

مجموعه پرسش‌ها و پاسخ‌های تشریحی



آزمون مورد و ارتقا تخصصی



گوش، حلق، بینی و جراحی سر و گردن ۱۴۰۴

تألیف:

دکتر مهدیه محبی کجیدی

استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

فلوشیپ لارنگولوژی

رتبه دوم مورد ۱۴۰۱

دکتر بنیامین موسوی اصل

استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

فلوشیپ اتولوژی و نورواتولوژی

رتبه سوم مورد ۱۴۰۰

دکتر آرمین حسن‌زاده دی‌ج

استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

رتبه اول مورد ۱۴۰۴

به نام خداوند بخشنده و مهربان

کتابی که پیش رو دارید پاسخ پرسش‌های آزمون‌های بورد و ارتقای قطب تهران سال ۱۴۰۴ مطابق ویرایش ۲۰۲۰ کتاب Cummings می‌باشد. یکی از بهترین منابع جهت مرور مطالب در روزهای نزدیک به آزمون، به خصوص در سال‌های ابتدایی رزیدنتی که فرصت محدودی جهت مطالعه وجود دارد، سوالات آزمون سال‌های گذشته است. به همکاران سال آخر رزیدنتی نیز توصیه می‌شود حتماً پیش از آزمون‌های گواهینامه و دانشنامه، در کنار مطالعه منابع اصلی و جمع‌بندی مطالب، مروری بر پاسخ تفصیلی آزمون‌های اخیر داشته باشند؛ زیرا همانطور که در ادامه مطالعه خواهید کرد، تمایل طراحان محترم به طرح سوال از بخش‌های خاصی از کتاب هرساله مشاهده می‌شود و این مساله موجب می‌شود بخش قابل توجهی از نکات در آزمون‌ها تکرار گردد.

تلاش شده در پاسخ به سوالات این کتاب نکات مربوط به مباحث مورد سوال، ضمن امتناع از اطناب مطلب، حتی المقدور به صورت کامل و جامع آورده شود تا با مطالعه‌ی پاسخ یک سوال، بتوانید به سوالات مشابه از آن مبحث نیز به خوبی پاسخ دهید.

در نهایت آرزوی موفقیت در آزمون‌های پیش رو و تمام مراحل زندگی برای شما خواننده‌ی عزیز را داریم. هر گونه پیشنهاد را به آدرس پست الکترونیک m.mohebbi.k@gmail.com بفرستید تا از نظرات سازنده‌ی شما بهره مند شویم.

با آرزوی بهترین‌ها برای شما عزیزان

خرداد ماه ۱۴۰۵

دکتر مهدیه محبی کجیدی

فهرست مطالب

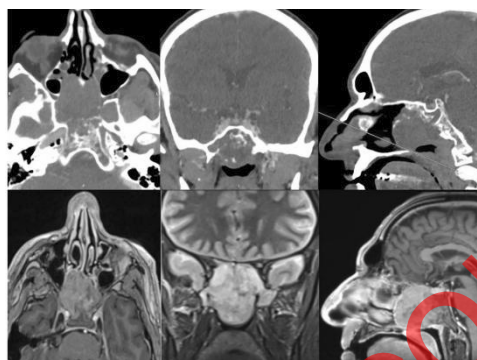
صفحه

عنوان

۵.....	آزمون مورد تخصصی گوش، حلق، بینی و جراحی سر و گردن ۱۴۰۴
۱۰۴.....	آزمون ارتقاء تخصصی گوش، حلق، بینی و جراحی سر و گردن ۱۴۰۴

artinteb.com

۱۴۱- مرد ۵۵ ساله‌ای با سابقه‌ی گرفتگی بینی، اختلال بویایی و ترشحات بینی از ۶ ماه قبل مراجعه کرده است. در تصویربرداری انجام شده تومور قاعده جمجمه مشهود است. خط نازوپالاتین جهت بیمار طراحی شده است. در ارتباط با رویکرد جراحی آندوسکپی در این بیمار کدام گزینه صحیح است؟



