

انطباق سؤالات ارولوژی آزمون دستیاری ۱۴۰۳ با

کتاب «داستان ارولوژی» نوآوران دانش

۱۷۹- پسر ۱۴ ساله‌ای پس از نزاع و برخورد لگد به اسکروتوم با درد و تورم اسکروتوم مراجعه نموده است. در سونوگرافی بیضه‌ها بدون پارگی مشاهده می‌گردند. در اطراف بیضه چپ هماتوسلی بزرگ مشاهده می‌شود. کدام گزینه مناسب‌ترین رویکرد درمانی جهت حفظ بیضه می‌باشد؟

(ب) آسپیراسیون سوزنی هماتوم

(الف) مداخله زودرس جراحی

(د) درمان محافظه کارانه

(ج) مداخله تاخیری جراحی

گزینه الف صحیح است. / سطر اول و دوم صفحه ۵۴ کتاب داستان ارولوژی


داستان ارولوژی

در آسیب نافذ و پارگی تونیکا آلبوزینه قطعاً درمان ارجح اکسیلور جراحی است. اما در ترومای پلات سایز هماتوم تعیین کننده تصمیم درمانی خواهد بود. درمان نگهدارنده است مگر سایز هماتوسل از ۳ برابر بیضه نرمال مقابل بیشتر باشد که نیاز به جراحی و تخلیه هماتوم خواهد بود.

• درد بیضه

از نیش زنبور تا شیطنت پارتیز از تورشن تا اپیدیدیمیت از واریکوسل تا هرنی و از پاریز تا پاریس! می‌توانند عامل درد بیضه باشند! اما یک چیز برای ما مهم است و آن تورشن یا پیچ‌خوردگی بیضه و طناب اسپرماتیک است که اگر زود به دادش نرسیم بیضه می‌میرد و یک دیه کامل صادر می‌شود!

«ما یا فردی (بیضه) مواجهیم که گردنش (طناب اسپرماتیک) را گرفته‌اند و دارد خفه می‌شود» هیچگاه فکر کرده‌اید چرا برای آپاندیسیت که رویاه شکم است معیارهای اولادو را ساخته‌اند اما برای تورشن که گرگ زیرشکم است! معیار و کرایتریایی هیچگاه بیان نشده؟! یعنی اورولوژیست‌ها بی خیالند؟ خیر!

پس این است: هر زمان با یک کلمه یا یک معاینه به تورشن شک کردیم باید اکسیلور جراحی کرد و سونوگرافی داپلر و جا انداختن دستی و طب سوزنی و سنتی و جادویی جایگاهی ندارند!

این‌ها را در اورژانس یا جلسه‌ی امتحان دیدید، یعنی مصداق شک کردن، یعنی بیمار باید جهت اکسیلور بیضه و ارکیوپکسی دو طرفه به اتاق عمل برود:

- ✓ رفلکس گرماستر وجود نداشته باشد
- ✓ بیضه قرار عرضی و غیرطبیعی داشته باشد
- ✓ بروز درد حاد و جدید بیضه بخصوص در فرد زیر ۲۰ سال
- ✓ درد بیضه یا بالا بردن آن تشدید شود

حال اینکه بیمار:

- قبلاً هم دچار این درد شده یا خیر
- لکوسیتوز و تب دارد یا خیر
- ضربه ای به بیضه داشته یا خیر
- در خواب رخ داده یا بیداری:

اهمیتی برآیمان ندارد.

نکته ی بسیار مهم: این که بیمار ۴۰ دقیقه بعد از بروز درد به ما مراجعه کرده است یا ۴۰ روز بعد، فرقی ندارد.

باز هم قانون ما همان است «شک به تورشن یعنی ارکیوپکسی دو طرفه اورژانس»

برخلاف تورشن بیضه که اورژانس است، تورشن آپاندیس بیضه که گاه به صورت Blue Dot Sign در معاینه رؤیت می‌شود، درمانش کانتروواتیو است.

پیر یا پیسم

خوبی‌اش این است برای تشخیص نه به PET اسکن نیاز است و نه ECG !!

از ۴ جزء معاینه هم نه سمع می‌خواهد نه دق و نه لمس!

دیدن کافیست!

