

# مرور سریع پاتولوژی

مدرس:

دکتر اشکان عبدلی





Brain

**کروماتولیز مرکزی:** آسیب اکسونی باعث بزرگ و گرد شدن جسم سلول جابجایی هسته به سمت محیط بزرگ شدن هستک و متفرق شدن ماده نیسل

**الیگودندروسیت ها:** تولید میلین

**میکرو گلی:** مشتق از مغز استخوان و به عنوان فاگوسیت های CNS

**هیدروسفالی:** افزایش حجم CSF در تمام یا قسمتی از سیستم بطنی

**آدم مغزی منتشر:** شکنج ها پهن و مسطح و شیار های بین انها باریک می گردد. حفرات بطنی نیز تحت فشار هستند.

## تومورها

گلیوم ها (GFAP+):

۱) استروسیتوم فیبریلاری: حدود ۸۰% تومورهای اولیه بالغین را شامل می شود.

۲) استروسیتوم اناپلاستیک

۳) GBM: تکثیر سلولهای اندوتلیال و نکروز پالیسیدینگ

- استروسیتوم پیلوسیتیک: اغلب در کودکان و نوجوانان و در مخچه

- (دیواره بطن سوم اعصاب بینایی) اکثرا کیستی با یک ندول جداری در دیواره کیست می

باشد. تومور از مناطقی از سلولهای دو قطبی به همراه زوائد طویل و نازک مویی شکل

(GFAP+)

- رشته های روزنتال و اجسام گرانولر ائوزینوفیلیک و کیست های کوچک اغلب وجود دارند

## تومورها

مدولوبلاستوم: ۲۰% تومورهای مغزی در کودکان. اغلب از سقف بطن ۴ به رنگ خاکستری و شکننده به شدت تمایز نیافته و بدخیم است.

سلولهای توموری کوچک و دارای سیتوپلاسم مختصر و هسته های پر رنگ (سلولهای اناپلاستیک ابی کوچک) می باشند. میتوز به فراوانی دیده می شود.

لنفوم اولیه CNS: شایعترین نئوپلاسم CNS در مبتلایان به نقص ایمنی. اغلب چند کانونی بوده و سلولهای بدخیم در پارانشیم مغزی ارتشاح یافته و در اطراف عروق خونی تجمع پیدا می کنند.

Germ cell tumor: در طول خط وسط معمولا در مناطق فوق زینی و پینه ال روی می دهند. (تومور CNS معادل سمینوم را ژرمینوم می نامند)

## تومورها

مننژیوم: الگوی رشد سن سیشیال و گردبادی با حضور اجسام ساموما

متاستازها: متاستازهای مغزی توده‌هایی با حدود مشخص اغلب در محل اتصال ماده سفید و خاکستری ایجاد می‌کنند.

در بررسی میکروسکوپی حد فاصل بین تومور و پارانشیم مغز به خوبی و به وسیله گلیوز واکنشی اطراف تومور مشخص می‌باشد.

## سندرم های توموری خانوادگی

-نوروفیبروماتوز نوع ۱: نوروفیبروم پلکسیفرم گلیوم عصب اپتیک پیگمان عنبیه (ندول لیش) و

ماکولهای هیپر پیگمانته پوستی (شیر قهوه)

-نوروفیبروماتوز ۲: شوانوم وستیولار دو طرفه و مننژیوم های متعدد

فون هیپل لیندو: همانژیوبلاستوم مخچه

• پسربچه‌ی ۱۰ ساله‌ای با توموری در مخچه مراجعه نموده است که به صورت ندولی در داخل جداره‌ی کیست بوده و در نمای میکروسکوپی سلول‌های آن دارای زوائد طویل و نازک مویی شکل می‌باشند. کدام تشخیص محتمل‌تر است؟

۱. الیگودندروگلیوم

۲. آپاندیموم

۳. آستروسیتوم پیلوسیتی

۴. مدولوبلاستوم

• پیش‌کارورزی شهریور ۹۵ قطب شیراز



• دختر ۹ ساله ای با علائم گرفتاری مخچه ارجاع داده شده است. نمونه ی تومور مخچه که به آزمایشگاه پاتولوژی ارسال شده، ظاهر خاکستری رنگ با قوام شکننده دارد. در بررسی میکروسکوپی، تومور از سلول های کوچک هیپرکروم تشکیل شده است. تشخیص کدام است؟

۱. آستروسیتوم با درجه ی پایین

۲. نوروبلاستوم

۳. مدولوبلاستوم

۴ گلیوبلاستوم

• پیش کارورزی اسفند ۹۵ قطب تهران شیراز

• در بیماری که تومورهای متعدد مننژیوما در همراهی با شوانوما عصب هشت دیده می شود، کدام سندرم باید مورد بررسی قرار بگیرد؟

۱. توبروس اسکروزوس

۲. نوروفیبروماتوز

۳. نوروفیبروماتوز

۴. ون هیپل لیندا

• پیش کارورزی اسفند ۹۵ قطب تهران شیراز

• در بررسی ریزبینی توده لوب فرونتال آقای ۴۵ ساله که با تشنج مراجعه کرده است صفحاتی از سلول های یکدست با هسته گرد و کروماتین گرانولر که توسط سیتوپلاسم روشن احاطه شده اند دیده می شوند که در استرومایی با شبکه مویرگی ظریف و آناستوموز شونده قرار گرفته اند. تعدادی اجسام کلسیفیه و بندرت میتوز دیده می شود. کدام گزینه برای تشخیص مناسب تر می باشد؟

الف) اپاندیموم

ب) آستروسیتوم

ج) اولیگودندروگلیوم

د) مننژیوم

• دستیاری - سال ۱۳۹۵ - کشوری

• دختر ۱۲ ساله ای با توده ی توپیر ناحیه ی بطن چهارم مغز مراجعه نموده که در بررسی میکروسکوپی متشکل از سلول های گرد با کروماتین گرانولر در زمینه ی رشته ای با ایجاد کانال روزت و روزت های کاذب اطراف عروقی است. محتمل ترین تشخیص کدام است؟

1. Pilocytic astrocytoma

۲. Germinoma

3. Ependymoma

4. Oligodendroglioma

• پیش کارورزی اسفند ۹۴ قطب مشهد

• در بیماری که با اختلال تکلم از یک ماه قبل مراجعه کرده است، توده ی بزرگ نامنظم در ماده ی سفید مغز در MRI دیده می شود. در بررسی میکروسکوپی کانون های نکروز احاطه شده با سلول های آتیپیک و نمای سودو پالپسید (پرچینی کلاب) همراه با پرولیفراسیون عروقی مشاهده می گردد. محتمل ترین تشخیص کدام است؟

۱. مدولوپلاستوم

۲. گلیوبلاستوم مولتی فرم

۳. الیگودندرو گلیوم

۴. آپاندیموم

• پیش کارورزی اسفند ۹۴ قطب تبریز

• شایع ترین نئوپلاسم CNS در افراد دچار نقص ایمنی کدام است؟

1. Primary Germ cell tumor

2. Primary lymphoma

3. Astrocytoma

4. Meningioma

• پیش کارورزی اسفند ۹۴ قطب شمال

• کدام قارچ عمل عفونت مغزی شایع در بیماری دیابت است؟

1. Candida Albicans

2. Mucor mycosis

3. Aspergillus Fumigatus

4. Cryptococcus Neoformans

• پیش کارورزی شهریور ۹۴ قطب اصفهان

• مرد ۳۵ ساله ای با توده ای در سر مراجعه کرده است. این توده حدود مشخص داشته و متصل به سخت شامه است. سلول ها به صورت دسته های پیچیده در گروه های متراکم بدون غشاء سلولی و به همراه اجسام پسا مومایی دیده می شوند. کدام تشخیص مطرح است؟

۱. آستروسیتوما

۲. مننژیوما

۳. آپاندیموما

۴. الیگودندروگلیوما

• پیش کارورزی اسفند ۹۳ قطب شیراز



• کدامیک از سلول های زیر در دستگاه عصبی مسئول تولید میلین است؟

۱. نورون

۲. الیگودندروسیت

۳. آستروسیت

۴. سلول اپاندیمال

• پیش کارورزی اسفند ۹۳ قطب شمال

• کدامیک از سلول های سیستم عصبی از مغز استخوان مشتق می شوند؟

۱. اولیگودندروسیت

۲. سلول اپاندیمال

۳. سلول میکروگلیال

۴. استروسیت

• پیش کارورزی شهریور ۹۳ قطب تهران

• در بیوپسی انجام شده از تومور لوب فرونتال آقای ۵۰ ساله‌ای، صفحاتی از سلول‌های یک شکل دارای هسته‌ی مرکزی با کروماتین گرانولر ظریف محصور با هاله‌ی روشن سیتوپلاسمی (halo) همراه با کلسیفیکاسیون قابل توجه، مشاهده گردید. محتمل‌ترین تشخیص کدامیک از موارد زیر است؟

1. Medulloblastoma

2. Ganglioglioma

3. Ependymoma

4. Oligodendroglioma

• پیش‌کارورزی شهریور ۹۵ قطب مشهد

• در MRI مغز یک مرد ۷۰ ساله، پنج کانون تومورال مجزا از یکدیگر در لوب های فرونتال و پاریتال دو طرف دیده می شوند که دارای حدود مشخص می باشند. کدام تشخیص برای این فرد بیشتر مطرح است؟

۱. مدولوبلاستوما

۲. گلیو بلاستوم مولتی فورم

۳. متاستاز کانسر ریه به مغز

۴. مولتیپل میلوما

• پیش کارورزی شهریور ۹۶ قطب آزاد

- در MRI مرد ۶۵ ساله‌ای توده‌های متعدد در مغز دیده می‌شود. در نمای میکروسکوپ تجمع سلول‌های درشت با هسته‌های هیپرکروم در اطراف و دیواره عروق دیده می‌شود. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟

1. Primary lymphoma

2. Metastasis

3. Germ cell tumor

4. Meningioma

- پیش‌کارورزی اسفند ۹۶ قطب مشهد



# Endocrine

## هیپوفیز

**پرولاکتینوما:** شایعترین نوع ادنوم پرکار هیپوفیز هستند. با امنوره گالاکتوره کاهش میل جنسی و ناباروری همراهند. از انجایی که این علایم در زنان سن باروری نسبت به مردان و زنان یائسه واضح تر است زود تر تشخیص داده می شوند.

**کم کاری هیپوفیز:** منجر به امنوره و ناباروری در زنان و کاهش میل جنسی ناتوانی جنسی و از دست دادن موهای عانه و زیر بغل در مردان می شود.

**سندرم شیهان یا نکروز:** پس از زایمان در هیپوفیز قدامی شایعترین شکل نکروز ایسکمیک در هیپوفیز قدامی است.

## تیروئید

اندازه گیری سطح سرمی TSH حساس ترین ازمون غربالگری اختلالات تیروئید است

**-تیروئیدیت لنفوسیتی مزمن(هاشیموتو):** شایعترین علت کم کاری تیروئید در مناطقی از دنیا که کمبود ید وجود ندارد( HLA-DR5)

شیوع بیشتر در زنان به صورت بزرگی بدون درد تیروئید با علایم کم کاری. در ظاهر تیروئید به صورت منتشر و قرینه بزرگ است.

در بررسی میکروسکوپی ارتشاح گسترده سلولهای التهابی تک هسته ای شامل لنفوسیت ها پلازما سل ها و مراکز زایای خوب شکل گرفته دیده می شود. فولیکولهای تیروئید اتروفیک و گاهی توسط سلولهای اپیتلیالی با سیتوپلاسم فراوان ائوزینوفیلیک به نام سلول هرتل یا اکسی فیل پوشیده شده است.

ریسک بالتر برای ابتلای به بیمار خود ایمن و لنفوم غیر هوچکین سلول B



## تیروئید

**-تیروئید گرانولومایی تحت حاد (دوکرون):** ناشی از یک عفونت ویروسی یا یک فرایند التهابی بعد از عفونت ویروسی و با علائم درد گردن (به خصوص در بلع) تب و بی حالی و بزرگی متغیر تیروئید.

غده تیروئید سفت و دارای کپسول سالم که به صورت یک طرفه یا دو طرفه بزرگ می شود.

تخریب فولیکولها (رها شدن مقادیر زیاد هورمون و پرکاری تیروئید)

با گذشت زمان ارتشاح لنفوپلاسماسل ها و ماکروفاژ هاو واکنش گرانولومایی(هیپوتیروئیدی) و در نهایت بهبود بعد از ۶-۸ هفته

**-تیروئیدیت لنفوسیتی تحت حاد:** تیروئیدیت خاموش یا بدون درد. در گروهی از بیماران بیماری بعد از بارداری ایجاد می شود. نمای بافت شناسی شامل ارتشاح لنفوسیتی و مراکز زایای هیپرپلاستیک درون پارانشیم تیروئید می باشد و برخلاف هاشیموتو اتروفی فولیکولی و متاپلازی هرتل دیده نمی شود.

**ریدل:** با فیروز گسترده تیروئید و ساختمانهای مجاور آن در گردن مشخص می شود.

## نئوپلاسم های تیروئید

ندول هایی که در مطالعات تصویر برداری ید رادیواکتیو را جذب می کنند(ندول داغ) با احتمال بیشتری خوشخیم هستند تا بدخیم

**ادنوم:** یک ضایع منفرد و کروی بوده که تیروئید غیر نئوپلاسمی مجاور را تحت فشار قرار داده . سلولهای نئوپلاسمی(فولیکول یکدست) از پارانشیم مجاور به وسیله کپسول سالم و با حدود مشخص جدا می شوند(در افتراق از گواتر مولتی ندولار کمک می کند.

### کارسینوم ها

**پاپیلری:** شایعترین کانسر تیروئید. اغلب به صورت توده گردنی و یا متاستاز لنف نود گردنی.

تشخیص بر اساس نمای هسته ای( optically clear nuclei, ground glass, orphan annie eye, pseudoinclusion) حتی در غیاب ساختار پاپیلری صورت می پذیرد. ساختارهای پاپیلری در صورت وجود core فیبری عروقی دارند. بروز ساموما .

## نئوپلاسم های تیروئید

**کارسینوم فولیکولر:** ممکن است افتراق ظاهری آنها از ادنوم غیر ممکن باشد.

جهت افتراق لازم است نمونه بافت شناسی وسیعی از محل تماس کپسول تومور و بافت تیروئید تهیه شود و تهاجم تومور به کپسول و یا عروق رد شود. این نئوپلاسم ها تمایل دارند از طریق خون به ریه استخوان و کبد متاستاز دهند.

**کارسینوم مدولری:** از سلولهای پارافولیکولر یا C تیروئید (که کلسی تونین ترشح می کنند) منشا می گیرند.

از سلولهای چند وجهی تا دوکی شکل تشکیل شده اند که ممکن است ایجاد اشیانه ترابکولها و حتی فولیکول نمایند. رسوب امیلوئید شایع است

• در بررسی میکروسکوپی تیروئید با بزرگی منتشر در خانم ۴۶ ساله ای که علائم کم کاری تیروئید را داشته است، ارتشاح متراکم سلول های آماسی لنفوسیت با مراکز زایگرو سلول های اپی تلیال فولیکولر دارای سیتوپلاسم فراوان گرانولرواسیدوفیل دیده شد. مناسب ترین تشخیص کدام است؟

1. Hashimoto thyroiditis

2. De quervain thyroiditis

3. Graves disease

4. Riedel thyroiditis

• پیش کارورزی اسفند ۹۵ قطب مشهد

• افزایش ترشح ACTH همراه با هیپرپلازی دو طرفه کورتکس آدرنال و نیز افزایش سطح گلوکوکورتیکوئیدهای خون در یک بیمار مطرح کننده ی کدام حالت است؟

۱. مصرف گلوکوکورتیکوئید

۲. بیماری کوشینگ

۳. آدنوم فعال کورتکس آدرنال

۴. هیپرپلازی اولیه فعال کورتکس آدرنال

• پیش کارورزی اسفند ۹۵ قطب آزاد

• احتمال بدخیمی در کدام ندول تیروئید بیشتر است؟

Multiple (الف)

hot (ب)

Warm (ج)

Cold (د)

پیش کارورزی شهریور ۹۵ قطب اصفهان

• ضایعات اسکلتی با نمای Ostitis fibrosa cystica ثانویه به کدامیک از اختلالات زیر است؟

1. Hyperparathyroidism

2. Hypothyroidism

3. Hypopituitarism

4. Hyperpituitarism

پیش کارورزی شهریور ۹۵ قطب کرمان

• شایع ترین آدنوم پرکار هیپوفیز کدام است؟

۱. پرولاکتینوما

۲. آدنوم مترشحه ی هورمون رشد

۳. آدنوم مترشحه ی ACTH

۴. آدنوم مترشحه ی گنادوتروف

• پیش کارورزی شهریور ۹۵ قطب شیراز



• بیمار مردی است ۴۵ ساله که به علت وجود توده ی منفرد در لوب راست تیروئید مورد جراحی قرار گرفته است. در نمای میکروسکوپی، تومور از زوائد انگشتی ساخته شده که پوشیده از سلول های اپی تلیال است که هسته ی روشن دارند و حاوی انکلوژیون درون هسته ای و شیار (groove) می باشند. بهترین تشخیص کدام است؟

1. Papillary Carcinoma

2. Follicular Adenoma

3. Follicular Carcinoma

4. Hurthle Cell Adenoma

• پیش کارورزی اسفند ۹۵ قطب اهواز

• بعد از بررسی میکروسکوپی توده منفرد غده تیروئید بیمار جوانی، یک رشد نئوپلاستیک متشکل از سلول های چند وجهی تادوکی مشاهده گردید در ماتریکس خارج سلولی ، مواد صورتی رنگ هموژن و آمورف وجود دارد. برای پیگیری بیمار بعد از عمل تیروئیدکتومی اندازه گیری کدامیک پیشنهاد می شود؟

۱. calcium

۲. Serotonin e

۳. Calcitonin

۴. Thyroplotilina

• پیش کارورزی ۹۵ قطب مشهد

- خانمی ۳۰ ساله، چند ماه پس از زایمان به علت توده بودن درد گردنی به پزشک مراجعه می نماید. در معاینه تیروئید بزرگ می باشد و در آزمایشات، هورمون های تیروئیدی در حد طبیعی هستند. کدام یافته هیستولوژیک زیر در بررسی بافت شناسی این وضعیت با احتمال بیشتری دیده می شود؟

۱. ارتشاح منتشر لنفوسیتی همراه با تشکیل مراکز زایگر
۲. تخریب بافت تیروئید همراه با تشکیل گرانولوم های التهابی
۳. وجود ساختمان های پاپیلری پوشیده از سلول های فولیکولی
۴. صفحات سلول با هسته های دوکی تا چند وجهی در ماتریس هموژن

- دستیاری - سال ۱۳۹۲ - کشوری

• خانم ۴۵ ساله به علت ندول سرد تیروئید تحت عمل جراحی قرار می گیرد. در نمای ظاهری ضایعه منفرد با محدوده کاملاً مشخص و در مطالعه میکروسکوپی متشکل از فولیکول های تیروئید تقریباً هم اندازه و مشابه بافت طبیعی تیروئید می باشد. ضایعه دارای کپسول مشخص با اثر فشاری روی بافت طبیعی اطراف می باشد. مناسب ترین تشخیص کدام است؟

1. Follicular Adenoma

2. Graves Disease

3. Medullary Carcinoma

4. Papillary carcinoma

• بهترین راه تشخیص آدنوم فولیکولر از کارسینوم فولیکولر در تیروئید کدام است؟

۱. انجام FNA تیروئید

۲. سونوگرافی تیروئید

۳. اسکن رادیواکتیو

۴. مطالعات هیستولوژیک

• پیش کارورزی شهریور ۹۵ قطب اهواز

• خانم ۳۵ ساله ای با توده ی ۴ سانتی متری توپر در لوب راست تیروئید مراجعه کرده است. سلول های ضایعه طرحی شبیه به سلول های غددی فعال تیروئید دارند و به کپسول و عروق تهاجم نموده اند. کدام عبارت در مورد این بیماری صحیح است؟

۱. هسته ی سلول ها طرح شیشه ی مات Ground glass دارد.

۲. اجسام پسامومی در ضایعه دیده میشود

۳. بیشتر به استخوان و ریه متاستاز میدهد.

۴. در استرومای تومور مواد آمیلوئید دیده می شود.

• پیش کارورزی شهریور ۹۵ قطب کرمانشاه

• در خانمی با دیابت طولانی مدت، وجود کدام اختلال در معاینه ی ته چشم به عنوان پیامد خطرناک محسوب می شود؟

۱. انفارکت شبکیه

۲. پرولیفراسیون عروقی

۳. ادم و اگزودای شبکیه

۴. میکروآنوریسم

پیش کارورزی شهریور ۹۵ قطب زنجان

• شایعترین عارضه ی چشمی ناشی از دیابت کدام است؟

Uveitis .1

Cataract .2

Glaucoma .3

Retinopathy .4

• پیش کارورزی اسفند ۹۴ قطب اهواز



• کدامیک از مشخصات زیر بین دیابت نوع ۱ و نوع ۱۱ مشترک است؟

۱. وجود آنتی بادی بر علیه سلول های جزایر لانگرهانس پانکراس

۲. مقاومت به عملکرد انسولین

۳. ارتباط با MHC Class II

۴. گلیکولیزاسیون غیرآنزیمی پروتئین ها

• پیش کارورزی اسفند ۹۴ قطب کرمانشاه

• خانم ۳۵ ساله ای به دنبال خونریزی شدید در زمان زایمان دچار ضعف شدید، لاغری، روشن تر شدن رنگ پوست بدن، ریزش موهای زیربغل و ناحیه ی پوبیس، دل درد و اسهال مزمن می شود. تشخیص شما چیست؟

۱. هیپوتیروئیدسم

۲. سندرم کوشینگ

۳. آدیسون

۴. سندرم شیهان

• پیش کارورزی شهریور ۹۴ قطب اصفهان

میزان بروز بالای جهش RAS در کدام ضایعه ی تیروئید دیده می شود؟

۱. کارسینوم فولیکولار

۲. کارسینوم پاپیلری

۳. کارسینوم مدولاری

۴. تیروئیدیت دکرون

پیش کارورزی شهریور ۹۴ قطب کرمان

• در یک خانم ۴۵ ساله ای که به علت کارسینوم فولکیولر تیروئید تحت عمل جراحی برداشتن کامل تیروئید قرار گرفته است، ۲۴ ساعت پس از عمل بیمار از سوزش در دست ها و پاها شکایت دارد. علائم بیمار به سرعت تبدیل به کرامپ های شدید عضلانی و تشنج می شوند. قبل از شروع درمان کدامیک از نتایج آزمایشگاهی زیر مورد انتظار است؟

۱. کاهش سطح کلسیم و افزایش PTH
۲. PTH کاهش سطح کلسیم و کاهش PTH
۳. افزایش سطح کلسیم و کاهش PTH
۴. PTH افزایش سطح کلسیم و افزایش PTH

• پیش کارورزی شهریور ۹۴ قطب زنجان

• تمامی علائم زیر از مشخصات نارسایی آدرنال است بجز:

۱. اسهال

۲. تهوع و استفراغ

۳. هیپرتانسیون و افزایش وزن

۴. ضعف و خستگی

• پیش کارورزی اسفند ۹۳ قطب تبریز

• بیماری مبتلا به لوپوس سیستمیک به مدت طولانی تحت درمان با پردنیزولون است و علائم سندرم کوشینگ در وی ظاهر شده است. کدام تغییر در قشر آدرنال او مشاهده می شود؟

۱. آدنوم دو طرفه

۲. آتروفی دو طرفه

۳. آدنوم یک طرفه

۴. هیپرپلازی دو طرفه

• پیش کارورزی شهریور ۹۳ قطب شیراز

• شایع ترین علت هیپوتیروئیدیسم در مناطقی که کمبود ید موجود ندارد، کدام است؟

۱. تیروئیدیت لنفوسیتیک مزمن

۲. تیروئیدیت تحت حاد گرانولوماتوز

۳. گریوز

۴. گواتر مولتی ندولار

• پیش کارورزی شهریور ۹۳ قطب آزاد

• خانم ۳۰ ساله ای با دردهای استخوانی و سطح کلسیم  $19\text{mg/dl}$  مراجعه نموده، شایع ترین یافته در پاراتیروئید وی کدام است؟

1 carcinoma

2. Hyperplasia

3. Adenoma

4. atrophy

• پیش کارورزی اسفند ۹۶ قطب شیراز کرمانشاه



مناسب ترین تست جهت غربالگری هیپوتیروئیدی نوزادان کدام است؟

۱. ۲T4

۲. ۱۳

۳. TSH

۴. Free T4

پیش کارورزی شهریور ۹۷ قطب زنجان

• در بررسی میکروسکوپی تیروئید با بزرگی منتر در خانم ۳۲ ساله ای که علائم تیروتوکسیکوز داشته ارتشاح متراکم سلول های آماسی النفوسیت با مراکز زایگر و سلول های اپی تلیال فولیکولار دارای سیتوپلاسم فراوان گرانولر و اسیدوفیل مشاهده شده است. در بررسی سطوح خونی هورمون ها در این مرحله در بیمار همه ی موارد صحیح است بجز:

۱. کاهش TSH

۲. افزایش free T4

۳. افزایش جذب ید رادیواکتیو

۴. افزایش سطح T3

• پیش کارورزی تیر ۹۷ میان دوره ی کشوری

• خانم ۴۰ ساله‌ای پس از یک سرماخوردگی دچار بزرگ شدگی یک طرفه غده تیروئید شده است. در بیوپسی تیروئید تخریب فولیکول‌ها، نشت کلوئید، ارتشاح سلول‌های لنفوسیتی و پلازما سل و ماکروفاژها و واکنش گرانولومایی واجد سلولهای غول آسا دیده می‌شود. محتمل‌ترین تشخیص کدامیک از موارد زیر است؟

۱. گواتر مولتی ندولار

۲. دوکرون

۳. هاشیموتو

۴. پاپیلری کارسینوما

• پیش‌کارورزی شهریور ۹۷ قطب کرمان تهران

• کدامیک از موارد نامبرده در زیر منجر به افزایش سریع اندازه غده ی هیپوفیز و در نتیجه ایجاد کوما میشود و لذا از موارد اورژانس جراحی محسوب می شود؟

۱. ماکروآدنومای هیپوفیز

۲. آپولکی هیپوفیز

۳. سندرم SAIDH

۴. سندرم زین خالی

• پیش کارورزی شهریور ۹۷ قطب آزاد

- در یک بیمار مبتلا به تیروئیدیت هاشیموتر که دچار تیروتوکسیکوز شده است، از چه آزمایشی جهت موقتی بودن تغییر و افتراق آن از هیپرتیروئیدی استفاده می کنیم؟

۱. TSH

۲. آنتی بادی ضد تیروئیدی

۳. T3 T4

۴. جذب ید رادیواکتیو

- پیش کارورزی آبان ۹۶ میان دوره ی کشوری

- بیماری با چاقی مرکزی Moon facies و Abdominal striae مراجعه نموده کدامیک از موارد زیر در ارزیابی بیمار از اولویت بیشتری برخوردار است؟

1. Brain MRI

2. Drug history

3. Physical exam of abdomen

4. Check of serum ACTH

- پیش کارورزی اسفند ۹۷ قطب شیراز



# Female reproductive system

## Breast

## تغییرات فیروکیستیک

-مصرف قرصهای OCP باعث افزایش این تغییرات نمی شود(حتی باعث کاهش)

-**کیست و فیروز:** کیست های باز نشده به رنگ قهوه ای تا ابی(کیستهای گنبد ابی) با اپیتلیوم پوشاننده مکعبی تا استوانه ای و گاهی در بعضی کانونها چند لایه ای می باشند.

متاپلازی اپوکراین شایع است. استرومای احاطه کننده کیست ها اغلب فیروز و دارای لنفوسیت می باشد.

-**هیپر پلازی اپیتلیومی**

- **ادنوز اسکروزان:** با تکثیر توبولهای دو لایه(اپی تلیوم و میواپیتلیوم) با فیروز قابل توجه در استروما همراه است



## رابطه تغییرات فیروسیته با سرطان

بدون افزایش ریسک: فیروز تغییرات کیستیک متاپلازی اپوکرین فیبر ادنوما

مختصری افزایش (۲-۱/۵ برابر): هیپرپلازی متوسط تا بارز (بدون اتیپی) پاپیلوماتوز مجرای ادنوز اسکروزان

افزایش قابل توجه (۵ برابر): هیپرپلازی اتیپیک

## تومورهای پستان

- **فیبروآدنوم:** یک ندول متحرک معمولا منفرد با قطر بین یک تا ۱۰ سانتی متر.
- از یک استرومای فیبروبلاستیک سل که حاوی فضاهای slit like مفروش شده با اپیتلیوم دو لایه تشکیل شده است
- **فیلودس:** اغلب بزرگ و حجیم هستند و در برش ظاهر شکاف ها و شیار ها شبیه برگ phyllodes هستند. تغییرات نگران کننده شامل افزایش سلولاریته استروما همراه با افزایش فعالیت میتوزی و اناپلازی است (سیستوسارکوم فیلودس)
- **پاپیلوم داخل مجاری:** معمولا منفرد با قطر کمتر از ۱ سانتی متر و از رشد ظریف و شاخه دار با محور بافت همبندی که از پوشش دو لایه مفروش شده است.
- **علائم:** (۱) ترشحات خونی یا سروزی
- (۲) توده کوچک ساب ارئولار
- (۳) ندرتا تو کشیدگی نوک پستان

## کارسینوم

**ریسک فکتورها:** چاقی رژیم پر چربی مصرف الکل و سیگار (موارد خانوادگی BRCA)

**DCIS:** الگوهای بافت شناختی متنوع (توپر غربالی پاپیلری میکروپاپیلری و چین خورده با هسته هایی با اتیپی با گرید کم تا بالا و حضور گهگاهی کومدونکروزیس

**بیماری پاژه پستان:** به علت گسترش DCIS تا مجاری شیرده و نیپل می باشد. تظاهر به صورت یک آگزودای دلمه بسته در سطح نیپل یا ارئول می باشد. پیش آگهی بسته به کارسینومای زمینه ای دارد و با حضور پاژه بدتر نمی شود.

