آنتی‌گرید با مقاومت بالا (high-resistance antegrade flow) تغییر می‌کند.



۳- در سونوگرافی به عمل آمده از پسر بچه ۱۸ ماهه‌ای که به علت احساس عدم قرینگی بیضه‌ها توسط والدین مورد بررسی قرار گرفته است، تصویر یک توده اینتراتستیکولار هتروژن با حدود مشخص، کاملاً هتروژن، حاوی نواحی کیستیک متعدد و اکوژنیسیته‌های خطی و نقطه‌ای که دارای سایه خلفی هستند، مشاهده می‌گردد. مارکرهای توموری بیمار شامل AFP و HCG در محدوده طبیعی هستند. درد و تغییرات التهابی واضحی در بیضه‌ها ملاحظه نشد. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟ (روماک) (ارتقا ۱۴۰۴)

- الف) Yolk Sac Tumors  
ب) Embryonal Cell Carcinoma  
ج) Choriocarcinoma  
د) Teratoma

## پاسخ: د

کتاب روماک، صفحه ۲۱۶۲

تراتوم بیضه شایع‌ترین تومور ژرم سل خوش‌خیم در نوزادان و کودکان خردسال است و معمولاً در سنین زیر چهار سال دیده می‌شود. این بیماران معمولاً با بزرگی بدون درد بیضه یا اسکروتوم مراجعه می‌کنند و درد فقط در صورت تورشن یا خونریزی داخل تومور رخ می‌دهد. حدود ۸۵٪ تراتوم‌های خوش‌خیم دارای عناصر تمایز یافته از هر سه لایه زایای جنینی هستند و در ۱۵٪ موارد عناصر تمایز نیافته وجود دارد، ولی سیر تومور معمولاً خوش‌خیم است. با این حال، در دوره بلوغ تراتوم‌ها اغلب رفتار بدخیم‌تری دارند و معمولاً نیاز به اریکتومی (برداشتن بیضه) دارند.

تراتوم‌ها و تیراتوکارسینوم‌ها توده‌های complex هستند که در سونوگرافی شامل ناحیه‌های هیپوآکو (hypoechoic) به دلیل وجود مایع سروزی و ناحیه‌های هایپراکو (hyperechoic) به دلیل وجود چربی و کلسیفیکاسیون هستند.

۴- بیمار خانم ۳۵ ساله است که با ضعف اندام‌ها مراجعه کرده است. در MRI تهیه شده از ستون فقرات، شواهد افزایش سیگنال کورد در تصاویر T2 به همراه تورم کورد دیده می‌شود که همراه است با انهناسمنت خطی ساب پیال به همراه نمای Trident Pattern در تصاویر اگزیکال مشهود است. تشخیص مناسب‌تر کدام است؟ (گرینجر) (ارتقا ۱۴۰۴)

- الف) Sarcoidosis  
ب) Acute Disseminated Encephalomyelitis (ADEM)  
ج) Neuromyelitis Optica (NMO)  
د) Tumefactive MS

## پاسخ: الف

کتاب گرینجر، صفحه ۱۲۹۹



## سار کوییدوز

### تعریف:

سار کوییدوز یک بیماری سیستمیک با علت ناشناخته است که از نظر هیستولوژیک با گرانولوماتوز non-caseating مشخص می‌شود. اگرچه درگیری CNS در کالبدشکافی حدود ۲۵٪ موارد دیده می‌شود، وقوع علائم نورولوژیک مشخص در طول زندگی شایع نیست. نروسار کوییدوز ایزوله‌ی نخاعی بسیار نادر است.

### علائم بالینی:

علائم بستگی به محل درگیری دارند و اغلب غیر اختصاصی هستند. نروسار کوییدوز نخاعی یا به صورت ضایعه فوکال ظاهر می‌شود یا به شکل افزایش سیگنال طولی در T2 همراه با تورم فیوزی فرم نخاع دیده می‌شود.

