

درس خون وسرطان بالغین _ فوق تخصصی

۱- خانم ۳۰ ساله که با آزمایشات زیر مراجعه کرده است:

Hb:8 g/dL WBC:4600 /micL MCV:100 fL Plt:330000/micL

Haptoglobin < 14 (22-240)

Retic:12%

Coombs-D=Positive IgG, C₃=Negative LDH:800 Bill D:0.8 Bill T:3.8

بیمار علی رغم درمان ۴ هفته با پردنیزولون ۶۰ mg روزانه، بهبودی در آزمایشات نداشته است. مناسب ترین اقدام درمانی کدام است؟

ریتوکسی ماب

اسپلنکتومی

سیکلوسپورین

IVIg

۲- آقای ۲۸ ساله مورد Burkitt lymphoma بستری شده است. بلافاصله جهت بیمار هیدریشن و آلوپورینول و راسبوریکاز شروع شده است و جهت بیمار کموتراپی با رژیم Cyclophosmide/vincristin/doxorubin/Dexa شروع شد. روز بعد بیمار Pale بوده و از ادرار تیره و درد شکم شاکی است. آزمایشات به شرح ذیل است:

	بدو مراجعه	۲۴ ساعت بعد از درمان
Hb	۱۲	۸
LDH	۱۳۰۰	۲۳۰۰
Billi-T	۱/۵	۴
Cr	۱	۱
Uric Acid	۵	۴

علت بروز این تغییرات کدام مورد می باشد؟

عارضه راسبوریکاز می باشد

Tumor Lysis Syndrome

Autoimmune Hemolytic Anemia

عارضه سیکلوفسفاماید می باشد

۳- خانم ۴۰ ساله که از ۶ ماه پیش به دنبال ضعف و خستگی و آنمی تحت درمان با آهن خوراکی قرار گرفته است، سابقه هیپرمنوره را ذکر نمی کند و تغییری در اجابت مزاج نداشته است. سابقه مصرف دارویی ندارد. در حال حاضر Pale است. در معاینه نکته خاص دیگری ندارد. آزمایشات به شرح ذیل است:

	۶ ماه پیش	در زمان ویزیت
فریتین	۱۰	۱۱
Hb	۱۰	۱۰.۲
WBC	۶۲۰۰	۵۵۰۰
Plt	۴۹۰,۰۰۰	۴۵۰,۰۰۰
MCV	۷۷	۷۶
RBC	۳,۸۰۰,۰۰۰	۳,۹۰۰,۰۰۰

بیمار تحت کولونوسکوپی قرار گرفته که نرمال بوده است. اقدام مناسب بعدی در بیمار کدام است؟

هموگلوبین الکتروفورز

اندوسکوپی و بررسی هلیکوباکتر پیلوری

بررسی Small bowel

BMA/BMB

۴- بیمار آقای ۵۵ ساله با سابقه جراحی بای‌پس معده که به علت آنمی مراجعه کرده است. بیمار تحت درمان آهن تزریقی و B₁₂ بوده است. از بی‌حسی کف دست و پا شکی است و در معاینه کاهش حس اندام تحتانی دو طرفه و اختلال حس vibration دارد. تست رومبرگ مثبت است.

WBC:3500 / micL , Hb:8.5 g/dL , MCV: 100 fL , Plt:130,000 /micL

در BM، رینگ سیدرو بلاست مشهود است. محتمل‌ترین تشخیص برای بیمار کدام است؟

MDS-Ring sideroblast

کمبود ویتامین B6

کمبود مس

کمبود روی

۵- آقای ۴۰ ساله مورد بتا تالاسمی اینترمدیا که به علت کمردرد مراجعه کرده است در معاینه هیپاتواسپلنومگالی دارد. بیمار هر ۵ هفته تحت تزریق ۲ واحد P.C قرار می‌گیرد. هموگلوبین بیمار قبل از ترانسفوزیون ۸ g/dL گزارش شده است. در بررسی انجام شده با MRI گزارش به شرح زیر است:

Para spinal mass without cord compression

مناسب‌ترین اقدام درمانی در این بیمار کدام است؟

کاهش فواصل تزریق خون

اسپلنکتومی

انجام بیوپسی از توده پاراسپینال زیر گاید CT و جراحی

تجویز هیدروکسی اوره

۶- خانم ۶۵ ساله با سابقه هیپوتیروئیدی تحت درمان با لوتیروکسین دچار ضعف و بی حالی شده است. در معاینه رنگ پریده است، ایکتر مختصر در اسکلرا مشهود است. ضایعات ویتیلیگو در دست‌ها مشاهده می‌شود. در آزمایش‌های انجام شده:

WBC: 3200 /micL Hb: 9 g/dL MCV:111 fL Plt: 90,000 /micL LDH: 2300 U/L Retic: 1% Bill T: 3 mg/dL Bill D: 0.5 mg/DL TSH: 3 (0.5- 4.5)

محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟

Myelodysplastic Syndrome

Hemolytic Anemia

Parvo virus B19 infection

Pernicious Anemia

۷- یک آقای ۵۰ ساله با شکایت ضعف و easy bruising مراجعه کرده است. او سابقه بیماری خاصی ندارد. هیچ دارویی مصرف نمی‌کند و شرح حال مصرف مکمل‌های گیاهی نیز در طی دو ماه گذشته منفی است. در معاینه لکه‌های کبودی در اندام فوقانی و تحتانی دیده می‌شود. لنفادنوپاتی و هیپاتواسپلنومگالی ندارد. در آزمایشات:

WBC: 1800/ μ L PMN: 14% Lymphocyte: 80%

monocyte: 2% Hb: 6 g/dL PLT: 20000/ μ L Retic: 2% Cr:0.8 mg/dL LFT:NI TSH:NI

Erythropoietin : 540 U/L

در BMA/BMB سلولاریته ۵٪ گزارش شده و دیسپلازی در رده اریتروئید و میلوئید در ۳۰ درصد سلول‌ها گزارش شده است. سائتوژنتیک 46XY گزارش شده است. بهترین درمان برای این بیمار کدام است؟

درمان حمایتی

اریتروپوئیتین و GCSF

hypomethylatin agents

ATG+ Cyclosporin

۸- آقای ۲۵ ساله با سابقه اسفروسیتوز ارثی به علت تشدید آنمی، ۸ سال قبل اسپلنکتومی شده است. در حال حاضر به علت ضعف و آنمی مراجعه کرده است. در آزمایش‌های انجام شده:

Hb: 8 g/dL Retic: 8% Bill T: 4 mg/dL Bill D: 1 mg/dL

در لام خون محیطی اسفروسیت به تعداد قابل توجه مشاهده می‌شود. همه اقدامات تشخیصی زیرکمک کننده است، بجز:

سی‌تی‌اسکن شکم

اندازه‌گیری پیرووات کیناز

آسپیراسیون و بیوپسی مغز استخوان

اسکن RBC

۹- خانم ۳۰ ساله‌ای به علت آنمی و رتیکولوسیت کمتر از یک درصد بررسی می‌گردد که در CT اسکن توده مدیاستن قدامی مشخص می‌گردد. علی‌رغم خارج کردن توده خوش‌خیم تیموس، آنمی ادامه می‌یابد. کدامیک از درمان‌های زیر پاسخ بهتری در این بیمار ایجاد می‌کند؟

سیکلوسپورین

IVIg

Plasmapheresis

Rituximab

۱۰- خانم ۶۰ ساله که در حدود ۳۰ سال قبل به علت روماتیسم قلبی تحت درمان تعویض دریچه میترال مکانیکال قرار گرفته است و از آن زمان روی وارفارین می باشد. در حال حاضر به علت CBC مختل مراجعه می کند.

WBC:6600 Hb:9g/dL MCV:85 fL Plt:160000 Retic:4%

Bil T:3 Bil D:0.5 Coombs-D:Negative Cr:1.2

LDH:350 (100-240) Haptoglobin:14(22-240)

در اکو انجام شده، mild MR بدون اختلال دریچه گزارش شده است. در PBS یک تا دو عدد شیستوشیت در هر hpf گزارش شده است. مناسبترین اقدام در این بیمار کدام است؟

تعویض دریچه میترال

تجویز آهن

Plasma exchange

تجویز پنتوکسی فیلین

۱۱- خانم ۳۵ ساله با پان سائتوپنی شدید و سلولاریتی ۱۰% مغز استخوان با تشخیص آنمی آپلاستیک به علت عدم وجود دهنده Full match sibling تحت درمان با ATG اسبی، سیکلوسپورین و الترومبوپگ قرار می گیرد و پس از گذشت دو ماه CBC بیمار به شرح زیر است:

WBC: 500 /micL Hb:7 g/dL Plt:12,000 /micL

بیمار با فواصل طولانی تری در حال دریافت فرآورده است. بهترین اقدام در این مرحله چیست؟

شروع Alemtuzumab

معرفی جهت Alternative transplant

ادامه درمان

شروع Rabbit ATG

۱۲- بیمار خانم ۵۶ ساله که از حدود ۶ هفته پیش با ضعف و بی‌حالی و خستگی مراجعه کرده است. سابقه فنومن رینود از ۲۰ سالگی داشته است و برادر ۴۸ ساله بیمار سابقه RA داشته است. در معاینه Pale است، پتشی و پورپورا در اندام‌ها دیده می‌شود. هیپاتواسپلنومگالی ندارد.