**LCIS:** سلولها دارای نمای یکدست و چسبندگی سست در لوبولها و مجاری دیده می شوند(گاهی به شکل signet ring)

**کارسینوم لوبولی مهاجم:** اغلب به صورت زنجیره یا طنابهایی از سلول دیده می شوند. گاهی این سلولها مجاری یا اسینی طبیعی یا سرطانی را احاطه کرده نمای bulls eye ایجاد می کنند. کارسینوم لوبولی بیشتر از کارسینوم مجرای به مایع مغزی نخاعی و سطوح سروزی و... متاستاز می دهد. ریسک چند کانونی و دو طرفه بودن در ایم کارسینوم بالاتر است.

## کارسینوم

**کارسینوم مدولاری:** از ورقه هایی از سلولهای اناپلاستیک بزرگ با حدود مشخص و اثر فشاری دیده می شوند. از نظر بالینی با فیبرو ادنوم اشتباه می شوند.

همواره یک ارتشاح شدید لنفوپلاسماسلی در این تومور دیده می شود.  
ER PR HER2 منفی است.

**کارسینوم توبولی:** کارسینوم از توبولهای خوب شکل گرفته و هسته هایی با درجه پایین تشکیل شده است (اغلب کوچکتر از ۱ سانتی متر)

ER PR مثبت ولی HER2 منفی

**شایعترین سیستم درجه بندی کارسینوم :** ارزشیابی ایجاد توبول درجه هسته و میزان میتوز می باشد.

• در نمای میکروسکوپی توده‌ی پستان خانم میانسال توموری دو فازی متشکل از سلول‌های استرومائی نئوپلاستیک و غدد مفروش با سلول‌های پوششی و برجستگی‌های برگ‌مانندی دیده می‌شود، کدام تشخیص محتمل‌تر است؟

۱. فیروآدنوم

۲. تومور فیلودس

۳. تغییرات فیروکیستیک

۴. کارسینوم مجرای مه‌اجم

پیش‌کارورزی اسفند ۹۵ قطب شیراز

• خانم ۴۵ ساله با توده های متعدد پستان و با قوام سفت تحت عمل جراحی قرار می گیرد. در مطالعه میکروسکوپی سلولهای تومورال هم شکل وهم اندازه و عمدتاً به صورت تکی و منفرد در استروما مشاهده می شوند. علاوه بر این انفیلتراسیون سلولهای تومورال در اطراف مجاری و ساختمان های اسینی طبیعی (Bull's eye pattern) قابل توجه است. در بررسی سیتولوژی مایع مغزی نخاعی (CSF) سلول های نئوپلاستیک مشابه وجود دارد. محتمل ترین تشخیص کدام است؟

1. Invasive ductal carcinoma

2. Medullary carcinoma

3. Invasive lobular carcinoma

4. Mucinous carcinoma

• خانم ۴۵ ساله به علت وجود ضایعه یک سانتی متری که به طور اتفاقی در ماموگرافی پیدا شده است به جراح مراجعه و ضایعه به طور کامل با مارژین های سالم برداشته می شود. در مطالعه میکروسکوپی، سلول های تومورال با low grade nuclei در استرومای کلاژنی و تماما به صورت Well formed tubules مشاهده می شوند. در بررسی ایمونوهیستوشیمی گیرنده های استروژن و پروژسترون (ER-PR) قویا مثبت و در مورد NEU۲HER / منفی می باشد. محتمل ترین تشخیص کدام است؟

1. Intraductal Carcinoma, Comedo Type

2. Medullary Carcinoma

3. Mucinous Carcinoma

4. Tubular Carcinoma

• برای خانمی ۳۵ ساله ماموپلاستی کاهش دهنده حجم پستان انجام می شود. در بررسی ماکروسکوپی نمونه توده ای دیده نمی شود و در ضمن ماموگرافی انجام شده در این بیمار نیز در حد طبیعی گزارش شده است. در بررسی میکروسکوپی، بزرگ شده آسینی های پستان به واسطه وجود سلول های گرد نسبتاً یکنواخت که در بعضی از آنها ترشحات داخل سیتوپلاسمی نمای حلقه انگشتی (Signet ring) ایجاد کرده است، جلب نظر می کند. بهترین تشخیص عبارت است از:

1. Ductal carcinoma in situ

2. Invasive ductal carcinoma

3. Lobular carcinoma in situ

4. Invasive lobular carcinoma

• دستیاری - سال ۱۳۹۲ - کشوری



• خانم ۴۵ ساله به علت توده با حدود مشخص در پستان تحت عمل جراحی قرار می گیرد. در مطالعه میکروسکوپی سلول های تومورال بصورت صفحات سلولی با اندازه بزرگ و کاملاً پلئومورفیک با تعداد قابل توجهی میتوز مشاهده می شود. در زمینه، انفیلتراسیون قابل توجه سلول های نفوپلاسماسل وجود دارد. شواهدی از ( Ductal Carcinoma Insitu DCIS ) در ضایعه مشاهده نمی شود. متحمل ترین تشخیص کدام است؟

1. Tubular carcinoma

2. Invasive lobular carcinoma

3. Colloid carcinoma

4. Medullary carcinoma

• در بررسی هیستوپاتولوژی توده‌ی پستان خانم ۴۰ ساله تشخیص fibrocystic change with florid ductal hyperplasia without atypia گزارش شده است. ریسک Breast carcinoma در این بیمار نسبت به یک فرد جمعیت نرمال چند برابر است؟

۱-۱

۲- ۱/۵

۳- ۵

۴- ۱۰

• پیش‌کارورزی اسفند ۹۵ قطب اصفهان

• در بررسی میکروسکوپی توده ی سفت و منفرد پستان خانم ۳۵ ساله، غدد کوچک و متراکم پوشیده با دو ردیف سلول اپی تلیال و میو اپی تلیال در استرومای فیبروتیک دیده شد. تشخیص مناسب کدام است؟

1. invasive ductal carcinoma

2. atypical ductal hyperplasia

3. fibroadenoma

4. sclerosing adenosis

• پیش کارورزی اسفند ۹۵ قطب مشهد

• خانم ۵۰ ساله ای با ترشحات خونی از نوک پستان مراجعه کرده است. در مطالعه ی رادیوگرافیک بیمار توده ای کوچک به قطر کمتر از ۱ سانتی متر درون مجرا مشاهده می شود. در مطالعه ی میکروسکوپی زواید انگشت مانند که هر کدام دارای محور بافت همبندی بوده و توسط سلول های پوششی دو لایه بدون آتیپسیسم مفروش شده است دیده می شود. تشخیص چیست؟

1. Intraductal papillary carcinoma

2. Ductal carcinoma in situ

3. Lobular carcinoma

4. Intraductal papilloma

• پیش کارورزی اسفند ۹۵ قطب اهواز

• در نمای ماکروسکوپی از توده های دو طرفه ی پستان خانم ۳۲ ساله ای کیست های Blue dome shaped دیده می شود. در نمای میکروسکوپی تمام موارد زیر قابل مشاهده است بجز:

۱. تخریب مامبران بازال و ارتشاح سلول های اپی تلیال به داخل استروما

۲. متاپلازی آپوکرین

۳. ارتشاح سلول های لنفوسیتی در استروما

۴. هایپرپلازی سلول های پوششی غدد

• پیش کارورزی اسفند ۹۴ قطب کرمانشاه

• بیماری پاژه نیپل با کدامیک از ضایعات پستان زیر بیشتر همراه است؟

1. Lobular carcinoma In situ

2. Ductal carcinoma in situ

3. Medullary carcinoma

4. Secretory carcinoma

• پیش کارورزی شهریور ۹۴ قطب اهواز

• وجود کدامیک از تغییرات زیر شانس بدخیمی را در بیماری فیروسیستیک پستان بیشتر افزایش می دهد؟

1. Ductal papillomatosis

2. Atypical hyperplasia

3. Sclerosing adenosis

4. Apocrine metaplasia

• خانم ۳۷ ساله ای با توده ای در پستان با قوام سخت و الاستیک مراجعه کرده است. در بررسی میکروسکوپی، توده حدود مشخص دارد و از تکثیر مجاری کوچک پوشیده از دو لایه سلول اپیتلیال و میو اپیتلیال در یک استرومای شدیداً فیروزه، تشکیل شده است. تشخیص کدام است؟

۱. کارسینوم توبولار

۲. کارسینوم داکتال مهاجم

۳. اسکروزینگ آدنوزیس

۴. داکتال اکتازی

• پیش کارورزی شهریور ۹۷ قطب آزاد



• جهت گریدینگ هیستولوژیک کانسر مهاجم داکتال پستان، همه ی موارد زیر در نظر گرفته می شوند،  
بجز:

1. Tubule formation

2. Nuclear grade

3. Mitotic rate

4. Lymph node involvement

• پیش کارورزی اسفند ۹۷ مشترک کشوری

• مهم ترین اختلال ژنتیک در خانم های مبتلا به سرطان پستان فامیلیال کدام است؟

1. Amplification of RAS

2. Over expression of Her2/NEU

3. Mutation in BRCA

4. Epidermal growth factor receptor

• پیش کارورزی اسفند ۹۶ قطب مشهد

• در کدامیک از انواع کارسینومای درجا (In situ) پستان، سلول های با آتیپی شدید در مجاری به همراه نکروز مرکزی وسیع مشاهده می شود؟

1. Comedocarcinoma

2. Low-grade ductal carcinoma in situ

3. Lobular carcinoma in situ

4. Intraductal papillary carcinoma

پیش کارورزی شهریور ۹۷ قطب کرمانشاه

• در رابطه با بیماری فیروکیستیک پستان کدامیک از موارد زیر نادرست است؟

۱. بروز آن با مصرف قرص های ضدبارداری افزایش می یابد.

۲. متاپلازی آپوکرین از یافتههای ریزینی آن است

۳. در دوران قبل از یائسگی دیده میشود.

۴. کیست های گنبد آبی در بررسی ماکروسکوپی آن دیده میشود.

• پیش کارورزی اسفند ۹۳ قطب مشهد

• احتمال دو طرفه چند کانونی بودن در کدامیک از تومورهای بدخیم پستان بیشتر است؟

۱. کارسینوم داکتال مهاجم

۲. کارسینوم لبولار مهاجم

۳. کارسینوم مدولاری

۴. کارسینو موسیتوس

• پیش کارورزی اسفند ۹۴ قطب آزاد

• تمام موارد زیر به عنوان عامل خطر سرطان پستان مطرح می شود، بجز:

۱. کشیدن سیگار

۲. چاقی بیش از حد

۳. رژیم کم چربی

۴. بیماری خوش خیم پستان



# Female reproductive system

## Ovary

## تومور های اپیتلیالی

**سروزی:** اغلب بزرگ با ساختمانهای سیستیک هستند حدود ۲۵% انواع خوشخیم دو طرفه هستند

در انواع خوشخیم(سرور سیست ادنوما) از یک لایه از سلولهای اپیتلیوم استوانه ای بلند(تعدادی دارای مژک) که سطح کیست را پوشانده تشکیل شده اند. اجسام ساموما در نوک پاپیلا شایع هستند. (BRAF و KRAS شایع است)

در کارسینوم(سرور سیست ادنوکارسینوما)سلولهای اناپلاستیک با ساختارهای پاپیلری پیچیده و تهاجم به استروما دیده می شود( P۵۳ و BRCA شایع است)

**موسینی:**اپیتلیوم مشابه مخاط اندوسرویکس(مترشحه موسین)

**برنر:**معمولا یکطرفه و توپر که از استرومای زیاد حاوی اشیانه هایی از اپیتلیوم شبیه اپیتلیوم ترانزیشنال مجاری ادراری تشکیل شده است. گاهی اوقات اشیانه ها کیستیک بوده اس و توسط سلولهای مترشحه موکوس استوانه ای پوشیده شده است

\*اندازه گیری CA۱۲۵ در ارزیابی پاسخ به درمان تومورهای اپیتلیالی ارزش زیادی دارد



## GERM CELL TUMOR

دیس ژرمینوما: معادل سمینوم بیضه است. به صورت توده های بزرگ توپر تا خاکستری کوچک بوده ورقه ها یا طنابهایی از سلولهای بزرگ روشن توسط رشته های فیبروی پراکنده از هم جدا می شود. استروما ممکن است گاهی حاوی لنفوسیت و گاهی گرانولوم باشد

### تراتوم:

**-تراتوم بالغ:** از سلولهایی با پتانسیل تمایز به بافت بالغ از هر سه لایه سلول زایا(گاهی تماما از یک نوع رده مثل struma ovarii که کاملا بافت تیروئید لست)

**-تراتوم نابالغ:** اغلب حجیم و توپر هستند با سن متوسط درگیری ۱۸ سال. انواعی از نواحی نابالغ یا به سختی قابل تمایز به طرف غضروف استخوان ماهیچه عصب و سایر ساختمانهاست. کانونهای نوروآپیتلیال با ریسک بالاتر تهاجم و متاستاز همراهند

## Sex cord tumor

**تکا گرانولوزا:** از مخلوطی از سلولهای گرانولوزای مکعبی به صورت طناب ها ورقه ها یا رگه هایی شکل یافته و سلولهای تکایبی پر شده از چربی تشکیل شده اند(ممکن است اجسام کال اکسیر را بسازند). ممکن است مقدار زیادی استروژن ترشح کرده و بنابر این تشکیل سرطان پستان یا اندومتر را تحریک کنند

خانم ۴۵ ساله ای با شکایت درد و بزرگی شکم مراجعه نموده است. در سونوگرافی یک کیست چند حفره ای به قطر ۸ سانتی متر با دیواره های ظریف داخلی در تخمدان راست دیده می شود. در بررسی میکروسکوپی سطح داخلی کیست و دیواره ها از یک لایه ی سلول استوانه ای با سیتوپلاسم روشن و هسته های کوچک قاعده ای بدون آتیپی، پوشیده شده است. تشخیص شما کدام است؟

۱. دیس ژرمینوما ۲

۲. کیست درموئید

۳. سرور سیست آدنوما ۴۰

۴. موسینوس سیست آدنوما

پیش کارورزی اسفند ۹۵ قطب آزاد اردیبهشت ۹۶ میان دوره‌ی کشوری

توده ای یکطرفه با قطر ۱۸ سانتیمتر از تخمدان خانمی خارج گردیده است. در بررسیها توده واجد کپسولی صاف و سطح مقطعی خاکستری سفید بوده و حاوی استرومایی زیاد حاوی آشیانه هایی از اپی تلیوم که شبیه اپی تلیوم ترانزیشنال مجاری ادراری است می باشد  
محتمل ترین تشخیص کدام است؟

۱. Brenner tumor

۲. Serous cystadenoma

۳. Leiomyoma

۴. krukenberg tumor

خانم ۲۰ ساله به علت ضایعه تومورال در تخمدان تحت عمل جراحی قرار می گیرد. ضایعه تخمدان به قطر ۷ سانتی متر و در مطالعه میکروسکوپی از صفحات و طناب های سلول های بزرگ با سیتوپلاسم شفاف تشکیل شده است. دستجات سول های تومورال توسط بافت فیبروز اندک، حاوی تعداد لنفوسیت از همدیگر جدا می باشند. محتمل ترین تشخیص کدام است؟

۱. Dysgerminoma

۲. Choriocarcinoma

۳. Brenner tumor

۴. Thecoma - fibroma

کدامیک از مارکهای زیر بیشترین ارزش را در ارزیابی پاسخ به درمان در SEROUS  
CARCINOMA تخمدان دارد؟

۱. AFP

۲. CEA

۳. CA1۲۵

۴. CA۱۵-۳

پیش کارورزی اسفند ۹۵ قطب اصفهان

خانم ۳۵ ساله ای به علت دیسمنوره و درد لگن مراجعه کرده دارای کیستی در تخمدان چپ، حاوی مایع غلیظ شکلاتی رنگ است. کدام تشخیص برای بیمار محتمل تر است؟

۱. کیست فولیکولار

۲. سرور سیست آدنوما

۳. موسینوس سیست آدنوما

۴. اندومتريوزيز تخمدان

پیش کارورزی شهریور ۹۵ قطب زنجان

خانم ۳۱ ساله‌ای طی ۶ ماه اخیر درد دائمی و مبهم شکمی داشته است. تنها یافته‌ی مثبت در معاینه، توده در آدنکس طرف راست است. CT اسکن توده‌های ۷ سانتی متری در تخمدان راست را نشان می‌دهد. در بررسی ماکروسکوپی توده‌ای توپر به دست می‌آید. در بررسی میکروسکوپی ضایعه از سلول مزانشیمی اولیه و کانون‌های غضروف استخوان و مناطق نکروز تشکیل شده است. تشخیص احتمالی کدام است؟

۱. Brenner tumor

۲. Serous Cyst Carcinoma

۳. Immature teratoma

۴. Dysgerminoma

پیش‌کارورزی شهریور ۹۷ قطب شمال



بیمار خانم ۵۵ ساله ی یائسه با علائم منومترورازی و هیپرپلازی اندومتر مراجعه نموده است. در بررسی سونوگرافی توده ای به اندازه ی ۹cm در تخمدان سمت راست گزارش شده است. در بررسی بافت شناسی توده متشکل از سلول های گرد با سیتوپلاسم اندک، دارای شکاف طولی هسته با تشکیل اجسام کال اسکنر است. در مورد این بیمار کدام گزینه صحیح است؟

۱. درگیری همزمان در تخمدان مقابل شایع است.

۲. با متاستاز زود هنگام و گسترده به ریه و مغز همراه بوده و به شیمی درمانی مقاوم است.

۳. از تومورهای شایع سلول زایای تخمدان محسوب می شود

۴. احتمال ابتلای همزمان به سرطان پستان وجود دارد.

پیش کارورزی شهریور ۹۴ قطب کرمان

در سونوگرافی از لگن خانم ۲۰ ساله‌ای، توده‌ای با حدود مشخص در تخمدان راست دیده شده است. در برش نمونه‌ی پاتولوژی تخمدان، تعداد زیادی مو و نیز بافت چربی و استخوان دیده شده است. این تومور جزء کدام دسته از تومورهای تخمدان قرار می‌گیرد؟

۱. Surface epithelial

۲. Sex cord- stromal

۳. Germ cell

۴. Epithelial- Stromal

پیش‌کارورزی اسفند ۹۴ قطب اهواز

خانم ۶۵ ساله به علت خونریزی غیر عادی رحمی و ضایعه تومورال cm۵ در تخمدان تحت عمل جراحی قرار می گیرد. در مطالعه میکروسکوپی ضایعه تخمدانی متشکل از سلول های مکعبی شکل در دستجات و نوارهای سلولی با تعدادی Call-Exner Bodies به همراه مخلوطی از سلول های دوکی شکل با محتوای سیتوپلاسمی چربی می باشد. ضایعه فوق از نظر خاستگاه و منشاء در کدام گروه از تومورهای تخمدان قرار می گیرد؟

۱. Germ cell

۲. Sex cord Stroma

۳. Surface epithelial cells

۴. Metastasis to Ovary

دستیاری - سال ۱۳۹۴ - کشوری

در بررسی میکروسکوپی توده تخمدان خانم ۳۵ ساله ای قسمت عمده بافت تومور از فولیکول های تیروئیدی بالغ تشکیل شده است. این تومور جزو کدام دسته از تومور های تخمدانی زیر است؟

۱. Surface Epithelial

۲. Germ Cell

۳. Sex cord-stromal

۴. Metastatic



# Female reproductive system

## Uterus

## ضایعات پوستی

**کوندیلوما اکومیناتوم :** ضایعات پاپیلری گاهی متعدد از چند میلی متر تا چند سانتی متر و به رنگ قرمز قهوه‌ای با تغییرات کویلوستیک در اپیتلیوم

**بیماره پاژه خارج پستانی:** پلاک های قرمز با پوسته ریزی که در نمای میکروسکوپی با انتشار سلولهای بدخیم داخل اپیتلیوم و گاهی تهاجم به درم زیرین مشخص می شود

## CIN

HPV تقریباً در تمام ضایعات پیش سرطانی و نئوپلاسم های مهاجم یافت می شود

HPV پر خطر: ۱۶-۱۸

HPV کم خطر: ۶-۱۱

ضایعات درجه پایین (CIN I): ۵۰-۶۰% بهبودی خودبخودی

ضایعات درجه بالا (CIN II - III): ۳۳% بهبود خودبخودی

## ادنومیوز و اندومتريوزيس

**ادنومیوز:** اشیانه هایی از استرومای اندومتر یا غدد آن یا هر دو در داخل میومتر و بین دسته های ماهیچه ای دیده می شود

**اندومتريوز:** با حضور غدد و استرومای اندومتر (و ماکروفاژ های حاوی هموسیدرین) در محلی خارج از اندومتر مشخص می شود و با دیس منوره درد لگنی و ناباروری تظاهر می کند  
درگیری در تخمدان ها به صورت کیست شکلاتی



## اندومتر

**هیپرپلازی:** هیپرپلازی اندومتر به دلیل افزایش استروژن (درونزاد یا برون زاد) می باشد. شدت هیپرپلازی بر اساس معیار های ساختمانی و سیتولوژیک تعیین می شود. ساختار های پیچیده به همراه اتیپی سلولی با ۲۰٪ خطر ایجاد کارسینوم همراه است.

**کارسینوم:** کارسینوم اندومتریوئید خیلی شبیه به اندومتر طبیعی می باشد و ممکن است اگزوفیتی یا ارتشاحی باشد. اغلب دارای طیفی از تمایز شامل تمایز موسینی توبال (مژک دار) و سنگفرشی می باشند و تقریباً در تمام موارد جهش در ژن سرکوب کننده تومور P۵۳ می باشند

## حاملگی مولار

**مول هیداتیفرم:** در مراحل پیشرفته حفره رحم توسط توده ای ظریف و شکننده از ساختمانهای کیستی با دیواره نازک و شفاف پر شده است (توده انگوری شکل)

در نمای میکروسکوپی تورم هیدروپیک پرزهای کوریونی و فقدان رگ در درون پرزهای جفت دیده می شود. تقریباً همیشه درجاتی از افزایش سلولهای سیتوتروفوبلاست و سن سیشیوتروفوبلاست را نشان می دهد

**کوریوکارسینوم:** منحصر از سیتو و سن سیشو تروفوبلاست اناپلاستیک تشکیل شده است و هرگز پرز های جفتی نمی سازد

خانم ۳۵ ساله ای با خونریزی غیرطبیعی رحمی مراجعه کرده است. در سونوگرافی توده ای با حدود مشخص به سائز ۴ سانتی متر در دیواره ی رحم دیده می شود. در نمای میکروسکوپی، دستجاتی از سلول های دو کی مشابه میومتر بدون میتوز و آتیپی دیده می شود. تشخیص چیست؟

۱. لیومیوما

۲. لیومیوسارکوما

۳. آدنوکارسینوم اندومتر

۴. آدنومیوزیس

پیش کارورزی اسفند ۹۵ قطب اهواز

خانم ۴۹ ساله ای ساله با شکایت خونریزی غیر طبیعی رحمی مورد کورتاژ اندومتر قرار گرفته و در بررسی میکروسکوپی، افزایش تعداد و تراکم غدد دیده میشود. کدام گزینه در ارتباط با این بیماری صحیح است؟

۱. در اثر افزایش سطح پروژسترون ایجاد میشود.
۲. افزایش تراکم و complexity غدد با افزایش احتمال تبدیل به کارسینوم همراه است.
۳. در صورت مشاهده آتیپی سلولی، همراهی با کانسر نیز بیشتر است.
۴. از علل شایع خونریزی غیر طبیعی در سنین جوانی و نوجوانی است.

در کورتاژ اندومتر خانمی که خون ریزی واژینال همراه با تیترا سرمی بالای از HCGB دارد، کدامیک از موارد زیر، رد کننده تشخیص کوریوکارسینوم است؟

۱. وجود سیتوتروفوبلاست های آتیپیک در جفت

۲. وجود پرزهای جفتی در کورتاژ

۳. نکروز و خون ریزی فراوان در بافت

۴. وجود سابقه ی بارداری قبل از خونریزی

پیش کارورزی شهریور ۹۶ هشت قطب مشترک

در اسلاید میکروسکوپی کورتاز محتویات رحم خانم حامله‌ای، تورم هیدروپینگ ویلوزیته های جفتی و درجاتی از تکثیر سلولهای سیتوتروف بر بلاست مشاهده می شود. تشخیص چیست؟

۱. اندومتر ترشحاتی

۲. کوریو کارسینوم

۳. محصولات طبیعی حاملگی

۴. مول هیداتیدفرم

پیش کارورزی اسفند ۹۷ قطب اهواز

در یک خانم هفتاد ساله ای با خونریزی رحمی غیر طبیعی، تومور بدخیمی در اندومتر پیدا شده که در بررسی میکروسکوپی از ساختارهای پاپیلری با آتیپی سلولی شدید تشکیل شده است. رنگ آمیزی ایمنوهیستوشیمی برای کدام مارکر به تشخیص دقیق نوع توده کمک می کند؟

۱. HPV

۲. P۵۳

۳. PTEN

۴. HER۲

پیش کارورزی آبان ۹۶ میان دوره ی کشوری

## تمام عبارات زیر در مورد ( CIN ) cervical intraepithelial neoplasia صحیح است، بجز؟

۱. تقریباً در تمام موارد HPV دیده می شود.
  ۲. ضایعه‌ی HSIL شامل CINII و CINIII است.
  ۳. احتمال پیشرفت ضایعه در HSIL کمتر از LSIL است.
  ۴. HPV ۶,۱۱ بیشتر در ایجاد آن نقش دارد.
- پیش کارورزی اسفند ۹۶ قطب شیراز کرمانشاه



خانم ۵۰ ساله ای با خونریزی غیرطبیعی رحمی (AUB) مراجعه کرده است. در بررسی میکروسکوپی محتویات کورتاژ، افزایش غدد اندومتریال به صورت دستجاتی از غدد به هم فشرده با میزان خیلی کم استروما و افزایش فعالیت میتوزی، ولی بدون آتیپسیم سلولی دیده می شود. محتمل ترین تشخیص کدام است؟

۱. Simple hyperplasia

۲. Chronic Endometritis

۳. Complex hyperplasia

۴. Endometriosis

پیش کارورزی شهریور ۹۷ قطب اهواز

خانم ۷۵ ساله ای با خونریزی رحمی مراجعه نموده است. در بررسی میکروسکوپی توده ی منفرد نرم و خونریزی دهنده ی میومتر اینخانم، دستجات سلول های عضلانی صاف همراه نکروز، آتیپی سلولی و میتوز مشاهده شد. محتمل ترین تشخیص کدام است؟

۱. لیومیوم انگلی

۲. لیومیوم

۳. لیومیوسارکوم و

۴. کارسینوم آندومترئوئید

پیش کارورزی شهریور ۹۷ قطب کرمان تهران

برای غربالگری سرطان سرویکس، نمونه برداری از کدام ناحیه الزامی است؟

۱. Endo cervix

۲. Ecto cervix

۳. T. zone

۴. Vaginal cuff

پیش کارورزی اسفند ۹۳ قطب اصفهان

در بیویسی از ضایعه ی برجسته ناحیه ی تناسلی خانم ۴۰ ساله‌ای تغییرات میکروسکوپی سلولهای پوششی به صورت واکوئیلیزاسیون اطراف هسته ای سیتوپلاسم و تغییرات آتیپیک هسته ای به صورت هسته‌ی چین خورده در سلول های ناحیه ی سطحی اپی تلیوم نمایان است. عامل اتیولوژیک کدامیک از موارد زیر است؟ |

۱. HPV

۲. HSV

۳. HIV

۴. CMV

پیش کارورزی شهریور ۹۴ قطب شمال

The background features a light teal and white color palette. It is decorated with several circular elements: a large central circle with a teal ring and a white center containing three teal dots; two smaller circles in the top-left and top-right corners, each with a teal ring and three teal dots; and a partial circle at the bottom-left. Wavy, ribbon-like lines in white and light teal flow across the page, creating a sense of movement and connectivity.

