

سوالات روماتولوژی – امتحان میان دوره ای اول بهمن ۹۶

۱- آقای ۷۰ ساله با درد زانو از دو ماه قبل مراجعه کرده است. در معاینه درد در حرکات مفصل زانو و کریپیتاسیون دارد، خشکی صبحگاهی در حد ۱۵ دقیقه دارد و توانایی بالا رفتن از پله ها را ندارد در رادیوگرافی این بیمار کدامیک از شواهد زیر کمتر مورد انتظار است ؟

الف	استئوفیت
ب	کاهش فضای مفصلی غیر قرینه
ج	اسکلروز ساب کندرال
د	اروزیون در حاشیه مفصل

۲- خانم ۳۵ ساله به علت ضعف پروگزیمال اندامها مراجعه کرده است. با تشخیص پلی میوزیت تحت درمان با پردنیزولون ۵۰ میلیگرم و آزاتیوپرین ۵۰ میلیگرم روزانه قرار می گیرد. در آزمایش اولیه CPK=2500 (Normal 39 – 238 U/Lit) و LDH=1000 (Normal 115-221 U/Lit) باشد. قدرت عضلانی بیمار بعد از ۲ هفته بهبود می یابد. مجدداً در هفته هشتم به علت ضعف و کاهش انرژی مراجعه می کند LDH=300 (Normal 115-221 U/Lit), CPK=200 (Normal 39 – 238 U/Lit) دارد. قدرت عضلانی مجدداً کاهش یافته است. با توجه به تشخیص احتمالی کدام اقدام مناسب تر است ؟

الف	کاهش دوز پردنیزولون
ب	افزایش دوز آزاتیوپرین
ج	شروع IVIG
د	افزودن متوترکسات به آزاتیوپرین

۳- آقای ۵۴ ساله به علت پروپتوز یک طرفه از ۴ ماه قبل مراجعه کرده است. بزرگی غدد زیر بزاقی را ذکر میکند . در معاینه فیزیکی : V/S طبیعی است. حال عمومی بیمار خوب است. پروپتوز چشم چپ دارد. التهاب و قرمزی در اسکلرا و ملتحمه دیده نمی شود. غدد لاکریمال، پاروتید و ساب مندیبولار دو طرفه متورم است . در آزمایشات CBC, LFT و بیوشیمی طبیعی است.

U/A نرمال، ANA: (-) , Anti Ro & La : (-) ، در بیوپسی از غدد بزاقی ارتشاح لنفوپلاسموسیتیک و فیبروز Storiform همراه با obliterative Phlebitis بدون گرانولوم دیده می شود. محتمل ترین تشخیص کدام است ؟

الف	لنفوم هوچکین
ب	IgG ₄ Related Disorder
ج	سارکوئیدوز
د	بیماری شوگرن

۴- خانم ۳۰ ساله ای بدلیل درد ناحیه خلف گردن - کتف - قسمت فوقانی قفسه سینه و همچنین در ناحیه باسن ، رانها و ناحیه کمر و پشت مراجعه کرده است . صبح ها با سردرد ، خستگی و کوفتگی بدن از خواب بیدار می شود . بروز این علائم از ۶ ماه قبل بدنبال استرس شغلی ایجاد شده است. تب ، کاهش وزن ، بی اشتهایی نداشته است. در معاینه علائم حیاتی طبیعی است . شواهد التهاب مفصلی ندارد. معاینه عمومی و عصبی طبیعی است. در لمس ملایم خلف گردن، اسکاپولا، پشت و لگن درد شدیدی حس می شود.

ESR= 20 mm/1h – CRP= 0.1 mg/dl و ANA: (-) CBC, LFT, TFT, FBS- