

مجموعه پرسش ها و پاسخ های
تشریحی آزمون فلوشیپ

لایار اسکوپ

جهت استفاده داوطلبین آزمون ارتقاء، بورد و فلوشیپ

گردآوری و ترجمه:
دکتر سیده طالانی پور حسینی
جراح و متخصص زنان و زایمان

artintep.com

لاپاراسکوپي در چند دهه ي اخير به عنوان يکي از مهم ترين پيشرفت ها در جراحی زنان شناخته شده است. اين روش با تهاجم کمتر، کاهش درد بعد از عمل، مدت بستري کوتاه تر و بازگشت سريع تر بیمار به زندگي روزمره، جایگاه ویژه ای در مدیریت بسیاری از بیماری های زنان از جمله اندومتریوز، کیست های تخمدانی، فیبروم ها و حتی جراحی های آنکولوژیک پیدا کرده است.

با وجود گسترش روزافزن این روش، آموزش منظم هدفمند لاپاراسکوپي همچنان يکي از چالش های مهم در نظام آموزشی پزشکی محسوب می شود. مطالعه ي منابع آموزشی به تنهایی کافی نیست و بسیاری از فراگیران نیازمند مرور و تمرین پرسش ها و پاسخ های کلیدی هستند تا بتوانند علاوه بر تقویت دانش نظري، در آزمون ها و نیز در عمل باليني عملکرد بهتری داشته باشند.

این کتاب با هدف گردآوری و پاسخ دقیق به سئوالات در زمینه ي لاپاراسکوپي زنان برای استفاده داوطلبین آزمون های ارتقا، بورد، فلوشیپ تدوین شده است و تلاش شده تا مطالب به شکلي ساده، منظم و براساس نیازهای آموزشی دستیاران زنان، فلوشیپ ها و متخصصین تنظیم شود تا هم برای آمادگی در آزمون های علمی و هم برای استفاده در محیط باليني سودمند باشد.

امید است که این مجموعه بتواند گامی کوچک در مسیر یادگیری و ارتقا دانش همکاران عزیز باشد.

با آرزوی توفیق روزافزون برای تمامی همکاران عزیز

دکتر سیده طلا نبی پور حسینی.

دکتر سیده طلا نبی پور حسینی

شهریور ۱۴۰۴

مجموعه پرسش‌ها و پاسخ‌های تشریحی آزمون فلوشیپ لاپاراسکوپی ۱۴۰۴ ۷

artinteb.com

مجموعه پرسش ها و پاسخ های تشریحی آزمون فلوشیپ لاپاراسکوپی ۱۴۰۴

الف) کولوستومی دائمی برای جلوگیری از انسداد مجدد
 ب) شنت روده‌ای برای عبور مدفوع و جلوگیری از جراحی بزرگ
 ج) تخلیه آسیت و ادامه مدیریت کنسرواتو
 بدون جراحی
 د) رزکسیون روده‌ای همراه با آناستوموز اولیه در صورت امکان

پاسخ: د

تلیند فصل ۳۸

صرف نظر از منشأ انسداد بدخیم روده، مهم است که یک بحث کامل در مورد تعیین اهداف مراقبت و پیامدهای مدیریت جراحی تهاجمی برای بهبود علایم با بیمار و خانواده او انجام شود.

در جایی که بدلیل تومور آسیت وسیع وجود دارد، یک الگوی از نوع ایلئوس مانند انسداد عملکردی ایجاد می‌شود، در چنین مواقعی اگر بیمار سوء تغذیه دارد (آلبومین < 3 گرم /dl) یا به طور کلی در وضعیت ضعیف (American Society of anesthesiologist Class ≥ 3 , ECOG Score ≥ 2)، است لذا بیمار از مدیریت جراحی سودی نمی‌برد. در این بیماران یک لوله گاسترواستومی از راه پوست ممکن است تسکین قابل توجهی ایجاد کند. برخی از زنان مبتلا به انسداد روده بزرگ چپ ممکن است تحت دیلاتاسیون با استنت آندوسکوپی رکتال قابل انعطاف قرار گیرند. به نظر می‌رسد بیماران مبتلا به سرطان تخمدان پیشرفته

۱- کدامیک از نشانه‌های تصویربرداری برای تشخیص آپاندیسیت حاد، بیشترین حساسیت را دارد؟ (تلیند ۲۰۲۴)
 الف) ضخیم شدن دیواره آپاندیس
 ب) وجود چربی پری آپاندیس
 ج) افزایش اندازه آپاندیس بیش از ۶ میلی‌متر
 د) افزایش جذب ماده حاجب در دیواره آپاندیس

پاسخ: ج

تلیند فصل ۳۸

یافته‌های سونوگرافی سازگار با آپاندیسیت شامل قطر آپاندیس > 6 میلی‌متر، فشرده نشدن آپاندیس با پروب، وجود آپاندیکولیت، تغییرات چربی پری اپندیکال یا عدم رویت آپاندیس است. در بیمار که تشخیص آن با وجود تمام روشهای تصویربرداری نامشخص است، مداخله زودهنگام تیم جراحی توصیه می‌شود. بسته به شرایط بیمار در برخی مواقع ممکن است معاینات سریال شکم و یا مداخله اولیه جراحی توصیه شود.