- الف) رویکرد آندونازال دسترسی کافی به حد تحتانی تومور را فراهم می‌کند.
- ب) مرز کلایوکتومی بیمار در پلان مدیو لترال کانال گوش داخلی می‌باشد.
- ج) کنترل خونریزی شبکه وریدی بازیلار با استفاده از کوتر دو قطبی می‌باشد.
- د) دفکت وسیع دورا در این بیمار قابل پیش‌بینی است و با فلپ سینتال کنترل می‌گردد.

ک پاسخ: 'گزینه الف' صفحه ۲۶۷۴ فصل ۱۷۷

شایع‌ترین اندیکاسیون‌های اپروچ **craniocervical junction – odontoid** عبارتند از: ضایعات فشاری اکسترادرال و basilar invagination که می‌تواند ثانویه به RA، اگزوستوز، اوستئوم و سایر پاتولوژی‌ها باشد. همچنین در درمان مننژیوم فورامن مگنوم، متاستازها به ویژه با درگیری اودونتوئید و کوردومای نواحی تحتانی کلایوس نیز می‌توان از این اپروچ استفاده کرد.

جهت بررسی امکان دسترسی به ضایعات این نواحی از طریق آندونازال می‌توان از خط نازو پالاتین (NPL) کمک گرفت که محل برخورد این خط با ستون مهره، حد تحتانی دسترسی به ضایعات از طریق آندونازال می‌باشد. (با توجه به اینکه تومور به طور کامل بالای این خط قرار دارد پس به طور کامل از طریق بینی میتوان به حد تحتانی آن دسترسی داشت).

*خط نازوپالاتین (یا نام دیگر آن Kassam line) از اتصال رینیون با خلفی‌ترین نقطه‌ی کام سخت به دست می‌آید.

۱۴۲- کودکی ۸ ساله با سابقه چاقی و OSA متوسط، پس از آدنوتونسیلکتومی همچنان علائم آپنه در خواب دارد. بهترین اقدام بعدی در مدیریت این بیمار چیست؟

- الف) عدم نیاز به درمان و پیگیری با PSG مکرر
- ب) انجام Uvulopalato pharyngoplasty
- ج) شروع CPAP یا BPAP
- د) استفاده از داروهای ضد التهاب سیستمیک

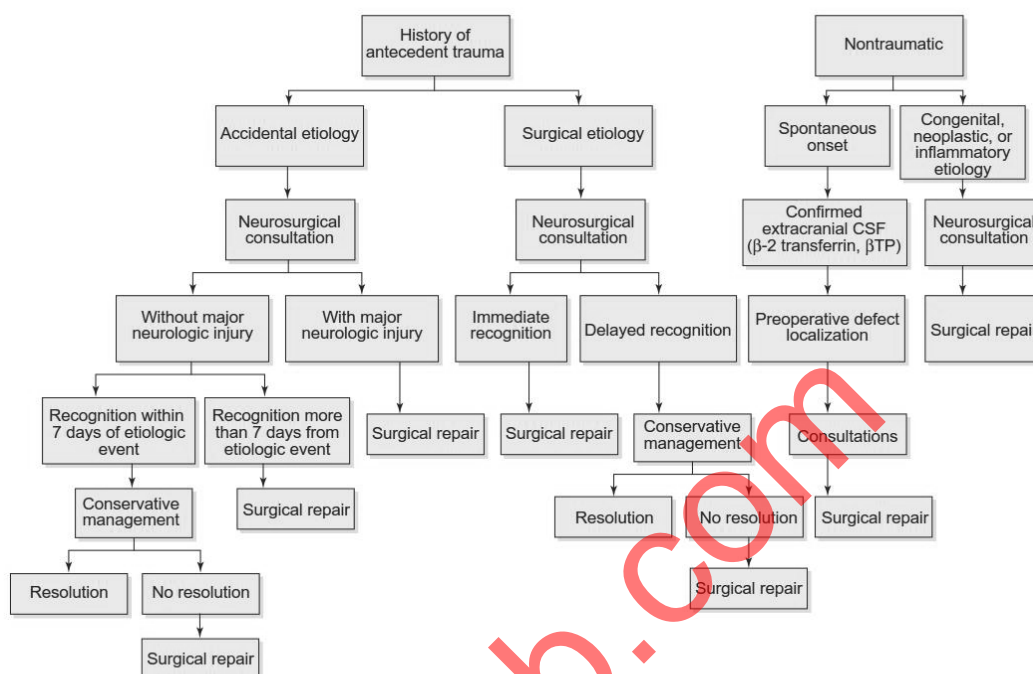


Fig. 48.10 Management strategy for cerebrospinal fluid repair. BTP, β -Trace protein.

۳۲- کدامیک از عوارض چشمی گریوز ارتباط بیشتری با هیپرتروپی عضلات اکسترااکولار دارد؟

الف) اگزوفتالموس ب) کراتوپاتی ج) لگوفتالموس د) نوروپاتی اپتیک

که پاسخ: گزینه د صفحه ۱۹۲۰ فصل ۱۲۵

هیپرتروپی شدن عضلات اکسترااکولار به ویژه مدیال و لترال رکتوس می‌تواند باعث ایجاد فشار در اپکس اربیت و فشار بر روی عصب اپتیک و اپتیک نوروپاتی شود.

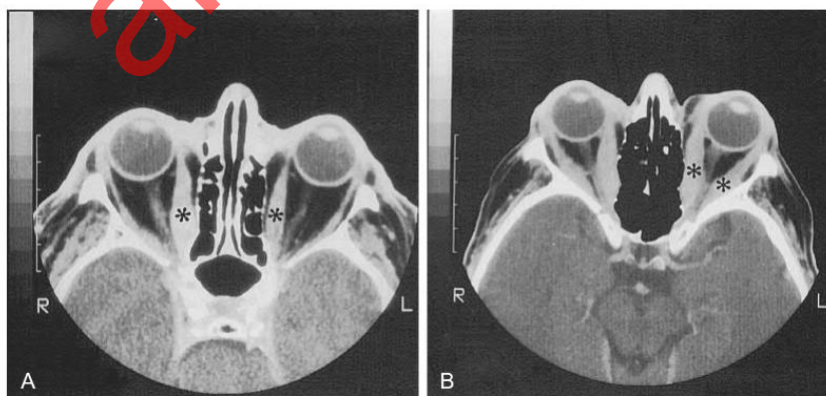


Fig. 125.1 Axial computed tomography scans through the orbits in two patients with Graves ophthalmopathy demonstrating (A) enlargement of the medial rectus muscle (asterisks) with normal lateral muscle size and (B) enlargement of the medial and lateral rectus muscle (asterisks) with crowding at the orbital apex, causing optic neuropathy.

۱۴۵- شایع ترین نئوپلاسم بدخیم غدد بزاقی در جمعیت کودکان کدام است و ویژگی غالب آن در این گروه

سنی چیست؟

- الف) کارسینوم آسینیک سل؛ اغلب درجه پایین است. (ب) کارسینوم آسینیک سل؛ اغلب درجه بالا است.
ج) کارسینوم موکوپیدرموئید؛ اغلب درجه پایین است. (د) کارسینوم موکوپیدرموئید؛ اغلب درجه بالا است.