موسسه آموزشی نوآوران دانش | ماهان
 ۵۴

eP1P9AJ1Pee noavarandanes dastyari.nd www.noavarandanes.ir

۱۸۰- در KUB انجام شده برای بیمار با رنال کولیک، سنگ رویت نمی شود ولی در CT Scan سنگ ۸ میلی متری در حالب سمت راست دیده می شود. مهمترین فاکتور تشکیل سنگ در بیمار فوق کدام است؟

الف) کاهش حجم ادرار ب) افزایش اسیدیته ادرار ج) کم حرکتی د) مادرزادی

گزینه ب صحیح است. / صفحه ۳۳ کتاب داستان ارولوزی

فصل پنجم: سنگ های ادراری و درمان آن

U&A

❖ هایپرکلسیوری < 200 mg در روز

نوع I }
الف) هایپرکلسیوری جذبی }
نوع II: با محدود کردن کلسیم رژیم غذایی قابل درمان است.
نوع III: لیک فسفر

ب) هایپرکلسیوری بازجذبی = هایپرپاراتیروئیدی اولیه
ج) نوع کلیوی = هایپرپاراتیروئیدی ثانویه

❖ هایپر یوریکوزوری

اغلب افراد با سنگ های اسیداوریکی دفع ادراری UA نرمال دارند و عوامل خطر بیشتر شامل کاهش حجم ادرار و اسیدی بودن آن است.
نکته: سنگ های UA، ماتیوکس و ایندیناوپر رادیولوست هستند. یعنی در گرانی دیده نمی شوند (سنگ های ایندیناوپر حتی در CT اسکن هم لوست هستند).

راه: India خیلی لوس هستند!

مصرف زیاد غذاهای حاوی پورین (گوشت قرمز) یا بیماری های با Turn Over بالای سلولی مثل بیماری های میلوپرولیفراتیو و MM می توانند عامل دفع زیاد UA باشند.

← آلوپورینول داروی مهمی که در درمان نقرس به کار می رود با مهار آنزیم گزانتین اکسیداز مانع تبدیل گزانتین به UA می شود و البته یکی از سنگ های دارویی معروف سنگ های گزانتینی و آکسی پورینول هستند.

CALCULI FORMED FROM DRUG

Indinavir
Ephedrine
Triamterene
Magnesium trisilicate antacids (silicates)
Trimethoprim-sulfamethoxazole

CALCULI PROVOKED BY DRUG

Carbonic anhydrase inhibitors
Topiramate
Furosemide
Vitamin C (excess)
Vitamin D (excess)
Laxatives

داروهایی که می توانند تولید سنگ کنند (قابل توجه بیمارانی که پس از خرید دارو بلافاصله سراغ پزشک و عوارض می روند!)

❖ سنگ های سیستینی

به دنبال دفع Cola در سیستینوری رسوب سیستین در ادرار رخ می دهد.
سیستین مهارکننده اختصاصی ندارد و مهم ترین عامل در رسوب آن اشباع شدن محلول و کاهش حجم ادرار است. این سنگ ها عود بالایی دارند و در اطفال شایع هستند. پس مصرف بالای مایعات و رقیق شدن ادرار اصل درمان خواهد بود.

موسسه آموزشی نوآوران دانش | ماهان

www.noavaranedanesh.ir dastyari.nd noavarandanesh

۱۸۱- خانم ۶۵ ساله دیابتی، به علت تداوم تب بالا، سوزش ادراری و درد پهلو پس از ۴ روز از شروع آنتی بیوتیک خوراکی به اورژانس مراجعه کرده است. در CT اسکن دانسیته هموژن 2 cm در پل فوقانی کلیه راست با نمای (ring sign) دیده می شود. کدام اقدام در این بیمار مناسب است؟

الف) تجویز آنتی بیوتیک وریدی وسیع الطیف ب) درناژ پرکوتانئوس
ج) درناژ جراحی باز د) نفرکتومی راست در اولین فرصت

گزینه الف صحیح است. / صفحه ۶۵ کتاب داستان ارولوژی

فصل دهم: عفونت‌های ادراری

U2A

جدای از درمان AB که یک اصل در پروستاتیت‌ها (حتی نوع غیرباکتریال) است، درمان‌های جانبی مثل α -بلاکرها (حداکثر اثر بعد ۶ هفته نمایان می‌شود) و NSAIDها (در همراهی با درمان‌های قبلی) و... نیز توصیه می‌شوند.

احتمال وقوع آبسه پروستات در نوع حاد وقتی علامت با درمان AB اولیه بهبود نمی‌یابد باید مدنظر باشد.

پس یادتان باشد:

- اگر پیرمردی از علامت ادراری شدید و مزمن شرح حال داد یعنی BPH
- اگر جوانی از علامت ادراری شدید و مزمن شرح حال داد یعنی پروستاتیت

پیلونفریت‌ها

هر زمان بحث تب و درد پهلو به علامت ادراری اضافه شود قطعاً یک تشخیص مهم و در دسترس پیلونفریت است. در این شرایط قطعاً مثل پروستاتیت حاد کشت ادرار ضروری است اما در بیمار بدحال منتظر نتیجه آزمایش نمی‌ملیم و درمان تجربی باید بلافاصله آغاز شود.

