

- مجموعه پرسش‌ها
- و پاسخ‌های تشریحی
- آزمون فلوشیپ

انکولوژی ۱۴۰۵

جهت استفاده داوطلبین آزمون ارتقاء، مورد و فلوشیپ

گردآوری و تألیف:

دکتر زهرا مقیمی

فلوشیپ انکولوژی زنان

رتبه اول آزمون فلوشیپ سال ۱۴۰۴

رتبه سوم آزمون مورد تخصصی سال ۱۳۹۹

دکتر فائزه میرباقری

جراح و متخصص زنان

به نام خداوند جان و خرد

به نام آن که به هر آغاز، روشنای امید می‌بخشد و فرجام هر کوشش را به سرانجامی روشن رهنمون می‌سازد... آمادگی برای آزمون‌های تخصصی، با تلاش مستمر، مرور هدفمند منابع و بهره‌گیری از تجربه‌های علمی هموارتر می‌شود. مجموعه حاضر با هدف فراهم آوردن مرجعی منسجم و کاربردی برای داوطلبان آزمون فلوشیپ انکولوژی زنان تدوین شده است.

در تهیه این مجموعه، تلاش شده است پرسش‌ها و پاسخ‌های تشریحی بر اساس سرفصل‌ها و رفرنس‌های اعلام‌شده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گردآوری و تنظیم شوند؛ به گونه‌ای که علاوه بر کمک به جمع‌بندی مطالب، زمینه‌ای برای مرور دقیق‌تر نکات کلیدی و آمادگی مؤثرتر در آزمون فراهم آید. از همراهی و حمایت ارزشمند تمامی استادان ارجمند، همکاران گران‌قدر و عزیزانی که با حمایت و راهنمایی خود در شکل‌گیری این مجموعه نقش داشتند، سپاسگزاریم. همچنین برای تمام داوطلبان پرتلاش این آزمون، آرزوی موفقیت، آرامش و سربلندی داریم.

امید است این مجموعه بتواند گامی کوچک اما مؤثر در مسیر رشد علمی و دستیابی به اهداف حرفه‌ای شما عزیزان باشد.

دکتر زهرا مقیمی

رتبه اول آزمون فلوشیپ سال ۱۴۰۴

رتبه سوم آزمون بورد تخصصی سال ۱۳۹۹

دکتر فائزه میرباقری

جراح و متخصص زنان

فهرست مطالب

عنوان

صفحه

مجموعه پرسش‌ها و پاسخ‌های تشریحی آزمون انکولوژی ۱۴۰۵ ۵

artinteb.com

آزمون فلوشیپ انکولوژی

سال ۱۴۰۵

۱- خانمی ۶۷ ساله مورد کانسر تخمدان با متاستاز به غدد لنفاوی اینگوینال می‌باشد. انتشار تومور احتمالاً در امتداد کدام مسیر آناتومیک رخ داده است؟

(الف) مسیر لیگامان اینفاندیبولوپلوک

(ب) مسیر لیگامان راند

(ج) مسیر یورتر

(د) مسیر مزانتر

پاسخ: گزینه ب

کانال اینگوینال در مرز تحتانی لایه عضلانی - فاشیایی جدار شکم قرار دارد. این کانال بالا و موازی لیگامان اینگوینال قرار دارد نقطه وسط کشاله ران، نقطه وسط بین سمفیز پوبیس و خار خصره قدامی فوقانی (ASIS) است نبض عروق فمورال در این محل قابل لمس است کانال اینگوینال دو سوراخ دارد شامل حلقه اینگوینال سطحی و عمقی. کانال اینگوینال توسط یک بیرون‌زدگی از پریتونوم (پروسس واژینال) و یک ساختمان عضلانی پوشیده شده است. ناتوانی در پسرفت پروسس واژینال می‌تواند منجر به هرنی اینگوینال غیرمستقیم شود، و ساک پریتون یا به‌طور بالقوه لوپ‌های روده به داخل کانال اینگوینال در سطح حلقه اینگوینال عمقی و در خارج عروق اپی‌گاستریک تحتانی وارد می‌شوند.