W:1200 /micL ANC:200 .micL Hb:7 g/dL Plt:10000 /micL LDH:202 IU/L Retic: 1%

در BM ← سلولاریته ۱۰% و همراه با کاهش هر ۳ رده سلولی و عدم وجود دیس پلازی داریم. در بررسی سیتوژنتیک نرمال است. در ۱/۳% گرانولوسیت‌ها و ۱/۲% اریتروسیت‌ها فقدان CD55 و CD59 مشهود است. بیمار برادر Full Match دارد. مناسب‌ترین درمان کدام گزینه است؟

Azacitidine + Venetoclax

Eculizumab

ATG + Cyclosporine + Eltrombopag اسبی

پیوند مغز استخوان از برادر Full match

۱۳- خانمی ۲۵ ساله مورد آنمی سیکل سل که به علت سنگ کیسه صفرا کاندید جراحی کوله سیستکتومی می‌باشد، در حال حاضر Hb: 8 g/dL دارد. مناسب‌ترین اقدام در بیمار کدام است؟

ترانسفوزیون Packed cell با هدف رساندن هموگلوبین بالای ۱۲

انجام exchange transfusion با هدف رساندن Hb S کمتر از ۳۰ درصد

ترانسفوزیون Packed cell با هدف رساندن هموگلوبین بالای ۱۰

اقدام بیشتری نیاز نیست

۱۴- آقای ۵۰ ساله بدون سابقه بیماری به دلیل آنمی و پیک منوکلونال در الکتروفورز سرم تحت بیوپسی مغز استخوان قرار گرفته و sheet پلاسماسل گزارش می شود. قبل از شروع درمان دچار اپیستاکسی و هما تمز می گردد و در آندوسکوپی خونریزی های متعدد ساب موکوزال گزارش می شود. با توجه به آزمایشات بیمار کدام مورد را توصیه نمی کنید؟

WBC: 8200 Hb:9.1 g/dL MCV:84 Plt:250,000 /micL

BUN:25 mg/dL Cr:0.9 mg/dL PT:13 S PTT:24 S BT:15 min

Fibrinogen: 216 mg/dL

تجویز بورتزومیب

تجویز دگزامتازون

پلاسمافرزیس

IVIg

۱۵- خانم ۲۶ ساله با اپیستاکسی و خونریزی از لثه و اکیموز گسترده به اورژانس مراجعه می کند. سابقه خونریزی های مشابه از کودکی وهمچنین اسپلنکتومی برای درمان بیماری را ذکر می نماید. در معاینه بالینی بجز ضایعات مذکور یافته دیگری ندارد آزمایشات بیمار به شرح زیر می باشد:

WBC: 7900 mic/L Hb:10.5 g/dL MCV:80 fL PIT: 65000

PT:13.1 S PTT:25 S BT:13 min

PBS: Large PLT without fragmented RBC (plt:70000)

کدامیک از اقدامات درمانی ذیل را برای این بیمار توصیه می کنید:

Romiplostim

تجویز دگزامتازون + IVIG

تجویز ریتوکسیماب

ترانسفوزیون پلاکت

۱۶- خانم ۴۲ ساله با DVT ران چپ بستری و تحت درمان با انفوزیون هپارین به مدت ۵ روز و سپس وارفارین قرار می‌گیرد. در زمان بستری CBC بیمار طبیعی بوده است. در روز هشتم INR بیمار ۲/۳ می‌باشد، ولی بیمار دچار تورم ساق راست شده در سونوگرافی کالر داپلر ساق راست ترومبوز گزارش شده است. در CBC روز هشتم پلاکت بیمار به ۳۰,۰۰۰ کاهش یافته است. کدام درمان را برای بیمار پیشنهاد می‌کنید؟

قطع وارفارین - تجویز ویتامین K و شروع ریورکسابان

شروع انوکسپارین

قطع وارفارین - تجویز پلاکت به همراه ریورکسابان

تجویز پلاکت و ادامه وارفارین

۱۷- بیمار خانم ۳۵ ساله‌ای است که با ضایعات اکیموتیک روی اندام تحتانی و فوقانی و شکم از دو هفته قبل مراجعه کرده است. مصرف داروی ضد انعقاد و ضد پلاکت را ذکر نمی‌کند. در معاینه بالینی بجز ضایعات مذکور یافته دیگری ندارد. آزمایشات بیمار به شرح ذیل می‌باشد:

WBC: 5000 /micL , Hb 13 g/dL , MCV: 95 fL , plt : 180,000 /micL

PT:12 S PTT: 85 S , mixing PTT: 70 S

بیشترین پاسخ درمانی با کدامیک از درمان‌های زیر گزارش شده است؟

پردنیزولون

پردنیزولون و سیکلوفسفامید خوراکی

ریتوکسیماب

پلاسمافریزیس

۱۸- خانم ۳۰ ساله باردار در هفته ۱۰ حاملگی برای پیگیری عفونت ادراری مراجعه نموده است. بیمار سابقه ITP مزمن دارد و در معاینه علایم خونریزی دهنده ندارد. بیمار فقط مولتی ویتامین مصرف می کند و پتشی و اکیوز ندارد.

آزمایشات به شرح زیر است :

WBC 8000 /micL Hb:12.2g/dl Platelet :40,000 /micL AST:20 IU/L ALT :18 IU/L PBS : large platelet

مناسب ترین اقدام کدام است؟

درمان با پردنیزولون 1mg/kg

پیگیری با آزمایش پلاکت

تزریق پلاکت

شروع IVIG

۱۹- آقای ۱۸ ساله با سابقه هموفیلی B با سطح فاکتور ۱% بعد از تروما با اکیموز در ناحیه گردن به اورژانس مراجعه کرده است. وزن بیمار ۶۰ کیلوگرم است. مناسب ترین درمان کدام است؟

تزریق فاکتور ۹ ابتدا ۶۰۰۰ واحد و سپس ۳۰۰۰ واحد هر ۱۲ ساعت تا دو هفته

تزریق فاکتور ۹ به میزان ۳۰۰۰ واحد هفته ای دو بار تا دو هفته

تزریق یک دوز ۶۰۰۰ واحد فاکتور ۹ و سپس tranexaminic acid 500 mg هر ۶ ساعت تا دو هفته

تحت نظر گرفتن بیمار به مدت ۲۴ ساعت در اورژانس و در صورت عدم مشکل ترخیص وی با توصیه های مراقبتی

۲۰- خانم ۳۰ ساله به علت سردرد و بی حالی و تب و سردرد و تشنج مراجعه نموده در معاینه بیمار ایکتز خفیفی دارد و پتشی و اکیموز در اندام تحتانی مشاهده می گردد. در بررسی آزمایشگاهی

Hb:9.2g/dl , WBC:10500 /micL , Platelet 30,000 /micL , ADAMS13 <10 IU/dl , Cr:1.5 mg/dL , LDH:700 IU/L ,ANA :Positive PBS: 8% fragmented RBC

کدامیک از درمان های زیر نتایج بهتری برای این بیمار دارد؟

High dose corticosteroid

تزریق cryo poor plasma

Plasma exchange+ Rituximab

Rituximab

۲۱- کوهنوردی ۲۲ ساله بعد از سقوط بهمن به بیمارستان انتقال داده شده است. در معاینه تب؛ زردی اسکرا و گانگرن انگشتان پای چپ و دست چپ مشاهده می شود. در آزمایشات وی PT, PTT طولانی و پلاکت ۵۰۰۰۰ و D-dimer بالا دیده می شود. مناسبترین اقدام برای این بیمار کدام گزینه است؟

تزریق پلاکت

تزریق FFP هر ۸ ساعت

تزریق هیپارین با دوز پایین

تزریق Tranexamic acid

۲۲- خانم ۵۶ ساله‌ای برای جراحی کانسر پستان تریپل نگاتیو بستری و پس از ۲ روز از بیمارستان مرخص می‌شود. دو روز بعد با درد و تورم مختصر اندام تحتانی راست بررسی شده و ترومبوز حاد در ورید فمورال و پوپلیته آل راست گزارش می‌شود. در بررسی‌های قبل و بعد جراحی هیچ شواهدی از متاستاز ندارد. این بیمار کاندید کموتراپی اجوانت است. کدام گزینه درباره این بیمار صحیح است؟

