

مجموعه
سوالات

اگستر

بیماری‌های دهان، فک و صورت

بورد ۱۴۰۳

تألیف و گردآوری:

دکتر محمد تقی مبلخ الاسلام

متخصص بیماری‌های دهان فک و صورت

دانشگاه علوم پزشکی بابل

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

۶.....	سؤالات آزمون بورد بیماریهای دهان، فک و صورت - بورد ۱۴۰۳
۱۷.....	پاسخهای تشریحی آزمون بورد بیماریهای دهان و فک و صورت ۱۴۰۳

artinteb.com

سؤالات آزمون مورد بیماری‌های دهان، فک و صورت بورد ۱۴۰۳

۱- ویروس‌های هرپس موجب بروز تمام بیماری‌ها می‌شود، بجز:

الف) مونونوکلئوز عفونی ب) سارکوم کاپوزی ج) لنفوم بورکیت د) بیماری هک

۲- آقای ۴۸ ساله که اخیراً پیوند مغز استخوان شده، از دو هفته پیش دچار زخم بزرگ فرورفته و دردناکی با لبه‌های برجسته در قسمت طرفی زبان گشته که در لبه‌های آن چند وزیکول و زخم کوچک وجود دارد. درمان با آسیکلوویر موثر نبوده است. بهترین گزینه درمانی کدام است؟

الف) پردنیزولون ب) آزاتیوپرین ج) فوسکارنت د) داپسون

۳- خانمی ۲۷ ساله با شکایت از درد و سوزش در لثه‌ها مراجعه کرده است. در معاینه، نواحی اریتماتوز منتشر در لثه مارژینال و چسبنده فک بالا و پایین مشاهده می‌شود. بیوپسی از ضایعات نشان دهنده انفیلتراسیون متراکم پلاسماسل‌ها به صورت پلی کلونال می‌باشد. کدام واکنش محتمل‌ترین پاتوژنز است؟

الف) توکسیک ب) نئوپلاستیک ج) ازدیاد حساسیت د) خود ایمنی

۴- پسر ۱۶ ساله مبتلا به صرع با شکایت از زخم‌های دهانی منتشر دردناک از سه روز پیش در مخاط باکال، زبان و لبیال به دنبال مصرف والپروات سدیم مراجعه کرده است. بر روی لب‌ها کراست خونی مشاهده می‌شود. تجویز کدام دارو ارجحیت دارد؟

الف) آسیکلوویر ب) آزاتیوپرین ج) داپسون د) متوترکسات

۵- همراهی کدام بیماری در ارتباط با اختلالات عصبی مانند پارکینسون مطرح شده است؟

الف) پمفیگوس ولگاریس ب) پمفیگوئید بولوز
ج) لیکن پلان اروزو د) پمفیگوئید غشای مخاطی

۶- پسر ۹ ساله با انکیلوگلوسیا و میکروستومیا مراجعه نموده است. در ضمن وی سابقه بروز تاول متعاقب تروما به زانو را ذکر می‌کند. تشخیص احتمالی چیست؟

الف) Epidermolysis Bullosa ب) Linear IgA Disease
ج) MAGIC Syndrome د) Stevens Johnson Syndrome

درمان

مشابه همه ضایعات زخمی، درد بیمار باید با بی‌حس کننده‌های موضعی و در صورت نیاز به ضد دردهای سیستمیک کنترل شود و از یک رژیم غذایی مناسب و هیدراتاسیون کافی استفاده شود. عفونت CMV با آنتی-ویروس‌هایی مانند گان‌سیکلوویر 5IV میلی گرم / کیلوگرم دو بار در روز، وال گان‌سیکلوویر (استر والین و پیش داروی گان‌سیکلوویر با فراهمی زیستی ۱۰ برابر آن) ۹۰۰ میلی گرم دو بار در روز، **فوسکارنت**، **سیدوفوویر** درمان می‌شود. داروهای جدید مانند لترموویر (Letermovir) و واکسن CMV در مرحله تحقیقاتی است.

کتاب برکت

۳- گزینه ج

بیوپسی لثه در PCS نشان دهنده پاراکراتوز، هایپرپلازی اپیتلیالی، اگزوسیتوز نوتروفیلیک و پوستول‌های اسفنجی شکل متعدد در غیاب کاندیدا می‌باشد. شاخص‌ترین یافته **انفیلتراسیون متراکم پلاسماسل‌ها** در لامینار پروپریا و مویرگ‌های متسع شده فراوان نزدیک به سطح هستند که عامل ایجاد اریتم مشخص می‌باشند. معمولاً ائوزینوفیل‌ها دیده نمی‌شوند. رنگ‌آمیزی ایمونوپراکسیداز نشان می‌دهد که انفیلتراسیون پلاسماسل به صورت پلی کلونال است که در فرآیندهای واکنشی / التهابی معمول می‌باشد. این انفیلتراسیون بر خلاف آنچه در ضایعات نئوپلاستیک به صورت تیپیک دیده می‌شود، مونوکلونال نیست.