لیگامان راند در یک خانم از طریق کانال اینگوینال به داخل لایبوماژور کشیده شده است. علاوه بر این، اعصاب ایلویو اینگوینال و شاخه ژنیتال عصب ژنیتوفمورال از داخل کانال عبور می‌کنند.

۲- خانمی ۳۸ ساله NG با نازایی اولیه، طی بررسی جهت باروری تحت هیستروسکوپی قرار گرفته است. پاتولوژی بیمار Atypical Endometrial hyperplasia می‌باشد. بهترین اقدام جهت بیمار چیست؟

(الف) مدروکسی پروژسترون 5mg هر ۱۲ ساعت روزانه به مدت ۲ ماه

(ب) مژسترون 80mg روزانه + متفورمین به مدت ۳ ماه

(ج) مژسترون 120mg روزانه به مدت ۲ ماه

(د) مژسترون 80mg دو هفته در ماه به مدت ۳ ماه

پاسخ: گزینه ب

نمای فصل ۳۷

درمان با حفظ باروری در بیماران با هایپرپلازی و کانسر اندومتر متاآنالیز مطالعات مشاهده‌ای نشان داده‌اند که حدود ۷۵ تا ۸۵ درصد از بیماران مبتلا به سرطان آندومتر با درجه پایین و در مراحل اولیه بالینی، با درمان پروژستینی به پسرفت بیماری (Regression) دست می‌یابند.

با این حال، میزان عود بیماری بالا است (حدود ۴۰٪) و تنها ۲۸٪ از بیماران موفق به بارداری شدند. افزودن متفورمین به پروژسترون ممکن است میزان عود را کاهش دهد، اما به نظر نمی‌رسد که به‌طور قابل توجهی میزان بهبودی کامل (Remission) یا بارداری را افزایش دهد.

معیارهای مناسب برای انتخاب بیماران و معیارهای خروج از این روش درمانی هنوز به‌طور دقیق مشخص نشده‌اند. باید به بیماران توضیح داده شود که اگر در طول درمان پروژستینی، عود یا پیشرفت بیماری به موقع تشخیص داده نشود، ممکن است جراحی قطعی به تأخیر بیفتد و در نهایت پیش آگهی بیمار بدتر شود.

درمان مداوم با پروژستین، به‌ویژه با مژستروال استئات با دوز ۴۰ تا ۱۶۰ میلی‌گرم در روز، احتمالاً قابل اعتمادترین روش برای برگشت هیپرپلازی کمپلکس یا آتیپیک است. البته باید توجه داشت که دوزهای بالاتر ممکن است به دلیل عوارض جانبی، باعث کاهش پایداری بیمار به درمان شوند.

در مورد فاصله زمانی ایده‌آل برای پیگیری بیماران، هنوز اتفاق نظر مشخصی وجود ندارد. درمان باید حداقل ۲ تا ۶ ماه ادامه یابد و برای ارزیابی پاسخ به درمان، بیوپسی آندومتر انجام شود. اگر پس از ۶ ماه هیچ پاسخ پاتولوژیکی حاصل نشود، می‌توان درمان محافظه‌کارانه را حداکثر تا ۹ تا ۱۲ ماه ادامه داد و سپس در صورت عدم پاسخ، هیستریکتومی انجام داد.

در بیمارانی که به علت هیپرپلازی آتیپیک تحت درمان با پروژستین هستند، انجام بیوپسی‌های دوره‌ای آندومتر یا سونوگرافی ترانس واژینال توصیه می‌شود، زیرا حداقل در ۲۵٪ موارد، سرطان تشخیص داده نشده همزمان وجود دارد و همچنین احتمال عود بیماری پس از درمان با پروژستین بالا است.