- ضایعات فوکال که آنهانسینگ هستند معمولاً با اختلال عصبی اخیر همراه بوده و به درمان با استروئید پاسخ می‌دهند.
- ضایعات غیر آنهانسینگ که شبیه ضایعات MS هستند، برگشت‌ناپذیرند، با اختلال عصبی مزمن همراهند و احتمالاً نتیجه ضایعه التهابی قبلی هستند.

ویژگی‌های آنهانسمنت می‌توانند در تشخیص مفید باشند، به‌ویژه برای تمایز با سایر علل التهاب نخاع (TM) مانند NMO.

- الگوی آنهانسمنت در نخاع در سار کوییدوز غالباً خطی و ساب‌پپال است، نه الگوی patchy یا incomplete ring که در NMO دیده می‌شود.
- معمولاً آنهانسمنت در سال ساب‌پپال خطی در تصاویر ساژیتال پس از تزریق کنتراست مشاهده می‌شود.
- در تصاویر آگزیتال پس از تزریق کنتراست، یک الگوی 'trident' به دلیل آنهانسمنت کانال مرکزی دیده می‌شود.
- همچنین، آنهانسمنت و نترال یا 'braid-like sign' گزارش شده است.
- پایداری آنهانسمنت تا ۳ ماه پس از درمان با استروئید در سار کوییدوز بیشتر از سایر علل TM دیده می‌شود.

### تشخیص:

تشخیص سار کوییدوز CNS تنها با تصویربرداری نخاعی می‌تواند چالش‌برانگیز باشد و اغلب با وجود یافته‌های کلاسیک سار کوییدوز مغزی مانند:

- درگیری محور هیپوتالاموس-هیپوفیز (hypothalamic-pituitary axis)
- آنهانسمنت لپتومننژیتال یا توده‌های دورال (dural masses) و همچنین سایر تست‌های کمکی مانند:
- افزایش سطح آنزیم تبدیل‌کننده آنژیوتانسین در سرم (ACE)
- تست مثبت Kviem
- یافته‌های معمول در CT قفسه سینه یا PET/CT می‌توان تشخیص را تأیید کرد.



۵- در سونوگرافی به عمل آمده از آقای ۲۶ ساله‌ای که به علت ترومای بیضه چپ مورد ارزیابی قرار گرفته است، ندول بدون درد در بیضه راست دیده می‌شود که به صورت مدور به قطر ۱۰ میلی‌متر، هیپواکو، فاقد فلوی عروقی دیده می‌شود که دارای حلقه‌های متمایز اکوژن - هیپواکو متعدد است. با توجه به تشخیص احتمالی، دیدن کدام یافته زیر در تصاویر نامحتمل است؟ (گرینجر و روماک) (ارتقا ۱۴۰۴)

- (الف) دیدن لایه‌هایی از سیگنال بالا در تصاویر T1  
 (ب) کپسول با سیگنال پایین در تصاویر T2  
 (ج) دیدن کانون مرکزی با سیگنال پایین در تصاویر T2  
 (د) بالا بودن سیگنال در تصاویر ADC

#### پاسخ: د

کتاب روماک، صفحه ۸۴۲ و کتاب گرینجر صفحه ۸۶۵  
 کیست اپیدرموئید بیضه توموری خوش خیم و نادر است (حدود ۱٪ از تومورهای بیضه) که معمولاً در دهه ۴۰ تا چهارم زندگی دیده می‌شود و اغلب به صورت ندول بدون درد بروز می‌کند.  
 در سونوگرافی، این ضایعات معمولاً حاشیه مشخص، گرد یا بیضوی و بدون عروق (avascular) هستند و می‌توانند متعدد یا دوطرفه باشند. نمای کلاسیک آن الگوی چرخشی یا لایه‌لایه شبیه پوست پیاز (onion skin appearance) است که ناشی از لایه‌های متناوب کراتین فشرده و سلول‌های سنگفرشی است. گاهی کلسیفیکاسیون محیطی یا مرکزی دیده می‌شود که ممکن است نمای bull's eye یا target appearance ایجاد کند. در برخی موارد فقط به صورت یک توده هیپواکو با یا بدون کلسیفیکاسیون ظاهر می‌شود.  
 ویژگی مهم افتراقی، عدم وجود جریان خون در داپلر (avascularity) است که به تشخیص خوش خیمی کمک می‌کند. MRI نیز می‌تواند نمای target-like با کپسول هیپوسیگنال و لایه‌های هیپرسیگنال در T1 و T2 نشان دهد. با توجه به کلسیفیکاسیون سنترال می‌توانند مرکز هیپوسیگنال در T2 نیز داشته باشند.  
 تشخیص قطعی با بررسی بافت‌شناسی و معمولاً با برداشت محدود (testis-sparing enucleation) تأیید می‌شود. توضیحات کتاب گرینجر: کیست‌های اپیدرموئید بیضه می‌توانند به صورت ضایعات کیستیک یا سالیید دیده شوند و در سونوگرافی دارای whorled appearance هستند. این ضایعات فاقد vascular enhancement بوده و در الاستوگرافی، سفت (hard) به نظر می‌رسند.  
 در MRI، این ویژگی با وجود لایه‌های متناوب با سیگنال بالا و پایین در تصاویر T2 ارتباط دارد. این یافته‌ها از موارد نادری هستند که ترکیب نتایج آزمایشگاهی و تصویربرداری می‌تواند امکان جراحی محافظه‌کارانه و حفظ بیضه (testicle-sparing surgery) را مطرح کند.



۶- بیماری ۴ هفته پس از بیوپسی پروستات، جهت انجام mp-MRI مراجعه کرده است. در تصاویر T1 سیگنال هایپر اینتنس وسیعی در هر دو لوب Peripheral Zone مشاهده می‌شود. نواحی هایپو اینتنس در T2 و همراه با Restriction در DWI در Peripheral Zone چپ است. کدام گزینه بهترین تفسیر و توصیه است؟ (گرینجر) (ارتقا ۱۴۰۴)

- الف) یافته‌ها به نفع PI-RADS 4 است و باید سریعاً بیوپسی هدفمند انجام شود.
- ب) به دلیل وجود خونریزی (hemorrhage)، تفسیر MRI غیر قابل اعتماد است و باید تکرار MRI حداقل ۶ هفته پس از بیوپسی توصیه شود.
- ج) سیگنال بالای تصاویر T1 یافته‌ای طبیعی است و نباید در تفسیر دخالت داده شود؛ ضایعه باید بر اساس تصاویر T2 و DWI ارزیابی شود.
- د) خونریزی می‌تواند باعث ایجاد یافته مثبت کاذب در DWI شود؛ بنابراین ضایعه PI-RADS 3 در نظر گرفته شده و پیگیری توصیه می‌شود.

#### گزینه : ب

کتاب گرینجر، صفحه ۸۴۸

تصاویر T1-weighted MRI برای شناسایی ضایعات مشکوک پروستات کاربرد چندانی ندارند، زیرا اغلب ایزوسیگنال با پارانشیم طبیعی هستند. این سکانس بیشتر برای ارزیابی مناطق خونریزی پس از بیوپسی به کار می‌رود که به صورت ناحیه‌های هایپر سیگنال در T1 دیده می‌شوند.

از آنجا که خونریزی می‌تواند در T2-weighted ظاهری با سیگنال پایین ایجاد کند و در نتیجه تشخیص سرطان پروستات را دچار اشتباه نماید، برای مرحله‌بندی (staging) معمولاً توصیه می‌شود حداقل ۶ هفته بین بیوپسی و MRI فاصله باشد تا احتمال یافته‌های مثبت کاذب مربوط به گسترش اکسترا پروستاتیک کاهش یابد.



۷- در MRI لگن تهیه شده از یک بیمار ۴۵ ساله که با هماچوری مراجعه کرده است، یک توده بزرگ در dome مثانه مشاهده می‌شود که به سمت فضای پری وزیکال و دیواره قدامی شکم امتداد دارد. توده حاوی کلسیفیکاسیون‌های Stippled و نواحی کیستیک است. کدام تشخیص زیر محتمل‌تر است؟ (گرینجر) (ارتقا ۱۴۰۴)

Adenocarcinoma (ب)

Squamous Cell Carcinoma (الف)

Leiomyosarcoma (د)

Paranglioma (ج)

### پاسخ: ب

کتاب گرینجر، صفحه ۸۳۷

آدنوکارسینوم مثانه معمولاً در بیمارانی با سرطان‌های اوراکال، اکستروفی مثانه و یا بیمارانی با ضایعه گلانولار کیستیک مثانه تشخیص داده می‌شوند.