تظاهرات دهانی

PCS چند روز پس از تماس با عامل آلرژن به شکل نواحی ماکولار اریتماتوز به رنگ روش در حفره دهان ظاهر می‌شود. تقریباً همیشه **لثه مارژینال و لثه چسبنده با مخاط آلوئولار** و اغلب سایر بافت‌های نرم مثل سالکوس ماگزایلا و مندیبل، زبان یا مخاط باکال را درگیر می‌سازد (شکل ۳-۴۲). زخم‌هایی ممکن است وجود داشته باشد و ممکن است پوسته‌ریزی و دسکوآمیشن اپیتلیال رخ دهد و لثه نیز می‌تواند ملتهب و ادماتوز باشد. بیماران ممکن است از درد، حساسیت و خون‌ریزی لثه هنگام مسواک زدن شکایت داشته باشند. انگولار چلایتیس همراه با لب‌های آتروفیک، خشک و ترک‌دار نیز گزارش شده است.

کتاب برکت

۴- گزینه ب

مصرف مداوم آسیکلوویر ۴۰۰ میلی گرم ۲ بار در روز از بروز EM عود کننده مرتبط با HSV در بیشتر بیماران جلوگیری می‌کند؛ در حالی که EM غیر مرتبط با HSV به آزاتیوپرین (۱۵۰-۱۰۰ میلی گرم / روز) به خوبی پاسخ می‌دهد. سایر مطالعات نیز حاکی از مهار موفقیت‌آمیز عود EM وابسته به HSV با استفاده از ۵۰۰ میلی گرم والاسیکلوویر ۲ بار در روز یا ۲۵۰ میلی گرم فام‌سیکلوویر دو بار در روز است. داپسون (۱۵۰-۱۰۰ میلی گرم در روز) و داروهای ضد مالاریا در سرکوب حملات عود کننده تا حدی موفق هستند ولی می‌توانند عوارض جانبی قابل توجهی داشته باشند.

کراتوسیست‌های ادنتوژنیک نیز مشاهده شود. میکسوم‌های ادنتوژنیک نیز جداسازی داخلی را نشان می‌دهند. در برخی موارد این تومور حاوی چند سیتوم مستقیم و نازک است. در ضایعات سلول غول‌پیکر مرکزی، استخوان واکنشی به شکل استئوئید کم کلسیفیه شده ممکن است ایجاد شود و به صورت پارگی‌های کم تراکم و ضخیم یا دانه‌ای در تصویر ظاهر شود.

کتاب وایت و فارو

۵۶- گزینه د

کیست رزیجوال می‌تواند در هر دو فک ایجاد شود، اگرچه بیشتر در فک پایین نسبت به فک بالا یافت می‌شود. مرکز یک کیست رزیجوال در ناحیه پری آپیکال سابق دندان درگیر و/یا از دست رفته و در فک پایین قرار دارد. همیشه بالاتر از کانال آلوئولار تحتانی است. این کیست باقیمانده بالاتر از کانال آلوئولار تحتانی قرار دارد و کانال را در جهت پایین‌تر جابجا کرده است. کیست رزیجوال دارای یک مرکز کاملاً مشخص و قشری است مگر اینکه به‌طور ثانویه آلوده شده باشد. جنبه داخلی کیست رزیجوال به‌طور معمول رادیولوسنت است، اگرچه کلسیفیکاسیون دیستروفیک ممکن است در کیست‌های طولانی مدت وجود داشته باشد. کیست‌های رزیجوال ممکن است باعث گشاد شدن سطح استخوان مجاور و نازک شدن قشر پوشاننده شوند. در فک بالا، یک کیست باقیمانده ممکن است کف سینوس ماگزیلاری یا مسیر کانال آلوئولار تحتانی را جابجا کند. کیست‌های باقیمانده می‌توانند دندان‌ها را جابجا کنند یا ریشه‌های دندان را جذب کنند.

کتاب وایت و فارو

۵۷- گزینه د

سمنتوبلاستوم‌ها نئوپلاسم‌های مزانشیمی سمنتوبلاست‌ها با رشد آهسته هستند. تومور به صورت رشد پیازی سمان ظاهر می‌شود که در اطراف ریشه و راس ریشه دندان ایجاد می‌شود. سمنتوبلاستوماها ناشایع هستند، اگرچه به احتمال زیاد، بیشتر از آنچه گزارش‌های منتشر شده نشان می‌دهند رخ می‌دهند. این ضایعه در مردان شایع‌تر از زنان است و در سنین بیماران گزارش شده بین ۱۲ تا ۶۵ سال است، اگرچه اکثر بیماران جوان‌تر هستند. تومور اغلب در ارتباط با دندان‌های دائمی ایجاد می‌شود، اما در موارد نادر با دندان‌های شیری ایجاد می‌شود. تومور معمولاً یک ضایعه منفرد است که به کندی رشد می‌کند و ممکن است در نهایت دندان‌ها را جابجا کند. پالپ دندان درگیر حیاتی است، اما درد اغلب گزارش می‌شود که می‌تواند با داروهای ضد التهابی تسکین یابد. سمنتوبلاستوماها در سطوح ریشه دندان‌های فک پایین (۷۸٪) به ویژه دندان‌های پرمولر یا مولر اول (۹۰٪) ایجاد می‌شوند.

ضایعه دارای یک ریم کاملاً مشخص و قشری است.

سمنتوبلاستوماها ضایعات رادیولوسنت و پرتوپاک مختلط هستند که بیشتر ساختار داخلی آن رادیوپاک است. این توده رادیوپاک مرکزی توسط یک نوار رادیولوسنت احاطه شده است که نشان می‌دهد تومور از مرکز به سمت محیط بالغ می‌شود.

کتاب وایت و فارو