بستری بیمار و شروع انفوزیون هپارین و وارفارین همزمان و سپس ادامه وارفارین حداقل ۶ ماه

شروع انوکسپارین و تغییر داروبه اپیکسابان بعد از پنج روز و ادامه دارو حداقل ۱۲ ماه

تجویز انوکسپارین زیرجلدی برای مدت حداقل ۱۲ ماه

تجویز اپیکسابان برای حداقل ۳ ماه

۲۳- خانم ۵۰ ساله با سابقه Breast Cancer ده سال قبل که تحت عمل جراحی و ادجوانت کموتراپی قرار گرفته است، درحال حاضر به علت پان سیتوپنی مراجعه کرده است. در آسپیراسیون مغز استخوان بیمار ۷۰% میلوبلاست گزارش شده است. در بررسی سیتوژنیک Camplex karyotype است. جهت بیمار اینداکشن کموتراپی شروع شده و به CR رفته است. بیمار دهنده Related و unrelated Full match ندارد. بهترین اقدام جهت بیمار کدام است؟

ارجاع جهت پیوند اتولوگ

ارجاع جهت پیوند Haploidentical

شروع کموتراپی HIDAC

شروع کموتراپی Venetoclax

۲۴- آقای ۴۵ ساله مورد B-ALL همراه با Ph منفی که از یک سال پیش بعد از CR روی درمان نگهدارنده قرار گرفته است، درحال حاضر با دوبینی و تاری دید مراجعه کرده است. در MRI در لپتومنژیال enhancement گزارش شده است. در گزارش LP نیز شواهد لنفوبلاست با CD19 , CD22 , TdT مثبت گزارش شده است. در BMA انجام شده، نرموسلولار با بلاست ۳% دارد و MRD منفی می‌باشد. مناسبترین اقدام جهت بیمار کدام است؟

ادامه درمان نگهدارنده و رادیوتراپی (CSI)

اینداکشن کموتراپی و انجام IT درمانی و سپس رادیوتراپی (CSI)

ادامه درمان نگهدارنده و IT درمانی

انجام رادیوتراپی (CSI) و IT درمانی و سپس ادامه درمان نگهدارنده

۲۵- خانم ۳۰ ساله مورد ALL – Negative Ph تازه تشخیص داده شد که جهت بیمار رژیم vincristine , Prednisolon, danorubicin , pegasparinas همراه با IT روز D1 , D8 شروع شده است. روز ۱۵ از اینداکشن بیمار دچار سردرد شدید و با تهوع و استفراغ مختصر شده است. بیمار تب ندارد و در معاینه نورولوژی، نکته خاصی ندارد.

WBC:1000 /micL Hb:8.6 g/dL PIT: 20,000 /micL

در CT اورژانسی مغز، یافته غیرطبیعی گزارش نشده است. مناسبترین اقدام در این مرحله کدام است؟

انجام LP و شروع آنتی‌بیوتیک وسیع الطیف

انجام MRV و شروع آنتی‌کواگولانت در صورت تأیید ترومبوز مغزی

انجام CT اسکن سینوس‌ها و درمان سنیوزیت قارچی

تجویز داروی ضد استفراغ، مسکن و ادامه کموتراپی

۲۶- بیمار آقای ۷۷ ساله‌ای با شکایت ضعف و بی‌حالی مراجعه کرده است. در CBC انجام شده:

WBC:800 /micL HB:6.4 g/dL plat:21000 /micL

و در بررسی مغز استخوان ۲۰٪ تغییرات دیس پلازی در رده‌های اریتروئید و مگاکاریوسیت و همچنین Complex Karyotype همراه با ۱۲٪ بلاست گزارش شده است. علی‌رغم دریافت دو کورس Decitabine نیاز به تزریق خون بیمار برطرف نشده است. و لکوپنی بیمار ادامه دارد. مناسبترین توصیه درمانی در بیمار کدام است؟

تبدیل Decitabine به Azacitidine

ادامه درمان Decitabine

درمان با Luspatercept

قطع Decitabine و شروع درمان‌های حمایتی

۲۷- بیمار آقای ۵۴ ساله‌ای که با تشخیص MDS در CBC:

WBC:1500 /micL HB:8.5g/dL plat: 50000 /micL

در مغز استخوان تغییرات دیس پلازی در همه رده‌ها و ۸ درصد بلاست همراه با Complex karyotype را نشان می‌دهد. کدامیک از گزینه‌های زیر بهترین انتخاب درمانی برای این بیمار می‌باشد؟

Lenalidomide

Azacitadine

Luspatercept

Allogeneic HSCT

۲۸- آقای ۷۵ ساله‌ای با سابقه دیابت و نارسایی قلب از شش ماه اخیر دچار دردشکم، ضعف پیش‌رونده و کاهش وزن شده، در معاینه اسپنومگالی ۱۵ سانتی‌متر زیر لبه دنده دارد. در آزمایش‌های انجام شده:

WBC=14000 /micL HB=9 g/dl plt=75000 /micL

در بررسی مغز استخوان فیبروز گرید II گزارش شده است. در بررسی‌های دیگر شامل BCR/ABL، JAK2 V617F، MPL و CALR منفی گزارش شده است. بهترین اقدام درمانی کدام است؟

Hydroxyurea

Ruxolitinib

بیوند آلوزن مغز استخوان

اقدامات حمایتی و تزریق خون در صورت نیاز

۲۹- خانم ۴۵ ساله‌ای بدون هیچ شکایتی با آزمایش‌های زیر مراجعه کرده است:

WBC: 9500 /micL HB:11.5 g/dL Plat:1,200,000 /micL

بیمار سابقه یک نوبت DVT دو سال قبل دارد که در آن زمان به مدت ۶ ماه آنتی‌کواگولانت دریافت کرده است. مناسب‌ترین اقدام کدام است؟

هیدروکسی آوره

آسپیرین

آناگرلید

بیگیری بیمار

۳۰- آقای ۳۰ ساله با تشخیص هوچکین کلاسیک دچار آدنوپاتی گردن و زیر بغل و پارا آئورت است. بیمار پت اسکن انجام داده و با تشخیص stage III هوچکین تحت درمان با ABVD قرار گرفته است. بعد از دو کورس (چهار نوبت) ABVD مجدداً پت اسکن انجام داده است. در پت اسکن مجدد DS=3 گزارش شده است و افزایش جذب منتشر در مغز استخوان داشته است. مناسب‌ترین اقدام کدام است؟

تغییر رژیم درمانی به Escalated BEACOPP

ادامه درمان ABVD

بیوپسی مغز استخوان

اضافه کردن Brentuximab به کموتراپی

۳۱- خانم ۲۸ ساله باردار ماه ششم با شکایت تب و تعریق و لنفادنوپاتی گردنی دو طرفه مراجعه کرده است، در ارزیابی تکمیلی $Hb=9$ $ESR=100$, gr/dl , $PTt=70000/micL$, $WBC=2500/micL$ دارد.

سونوگرافی اسپلنومگالی دارد، تشخیص classical Hodgkin lymphoma می‌باشد. براساس مطالعات انجام شده، بهترین رژیم درمانی برای این بیمار کدام است؟

ABVD

Vinblastin

Brentuximab

Brentuximab+ AVD

۳۲- آقای ۴۰ ساله به علت تب، تعریق و آدنوپاتی مراجعه کرده است، در بیوپسی غده لنفاوی انفیلتراسیون منتشر B cell دارد که در بررسی تکمیلی پاتولوژی $CD5$ ، $BCl2$ ، $SOX 11$ مثبت بوده و $CD 10$ ، $cyclin D1$ و $BCL6$ و $t(11-14)$ منفی هستند. آزمایشات انجام شده $WBC=5000$ ، $HB = 10$ ، $Plt = 180000$ ، مغز استخوان نرمال است. اقدام درمانی مناسب کدام است؟

RCHOP سپس پیوند اتولوگ

VR-CAP سپس ریتوکسی ماب نگهدارنده

BR و سپس پیوند اتولوگ

RCHOP/RDHAP و سپس پیوند اتولوگ

۳۳- آقای ۶۰ ساله جهت بررسی علت پان سایتوپنی مراجعه کرده است. در معاینه بالینی طحال ۴ سانتی متر زیر لبه ی دنده لمس می شود. بیمار لنفادنوپاتی ندارد. در آزمایشات:

WBC: 4000 /micL (PMN: 30%, Lymph: 60%, Monocyte: 10%)، Hb:10 g/dL ، Plt: 100000 /micL

در لام خون محیطی Hairy Lymphocyte دیده می شود. در بررسی IHC بیوپسی مغز استخوان

CD20: pos , CD5 : neg , CD25: neg , CD123: neg

اقدام درمانی مناسب کدام است؟

اسپلنکتومی

Cladribine

R CVP

تحت نظر می گیریم

۳۴- در بیمار جوان با پرفورمنس خوب مبتلا به CLL بدون موتاسیون TP53 و با موتاسیون IGHV، در صورت نیاز به درمان کدام درمان را پیشنهاد می کنید؟

ایبروتینیب

ونتوکلاکس + ابینوتوزوماب

FCR

Idelalisib

۳۵- آقای ۶۰ ساله با علائم ضعف و بی حالی مراجعه کرده است. در آزمایشات انجام شده

Hb=8.0 platelet: 70,000 WBC: ۳۰۰۰ PMN: 20% , Lymph 70%

دارد. طحال بیمار ۵ سانتی متر زیر لبه دنده حس می شود. در اسمیر خون محیطی سلول های لنفوسیتیک آتیپیک دیده می شود. در فلوسیتومتری موارد زیر گزارش می شود:

CD 123⁺, CD103⁺, CD25⁺, CD20⁺, ICD19⁺, CD11C⁺

موتاسیون Braf V600E مثبت است. بر اساس محتمل ترین تشخیص بیمار بهترین درمان پیشنهادی شما چیست؟

Cladribine

Cladribine + Rituximab

Vemurafenib

Cladribine + Vemurafenib

۳۶- بیمار خانم ۷۰ ساله مبتلا به بیماری CLL که از دو سال پیش تحت درمان با داروی Ibrutinib بوده است. بیمار اخیراً دچار لنفادنوبتی پیش رونده جنرالیزه شده است و با آزمایشات زیر به شما مراجعه کرده است. بهترین گزینه درمانی برای این بیمار را انتخاب کنید؟

lymph %95 WBC:50,000

HB:9.5

PLT:95,000

Obinutuzumab + Chlorambucil

Rituximab + Venetoclax

Idelalisib

Bendamustin + Rituximab

۳۷- افزایش فشار شریان پولمونر عارضه‌ی کدامیک از مهار کننده‌های TKI است؟

ایماتینیب

نیلوتینیب

داساتینیب

بسوتینیب

۳۸- آقای ۵۰ ساله به عنوان استاندارد ریسک میلوم MM از حدود یک سال قبل تشخیص داده می‌شود و تحت درمان استاندارد با رژیم VRD قرار می‌گیرد. سپس در CR (پاسخ کامل) با ملفالان ۲۰۰ میلی‌گرم به ازای سطح بدن پیوند اتولوگ می‌شود. در حال حاضر سه ماه بعد از پیوند در BM ۳% پلاسما سل دارد و M protein ندارد. مناسب‌ترین درمان در این مرحله کدام گزینه است؟

Tandem Transplant

Lenalidomide maintenance

Bortezomibe maintenance هر ۴ هفته

نیازی به درمان ندارد

۳۹- برای آقای ۶۰ ساله مبتلا به آمیلوئیدوز با ۸ در صد پلاسما سل در مغز استخوان، کراتینین نرمال، تروپونین و Pro BNP نرمال و علایم حیاتی پایدار کدام مسیر درمانی مناسب‌تر است؟

شیمی‌درمانی اینداکشن با رژیم CyBORd و پیوند اتولوگ و درمان نگهدارنده با لنالیدومید

پیوند اتولوگ و درمان نگهدارنده با بورتزومیب

درمان با ملفالان، دگزامتازون و لنالیدومید و پیوند اتولوگ در صورت پاسخ مناسب به درمان

شروع درمان با رژیم VRD و درمان نگهدارنده با لنالیدومید

۴۰- خانم ۷۰ ساله مورد AML با ۷۰% میلوبلاست با کاریوتایپ xx۴۶ و تست مولکولار FLT-ITD مثبت مراجعه کرده است.

مناسب‌ترین رژیم اینداکشن جهت بیمار کدام است؟

Azacitidine + Sorafenib

7 + 3 + Sorafenib

Azacitidine + Venetoclax

Gilteritinib

۴۱- بیمار مبتلا به CML تحت درمان با ایماتینیب ۴۰۰ میلی‌گرم در روز از یک سال قبل در فالوآپ یک لگاریتم افزایش در نسبت BCR-ABL1 به ABL1 داشته است، اقدام مناسب بعدی کدام است؟

افزایش دوز ایماتینیب

چک مجدد PCR یک ماه بعد

آنالیز موتاسیون

تغییر درمان TKI به نسل دوم

۴۲- آقای ۴۵ ساله مورد DLBCL که به علت مقاوم بودن به کموتراپی اولیه، در اولین CR، تحت پیوند اتولوگ قرار گرفته است. بعد از پیوند، به علت پیشرفت بیماری، بیمار سه لاین درمانی تاکنون دریافت کرده است و فعلاً در CR می‌باشد. در حال حاضر مناسب‌ترین توصیه کدام است؟

ارجاع جهت CAR T cell

انجام پیوند اتولوگ مجدد

ارجاع جهت پیوند آلوژن

Rituximab + Lenalidomide

۴۳- بیمار سه هفته بعد از پیوند آلوژن دچار اسهال شدید در حد دو لیتر و درگیری پوست در حد ۷۵% می باشد. برای بیمار متیل پردنیزولون با دوز 2mg/kg شروع شده است. بعد از یک هفته علائم بهبودی پیدا نکرده است. تمام اقدامات زیر در این بیمار قابل توصیه است، بجز:

ATG

Anti TNF alfa

Ibrutinib

Ruxolitinib

۴۴- در کدامیک از بیماری های زیر در پیوند آلوژن استفاده از marrow allograft نسبت به Peripheral Blood Stem Cells ارجحیت دارد؟

MDS

میلو فیبروز

آنمی آپلاستیک

لنفوم

۴۵- در بیمار پیوند هاپلو تایپ در پیشگیری از GVHD حاد کدامیک مناسب ترین گزینه کدام است؟

Post transplant Cyclophosphamide

Conditioning در ATG rabbit

Pan T cell depleted graft

High dose corticosteroide

۴۶- بیمار هوچکین عود کرده و مقاوم با check point inhibitors به رمسیون می‌رود و کاندید پیوند آلوژن می‌باشد. احتمال کدام عارضه بعد از پیوند در این بیمار بیشتر است؟

GVHD حاد

رد پیوند

فعال شدن CMV

Sinusoidal Obstructive Syn

۴۷- خانم ۳۰ ساله بعد از دریافت سلول‌های بنیادی خون محیطی به علت AML در رمسیون اول از خواهرش که full match بوده است دچار ضایعات پوستی در روز ۲۵ بعد از پیوند شده است. اریتما و راش پوستی ۶۰ درصد سطح بدن را پوشانده است. اسهال ندارد. تست‌های کبدی نرمال است. بیمار داروی سیکوسپورین با دوز استاندارد مصرف می‌کند و سطح دارو در حد قابل قبول است. کدامیک از اقدامات زیر را توصیه می‌کنید؟

بیوپسی پوست

تغییر دارو به MMF

تغییر دارو به تاکرولیموس

تجویز پردنیزولون به میزان 1mg/kg

۴۸- آقای ۶۰ ساله که از چند ماه قبل با تشخیص Refractory anemia تزریق خون مکرر داشته است. بیمار اخیراً دچار تشدید پان‌سیتوپنی و افزایش بلاست شده است و در حال بررسی از لحاظ یافتن دهنده آلوژن مناسب جهت پیوند است. در چند بار آخر در زمان ترانسفوزیون خون دچار تب و لرز می‌شود و هر بار بعد از قطع کردن تزریق خون علائم سریع برطرف می‌شود. کدامیک از اقدامات زیر را در بیمار فوق پیشگیری از عارضه تزریق خون توصیه می‌کنید؟

کورتیکو استروئید قبل از تزریق خون

آنتی‌هیستامین قبل از تزریق خون

استفاده از خون اشعه دیده

استفاده از Leuko reduced RBC

۴۹- خانم ۲۵ ساله مبتلا به لوسمی حاد لنفوسیتی (ALL) در طی دوره شیمی درمانی Hyper CVAD نیاز به ترانسفیوژن خون دارد. افراد فامیل اصرار به اهدا خون به ایشان دارند. بیمار قرار است پیوند آلوژن شود. کدامیک از اقدامات زیر در تهیه خون از فامیل برای ایشان توصیه می شود؟

Washed RBC

Leukoreduced RBC

Irridiated RBC

به هیچ وجه تزریق خون از افراد فامیل توصیه نمی شود.