در این شرایط، استفاده از پروژسترون باید به عنوان یک درمان موقت و نه درمان طولانی مدت در نظر گرفته شود. در زنانی که دچار هیپرپلازی کمپلکس آتیپیک هستند و دیگر تمایلی به حفظ باروری ندارند، انجام هیستریکتومی توصیه می‌شود.

۳- خانمی ۷۰ ساله به دلیل خونریزی، تحت هیستروسکوپی پولیپتومی قرار گرفته است. پاتولوژی بیمار serous adenocarcinoma گزارش شده است. در MRI نکته پاتولوژیکی نداشته است. بهترین اقدام جهت بیمار چیست؟

الف) TAH+BSO

ب) TAH+BSO+PLND

ج) TAH+BSO+PLND+OMENTECTOMY

د) observation

➤ پاسخ: گزینه ج

نمای فصل ۳۷

در سرطان آندومتر در مراحل اولیه، جراحی استاندارد شامل هیستریکتومی کامل همراه با سالپنگواوفورکتومی دوطرفه از طریق رویکرد لاپاروسکوپی با حداقل تهاجم (Minimally Invasive Surgery) است.

اقدامات مرحله‌بندی در برخی زیر گروه‌های خاص هیستوپاتولوژیک، مانند کارسینوم سروزی آندومتر، کارسینوم آندومتر تمایز نیافته و همچنین کارسینوسارکوم، شامل اومنکتومی اینفراکولیک (برداشتن امنوم بزرگ در قسمت زیر کولون عرضی) نیز می‌شود، زیرا این تومورها خطر بالایی برای وجود متاستازهای میکروسکوپی به امنوم دارند.

مرحله‌بندی غدد لنفاوی باید در بیمارانی که در گروه خطر متوسط - بالا یا پرخطر قرار دارند انجام شود. نمونه‌برداری از غده لنفاوی نگهبان، یک جایگزین مناسب برای لنفادنکتومی سیستماتیک به منظور مرحله‌بندی بیماری است.

همچنین، در بیماران کم خطر یا با خطر پایین - متوسط نیز می‌توان از نمونه‌برداری SLN استفاده کرد تا:

- وجود متاستازهای پنهان (Occult) در غدد لنفاوی رد شود، و
- مشخص گردد که بیماری واقعاً محدود به رحم است.

بنابراین، گایدلاین ESGO-ESTRO-ESP استفاده از روش SLN را در تمام بیماران مبتلا به سرطان آندومتر مجاز می‌داند و این رویکرد مورد تأیید FIGO نیز قرار گرفته است.

در مواردی که سرطان آندومتر در مراحل اولیه مطرح است، بیوپسی SLN در بیماران با خطر متوسط بالا و پر خطر، جایگزین مناسبی برای لنفادنکتومی سیستماتیک به منظور مرحله‌بندی غدد لنفاوی محسوب می‌شود. همچنین، در بیماران کم خطر یا با خطر متوسط نیز می‌توان از آن برای رد متاستازهای مخفی غدد لنفاوی استفاده کرد.

۴- خانمی ۴۵ ساله مجرد، با پاتولوژی low grade ESS اندومتریال استرومال سارکوما به دنبال میومکتومی مراجعه کرده است. در MRI قبل از جراحی یافته مثبت دیگری ذکر نگردیده است. بهترین اقدام جهت بیمار چیست؟

- | | |
|------------------|----------------------|
| الف) Observation | ب) TAH+BSO |
| ج) TAH+BSO+PLND | د) TAH با حفظ تخمدان |

پاسخ: گزینه ب

درمان اولیه بهینه برای سارکوم استرومال آندومتر با درجه پایین (Low-grade ESS) شامل برداشتن جراحی تمام تومورهای قابل مشاهده است. هیستریکتومی کامل باید انجام شود که می‌تواند به روش باز یا به روش کم تهاجمی (Minimally invasive surgery) باشد.

لوله‌های فالوپ و تخمدان‌ها نیز باید برداشته شوند، زیرا:

- این تومور تمایل دارد به پارامتریوم، لیگامان‌های پهن و ساختارهای آدنکس گسترش یابد.
 - همچنین در صورت باقی ماندن تخمدان‌ها، استروژن ممکن است باعث تحریک رشد سلول‌های تومور شود.
- از آنجا که میزان متاستاز به غدد لنفاوی نسبتاً پایین است، در صورت عدم وجود درگیری واضح غدد لنفاوی یا بیماری خارج رحمی، انجام لنفادنکتومی ضروری نیست.

رادیوتراپی لگنی برای بیمارانی توصیه می‌شود که:

- تومور آنها به طور ناکامل برداشته شده باشد، یا
- دچار عود موضعی در لگن شده باشند.

با توجه به اینکه این بیماری معمولاً رشد آهسته (Indolent) دارد، شیمی درمانی سیتوتوکسیک احتمالاً سود قابل توجهی نخواهد داشت.

درمان هورمونی با مهار کننده آروماتاز (Aromatase inhibitor) یا پروژستین در بیماران مبتلا به عود یا متاستاز، میزان پاسخ درمانی نزدیک به ۵۰ درصد ایجاد می‌کند.

ضایعات عود کننده یا متاستاتیک ممکن است همچنان قابل برداشت با جراحی باشند.

حتی پس از بروز عود یا متاستاز نیز، به دلیل سیر آهسته بیماری، بقای طولانی مدت و حتی درمان قطعی در بسیاری از بیماران مشاهده می‌شود و میزان بقای ۵ ساله بیش از ۹۰ درصد است.

۵- خانمی ۶۰ ساله به دلیل خونریزی و پولیپ اندومتر، تحت هیستروسکوپی قرار گرفت. جواب پاتولوژی بیمار adenosarcoma گزارش شده است. بهترین اقدام جهت بیمار چیست؟

الف) TAH+BSO
ب) observation
ج) TAH+BSO+PLND
د) TAH+BSO+PLND+ omentectomy

پاسخ: گزینه الف

آدنوسارکوم از ترکیب غدد نئوپلاستیک با ظاهر خوش خیم و یک استرومای سارکوماتوز تشکیل شده است. این تومور تنها حدود ۵٪ از تمام سارکوم‌های رحم را تشکیل می‌دهد. بیشتر بیماران با خونریزی رحمی پس از یائسگی مراجعه می‌کنند و بیماری معمولاً با نمونه‌برداری از آندومتر تشخیص داده شده یا به آن مشکوک می‌شود. اکثر آدنوسارکوم‌ها حدود مشخص و واضحی دارند و به آندومتر یا بخش سطحی میومتر محدود هستند. درمان استاندارد شامل هیستروکتومی کامل همراه با سالپنگوآفوروکتومی دوطرفه است؛ برداشتن روتین غدد لنفاوی اندیکاسیون ندارد. از آنجا که عود بیماری که عمدتاً به صورت عود موضعی در لگن یا واژن رخ می‌دهد در ۴۰ تا ۵۰ درصد موارد گزارش شده است، برای تریای و ژینال پس از عمل یا رادیوتراپی لگنی به عنوان درمان کمکی توصیه شده است. شواهد اندکی در حمایت از استفاده از شیمی درمانی کمکی یا هورمون درمانی کمکی وجود دارد. مهم‌ترین عامل مؤثر بر بقا، وجود یا عدم وجود رشد بیش از حد سارکوماتوز (sarcomatous overgrowth) است که در حدود ۳۰ درصد موارد مشاهده می‌شود. میزان بقای کلی ۵ ساله در بیمارانی که رشد بیش از حد سارکوماتوز ندارند حدود ۷۰ تا ۸۰ درصد گزارش شده است، در حالی که در بیماران دارای رشد بیش از حد سارکوماتوز این میزان به حدود ۵۰ تا ۶۰ درصد کاهش می‌یابد.