سرطان‌های اوراکال در باقی‌مانده اوراکوس ایجاد می‌شوند، که یک نوار عضلانی و/یا فیبروزی است که از قسمت قدامی و فوقانی dome مثانه تا ناف کشیده شده است.

در بسیاری از بیماران، یک لایه باقیمانده از سلول‌های ترانزیشنال در اوراکال باقی‌مانده وجود دارد که ممکن است دچار متاپلازی شده و به سلول‌های آدنوماتوز تولیدکننده موکوس تمایز پیدا کند. این سلول‌ها سپس می‌توانند به سلول‌های سرطانی آدنوماتوز تبدیل شوند.

اگرچه بیشتر سرطان‌های اوراکال از نوع آدنوکارسینوم هستند، سرطان‌های ترانزیشنال، اسکواموس سل و حتی سارکوم‌های اوراکال نیز مشاهده شده‌اند.

یافته‌های تصویربرداری:

- سرطان‌های اوراکال در dome مثانه و در خط میانی قرار دارند.
  - اغلب دارای بخش‌های هیپرواسکولار هستند، اما بسیاری نیز مناطق کیستیک دارند.
  - اغلب دارای کلسیفیکاسیون‌های ریز یا stippled هستند که با سی‌تی اسکن به راحتی قابل مشاهده‌اند.
- پیش‌آگهی مشابه سرطان‌های اسکواموس سل است و پیش‌آگهی بیماران با سرطان اوراکال معمولاً ضعیف است. بسیاری از بیماران پیش از تشخیص یا بلافاصله بعد از آن، دچار ضایعات متاستاتیک در ریه و استخوان می‌شوند.



۸- چهار سال پس از پیوند، بیمار با افزایش تدریجی کراتینین مراجعه می‌کند. سونوگرافی یک کلیه نسبتاً کوچک و اکوژن با پارانشیم نسبتاً نازک و همراه با از بین رفتن تمایز کورتیکومدولاری را نشان می‌دهد. کالر داپلر شریان اصلی کلیه پیوندی نرمال است، اما در شریان‌های سگمنتال داخل کلیوی تنگی‌های موضعی و افزایش RI مشاهده می‌شود. این مجموعه یافته‌ها، بیشترین تطابق را با کدام تشخیص زیر دارد؟ (گرینجر) (ارتقا ۱۴۰۴)

- (الف) تنگی شریان کلیوی  
(ب) رد پیوند مزمن  
(ج) نفروپاتی ناشی از دارو  
(د) پیلونفریت مزمن در کلیه پیوندی

### پاسخ: ب

کتاب گرینجر، صفحه ۸۰۸

رد پیوند مزمن کلیه

**تعریف:**

رد پیوند مزمن یک فرآیند تدریجی است که باعث کاهش عملکرد گرفت می‌شود و معمولاً بین ۳ ماه تا چند سال پس از پیوند ظاهر می‌شود.

**ویژگی‌های شریان‌ها:**

رد پیوند مزمن معمولاً با تنگی بخش‌های سگمنتال شریان‌های داخل کلیوی همراه است، که می‌تواند باعث کاهش جریان در عروق سگمنتال شود، اما الگوی جریان خون در شریان اصلی پیوند معمولاً طبیعی باقی می‌ماند.

**یافته‌های سونوگرافی:**

- کلیه کوچک و اکوژن
- نازک شدن پارانشیم
- از بین رفتن افتراق کورتیکو-مدولاری
- کاهش پرفیوژن کلی پیوند و افزایش شاخص مقاومت (RI)

**یافته‌های سی تی اسکن:**

- در مراحل اولیه، CT ممکن است افزایش ضخامت کورتکس و نازک شدن پیشرونده آن را نشان دهد.
  - در مراحل پیشرفته، آتروفی کلیه رخ می‌دهد.
- تأیید تشخیص معمولاً با ارزیابی هیستولوژیک انجام می‌شود.