۵۰- تزریق کدامیک از فرآورده های زیر فاقد ریسک GVHD مربوط به تزریق فرآورده است؟

RBC

پلاکت

پلازما

گرانولوسیت

۵۱- آقای ۲۰ ساله با سابقه NSGCT که ارکیکتومی شده در بررسی انجام شده یک ضایعه ۴ سانتی متری در رتروپریتون دارد. سه کورس BEP گرفته است. بعد از درمان BHCG نرمال است ولی AFP در حد ۱۰۰ می باشد. در CT اسکن همچنان یک ضایعه ۲ سانتی متری دیده می شود. بیمار دو نوبت VIP می گیرد، ولی ضایعه ۲ سانتی متری با نرمال AFP باقی مانده است. اقدام مناسب کدام است؟

پیوند اتولوگ

RPLND

RPLND و سپس کموتراپی salvage

تحت نظر می گیریم

۵۲- آقای ۶۲ ساله با هماچوری تحت cystoscopy و transurethral resection قرار گرفت گزارش پاتولوژی:

High grade urothelial carcinoma ,propria Invading lamina

stage1 No muscle in sample

اقدام مناسب بعدی کدام است؟

رادیكال سیستکتومی

کمو راد یاسیون

تزریق BCG داخل مثانه

تکرار TURBT

۵۳- آقای ۳۰ ساله با تشخیص NSGCT ارکیکتومی شده است. در بررسی در حال حاضر تومور مارکرها نرمال است ولی در CT یک لنف نود ۲ سانتی متری در پارائورت دارد. بیمار RPLND می شود و سه لنف نود ۲/۵ سانتی متری خارج می شود که پاتولوژی ترا توم و Embryonal carcinoma بوده است. اقدام بعدی کدام است؟

دو کورس BEP

رادیوتراپی

سه کورس VIP

تحت نظر می گیریم

۵۴- خانم ۶۰ ساله با هماچوری در سیستم اسکوپیتی تومور ۴ سانتی متری در تریگون مثانه دارد. بیوپسی از توده نشان دهنده TCC مثانه است. بیمار کانون های کارسینوم in situ دارد. در بررسی تکمیلی T2N0 و علائمی از متاستاز مشاهده نشده است. اقدام مناسب کدام است؟

نئوآدجوانت تراپی و سپس عمل جراحی سیستمکتومی

TURBT + کموتراپی

TURBT + کمورادیوتراپی

عمل جراحی

۵۵- بیمار آقای ۵۳ ساله دو سال قبل با تشخیص کانسر متاستاتیک به استخوان ها با منشا پروستات $Gleason\ score = 4+4=8$ ابتدا تحت درمان ADT و سپس بعد از افزایش مجدد PSA با توجه به تستوسترون کمتر از ۲۰ نانوگرم تحت درمان با Abiraterone قرار گرفته است. بیمار مدتی پاسخ داده و به دنبال افزایش مجدد PSA تحت درمان با Taxan قرار گرفته است. با توجه به سیر بیماری در صورت مقاومت به Taxan کدام گزینه زیر صحیح است؟

در صورت MSI-high بهتر است از pembrolizumab استفاده شود

داروی خط بعدی Mitoxantrone

شروع Enzalutamide

شروع Olaparib

۵۶- آقای ۷۰ ساله با تشخیص کانسر پروستات و $GS = 9$ رادیکال پروستاتکتومی شده است و به دنبال جراحی تحت درمان با ADT قرار گرفته است. در بررسی های دوره ای سطح PSA، در حد undetectable گزارش شده است. یک سال بعد از جراحی PSA مثبت شده است و در تکرار آن $PSA = 10\ ng/mL$ گزارش شده است و سطح تستوسترون نیز undetectable می باشد. در PSMA PET Scan شواهدی از عود موضعی و متاستاز دیده نمی شود. همه اقدامات زیر مناسب است، بجز:

Denosumab

Apalutamid

Enzalutamide

Bicalutamid

۵۷- آقای ۵۰ ساله سیگاری که به دنبال تنگی نفس و تورم صورت از حدود یک ماه پیش مراجعه کرده است، در معاینه عروق ناحیه توراسیک و گردن برجسته دیده می‌شود. در ارزیابی آزمایشگاهی کبد و کلیه‌ها و CBC نرمال است. در CT انجام شده، توده بالکی توراکس همراه با ضایعات متعدد کبدی مشهود است. شایع‌ترین علت این شرایط کدام است؟

Small Cell lung Cancer

Hodgkin Lymphoma

Lymphoblastic Lymphoma

Extragenadal germ cell tumor

۵۸- آقای ۶۵ ساله با سابقه هیپرتانسیون از یک سال قبل با تشخیص RCC متاستاتیک به ستون فقرات و ریه تحت درمان با داروی Sunitinib بوده و در آخرین بررسی که چهار ماه قبل انجام شده stable disease بوده است. وی از سه هفته قبل دچار درد رادیکولر در اندام تحتانی چپ شده به طوری که حس سنگینی در این اندام دارد و موقع بالا رفتن از پله‌ها با مشکل مواجه می‌شود. گزارش MRI لومبوساکرال به شرح زیر است:

A metastatic mass with epidural extension and impingement on the thecal sac is seen at L4 level

در سی‌تی‌اسکن از سایر نواحی نیز افزایش تعداد ندول‌های متاستاتیک در ریه دیده می‌شود. بهترین اقدام در این مرحله کدام است؟

ارجاع جهت رادیوتراپی ستون فقرات

تغییر دارو به Axitinib + Pembrolizumab

ارجاع به جراحی مغز و اعصاب

ارجاع به طب تسکینی

۵۹- آقای ۷۰ ساله با توده در chest wall مراجعه که در بررسی‌ها دنده‌ها درگیر و ضخامت پلورال و لنف آدنوپاتی مدیاستین دارد. بیوپسی ضایعه مزوتلیوما به فرم epithelial mesothelioma را اثبات می‌کند. در آزمایشات بیمار CBC در حد نرمال و فقط Cr: 2.0 است و GFR= 30 دارد. تست‌های کبدی نرمال است. کدامیک از درمان‌های زیر توصیه می‌شود؟

جراحی رادیکال پلورال

شیمی درمانی pemetrexed + carboplatin

شیمی درمانی vinoreblin + cisplatin

شیمی درمانی gemcitabine + carboplatin

۶۰- خانمی ۵۰ ساله با سابقه کانسر تخمدان ۱۸ ماه پس از درمان با CA 125: ۸۰ مراجعه نموده در بررسی با سی‌تی‌اسکن شکم و لگن و قفسه سینه کاملاً طبیعی گزارش شده است. مناسب‌ترین اقدام کدام است؟

شروع شیمی درمانی با Paclitaxel + Carboplatin + Bevacizumab

تاخیر در شروع درمان تا بروز علائم کلینیکی

شروع شیمی درمانی با Pegylated liposomal Doxorubicin

شروع شیمی درمانی با Paclitaxel + Carboplatin

۶۱- خانمی ۲۷ ساله با تشخیص granulosa cell tumor تخمدان stage II تحت عمل جراحی قرار گرفته ولی تومور در حین عمل جراحی پاره شده است. سیتولوژی مایع شکمی منفی می‌باشد. مناسب‌ترین درمان کدام است؟

نیاز به درمان اضافه‌ای ندارد

چهار سیکل شیمی درمانی BEP

شش سیکل Paclitaxel + carboplatin

شیمی درمانی با BEP و سپس HIPEC

۶۲- بیمار خانم ۴۱ ساله به علت gestational throphoblastic neoplasia (Choriocarcinoma) هشت ماه پس از سقط با سطح Beta HCG=120000 و متاستازهای ریوی و کبدی مراجعه نموده است. بهترین درمان انتخابی کدامیک می باشد؟

درمان با متوتروکسات 50mg/m² عضلانی هفتگی

درمان ترکیبی با EMACO

درمان با Dactinomycin 1.25 mg/m² هر دو هفته

TAH-BSO و سپس متو تروکسات 50mg/m² عضلانی هفتگی

۶۳- بیمار خانم ۵۰ ساله با تشخیص high grade serous carcinoma که پس از دو سال با عود مجدد مراجعه نموده، تحت درمان با رژیم Paclitaxel + Carboplatin+Bevacizumab قرار گرفته و پاسخ کامل داده است. کدامیک از موارد زیر در مورد درمان نگاه دارنده برای این بیمار صحیح می باشد؟