پس از مدیریت جراحی، استفاده از درن‌های ساکشن بسته در محل آپاندیسیت حاد پرفوره و یا کمپلیکه توصیه می‌شود.

۲- در بیمار مبتلا به سرطان تخمدان با کارسینوماتوز گسترده و انسداد روده باریک، کدام گزینه برای مدیریت جراحی بهترین انتخاب است؟ (تلیند ۲۰۲۴)

در سال ۲۰۱۴، گروه کوکران یک بررسی سیستماتیک درباره «تغذیه زودهنگام» پس از جراحی های زنان انجام داد؛ تغذیه زودهنگام به معنی مصرف خوراکی مایعات یا غذا در ۲۴ ساعت اول بعد از جراحی، بدون توجه به نشانه های بازگشت عملکرد روده تعریف شده بود. نتیجه این بررسی نشان داد که تغذیه زودهنگام ایمن است و باعث عوارض منفی مانند تهوع و استفراغ پس از عمل، نفخ شکم یا نیاز به لوله NG پس از عمل نمی-شود.

تغذیه زودهنگام با بازگشت سریع تر عملکرد دستگاه گوارش، کاهش عوارض (از جمله عفونت ها و بهبود سریع تر زخم ها و بهبود کیفیت زندگی بیماران (رضایت بیشتر و تسهیل راه رفتن) همراه است.

۳۴- بیمار ۷۰ ساله با سابقه فشارخون بالا و تومور مغزی و عمل جراحی هیستریکتومی واژینال، در روز پنجم پس از عمل با درد و تورم ساق پای چپ مراجعه می کند. سونوگرافی ترومبوز ورید عمقی (DVT) را تأیید می کند. با توجه به خطر بالای ترومبوآمبولی ریه (PE)، کدامیک از گزینه های زیر برای بیمار مناسب تر است؟ (تلیند ۲۰۲۴)

الف) شروع درمان با هپارین با وزن مولکولی کم (LMWH) به صورت زیر جلدی، همراه با وارفارین تا زمان رسیدن INR به حد درمانی

ب) شروع درمان با داروهای ضد انعقاد خوراکی مستقیم (DOACs) مانند ریبواروکسابان به صورت تک درمانی

ج) استفاده از فیلتر ورید اجوف تحتانی (IVC) برای جلوگیری از آمبولی ریه

د) شروع درمان با هپارین انفوزیونی تا زمان تثبیت وضعیت بیمار و سپس تغییر به درمان خوراکی

فشار هیدرواستاتیک بالا. کنترل هرگونه خونریزی در پایه میومتر با کوتری بای پولار به شکل محتاطانه. برداشتن حداقل میزان میومتر لازم برای نزدیک کردن بافت سالم به یکدیگر. بستن برش با بخیه های جذبی منقطع (بخیه ورتیکال مترس، لوپ بخیه، یا purse string). اگر بارداری اینترستیسیال کوچک و سطحی باشد، ممکن است بستن میومتر با استپلر جراحی نیز امکان پذیر باشد.

۳۳- بیمار ۵۵ ساله ای پس از عمل جراحی هیستریکتومی لاپاراسکوپیک به دلیل فیبروم رحمی، در بخش ریکاوری بستری است. جراح قصد دارد رژیم غذایی بیمار را زودهنگام آغاز کند. با توجه به اصول تغذیه پس از جراحی، کدامیک از گزینه های زیر در مورد تغذیه زودهنگام (Early Oral Feeding) صحیح است؟ (تلیند ۲۰۲۴)

الف) کاهش موربیدیت جراحی و بازگشت سریع تر فانکشن گوارشی

ب) افزایش خطر آسپیراسیون و تأخیر در تخلیه معده

ج) افزایش نیاز به داروهای ضد تهوع و کاهش تحمل تغذیه دهانی

د) افزایش خطر نشت آناستوموز و خونریزی گوارشی

پاسخ: الف

فصل ۱۱

پس از جراحی، بیماران باید هرچه زودتر تغذیه را از سر بگیرند.

مایعات شفاف می توانند به محض اینکه بیمار هوشیار شده و توانایی بلعیدن داشت، داده شوند.

در اغلب موارد، غذای جامد از روز اول پس از عمل قابل استفاده است.