# Hematology

**Table 11-1** Classification of Anemia According to Underlying Mechanism

**Blood Loss**

Acute: trauma

Chronic: gastrointestinal tract lesions, gynecologic disturbances

**Increased Destruction (Hemolytic Anemias)**

**Intrinsic (Intracorpuseular) Abnormalities**

*Hereditary*

**Membrane abnormalities**

Membrane skeleton proteins: spherocytosis, elliptocytosis

Membrane lipids: abetalipoproteinemia

**Enzyme deficiencies**

Enzymes of hexose monophosphate shunt: glucose-6-phosphate dehydrogenase, glutathione synthetase

Glycolytic enzymes: pyruvate kinase, hexokinase

**Disorders of hemoglobin synthesis**

Structurally abnormal globin synthesis (hemoglobinopathies): sickle cell anemia, unstable hemoglobins

Deficient globin synthesis: thalassemia syndromes

*Acquired*

Membrane defect: paroxysmal nocturnal hemoglobinuria

**Extrinsic (Extracorpuseular) Abnormalities**

**Antibody-mediated**

Isohemagglutinins: transfusion reactions, immune hydrops (Rh disease of the newborn)

Autoantibodies: idiopathic (primary), drug-associated, systemic lupus erythematosus

**Mechanical trauma to red cells**

Microangiopathic hemolytic anemias: thrombotic thrombocytopenic purpura, disseminated intravascular coagulation

Defective cardiac valves

Infections: malaria

**Impaired Red Cell Production**

Disturbed proliferation and differentiation of stem cells: aplastic anemia, pure red cell aplasia

Disturbed proliferation and maturation of erythroblasts

Defective DNA synthesis: deficiency or impaired utilization of vitamin B<sub>12</sub> and folic acid (megaloblastic anemias)

Anemia of renal failure (erythropoietin deficiency)

Anemia of chronic disease (iron sequestration, relative erythropoietin deficiency)

## اسفروسیتوز ارثی

- نقص ارثی(اتوزومال مغلوب) در اسکلت سلولی (اسپکترین) و اتصالات ان باعث کروی شدن گلبولهای قرمز( از بین رفتن هاله مرکزی) و در نتیجه به دام افتادن آنها در طحال می شود
- برداشتن طحال باعث بهبود کم خونی(یرقان) بیمار با باقی ماندن اسفروسیتوز خواهد شد
- اسپلنومگالی به دلیل احتقان طنابهای بیلروت و افزایش فاگوسیتها رخ می دهد
- کم خونی همولیتیک در این بیماران موجب رتیکولوسیتوز در خون محیطی و ایجاد سنگهای صفراوی می شود
- اسفروسیتها به دلیل شکل کروی خود در محلولهای هیپوتون نمکی شکنندگی بالایی دارند

Osmotic fragility

## تالاسمی

در ناهنجاری بتا تالاسمی مینور در گستره خون محیطی RBC میکروستیک (کوچک) و هیپوکرومیک (رنگ پریده) همراه با تارگت سل (سلولهای هدف) دیده می شود

-در بتا تالاسمی ماژور میکروسیتوز و هیپوکرومی شدیدتر بوده و پویکیلوسیتوز انیزوسیتوز و رتیکولوسیتوز (بیانگر ظرفیت خونسازی زمینه ای) دیده می شود

-در مغز استخوان مجموعه خونسازی غیر موثر و همولیز باعث هیپرپلازی اریتروئیدها فضای مرکزی استخوان را پر کرده و به قشر استخوان تهاجم نموده و باعث بد شکلی های استخوانی گردد

-خونسازی خارج استخوانی و هیپرپلازی فاگوسیتها باعث اسپلنومگالی هیپاتومگالی و لنفادنوپاتی می شود

-در بتا تالاسمی سطح HbA<sub>2</sub> افزایش می یابد



## کم خونی ناشی از کاهش خونسازی

- کم خونی فقر آهن
- کم خونی بیماری مزمن
- کم خونی مگالوبلاستیک
- کم خونی اپلاستیک
- کم خونی میلوفتزیک

## کم خونی فقر آهن

- معیارهای تشخیصی: RBC هیپوکروم میکروسیتیک سطح فریتین و آهن پایین سرم اشباع کم ترانسفرین افزایش ظرفیت کلی اتصال به آهن و در نهایت پاسخ به درمان با آهن
- از دست دادن خون مهمترین دلیل کم خونی فقر آهن در جوامع غربی است. از طریق مجاری گوارشی ( مثل زخم پپتیک سرطان کولون کرم قلابدار هموروئید) یا دستگاه تناسلی زنانه

## کم خونی ناشی از بیماری مزمن

- سطح سرمی آهن معمولا پایین بوده و RBC ها نرموسیتیک و نرموکروم بوده (یا هیپوکروم میکروسیتیک) افزایش ذخایر آهن مغز استخوان افزایش فریتین و کاهش ظرفیت کلی اتصال به آهن می باشد

- مجموعه این یافته ها به غلظت بالای هپسیدین نسبت داده می شود

## کم خونی مگالوبلاستیک

دو علت اصلی برای این کم خونی کمبود فولات(محل اصلی جذب ثلث فوقانی روده باریک است(سلیاک اسپروی گرمسیری)) و B12 می باشد

هر دو ویتامین جهت سنتز DNA ضروری است و در نتیجه کمبود این ویتامینها و خونسازی غیر موثر اکثر مبتلایان دچار پان سیتوپنی می شوند

معمولا اولین تغییر در خون محیطی حضور نوتروفیلهای هیپر سگمانته است. RBC ها به صورت نمادین شامل ماکروواالوسیتهای بزرگ و تخم مرغی شکل بوده که MCV انها اغلب بیش از ۱۱۰ fl می باشد

## کم خونی اپلاستیک

-سلولهای بنیادی چند ظرفیتی سرکوب شده و موجب پان سیتوپنی (کاهش همه رده ها) می شود  
-مغز استخوان در جریان کم خونی اپلاستیک به صورت نمادین کم سلول بوده و بیش از ۹۰ درصد فضای بین تیغه های استخوانی توسط چربی اشغال شده است  
اتیولوژی: عوامل میلویتوکسیک مثل داروها بنزن و کلرامفنیکل . به طور نادر شرایط ژنتیکی در تلومراز

## کم خونی میلوفتزیک

- ناشی از جایگزینی وسیع مغز استخوان توسط تومور یا سایر ضایعات می باشد
- در خون محیطی RBC های بد شکل مشابه قطره اشک پیش سازهای نابالغ گرانولوسیتی و اریتروسیتی (لکواریترو بلاستوز) و همچنین افزایش مختصر در تعداد WBC ها دیده می شود

## لنفادنیت

### لنفادنیت غیر اختصاصی مزمن:

-هیپرپلازی فولیکولی: ارتزیت روماتوئید توکسوپلاسموز و مراحل اولیه عفونت HIV

-هیپرپلازی دور قشری: عفونت ویروسی و واکسن ها

-هیستئوسیتوز سینوسی:گره لنفاوی تخلیه کننده سرطان ها( پاسخ ایمنی به تومور یا محصولات توموری)

## نیوپلاسمهای لنفاوی

-لنفوم لنفوسیتیک کوچک / لوسمی لنفوسیتیک مزمن

-لنفوم سلول منتل

-لنفوم بورکیت

-مالتیپل میلوما

-لنفوم هوچکین

-نیوپلاسم های لنفاوی متفرقه



## لوسمی لنفوسیتیک مزمن

-در بیشتر بیماران لنفوسیتوز مطلق ناشی از لنفوسیت‌های کوچک و به نظر بالغ وجود دارد.  
لنفوسیت‌های نیوپلاسمی شکننده بوده و معمولا در جریان تهیه گستره تخریب می‌شود و نمای  
مشخصه سلول‌های smudge را ایجاد می‌نمایند. لنفوسیتوز خون محیطی بیش از  $4000 \text{ cells/mm}^3$

-CLL شایعترین لوسمی بزرگسالان در جوامع غربی است

-کانونهای سلول‌های فعال از نظر میتوزی مراکز تکثیر نامیده می‌شوند که حضور آنها برای CLL  
تشخیصی است. اتیپی سیتولوژیک مختصری وجود دارد یا فاقد اتیپی می‌باشند

-CD ۱۹/CD۲۰/CD۲۳/CD۵

## لنفوم منتل

-گره های لنفاوی را به صورت منتشر یا الگوی ندولار مبهم درگیر می نماید  
-یکی از تمایلات بدون توضیح ولی مشخص ان درگیری مجرای کوارشی به صورت ندول های زیر  
مخاطی چند کانونی می باشد(پولیپوزز لنفوماتویید)

t(۱۱;۱۴) / Cyclin D۱

## لنفوم بورکیت

- هر دو شکل بومی و غیر بومی بیشتر اطفال و نوجوانان را درگیر می کند
- هر دو شکل معمولا به صورت خارج گرهی تظاهر می کند(بومی :توده فک/ غیر بومی: درگیری روده خلف صفاق و تخمدان ها)
- سلولهای توموری یکدست بوده و اندازه متوسط و هسته های گرد یا بیضی حاوی ۲-۵ هستک واضح می باشد
- اندازه هسته تقریبا همانند ماکروفاژهای خوشخیم درون تومور می باشد
- میتوز فراوان و مرگ سلولی که باعث حضور ماکروفاژهای بافتی فراوان می شود.
- ماکروفاژهای خوشخیم اغلب توسط یک فضای شفاف احاطه شده و موجب نمای آسمان پر ستاره می شوند
- لنفوم بورکیت همیشه همراه با جابجایی ژن MYC بر روی کروموزوم ۸ می باشد.

## مالتیپل میلوما

از منشا سلولهای B است که به پلاسماسل ها تمایز یافته اند و یک ایمنوگلوبین کامل یا نسبی را ترشح می کنند.

### -علائم بالینی:

دردهای استخوانی(شکستگی پاتولوژیک مهره ها) و ضایعات punched out

### عفونت های مکرر

سندرم هیپر ویسکوزیته به دلیل تولید بیش از حد پروتئین و افزایش ESR

نارسایی کلیوی(اثرات سمی پروتئین های بنس جونز)

انمی(افزایش تعداد پلاسماسل ها در مغز استخوان ۱۰-۹۰٪)

## لنفوم هوچکین

از منشا سلولهای B مرکز زایا هستند

تشخیص بافت شناختی لنفوم هوچکین بر اساس شناسایی قطعی سلولهای RS (سلولهایی با دو هسته یا لوب هسته ای که قرینه ایینه ای هستند) یا انواع آنها در زمینه متناسبی از سلولهای واکنشی است

-ندولار اسکروزیس (شایعترین نوع/بیشتر در بیماران جوان در ناحیه سر و گردن و مدیاستن با پیش آگهی عالی/ حضور سلولهای لاکونار که نوعی سلول RS هستند که به علت تثبیت در فرمالین سیتوپلاسمی جمع شده دارند

-سلولاریته مختلط (۷۰% مرتبط با EBV)

-با برتری لنفوسیت: pop corn cell (CD۲۰)

## لنفوم سلول مویی

از منشا سلولهای B که دارای استتاله های سیتوپلاسمی ظریف شبیه مو هستند  
-اغلب در مردان مسن با اسپنومگالی حجیم و پان سیتوپنی ناشی از درگیری مغز استخوان  
- CD ۱۰۳ و CD ۱۱c

**میکوزیس فونگوئیدس:** از منشا سلولهای T و با درگیری پوستی به صورت بثورات اریترودرمیک و پیشرفت به سمت ضایعات پلاک مانند

لوسمی / لنفوم سلول T بزرگسالان: ارتباط با عفونت HTLV<sub>1</sub> (عامل میلیت عرضی)

به صورت درگیری پوستی لنفادنوپاتی منتشر هیپاتواسپلنومگالی و هیپرکلسمی

## نیوپلاسمهای میلوئیدی

AML: علایم به دنبال جایگزینی مغز استخوان توسط بلاستهای لوسمیک (خستگی و رنگ پریدگی خونریزی غیرطبیعی و عفونت ها)

AML M<sub>3</sub> : پرومیلوسیت‌های غیر طبیعی با auer rod فراوان و t(۱۵:۱۷)

اختلالات میلوپرولیفراتیو مزمن:

CML-

PCV-

MF-

ET-



## CML

بزرگسالان ۲۵-۶۰ سال با لکوسیتوز بیش از ۱۰۰ هزار شامل اغلب نوتروفیل متامیلوسیت و میلوسیت و بلاست کمتر از ۵% با اسپلنومگالی (احساس سنگینی در شکم) در حدود ۹۵% بیماران  $t(9;22)$  که باعث ججایی BCR-ABL (کروموزوم فیلادلفیا) را نشان می دهند

## PV

واضحترین علامت و نشانه بالینی افزایش مطلق توده RBC است

-پان میلوژ و سطوح پایین ارتروپوئیتین

-وقوع ترومبوز در اثر افزایش ویسکوزیته

خانم ۲۵ ساله ای که به علت ضعف و بی حالی مراجعه کرده و مقدار هموگلوبین ۹ گزارش شده است، در معاینه ی فیزیکی از درد مفاصل نیز شاکی است و تست کومبس مستقیم مثبت است. کدامیک از تست های زیر را جهت تشخیص برای بیمار توصیه می کنید؟

۱. بررسی آنتی بادی ضد هسته

۲. شکنندگی اسمزی

۳. بررسی RDW

۴. بررسی وجود اجسام Heinz

پیش کارورزی اسفند ۹۵ قطب شیراز

بیمار ۷۸ ساله‌ای با صورت پلتوریک، سرگیجه، خارش شبانه و اسپلنومگالی مراجعه کرده است. در بررسی های انجام شده هماتوکریت ۷۰ درصد و هموگلوبین ۲۱ میلی گرم در دسی لیتر دارد. در بیوپسی مغز استخوان پان میلو ز مشاهده شد. تمامی موارد زیر صحیح اند، بجز

۱. موتاسیون ژن JAK۲

۲. عوارض ترومبوتیک در ۳۰ درصد بیماران

۳. افزایش اریتروپویتین سرم

۴. خونریزی از بینی و لته

پیش کارورزی اسفند ۹۵ قطب تبریز

آقای ۷۰ ساله‌ای با ضعف و بی حالی مراجعه کرده است. در اسمیر خون محیطی، سلول های لوسمیک با زوائد سیتوپلاسمی ظریف دیده می شود. در بررسی بیشتر با رنگ آمیزی ایمونوهیستوشیمی شاخص های اصلی لنفوسیت های B و CD11C و CD1۰۳ بر روی سلول های لوسمیک مثبت می شود. کدام عبارت زیر در مورد بیمار صحیح است؟

۱. اسپلنومگالی دیده نمی شود.

۲. لکوسیتوز شایع است.

۳. لنفادنوپاتی شایع است.

۴. ارتشاح مغز استخوان دیده میشود.

پیش کارورزی اسفند ۹۵ قطب کرمان

مرد ۳۵ ساله ای پس از درمان طولانی مدت با کلرامفنیکل دچار کاهش شدید گلبول های قرمز، گلبولهای سفید و پلاکت شده است.

در بیمار فوق همه ی موارد زیر صحیح است، بجز:

۱. در بیوپسی مغز استخوان بیشترین فضا را چربی اشغال کرده است.
۲. داروهای آنتی متابولیت و الکیله کننده نیز می توانند این بیماری را به وجود آورند.
- ۳.طحال او در معاینه قابل لمس نیست و بزرگ نشده است.
۴. نقص ارثی در تلومر از بیشترین علل آن است.

پیش کارورزی اسفند ۹۵ قطب کرمانشاه

آقای ۵۰ ساله ای با مشکلات گوارشی مراجعه نموده است. در بررسی کولونوسکوپی، ندول های زیر مخاطی متعدد مشهود است. در بیوپسی از ضایعه، سلول های لنفوسیتیک کوچک مونوتونوس با هسته های اندکی نامنظم و هستک نا واضح مشهود است. در بررسی ایمنوهیستوشیمی تومور فوق، CD ۲۰، CD ۵، Cyclin D ۱ مثبت می باشند. تشخیص تومور کدامیک از انواع لنفوم های زیر است؟

۱. Small cell lymphoma

۲. Mantle cell

۳. Follicular

۴. Burkitt

پیش کارورزی اسفند ۹۵ قطب شمال کرمانشاه

بیمار آقای ۷۰ ساله ای است که بدون مشکل خاصی جهت معاینه مراجعه نموده است. در آزمایش خون افزایش شدید گلبولهای سفید ۷۵۰۰۰ در میکرولیتر، با ۸۵% لنفوسیت های بالغ دیده می شود. هموگلوبین و گلبول های قرمز و پلاکت ها نرمال است. کدام تشخیص برای این بیمار مطرح است؟

AML ۱

ALL .۲

CML .۳

CLL .۴

پیش کارورزی اسفند ۹۵ قطب زنجان



## در مورد لنفوم هوچکین همهی موارد زیر صحیح است بجز:

۱. در ۷۰٪ موارد ژنوم ویروس هرپس در سلول های تومورال یافت شده است.
  ۲. این نئوپلاسم از لنفوسیت های B مراکز ژرمینال منشاء می گیرد.
  ۳. تشخیص میکروسکوپی آن، براساس دیدن سلول ریداشتنبگ یا واریانتهای آن در زمینه ی سلول های واکنشی است.
  ۴. شایع ترین فرم میکروسکوپی آن، ندولار اسکروزینگ است
- پیش کارورزی اسفند ۹۵ قطب آزاد

در بیمار مبتلا به عفونت EBV، لنفوسیت های آتیپیک خون محیطی، جزء کدام دسته از سلول های زیر می باشند؟

۱. APC

۲. PMN

۳. CD۴+

۴. CD۸+

پیش کارورزی شهریور ۹۵ قطب تهران تبریز

یک آقای ۶۰ ساله ای از دردهای مداوم و مبهم پشت از سه ماه قبل شاکی شده است. در CXR ضایعات لیتیک یک تا دو سانتی متری در مهره های کمر دیده می شود. آزمایش ادرار بیمار پروتئین بنزجونز نشان می دهد و در بیوپسی از مغز استخوان بیمار پلاسماسل ۳۵ درصد مشاهده می شود. تشخیص چیست؟

۱. لوسمی حاد

۲. لنفوم هوچکین

۳. لوسمی مزمن و

۴. مولتیپل میلوما

پیش کارورزی شهریور ۹۵ قطب شمال

## کدامیک از علل زیر منجر به آنمی میلوپتیازیک می شود؟

۱. فقر آهن

۲. کمبود فولات

۳. بیماری های مزمن

۴. متاستاز به مغز استخوان

پیش کارورزی شهریور ۹۵ قطب آزاد

خانم ۲۵ ساله ای به علت بزرگی غده‌ی لنفاوی گردن مراجعه می‌نماید که در بررسی میکروسکوپی متشکل از سلول‌های درشت با هسته‌ی چند لوبه و پف کرده popcorn cell است که در زمینه‌ی از ندول‌های بزرگ حاوی تعداد زیاد لنفوسیت کوچک ۸ همراه با تعداد متغیری ماکروفاژ قرار گرفته‌اند. نوتروفیل، ائوزینوفیل و پلاسماسل وجود ندارد یا خیلی کم است. سلول‌های درشت در رنگ آمیزی به روش ایمونوهیستوشیمی CO<sub>20</sub> مثبت بوده و CD<sub>30</sub> و CD<sub>15</sub> منفی هستند. یافته‌های فوق به نفع کدام تشخیص زیر است؟

۱. Follicular non-Hodgkin Lymphoma

۲. Nodular Sclerosis Hodgkin Lymphoma

۳. Lymphocyte Predominance Hodgkin Lymphoma

۴. Mantle Cell Lymphoma

پیش‌کارورزی اسفند ۹۴ قطب تهران

دختر خانم ۱۸ ساله ای با آنمی، یرقان و اسپنومگالی به کلینیک مراجعه کرده است. بیمار مذکور سابقه ابتلا به سنگهای صفراوی را دارد. در بررسی میکروسکوپی بافت طحال، خالی بودن نسبی سینوزوئیدها و پرخونی طناب های بیروت مشاهده می گردد. همچنین گلبول های قرمز وی در دمای اتاق با سرعت بالاتری همولیز می شوند. کدام بیماری زیر بیشتر مطرح است؟

۱. اسفروسیتوز ارثی

۲. آنمی داسی شکل

۳. کمبود G۶PD

۴. تالاسمی

پیش کارورزی اسفند ۹۴ قطب کرمان

کدامیک از انواع ترانس لوکاسیونهای کروموزومی زیر، در بیمار مبتلا به لوسمی میلوئید مزمن (CML)، دیده می شود؟

۱. ۱۱/۲۲

۲. ۹/۲۲

۳. ۸/۱۴

۴. ۱۱/۱۴

پیش کارورزی اسفند ۹۴ قطب اهواز

آقای ۷۵ ساله‌ای با پلاکت های اریتماتو در سطح پوست شکم مراجعه نموده است. در بیوپسی پوست سلول های نئوپلازیک با هسته های cerebriform در درم فوقانی و اپیدرم مشاهده گردید که دارای مارکرهای Icell هستند. محتمل ترین تشخیص کدام است؟

۱. Lymphoplasmocytic lymphoma

۲. Mycosis fungoides

۳. Small lymphocytic lymphoma

۴. Adult- Tcell leukemia / lymphoma

پیش کارورزی شهریور ۹۴ قطب مشهد



خانم ۳۵ ساله ای با لنفادنوپاتی ناحیه ی گردن و سوپرا کلاویکولار مراجعه کرده است. در بررسی میکروسکوپی بافت غده ی لنفاوی به هم ریخته و توسط نوارهای کلاژنی به فضاهای نامنظمی تقسیم شده است. در بررسی دقیق تر سلول های بزرگ با هسته ی منفرد چند لوبیا و هستک های کوچک و سیتوپلاسم رنگ پریده درون فضاهای لاکونا مانند همراه با ارتشاح لنفوسیت، ائوزینوفیل و هیستئوسیت در زمینه دیده می شود. کدام تایپ لنفوم هوچکین مطرح است؟

۱. نوع سلولاریتهی مختلط

۲. نوع با برتری لنفوسیت

۳. نوع ندولار اسکروز

۴. نوع کم لنفوسیت

پیش کارورزی شهرپور ۹۴ قطب کرمان

در بررسی آزمایشگاهی خانم سالخورده ای با شکایت تپش قلب، کرختی اندام ها و بیحالی، آنمی هیپوکرومیک میکروسیتیک، کاهش TIBC, Iron، افزایش فریتین و ESR یافت شده است. کدامیک از عوامل اتیولوژیک زیر سبب بروز این علائم شده است؟

۱. آرتریت روماتوئید

۲. آنمی فقر آهن

۳. آنمی میلوافتیزیک

۴. سندرم میلودیپلاستیک

پیش کارورزی شهریور ۹۴ قطب شمال

کودک ۱۰ ساله ای با توده‌ی ناحیه‌ی ایلئوسکال مراجعه نموده است. در بیوپسی انجام شده سلول‌های لنفوئید مونوتون با هسته‌های نوکلئو دارد و سیتوپلاسم بازوفیل واکوئله همراه با تعداد فراوان ماکروفاژ با ایجاد نمای آسمان پر ستاره (starry-sky) مشاهده گردید. با توجه به محتمل‌ترین تشخیص مطرح شده، کدامیک از ویژگی‌های این لنفوم نیست؟

۱. همراه با EBV است

۲. تمایل به درگیری اکسترانودال

۳. بروز مارکرهای سلول B در این لنفوم

۴. شیوع بالای تابلوی لوسمی در بیماران

پیش‌کارورزی اسفند ۹۳ قطب اصفهان

بیماری از خراسان با پارا پارزی اسپاستیک، پاپول های پوستی، هیپرکلسمی و لنفادنوپاتی منتشر مراجعه کرده است. در رنگ آمیزی سلول های لوسمیک CD۲۵ مثبت را بروز می دهد. تمام عبارات زیر در این بیماری صحیح است بجز

۱. عامل آن نوعی آدنووایروس است.

۲. بیماری بسیار مهاجم است.

۳. نئوپلاسم TCell و اغلب در بالغین است.

۴. لنفوسیتوز دیده می شود.

پیش کارورزی اسفند ۹۳ قطب کرمان

این لنفوم ۱۰ تا ۱۵ درصد از لنفوم های غیرهوچکینی بزرگسالان را تشکیل می دهد. از سلول های T عملکردی منشا می گیرد و توموری بسیار مهاجم است. طبقه بندی مشخصی در گروه لنفوم ها ندارد. این لنفوم کدام است؟

۱. لنفوم سلول T محیطی
  ۲. لنفوم سلول T بزرگسالان
  ۳. لنفوم سلول T پوستی ۴۰
  ۴. لنفوم هوچکین
- پیش کارورزی اسفند ۹۳ قطب آزاد

در این نوع کم خونی میزان هیسیدین پلازما بالا است. غلظت فریتین در سرم بالا است ظرفیت کلی اتصال آهن کاهش یافته و با دادن آهن و اریتروپویتین کم خونی اصلاح می شود. این کم خونی کدام است؟

۱. هموگلوبینوری پاروکسیسمال شبانه

۲. آنمی ناشی از آنتی اکسیدان

۳. آنمی در بیماری های مزمن

۴. آنمی ناشی از هموگلوبینوپاتی

پیش کارورزی اسفند ۹۳ قطب آزاد

آقای ۷۰ ساله ای با خستگی پیشرونده در عرض ۱۰ ماهه گذشته به درمانگاه داخلی مراجعه کرده است. اما در معاینه ی وی بافتهای غیرطبیعی دیده نشد. در ارزیابی آزمایشگاهی:  $Hb=7500$ ,  $WBC=27/99$ ,  $HCT=9/2/1$  است. کدامیک از یافته های زیر با احتمال بیشتری در اسمیر خون محیطی دیده می شود؟

۱. نوتروفیل های هیپرسگمانته

۲. بلاست

۳. شیستوسیت

۴. گلبول های قرمز هیپوکروم

پیش کارورزی شهریور ۹۳ قطب کرمانشاه

یک مرد ۶۰ ساله ای به دلیل سرطان روده باریک تحت عمل جراحی رزکسیون ایلئوم قرار گرفته است. در معاینه فیزیکی شدیداً رنگ پریده بوده و در آزمایش خون یک آنمی مارکوسیتی با نوتروفیل های هیپرسگمانته دیده می شود. کمبود کدامیک از موارد زیر منجر به ایجاد آنمی در این بیمار شده است؟

۱. فولیک اسید

۲. فاکتور داخلی

۳. آهن و ۴

۴. B ۱۲

پیش کارورزی شهریور ۹۴ قطب زنجان



در بررسی مغز استخوان آقای ۴۰ ساله ای که به علت خونریزی غیرطبیعی مراجعه نموده است، ۴۰ میلوبلاست پرومیلوسیت های فراوانی با Auer rod متعدد دیده می شود. کدامیک از تغییرات ژنتیکی در وی محتمل تر است؟

۱.  $t(۸,۱۴)$

۲.  $t(۹,۲۲)$

۳.  $t(۱۱,۱۴)$

۴.  $t(۱۵,۱۷)$

پیش کارورزی اسفند ۹۳ قطب شیراز

آقای ۷۵ ساله ای با کم خونی، دردهای استخوانی و علائم نارسایی کلیوی مراجعه می کند. در آزمایشات  $ESR=110$ ، سطح کراتینین خون بالا، کلسیم بالا و در اسکن استخوان ضایعات متعدد در ستون مهره ها و جمجمه، دیده می شود. در بررسی نمونه ی مغز استخوان کدام یافته ی زیر را انتظار دارید؟

۱. افزایش ردهی اریتروئید
  ۲. فیروز منتشر مغز استخوان
  ۳. کاهش سلول های مغز استخوان
  ۴. افزایش رده ی پلاسماسل
- پیش کارورزی اسفند ۹۴ قطب زنجان

بیماری با شرح حال الکلیسم مزمن با یک آنمی ماکروسیتیک و ترومبوسیتوپنی مراجعه می نماید. خون محیطی بیمار نشان دهنده تعداد زیادی Macro- Ovalocyte و نوتروفیل های هیپرسگمانته است. کدامیک از موارد زیر تشخیص این بیمار است؟

۱. Anemia of chronic disease

۲. Folic acid deficiency

۳. Iron deficiency anemia

۴. Sickle cell anemia

پیش کارورزی شهریور ۹۷ قطب زنجان

در بررسی پاتولوژیک آسپیراسیون مغز استخوان پسر بچه‌ی ۴ ساله‌ی با آنمی و اسپلنومگالی ماسیو و عقب ماندگی رشدی، تمامی فضای مغز استخوان توسط سلول های خون ساز اشغال شده است که به قشر استخوان تهاجم کرده اند. در شمارش سلولی بیش از ۵۰٪ سلول های مغز استخوان را سلول های رده‌ی اریتروئیدی تشکیل می دهد. محتمل ترین تشخیص کدام است؟

۱. پلی سیتی ورا

۲. اریترولوسمی (AMIL ۶M)

۳. تالاسمی

۴. لوسمی الوسمیک (ALL)

پیش کارورزی شهریور ۹۷ قطب تبریز

آقای ۶۰ ساله ای با خستگی طولانی مدت و کاهش وزن مراجعه کرده است. در بررسی آزمایشگاهی آنمی با کاهش سطح آهن و فریتین و افزایش TIBC دارد. کدام مورد اهمیت بیشتری دارد؟

۱. درمان کم خونی فقر آهن و پر کردن ذخایر آهن مغز استخوان

۲. بررسی از نظر کانسره‌های گوارشی

۳. الکتروفورز هموگلوبین

۴. بیوپسی مغز استخوان

پیش کارورزی شهریور ۹۷ قطب کرمانشاه

دختر ۱۲ ساله ای که به علت UTI تحت درمان با نیتروفورانتوئین بوده است به علت ایکتر و ادرار تیره مراجعه می کند. در بررسی آزمایشگاهی کم خونی، رتیکولوسیتوز و افزایش بیلی روبین غیر کنژوگه دارد. لام خون محیطی، گلبول های قرمز با انکلوزیون های تیره که با رنگ آمیزی Supravital رنگ می گیرد را نشان می دهد. تشخیص کدام است؟

۱. G6PD deficiency

۲. Sickle cell anemia

۳. Spherocytosis

۴. Aplastic anemia

پیش کارورزی شهریور ۹۷ قطب کرمان تهران

بیمار مرد ۳۰ ساله ای که به دنبال ضعف شدید، دچار خونریزی ناگهانی گوارش شده است. در نمونه ی خون محیطی وی، تعداد زیادی گلبول سفید دیده می شود که هسته های بزرگ، کروماتین ظریف، هستکهای متعدد و گرانول های سیتوپلاسمی فراوان با تشکیل Auer rod دارند. بهترین تشخیص کدام است؟

۱. Acute lymphoblastic leukemia

۲ Burkitt lymphoma

۳ Acute promyelocytic leukemia

۴. Lymphoplasmacytic lymphoma

پیش کارورزی شهریور ۹۷ قطب اهواز

آقای ۵۰ ساله ای با سابقه ی چند ماهه ضعف و بی حالی به علاوه کاهش وزن و درد شکم تحت بررسی قرار گرفت. در شمارش سلول های خونی به عمل آمده، افزایش تعداد لکوسیت ها در حدود ۱۵۰/۰۰۰ عدد در میکرولیتر مشاهده شد. در بررسی های مولکولی انجام شده (BCR-ABL<sup>t</sup> ۲۲؛۹) شناسایی شد. کدام تشخیص مطرح می گردد؟

۱. لنفوم بورکیت (BL)

۲. لنفوم فولیکولار (FL)

۳. لوسمی میلوئید مزمن (CML)

۴. لوسمی لنفو بلاستیک حاد (ALL)

پیش کارورزی اسفند ۹۷ قطب شمال



بیماری با آنمی هایپوکروم میکروسیتیک مراجعه نموده است. در بررسی های تکمیلی سطوح فریتین سرم کاهش و TIBC سرم افزایش داشته است. محتمل ترین علت آنمی کدام است؟

۱. مگالوبلاستیک

۲. بیماری مزمن

۳. فقر آهن

۴. آپلاستیک

پیش کارورزی اسفند ۹۷ قطب شمال

• بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید به علت ضعف، خستگی و بیحالی مراجعه نموده است در بررسی های آزمایشگاهی هموگلوبین ۱۰ و هماتوکریت ۳۱ است، گلبول های قرمز مختصری هیپوکروم و میکروستیک بوده و سطح فریتین سرم بالا و TIBC پایین است کدامیک از موارد زیر در پاتوژنز این بیماری نقش دارد؟

۱. کمبود سطح فولات و B۱۲ سرم

۲. نقص در سنتز و ترمیم

۳. DNA وجود آنتی بادی ناشی از مصرف دارو

۴. بالا بودن سطح پلاسمایی Hepcidin

• پیش کارورزی اسفند ۹۶ قطب تهران

در بررسی اسمیر خون محیطی بیماری با اسیلنومگالی و لکوسیتوز ار/1000000 cell، غلبه‌ی نوتروفیل به همراه میلوپتیت و متامیلوسیت مشهود است. حدود دو درصد بلاست دیده می‌شود. همچنین ائوزینوفیل و بازوفیل جلب توجه می‌کنند. پلاکت‌ها افزایش یافته‌اند. کدام تست ژنتیک را درخواست می‌کنید؟

۱. t(۹;۲۲)

۲. Inv(۱۶)

۳. NPM۱

۴. MLL fusion

پیش‌کارورزی دی ۹۷ میان‌دوره‌ی کشوری

## کدام مورد در تالاسمی ماژور در خون محیطی دیده می شود؟

۱. گویچه های قرمز ماکرواو والوسیت، نوتروفیل های هیپرسگمانته
۲. گویچه های قرمز گاز زده، اجسام هاینز
۳. گویچه های قرمز قطعه قطعه، شیسستوسیت ها و سلول های کلاه خودی (helmet)
۴. گویچه های قرمز هیپوکرموم و میکروسیت، سلول های هدف (تارگت) و گویچه های قرمز هسته دار

پیش کارورزی اسفند ۹۶ قطب زنجان

در بررسی میکروسکوپییک غده ی لنفاوی بیماری ساختمان گره لنفاوی حفظ شده و افزایش فولیکول های لنفاوی با تنوع در اندازه و شکل مراکز زایا دیده می شود. همچنین در مراکز زایا فعالیت فاگوسیتی و میتوزی واضح رؤیت می گردد، تمام تشخیص های زیر قابل انتظار است، بجز:

۱. مراحل اولیه ی عفونت HIV ۲۰

۲. آرتریت روماتوئید

۳. توکسوپلاسموزیس

۴. مونونوکلئوز عفونی

پیش کارورزی اردیبهشت ۹۶ میان دوره ی کشوری

آقای ۶۵ ساله به دلیل ضعف و بی حالی به پزشک مراجعه می کند. در آزمایشات خون محیطی پان سایتوپنی به همراه گلبول های قرمز tear froop و اشکال نارس گلبول های قرمز و سفید مشاهده شده است. در معاینه اسپلنومگالی قابل توجه و در مطالعه ژنتیک موتاسیون Kinase ۲JAK گزارش شده است. کدام یک از موارد زیر محتمل ترین یافته در مطالعه مغز استخوان وی می باشد؟

۱. Normacellular marrow

۲. Diffusely fibrotic marrow

۳. Increased number of megaloblasts

۴. Increased number of plasma cells

دستیاری - سال ۱۳۹۰ - کشوری

آقای ۶۵ ساله به دلیل ضعیف و بی حالی مراجعه کرده است. در معاینه اسپلنومگالی و در مطالعه ژنتیک موتاسیون ژن JAK۲ مشاهده شده است. در آزمایشات خون محیطی پان سیتوپنی به همراه Tear drop RBC و اشکال نارس گلبول های سفید و قرمز دیده شده است. مشاهده کدام یک از یافته های زیر در مغز استخوان محتمل تر می باشد؟

۱. Normocellular marrow

۲. Diffusely fibrotic marrow

۳. Increased number of megaloblasts

۴. Increased number of plasma cells

در بررسی میکروسکوپی غدد لنفاوی خانمی ۵۴ ساله که با لنفادنوپاتی ژنرالیزه بدون درد مراجعه نموده است. سلول های عمدتا بزرگ تر از لنفوسیت معمولی با کروماتین فشرده و جدار هسته نامنظم و شکافدار می باشند که با تعداد ید از سلول های بزرگ تر با کروماتین وزیکولر و چندین هستک مخلوط شده اند. سلول های توموری برای CD۱۰CD۲۰ و ۶BCL مثبت هستند. محتمل ترین تشخیص کدام است؟

۱. Nodular sclerosis Hodgkin lymphoma

۲. Lymphocyte predominance Hodgkin lymphoma

۳. Follicular lymphoma

۴. Mantle cell lymphoma



بیماری بعد از تزریق پنی سیلین دچار آنمی همولیتیک شده است، کدامیک از تست های زیر به تشخیص کمک می کند؟

۱. تست شکنندگی اسمزی

۲. تست کومبس مستقیم

۳. هموگلوبین الکتروفورز

۴. اندازه گیری سطح فریتین

دستیاری - سال ۱۳۹۸-کشوری

کدامیک از بیماریهای لنفوپرولیفراتیو زیردر بیشتر موارد از منشاء سلول های آ می باشد؟

۱. Burkitt lymphoma

۲. Follicular lymphoma

۳. Mycosis fungoides

۴. Mantle cell lymphoma

دستیاری - سال ۱۳۹۵ - کشوری



# Intestine

## تومور غدد بزاقی

ادنوم پلئومورفیک:

-بیش از ۹۰% تومورهای خوشخیم غدد بزاقی را تشکیل می دهد

-رشد اهسته با حدود مشخص و کپسول دار

-مشخص ترین ویژگی بافت شناختی ناهمگون بودن آن است.(عناصر اپیتلیال با استرومای بافت

همبندی شل و اغلب میگزوئیدی که گاهی حاوی غضروف است.

## اختلال حرکتی مری

اشالازی:

سه اختلال اصلی در اشالازی هستند:

- ۱) از بین رفتن پرستالتیسم
- ۲) شل شدن نسبی یا ناقص اسفنکتر تحتانی مری بدنبال بلع
- ۳) افزایش تون اسفنکتر تحتانی مری در حالت استراحت

اشالازی با افزایش ریسک کارسینوم سلول سنگفرشی همراه است

ازوفاژیت ریفلاکسی:

(۱) وجود ائوزینوفیل با یا بدون نوتروفیل در لایه پوششی

(۲) هیپرپلازی لایه بازال

(۳) طولیل شدن لامینا پروپریا

-مری بارت: جایگزینی مخاط طبیعی سنگفرشی مطبق انتهای تحتانی مری با اپیتلیوم استوانه ای متاپلاستیک حاوی سلول جامی.

از عوارض GERD طولانی مدت (۱۰-۱۵٪)

اهمیت بالینی اصلی مری بارت در رابطه با بروز ادنوکارسینوم است (غربالگری با بیوپسی)

## گاستریت مزمن

التهاب مزمن مخاطی که نهایتاً به اتروفی مخاط و متاپلازی اپیتلیال منجر می شود

-H. Pylori(مهمترین عامل): افزایش ریسک ادنوکارسینوم و لنفوم

-اتوایمیون: تخریب سلولهای پریتال موجب کاهش تولید اسید(هیپرگاسترینمی) و فاکتور داخلی(انمی پرنیشس)

## تومور های معده

-پولیپ ها: هایپرپلاستیک/ پولیپ غدد فوندوس(تجمعات کوچکی از غدد متسع از نوع تنه معده به نظر هامارتوم های کوچک)/ پولیپ ادنوماتوز

کارسینوم معده:

۲) نوع منتشر سلولهای موکوسی نوع معده ای غدد تشکیل نمی دهند بلکه ترجیحا به صورت سلولهای پراکنده نگیان انگشتی یا گروههای کوچک سلولی و با طرح رشد انفیلتراتیو(لینیت پلاستیکا)

۱) نوع روده ای 2)



## انتهروپاتی حساس به گلوتهن (سلیاک)

-سردسته علل غیر عفونی (مرتبط با سلولهای T CD4) سوء جذب (به غلت حساسیت به پروتئین گلوتهن غلات)

-استعداد ژنتیکی قوی (HLA-DQ2)

-علائم بافت شناختی: اتروفی پرز / هیپرپلازی کریپت / افزایش لنفوسیت های داخل اپیتلیوم

ارتباط بیماری با لنفوم روده ای (خصوصا سلول T) و درماتیت هرپتی فرم

-یافته های سرولوژیک

## IBD

ارتشاح اماسی منتشر تک هسته ای در لامینا پروپریا و ارتشاح نوتروفیلی در سطح اپیتلیالی و گاه درون غدد(ابسه کریپتی)

کرون: شایعترین محل درگیری ایلئوم ترمینال/بیماری سیستمیک(یوئیت ارتریت مهاجر اریتم ندوزوم بیماری التهابی مجاری صفراوی و اوروپاتی انسدادی به همراه نفرولیتیازیس

مشخصه بیماری کرون:

۱)گرفتاری سرتاسری(۲)گرانولوم غیر پنیری ۳)تشکیل فیستول / pseudopolyp / skip lesion/ creeping fat

کولیت اولسرو:بیماری زخمی شونده التهابی است که کولون را درگیر می کند / محدود به مخاط و زیر

مخاط / از رکتوم شروع و به صورت پیوسته به سمت پروگزیمال پیشرفت می کند/ بیماری

سیستمیک(ارتریت مهاجر اسپوندیلیت انکیلوزان یوئیت اریتم ندوزوم و گرفتاری کبد)کلانژیت اسکروزان

اولیه)/ خطر بروز کارسینوم در مبتلیان به UC بیشتر است/ مگاکولون توکسیک

## تومورهای روده

پولیپ ها:

هیپرپلاستیک: پوشیده شده از سلولهای جذبی و گابلت سل ها

juvenile: پرولیفراسیون هامارتومی لامینا پروپریا. غدد متسع و کیستیک پراکنده/ بدون پتا نسیل بدخیمی

ادنوما: اپیتلیوم نئوپلاستیک حاوی غدد منشعب مفروش از سلولهای استوانه ای بلند هیپرکروم و بعضا بی

نظم APC (خطر بدخیمی: **اندازه** سرطان در زیر ۱ سانت نادر)/ ساختمان (ویلوس ریسک بالاتر)/ شدت

دیسپلازی

ادنوم sessile serrated MSI: (MLH1, PMS1, PMS2, MSH2, MSH6)

## تومورهای روده

تومور استرومایی دستگاه گوارش (GIST): از منشا سلولهای کاخال / اکثرا دارای جهش در ژن c-KIT(CD117) می باشند(پاسخ به درمان با imatinib)

کارسینوئید(تومورهایی که ترکیبات بیواکتیو ترشح میکنند).

شایعترین محل کارسینوئید روده اپاندیس(روده باریک رکتوم و...) / نمای توپر و زرد-خرمایی رنگ در برش / سلولهای توموری دارای سیتوپلاسم اندک صورتی و دانه دار و هسته های گرد تا بیضی دانه دار با تغییرات اندک در اندازه / کارسینوئید اپاندیس و رکتوم تقریبا هرگز متاستاز نمیدهند.

## همه ی گزینه های زیر در مورد Inflammatory Bowel Disease صحیح می باشند، بجز:

۱. پولیپ کاذب در کولیت اولسراتیو مشاهده می گردد.

۲. در کولیت اولسراتیو Skip lesions مشاهده می گردند

۳. در کرون تشکیل fistula جلب نظر می کند

۴. فیبروز جدار روده از خصوصیات کرون است

پیش کارورزی اردیبهشت ۹۶ میان دوره ی کشوری

آقای ۳۵ ساله ای با درد گرامی شکم و اسهال خونی مراجعه کرده است. در کولونوسکوپی زخم های با قاعده ی پهن و مخاط قرمز رنگ که با حاشیه ی واضح از مخاط نرمال جدا می شود، در رکتوم دیده می شود. در مطالعه ی میکروسکوپی، التهاب و آبسه ی کریپتی، تخریب کریپت و متاپلازی اپیتلیال در رکتوم مشاهده می گردد. ضایعات به صورت Skip نمی باشند. گرانولوم تشکیل نشده است. محتمل ترین تشخیص کدام است؟

۱. Typhoid. ever

۲. Lymphocytic Colitis

۳. Ulcerative Colitis

۴. Shigellosis

پیش کارورزی شهریور ۹۷ قطب اهواز

## در بیماری التهابی روده، وجود کدامیک از ضایعات زیر بیشتر به نفع تشخیص بیماری کرون (Crohn) است؟

۱. التهاب مخاطی سطحی
  ۲. وجود سود و پولیپ
  ۳. وجود واسکولیت عروق با اندازه ی متوسط
  ۴. تشکیل گرانولوم در جدار روده
- پیش کارورزی آذر ۹۷ میان دوره‌ی کشوری

در بررسی میکروسکوپی توده ی معده در یک آقای ۶۰ ساله، توموری با حدود مشخص مشاهده می شود که از سلول های دوکی با هسته های کشیده و سیتوپلاسم اسیدوفیل تشکیل شده است. در رنگ آمیزی ایمونوهیستوشیمی مارکر C- KIT مثبت است. کدام تشخیص محتمل تر است؟

۱. Diffuse type adenocarcinoma

۲. Lymphoma

۳. Gastrointestinal stromal tumor

۴. Glomus tumor

پیش کارورزی شهرپور ۹۷ قطب مشهد



• در بررسی میکروسکوپی توده‌ی کام در یک خانم ۴۰ ساله، توموری با کپسول ناکامل مشاهده می‌شود که در آن سلول‌ها به شکل صفحات و نوارهای سلولی بدون دیسپلازی و میتوزی در زمینه‌ی کندروئید و میگزوئید قرار گرفته‌اند. با توجه به محتمل‌ترین تشخیص کدام گزینه درست است؟

۱. شایع‌ترین تومور بدخیم غده‌ی بزاقی محسوب می‌شود.

۲. از پوشش ادونتوژنیک منشاء می‌گیرد.

۳. در آن مخلوطی از سلول‌های اپیتلیال و میوآپیتلیال دیده می‌شود.

۴. معمولاً به صورت توده‌ای با رشد سریع و دردناک ظاهر می‌کند.

• پیش‌کارورزی اسفند ۹۷ قطب مشهد

• در اندوسکوپی، بهترین محل نمونه برداری برای یافتن هلیکوباکتر پیلوری کدام است؟

۱. کاردیا

۲. بادی

۳. انتروم

۴. دئودنوم

• دستیاری - سال ۱۳۹۶ - کشوری

در اندوسکوپی بیماری با سابقه ی مصرف مهارکننده های پمپ پروتون، چندین پولیپ با حدود مشخص در منطقه ی بادی معده مشهود هستند که در بررسی بافت شناسی، غدد نامنظم و متسع دارند که با سلول های پریتال و چیف ( parietal & chief cell)مفروش شده اند، بهترین تشخیص کدام نوع پولیپ است؟

1. Fundic gland

2. C Tubular Adenoma

3. Hyperplastic

4. Metaplastic

پیش کارورزی دی ۹۷ میان دوره ی کشوری

• کدامیک از موارد زیر در بررسی میکروسکوپیک نمونه ی بیوپسی دئودنوم در بیماری سلیاک دیده می شود؟

۱. گرانولوم غیر نکروزانت در لامینا پروپریا و آبسهی کریپتی

۲. لنفوسیتوز داخل اپی تلیالی، آتروفی پرزها و هیپرپلازی کریپتها

۳. رسوب لایهی متراکم کلاژن در زیر سلولهای پوششی سطحی

۴. غشاء کاذب در سطح مخاط متشکل از نوتروفیلها و لاشه های سلول های پوششی از بین رفته

• پیش کارورزی اسفند ۹۷ قطب آزاد

- در بررسی میکروسکوپی توده ی معده در یک آقای ۶۰ ساله، توموری با حدود مشخص مشاهده می شود که از سلول های دوکی با هسته های کشیده و سیتوپلاسم اسیدوفیل تشکیل شده است. در رنگ آمیزی ایمونوهیستوشیمی مارکر C- KIT مثبت است. کدام تشخیص محتمل تر است؟

1. Diffuse type adenocarcinoma

2. Lymphoma

3. Gastrointestinal stromal tumor

4. Glomus tumor

- پیش کارورزی شهریور ۹۷ قطب مشهد

• آقای ۴۰ ساله ای با شرح حال طولانی سوزش سر دل مراجعه کرده است. در بررسی میکروسکوپی نمونه برداری از طریق اندوسکوپی) از محل اتصال مری به معده، پوشش مخاطی استوانه ای جایگزین پوشش مخاطی سنگفرشی شده است. احتمال بروز کدام نئوپلاسم در این بیمار بسیار بالاتر از افراد طبیعی است؟

۱. کارسینوم سلول سنگفرشی

۲. آدنوکارسینوم

۳. لیومیوسارکوم

۴. لنفوم بدخیم

• پیش کارورزی شهریور ۹۷ قطب شیراز

• پسربچه ی ۳ ساله ای با خونریزی رکتوم مراجعه کرده، در معاینه ی میکروسکوپی بیوپسی رکتوم، ساختمان پولیپ مانند متشکل از غدد متسع کیستی در زمینه ی ادماتو با پوشش اپیتلیال طبیعی و سطح زخمی دیده می شود. تشخیص کدام مورد زیر است؟

0 1. Tubular adenoma

2. Villous adenoma

3. Inflammatory polyp

4. Juvenile polyp

• پیش کارورزی شهریور ۹۶ قطب اهواز

• بیماری که با درد اپی گاستر و آنمی مراجعه کرده در بررسی هیپوکلریدری و آنمی مگالوبلاستیک دارد.  
عامل این ضایعه کدامیک از انواع گاستریت زیر می تواند باشد؟

۱. حاد

۲. هلیکوباکتری

۳. صفراوی

۴. اتوایمیون

• پیش کارورزی شهریور ۹۳ قطب اهواز



• کدامیک از پولیپهای زیر شانس بیشتری برای بدخیم شدن دارد؟

1. Villous adenoma

2. Hyperplastic polyp

3. Juvenile polyp

4. Inflammatory polyp

• پیش کارورزی شهریور ۹۳ قطب شیراز

• تمام موارد زیر در آشالازی مشاهده می شود بجز:

۱. عدم وجود حرکات دودی در پایین مری
۲. تنگی مجرای مری به علت چین مخاطی
۳. عدم باز شدن دریچه ی پایین مری به اندازه ی کافی
۴. انقباض بیش از حد دریچه ی مری در حالت استراحت

• پیش کارورزی شهریور ۹۳ قطب اصفهان

• بیماری با علائم انسداد روده مراجعه نموده است. در بررسی ها توده ای در آپاندیس مشاهده می شود. توده توپر و بسیار سفت بوده و در بررسی بافت شناسی سلول های نئوپلاستیک طناب ها و با صفحات متمایز نیافته تشکیل می دهند. سلول های تومورال مشابه بوده، دارای سیتوپلاسم اندک صورتی دانه دار هستند و هسته ای کرد تا بیضوی دارند. محتمل ترین تشخیص کدام است؟

۱. کارسینوئید

۲. لنفوم روده

۳. آدنوکارسینوم روده

۴. تومور استرومال

• پیش کارورزی شهریور ۹۳ قطب تهران

- در معاینه ی روتین یک آقای ۵۱ سالهای تست خون مخفی مدفوع مثبت است. در کولونوسکوپی یک پولیپ اسانتی متری با ساقهی باریک در کولون نزولی دیده می شود. در بررسی میکروسکوپی از پولیپ غدد تیپ کولون به فرم توبولر در هم فرو رفته و آتیپیک دیده می شود. ساقهی پولیپ با اپی تلیوم نرمال کولون مفروش شده است. محتمل ترین تشخیص در بیمار فوق کدام است؟

۱. پولیپ پوتزجگرز
  ۲. پسودوپولیپ کولیت اولسروز
  ۳. پولیپ هیپرپلاستیک
  ۴. پولیپ آدنوماتوز
- پیش کارورزی شهریور ۹۳ مشترک کشوری

• شایع ترین نوع بدخیمی در بیمار مبتلا به آشالازی مری کدام است؟

۱. آدنوکارسینوما

۲. اسکواآموس سل کارسینوما

۳. نورواندوکترین کارسینوما

۴. لنفوما

• پیش کارورزی اسفند ۹۳ قطب اهواز

• آقای ۶۵ ساله ای با کاشکسی و کاهش وزن و اشکال در بلع غذاهای جامد و مایع مراجعه نموده است. در بررسی میکروسکوپی نمونه ی به دست آمده از ضایعه ی مری، توده های سلول های آتیپیک، با خارهای سلولی و مرواریدهای کراتینی در زیر مخاط دیده می شود. تشخیص این ضایعه چیست؟

۱. ازوفازیت ریفلاکس

۲. آدنوکارسینوم

۳. کارسینوم سلول سنگفرشی

۴. ازوفازیت هرپسی

• پیش کارورزی شهریور ۹۴ قطب زنجان

• کدامیک از ویژگی های مورفولوژیک ازوفاژیت ناشی از رفلاکس (Reflux esophagitis) نیست؟

۱. احتقان و پرخونی در نمای ماکروسکوپی

۲. اگزوسیتوز سلول های آماسی ائوزینوفیل در مخاط سنگفرشی

۳. آتروفی شدید اپی تلیوم مخاطی مری

4. طویل شدن پاپیهای لامینا پروپریا

• پیش کارورزی شهریور ۹۴ قطب مشهد

•

• در بررسی میکروسکوپی پولیپ کولون سلولهای هیپرکروم، کشیده همراه با stratification دیده می شود. عبارت صحیح کدام است؟

1. در انواع فامیلیال موتاسیون در Mismatch Repair Gene دیده می شود.

2. شانس بدخیمی در انواع توبولار بیشتر است.

3. درجهی (grade) دیسپلازی در پیش بینی تبدیل به بدخیمی پولیپ دخیل است.

4. معمولاً سایزهای کوچک دارد و سایز بزرگ تر از ۱۵ سانتی متر به ندرت مشاهده می شود.

• پیش کارورزی اسفند ۹۵ قطب شیراز



• در بیوپسی معده ی بیماری ارتشاح لنفوسیت و پلاسماسل در مخاط معده به همراه تجمعات لنفاوی دیده شده است. شایع ترین علت این ضایعه کدام است؟

1. H. pylori

2. Autoimmune disease

3. NSAID

4. Alcohol abuse

• پیش کارورزی شهریور ۹۵ قطب شیراز



**Kidney**

## سندرم نفروتیک

۱) پروتینوری شدید ۲) هیپوالبومینمی ۳) ادم جنرالیزه ۴) هیپرلیپیدمی و لیپیدوری

minimal change disease-

focal segmental glomerulosclerosis-

membranous GN-

membranoproliferative GN-

## (نفرز لیپوئید) Minimal change disease

-شایعترین علت سندرم نفروتیک در اطفال است. مشخصه ان گومرولهای است که در زیر میکروسکوپ نوری طبیعی بوده ولی در بررسی با میکروسکوپ الکترونی از دست رفتن زوائد پایی پدوسیت ها وجود دارد

-سلولهای لوله خمیده نزدیک اغلب مملو از قطرک های پروتیین و چربی می باشد(نفرز لیپوئیدی)  
-بیماری به صورت شروع تدریجی سندرم نفروتیک در یک کودک سالم رخ می دهد. افزایش فشار خون وجود ندارد و کارکرد کلیه اغلب حفظ می شود.

-پروتئینوری انتخابی (البومین) وجود دارد

-پیش آگهی خوب و بیش از ۹۰% به دوره کوتاه کورتیکواستروئید درمانی پاسخ می دهند

## FSGS

با اسکروز برخی گلومرول ها و نه تمام انها(درگیری فوکال) و ابتلای قسمتهایی از هر گلومرول مشخص می شود

-ارتباط با سوء مصرف هروئین و ابتلا به HIV

-FSGS اولیه تقریباً ۲۰-۳۰% کل موارد سندرم نفروتیک را تشکیل می دهد و به تدریج در حال تبدیل شدن به یکی از انواع شایع سندرم نفروتیک در بالغین است

-حداقل ۵۰% بیماران در ۱۰ سال آینده دچار نارسایی end-stage کلیوی می شوند

-افزایش ماتریکس مزانژیال از بین رفتن مجرای داخل مویرگی و رسوب توده هیالین(هیالینوز) و قطرات چربی را نشان می دهند

-در IF رسوب غیر اختصاصی ایمنوگلوبین ها و معمولا IgM و کمپلمان

-در EM از دست رفتن زوائد پایی پدوسیت ها (مثل MCD) دیده می شود

## MGN

-در سنین ۳۰-۵۰ سالگی شایعتر است و در ۸۵% موارد ایدیوپاتیک و در سایر موارد ثانویه به:

(۱) عفونت ها (HBV سیفیلیس شیستوزومیازیس مالاریا)

(۲) تومورهای بدخیم (ریه کولون و ملانوم)

(۳) SLE و سایر بیماریهای خود ایمن

(۴) تماس با املاح معدنی (طلا و جیوه)

(۵) داروها (پنی سیلامین کاپتوپریل NSAID)

افزایش ضخامت منتشر GBM ناشی از رسوبات زیر اپیتلال با نمای spike & dome

## MPGN

-دو نوع عمده (I , II) MPGN در LM مشابه هستند. گلومرول ها بزرگ بوده و یک نمای لوبولی مشخص دارند و تکثیر سلولهای مزانژیال و اندوتلیال به همراه لکوسیت های ارتشاح یافته را نشان می دهد. GBM ضخیم و دو جداره شده (tram track).

I: رسوبات الکترون دنس زیر اندوتلیوم و در IF رسوب نامنظم گرانولار C<sup>3</sup> IgG و اجزای اولیه کمپلمان (C1q, C4)

II: رسوب مواد الکترون دنس در زیر اندوتلیوم به حالت روبانی dense deposit disease و حضور C<sup>3</sup> به صورت نامنظم و خطی سگمنتال در غشا پایه مزانژیوم

## سندرم نفریتیک

۱)هماچوری ۲) درجات متغیری از الیگوری و ازوتمی ۳) افزایش فشار خون

PSGN-

نفروپاتی IgA(بیماری برگر)

-نفریت ارثی

-RPGN(crescentic GN)



## PSGN

مورد کلاسیک PSGN در یک کودک حدود ۱-۴ هفته بعد از بهبودی بیمار از عفونت استرپتوکوکی گروه A ایجاد می شود

-رسوب کمپلکس ایمنی در بیماری زایی PSGN نقش دارد

افزایش یک دست تعداد سلولها ( اندوتلیال و مزانژیال و ارتشاح نوتروفیلی و منوسیتی) در کلافه های مویرگی است

-در EM ساب اپیتلیال Hump دیده می شود

-در F رسوبات گرانولار IgG و کمپلمان دیده می شود

-سطح سرمی کمپلمان سرم در طی دوره فعال بیماری پایین است و تیترا SO سرم بالاست

-علائم بیماری به صورت سندرم نفریتیک و همچوری واضح به رنگ قهوه ای کدر می باشد

## نفروپاتی IgA (بیماری برگر)

بیش از نیمی از بیماران با هماچوری ماکروسکوپی دارند که بعد از عفونت تنفسی و به میزان کمتری عفونت گوارشی و ادراری تظاهر می کند. هماچوری معمولا چند روز تداوم داشته و سپس فروکش می کند تا بعد از چند ماه عود نماید.

-مشخصه اسید شناختی ان رسوب IgA در مزانژیوم است.

-برخی این بیماری را شکل محدود پورپورای هنوخ شوئن لاین می دانند

## نفريت ارثي

توارث بيماري هتروژن است ولي توارث وابسته به X(در مردان شايعتر و شديدتر) که در ژن الفا ۵ کلاژن تيپ ۴ ايجاد مي شود شايعترين نوع وراثت است.

-در سندرم الپورت نفريت همراه با کري عصبی و اختلالات متنوع چشمی(درفتگی عدسی چشم کاتاراکت خلفی و ديستروفي قرنیه است.

از نظر بافتی تا اواخر سير بيماري که اسکروز ثانويه اتفاق مي افتد تغييرات قابل توجهی نشان نمی دهد. در بعضی کلیه ها سلولهای بينابینی شکل کف الود یافته که ناشی از تجمع چربی خنثی و موکوپلی ساکارید است(سلولهای کف الود)

در EM نمای basket weave(سبد حصیری) در نتیجه لایه ای شدن lamina densa دیده می شود

## RPGN(crescentic GN)

RPGN یک سندرم بالینی است و شکل اتیولوژیک خاصی از GN نیست. بدون در نظر گرفتن علت نمای بافتی با حضور هلال مشخص میشود(crescentic GN). تکثیر سلولهای اپیتلیال جداری کیسول بومن در پاسخ به آسیب از طرفی و ارتشاح منوسیت ها و ماکروفاژ ها از طرف دیگر منجر به ایجاد ان می گردد

## CRESCENTIC GN.

نوع I: ایدیوپاتییک/سندرم گود پاسچر (رسوبات خطی IgG و در اغلب موارد C<sup>3</sup> روی GBM مشخص می شود).

نوع II: ایدیوپاتییک/به دنبال عفونت / SLE / هنوخ شوئن لاین

نوع III (pauci-immune) همراه با ANCA: ایدیوپاتییک/گرانولوماتوز وگنر/ انژیئیت میکروسکوپی

گشادی یا انقباض توبولی در پیلونفریت مزمن و اتروفی اپیتلیوم پوشاننده و حضور کست PAS مثبت ابی تا صورتی براق که به اسم کست کلوئید شناخته می شود موجب ایجاد نمایی شبیه تیروئید (thyroidization) در این بیماری می شود. اغلب نوتروفیل ها درون توبول ها دیده میشوند

نفریت حاد بینابینی : بیماری حدود ۱۵ روز بعد از تماس با دارو شروع شده و با تب ائوزینوفیلی راش و اختلالات کلیوی (هماچوری پروتئینوری خفیف و گاه دفع لکوسیت در ادرار) شامل ائوزینوفیل) می باشد

## بیماریهای درگیر کننده عروق خونی

نفرو اسکروز خوشخیم: تغییرات کلیوی مرتبط با فشار خون خوشخیم

کلیه ها به صورت متقارن اتروفیه می شوند

افزایش ضخامت هیالین دیواره سرخرگهای کوچک موسوم به ارتریولواسکلروز هیالین و افزایش ضخامت فیبروی انتیما (هیپرپلازی فیبرو الاستیک) در عروق بزرگتر (بین لوبی)

-نفرو اسکروز بدخیم: ارتریو اسکروز هیپرپلاستیک تزايد سلولهای انتیمایی شبیه پوست پیاز ایجاد می شود.

-میکروانژیوپاتی ترومبوتیک: (HUS, TTP)

HUS به دنبال یک دوره بیماری گوارشی یا انفولانزایی و به صورت ناگهانی با علائم خونریزی (هماتمز و ملنا) الیگوری شدید هماچوری و انمی همولیتیک میکرو انژیوپاتی (ترومبوز فیبرین در گلومرول ها و لیز سلولهای مزانژیوم به همراه از بین رفتن تمامیت مزانژیوم) و در برخی بیماران تظاهرات نورولوژیک بروز می یابد

## ADPKD

مهمترین عارضه ان افزایش فشار خون و عفونت ادراری می باشد  
انوریسم ساکولار حلقه ویلیس در ۱۰-۳۰% بیماران دیده شده و این بیماران در معرض خطر شدید  
خونریزی زیر عنکبوتیه هستند



## تومورها

۱- نکوسیتوم

- کارسینوم با سلول روشن (VHL)

کارسینوم پاپیلری

کارسینوم کروموفوب (با رنگ قهوه ای که هسته ها با هاله ای از سیتوپلاسم جدا شده اند)

تومور ویلمز (شایع در کودکان)

## تومورهای مثانه

- در تمام تومورهای مثانه هم‌چوری بدون درد تظاهر بالینی غالب است. مردان بیشتر از خانم‌ها مبتلا می‌شوند. سیگاریسک فاکتور هاست) در زمینه شیستوزومیازیس مثانه ریسک SCC افزایش می‌یابد
- تومور مثانه تمایل به چند کانونی بودن دارد ولی تمام این کانونها منشا تک دودمانی دارند
- اهمیت بالینی تومورهای مثانه بسته به درجه بافتی آنها و تمایز آنها و از همه مهمتر بستگی به عمق تهاجم دارد ضایعاتی که به دهانه حالب یا پیشابراه تهاجم می‌کنند سبب انسداد ادراری می‌شوند.

آقای ۵۰ ساله‌ای با پروتئینوری شدید مراجعه می‌کند. در بیوپسی کلیه در رنگ آمیزی جونز نمای نوزه و گنبد (spike and dome pattern) در غشاء پایه مویرگهای گلومرولی دیده می‌شود. تشخیص احتمالی شما کدام گلومرولونفریت است؟

۱. فوکال سگمنتال گلومرولو اسکروزیس

۲. گلومرولونفریت ممبرانو پروليفراتیو

۳. گلومرولونفریت ممبرانو

۴. نفروپاتی IgA

پیش کارورزی اردیبهشت ۹۶ میان دوره ی کشوری

آرتریولوواسکلروز هیپرپلاستیک در کدامیک از بیماری های زیر دیده می شود؟

۱. Diabets Melitus

۲. People older than ۶۰

۳. Benign Hypertension

۴. Malignant Hypertension

پیش کارورزی اسفند ۹۵ قطب اصفهان

در بررسی میکروسکوپی بیوپسی کلیه بیماری، تکثیر سلول های مزانژیال و اندوتلیال همراه با غشا پایه ضخیم شده و تمایل ریل راه آهن در دیواره مویرگ های گlomerولی مشهود است. در بررسی با میکروسکوپ ایمونوفلورسانس رسوبات نامنظم کراتولر IgG و C<sup>3</sup> دیده شد. کدام تشخیص مطرح است؟

۱. گlomerولونفریت حاد بعد از عفونت
۲. گlomerولونفریت سریعاً پیشرونده
۳. گlomerولونفریت سمیرانو پروليفراتیو
۴. نفریت آرتی

مرد ۴۰ ساله ای به علت ورم اندام تحتانی مراجعه نموده است. در بررسی ها پروتئین ادرار نه گرم در ۲۴ ساعت است. در بررسی ایمونوفلورسانس بیوپسی کلیه رسوب غیر اختصاص IgM در یک گلومرول دیده شد. در میکروسکوپ نوری از ۱۵ گلومرول موجود در بافت کلیه، اسکروز سگمنتال در دو گلومرول مشهود بود. در بقیه گلومرول ها تغییر موفولوژیک خاصی دیده نشد. کدام یک از مکانیسم های زیر در ایجاد این ضایعه محتمل تر است؟

۱. سوب کمپلکس ایمنی در فضای زیر اندوتلیال غشای پایه گلومرولی ( ۲
۲. آسیب منتشر سلولهای آندوتلیال گلومرولی
۳. رسوب ایمونوگلوبولین زیر سلول های اپی تلیال بر سطح غشای پایه گلومرولی
۴. آسیب سلولهای اپی تلیالی احشایی گلومرولی

مرد ۲۵ ساله به دنبال strep pharyngitis و دریافت پنی سیلین دچار درد شکم، خونریزی از دستگاہ گوارش تحتانی به همراه هماچوری، پروتئین اوری و پورپورای قابل لمس پوستی شده است. در بررسی سرولوژی P-ANCA مثبت و در مطالعه میکروسکوپی ضایعات پوستی، نکروز فیبرینوئید سگمان های متعددی از جدار عروق خونی کوچک شامل آتریول، ونول و مویرگ به همراه ارتشاح نوتروفیلی و وجود قطعات هسته این سلولها ( fragmented neutrophils ) مشاهده می شود. محتمل ترین تشخیص کدام است؟

۱. polyarteritis Nodosa

۲. Microscopic Polyangiitis

۳. Wegener Granulomatosis

۴. Thromboangiitis Obliterans

دستیاری - سال ۱۳۹۱ - کشوری

آقای ۵۰ ساله سیگاری با شکایت از سرفه های خشک و هموپتزی متناوب، ادم ژنرالیزه مراجعه نموده است. رادیوگرافی قفسه صدی نشان دهنده ضایعه فضاگیر مشکوک به نفع بدخیمی در ریه سمت راست می باشد. آزمایش ادرار پروتئین +۴ ، ۳ تا ۵ گلبول قرمز و ۱ تا ۲ گلبول سفید را نشان داده و دفع پروتئین ادرار ۲۴ ساعته شش گرم گزارش شده است. در مطالعه میکروسکوپ نوری diffuse thickening of the capillary wall دیده می شود. مشاهده electron dense depostis در کدامیک از محل های زیر در گلومرول ها با میکروسکوپ الکترونی محتمل تر است؟

۱. Subepithelial

۲. Subendothelial

۳. Mesangial

۴. Lamina densa



در بررسی بیوپسی کلیه مرد ۲۵ ساله، HIV مثبت که با علائم پروتئین اوری و کاهش عملکرد کلیه مراجعه کرده است، کافه گلومرولی در اغلب نواحی کلاپس و پودوسیت ها بصورت وسیع هیپرپلاستیک می باشند. توبول های کلیوی در اغلب نواحی آتروفی بوده و فیبروز بافت بینابینی بصورت ویع در نواحی درگیری توبول مشاهده می شود. این بیماری در کدام دسته از بیماری های گلومرولی ذیل طبقه بندی می گردد؟

۱. Membranoproliferative Glomerulonephritis

۲. Focal Segmental Glomerulosclerosis

۳. Crescentic Glomerulonephritis

۴. Membranous Glomerulonephritis

در بررسی میکروسکوپی توده آدرنال بیماری که با حملات فشار خون همراه با تاکیکاردی، تپش قلب، سردرد و تعریق تحت بررسی قرار گرفته است، سلول های توموری چند وجهی با سیتوپلاسم گرانولر ظریف به شکل دستجات سلولی با نمای Zell ballen در شبکه عروقی غنی دیده می شوند. مشاهده کدامیک از موارد زیر جهت تشخیص بدخیمی در این ضایعه قطعی تر می باشد؟

۱. وجود تهاجم عروقی
۲. میتوز در سلولی توموری
۳. پلئومورفیسم سلولی
۴. درگیری لنف نود منطقه ای

به کدامیک از نماهای ریزینی در بیوپسی کلیه فرد مبتلا به دیابت، ضایعه‌ی  
Kimmelstiel - Wilson اطلاق می‌گردد؟

۱. گلومرولواسکلروز ندولر

۲. اسکروز مزانژیال منتشر

۳. آرتریولواسکلروز هیالن

۴. نکروز پاپیلری

پیش کارورزی اسفند ۹۵ قطب مشهد

خانم ۳۵ ساله ای با توده ی کلیوی مراجعه کرده است. در بررسی ظاهری، تومور رنگ برنزه دارد. در بررسی میکروسکوپی، سلول های توموری سیتوپلاسم با گرانولهای ظریف ائوزینوفیلی دارند. همچنین یک اسکار مرکزی ستاره مانند نیز مشاهده گردید. محتمل ترین تشخیص شما چیست؟

۱. انکوسایتوم

۲. کارسینوم سلول روشن

۳. کارسینوم سلول ترانزیشنال

۴. نفروبلاستوم

پیش کارورزی اسفند ۹۵ قطب کرمان

کودک ۱۰ ساله ای با سابقه ی فارنژیت در دو هفته قبل، به علت هماچوری، هیپرتانسیون و ازوتمی مراجعه نموده است. در آزمایشات انجام شده کاهش کمپلمان سرم و افزایش تیترا آنتی استرپتولیزین ۵ را نشان داده است. با توجه به محتمل ترین تشخیص مطرح شده انتظار مشاهدهی کدامیک از موارد زیر را در بررسی ریزبینی بیویسی کلیه با میکروسکوپ نوری داریم؟

۱. افزایش سلول ها و ارتشاح نوتروفیل در گلومرولها

۲. گلومرول ها با نمای طبیعی ۳

۳. افزایش منتشر در ماتریکس مزانژیال

۴. ازدیاد ضخامت منتشر دیواری کاپیلر گلومرولی

پیش کارورزی شهریور ۹۵ قطب مشهد

## در واسکولیت هایی مانند گرانولوماتوز و گنر گرفتاری کلیه به چه صورت است؟

۱. گلومرولونفریت هلالی کم ایمنی
۲. گلومرولونفریت فوکال سگمنتال
۳. گلومرولونفریت هلالی با واسطه ی آنتی بادی ضد غشای پایه ی گلومرولی .
۴. گلومرولونفریت هلالی ناشی از کمپلکس ایمنی

پیش کارورزی شهریور ۹۵ قطب تبریز

در بررسی میکروسکوپی توده‌ی کلیه‌ی آقای ۵۲ ساله‌ی به رنگ خردلی، قهوه‌ای، سلول‌هایی با سیتوپلاسم ائوزینوفیل روشن با غشای هسته مشخص و واضح دیده می‌شود و هسته‌ها با هاله‌ای روشن احاطه شده‌اند. تشخیص کدام است؟

۱. Clear Cell Renal Cell Carcinoma

۲. Chromophobe Renal Cell Carcinoma

۳. papillary Renal Cell Carcinoma

۴. Transitional Cell Carcinoma

پیش‌کارورزی اسفند ۹۴ قطب تهران

آقای جوان معتاد به هرئین با علائم افزایش فشار خون و هماچوری مراجعه کرده است. در بررسی بیوپسی کلیه با میکروسکوپ نوری افزایش ماتریکس مزانژیال همراه با رسوبات هیالن در نواحی از گلومرول ها دیده میشود. نمای میکروسکوپ ایمونوفلورسنت بیمار کدام است؟

۱. رسوب نامنظم گرانولر C<sup>۳</sup>, IgG.

۲. رسوب نامنظم و گرانولر C<sup>۳</sup> بدون رسوب IgG

۳. رسوب IgA همراه با C<sup>۳</sup> و پروپردین

۴. رسوب IgM و کمپلمان

پیش کارورزی اسفند ۹۴ قطب کرمان



آقای ۴۰ ساله ای با مشکل تب، بی حالی و کاهش وزن ۴ کیلوگرم طی ماه اخیر به درمانگاه مراجعه کرده است. در معاینه ی فیزیکی فشار خون ۱۴۰/۹۰ mmHg و درد خفیف منتشر شکمی بدون توده‌ی واضح و یا بزرگی کبد و طحال دیده شد. یافته های آزمایشگاهی نشان دهنده ی  $Cr=6/7\text{mg/dl}$ ,  $BUN=58\text{mg/d}$  است. آنژیوگرافی عروق کلیوی نشان دهنده ی ترومبوز شریان کلیوی راست و تنگی سگمنتال عروق کلیوی چپ به همراه آنوریسم فوکال است. یک هفته بعد در طی دیالیز بیمار دچار درد شکم، اسهال و ملنا شده است. کدامیک از تست های سرولوژیک زیر با احتمال بیشتر مثبت می شود؟

۱. ANCA-C

۲. SCI- ۷۰

۳. RPR

۴. HBsAg

## کدامیک از بیماری های زیر جزء Iga نفروپاتی های ثانویه محسوب می شود؟

۱. هنوخ شوئن لاین پورپورا ۲

۲. لوپوس اریتماتوس سیستمیک

۳. سندرم گودپاسچر

۴. سندرم آلپورت

پیش کارورزی اسفند ۹۴ قطب آزاد

## مشخصه ی آسیب شناختی بیماری برگر در کلیه کدام است؟

۱. رسوب IgA در مزانتريوم گلومرول

۲. رسوب IgM در غشاء پایه ی گلومرول

۳. وجود نوتروفیل در بافت بینابینی کلیه

۴. رسوب اجزاء کمپلمان مسیر کلاسیک زیر اندوتلیوم گلومرول

پیش کارورزی شهریور ۹۴ قطب شیراز

خانم ۲۵ ساله ای با سابقه ی عفونت هپاتیت B و حملات متناوبی از تب، دردهای عضلانی منتشر، درد شکم و هیپرتانسیون مراجعه نموده است. با توجه به محتمل ترین واسکولیت مطرح شده، انتظار درگیری عروق در کدامیک از احشاء زیر را نداریم؟

۱. ریه

۲. قلب

۳. کبد

۴. کلیه

پیش کارورزی شهریور ۹۴ قطب مشهد

در بیوپسی سوزنی کلیه ی کودک ۸ ساله ای با سندرم نفروتیک تعدادی از گلومرول ها به طور سگمنتال افزایش ماتریکس مزانتریال با انسداد لومن کاپیلری و رسوب توده های هیالن (هیالینون) را نشان دادند و در بررسی با میکروسکوپ ایمنوفلورسانس در نواحی مبتلا احتباس غیراختصاصی IgM مشاهده شد. با توجه به تشخیص مطرح شده عامل اصلی در بروز فرم اولیه ی این گلومرولوپاتی کدام است؟

۱. صدمه به پدوسیت ها

۲. تولید آنتی بادی علیه آنتی ژن های دیواره ی کاپیلر گلومرولی

۳. کمپلکس های ایمنی در گردش

۴. افزایش فعالیت کمپلمان

پیش کارورزی شهریور ۹۴ قطب مشهد

بیمار ۲۰ ساله ای با دررفتگی عدسی چشم، کری، هماچوری و پروتئینوری مراجعه کرده است. در بیوپسی کلیه سلول های بینابینی کف آلود شده و آتروفی توبولی دیده می شود. در بررسی میکروسکوپ الکترونی غشاء پایه ی نواحی نامنظم افزایش ضخامت و نازک شدن را همراه با نمای سبد حصیری نشان می دهد. تمام عبارات زیر در این بیماری صحیح است بجز

۱. جهش در ژن کد کننده ی کلاژن نوع IV دیده می شود.

۲. بیماری در زنان شدیدتر و شایع تر است.

۳. علت شکل کف آلود سلولهای بینابینی تجمع چربی و موگو پلی ساکارید است.

۴. با پیشرفت بیماری فیروز بافت بینابینی دیده می شود.

پیش کارورزی شهریور ۹۴ قطب کرمان

کدام مورد زیر از علل گلومرلونفریت ممبرانوس محسوب نمی گردد؟

۱. multiple Myeloma

۲. Hepatitis B virus

۳. O Schistosomia infection

۴. Pencillamine usage

پیش کارورزی شهریور ۹۴ قطب اهواز

بیمار خانمی است ۴۵ ساله که با سردرد شدید همراه با تهوع و استفراغ از ۲ روز قبل به درمانگاه داخلی مراجعه کرده است. در معاینه ی بالینی، فشار خون ۱۶۰/۹۰ mmHg است. در بررسی آزمایشگاهی کراتینین سرمی ۷/۳ mg/dl است. در بررسی میکروسکوپی کلیه، تغییرات پوست پیازی در آرتریولهای کلیه مشهود است. کدامیک از بیماری های زیر بیشتر محتمل است؟

۱. Diabetes mellitus

۲. O Hepatitis C infection

۳. O Systemic Sclerosis

۴. Secondary gout

پیش کارورزی شهریور ۹۴ قطب کرمانشاه



پسر بچه‌ی ۶ ساله‌ای به دنبال اسهال خونی دچار آدم اندام‌ها و پلک‌ها، آنمی، ترومبوسیتوپنی و افزایش کراتینین سرم شده است. در بیوپسی سوزنی از کلیه، ترومبوس های فیبرینی در گلومرول‌ها و آرتریول‌ها، تورم سلول‌های اندوتلیال و تخریب سلول‌های مزانژیال مشاهده شده است. کدام تشخیص زیر درست است؟

۱. Microscopic Polyangitis

۲. Hemolytic uremic syndrome

۳. Focal segmental glomerulosclerosis

۴. Henoch schonlein purpura

پیش‌کارورزی شهریور ۹۴ قطب شمال

## کدام مورد زیر از مشخصات سندرم نفروتیک نیست؟

۱. ادم جنرالیزه

۲. هیپرلیپیدمی Hyperlipidemia

۳. لیپیداوری Lipiduria ۴

۴. RBC cast در ادرار

پیش کارورزی شهریور ۹۴ قطب آزاد

پسر ۱۱ ساله ای با شکایت ضعف و تهوع مراجعه می کند در معاینه فشار خون ۱۳۵/۹۵ mmHg دارد. در بیوپسی کلیه بزرگی و هیپرسلولاریتی منتشر در همه ی گومرولها مشهود است. نتیجه ی آنالیز ادرار وی به شرح زیر است: در صورت بررسی خون بیمار کدامیک از یافته های زیر قابل انتظارتر خواهد بود؟

Protein: +۱, Glucose;Neg, BRC:۲۰-۳۰hpf, WBC:۲-۳/hpf, Gast:RBC

۱. کاهش سطح C<sub>3</sub>

۲. کاهش T cell

۳. افزایش Eosinophils

۴. افزایش ANA

پیش کارورزی شهریور ۹۳ قطب تهران

خانم ۳۵ ساله‌ای دچار خیز منتشر بدن بوده، در آزمایش‌های انجام شده پروتئینوری شدید، هیپوآلبومینمی، هیپرلیپیدورمی گزارش شده است. کدام گلومرولونفریت مطرح می‌شود؟

۱. غشایی

۲. هلالی

۳. تغییر حداقل

۴. تکثیری

پیش کارورزی شهریور ۹۳ قطب اصفهان

مرد ۳۵ ساله‌ای با نارسایی کلیه و هیپرتانسیون ۵ دنبال خونریزی ساب‌آراکنوئید ناشی از پاره شدن آنوریسم بری فوت می‌کند. احتمال یافتن کدام ضایعه‌ی کلیوی در اتوپسی وی بیشتر است؟

۱. کلیه‌ی پی‌کیستیک بالغین

۲. دیس‌پلازی کیستیک کلیه

۳. کلیه‌ی نعل اسبی

۴. هیپوپلازی کلیه

پیش کارورزی شهریور ۹۳ قطب مشهد

شایع‌ترین نوع گلومرولوپاتی در سندروم گودپاسچر، کدام مورد زیر است؟

۱. مزانژیال پرولیفراتیو

۲. فوکال سگمنتال

۳. ممبرانس

۴. هلالی

پیش کارورزی شهریور ۹۳ قطب تبریز

در اتوپسی خانم ۴۴ ساله ای که بعد از سکتہ ی مغزی فوت نموده است. خونریزی شدید بازال گانگلیا، هیپرتیروفی بطن چپ و کلیه های کوچک همراه با اسکار کورتکس دیده می شود. نمای بافت شناسی آرتریول هایی کلیه، تنگی لومن همراه با ضخیم شدگی انتیما با نمای متحدالمرکز را نشان می دهد. کدامیک از موارد زیر محتمل ترین علت تغییرات دیده شده است؟

۱. تغییرات شریانی همراه با دیابت
۲. اسکروز موندبرگ
۳. هیپرتانسیون بدخیم
۴. تغییرات عروقی همراه با هیپرلیپیدمی

پیش کارورزی شهریور ۹۳ قطب کرمانشاه

کودک ۲ ساله‌ای به دنبال اسهال خونی مبتلا به آنمی، ترمبوسیتوپنی و نارسایی کلیه شده است. در بیوپسی کلیه برخی از گلومرول‌ها تغییرات ناشی از ایسکمی و برخی دیگر اجسام گلومروئید نشان می‌دهند. تشخیص کدام است؟

۱. کرایوگلوبولینمی
۲. گلومرولوپاتی و پرولیفراتیو منتشر
۳. سندرم همولیتیک اورمیک
۴. هנוخ شوئن لاین پورپورا

پیش کارورزی شهریور ۹۳ قطب شمال



کودک هفت ساله‌ای با هماچوری میکروسکوپی، اختلال شنوایی و دیستروفی قرنیه در حال بررسی است. گلومرول‌ها در نمای میکروسکوپ نوری نسبتاً نرمال هستند. کدامیک از بیماری‌های زیر محتمل‌تر است؟

۱. بیماری افزایش ضخامت منتشر غشاء پایه‌ی گلومرولی
۲. سندروم ارثی آلبورت
۳. نفروپاتی رسوب IgA
۴. بیماری با تغییر اندک گلومرولی (Minimal change)

پیش‌کارورزی آذر ۹۷ میان دوره کشوری

در مورد نفروپاتی IGA تمامی موارد زیر صحیح است به جز؟

۱. شایع‌ترین بیماری گlomerولی در سراسر دنیا است.
۲. یکی از شایع‌ترین علل هماچوری میکروسکوپی است.
۳. از نظر بافت شناسی، ضایعات به میزان قابل توجهی متغیر هستند.
۴. در بررسی ایمونوفلورسانس رسوب IGA در غشاء پایه‌ی گlomerول‌ها مشاهده می‌گردد.

در بررسی میکروسکوپی کلیه ی کودکی که به دنبال عفونت با شیگلادیستانتی نوع ۱ دچار هماتمز، ملنا، هماچوری و الیگوری شدید شده و در اسمیر خون محیطی وی گلبول های قرمز قطعه قطعه مشاهده می شود، کدام ضایعه محتمل تر است؟

۱. ضایعات آرتریولواسکروز هیالن

۲. ضایعات میکروآنژوپاتیک ترومبوتیک

۳. واسکولیت عروق با سایز متوسط

۴. ضایعات نکروزان آرتریولیت

پیش کارورزی اسفند ۹۶ قطب شیراز کرمانشاه

در بیماری با علائم گلومرولونفریت، اتو آنتی بادی های دارای واکنش متقاطع با آنتی ژن های بروز یافته در پودوسیت ها، مجموعه های ایمنی درجا تشکیل داده و رسوبات گرانولر ایجاد کرده اند. به احتمال بیشتر چه تغییری در مورفولوژی گلومرول انتظار می رود؟

۱. ضخیم شدگی منتشر غشای پایه ی گلومرولی
۲. افزایش ماتریکس و سلول های مزانژیوم
۳. مسدود شدن مجرای مویرگهای گلومرول
۴. ارتشاح سلول های التهابی عمدتا از نوع نوتروفیل

پسر بچه ی ۲ ساله ای با توده ی شکمی مراجعه کرده است. در مطالعه ی میکروسکوپی، ترکیبی از سه جزء بلاستمی (صفحات فشرده از سلول های کوچک آبی رنگ)، اپی تلیال (گلوبول و توبول ناقص) و استرومایی (فیروزه و میگزوئید) دیده می شود. در حاشیه ی تومور نوار باریکی از بافت کلیه نرمال وجود دارد. تشخیص چیست؟

۱. Neuroblastoma

۲. Wilms Tumor

۳. Renal Cell Carcinoma

۴. Adrenocortical Carcinoma

پیش کارورزی اسفند ۹۵ قطب اهواز

در بیوپسی کلیه ی انجام شده از بیماری با پروتئینوری ۳/۵ گرم در روز و افزایش کراتین به میزان ۲/۵ mg/dl گلومرولها بزرگ و نمای لوبولی داشته، تکثیر سلولهای مزانژیال و اندوتلیال به همراه ضخیم شدن غشای پایه بصورت Tram track مشاهده می گردد. همچنین در بررسی‌های میکروسکوپ ایمنوفلورسانس رسوب C۳ در نواحی مزانژیوم و غشای پایه وجود دارد، کدامیک از تشخیص‌های زیر برای بیمار مطرح است؟

۱. بیماری رسوب متراکم
۲. گلومرولونفریت حاد بعد از عفونت
۳. گلومرولواسکلروز فوکال سگمنتال
۴. گلومرولونفریت هلالی با واسطه آنتی بادی ضد غشای پایه

آقای ۳۵ ساله، دو روز پس از سرماخوردگی متوجه تغییر رنگ تیره ادرار شده است. در معاینه نکته خاصی دیده نشده و در بررسی آنالیز ادرار، RBC cast دیده شده است. احتمال مشاهده کدام الگو در ایمونوفلورسانس بیوپسی کلیه شایعتر از بقیه موارد است؟

۱. IgG, linear, GBM

۲. IgG, granular, GBM

۳. IgA, granular, mesangial

۴. IgM, granular, mesangial



Liver



## هپاتیت ویروسی

**هپاتیت A:** با خوردن آب و غذای الوده منتقل می شود. در موارد عفونت حاد IgM و پس از آن IgG تولید شده که در تمام عمر فرد IgG در خون فرد باقی می ماند و مانع از عفونت مجدد می شود

**هپاتیت B:** در تمام مایعات پاتولوژیک و فیزیولوژیک فرد به جز مدفوع وجود دارد. ویروس از طریق پروتئین HBV-X و اختلال در مسیر P۵۳ موجب کارسینوم کبدی می شود. (در موارد حاد و مزمن عفونت با HBV سلولهای کبدی با نمای ground glass (HBS Ag) و هسته sanded nucleus)

**هپاتیت C:** در عفونت پایدار HCV-RNA قابل شناسایی است. امینوترانسفرازها به صورت دوره ای افزایش یافته یا به صورت مداوم بالا هستند ولی سطح آنها نوسان دارد گسترش مجاری پورت به همراه سلول های اماسی و بافت فیروز و نیز هپاتیت حد فاصل و گسترش التهاب به داخل پارانشیم)

**هپاتیت E:** انتقال عفونت از طریق آب و مسیر دستگاه گوارشی است. در بسیاری از موارد بیماری خودبخود محدود می شود. HEV همراه با بیماری کبدی مزمن یا ویرمی پایدار نیست. یک مشخصه آن مرگ و میر بالای آن در خانمهای حامله است

-در هپاتیت مزمن علت و نه طرح بافت شناسی مهمترین عامل تعیین کننده احتمال ایجاد هپاتیت مزمن است(نشانه آسیب جدی کبدی رسوب بافت فیروز است)

-هپاتیت اتوایمیون: سندرمی از هپاتیت مزمن با شیوع بیشتر در خانمها و با عیار بالای اتو انتی بادی(Anti LKM) است. سلول اصلی دخیل در این بیماری T helperCD۴ می باشد. پاسخ به درمانهای سرکوب کننده ایمنی معمولا بسیار خوب است اگرچه بهبود کامل معمول نیست

## بیماری کبدی ناشی از الکل

### هیپاتیت الکلی:

-نکروز و تورم سلولهای کبدی

-اجسام مالوری

-ارتشاح نوتروفیلی

-فیبروز

## کمبود الفای ا انتی تریپسین

سلولهای کبدی در کمبود AAT دارای آنکلوژیونهای گلبولی کروی تا بیضوی سیتوپلاسمی ناشی از AAT احتباس یافته هستند که قویا PAS مثبت هستند

-آنکلوژیونها در ئاخل شبکه اندوپلاسمی صاف و گاهی خشن قرار گرفته اند

-علائم بالینی در این بیماری می تواند مربوط به هیپاتیت مزمن سیروز یا بیماری ریوی باشد

## بیماری مجاری صفراوی داخل کبدی

در هر دو بیماری زیر در مراحل آخر بیماری کبد دارای سطح مقطع سخت و ظاهر دانه دار ظریف می باشد.

سیروز صفراوی اولیه: مجاری صفراوی بین لوبولی توسط التهاب تخریب شده ( ضایعات بیش از حد مجاری) و ارتشاح داخل اپیتلیالی لنفوسیت ها و اماس گرانولومایی همراه را نشان می دهد. ارتشاح متراکم لنفوسیت ها ماکروفاژ ها و پلاسماسل ها و گاهی اوقات ائوزینوفیل ها در فضای پورتال دیده می شود

کلانژیت اسکروزان اولیه: یک کلانژیت فیبروی مجاری صفراوی است(فیروز پوست پیازی متمرکز اطراف مجاری و ارتشاح لنفوسیتی متوسط دیده می شود

## تومورهای کبدی

ادنوم کبدی: غالباً در خانمهای سنین باروری با مصرف OCP

HCC: مرتبط با عفونت HBV HCV سیروز الکلی مواجهه با افلاتوکسین و هموکروماتوز

(نه HBV و نه HCV حاوی انکوژن نمی باشند) HBV-X تا حدی دارای پتانسیل سرطان زایی است)

کارسینوم فیبرولاملار: در سنین ۲۰-۴۰ سال با شیوع یکسان بین هر دو جنس. هیچگونه همراهی با سیروز و یا سایر عوامل خطر ندارد. معمولاً یم تومور سخت و متورم سرطانی بزرگ و منفرد با باندهای فیبرو که از داخل آن گذشته تشکیل شده استو به صورت مبهمی شبیه هیپرپلازی ندولی کانونی است

-متاستاز: کبد شایعترین محل متاستاز کانسرهاى اولیه کولون ریه و پستان می باشد

افزایش دوره‌های آمینوترانسفرازهای سرمی که در بین آن‌ها دوره‌های از مقادیر طبیعی یا نزدیک یا طبیعی آنزیم وجود دارد. از مشخصات کدامیک از هیپاتیت‌های زیر است؟

۱. مزمن B

۲ E

۳. مزمن C

۴. EBV

پیش‌کارورزی اسفند ۹۷ قطب آزاد

بیوپسی کبد بیماری ۵۰ ساله، نمایانگر استئاتوز، نکروز کانونی سلولهای کبدی، وجود هپاتوسیت های دارای مواد ائوزینوفیل اجسام مالوری)، فیروز و آماس نوتروفیلی است. مناسب ترین تشخیص کدام است؟

۱. سندرم Reye

۲. هپاتیت اتوایمیون

۳. هپاتیت الکلی

۴. کمبود آلفا-۱- آنتی تریپسین

پیش کارورزی شهریور ۹۷ قطب شمال



دیدن سلول های با نمای شیشه مات (Ground glass) در نمونه برداری کبدی در بیماران مبتلا به هپاتیت عفونی، به نفع کدامیک از بیماری های زیر است؟

۱. هپاتیت B

۲. هپاتیت C

۳. هپاتیت A

۴. هپاتیت E

پیش کارورزی آذر ۹۷ میان دوره ی کشوری

خانم جوانی با علائم خارش و زردی از دو ماه پیش مراجعه نموده است. در آزمایشات سطوح سرمی کبدی، Liver / kidney microsomal antibody و IgG بالا گزارش شد. مارکرهای هپاتیت ویروسی همگی منفی بودند. با توجه به شرح حال ذکر شده، تشخیص بیماری کدامیک از گزینه های زیر است؟

۱. هپاتیت اتوایمیون

۲. بیماری ویلسون

۳. هپاتیت دارویی

۴. سیروز صفراوی اولیه

پیش کارورزی شهریور ۹۳ قطب شمال

آقای ۴۵ ساله ی مبتلا به کولیت اولسرو اخیرا دچار علائم خستگی، خارش و زردی شده، در کلانژیوگرافی مجاری صفراوی داخل و خارج کبدی، نمای دانه تسبیحی (Beading) دیده میشود. در بیوپسی کبد فیروز پوست پیازی در اطراف مجاری صفراوی همراه با ارتشاح النفوسیتی مشهود است. کدام تشخیص مطرح است؟

۱. Primary biliary cirrhosis

۲. Congenital hepatic fibrosis

۳. Secondary biliary cirrhosis

۴. Primary Sclerosing Cholangitis

پیش کارورزی شهریور ۹۳ قطب کرمان

تخریب غیرچرکی مجاری صفراوی داخل کبدی همراه ارتشاح متراکم لنفوسیت و پلاسماسل در اطراف مجاری صفراوی در فضاهای پورت و ایجاد ضایعات گرانولوماتی در یک خانم میانسال از مشخصات بارز کدام بیماری است؟

۱. سیروز صفراوی اولیه

۲. کلانژیت اسکروزان اولیه

۳. کمبود ۱ آنتی تریپسین

۴. بیماری های متابولیک ارثی

پیش کارورزی شهریور ۹۳ قطب تهران

در نمونه ی بیوپسی کبد بیماری fatty change واضح دیده می شود. در ضمن در فضا های پورت، انفیلتراسیون شدید به سلولهای تک هسته ای وجود دارد که فولیکول های لنفاوی ایجاد کرده اند. احتمال کدامیک از موارد زیر بیشتر است؟

۱. هپاتیت اتوایمیون

۲. هپاتیت B مزمن

۳. هپاتیت C مزمن

۴. سیروز صفراوی اولیه

پیش کارورزی اسفند ۹۳ قطب اهواز

برای رؤیت بهتر بافت فیبروز در سیروز الکلی کدام رنگ آمیزی اختصاصی را روی برش بافتی توصیه می کنید؟

۱. Congo red

۲. Masson trichroma

۳. Period acid- schiff

۴. Prussian blue

پیش کارورزی شهریور ۹۴ قطب کرمانشاه

در بررسی میکروسکوپی کبد کودکی که با علائم نارسایی تنفسی و اختلال در آنزیم های کبدی مراجعه کرده است. علائم کلستاز همراه با گلبولهای هیالینی بیضی تا گرد داخل سیتوپلاسمی مشاهده می شود. برای تشخیص بیماری، کدامیک از رنگ آمیزی های زیر کمک کننده است؟

۱. تری کروم- ماسون

۲. پریودیک اسید. شیف

۳. متنامین- سیلور

۴. گنگو. رد

پیش کارورزی اسفند ۹۴ قطب تبریز

**در مورد کارسینوم هیپاتوسلولر نوع فیبرولاملار کدام عبارت زیر صحیح است؟**

۱. در مردان جوان بیشتر از زنان دیده می شود.
۲. در افراد مبتلا به هیپاتیت B شیوع بالایی دارد.
۳. با سیروز کبد مرتبط است.
۴. پروگنوز بهتری نسبت به سایر انواع کارسینوم هیپاتوسلولر دارد.

پیش کارورزی اسفند ۹۴ قطب کرمان



در بررسی میکروسکوپی کبد خانم ۴۵ ساله‌ای با افزایش آنزیم‌های کبدی و وجود آنتی‌بادی آنتی میتوکندریال مثبت، مجاری صفراوی توسط لنفوسیت‌ها و پلاسماسل‌ها تخریب شده‌اند و در نواحی دیگر، افزایش تعداد مجاری صفراوی، التهاب و نکروز پارانشیم اطراف فضای پورت مشاهده می‌شود. هیپاتیت در لبول‌های کبد و ناحیه‌ی حد واسط پورت و پارانشیم (Interface) کم است. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟

۱. Autoimmune Hepatitis

۲. Primary Sclerosing Cholangitis

۳. Primary Biliary Cirrhosis

۴. Drug-Induced Cholestasis

پیش‌کارورزی اسفند ۹۴ قطب تهران

## وجه افتراق هیاتیت حاد از مزمن در بررسی میکروسکوپی کدام است؟

۱. نکروز

۲. ارتشاح سلول های آماسی تک هسته ای

۳. فیبروز

۴. دژنرسانس هیاتوسیتها

پیش کارورزی شهریور ۹۵ قطب آزاد

## همه ی عبارات زیر در مورد هیپاتیت A صحیح است، بجز

۱. خوش خیم و خود محدود شونده است

۲. انتشار مدفوعی دهانی دارد

۳. هیپاتیت برق آسا در آن شایع است IgG

۴. سبب ایمنی در شخص می شود

پیش کارورزی شهریور ۹۵ قطب اصفهان

## در مورد تومورهای کبد همه ی گزینه های زیر صحیح هستند، بجز؟

۱. شایع ترین تومور بدخیم در کبد، کارسینوماهای متاستاتیک هستند.
۲. کارسینوم هیپاتوسلولار می تواند به شکل چند کانونی باشد.
۳. کارسینوم هیپاتوسلولار تمایل زیادی به تهاجم به عروق لنفاوی دارد.
۴. هموکروماتوزیس از بیماری های مستعد کننده برای هیپاتوسلوار کارسینوما است.

پیش کارورزی اسفند ۹۵ قطب آزاد

در آزمایش میکروسکوپی از بیوپسی کبد بیمار مبتلا به هپاتیت ویروسی، تجمع سلول های لنفوسیتی به همراه تشکیل فولیکول های انفاوی در فضای پورت دیده می شود. در ضمن بعضی از هپاتوسیت ها دچار Fatty Change شده اند. کدامیک از انواع ویروس های هپاتیت زیر عامل تغییرات فوق است؟

A.۱

B.۲

C.۳

D.۴

پیش کارورزی اسفند ۹۵ قطب اهواز

در خصوص انواع آنتی ژن های ویروس هپاتیت (HBV) B، کدام آنتی ژن ممکن است با تأثیر بر روی ژن P۵۳ در ایجاد کارسینوم هپاتوسلولار نقش داشته باشد؟

۱. HBs Ag

۲. HBs Ag

۳. HBe Ag

۴. HBV-X

پیش کارورزی شهریور ۹۷ قطب کرمانشاه

## کدامیک از جملات زیر در مورد هپاتیت E غلط است؟

۱. در اکثر موارد، باعث هپاتیت مزمن می شود.

۲. در زنان باردار با مورتالیتی بالا همراه است.

۳. از طریق آب آلوده منتقل می شود.

۴. جزء RNAvirus ها است.

پیش کارورزی اسفند ۹۷ قطب اهواز

خانم ۳۰ ساله‌ای با یرقان و افزایش آنزیم های کبدی مراجعه نموده است. سابقه ی مصرف دارو نداشته و مارکرهای ویروسی منفی است. تیتر ANA, ASMA, LKM بالا است. کدامیک از موارد زیر صحیح است؟

۱. عامل اصلی تخریب سلولهای کبدی، CD+ ۴ helper T cells هستند.

۲. استفاده از کورتون در درمان ممنوع است.

۳. فرمی از هیپاتیت حاد است.

۴. سطح سرمی IgM بالاتر از ۳ گرم در دسی لیتر است.

پیش کارورزی اسفند ۹۷ قطب شیراز



خانم ۳۵ ساله ای با سابقه ی مصرف قرص ضد بارداری خوراکی با توده ی منفرد ۳ سانتی متر در زیر کپسول کید مراجعه کرده است. در بررسی میکروسکوپی تومور حدود مشخص داشته و از صفحات و نوارهای سلولی شبیه هیپاتوسیت های طبیعی و عروق فراوان ما بین آنها تشکیل شده است، تشخیص کدام است؟

۱. ندول دیس پلاستیک

۲ همانژیوما

۳. هیپاتوبلاستوما

۴. آدنوم سلول کبدی

پیش کارورزی شهریور ۹۷ قطب آزاد

شایع ترین علت یافته تصادفی افزایش آنزیم های کبدی، در آزمایش بیماران کدام است؟

۱- بیماری کبد چرب غیر الکلی

۲- بیماری کبد چرب الکلی

۳- آسیب کبدی مرتبط با دارو اسم

۴- هپاتیت های ویرال

## در هیپاتیت اتوایمیون، سلول اصلی در پاتوژنز تخریب سلولی کدام است؟

۱. لنفوسیت های T کمکی

۲. لنفوسیت های T سیتوتوکسیک

۳. لنفوسیت های B

۴. لنفوسیت های NK

دستیاری - سال ۱۳۹۷-کشوری



Lung

## اتلکتازی

کلاپس یا روی هم خوابیدگی نیز نامیده می شود

-اتلکتازی جذبی(resorption): شایعترین علت توپی موکوسی

-اتلکتازی فشاری(compression): اغلب با تجمع خون هوا(پتوموتوراکس) نیز منجر به اتلکتازی فشاری می شود

اتلکتازی انقباضی(contraction): یک فرایند فیبروتیک موضعی یا منتشر

اتلکتازی به جز مواردی که ناشی از انقباض است بالقوه برگشت پذیر بوده

## سندرم دیسترس حاد تنفسی (ARDS)

سندرمی بالینی که ناشی از آسیب منتشر اپیتلیوم و مویرگ الوئول می باشد

-در مرحله حاد ARDS ریه ها قرمز تیره سفت و بدون هوا و سنگین است. بررسی میکروسکوپی اختقان مویرگی نکروز سلولهای اپیتلیوم الوئولی خیز و خونریزی بینابینی و داخل الوئولی و تجمع نوتروفیل ها در مویرگ ها را نشان می دهد

-مشخص ترین یافته وجود غشای هیالین است که به ویژه مجاری الوئولی متسع را مفروش می کند

-نوتروفیل ها نقش مهمی در پاتوژنز ARDS ایفا می کنند

## بیماریهای انسدادی ریه

- امفیزم
- برونشیت مزمن
- اسم
- برونشکتازی

## امفیزم

با بزرگ شدن دائمی و غیر طبیعی فضاهای هوایی دیستال به برونشول انتهایی همراه با تخریب دیواره آنها بدون فیروز واضح مشخص می گردد (pink puffers)

-امفیزم مرکز اسینی (مرکز لبولی): اکثرا در اثر مصرف سیگار (موجب افزایش فعالیت الاستازی ماکروفاژها می شود و همچنین موجب عدم تعادل اکسیدان انتی اکسیدان می شود)

-امفیزم تمام اسینی: بیشتر تمایل به قسمتهای تحتانی ریه دارد و نوعی امفیزم است که در کمبود الفا ۱ انتی تریپسین به وجود می آید. (با رنگ امیزی PAS در نمونه کبدی گلبولهای داخل سیتوپلاسمی دیده می شود)

امفیزم تمام اسینی (پاراسپتال): این نوع از امفیزم زمینه ساز بسیاری از موارد پنوموتوراکس خودبخودی در بالغین جوان است



## برونشیت مزمن

تعریف ان عبارتست از سرفه خلط دار مداوم به مدت حداقل ۳ ماه پشت سر هم در حداقل ۲ سال متوالی

-ویژگی تشخیصی مزمن در تراشه و برونش های بزرگتر عبارتست از بزرگی غدد مترشحه موکوس. تعیین شدت این افزایش اندازه با اندازه گیری نسبت ضخامت لایه غدد زیر مخاطی به ضخامت دیواره برونش صورت می گیرد (reid index)

## اسم

یک بیماری التهابی مزمن مجاری هوایی است که با حملات راجعه خس خس و تنگی نفس سلولهای T کمک کننده نوع ۲ (TH۲) در پاتوژنز اسم نقش حیاتی دارند

-مشخص ترین یافته میکروسکوپی بسته شدن برونش ها و برونشیول ها توسط توپی های غلیظ و چسبنده موکوسی می باشد. در بافت شناسی توپی های موکوسی حاوی دوایری از اپیتلیوم کنده شده (crushmana spirals) هستند. تعداد زیادی ائوزینوفیل و کریستال های شارکو-لیدن نیز وجود دارند

## برونشکتازی

به اتساع دائمی برونش ها و برونشیول ها به علت تخریب بافت پشتیبانی کننده عضلانی و الاستیک گفته می شود

-تظاهرات بالینی شامل سرفه شدید و مداوم همراه با دفع خلط موکوسی چرکی و گاه بدبو

-در CF برونشکتازی شدید منتشر در اثر انسداد و عفونت ناشی از ترشح موکوسی چسبناک

-سندرم کارتاژنر یک بیماری اتوزومال مغلوب است که به طور شایعی با برونشکتازی و نازایی در مردان همراه است

## سارکوییدوز

یک بیماری چند دستگاهی با اتیولوژی نامشخص که با گرانولومهای غیر پنییری (مشخصه سارکویید) در بسیاری از بافت ها تظاهر می کند

-اکثرا با لنفادنوپاتی دو طرفه نافی یا اطراف تراشه (۷۵-۹۰%) یا گرفتاری ریوی (یا هر دو) بروز می نماید. درگیری پوست و چشم در ۲۵% موارد روی می دهد.

-دو ویژگی میکروسکوپی دیگر گاهی در گرانولوم ها دیده می شود:۱) اجسام شومن (رسوبات لایه لایه متشکل از کلسیم و پروتئین ها)۲) اجسام استروئید

## عفونت ریوی

-استرپتوکوک پنومونیه:

(۱) بیماری زمینه ای (CHF,DM,COPD)

(۲) نقص ایمنی ایمنوگلوبولین ها

(۳) فاقد طحال

-ابسه ریه: عارضه ای از پنومونی نکروزان (استاف طلائی استرپ پیوژن کلبسیلا پنومونیه و ندرتا نوع ۳ پنوموکوک

-پنومونی پنوموسیستیس (P. Jiroveci): افراد نقص ایمنی بخصوص در زمینه پیوند عضو

از نظر میکروسکوپی ریه مبتلا در رنگ امیزی H&E اگزودای صورتی رنگ و کف الود داخل الوئولی خاصی دارند (اگزودای پشمکی). در رنگ امیزی نقره دیواره های سیستی شبیه فنجان را در اگزودای الوئولی نشان می دهد

## تومورهای ریه

- کارسینوم سلول سنگفرشی

- ادنوکارسینوم

- کارسینوم برونکوالوئولار

- کارسینوم با سلول کوچک

- کارسینوئید برونشی

## کارسینوم سلول سنگفرشی

- مرتبط با مصرف سیگار و شیوع بیشتر در مردان
- تمایل به درگیری برونش اصلی و ایجاد ضایعات مرکزی و انتشار از طریق گره لنفی موضعی
- ضایعات بزرگ ممکن است دستخوش نکروز مرکزی شوند که سبب ایجاد حفره می گردد
- از نظر بافت شناسی این تومورها از نئوپلاسم های به خوبی تمایز یافته سلول سنگفرشی که حاوی keratin pearls و پلهای بین سلولی هستند تا نئوپلاسم های اندک تمایز یافته ای که فقط مختصر شباهتی به سلول سنگفرشی در آنها باقی مانده متغییر می باشد
- هیپر کلسمی از سندرم های نئوپلاستیک مرتبط با این تومور است

## ادنوکارسینوم

-تمایل به درگیری محیطی تر و بسیاری در ارتباط با اسکار ریوی محیطی (کارسینوم اسکاری) به وجود می آیند

-از نظر بافت شناسی اشکال متفاوتی دارند که شامل انواع اسینار(غده ساز) پاپیلاری و توپر می باشند

-کارسینوم برونکوالوئولار(BAC) به عنوان زیر گروهی از ادنوکارسینوم ها محسوب می شود و اغلب بخش محیطی ریه را درگیر می کند

-مشخصه کلیدی BAC رشد آنها در طول ساختار های از قبل موجود و حفظ ساختمان الوئولی است( الگوی رشد پولکی)



## کارسینوم با سلول کوچک

-اغلب به صورت توده مرکزی خاکستری کمرنگ همراه با تهاجم به پارانشیم ریه و درگیری زودرس  
گره لنفی نافی دیده می شود

-این تومور از سلولهای نورواندوکراین ریه مشتق می شوند

-سلولهای نئوپلاستیک تا ۲ برابر اندازه لنفوسیت‌های در حال استراحت را دارند. همیشه نکروز وجود  
دارد که می تواند شدید باشد. سلولهای توموری فوق العاده شکننده هستند و در نمونه های  
بیوپسی کوچک تکه تکه شده و crash artifact ایجاد می کنند

-تقریباً تمام SCLC در زمان تشخیص متاستاز داده اندو لذا به درمان جراحی پاسخ نمی دهند.  
لذا بهترین راه درمان آنها شیمی درمانی با یا بدون پرتوتابی است

## کارسینوئید برونشی

از سلولهای کولچیتسکی(سلولهای نورواندوکرین)مخاط برونشی را مفروش میکنند منشا میگیرند و شبیه کارسینوئید روده ای هستند

-اغلب از برونش اصلی منشا میگیرند و به یکی از دو شکل زیر رشد می کنند: ۱)توده داخل مجرایی گرد و پولیپی شکل که انسداد ایجاد می کنند ۲)یک پلاک مخاطی که دیواره برونشی را سوراخ می کنند(ضایعه collar button)

-نمای بافت شناسی کارسینوئید برونشی سلولهای یک شکل و گرد و کوچک و منظم با کروماتین فلفل نمکی. میتوز اندک بوده یا وجود ندارد و پلی مورفیسم کمی دارند.

خانم ۳۲ ساله با سرفه مزمن و وجود ندول های محیطی متعدد و گاهی به هم چسبیده در لوب های تحتانی و میانی ریه راست مراجعه کرده است. در بیوپسی ریه فضاهای تنفسی توسط یک لایه سلول های استوانه ای بلند که حاوی مقادیر زیاد موسین می باشند، پوشیده شده است. سلول های فوق الذکر درجات خفیف از nuclear atypia را نشان می دهند ولی استرومای پارانشیم ریه توسط آنها مورد تهاجم قرار نگرفته است. محتمل ترین تشخیص کدام است؟

۱. Bronchioloalveolar Carcinoma

۲. atypical Carcinoid Tumor

۳. Sarcomatoid Mesothelioma

۴. Large Cell Carcinoma

کدام یک از انواع آتلکتازی های Atrlectasis ریوی غیر قابل برگشت می باشد؟

۱. Compression

۲. Contraction

۳. Resorption

۴. Basal passive

دستیاری - سال ۱۳۹۰-کشوری

آقای ۷۰ ساله به علت دردهای استخوانی مراجعه نموده است. در بررسی های آزمایشگاهی هیپرکلسمی همراه با هورمون پارتیروئید پایین داشته و در بررسی رادیولوژیک، توده ریوی وجود دارد. کدام یافته هیستولوژیک در بیوپسی توده ریه این بیمار محتمل تر است؟

۱. سلول های نسبتا یکدست با آتیپی کم و نمای آلوئولار
۲. ساختمان های غددی با سلول های آتیپیک بزرگ
۳. سلول های کوچک با هسته های دوکی و کروماتین گرانولر
۴. سلول های سنگفرشی با هسته های پلئومورف و تولید کراتین

در نوزادی به علت ایتر طول کشیده بیوپسی کبد صورت می گیرد. در بررسی میکروسکوپی، کلتاز همران با نروز هپاتوسیت ها وجود دارد و درون بعضی از سلول های کبدی، گرانول های قرمز رنگ در رنگ آمیزی P.A.S دیده می شود. بعد از مدتی بیمار به علت نارسایی تنفسی پیشرونده فوت می کند. کدام یک از انواع آمفیزم در این بیمار با احتمال بیشتری ایجاد شده است؟

۱. Centrilobular

۲. Panacinar

۳. Irregular

۴. Paraseptal

آقای ۴۰ ساله مورد شناخته شده پیوند کلیه با علایم تب، تنگی نفس و سرفه خشک مراجعه کرده است. رادیوگرافی قفسه سینه انفیلتراسیون دوطرفه اطراف ناف ریه را نشان می دهد. بیوپسی ریه افزایش ضخامت و ادم دیواره بین آئولی، معدودی سلول التهابی به همراه مواد کف آلود صورتی رنگ در داخل فضای آلوئولی، را نشان می دهد که توسط رنگ آمیزی نقره حاوی ساختمان های کیستی کوچک به شکل فنجان (Cup shaped) می باشد. مناسب ترین تشخیص کدام است؟

۱. Mycobacterial Pneumonia

۲. Histoplasma Pneumonia

۳. Pneumocystic Pneumonia

۴. Cytomegalovirus Pneumonia

کارگر جوانی به علت ضایعات ندولار ظریفی که در نواحی فوقانی رادیوگرافی ریه داشته، ارجاع شده است. تست های عملکردی ریه طبیعی می باشد. بررسی میکروسکوپی این ندول ها فیبرهای کلاژنی هیالینه شده متحدالمرکز با نمای گردبادی را نشان می دهد. همچنین بررسی ندول ها توسط میکروسکوپ پلاریزه، ذراتی را با انکسار نور مضاعف ضعیف مشخص می کند. **محتمل ترین تشخیص کدام است؟**

۱. سیلیکوز

۲. آربستوز

۳. واکنش دارویی

۴ اثرات پرتوتابی



در بیماری که با شکایت تنگی نفس به پزشک مراجعه کرده است، گشاد شدگی فضاهای آلونلی به همراه تخریب دیواری بدون فیروز دیده می شود. عبارت صحیح کدام است؟

۱. این ضایعه قسمت های پروگزیمال برونکیول های ریوی را درگیر می کند.

۲. بیماران دچار سرفه های همراه با خلط فراوان هستند.

۳. معمولا بیماران سیانوتیک هستند

۴. سیگار به عنوان یکی از علل ایجاد بیماری مطرح می شود.

پیش کارورزی اسفند ۹۵ قطب شیراز

## کدام گزینه در رابطه با آمفیزم (centriacinar Centrilobular) صحیح است؟

۱. با سیگار کشیدن ارتباطی ندارد
  ۲. قسمت پروگزیمال آسینی سالم است
  ۳. در اطراف برونشیولها التهاب وجود دارد
  ۴. در لوب های تحتانی شایع تر است
- پیش کارورزی اسفند ۹۵ قطب تبریز

کدامیک از انواع آمفیزم احتمالا زمینه ساز بسیاری از موارد پنوموتوراکس خودبخودی در افراد جوان است؟

۱. Centriacinar emphysema

۲. Panlobular emphysema

۳. Distal acinar emphysema

۴. Mediastinal emphysema

پیش کارورزی اسفند ۹۳ ۹۵ قطب کرمانشاه

در برش میکروسکوپی یک ضایعه ی ریوی، گرانولوم غیرگازیفیه همراه با سلول های غول آسا حاوی انکلوزیون های ستاره ای شکل دیده می شود. محتمل ترین تشخیص کدام است؟

۱. سل ریوی

۲. هیستوپلاسموز

۳. سارکوئیدوز

۴. پنومونی مایکوپلاسمایی

پیش کارورزی اسفند ۹۵ قطب زنجان

بیمار مردی است ۲۸ ساله که به علت نازایی مورد بررسی قرار گرفته است. سابقه‌ی سرفه‌های خلط‌دار و سینوزیت مزمن وجود دارد. احتمال کدامیک از بیماری‌های ریوی زیر در بیمار بیشتر است؟

۱. آسم

۲. برونشکتازی

۳. آمفیزم

۴. آتلکتازی

پیش‌کارورزی شهریور ۹۵ قطب اهواز

احتمال ایجاد آبهی ریوی بعد از ابتلا به عفونت ریوی در اثر کدامیک از باکتری های زیر کمتر است؟

۱. کلیسیلا پنومونیه

۲. استافیلوکوک طلایی

۳. پنوموکوک

۴. سودومونا

پیش کارورزی اسفند ۹۴ قطب تهران

جوان ۲۰ ساله ای به دنبال ترومای قفسه‌ی صدری دچار تنگی نفس شده است. کدامیک از انواع آتلکتازی علائم بیمار را توجیه می‌کنید؟

۱. جذبی
۲. فشاری
۳. انقباضی
۴. لکه‌ای

پیش‌کارورزی اسفند ۹۴ قطب تهران

## کدامیک از یافته های ریزینی زیر از مشخصات فاز حاد سندرم دیسترس تنفسی حاد (ARDS) در بیوپسی ریه نیست؟

۱. غشاءهای هیالن پوشاننده ی مجاری آلوئولی

۲. تکثیر پنوموسیت های تیپ II

۳. تجمع سلول های نوتروفیل در مویرگها

۴. لام و خونریزی داخل آلوئولها و انترستیس

پیش کارورزی اسفند ۹۴ قطب مشهد



خانم ۵۷ ساله ای به دنبال عفونت گرم منفی (sepsis) دچار دیسترس تنفسی شده است و احتمال ARDS مطرح گردیده است که برای وی اقدامات درمانی و حمایتی انجام می شود. کدام یافته‌ی پاتولوژیک در نمونه‌ی ریه‌ی بیمار می تواند به نفع تشخیص فوق باشد؟

۱. التهاب گرانولوماتوز

۲. فیروز بینابینی

۳. انفیلتراسیون شدید نوتروفیلی داخل آلوئولی

۴. غشای هیالین

پیش کارورزی اسفند ۹۴ قطب زنجان

مرد ۴۰ ساله ی سیگاری که با سرفه و خلط فراوان صبحگاهی با سابقه ی چند ساله مراجعه کرده، در بیوپسی برونش کدام تغییر دیده می شود؟

۱. تخریب دیواره ی آلوئولی

۲. فشردگی عروق مویرگی

۳. هیپرپلازی غدد زیر مخاطی

۴. تجمع لکوسیتی در آلوئول

پیش کارورزی شهریور ۹۴ قطب اهواز

بررسی میکروسکوپی تومور ریه در آقای ۶۰ ساله ی سیگاری یافته های ذیل را نشان می دهد:  
سلولهای توموری با سائز دو برابر نفوسیت با هسته های گرد تا کشیده با کروماتین ظریف  
گرانولر، سیتوپلاسم اندک که هسته ها روی هم افتاده، شکننده بوده و نمای Crush artifact  
دارند. یافته های بیشتر به نفع کدام تومور است؟

۱. Small cell carcinoma

۲. Large cell carcinoma

۳. Squamous cell carcinoma

۴. Bronchoalveolar carcinoma

پیش کارورزی شهریور ۹۴ قطب کرمانشاه

یک خانم ۴۷ ساله‌ای مبتلا به بیماری Cystic Fibrosis به علت افزایش تنگی نفس و تولید مقدار زیادی خلط بدبو مراجعه می نماید. تولید خلط در این بیمار با کدامیک از شرایط ریوی زیر مرتبط است؟

۱. برونکشتازی

۲. آتلکتازی

۳. آمیم

۴. پیوتوراکس

پیش کارورزی شهریور ۹۴ قطب زنجان

اندازه گیری نسبت ضخامت لایه‌ی غدد زیر مخاطی به ضخامت دیوارهای برونش ( Reid Index) را بیشتر برای تشخیص کدام بیماری ریوی زیر توصیه می‌نمایید؟

۱. آسم

۲. آمفیزم

۳. پیرونشیت مزمن

۴. سیلیکوزیس

پیش‌کارورزی اسفند ۹۳ قطب تهران

آقای ۴۰ ساله ای با سرفه و هموپتیزی و عفونت های مکرر ریوی و برونشی مراجعه کرده در بررسی توده ای در برونش مشاهده می گردد. در میکروسکوپی سلول های نئوپلاستیک نسبتا گرد و کوچک و هسته های پونی فرم به شکل آشیانه های سلولی قرار دارند. کدام تومور زیر مطرح است؟

۱. Carcinoid tumor

۲. Squamous cell carcinoma

۳. Adenocarcinoma

۴. Bronchioalveolar cell carcinoma

پیش کارورزی اسفند ۹۳ قطب تبریز

## شایع ترین علت پنومونی باکتریال گرم منفی کدام است؟

۱. هموفیلوس آنفلوانزا

۲. کلیسیلا پنومونیه

۳. موراکسلا پنومونیه

۴. پسودومونا آنروژینوزا

پیش کارورزی اسفند ۹۳ قطب شمال

فردی با سابقه ی اسپلنکتومی دچار تب بالا، لرز، درد قفسه ی صدری و سرفه ی خلط دار موکوسی چرکی گردیده است. بررسی خلط رنگ آمیزی شده با گرم، حضور نوتروفیل های فراوان حاوی دیپلوکوک های گرم مثبت را نشان می دهد. محتمل ترین تشخیص کدام است؟

۱. پنومونی لژیونلا پنوموفیلیا

۲. پنومونی هموفیلوس آنفلوانزا

۳. پنومونی کلامیدیایی

۴. پنومونی پنوموکوکی

پیش کارورزی شهریور ۹۳ قطب تهران



در بررسی میکروسکوپی توده‌ی داخل برونشی آقای ۴۵ ساله، دستجات سلولی هم شکل با هسته‌های منظم گرد با طرح کروماتین «فلفل نمکی» و میتوز اندک مشاهده می‌شود. کدام تشخیص محتمل تر است؟ |

۱. Small cell carcinoma

۲. Large cell carcinoma

۳. Bronchial adenoma

۴. Carcinoid tumor

پیش‌کارورزی شهریور ۹۳ قطب کرمان

## کدامیک از تومورهای بدخیم ریه زیر، بدترین پیش آگهی را دارد؟

۱. Squamous Cell Carcinoma

۲. Adenocarcinoma

۳. Small cell carcinoma

۴. Bronchioloalveolar carcinoma

پیش کارورزی اسفند ۹۴ قطب اهواز

کدامیک از موارد زیر باعث افزایش احتمال بروز مزوتلیوم بدخیم در ریه می شود؟

۱. زغال سنگ

۲. سیلیکا

۳. آزبست

۴. سرب

پیش کارورزی شهریور ۹۶ قطب اهواز

در بررسی میکروسکوپی توده محیطی ریه خانم ۴۰ ساله‌ای غیر سیگاری، اسکار مرکزی همراه با نماهای آسینار، پاپیلری و گاه تشکیل ساختارهای غددی مشاهده می‌شود. موتاسیون در ژن EGFR نیز در سلول‌های توموری مشهود است. تشخیص احتمالی کدام است؟

۱. آدنوکارسینوم

۲. کارسینوم Small cell

۳. کارسینوم Large cell

۴. کارسینوم سلول سنگفرشی

پیش‌کارورزی شهریور ۹۷ قطب کرمان تهران



# Male reproductive

## نئوپلاسم های بیضه

سمینوم: سلولهای بزرگ یک شکل با حدود مشخص غنی از گلیکوژن و هسته گرد با هستک برجسته تشکیل شده است ( مشابه دیسژمینوم تخمدان) سلولها اغلب به صورت لوبولهای کوچکی قرار گرفته اند که با دیوارهای فیبروزه غنی از لنفوسیت جدا شده اند. در حدود ۲۵% موارد سلولهایی که با hcg رنگ میگیرند وجود دارند.

سمینوم اسپرmatوسیتیک: در سنین بالاتر و از ترکیبی از سه سلول کوچک دارای هسته گرد(یاد اور اسپرmatوسیت) متوسط و بزرگ تشکیل شده است و بر خلاف سمینوم کلاسیک متاستاز در آنها بسیار نادر است

کارسینوم رویانی(امبریونال): سلولهای این تومور ظاهر بزرگ و ابتدایی با سیتوپلاسم بازوفیلی محدوده سلولی نا مشخص و هسته بزرگ با هستک برجسته دارند

## نئوپلاسم های بیضه

تومور کیسه زرده (سینوس اندودرمال): شایعترین نئوپلاسم اولیه بیضه در کودکان زیر ۳ سال ( غالباً در همراهی امبریونال دیده می شوند) حضور ساختمانهایی مشابه گلومرول اولیه که اجسام schiller-duvall دیده می شوند. AFP در این تومور مثبت است

کوریوکارسینوم: در نمای ظاهری تومور اولیه اغلب کوچک و غیر قابل لمس است. از سلولهای مکعبی کوچک (سیتوتروفوبلاست) که به طور نامنظم با سلولهای سن سیشیال ائوزینوفیلی ( سن سیشوتروفوبلاست) مخلوط شده تشکیل شده است. پرزهای جفتی کامل دیده نمی شوند. HCG به ویژه در سیتوپلاسم سن سیشیوتروفوبلاست ها مثبت است.

## پروستات

هیپرپلازی ندولار: DHT محرک اصلی در تکثیر استرومایی و غددی است. بیشتر نواحی داخلی و دور پیشابراه را درگیر می کند. غدد هیپرپلاستیک توسط سلولهای اپیتلیال بلند استوانه ای و یک لایه محیطی از سلولهای قاعده ای مسطح پوشیده شده است

کارسینوم پروستات: ۷۰-۸۰٪ سرطانهای پروستات در قسمت خارجی (محیطی) غده ایجاد می شوند. ادنوکارسینوم پروستات درجات متفاوتی از تمایز را نشان می دهند (ضایعات تمایز یافته تر از غدد کوچک که به استرومای مجاور ارتشاح یافته اند تشکیل شده است) غدد نئوپلاستیک توسط یک لایه منفرد از سلولهای مکعبی با هستک برجسته مفروش شده اند (درجه بندی بر اساس سیستم گلیسون)

متاستاز های استخوانی خصوصا به استخوان های محوری بدن شایع هستند.



## PSA

-سطح سرمی بالای ۴ng/l

-سرعت افزایش PSA

-نسبت سطح سرمی PSA به حجم پروستات

-اندازه گیری سطح سرمی PSA ازاد(PSA ازاد کمتر از ۱۰% ریسک بالای سرطان)

-اندازه گیری سطح سرمی PSA از نظر عود یا پیشرفت

## بیماریهای منتقله از راه جنسی

سیفیلیس: اند ارتريت پروليفراتيو با ارتشاح غنى از پلاسماسل

گرانولوم اينگوئينال: به صورت يك ضايعه پاپولى برجسته دراپيتليوم سنگفرشى ناحيه تناسلى با  
پيشرفت به سمت يك ضايعه زخمى با بافت گرانولاسيون فراوان. در ظاهر يك توده بدون درد نرم  
و برجسته

ارگانيسم را در اسمير با رنگ گيمسا به صورت كوكوباسيل كوچك درون ماكروفاژها(اجسام دنووانى)  
مى توان ديد

HPV- عامل كونيлома اكوميناتوم

## Gleason Grading System برای تعیین درجه ی بدخیمی کدامیک از ضایعات زیر به کار می رود؟

۱. کارسینوم داکتال مهاجم پستان

۲. سارکوم های بافت نرم

۳. آدنوکارسینوم کولورکتال

۴. کارسینوم پروستات

جوانی ۲۵ ساله با درد مبهم ناحیه بیضه راست به پزشک مراجعه نموده است. در سونوگرافی توده ای کوچک به قطر یک سانتی متر گزارش شده است. در بررسی ریزبینی توده بیضه صفحات سلولی مکعبی همراه با بعضی سلول های چند هسته ای با هسته های بزرگ و پلئومورف مشاهده می شود. در رنگ آمیزی ایمونوهیستوشیمی سلول های چند هسته ای پلئومورف برای HCG مثبت می باشد. کدام گزینه برای تشخیص مناسب تر می باشد؟

۱. Yolk Sac Tumor

۲. Seminoma

۳. Embryonal Carcinoma

۴. Choriocarcinoma

مادر یک پسر بچه ی دو ساله، متوجه بزرگی غیرقرینه ی اسکرتوم فرزند خود در طی ۶ ماه گذشته می شود. معاینه فیزیکی نشان دهنده ی یک توده ی ۵.۲ سانتی متری کاملاً حاشیه دار در بیضه ی چپ است که برداشته می شود. بررسی آسیب شناسی نشان دهنده ی صفحاتی از سلول ها و غدد نامشخص است که از سلول های مکعبی تشکیل می شود. بعضی از سلول ها، گلبولهای هیالینی ائوزینوفیلیک دارند. همچنین کیست های کوچک و ساختمان های گلومرولوئید نیز دیده می شود. رنگ آمیزی ایمونوهیستوشیمیایی نشان دهنده ی وجود آلفافیتوپروتئین در سیتوپلاسم سلول های نئوپلاستیک است. این تومور کدام است؟

۱. Choriocarcinoma

۲. Yolk sac tumor

۳. Seminoma

۴. Teratoma

## در بررسی میکروسکوپی سمینوم اسپرmatوسیتی کدامیک از ویژگی های بافت شناسی زیر را انتظار دارید؟

۱. ندول هایی از سلول های چندضلعی با اندازه های متغیر

۲. گرانولوم و ارتشاح لنفوسیتها

۳. سلول های سینسیشیو تروفوبلاست

۴. وجود بدخیمی های سلول های زایای داخل توبولی

پیش کارورزی اسفند ۹۵ قطب کرمان

مشخص ترین ویژگی بافت شناسی ضایعه ی عروقی سیفلیس کدام است؟

۱. Obliterating endarteritis

۲. Periarteriolar fibrosis

۳. Granulomatous angiitis

۴. Fibrinoid Necrosis of Large arteries

پیش کارورزی اسفند ۹۵ قطب زنجان

## شایع ترین محل متاستاز آدنوکارسینوم پروستات کدام است؟

۱. استخوان

۲. ریه

۳. کبد

۴. آدرنال

پیش کارورزی اسفند ۹۴ قطب اهواز



در بررسی میکروسکوپی توده ی بیضه ۱/۵ سانتی متری آقای ۲۶ ساله‌ای مناطق وسیع نکروز و خونریزی همراه با صفحات سلولی متشکل از سلول های بزرگ با هستک واضح و گهگاه ساختارهای توبولار و پاپیلری دیده می شود. در بررسی های آزمایشگاهی تومور مارکرهای aFP, BhCG منفی بوده است. کدام تشخیص زیر صحیح است؟

۱. Embryonal carcinoma

۲. Seminoma

۳. Yolk sac tumor

۴. Choriocarcinoma

پیش کارورزی اسفند ۹۴ قطب شمال

در بیوپسی پروستات آقای ۷۰ ساله‌ای غدد کوچک متراکم دیده می‌شود که از یک لایه‌ی سلول با هستک درشت پوشیده شده‌اند. کدام تشخیص زیر را مطرح می‌کنید؟

۱. هیپرپلازی خوش خیم

۲. آدنوکارسینوم

۳. پروستاتیت مزمن

۴. انفارکت پروستات

پیش‌کارورزی اسفند ۹۴ قطب زنجان

در بررسی نمونه ی پروستاتکتومی آقای ۶۰ ساله، پورترا را تحت فشار ندول های متعدد به صورت شکاف مانند درآمده است. در نمای میکروسکوپی تکثیر عناصر غددی و استرومای فیبروموسکولار دیده شده، غدد بزرگ بوده و حاوی چین خوردگی های پاپیلاری است. محتمل ترین تشخیص کدام است؟

۱. پروستاتیت مزمن غیر باکتریال

۲. آدنوکارسینوم پروستات

۳. آدنوکارسینوم اورترا

۴. هیپرپلازی خوش خیم پروستات

پیش کارورزی شهریور ۹۴ قطب تهران

## در مورد اندازه گیری تومور مارکر PSA در سرم تمام عبارات زیر صحیح است، بجز:

۱. جهت غربالگری و تشخیص زودرس سرطان پروستات استفاده می شود
۲. هر میزان افزایش آن تشخیص سرطان پروستات را قطعی می کند.
۳. اندازه گیری سریال آن برای پیگیری بیمار مبتلا به سرطان پروستات توصیه می شود.
۴. نسبت FREE PSA به PSA توتال هر چه پایین تر باشد احتمال بدخیمی بیشتر است.

پیش کارورزی شهریور ۹۴ قطب اصفهان

یک پایول برجسته در مخاط سنگفرشی مرطوب ناحیه ی تناسلی مرد جوان وجود داشته که بعدا به زخم با جوانه ی گوشتی وسیع تبدیل شده است و توده ی برآمده نرم و بدون دردی ایجاد کرده است. بررسی میکروسکوپی ارتشاح التهابی تک هسته ای و نوتروفیلی با هیپرپلازی شدید نشان می دهد. چه راهی برای رسیدن به تشخیص احتمالی پیشنهاد می کنید؟

۱. رنگ آمیزی گیمسا

۲. کشت میکروبی

۳. روش های تشخیص بر پایه ی PCR

۴. میکروسکوپ زمینه ی تاریک

پیش کارورزی اسفند ۹۶ قطب تبریز

## کدامیک از موارد زیر در کوریوکارسینوم بیضه دیده می شود؟

۱. گونادوتروپین کوریونی انسان (hCG) کاهش می یابد
۲. سطح لاکتات دهیدروژناز (LDH) با حجم تومور ارتباط دارد.
۳. افزایش آلفافیتوپروتئین (AFP) نشانه‌ی وجود یک جزء سمینومی است
۴. اجسام شیلر- دوال Schiller- Duval به وفور دیده میشود.

پیش کارورزی شهریور ۹۷ قطب تبریز

در بیماران مبتلا به تومورهای اولیه ی بیضه، همه ی شاخص های سرمی زیر ممکن است افزایش یابند، بجز:

۱. PSA

۲. LDH

۳. HCG

۴. a- FP

پیش کارورزی اسفند ۹۶ قطب آزاد



**Skin**



## اریتم مولتی فرم

اختلال خود محدود شونده احتمالاً در اثر پاسخ افزایش حساسیتی به برخی داروها یا عفونت ها (HSV) رخ می دهد

-ضایعات پوستی چند شکلی و گاهی تارگتوئید هستند

-در ضایعات اولیه ارتشاح لنفوسیتی دور عروق سطحی همراه ادم درم و مارژیناسیون لنفوسیت ها در محل اتصال درم و اپیدرم که در همراهی نزدیک با کراتینوسیت های در حال دژنراسانس هستند

## پسوریزیس

ضایعات نمادین به صورت پلاک مشخص صورتی تا قرمز که توسط فلس های نقره ای با اتصال شل پوشیده شده است

اکانتوز منظم اپی درم (test tube in rack) از بین رفتن لایه گرانولر پاراکراتوز نازک شدن سوپراپاپیلا به همراه گشاد شدن و پیچ خوردگی عروق  
تجمعات نوتروفیلی کوچک در لایه شاخی (میکرو ابسه مونرو)

## لیکن پلان

پاپولهای plane polygonal pruritus purple

درگیری محل اتصال درم و اپیدرم با لنفوسیت ها (درماتیت بینابینی) (الگوی دندان اره)  
سلولهای بدون هسته و نکروتیک بازال به داخل درم پاپیلاری ملتهب رفته (اجسام سیوات)

## بیماریهای تاولی

پمفیگوس ولگاریس: درگیری پوست سر و صورت زیر بغل و کشاله ران در افراد میانسال. اکانتولیز سوپرابازال و رسوب IgG با الگوی تور ماهیگیری

پمفیگوس فولیاسه: درگیری Sub corneal (اکانتولیز در اپیدرم سطحی)

بولوس پمفیگوئید: تاولهای سفت و مملو از مایع شفاف. تاول زیر اپیدرمی و غیر اکانتولیتیک همراه با رسوب خطی IgG و کمپلمان در غشای پایه

درماتیت هرپتی فرم: پلاک ها و وزیکولهای کهری بسار خارش دار در سطح اکستنسور. تجمع فیبرین و نوتروفیل ها به طور انتخابی در قله پاپی درم تجمع یافته و میکروابسه کوچک را تشکیل می دهند. رسوب IgA در قله های اپیدرم به صورت انتخابی

## کراتوز اکتینیک

ضایعه Pre malignant برای SCC

ضایعه قهوای قرمز یا به رنگ پوست و دارای قوامی زبر و شبیه کاغذ سنباده

نمای بافت شناختی SPAIN:

سولار الاستوزیس (فیبرهای الاستیک ضخیم و ابی)

پاراکراتوز

اتیپی

التهاب

عدم وجود اتیپی در تمام ضخامت (هیپرپلازی لایه بازال)

## تومورهای بدخیم

SCC

BCC: شایعترین سرطان انسان و با رشد کند و به ندرت متاستاز در پوست نواحی در معرض افتاب رخ می دهد. مشابه سلولهای بازال اپیدرم هستند و در جزایری با peripheral palisading در یک استرومای میگزوئید با ایجاد شکافهای ارتیفکت دیده می شوند

ملانوم: ماهیت و وسعت رشد عمودی تعیین کننده رفتار بیولوژیک ملانوم است

در بررسی میکروسکوپی پاپولهای خارش دار مردی میانسال، سلول های بدون هسته و نکروتیک بازال در داخل درم پاپیلاری ملتهب (اجسام سیوات) مشاهده می شود. محتمل ترین تشخیص کدام است؟

۱. Lichen planus

۲. Lichen simplex chronicus

۳. Psoriasis

۴. Urticaria

مرد مسنی دچار تاول های دردناک سطحی در ناحیه سر و صورت و مخاط دهان شده است.  
در مطالعه میکروسکوپی ضایعات، آکانتولیز سلول های بالای لایه بازال را گرفتار و ایجاد تاول  
آکانتولیتیک سوپر بازال نموده است، محتمل ترین تشخیص کدام است؟

۱. Pemphigus Vulgaris

۲. Pemphigus Foliaceus

۳. Bullous Pemphigoid

۴. Dermatitis Herpetiformis



مردی مسن با ضایعات وزیکولر و تاولی در ناحیه پوست سر، زیر بغل و برخی سطوح مخاطی به پزشک مراجعه می کند. در بررسی میکروسکوپی این تاول ها، آکانتولیز سوپرابازال مشاهده می شود. مشاهده کدامیک از موارد زیر در بررسی ایمونوفلورسانس مستقیم بیوپسی این ضایعات محتمل تر می باشد؟

۱. رسوب IgG بین سلولی با نمای تور ماهیگیری
۲. رسوب IgG به صورت خطی در طول لایه بازال
۳. رسوب IgG به صورت گرانولر در راس پاپی های درم
۴. رسوب IgG به صورت گرانولر در طول لایه بازال

دستیاری - سال ۱۳۹۵ - کشوری

خانم ۴۵ ساله با شکایت درد و تورم مفصل و ضایعات پوستی متعدد در سطوح اکستانسور اندام ها مراجعه نموده است. در معاینه پلاک های صورتی با پوسته های صدفی دارد. در بررسی میکروسکوپی بیوپسی پوست گرانولر و نازک شدن اپیدرم بالای پاپی ها دیده می شود. کدام تشخیص محتمل تر است؟

۱. پسوریازیس

۲. اگزما

۳. لیکن پلان

۴. پمفیگوس

آقای ۸۵ ساله با ضایعه خرمایی - قهوه ای رنگ، ۵ میلیمتری که در لمس خشن و مانند کاغذ سمباده است، مراجعه نموده است. در بررسی میکروسکوپی، آتی پی سلولی در پایین ترین لایه های اپی درم به همراه هیپرپلازی سلول های بازال مشاهده می شود. در درم نیز الیاف الاستیک، ضخیم و آبی خاکستری است. لایه شاخص ضخیم و پاراکراتوز دارد. محتمل ترین تشخیص کدام است؟

۱. درماتیت سبورئیک
۲. کراتوز سبورئیک
۳. وروکا ولگاریس
۴. کراتوز آکتینیک

در بیوپسی پوست مشاهده ی تاول با موقعیت سطحی و زیر طبقه ی شاخی (subcorneal)  
مطرح کننده ی کدامیک از تشخیص های زیر است؟

۱. pemphigus foliaceus

۲. dermatitis herpetiformis

۳. bullous pemphigoid

۴. pemphigus vulgaris

پیش کارورزی اسفند ۹۵ قطب مشهد

بیمار آقای ۲۹ ساله ای است که با ضایعات پوستی بنفش رنگ با خارش در ناحیه ی مچ هر دو دست مراجعه کرده است. در بررسی پاتولوژی ضایعه ی هیپرکراتوز، آکانتوز، و ارتشاح نواری سلول های التهابی تک هسته ای در محل اتصال درم و اپیدرم دیده می شود. محتمل ترین تشخیص کدام است؟

۱. Erythema multiforme

۲. Lichen planus

۳. Lichen Simplex chronicous

۴. Psoriasis

پیش کارورزی اسفند ۹۵ قطب زنجان

در نمای میکروسکوپی از ضایعات تاولی ساعد آقای ۳۰ ساله‌ای، تاولهای ساب اپیدرمال با تجمع نوتروفیل‌ها در قله‌ی پاپی‌های درما دیده می‌شود. انتظار کدام نما را در بررسی با میکروسکوپ فلورسنت دارید؟

۱. رسوب خطی IgA در نوک پاپی‌های درم

۲. رسوب گرانولار IgA در نوک پاپیهای درم

۳. رسوب گرانولار G<sup>۳</sup> در نوک پاپیهای درم

۴. رسوب خطی C<sup>۳</sup> در نوک پاپیهای درم

پیش‌کارورزی شهریور ۹۵ قطب کرمانشاه

در بررسی ضایعه‌ی پیگمانته بازوی آقای ۶۰ ساله‌ای، تشخیص ملانوم بدخیم مطرح می‌شود.  
کدامیک از خصوصیات زیر رفتار بیولوژیک تومور را بهتر توصیف می‌کند؟

۱. فیبروز

۲. ارتشاح لنفوسیتی

۳. آتیپی سلولی

۴. رشد عمودی

پیش‌کارورزی شهریور ۹۴ قطب تهران

در بررسی آسیب شناسی ندول زخمی و تیره رنگ ناحیه ی پیشانی کشاورز ۶۵ ساله‌ای جزایر و نوارهای سلول های کوچک با سیتوپلاسم کم و هسته های کروی شکل پررنگ دیده شده که در حاشیهی جزایر سلولی نمای Palisading (پرچینی) ایجاد شده است. کدام تشخیص برای این ضایعه محتمل تر است؟

۱. Squamous cell carcinoma

۲. Basal Cell carcinoma

۳. Malignant Melanoma

۴. Seborrheic Keratosis

پیش کارورزی اسفند ۹۷ قطب مشهد



آقای ۴۵ ساله‌ای با ضایعات وزیکولوبولوز پوست شکم و کشاله ی ران مراجعه کرده است. ضایعات ساب‌اپی‌درمال و غیر آکانتولیتیک بوده و رسوبات IgG و کمپلمان در غشای پایه ی اپیدرم دیده می شود. سرم بیمار حاوی آنتی بادی علیه همی دسموزوم است. تشخیص کدام است؟

۱. لوپوس اریتماتوس

۲. پمفیگوس

۳. پمفیگوئید

۴. درماتیت هرپتی فرم

پیش کارورزی شهریور ۹۷ قطب کرمان تهران

بیمار آقای ۶۰ ساله‌ای با پاپول‌های زخمی روی صورت مراجعه کرده‌است. در بیوپسی به عمل آمده، تجمعات سلول‌های بازوفیلیک با هسته‌ی هایپرکروماتیک به صورت طناب‌ها و جزیره‌هایی داخل یک ماتریکس موسینوس در درم دیده می‌شود که هسته‌ی این سلول‌ها به صورت پرچینی در حاشیه این تجمعات آرایش یافته‌اند. در خصوص این ضایعات تمام عبارات زیر صحیح هستند بجز؟

۱. ممکن است در نمای میکروسکوپی در حاشیه‌ی تجمعات سلولی، شیار دیده شود.
۲. احتمال اشتباه شدن این ضایعات با لانوما وجود دارد.
۳. این ضایعات در اصل یک تومور بدخیم بوده که مرتبط با نور خورشید است.
۴. متاستاز به صورت زودرس در اکثریت موارد دیده می‌شود.

پیش کارورزی شهریور ۹۷ قطب کرمانشاه

در بررسی میکروسکوپی ضایعات وزیکولی ناحیه ی اکستانسور آرنج مرد ۳۵ ساله ای، میکرو  
آبسه در نوک درمال پاپیلا مشهود است. در ایمونوفلورسانس نیز تجمعات گرانولر IgA در  
همین منطقه وجود دارد. با توجه به موارد ذکر شده، محتمل ترین تشخیص کدام گزینه ی  
زیر است؟

۱. بولوس پمفیگوئید

۲. درماتیت هرپتی فرم

۳. پمفیگوس ولگاریس

۴. اپیدرمولیز بولوزا

پیش کارورزی شهریور ۹۳ قطب شمال



# Soft tissue & bone

## بیماریهای مادرزادی استخوان

- استئوزنایمپرفکتا: به علت سنتز ناقص کلاژن تیپ I. علایم: شکنندگی زیاد اسکلت به علت استخوانهای کوچک اسکرای ابی از دست دادن شنوایی و دندانهای کوچک بد شکل به دلیل کمبود دنتین

- اکوندروپلازی: به دلیل فعالیت ژن  $FGFR3$  تکثیر کندروسیت ها مهار شده و رشد تمام استخوان ها با منشا غضروفی محدود می شود (کوتاهی نا متناسب قد)

## بیماریهای اکتسابی استخوان

-استئوپروز: تغییر میکروسکوپی اصلی شامل نازک شدن تراابکولها و عریض شدن مجاری هاورس است. سطح سرمی Ca و ALK نرمال است

-بیماری پازه: نمای بافت شناسی پاتوگنومیک ان نمای موزائیکی ناشی از خطوط سیمانی برجسته است. شواهد اخیر عفونت با پارامیکسوویروس را به عنوان زمینه ساز بیماری پازه مطرح کرده اند. بروز سارکوم ها(استئوسارکوم) ریسکی در حدود ۱% دارد

## تومورهای استخوانی

-استئوئید استئوم و استئوبلاستوم: خوشخیم و در زیر میکروسکوپ هر دو مشابه(ترابکولهای استخوانی woven که توسط استئوبلاست ها احاطه شده اند)استئوئید استئوما اغلب در پروگزیمال فمور و تیبیا با قطر کمتر از ۲ سانتی متر که موجب درد موضعی شده که با اسپرین بهبود می یابد. استئوبلاستوم موجب درد در مهره ها که تعیین محل دقیق آن دشوار است

-استئوسارکوم: تولید استخوان معدنی شده یا غیر معدنی(استئوئید) توسط سلول بدخیم برای تشخیص استئوسارکو ضروری است. استئوسارکوم در تمام گروههای سنی دیده می شود ولی ۷۵% موارد بیماران کمتر از ۲۰ سال سن دارند

## تومورهای فیبرو و فیبرو-استخوانی

فیبروز قشری: ضایعات رادیولوگنت با حدود مشخص که توسط حاشیه نازکی از اسکروز احاطه شده اند. در میکروسکوپی از فیبروبلاست هایبیا ظاهر خوشخیم و ماکروفاژهای فعال از جمله اشکال چند هسته ای می باشند. در شکل کلاسیک فیبروبلاست ها ستاره ای شکل هستند

فیبروز دیسپلازی: در میکروسکوپی از ترابکولهای منحنی استخوانی woven (شبه حروف چینی) بدون حاشیه استئوبلاستیک که به وسیله تکثیر متوسط سلولهای فیبروبلاست احاطه شده است.