ک پاسخ: گزینه ه فصل ۲۰۵ صفحه ۳۰۴۸

بدخیمی های غدد بزاقی در کودکان حدود ۸ تا ۱۰٪ سرطان های سر و گردن اطفال را تشکیل می دهند و بیشتر در غده پاروتید دیده می شوند. برخلاف بزرگسالان، تومورهای سالیید غدد بزاقی در کودکان اغلب بدخیم هستند. شایع ترین انواع شامل موکوپیدرموئید کارسینوما، آسینیک سل کارسینوما و آدنوئید کیستیک کارسینوما هستند که در مجموع ۸۰ تا ۹۰٪ بدخیمی ها را شامل می شوند. موکوپیدرموئید کارسینوما شایع ترین نوع است (حدود ۵۰٪ موارد)، بیشتر در نوجوانان دیده می شود و شایع ترین تومور ناشی از رادیاسیون در کودکان نیز محسوب می شود. این تومور بر اساس نسبت سلول های اسکواموس به موکوسی به درجات low, intermediate و high grade تقسیم می شود؛ در کودکان اغلب low grade بوده و پیش آگهی خوبی دارد. در تصویربرداری، تومورهای low grade بیشتر کیستیک و high grade بیشتر سالیید هستند.

آسینیک سل کارسینوما دومین بدخیمی شایع غدد بزاقی کودکان است و معمولاً به صورت توده ای بدون درد و با رشد آهسته تظاهر می کند. اغلب low grade بوده و متاستاز نادر است. آدنوئید کیستیک کارسینوما رشد آهسته ولی تمایل زیاد به تهاجم موضعی و انتشار پری نورال دارد و میزان عود آن بالاتر است. میزان عود به stage تومور، grade هیستولوژیک و کامل بودن رزکسیون وابسته است. عود هم به صورت لوکال و هم متاستاز دوردست دیده می شود.

درمان اصلی تومورهای پاروتید جراحی است؛ شامل superficial یا total parotidectomy حفظ عصب فاسیال تا زمانی که مستقیماً درگیر نشده باشد اهمیت دارد. تومورهای غدد ساب مندیبولار و ساب لینگوآل با برداشت کامل غده درمان می شوند و در تومورهای غدد بزاقی فرعی، wide local excision با حاشیه سالم انجام می شود.

Neck dissection زمانی اندیکاسیون دارد که لنف نود غیرطبیعی در معاینه یا imaging دیده شود؛ همچنین در تومورهای undifferentiated, poorly differentiated و T3/T4 به صورت elective انجام می شود چون احتمال متاستاز گردنی بالاست.

رادیوتراپی در کودکان به دلیل عوارض طولانی مدت مانند بدخیمی ثانویه، اختلال رشد دندان ها و تریسموس محدود استفاده می شود و فقط در high-grade tumors، باقی ماندن بیماری میکروسکوپی، extracapsular spread لنف نودها یا perineural invasion اندیکاسیون دارد. پیگیری طولانی مدت اهمیت زیادی دارد، زیرا به خصوص در acinic cell carcinoma و adenoid cystic carcinoma احتمال عود دیررس وجود دارد.

۱۴۶- کودک ۳ ساله به دلیل خشونت صدای پیشرونده از یکسال قبل به شما مراجعه کرده است. کدام اقدام

تشخیصی ارجح است؟

- الف) گرافی قدامی / خلفی و لترال گردن (ب) سی تی اسکن گردن
ج) برونکوسکوپی ریجید (د) نازوفارنگوسکوپی فلکسیبل

۵۴٪ موارد PSG به حالت طبیعی بازگردد؛ بنابراین این درمان به عنوان یک روش اولیه و کم تهاجمی قابل استفاده است. با این حال، آدنوتونسیلکتومی همچنان درمان خط اول (first-line therapy) برای OSA در کودکان سالم محسوب می شود و به همین دلیل گزینه د هم میتواند صحیح باشد. از طرف دیگر، آنتی بیوتیک های سیستمیک نقشی در درمان OSA کودکان ندارند و فقط گاهی برای کاهش تب یا خونریزی پس از عمل استفاده می شوند. همچنین در مطالعه CHAT مشاهده شد که حدود ۴۶٪ کودکان در گروه watchful waiting یا انتظار و پایش، بهبود خودبه خودی پیدا کردند؛ بنابراین در برخی موارد خفیف می توان این رویکرد را نیز در نظر گرفت.