۶- خانمی ۴۹ ساله به دلیل توده تخمدان تحت TAH+BSO+PLND+ omentectomy قرار گرفته است. پاتولوژی بیمار، تخمدان چپ: endometrioid adenocarcinoma G2، سطح تخمدان سالم بوده است. به طور همزمان در رحم نیز endometrioid adenocarcinoma G2 با درگیری سطحی آندومتر و LVSI به صورت فوکال مثبت گزارش شده است. سایر نقاط نرمال بوده است. بهترین اقدام جهت بیمار چیست؟

الف) Observation
ب) کموتراپی Taxol+Carboplatin ۶ جلسه
ج) کموتراپی + براکی تراپی
د) کموتراپی + EBRT

پاسخ: گزینه الف

طبق Figo staging 2023 کنسر آندومتر، مرحله‌ی تومور 1A3 می‌باشد. (Low-grade endometrioid carcinomas limited to the uterus and ovary) کارسینوم‌های آندومتریوئید آندومتر با درجه بدخیمی پایین که هم آندومتر و هم تخمدان را درگیر کرده‌اند، دارای پیش آگهی مطلوب هستند و در صورتی که تمام معیارهای زیر وجود داشته باشند، درمان کمکی (Adjuvant therapy) توصیه نمی‌شود:

- ۱- تهاجم میومتر بیشتر از superficial نباشد؛ یعنی کمتر از ۵۰ درصد ضخامت میومتر درگیر شده باشد.
- ۲- تهاجم لنفوواسکولار (LVSI) وسیع یا قابل توجه وجود نداشته باشد.
- ۳- هیچ متاستاز اضافی دیگری وجود نداشته باشد.

تومور تخمدان یکطرفه باشد، به همان تخمدان محدود باشد و هیچ شواهدی از درگیری یا پارگی کیسول تخمدان وجود نداشته باشد (معادل pT1a).

Table 37-7A FIGO Staging of Endometrial Cancer 2023^{a,b}

Stage	Description
Stage I	Confined to the uterine corpus and ovary ^c
IA	Disease limited to the endometrium OR non-aggressive histological type, i.e. low-grade endometrioid, with invasion of less than half of myometrium with no or focal lymphovascular space involvement (LVSI) OR good prognosis disease IA1 Non-aggressive histological type limited to an endometrial polyp OR confined to the endometrium IA2 Non-aggressive histological types involving less than half of the myometrium with no or focal LVSI IA3 Low-grade endometrioid carcinomas limited to the uterus and ovary ^c
IB	Non-aggressive histological types with invasion of half or more of the myometrium, and with no or focal LVSI ^d
IC	Aggressive histological types ^e limited to a polyp or confined to the endometrium
Stage II	Invasion of cervical stroma with extrauterine extension OR with substantial LVSI OR aggressive histological types with myometrial invasion
IIA	Invasion of the cervical stroma of non-aggressive histological types
IIB	Substantial LVSI ^d of non-aggressive histological types
IIC	Aggressive histological types ^e with any myometrial involvement
Stage III	Local and/or regional spread of the tumor of any histological subtype
IIIA	Invasion of uterine serosa, adnexa, or both by direct extension or metastasis IIIA1 Spread to ovary or fallopian tube (except when meeting stage IA3 criteria) ^c IIIA2 Involvement of uterine subserosa or spread through the uterine serosa
IIIB	Metastasis or direct spread to the vagina and/or to the parametria or pelvic peritoneum IIIB1 Metastasis or direct spread to the vagina and/or the parametria IIIB2 Metastasis to the pelvic peritoneum
IIIC	Metastasis to the pelvic or para-aortic lymph nodes or both ^f IIIC1 Metastasis to the pelvic lymph nodes IIIC1i Micrometastasis IIIC1ii Macrometastasis IIIC2 Metastasis to para-aortic lymph nodes up to the renal vessels, with or without metastasis to the pelvic lymph nodes IIIC2i Micrometastasis IIIC2ii Macrometastasis
Stage IV	Spread to the bladder mucosa and/or intestinal mucosa and/or distance metastasis
IVA	Invasion of the bladder mucosa and/or the intestinal/bowel mucosa
IVB	Abdominal peritoneal metastasis beyond the pelvis
IVC	Distant metastasis, including metastasis to any extra- or intra-abdominal lymph nodes above the renal vessels, lungs, liver, brain, or bone