انجام تست BRCA1/2 و در صورت مثبت بودن شروع Olaparib

نیازی به انجام BRCA1/2 نمی باشد و می توان Olaparib را شروع کرد

ادامه Paclitaxel هر سه هفته

بیمار نیاز به درمان نگاه دارنده ندارد

۶۴- خانم ۴۵ ساله با سابقه کانسر پستان از سه سال قبل می باشد که در زمان تشخیص stage III بوده و بعد از جراحی با رژیم AC- TH کموتراپی شده و تراستوزومب را به مدت یک سال دریافت نموده است. در پیگیری اخیر متاستازهای متعدد کبدی و ریه داشته است که در بیوپسی انجام شده تایید شده و در IHC انجام شده ER: neg , PR: neg , HER2:3+ گزارش شده است. مناسبترین درمان کدام است؟

Trastuzumab + Pertuzumab

TDM1

Paclitaxel + Trastuzumab

Docetaxel + Pertuzumab + Trastuzumab

۶۵- خانم ۴۷ ساله مورد توده پستان راست، با تشخیص کانسر پستان تحت جراحی ماستکتومی و SLNB قرار گرفته است. گزارش پاتولوژی به شکل زیر است:

T: 1.8 cm , Node : neg , HER2: 3+ , ER: neg , PR:neg

مناسبترین اقدام درمانی کدام است؟

کموترابی با رژیم AC برای ۴ نوبت و سپس رژیم TH برای ۴ دوره و سپس ادامه تراستوزومب تا یک سال

کموترابی با رژیم docetaxel , Carboplatin و trastuzumab برای ۶ دوره و سپس ادامه تراستوزومب تا یک سال

کموترابی با رژیم Docetaxel, Carboplatin, Trastuzumab و Pertuzumab برای شش دوره و سپس ادامه تراستوزومب و پرتوزومب تا یک سال

کموترابی با رژیم Trastuzumab Paclitaxel هفتگی تا ۱۲ هفته و سپس ادامه تراستوزومب تا یک سال

۶۶- خانم ۳۵ ساله با متاستازهای متعدد کبدی و توده پستان مراجعه کرده است. بیوپسی از پستان انجام شده و پاتولوژی به شرح زیر است:

PDL1 CPS score:30% HER2: neg, Invasive ductal carcinoma, grade 3, ER: neg PR: neg

در بررسی تکمیلی بررسی از نظر Germline BRCA1 انجام شده است که مثبت گزارش شده است. کدام اقدام درمانی جهت بیمار مناسب است؟

Olaparib

pembrolizumab + Olaparib

pembrolizumab + Paclitaxel

شروع کموترابی با رژیم AC

۶۷- خانم ۴۰ ساله به علت درد و اریتم پوست پستان چپ مراجعه کرده است که علی‌رغم دریافت آنتی‌بیوتیک بهبودی نداشته است. در معاینه بیش از نیمی از پستان اریتماتو و متورم است. لنفادنوپاتی آگزیلاری چپ نیز قابل لمس است. بیمار تحت CNB قرار گرفته است. گزارش پاتولوژی به شرح زیر است:

Invasive ductal carcinoma, grade 3 ER: neg PR: neg HER2: neg

بیمار از نظر germline BRCA1 بررسی شده است و گزارش آن مثبت می‌باشد. بیمار تحت رژیم کموتراپی AC-TC قرار گرفته و پس از تکمیل کموتراپی براساس Imaging و کلینیک به response Complete رسیده است و سپس تحت جراحی ماستکتومی توتال و ALND قرار گرفته است. گزارش پاتولوژی نیز موید Complete pathologic response می‌باشد. مناسب‌ترین درمان سیستمیک در این مرحله کدام است؟

درمان سیستمیک اضافه‌تر نیاز ندارد

شروع Capecitabine برای شش ماه و سپس Olaparib

شروع Capecitabine

شروع Olaparib

۶۸- آقای ۶۰ ساله بدون سابقه بیماری خاصی که به علت توده پستان تحت سونوگرافی قرار گرفته است. تومور یک سانتی‌متری در پستان چپ بدون درگیری آگزیلاری گزارش شده است. در گزارش بیوپسی:

Invasive ductal carcinoma ER: pos PR: pos HER2: neg Ki67:7%

عمل جراحی برای بیمار انجام شده است و در گزارش پاتولوژی T=1 cm و lymph node منفی گزارش شده است. مناسب‌ترین اقدام درمانی جهت بیمار کدام است؟

لتروزول

تاموکسی فن

کموتراپی و سپس لتروزول

لتروزول + CDK4/6 inhibitor

۶۹- خانم ۵۶ ساله پست منوپوز که به دنبال توده پستان و matted lymph node در ناحیه اگیلا تحت بررسی ماموگرافی قرار گرفته است. توده ۴cm در پستان راست گزارش شده است. بیوپسی انجام شده و پاتولوژی گزارش شده:

Invasive lobular carcinoma , gradell / ER: Pos PR: Pos HER2: neg ki67:25%

مناسبترین اقدام کدام است؟

PET scan

bone scan -CT scan chest , abdomen

انجام جراحی با ALND

شروع کموتراپی نئو ادجوانت

۷۰- خانم ۶۲ ساله پست منوپوز که به علت توده پستان تحت پارشیل ماستکتومی و SNB قرار گرفته است.

جواب پاتولوژی:

Invasive ductal carcinoma T: 3.5 cm Grade 2 ER: pos PR: pos HER2: neg Ki67:15%

از سه عدد لنف نود، یک عدد ماکرومتاستاز دارد. و در بررسی انکوتایپ RS=20 گزارش شده است. مناسب ترین درمان سیستمیک کدام است؟

ادجوانت کمو با رژیم AC-T

ادجوانت کمو با T.C

AI برای ۵ سال

تاموکسی فن برای ۵ سال

۷۱- خانم ۴۵ ساله که در ماموگرافی غربالگری متوجه کلسیفیکاسیون مشکوک شده است، تحت CNB قرار گرفته است و گزارش پاتولوژی DCIS – Comedo type می باشد. بیمار تحت BCT+SNB قرار گرفته است. در گزارش پاتولوژی DCIS همراه با جز Micro invasive carcinoma به اندازه ۲ میلی متر دارد/بررسی Node منفی بوده است. در IHC بر روی بخش DCIS گزارش به شرح زیر است:

ER: neg PR: neg HER2:3+

و در IHC انجام شده بر روی بخش invasive گزارش به شرح زیر است:

ER: neg PR: neg HER2:neg

مناسبترین اقدام درمانی در بیمار فوق کدام است؟

رادیوتراپی

RT و سپس شروع هرسپتین تا یک سال

شروع کموتراپی و سپس هرسپتین تا یک سال

شروع کموتراپی و سپس RT

۷۲- خانم ۶۰ ساله با تشخیص آدنوکارسینوم مری میانی تحت جراحی ازوفازکتومی قرار می گیرد. پاتولوژی بیمار بعد از جراحی: N0 T2 , negative margins مناسبترین اقدام درمانی کدام است؟

کمو رادیوتراپی

کمو تراپی

رادیوتراپی

Observation

۷۳- خانم ۵۴ ساله با تشخیص آدنوکارسینوم بادی معده مراجعه کرده است. در بررسی انجام شده بیمار T3 N1 بوده است. کموتراپی نئوادجوانت با رژیم FLOT انجام شده و سپس جراحی D2 dissection انجام می‌شود. پاتولوژی بعد از جراحی:

adenocarcinoma moderatly diff, with partial response, margin: free

lymph nod: 2/20 Positive PDL1: 5% HER2: neg

مناسب‌ترین درمان کدام است؟

معرفی جهت کمورادیوتراپی

ادامه کموتراپی با رژیم قبل

تغییر رژیم کموتراپی

افزودن پمبرولیزوماب به درمان

۷۴- آقای ۵۲ ساله با توده GIST روده باریک جراحی شده است. در حین جراحی متاستازهای متعدد کبدی مشخص شده است. بیمار تحت درمان با ایماتینیب قرار گرفته است. در بررسی یک سال بعد پاسخ کامل در تصویربرداری گزارش شده است. مناسب‌ترین درمان کدام است؟

ادامه Imatinib تا ۵ سال

ادامه Imatinib تا پیشرفت بیماری

ادامه Imatinib تا ۳ سال

قطع درمان و پیگیری بیمار

۷۵- خانم ۷۸ ساله به علت آدنوکارسینوم کولون تحت جراحی قرار گرفته است. سی تی اسکن قفسه سینه و شکم و لگن نرمال است. پاتولوژی بیمار T3, N2 گزارش شده است. بهترین اقدام درمانی کدام است؟