۹- در ارزیابی سی تی اسکن با پروتکل آدرنال، کدام یک از یافته‌ها به ضرر تشخیص آدنوم آدرنال است؟  
(مجله) (ارتقا ۱۴۰۴)

- الف) Density in non-enhanced image < 10 HU (ب) Relative wash out value < 40%  
ج) Absolute wash out value > 60% (د) A small focus of macroscopic fat

پاسخ: ب

مجله

یافته‌هایی که به نفع آدنوم آدرنال می‌باشند، شامل دانسیته ضایعه در تصاویر بدون تزریق کنتراست کمتر از ۱۰ HU، وجود چربی ماکروسکوپی در ضایعه و Relative wash out بیشتر از ۴۰ درصد و Absolute wash out بیشتر از ۶۰ درصد می‌باشد.

۱۰- بیماری مبتلا به پولیپ‌های متعدد روده همراه با هیپرپیگمانتاسیون پوستی، علائم سوء جذب، آلوپسی و آتروفی ناخن‌ها می‌باشد. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟ (گرینجر) (ارتقا ۱۴۰۴)

- الف) Cowden Syndrome (ب) Peutz-Jeghers Syndrome  
ج) Cronkhite-Canada Syndrome (د) Gardner Syndrome

پاسخ: ج

کتاب گرینجر، صفحه ۵۷۴

Cronkhite-Canada syndrome یک پولیپوز روده‌ای گسترده است که با ریزش مو، تیرگی پوست و آتروفی ناخن‌ها همراه است و این علائم معمولاً ناشی از سوء جذب شدید ایجاد می‌شوند.

۱۱- کدام یک از یافته‌های زیر در سی تی اسکن بیمار با درگیری ناحیه ایلئوسکال TB، کمتر قابل انتظار است؟ (گرینجر) (ارتقا ۱۴۰۴)

- الف) Conical contracted cecum (ب) Stenotic ileocecal valve  
ج) Short hourglass stricture (د) Peripheral enhancement in lymph nodes

پاسخ: ب

کتاب گرینجر، صفحه ۵۴۲



### سل روده‌ای

شایع‌ترین محل در ناحیه ایلئوسکال است، اما می‌تواند در هر قسمت از دستگاه گوارش دیده شود و گاهی از بیماری کرون قابل تمایز نیست.

همیشه باید در بیماران ساکن مناطق بومی (endemic) مدنظر قرار گیرد، صرف‌نظر از ظاهر کولیت. تغییرات مشکوک به TB شامل:

- سکوم مخروطی و کوچک شده با دریچه ایلئوسکال دیلاته
  - دیلاتاسیون ایلئوم ترمینال
  - زخم‌های عرضی همراه با تنگی شبیه ساعت شنی که واضح از روده طبیعی جدا می‌شوند
  - شکل هیپرتروفیک با توده بزرگ اکزوفتیک که تشخیص از لنفوم را دشوار می‌کند
- درگیری عضله نشانه‌ای از TB است و actinomycosis به عنوان تشخیص افتراقی مطرح می‌شود.

ویژگی‌هایی که به نفع بیماری کرون هستند و معمولاً در TB دیده نمی‌شوند:

- Layering دیواره روده
- افزایش عروق
- Fibrofatty proliferation

ویژگی‌هایی که به نفع TB هستند:

- آسیت
- درگیری پریتونئال
- لنفادنوپاتی

نشانه‌های تشخیصی مهم:

نکروز مرکزی کازئوس در گره‌های لنفاوی که باعث مرکز هیپواکو در سونوگرافی و انهانسمنت محیطی در CT یا MRI می‌شود، بسیار مشکوک به TB است.

۱۲- تصویر زیر مربوط به ترانزیت روده باریک از یک بیمار مبتلا به دردهای مزمن شکمی، اتساع و احساس نفخ می‌باشد. کدام یک از تشخیص‌های زیر بیشتر محتمل است؟ (گرینجر) (ارتقا ۱۴۰۴)