۷- خانمی ۳۴ ساله ۲۳ هفته باردار، با سونوگرافی مبنی بر توده ۷ سانتی‌متری با جز سالیید و پاپیلاری پروجکشن (ORADS5) مراجعه کرده است. در بررسی شکمی اسیت و لنف نود و یا نکته پاتولوژیک دیگری ندارد. بهترین اقدام جهت بیمار چیست؟

الف) بلافاصله جراحی و ادامه بارداری

ب) تحت نظر گرفتن بیمار با سونوگرافی تا ترم و سپس جراحی

ج) تحت نظر گرفتن بیمار تا رسیدگی ریه و سپس ختم بارداری و جراحی

د) کموتراپی و تحت نظر گرفتن بیمار تا رسیدگی ریه و سپس ختم بارداری و جراحی

➤ پاسخ: گزینه الف ویلیامز فصل ۶۶

توده‌های آدنوکسی بدون علامت در دوران حاملگی

اکثر این توده‌ها به صورت تصادفی کشف می‌شوند و ملاحظات درمانی شامل ضرورت یا عود ضرورت رزکسیون توده و زمان انجام این کار هستند. توده کیستیک به ظاهر خوش‌خیم با اندازه کمتر از ۵ سانتی‌متر، در اغلب موارد به ارزیابی بیشتری در دوره قبل از زایمان نیاز ندارد. در اوایل حاملگی، این توده‌ها احتمالاً معرف کیست جسم زرد هستند که به‌طور طبیعی تا اوایل سه ماهه دوم برطرف می‌شود. در مورد کیست‌هایی که اندازه آنها مساوی یا بیش از ۱۰ سانتی‌متر است، به دلیل خطر قابل توجه بدخیمی، تورسیون یا توقف لیبر، خارج کردن توده با جراحی اقدامی معقول محسوب می‌شود.

تومورهایی که اندازه آنها بین ۵ تا ۱۰ سانتی‌متر است، باید به دقت با TVS همراه با داپلر رنگی و احتمالاً MRI ارزیابی شوند. اگر توده‌ها ظاهر کیستیک ساده داشته باشند، به صورت انتظاری با ارزیابی سونوگرافیک اداره می‌شوند. اگر کیست‌ها بزرگ شوند، ویژگی‌های بدخیم را نشان بدهند و یا حالت علامت‌دار پیدا کنند، اقدام به رزکسیون آنها می‌شود. کیست‌هایی را که با یافته‌های کلاسیک اندومتریوما یا تراژوم کیستیک رسیده همراه هستند، می‌توان پس از زایمان یا در حین سزارین (برای اندیکاسیونهای مامایی)، رزکسیون کرد.

از طرف دیگر، اگر ویژگی‌های سونوگرافی بر سرطان دلالت داشته باشند، رزکسیون فوری اندیکاسیون پیدا می‌کند. یافته‌های دلالت‌کننده بر سرطان، شامل ندولها، زواید پاپیلری، اجزای توپر یا سیتوم‌های ضخیم و عروقی در داخل توده و یا آسیت هستند.