FOLFOX به مدت ۶ ماه

Capox به مدت ۶ ماه

Capecitabine به مدت ۶ ماه

Capox به مدت ۳ ماه

۷۶- آقای ۵۵ ساله مورد دیابتی کانسر کولون تشخیص داده شده در کلونوسکوپی غربالگری که به علت سابقه خانوادگی مثبت انجام شده است. جراحی شده است. پاتولوژی بیمار به شرح زیر است:

Adenocarcinoma moderately differentiated , T4 , N: positive in 5 nodes from 26 nodes

مناسبترین درمان برای بیمار کدام است؟

FOLFIRI به مدت ۶ ماه

XELOX به مدت ۳ ماه

FOLFOX به مدت ۳ ماه

FOLFOX به مدت ۶ ماه

۷۷- آقای ۶۸ ساله با درد RUQ و تب خفیف با تشخیص کله سیت حاد به روش لاپاراسکوپیی کله سیستکتومی جراحی می شود. پس از عمل گزارش پاتولوژی:

Gallbladder adenocarcinoma - T2 , Nx- free margin

اقدام درمانی بعدی ایشان چیست؟

معرفی جراحی مجدد رادیکال و سپس کموتراپی ادجوانت

معرفی جهت کموتراپی ادجوانت

معرفی جهت کمورادیوتراپی ادجوانت

نیاز به اقدام دیگری نمی باشد

۷۸- آقای ۶۰ ساله به علت توده کلیوی با تشخیص Clear Cell کارسینوما بررسی می شود. دچار دو ضایعه متاستاتیک ریوی ۲ سانتی متری و ۲ ضایعه در دنده ۵ و ۶ است. تست های کلیوی نرمال است.

LDH=200 U/L WBC= 3000 /micL Plate= 200,000 /micL Ca=8 mg/dL P=3 mg/dL Hb=11 g/dL

اقدام درمانی مناسب کدام است؟

متاستاتکتومی سپس Sunitinib

نفرکتومی سپس Sunitinib

Sunitinib سپس متاستاتکتومی

Sunitinib

۷۹- آقای ۴۶ ساله با توده رکتوم در ۷ سانتی متری آنال ورج که در غربالگری مشخص شده است. در CT اسکن شواهد متاستاز ندارد. دراندوسونوگرافی T2N0 گزارش شده است. سطح CEA قبل از عمل نرمال بوده است. بیمار تحت عمل جراحی LAR با حفظ اسفنکتر قرار گرفته است. پاتولوژی بعد از عمل T3N0 با مارژین منفی است. درمان پیشنهادی چیست؟

Chemoradiotherapy

Chemotherapy

Short course RT

Observation

۸۰- خانم ۵۰ ساله به علت تومور Undifferentiated pleomorphic sarcoma ناحیه thigh تحت عمل جراحی wide excision قرار گرفته که گزارش پاتولوژی تومور ۱۱ سانتی متر و %60:ki67 می باشد. Margin >1cm می باشد. کدام اقدام درمانی مناسب تر است؟

شیمی درمانی MAID و سپس IMRT

IMRT

شیمی درمانی Docetaxel+Gemcitabin

پیگیری بیمار کافی می باشد

۸۱- خانم ۳۵ ساله مورد مالتیپل اسکروزیس که اخیراً ملانوم متاستاتیک به ریه برای وی تشخیص داده شده است. در بررسی ژنتیک، موتاسیون BRAF V600E گزارش شده است، PS=0 دارد. بهترین اقدام درمانی برای بیمار کدام است؟

Dabrafenib / Trametinib

Dabrafenib

Ipilimumab / Nivolumab

Pembrolizumab

۸۲- آقای ۲۰ ساله با تشخیص osteosarcoma high grade ناحیه مفصل زانو در دیستال تی بیا مراجعه نموده در بررسی ام آر آی درگیری neurovascular bundle مشاهده می‌گردد. سی‌تی‌اسکن قفسه سینه شواهدی از متاستاز دیده نمی‌شود. کدام اقدام درمانی برای این بیمار مناسب‌تر است؟

Amputation

Amputation و شیمی درمانی

Neoadjuvant Chemoradiation و Surgery limb salvage

Neoadjuvant chemotherapy و limb salvage surgery

۸۳- خانم ۴۰ ساله با سابقه سارکوم Ewing دیواره قفسه سینه شش ماه قبل جراحی و سپس RT شده است. بیمار به دلیل عود لوکال مراجعه کرده است و تحت درمان با ایفوسفاماید - اتوپوزاید - آدریامایسین - وین کریستین، سیکلوفسفاماید، G-CSF قرار گرفته است و به دنبال آن دچار پلورال افیوژن دو طرفه و پریکاردیت شده است. علت این عارضه کدامیک از داروهای زیر است؟

اتوپوزاید

وین کریستین

ایفوسفاماید

آدریا مایسین

۸۴- خانم ۳۰ ساله با سابقه کانسر کولون متاستاتیک تحت درمان با رژیم FOLFIRINOX قرار می‌گیرد. در طی درمان بیمار دچار درد ناگهانی قفسه سینه و تنگی نفس می‌شود. در بررسی الکتروکاردیوگرام بیمار تغییرات ایسکمیک دیده می‌شود و در اکو کاردیوگرافی EF=45% دارد. عامل این عارضه کدامیک از داروهای زیر است؟

Oxaliplatin

Fluorouracil

Folinic acid

Irinotecan

۸۵- آقای ۴۵ ساله با سابقه لنفوم و عود بیماری تحت درمان با R-DHAP قرار گرفته در حین شیمی درمانی بیمار دچار آتاکسی و دیزارتری شده است. این عارضه با احتمال بیشتر مربوط به کدامیک از داروها می تواند باشد؟

Cytarabine

Dexamethasone

Cisplatin

Rituximab

۸۶- بیمار خانم ۶۰ ساله به علت عود بیماری DLBCL تحت درمان با رژیم R-ICE قرار می گیرد. در آخرین روز کموتراپی بیمار دچار اضطراب و بی قراری شده و به دنبال آن تشنج می کند. کدامیک از داروهای زیر می تواند علت ایجاد علایم بیمار باشد؟

Etoposide

Rituximab

Carboplatin

Ifosfamide

۸۷- بیماری که مبتلا به کنسر ریه NSCLC و بعد از resection کامل توده، stage IIIA تشخیص داده شده است و موتاسیون EGFR منفی است. در این مرحله کدامیک به عنوان درمان ادجوانت مناسب تر است؟

نیاز به درمان ادجوانت ندارد

Cisplatin based doublet

Paclitaxel +Carboplatin

Pembrolizumab در صورت $\geq 1\%$ PDL expression

۸۸- برای بیمار مبتلا به ادنوکارسینوم ریه متاستاتیک، قبل از آماده شدن جواب پاتولوژی از نظر موتاسیون‌های Targetable شیمی درمانی با رژیم سیس پلاتین و Pemetrexed را شروع کرده‌اید، پس ازدوسیکل کموتراپی جواب پاتولوژی بیمار EGFR Mutant دارد. اقدام مناسب کدام است؟

قطع شیمی درمانی و شروع Osimertinib

قطع شیمی درمانی و شروع Gefetinib

تکمیل شیمی درمانی و پس از آن TKI

ادامه کموتراپی تا شش سیکل و سپس TKI در صورت پیشرفت بیماری

۸۹- آقای ۵۰ ساله به علت آدنوکارسینومای ریه تحت درمان با Erlotinib قرار گرفته است. بعد از پاسخ بهبود اولیه طی یک سال اخیراً دچار پیشرفت به صورت افزایش اندازه در تومور اولیه ریه شده است. بیوپسی مجدد و بررسی پاتولوژی و تاسیون EGFR T790M را نشان می‌دهد. مناسب‌ترین درمان بیمار فوق کدام است؟

شروع داروی Afatinib

شروع داروی Osimertinib

شروع شیمی درمانی با پایه Cisplatin

شروع داروی Pembrolizumab

۹۰- خانم ۶۰ ساله مبتلا به کانسر ریه از نوع متاستاتیک با پاتولوژی NSCLC و Driver mutation آن منفی می‌باشد و وضعیت PDL1 expression آن نامشخص است. 1-0= performance می‌باشد. مناسب‌ترین درمان انتخابی در فاز اولیه درمان کدام است؟

Paclitaxel + carboplatin

Nabapaclitaxel + carboplatin

Pembrolizumab

Pembrolizumab + chemotherapy

۹۱- بیمار خانم ۵۷ ساله مبتلا به دیابت و نارسایی مزمن کلیه و نوروپاتی با سابقه‌ی مصرف سیگار با تشخیص small cell lung cancer تحت درمان با کمورادیاسیون و PCI قرار گرفته است، چهارماه بعد از تکمیل درمان با عود بیماری در همان ریه مراجعه کرده است. مناسب‌ترین توصیه به بیمار کدام است؟