در فرد عادی که توکسیک نیست و توان خوراکی مناسب دارد کینولون‌ها تجویز می‌شوند (اگر امکان تجویز Q نبود کوتری-موکسازول + سفتریاکسون منطقی است).

و در افراد بدحال، ضعف ایمنی، دیابتیک و باردار و مِس بستر نیاز است:

سفتریاکسون ۱g / یا کینولون تزریقی در ۴۸ ساعت اول و سپس ۲ هفته درمان خوراکی توصیه می‌شود.

مثل هر عفونت حادی، وقتی بعد ۷۲ ساعت از شروع درمان، بیمار همچنان تب‌دار یا بدحال بود یا کشت مثبت بود یا احتمال پیشرفت به سمت آبسه انجام CT اسکن توصیه می‌شود.

«نیتروفوران‌توین در درمان PN جایگاهی ندارد.

❖ **پیلونفریت آمفیزماتو**

نوع تهدیدکننده حیات و شرایط اورژانس پیلونفریت است که اغلب در بزرگسالان دیابتیک رخ می‌دهد و کلید تشخیص آن وجود گاز در پارانشیم کلیه به صورت دانسیته منفی هوا در CT اسکن (بهترین روش تشخیص) است. درمان AB وسیع الطیف و براساس کشت ضروری است و احتمال نیاز به نفرکتومی اورژانس دور از ذهن نخواهد بود.

❖ **پیلونفریت گزانتوگرانولوماتوز**

درواقع یک کلیه تخریب شده و اغلب همراه سنگ‌های بزرگ و قدیمی است و اغلب به عنوان یک تشخیص پاتولوژی بعد از نفرکتومی کلیه نان فاکشن کشف می‌شود.

❖ **آبسه کلیه**

درمان ناقص هر پیلونفریت می‌تواند به آبسه منجر شود که تجمع لوکالیزه عفونت و ارگانیسم در کلیه است و بسته به سایز آن درمان AB یا درناژ انتخاب می‌شود.

قطعاً علامت در آبسه شدیدتر و پرسرصداتر از پیلونفریت هستند.

در آبسه پریرنل گسترش عفونت به بافت اطراف سبب محو شدن سایه عضلات پسواس می‌شود و در هر شرایطی درمان AB + درناژ است.

تشخیص قطعی آبسه‌ها با CT اسکن است که Ring Sign (مرکز اواسکولار و اطراف پرعروق) کلید تشخیصی تعیین‌کننده‌ای است.

عفونت‌های بیضه و اسکروتوم

اپیدیموارکت می‌تواند به صورت مجزا و با درگیری بیضه یا اپیدیدیم نیز رخ دهد.

مهم‌ترین نکته در درمان، تعیین باکتریال بودن عفونت است که با کشت ادرار مشخص می‌شود اما درمان تجربی براساس پیش‌بینی ما از عامل ایجاد است:

موسسه آموزشی نوآوران دانش | ماهان

www.noavarandanesht.ir @dastyari.nd @noavarandanesht @PIPAIAPeo

۱۸۲- دختر ۵ ساله با شکایت از بی‌اختیاری مداوم ادرار، علیرغم وجود چند بار دفع ادرار نرمال در روز به شما مراجعه کرده است. کدام یک از آنومالی‌های مادرزادی دستگاه ادراری مطرح است؟

الف) مگایورتر (ب) رفلاکس مثانه به حالب (ج) حالب نابجا (د) یورتروسل

گزینه ج صحیح است. / صفحه ۲۷ کتاب داستان ارولوژی

فصل چهارم: معاینه و ارزیابی بیماران ارولوژی

اختلالات انزال - نعوظ

در ناتوانی جنسی یا Impotency = Erectile Dysfunction مهمترین اقدام افتراق علل سایکوزنیک از ارگانیک است.

چه مواردی به نفع علل سایکوزنیک است؟

- (۱) در وضعیت‌های خاص و ساعت‌های مشخص رخ دهد.
- (۲) بدنیاال استرس و شرایط خاص ذهنی رخ دهد.
- (۳) شخص معمولاً از کشتن صبحگاهی نرمال دارد.

← بررسی‌های آزمایشگاهی لازم بر سه جزء استوار است:

(۱) تستسترون (۲) FBS (۳) ارزیابی تیروئید

نکته بسیار مهم: در افرادی که مشکلات قلبی و عروقی (سابقه‌ی آنژیوگرافی- دیابت و ...) دارند قبل از هرگونه اقدام تشخیصی و درمانی جهت E.D اولین کار ارجاع به متخصص قلب جهت ارزیابی قلبی و عروقی است.

مهمترین داروهایی که بر ارکشن اثر منفی دارند شامل:

- بعضی داروهای فشارخون مثل تiazیدها (ACE و CCB اثر منفی ندارند)
- اکثر داروهای اعصاب
- مصرف مزمن الکل - استروژن - مواد مخدر

• یکی از شایع‌ترین مشکلات بیماران رتروگرید اِجاکولیشن است که عارضه شایع داروهای α بلاکر مثل تامسولوسین است و بدنیاال جراحی‌هایی مثل TURP نیز رخ می‌دهد.

• عارضه دیگر Anejaculation است که بدنیاال جراحی‌های لگنی و شکمی و پیچیده مثل RPLND، آسیب سمپاتیک و فقدان اندروژن رخ می‌دهد.

• انزال زودرس (بره مایچور اِجاکولیشن)

• Almost always علت سایکوزنیک دارد و بیشتر از درمان دارویی، روانکوی در درمان مؤثر است

بی‌اختیاری ادرار

در شلوغی‌های روزمره وقتی اولویت‌های اول تا بیستم زندگی‌مان البته به درستی در کار، درآمد، امتحان، روابط اجتماعی و ... خلاصه می‌شود شاید کم پیش بیاید به این فکر کنیم اگر بی‌اختیاری ادرار داشتیم چقدر دنیا رنگش عوض می‌شد! چقدر ترتیب اولویت‌های زندگی‌مان جابجا می‌شد. به قول استاد ارولوژی‌مان سرگردان راند بیمارستان امام رضا مشهد حدود ۱۵ سال قبل، ادراری که فقط چند دقیقه روی زمین یا لباس بماند بوی آن قابل تحمل نیست!

اینکه در مسری پزشکی سال‌های سال مرگ‌های بسیاری را ببینیم و دردهای بسیاری را سمع، لمس و حتی دق کنیم! اما باز هم از زجر و غم بیماران اندوهگین شویم شایسته ستایش است.

(۱) بی‌اختیاری ادراری Continuous = True

شایع‌ترین علت آن فیستول‌های سیستم ادراری و در رأس آن VVF است (ناشی از رادیوتراپی، جراحی زنیکولوژی، ترومای زایمانی)

علت مهم دیگر حالب نایجا است (فقط در جنس مؤنث سبب بی‌اختیاری می‌شود)

(۲) بی‌اختیاری ادراری استرسی

فعلماً منظور استرسی رزیدنتی یا خواهر شوهر یا قرض و افساط نیست!

یعنی افزایش فشار داخل شکمی مثل عطسه، سرفه و خندیدن سبب نشت ادرار شود

اغلب درمانش جراحی است:

راه: Stress ↔ Surgery

موسسه آموزشی نوآوران دانش | ماهان

 ۰۲۱۹۳۶۱۷۰۰۷۵۱
 ۰۹۹۰۵۷۰۰۷۳۵
 www.noavarandanesht.ir
 dastyari.nd
 noavarandanesht

۱۸۳- بیماری بعد از یک هفته از عمل هیستریکتومی دچار تهوع و درد خفیف فلانک و نفخ و لوکوسیتوز و ترشح

آبکی فراوان از واژن می‌شود. در مورد این بیمار کدام گزینه صحیح می‌باشد؟

الف) دچار مثانه نوروزنیک شده و درمان دارویی شروع می‌کنیم.

ب) احتمالاً فیستول یورتروواژینال داشته و Dye test و IVP کمک کننده است.

ج) دچار عفونت‌های واژینال شده و باید درمان‌های واژینیت شروع شود.

د) دچار انسداد روده شده و باید سی تی اسکن انجام شود.

گزینه ب صحیح است. / صفحه ۸۷ کتاب داستان ارولوژی

فصل پانزدهم: اختلالات ارولوژی در زنان

در فیستول‌های کوچک که به دنبال جراحی و مداخله‌های اخیر صورت گرفته تعبیه شوند فولی به تنهایی می‌تواند عامل درمان و ترمیم بافتی شود.

به طور میانگین ترمیم فیستول‌های:

- بعد از جراحی زنیکولوژیک ← ۳-۱ ماه بعد
- به دنبال ترومای زایمانی ← ۳-۶ ماه بعد
- ناشی از رادیوتراپی ← ۶-۱۲ ماه بعد توصیه می‌شود.

Ensure adequate nutrition.
Eliminate infection.
Achieve unobstructed urinary drainage and/or stenting.
Remove or bypass distal urinary obstruction.
Beware of malignant cause of fistula.

Management فیستول‌های ادراری

➤ **فیستول حالب به واژن**

خانگی را تصور کنید که یک ماه قبل تحت هیستروکتومی قرار گرفته و پس از آن دچار تب و دردهای گهگاهی فلاتک و نشت متناوب ادرار شده بود که تحت درمان UTI قرار گرفت به علت تداوم بی‌اختیاری به درمانگاه مراجعه می‌کند.

شک اول فیستول حالب به واژن (UVF) است و بهترین روش تشخیصی انجام RPG است.

طبیعتاً اگر در حین جراحی‌های زنیکولوژیک هر دو حالب آسیب ببینند بیمار دچار آنوری می‌شود.

➤ **فیستول مثانه به رحم**

مهم‌ترین وجه تشخیصی بروز هم‌اچوری همزمان با وقوع عادت ماهیانه است.

➤ **هیچگاه سرعت فشار را به خاطر تأخیر ترمیمی نکاسند؛ رگ‌درازان مجبور به رعایت حریم ریل‌ها شدند.**

پشت هر تصمیم احتیاطانه‌ای لزوماً فکر احتیاطانه‌ای وجود ندارد!

هدیه

بست یازده نود و دو

موسسه آموزشی نوآوران دانش | ماهان ۸۷

۰۲۱۳۶۱۷۰۰۷۵۱
 noavarandaneh
 dastyari.nd
 www.noavarandaneh.ir

۱۸۴- در بیماران با کانسر بیضه، اولین محل درگیری غدد لنفاوی (Regional lymph nodes) کدام است؟

الف) اینگوینال ب) لگنی ج) خلف صفاق د) مדיاستن

گزینه ج صحیح است. / سطر آخر صفحه ۱۷ کتاب داستان ارولوژی



درمان استاندارد سرطان بیضه = رادیکال ارکیدکتومی از طریق اینگوینال

← در سرطان بیضه تحت هر شرایطی برش/ نمونه برداری و دستکاری اسکروتال ممنوع است، چون سبب عود موضعی و متاستاز سرطان می شود.

- چه بررسی هایی قبل از ارکیدکتومی نیاز است؟
 - (۱) CXR (CT) ریه در صورت وجود علائم ریوی
 - (۲) CT اسکن شکم و لگن
 - (۳) سنجش تومور مارکرها
- بر اساس جواب پاتولوژی چه راهکارهای درمانی داریم؟

(۱) سورویالانس (پیگیری) (۲) رادیوتراپی / RPLND (۳) شیمی درمانی

← دقت کنید:

✓ رادیوتراپی فقط در سیمینوم بکار می رود:

✓ **راه:** رادیوسمتان

✓ RPLND فقط در NS بکار می رود

نکته بسیار مهم: در تومورهای MIX (سیمینوم + جزء NS) اپروچ درمانی بر اساس تومورهای NS خواهد بود.

قطعاً درمان III Stage و IIC همیشه در هر توموری شیمی درمانی است

درمان Stage Is (یعنی بعد از عمل تومور مارکرها افزایش یابند) نیز شیمی درمانی است.

- کاربرد PET اسکن در تومور بیضه چه زمانی است؟

وقتی توده سیمینوم تحت شیمی درمانی قرار گرفت و بیمار توده باقیمانده < ۳ سانتی متری داشته باشد PET اسکن انجام می شود که اگر + بود جراحی رزکشن نیاز است

سؤال: چه زمانی حین انجام ارکیدکتومی به علت سرطان بیضه، نیاز به نمونه برداری از بیضه طرف مقابل (از طریق اینگوینال) است؟

(۱) سابقه UDT یا سن > ۴۰ سال

(۲) وجود بیضه آتروفی

سؤال: آیا چیزی به اسم پارشیل ارکیدکتومی داریم؟

بلی در ۳ حالت:

۱- سایز توده > ۳ سانتی متر

۲- فرد تک بیضه

۳- سرطان بیضه دوطرفه

در بحث توده های غیر رزم سل مثل لایدیگ و ... نکته مهم وجود ژنیکوماستی در بعضی بیماران است

← منظور از اکستراگنادال رزم سل تومور چیست؟

یعنی فردی که در معاینه و سونوگرافی توده ای در بیضه ندارد اما در CT اسکن توده های مدیاستن و رتروپریتون وجود دارد (شایع ترین

محل درگیری EGGCT مدیاستن است)

فراموش نکنید شایع ترین محل متاستاز توده های بیضه در کل غدد لنفی رتروپریتون است.