۸- خانمی ۳۸ ساله G2L1 با سابقه زایمان طبیعی، ۳۲ هفته باردار است. به دلیل پاپ اسمیر ASC-H، تحت کولپوسکوپی و بیوپسی قرار گرفته است. در معاینه ظاهر سرویکس نرمال و در کولپوسکوپی رضایت بخش بوده و شواهدی به نفع بدخیمی ندارد. با توجه به بیوپسی CIN 2، بهترین اقدام جهت ادامه بارداری و درمان بیمار چیست؟

الف) ختم بارداری بعد از رسیدگی ریه و هیستریکتومی ساده همزمان با سزارین

ب) ختم بارداری در ۳۹ هفته و هیستریکتومی ساده همزمان با سزارین

ج) ختم بارداری در ترم به روش واژینال و پیگیری بیمار بعد از آن

د) ختم بارداری در ترم به روش واژینال و همزمان کونیزاسیون

➤ پاسخ: گزینه ج ویلیامز فصل ۶۶

در زنان مبتلا به CIN که ضایعه آنان با بررسی هستولوژیک در دوران حاملگی تأیید شده است، می‌توان زایمان واژینال را مجاز شمرد.

بررسی بیشتر، برای حداقل ۴ هفته پس از زایمان برنامه‌ریزی می‌شود. همچنین، در مورد آن دسته از یافته‌های بالینی کد با خطر بالاتر سرطان همراه هستند تکرار کولپوسکوپی و سیتولوژی / HPV با فواصل حداکثر ۱۲ هفته‌ای برنامه‌ریزی می‌شود. بیوپسی فقط در صورتی تکرار می‌شود که ضایعه بدتر شده باشد یا شک به سرطان مهاجم وجود داشته باشد.

۹- خانمی ۳۴ ساله به دلیل بارداری دوقلویی breech, breech کاندید سزارین بوده است. حین سزارین متوجه تخمدان‌های بزرگ با نمای سیستیک در هر دو سمت شده است. بهترین اقدام جهت بیمار چیست؟

الف) Cystectomy (ب) Biopsy (ج) تخلیه کیست (د) Follow up

پاسخ: گزینه د ویلیامز فصل ۶۶

واکنش شدید لوتئینی

در این وضعیت، به طور تیپیک بعد از سه ماهه اول حاملگی در یک یا هر دو تخمدان کیستهای تکا لوتئینی متعدد بزرگ به وجود می‌آیند. اکثر این کیستها در اثر مقادیر بسیار بالای hcg تحریک می‌شوند. به همین دلیل، این تومورها در بیماری تروفوبلاستیک حاملگی، حاملگی‌های دوقلویی، هیدروپس جنینی و سایر وضعیتهای همراه با افزایش توده‌ی جفتی شایعتر هستند.

ممکن است ویریلیزاسیون مادر رخ بدهد، اما ویریلیزاسیون جنین دیده نمی‌شود. میزان تستسترون سرم، پیشگویی کننده ویریلیزاسیون مادر نیست.

این تومورهای تخمدان در سونوگرافی دارای نمای چرخ پره‌دار هستند. اگر در مورد تشخیص بیماری اطمینان وجود داشته باشد و تورشن یا خونریزی رخ نداده باشند، این تومورها نیازی به مداخلات جراحی ندارند. این توده‌ها بعد از زایمان برطرف می‌شوند.

۱۰- خانمی ۵۷ ساله سیگاری، چاق با ۱۳۰ کیلوگرم وزن و کاندید عمل هیسترکتومی است در این صورت کدامیک از گزینه‌های زیر صحیح است؟

الف) یک ساعت قبل از عمل ۲ گرم سفازولین وریدی برایش تجویز می‌کنیم.
ب) طبق خواسته بیمار با جراح برای انجام عمل panniculectomy همراه با هیسترکتومی هماهنگ می‌کنیم.
ج) در ترمیم محل عمل پس از دوختن فاسیا بافت ساب کوتاه را بدون سوچور زدن از نظر خونریزی چک کرده و سپس پوست را می‌دوزیم.

د) به بیمار توصیه می‌کنیم ۴ هفته قبل از عمل سیگار را قطع کند.