۱۴۹- کودکی با شکاف کام، میکروگناسی و گلوپتوز، به شما ارجاع داده شده است. در ارزیابی اولیه، کودک وزن کمتری از حد نرمال دارد و به سختی تغذیه می کند. بهترین اقدام فوری در این مورد چیست؟

الف) شروع تغذیه با لوله معده و ارجاع جهت جراحی ترمیمی

ب) جراحی فوری شکاف لب

ج) ارزیابی تنفس و برطرف کردن مشکلات تنفسی فوری

د) ارزیابی شنوایی و تعبیه ear tube

ک پاسخ: گزینه ه فصل ۱۸۸ صفحه ۲۸۴۷

سکانس پیر رابین (PRS) با سه گانه میکروگناتیا، گلوپتوز و شکاف کام مشخص می شود که منجر به انسداد راه هوایی فوقانی می گردد. در این بیماران، اولویت اصلی تأمین راه هوایی مطمئن است، زیرا مشکلات تنفسی حیاتی ترین خطر محسوب می شوند و مدیریت راه هوایی باید توسط متخصص بیهوشی انجام شود. شروع تغذیه از لوله معده و جراحی ترمیمی ممکن است لازم باشد، اما اقدام فوری نیستند، چرا که اولویت همواره راه هوایی است. شکاف کام در این بیماران الزاماً نیاز به ترمیم فوری ندارد و جراحی آن معمولاً در سنین بالاتر انجام می شود. همچنین کودکان مبتلا در معرض خطر بالای کم شنوایی و بیماری های گوش میانی هستند و باید از نظر شنوایی پایش شوند، اما این موضوع در مقایسه با مشکلات تنفسی و تغذیه ای اورژانسی تر نیست.

۱۵۰- در جراحی Furlow double-opposing Z-plasty کدام موارد رخ می دهد؟

- الف) تنگ کردن حلق و حجیم سازی دیواره خلفی
ب) مسدود کردن خط وسط و ایجاد پورت های جانبی
ج) بلند کردن کام و حجیم کردن خلف کام
د) شکافتن کام و قرار دادن فلپ حلقی

ک پاسخ: گزینه ه فصل ۱۸۸ صفحه ۲۸۴۶

تکنیک Furlow double-opposing Z-plasty که توسط Furlow در سال ۱۹۸۶ معرفی شد، برای ترمیم شکاف کام نرم و بازسازی اسلینگ عضله لواتور ولی پالاتینی (levator sling) استفاده می شود و به ویژه در secondary cleft palate و همچنین velopharyngeal insufficiency (VPI) در بیماران مبتلا به شکاف کام ساب موکوزال کاربرد دارد. در این روش با استفاده از دو فلپ Z شکل متقابل، فلپ های حاوی عضله به سمت خلف و فلپ های فقط مخاطی به سمت قدام جابه جا می شوند. نتیجه ی این جابه جایی، بلند شدن کام نرم (palatal lengthening) و بازسازی عملکرد عضلات کام است که باعث بهبود نتایج گفتاری نسبت به سایر روش های پالاتوپلاستی می شود. این تکنیک از نظر فنی دشوارتر است، به خصوص در شکاف های وسیع، و در صورت درگیری کام سخت، ترمیم آن مشابه two-flap palatoplasty انجام می شود. در حین جراحی ابتدا لایه بینی و سپس لایه دهانی بسته می شود و بازسازی uvula نیز اهمیت دارد. نکته امتحانی مهم این است که در Furlow palatoplasty هدف اصلی بلند کردن کام و افزایش حجم بخش خلفی کام نرم برای بهبود بسته شدن velopharyngeal است.