همه این بافت‌ها فعال نیستند. در زنان قبل از یائسگی که سابقه اوفورکتومی یک طرفه دارند، وجود بافت باقیمانده معمولاً بدون علائم وازوموتری است. پیش از جراحی می‌توان با کلومیفن سیترات بافت فعال را تحریک کرد، اگرچه این کار ممکن است موقتاً درد را تشدید کند.

بقایای تخمدان گاهی در معاینه لمس می‌شوند، اما بیشتر اوقات با تصویربرداری (سونوگرافی، CT یا MRI در جریان بررسی درد لگنی شناسایی می‌شوند. مشاهده توده‌ای کیستیک در ناحیه آدنکس سمت جراحی شده، باید شک به باقیمانده تخمدان را برانگیزد. این بافت معمولاً توسط چسبندگی‌ها احاطه شده و اغلب در موقعیت رتروپریتون قرار دارد. بزرگ شدن کیستیک این بافت در فضای محدود می‌تواند منجر به درد شود. علت ایجاد این حالت معمولاً قطع پدیکل گنادی بیش از حد نزدیک به تخمدان است که باعث باقی ماندن بخشی از بافت یا سلول‌های تخمدانی در رباط اینفاندیبولوپلوپیک می‌شود.

عوامل خطر شامل اوفورکتومی در حضور چسبندگی آدنکس ناشی از جراحی قبلی، عفونت یا شایع‌ترین علت اندومتريوز است. چسبندگی و فیبروز اطراف اندومتريوماهای بزرگ می‌تواند تشخیص و جدا کردن بافت تخمدانی را دشوار کرده و احتمال باقی ماندن آن را در لگن افزایش دهد. اندومتريوماها اغلب به شدت به ساختارهای حیاتی اطراف مانند کولون سیگموئید، مثانه، حالب، و عروق رحمی و ایلایک چسبیده‌اند. هنگام برداشت اندومتريوما در این شرایط، اگر بخشی از تخمدان چسبیده باقی بماند، احتمال ایجاد سندروم باقی مانده تخمدان در آینده وجود دارد. برای پیشگیری از این مشکل، باید دیسکشن دقیق و شناسایی کامل مرزهای تخمدان انجام شود. ابتدا پریتون در سمت خارجی رباط اینفاندیبولوپلوپیک باز شده و فضای پاراکتال ایجاد می‌شود تا دید مناسبی به حالب و امکان لیگاتور کردن عروق تخمدانی در فاصله‌ای ایمن از ناف تخمدان فراهم گردد. در موارد چسبندگی‌های

آندومتريوز معمولاً ساده‌تر از برداشتن آپاندیس در شرایط آپاندیسیت حاد است. با این حال، در حضور آندومتريوز، یافتن و جدا کردن آپاندیس از ساختارهای اطراف ممکن است دشوار باشد، به ویژه در صورت وجود چسبندگی‌های فیبروتیک. گاهی نوک آپاندیس به آدنکس راست، عمق کولدوساک در مجاورت لیگامان یوتروساکرال راست، یا به سکوم چسبیده است.

۶۵- در بیماری با سابقه اوفورکتومی دوطرفه قبلی و شکایت درد مزمن لگنی، شک به سندروم بقایای تخمدان شده، جهت تایید تشخیص کدام روش صحیح‌تر است؟ (تلیند ۲۰۲۴)

- الف) عدم وجود علائم وازوموتور
- ب) سطح استرادیول پایین
- ج) تست تحریک کلومیفن
- د) رویت توده سیستیک در سونوگرافی

پاسخ: ج

تلیند فصل ۴۰

سندرم بقایای تخمدان به رشد دوباره بافت تخمدانی پس از انجام اوفورکتومی (برداشتن تخمدان) گفته می‌شود. بیماران ممکن است بدون علامت باشند یا در صورت بروز علائم، معمولاً از درد یک طرفه لگن شکایت کنند و گاهی توده‌ای حساس در لگن لمس شود. در زنانی که اوفورکتومی دوطرفه انجام داده‌اند، نبود علائم وازوموتور (مانند گرگرفتگی) می‌تواند نشان دهنده وجود بافت تخمدانی فعال باشد. برای تأیید، سطح هورمون محرک فولیکول (FSH) و استرادیول (E2) بررسی می‌شود. زنانی که هورمون درمانی جایگزین دریافت می‌کنند، باید مصرف دارو را پیش از آزمایش متوقف کنند (۳ تا ۴ هفته قبل از اندازه‌گیری FSH و ۴۸ ساعت قبل از سنجش E2).

یافتن مقادیر هورمونی یائسگی (FSH بالا و E2 پایین) لزوماً وجود بافت باقیمانده تخمدان را رد نمی‌کند، چون