Gemcitabine

تکرار رژیم کموتراژی قبلی

Ipilimumab+Nivolumab

Docetaxel

۹۲- آقای ۴۲ ساله مورد AML که تحت رژیم اینداکشن ۷+۳ قرار گرفته است. در BMA روز ۱۴ بیمار، هیپوسلولار همراه با ۷% میلوبلاست گزارش شده است. درصد بلاست بدو تشخیص ۶۸ درصد بوده است. درحال حاضر CBC بیمار: WBC:250 /micL Hb:9 g/dL Plt:25000 /micL بهترین اقدام درمانی جهت بیمار کدام است؟

تکرار BMA/BMB روز ۲۸

اینداکشن مجدد با رژیم ۵+۲

شروع High dose Ara-C

شروع Venetoclax

۹۳- آقای ۶۲ ساله که به دنبال تعریق شبانه و تورم گردنی تحت بررسی قرار گرفته است، در معاینه فقط لنفادنوپاتی گردنی مشهود بوده است. درگیری سایر ارگان‌ها ندارد. در گزارش بیوپسی:

Follicular lymphoma -Solid sheets of centroblast>15 in HPF

در آزمایشات CBC نرمال و LDH:200 است. در گزارش PET، لنفادنوپاتی منتشر گردن، اگزیلاری و پارائورت و اینگونیا دارد. بهترین اقدام درمانی کدام است؟

R CVP

Rituximab - Lenalidomide

R CHOP

Bendamustin - Rituximab

۹۴- بیمار آقای ۴۰ ساله‌ای است که با پان سیتوپنی مراجعه کرده است.

WBC:2500 /micL HB:10g/dL plat:100000 /micL

در بررسی مغز استخوان ۱۱% میلوبلاست و در بررسی سیتوژنتیک 46XY همراه با Inv 16 گزارش شده است. مناسب‌ترین اقدام کدام است؟

برای تشخیص AML حداقل ۲۰% بلاست لازم است. لذا بیمار به عنوان MDS درمان می‌گردد.

برای اثبات AML در این بیمار لازم است FISH برای INV(۱۶) انجام گردد.

توصیه به BMA/BM هر سه ماه می‌گردد.

به عنوان AML درمان ۳+۷ شروع گردد.

۹۵- آقای ۵۰ ساله با چند ضایعه متاستاتیک در استخوان‌های لگن و spine مراجعه نموده است. در بررسی‌های کامل انجام شده فقط توده در نازوفارنکس بیمار دیده می‌شود. در بیوپسی از آن ضایعه:

non keratinizing undifferentiated squamous cell carcinoma of nasopharynx تشخیص داده می‌شود. مناسب‌ترین درمان در این مرحله کدام است؟

Cisplatin/ 5FU/ Cetuximab

Carboplatin/ 5FU/ Cetuximab

Cisplatin/ Gemcitabine

Pembrolizumab

۹۶- خانم ۵۰ ساله‌ای با توده‌ای در ناحیه تیروئید مراجعه می‌کند و در معاینه غدد لنفاوی به دست نمی‌خورد. و بعد از FNA تشخیص MTC تشخیص داده می‌شود. در آزمایشات قبل از عمل کلسیتونین ۵۰ می‌باشد و تصویر برداری‌ها به نفع متاستاز نیست. در فالو آپ ۳ ماه بعد از عمل جراحی بیمار مشکلی ندارد و سطح کلسیتونین به ۵۰ رسیده است. جهت ادامه درمان بیمار مناسب‌ترین گزینه کدام است؟

Ga 68-Dotatate PET/CT

سونوگرافی گردن

شروع Cabozantinib

چک مجدد کلسیتونین ۳ ماه بعد

۹۷- بیمار خانم ۵۷ ساله‌ای می‌باشد که با سردرد و انحراف لب فوقانی مراجعه کرده است. در معاینه فیزیکی شواهد درگیری زوج V دیده می‌شود. در ام آر آی مغز سه توده در پارانشیم مغز گزارش شده است. در بیوپسی از توده فوق Diffuse large B cell+ lymphoma CD20 گزارش شده است. ام آر آی از ستون فقرات نرمال گزارش شده است. برای بیمار پت سی تی اسکن انجام شده است که شواهدی از درگیری خارج کرانیال گزارش نشده است. LP و سیتولوژی CSF منفی است. در آزمایش‌های انجام شده CBC نرمال و عملکرد کبد و کلیه طبیعی گزارش شده است. مناسب‌ترین درمان بیمار کدام است؟

Rituximab و High dose MTX

High dose MTX و رادیوتراپی مغز

RCHOP و سپس رادیوتراپی مغز

رژیم حاوی High dose MTX و Rituximab و سپس پیوند اتولوگ

۹۸- آقای ۵۰ ساله بدون سابقه مصرف سیگار و بیماری زمینه‌ای به علت تنگی نفس تحت بررسی قرار گرفته است. در سی تی اسکن ریه بیمار، ضایعات ریوی متعدد دو طرفه همراه با آدنوپاتی مدیاستن دو طرفه گزارش شده است. در بیوپسی، آدنوکارسینوما گزارش شده است. در MRI بیمار ۶ توده در مغز گزارش شده است، ولی علائم نورولوژی ندارد. در بررسی انجام شده EGFR منفی و PDL1=70% گزارش شده است. جهت بیمار تست ALK به روش FISH مثبت گزارش شده است. مناسب‌ترین درمان برای بیمار کدام است؟

Pembrolizumab + Cisplatin + Pemetrexed

Pembrolizumab

Alectinib

Crizotinib

۹۹- بیمار آقای ۴۶ ساله ای با آزمایشات زیر مراجعه کرده است.

WBC:18000 /micL HCT=56 HB:18.7 g/dL plat:650000 /micL

در بررسی موتاسیون JAK2 V-617F مثبت و سطح EPO پایین است. مناسبترین اقدام درمانی کدام است؟

Ruxolitinib

فلبتومی و ASA

هیدروکسی اوره و ASA

نیاز به درمان ندارد

۱۰۰- خانم ۳۵ ساله جهت مشاوره به شما مراجعه کرده است. نامبرده سابقه کانسر معده از نوع diffuse در برادر و سابقه کانسریستان در مادر از نوع لوبولار دارد. در صورت وجود کدامیک از موتاسیون های زیر توصیه به گاسترکتومی پروفیلاکسی می شود؟

d MMR

BRCA mutation

RET mutation

CDH1 mutation

اخلاق پزشکی

۱۰۱- خانم ۴۴ ساله‌ای به علت دیس پیسی در بخش گوارش بیمارستان آموزشی بررسی و سنگ ریزه‌های متعدد در کیسه صفر مشخص می‌شود. انتظار می‌رود با انجام کله سیتستکتومی مشکلات گوارشی رفع شود. پزشک متخصص به بیمار توصیه می‌نماید که برای بررسی وضعیت معده و دوزادهه آندوسکوپی فوقانی انجام شود. بیمار این پیشنهاد را نمی‌پذیرد. دستیار بخش برای وادار نمودن بیمار به انجام آندوسکوپی، اطلاعات نادرستی مبنی احتمال سرطان معده به وی ارائه می‌نماید و به نوعی وی را وادار به پذیرش آندوسکوپی می‌نماید. کدام گزینه در مورد پیش‌گیری از این مشکل اخلاقی مناسب‌تر است؟

محروم نمودن دستیار برای متنبه شدن به مدت محدود توسط استاد

اغماض این اشتباه و تذکر موازین اخلاقی بالینی به دستیار

آموزش دستیار مبنی بر شناخت مرز بین تشویق و اجبار

افشای خطای دستیار برای بیمار و راهنمایی وی برای انجام شکایت

۱۰۲- خانم ۴۵ ساله‌ای با سرطان پستان پیشرفته که ۳ ماه پیش درمان کلاسیک داشته است، درحال حاضر با متاستاز استخوانی و درد شدید مراجعه نموده است. درمان دارویی و شیمی درمانی قادر به کنترل بیمار نیست. وی درخواست قطع درمان‌ها و کمک به پایان دادن زندگی را دارد. اقدام مناسب کدام است؟

قطع کلیه درمان‌ها و کمک به پایان زندگی با داروهای مخدر

کم کردن درمان‌های شیمی درمانی و دادن مسکن مناسب تزریقی

ادامه درمان‌های پیشرفته و درمان‌های کمکی دیگر در حد امکان

استفاده از امکانات موجود در هر منطقه از جهان برای درمان وی