۱) درگیری تک استخوانی ۲) درگیری چند استخوانی ۳) درگیری چند استخوانی همراه با تغییر رنگ شیر قهوه پوست و ناهنجاری غدد درونریز از قبیل بلوغ زودرس (Mc Cune albright)



## سایر تومورهای استخوانی

-سارکوم یوپینگ و PNET: در بین سارکومهای استخوانی اطفال بعد از استئوسارکوم رتبه دوم را دارند. اغلب بیماران ۱۰-۱۵ ساله با توده دردناک در دیافیز استخوان های توبولار (فمور) همراه با علائم سیستمیک مثل تب لکوسیتوز و افزایش ESR تظاهر می کنند. در رادیو گرافی یک تومور لیتیک مخرب با واکنش پریوستی پوست پیازی دیده می شود. سارکوم یوپینگ از حفره مغز استخوان منشا گرفته و از صفحات سلولی یک شکل کوچک و گرد کمی بزرگتر از لنفوسیت و با میتوز هومر رایت روزت بیانگر تمایز عصبی در این تومور است (۱۱;۲۲)t

GCT-: از اپی فیز استخوانهای بلند تطراف زانو منشا گرفته. به رنگ قرمز قهو های با دژنراسیون سیستیک که از سلولهای تک هسته ای بیضی یک شکل دارای میتوز فراوان و سلولهای غول پیکر استئوکلاست های دارای ۱۰۰ هسته تشکیل شده است

-متاستاتیک: تومورهای متاستاتیک شایعترین تومورهای بدخیم استخوان هستند (بعضی مثل پروستات استئوبلاستیک هستند)

## تومورها و ضایعات شبه توموری بافت فیبرو

فشئیت ندولار: تکثیر واکنشی و خود محدود شونده فیبروبلاست ها اغلب در قدام ساعد(سابقه چند هفته ای از توده منفرد با رشد سریع و اغلب دردناک).سابقه تروما در ۱۰-۱۵% موارد.در بافت شناسی پرسلول و حاوی فیبروبلاست ها با ظاهر نابلق و هستک برجسته و میتوز فراوان می باشد

فیبروماتوز: توده های ارتشاحی خاکستری سفید با قوام لاستیکی و تمایل به عود موضعی و نه متاستاز(خصوصا موارد عمقی). جهش بتا کتینین در اغلب موارد دیده می شود

فیروسارکوم: اغلب در بافت عمقی ران و زانو و خلف صفاق بالغین با الکوی تیغ ماهی دیده می شوند

## سارکوم سینوویال

منشا سینوویال ندارند

در بافت نرم اطراف زانو دیده می شوند

سارکوم سینوویال کلاسیک دو فازی دارای تمایز سلولهای توموری به سلولهای شبه اپیتلیال(ایجاد غدد) و سلولهای دوکی می باشد

سلولهای توموری از نظر انتی ژن غشا اپیتلیومی و کراتین مثبت هستند

$T(x;18)$

مرد ۳۳ ساله ای در رادیوگرافی به عمل آمده از زانو دارای یک ضایعه ی کاملاً لپتیک در انتهای تحتانی فمور در منطقه ی اپی فیز با انتشار به متافیز و خوردگی کورتکس است. در بررسی میکروسکوپی ضایعه ی سلول های تک هسته ای بیضوی یک شکل دارای میتوز فراوان و سلولهای غول پیکر همراه نکروز، خونریزی و تغییرات کیستیک دیده می شود. محتمل ترین تشخیص کدام است؟

- ۱. Giant cell tumor
- ۲. Osteochondroma
- ۳. Osteosarcoma
- ۴. Ewing Sarcoma

پیش کارورزی شهریور ۹۳ قطب کرمانشاه

## در آکندروپلازی اختلال اصلی در کدام قسمت است؟

۱. دیسپلازی استخوان های اسفنجی

۲. سنتز ماتریکس استخوان

۳. رسوب غیرطبیعی مواد معدنی

۴. سنتز غضروف در صفحه ی رشد

پیش کارورزی اسفند ۹۳ قطب کرمان

مرد ۲۲ ساله‌ای دچار توده ای دردناک (که با آسپرین بهبود می یابد) به قطر ۱/۵ سانتیمتر بر روی استخوان تیپیا شده است. در بررسی میکروسکوپی این توده، تیغه های به هم پیچیده ی استخوان بافته شده که توسط استئوبلاست ها احاطه شده اند. با استرومای بینابینی از بافت همبند پر عروق و شل حاوی تعداد متغیری سلول غول آسا مشاهده می شود. محتمل ترین تشخیص کدام است؟

۱. استئوم استوئید

۲. استئوسارکوم

۳. استئوکندروم

۴. کندروسارکوم

پیش کارورزی اسفند ۹۳ قطب تهران

در خانمی با دردهای کمری استئوپوروتیکس چنانچه شکستگی استخوان وجود نداشته باشد، کدامیک از موارد زیر محتمل تر است؟

۱. کاهش محتوای معدنی بافت استخوان

۲. کلسیم و آلکالین فسفاتاز سدیم نرمال

۳. افزایش فعالیت استئوکلاستی

۴. کاهش سیتوکین های TNF، IL-1

پیش کارورزی شهریور ۹۴ قطب زنجان

## در مورد فیروماتوزیس، کدام گزینه صحیح است؟

۱. از تکثیر فیروماتوزیس و هیستوسیت بدون آتی پیسم قابل توجه تشکیل شده است.
  ۲. شایع ترین محل متاستاز آن ریه است.
  ۳. توانایی تهاجم موضعی دارد.
  ۴. موتاسیون در ژن Rb در اکثر موارد در این تومور دیده می شوند.
- پیش کارورزی شهریور ۹۴ قطب آزاد



## در استئوژنز ایمپرفکتا اختلال اصلی کدام است؟

۱. سنتز ناقص غضروف در صفحات رشد
  ۲. دیسپلازی استخوان های اسفنجی
  ۳. سنتز غیرطبیعی کلاژن نوع یک
  ۴. نقص شکل گیری مجدد استخوان توسط استئوکلاست ها
- پیش کارورزی شهریور ۹۴ قطب کرمان

در بررسی میکروسکوپی توده‌ی داخل استخوان تراپکول‌های استخوانی منحنی شکل با نمایی مشابه حروف چینی و بدون حاشیه‌ی استئوبلاستیک در زمینه‌ی بافت فیبرو مشاهده گردیده است. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟

۱. Fibrous dysplasia

۲. Fibrous cortical defect

۳. Nonossifying fibroma

۴. Osteoid osteoma

پیش‌کارورزی شهریور ۹۴ قطب مشهد

در بررسی رادیوگرافی زانوی پسر ۱۲ ساله ای به دنبال ضربه، توده ای رادیولوسنت با لبه ی کاملاً مشخص اسکروتیک به قطر ۳/۵cm در متافیز استخوان تیبیا مشاهده می گردد که در بررسی مورفولوژیک از سلول های دوکی شکل شبیه به فیروبلاست با نمای گردبادی، سلول های جاینت چند هسته ای از نوع استئوکلاست تشکیل شده است. محتمل ترین تشخیص کدام است؟

۱. Non ossifying fibroma

۲. Osteblastoma

۳. Fibrous dysplasia

۴. Giant cell tumor

پیش کارورزی شهرپور ۹۴ قطب تبریز

پسر ۱۴ ساله‌ای با ضایعه‌ی لیتیک استخوانی متافیز تحت فمور مراجعه می نماید. در بررسی رادیولوژیکی واکنش پریوستی همراه با استخوان سازی و در بررسی میکروسکوپی مناطقی از استئوئید غیرکلسیفیه که توسط سلول های نئوپلاستیک اطراف ساخته شده دیده می شود. محتمل ترین تشخیص کدام است؟

۱. استئوسارکوم

۲. کندروسارکوم

۳. سارکوم پوئینگ

۴. استئوبلاستوم

پیش کارورزی شهریور ۹۴ قطب کرمانشاه

پسر ۸ ساله ای با تورم ساق پا و تب نزد پزشک آورده شده است. در ارزیابی میکروسکوپی پرولیفراسون سلول های گرد کوچک با سیتوپلاسم ناچیز، اشکال میتوز فراوان و نکروز مشهود است. کدام تشخیص محتمل تر است؟

۱. استئوسارکوم

۲. بووینگ سارکوم

۳. کندروسارکوم

۴. فیبروسارکوم

پیش کارورزی اسفند ۹۳ قطب اصفهان

نمای (Herring bone) استخوان ماهی در بررسی میکروسکوپی کدام تومور بافت نرم دیده می شود؟

۱. Leiomyosarcoma

۲. Fibromatosis

۳. Fibrosarcoma

۴. Malignant Fibrous histiocyoma

پیش کارورزی اسفند ۹۳ قطب شمال

پسر ۱۲ ساله ای به علت درد ساق پا به ویژه در شب مراجعه نموده و در رادیوگرافی یک کانون لوسنت کرد به قطر ۱۵ سانتی متر در ناحیه ی قشری استخوان تیبا مشاهده شده است. درد بیمار با مصرف آسپرین به خوبی کاهش یافته است. مشاهده ی کدامیک از نماهای ریزبینی زیر در این ضایعه محتمل تر است؟

۱. سلول های گرد کوچک متراکم با ایجاد روزت
۲. گلبول های غضروفی هیالن کم سلول آرام
۳. تیغه های استخوانی Woven محصور به حاشیهی استئوپلاستیک
۴. تعداد فراوان سلول دوکی و چند هسته ای ژانت

پیش کارورزی شهریور ۹۳ قطب مشهد

مرد ۳۳ ساله ای در رادیوگرافی به عمل آمده از زانو دارای یک ضایعه ی کاملاً لپتیک در انتهای تحتانی فمور در منطقه ی اپی فیز با انتشار به متافیز و خوردگی کورتکس است. در بررسی میکروسکوپی ضایعه ی سلول های تک هسته ای بیضوی یک شکل دارای میتوز فراوان و سلول های غول پیکر همراه نکروز، خونریزی و تغییرات کیستیک دیده می شود. **محتمل ترین تشخیص کدام است؟**

۱. Giant cell tumor

۲. Osteochondroma

۳. Osteosarcoma

۴. Ewing Sarcoma

پیش کارورزی شهریور ۹۳ قطب کرمانشاه



کدامیک از جابجایی های کروموزومی زیر در سارکوم سینویال دیده می شود؟

۱.  $t(۸,۱۴)$

۲.  $t(۹,۲۲)$

۳.  $t(x,۱۸)$

۴.  $t(۱۱,۲)$

پیش کارورزی اسفند ۹۴ قطب آزاد

پسر ۱۰ ساله ای با توده‌ی اینترا مدولری در متافیز استخوان فمور دارای تهاجم به کورتکس و پریوست مراجعه نموده که در بررسی میکروسکوپی متشکل از جمعیت سلول های کوچک یک شکل با ایجاد روزت های هومر رایت (Homer-Wright rosettes) بوده است. محتمل ترین تشخیص مطرح شده کدامیک از موارد زیر است؟

۱. تومور نورو اکتودرمال اولیه

۲. کندروسارکوم میگزوئید

۳. استئوسارکوم

۴. لنفوم اولیه‌ی استخوان

پیش کارورزی اسفند ۹۳ قطب مشهد

## در آکندروپلازی اختلال اصلی در کدام قسمت است؟

۱. دیسپلازی استخوان های اسفنجی

۲. سنتز ماتریکس استخوان

۳. رسوب غیرطبیعی مواد معدنی

۴. سنتز غضروف در صفحه ی رشد

پیش کارورزی اسفند ۹۳ قطب کرمان

## در مورد فیروماتوزیس، کدام گزینه صحیح است؟

۱. از تکثیر فیروماتوزیس و هیستوسیت بدون آتی پیسم قابل توجه تشکیل شده است.
۲. شایع ترین محل متاستاز آن ریه است.
۳. توانایی تهاجم موضعی دارد.
۴. موتاسیون در ژن Rb در اکثر موارد در این تومور دیده می شوند.

پیش کارورزی شهریور ۹۴ قطب آزاد

## در استئوژنز ایمپرفکتا اختلال اصلی کدام است؟

۱. سنتز ناقص غضروف در صفحات رشد
  ۲. دیسپلازی استخوان های اسفنجی
  ۳. سنتز غیرطبیعی کلاژن نوع یک
  ۴. نقص شکل گیری مجدد استخوان توسط استئوکلاست ها
- پیش کارورزی شهریور ۹۴ قطب کرمان

کودک ۶ ساله ای که به مدت یک هفته تب داشته و از درد و تورم زانو نیز شاکی است، رادیوگرافی انجام شده ضایعه ای کیستیک احاطه شده با حاشیه ای اسکروتیک را در متافیز فوقانی استخوان تیبیا نشان می دهد و در آسپیراسیون از محل تورم و کشت ترشحات تعداد زیادی نوتروفیل در اسمیر مستقیم و نیز استافیلوکوک در کشت مشاهده می شود. کدام تشخیص محتمل تر است؟

۱. آرتریت روماتوئید

۲. استئومالاسی

۳. اوستئومیلیت

۴. اوستئوسارکوم

پیش کارورزی شهریور ۹۴ قطب اهواز

در نمای میکروسکوپی توده ای اینترامدولری فمور دختر ۱۵ ساله ای با بلوغ زودرس و هیپرتیروئیدی، تراپکول های خمیده استخوان Woven شبیه حروف چینی فاقد حاشیهی استئوبلاستی دیده می شود که توسط پرولیفراسیون فیبروبلاستی احاطه شده اند. محتمل ترین تشخیص کدام است؟

۱. دیسپلازی فیبرو
۲. استئوبلاستوما
۳. نقص فیبروکروتیکال .
۴. استوئید استئوما

پیش کارورزی اسفند ۹۴ قطب تبریز

آقای ۴۲ ساله ای با توده ی دردناک در سطح قدامی ساعد که از سه هفته پیش به دنبال تروما ایجاد شده مراجعه کرده است. در بررسی میکروسکوپی ضایعه ای بسیار پر سلول بدون نگرز دیده می شود که حاوی سلولهای دوکی کشیده با میتوز فراوان است که به صورت تصادفی در یک استرومای میگزوئید قرار دارند. خروج گویچه های قرمز از عروق نیز دیده می شود. کدام تشخیص مطرح است؟

۱. فاشئیت ندولار

۲. میوزیت استخوانی

۳. لیوسارکوم میکروزئید

۴. لیومیوسارکوما

پیش کارورزی اسفند ۹۴ قطب کرمان



جوانی با درد در قسمت میانی ساق پا مراجعه نموده است. درد با آسپرین از بین می رود.  
در بیوپسی از ضایعه، تراپکولهای استخوانی درهم رفته با ناحیه ی مرکزی بافت همبندی  
عروقی دیده می شود. محتمل ترین تشخیص کدام است؟

۱. Fibrous dysplasia

۲. Osteoid osteoma

۳. Fibrous cortical defect

۴. Osteoblastoma

پیش کارورزی شهریور ۹۵ قطب زنجان

پسر جوانی با ضایعه ی استخوانی با حدود مشخص در ناحیه ی فمور مراجعه کرده است. در نمای میکروسکوپی تراپکولاهای منحنی استخوان بافته شده (شبه حروف چینی) بدون حاشیه استئوبلاستیک دیده می شوند، که با تکثیری از سلول های دوکی احاطه شده اند. کدام تشخیص مطرح است؟

۱. استئوسارکوما

۲. فیبروماتوز

۳. فیبروم غیراستخوانی

۴. دیسپلازی فیبروس

پیش کارورزی شهرپور ۹۵ قطب کرمان اسفند ۹۷ قطب زنجان

مرد ۳۰ ساله ای به علت توده‌ی بافت نرم اندام تحتانی مراجعه می نماید. در بررسی میکروسکوپی سلولهای تومورال تمایز دوگانه به سمت سلول های اپی تلیالی و سلول های دوکی شکل نشان می دهند. در بررسی ژنتیکی سلولهای تومورال  $t(X;18)$  دیده می شود. تشخیص محتمل کدام است؟

۱. Synovial sarcoma

۲. Fibrosarcoma

۳. Malignant peripheral nerve sheath tumor

۴. leiomyosarcoma

پیش کارورزی شهریور ۹۵ قطب کرمانشاه

پسربچه ی ۱۰ ساله ای با توده در پروگزیمال استخوان هومروس مراجعه می کند، در بررسی میکروسکوپی توموری دو فازی متشکل از جزء اپی تلیال (به صورت غددی) و جزء سارکومایی (سلول های دوکی) است. در بررسی سایتوژنتیک  $t(X;18)$  مشاهده شد، تشخیص کدام است؟

۱. فیبروسارکوم

۲. استئوسارکوم

۳. سینوویال سارکوم

۴. یوئینگ سارکوم

پیش کارورزی شهریور ۹۵ قطب شمال

بررسی میکروسکوپی از یک ضایعه‌ی استخوانی نمای موزائیکی در استخوان های لاملار مشاهده می گردد. کدام تشخیص مطرح است؟

۱. استئوپروز

۲. بیماری سلول داسی

۳. بیماری پاژه

۴. استئوپتروز

پیش کارورزی اسفند ۹۵ قطب آزاد

## متاستازهای استخوانی در کدامیک از تومورهای زیر بیشتر باعث تحریک ساخته شدن استخوان توسط استئوبلاست ها می گردد؟

۱. کارسینوم کلیه

۲. کارسینوم ریه

۳. کارسینوم پروستات

۴. ملانوما

پیش کارورزی اسفند ۹۵ قطب شیراز

در مرد جوانی، توده ای استخوانی با درد شدید شبانه در ناحیه ی ساق بروز پیدا کرده است که درد آن به آسپیرین پاسخ می دهد. در ریزبینی، تراپکولاهای استخوانی Woven با حاشیهی استئوبلاستی در استرومای loose و واسکولار مشهود است. تشخیص صحیح کدامیک از گزینه های زیر است؟

۱. osteoid osteoma

۲. osteochondroma

۳. osteoblastoma

۴. osteosarcoma

پیش کارورزی اسفند ۹۵ قطب شمال

خانم ۳۵ ساله به علت ضایعه تومورال بافت نرم در اطراف زانو تحت عمل جراحی قرار می گیرد. ضایعه به اندازه ۳x۵ سانتی متر و در مطالعه میکروسکوپی نمای biphasic، عمدتاً متشکل از سلول های دوکی شکل (spindle cells) به همراه تعداد محدودی ساختمان های غددی شکل (gland like structures) در بین سلول های دوکی شکل می باشد. در مطالعه ایمونوهیستوشیمی سلول های تومورال واکنش مثبت با Epithelial membrane antigen و Keratin دارند. محتمل ترین تشخیص کدام است؟

۱. Fibrosarcoma

۲. Synovial sarcoma

۳. Nodular fasciitis

۴. Leiomyosarcoma

دستیاری - سال ۱۳۹۰-کشوری



در بررسی رادیوگرافی از ناحیه زانو پسر ۱۲ ساله که به دنبال ضربه دچار درد و تورم شده است توده‌ای Radiolucent با لبه کاملاً مشخص اسکروتیک با قطر ۳.۵cm در قسمت متافیز استخوان تیبیا مشاهده می‌گردد که در بررسی مورفولوژیک از سلول‌های دوکی شکل شبیه به فیبروبلاست با نمای گردبادی (Storiform) مخلوط با سلول‌های غول آسا چند هسته‌ای از نوع Osteoclast تشکیل شده است. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟

۱. Fibrous Dysplasia
۲. Osteo blastoma
۳. Non Ossifying fibroma
۴. Giant cell tumor

در رادیوگرافی معمولی پسر بچه ی ۱۲ ساله‌ای مبتلا به درد زانو یک ضایعه‌ی لیتیک وسیع با کانون های پلاستیک و بلندشدگی پریوست با ایجاد دانسیته در متافیز دیستال استخوان ران مشاهده شده است. کدامیک از نماهای بافتی زیر به احتمال بیشتر در نمونه های بیوپسی ضایعه دیده خواهد شد؟

۱. توده های سلول های درشت و شدیداً آتیپیک با ایجاد ماده‌ی استئوئید
۲. لبول های متعدد غضروفی هیالین با آتیپی سلولی خفیف
۳. تعداد فراوان سلول های تک هسته ای یک شکل همراه سلول های ژآنت چند هسته ای
۴. صفحات سلول های گرد با سیتوپلاسم کم با تشکیل روزت

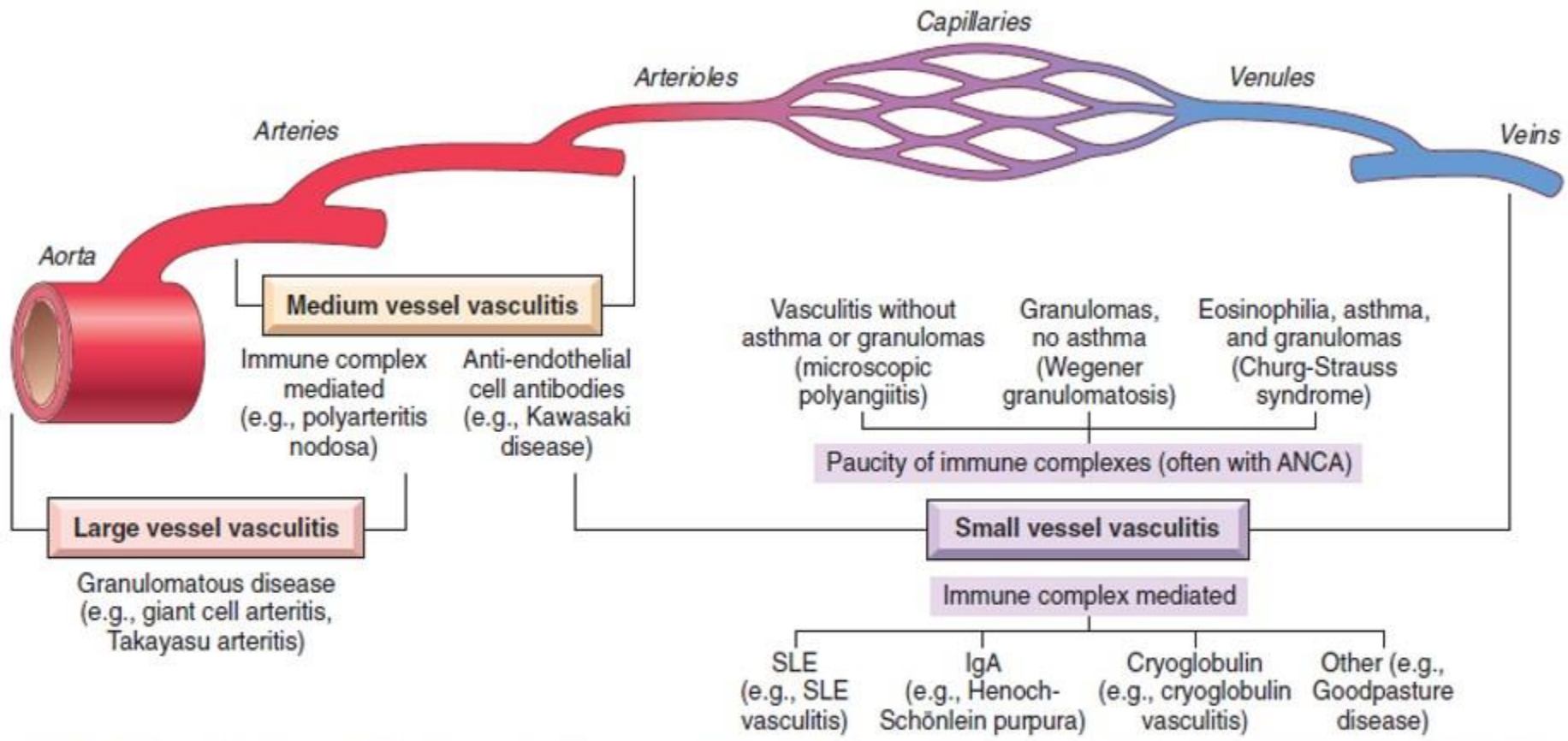
پیش کارورزی اسفند ۹۷ قطب مشهد

در کودکی ضایعات متعدد استخوانی، اختلالات اندوکراین، بلوغ زودرس و لکه های شیر قهوه ای پوست دیده می شود. بیوپسی استخوان در این کودک کدامیک از نماهای زیر را نشان میدهد؟

۱. سلولهای گرد و کوچک با سیتوپلاسم روشن حاوی گلیکوژن فراوان
۲. سلولهای شبیه استئوکلاست با بیش از ۱۰۰ هسته در زمینه سلولهای تک هسته ایی
۳. تیغه های استخوانی با نمای حروف چینی در زمینه سلولهای دوکی
۴. ساختمانهای غضروفی حاوی سلولهای آتیپیک با میتوز فراوان و مناطق وسیع نکروز

The background features a light green and white color palette with abstract, wavy, organic shapes. Several circular icons are scattered throughout, each containing three smaller circles arranged in a triangular pattern. The central text is a dark teal color.

# Vascular system



**Figure 9-22** Vascular sites involved in the more common vasculitides and their presumptive etiology. Note the considerable overlap in distributions. ANCA, anti-neutrophil cytoplasmic antibody; SLE, systemic lupus erythematosus.

(Data from Jennette JC, Falk RJ: *Nosology of primary vasculitis*. *Curr Opin Rheumatol* 19:17, 2007.)

## ارتريت سلول غول پيكر(ارتريت تمپورال)

-ا التهاب مزمن و گرانولوماتوی سرخرگها با اندازه بزرگ تا کوچک

-به ویژه شريان تمپورال

-درگیری شريان افتالمیک منجر به کوری شود

-التهاب گرانولوماتو در نیمه داخلی مدیا که بر روی لایه الاستیک داخلی قرار دارد

-ارتشاح لنفوسیت ها و ماکروفاژ ها

قطعه قطعه شدن لایه الاستیک داخلی

-ضخیم شدگی گرهی انتیما و ترومبوز

## ارتريت سلول غول پيكر(ارتريت تمپورال)

- درگيري سگمنتال مي باشد و يك بيوپسي منفي رد کننده نخواهد بود
- افراد بالای ۵۰ سال همراه با تب ضعف و کاهش وزن سردرد و درد صورت و علايم بينايي

## ارتريت تاكاياسو

ارتريت گرانولوماتو (مثل ارتريت تمپورال) ءورت و عروق بزرگ در خانمهاى زير ۴۰ سال

-فشار خون و نبض ضعيفتر در اندام فوقانى نسبت به اندام تحتانى

-اختلالات بينايى خونريزى شبكيه

-نقايس نورولوژيك



## پلی آرتریت گرهی (PAN)

- التهاب نکروزان ( نه گرانولوماتوز) ترانس مورال و سگمنتال سرخرگها با اندازه متوسط
- التهاب ترانس مورال نکروزان(ارتشاح مخلوط نوتروفیلها ائوزینوفیل ها و سلولهای تک هسته ای با نکروز فیبرینوئید
- مشخصه اختصاصی PAN: تمامی مراحل بیماری می توانند در رگهای مختلف یا حتی داخل یک رگ دیده شوند

## بیماری کاوازاکی

التهاب نکروزان و ترانس مورال شریانها (مثل ارتريت گرهی)

-ترومبوز و انوریسم عروق کرونر

-یک بیماری تب دار خود محدود شونده در سنين کمتر از ۴ سال که با اروزيون و قرمزی دهان و ملتحمه ادم دست و پاها قرمزی کف دست و پا راشهای دراری پوسته ریزی و لنفادنوپاتی

## واسکولیت‌های مرتبط با ANCA

- پلی انژییت میکروسکوپی

- گرانولوماتوز وگنر

- سندرم چرچ اشتراوس

## گرانولوماتوز وگنر

- گرانولوم نکروزان حاد دستگاه تنفسی فوقانی(گوش بینی سینوس و گلو) همراه با نکروز جغرافیایی
- درگیری دستگاه تنفسی تحتانی(درگیری دو طرفه ریه با کاویتاسیون
- درگیری کلیوی به شکل گلومرولونفریت نکروزان فوکال و اغلب هلالی (کرسنتریک)

## Benign Neoplasms, Developmental and Acquired Conditions

### Hemangioma

- Capillary hemangioma
- Cavernous hemangioma
- Pyogenic granuloma

### Lymphangioma

- Simple (capillary) lymphangioma
- Cavernous lymphangioma (cystic hygroma)

### Glomus tumor

### Vascular ectasias

- Nevus flammeus
- Spider telangiectasia (arterial spider)
- Hereditary hemorrhagic telangiectasis (Osler-Weber-Rendu disease)

### Reactive vascular proliferations

- Bacillary angiomatosis

## Intermediate-Grade Neoplasms

### Kaposi sarcoma

### Hemangioendothelioma

## Malignant Neoplasms

### Angiosarcoma

## انژیوسارکوما

نیوپلاسم اندوتلیالی بدخیم

-اغلب در پوست بافت نرم پستان و کبد

کارسینوژن: ارسنیک تورتراست و پلی وینیل کلراید

- اندوتلیال سل های چاق و اناپلاستیک

بیمار ۶۰ ساله ای به دلیل تب، ضعف، کاهش وزن، سردرد و تاری دید مراجعه کرده است. در بررسی میکروسکوپی ضخیم شدگی گرهی اینتیمای و ترومبوز وجود دارد. التهاب گرانولوماتوز همراه با ارتشاح النفوسیت ها و ماکروفاژها در نیمه ی داخلی مدیا همراه با قطعه قطعه شدن لایه ی الاستیک داخلی دیده می شود. کدامیک از موارد زیر صحیح است؟

۱. کورتیکواستروئید در درمان مؤثر است.
۲. یک بیوپسی منفی تشخیص را رد می کند
۳. منحصراً سرخرگهای تمپورال درگیر می شوند
۴. شیوع آن در افراد جوان بالاتر است.

پیش کارورزی اسفند ۹۴ قطب مشهد

خانم ۳۵ ساله ای با تب، خستگی، کاهش وزن و اشکال بینایی مراجعه کرده در معاینه نبض اندام فوقانی ضعیف تر از اندام تحتانی لمس می شود. معاینه ی ته چشم نقاط خونریزی را در شبکیه نشان می دهد. در بررسی بیشتر التهاب گرانولوماتو همراه با ضخیم شدگی دیواره در قوس آئورت دیده می شود. تشخیص کدام است؟

۱. آرتریت تمپورال

۲. وگنر گرانولوماتوزیس

۳. آرتریت تاکایاسو

۴. بیماری کاوازاکی

پیش کارورزی اسفند ۹۴ قطب آزاد



بیماری با ندول های قرمز کوچک متعدد در پوست با حاشیه ی مشخص و تعداد توده های بزرگ قرمز مایل به سفید- خاکستری گوشتی مراجعه کرده است. در بررسی میکروسکوپی سلول های اندوتلیال چاق و آتیپیک که مجاری عروقی را ایجاد می کنند همراه با نواحی سلول های دوکی شکل بدون تمایز دیده می شود. تشخیص چیست؟

۱. همانژیوپری سپتوم

۲. سارکوم کاپوزی

۳. تومور گلوموس

۴. آنژیوسارکوم جلدی

پیش کارورزی شهریور ۹۴ قطب تبریز

مرد ۴۵ ساله‌ای سابقه‌ی بیماری گرانولوماتوز وگنر دارد. این مرد طی دو هفته‌ی اخیر دچار زخم‌های مخاطی نازوفارنکس، تب و نوریت گردیده است. تیتر بالارونده‌ی کدام مارکر زیر مطرح کننده‌ی عود بیماری است؟

۱. Anti-CCP

۲. ANCA

۳. DNA- Ds

۴. ANA

پیش‌کارورزی اسفند ۹۳ قطب تهران

در کدامیک از بیماری های عروقی زیر تمام مراحل فعالیت بیماری از مراحل اولیه تا انتهایی همزمان در رگها دیده می شود؟

۱. بیماری کاوازاکی
۲. آرتریت تمپورال
۳. آرتریت تاکا باسو
۴. پلی آرتریت گرهی (ندوزا)

پیش کارورزی اسفند ۹۳ قطب شیراز

آقای ۵۰ ساله ای با شکایت درد شکم مراجعه می کند. در بررسی بیشتر، تومور عروقی در کبد شناسایی می شود که در رنگ آمیزی ایمونوهیستوشیمی از نظر CD۳۱ مثبت است. بیمار سابقه ی کار در کارخانه ی پلاستیک سازی و تماس با پلی وینیل کلراید دارد. کدامیک از تشخیص های زیر محتمل تر است؟

۱. آنژیوسارکوما

۲. همانژیوم کاورنوس

۳. همانژیو پریشیتوما

۴. سارکوم کاپوسی

آقای ۴۵ ساله ای با هموپتزی مراجعه کرده است. در عکس ریه انفیلتراسیون دولار دو طرفه با ضایعات کاویتاری مشاهده میشود. در بیوپسی، نکروز جغرافیایی نیچ ریه همراه با تغییرات التهابی، گرانولوم و نکروز جدار عروق و ارتشاح سلول های ژانت در زمینه ی سلولهای التهابی وجود دارد. محتمل ترین تشخیص کدام است؟

۱. توبرکولوز

۲. گرانولوماتوز وگنر

۳. موکورمایکوزیس

۴. آرتریت سلول ژانت

پیش کارورزی شهریور ۹۵ قطب زنجان

## کدامیک از انواع واسکولیت زیر با التهاب گرانولوماتوز همراه نیست؟

۱. Polyarteritis Nodosa

۲. Giant Cell Arteritis

۳. Takayaso Arteritis

۴. Wegner Granulomatosis

پیش کارورزی اسفند ۹۴ قطب تهران

## تمام واسکولیت های زیر گرانولوماتو هستند بجز:

۱. Temporal arteritis

۲. Polyarteritis nodosa

۳. Takaysau arteritis

۴. Wegner arteritis

پیش کارورزی اسفند ۹۳ قطب کرمانشاه

آقای جوانی با علائم فشار خون ناگهانی درد شکمی و مدفوع خونی مراجعه نموده است. در بررسی میکروسکوپی التهاب نکروزان تمام دیواره های شریان های کوچک تا متوسط به همراه نکروز فیبرینوئید با ارتشاح خفیف نوتروفیلی و مناطقی از ضخیم شدگی فیبروزان مشاهده شده است. این عارضه بیشتر به نفع کدامیک از موارد زیر است؟

۱. Polyarteritis nodosa

۲. Microscopic polyangitis

۳. Infectious arteritis

۴. Kawasaki disease



بیماری حاد تب دار در شیرخواران و اطفال که اهمیت بالینی آن به دلیل درگیری شریان های کرونر بوده و ممکن است با آنوریسم و یا ترومبوز همراه باشد و واسکولیت آن شبیه پلی آرتريت ندوزا است، بیانگر کدام واسکولیت است؟

۱. گرانولوماتوز وگنر
۲. بیماری کاوازاکی
۳. آرتريت تاكاياسو
۴. سندرم چرچ- استراووس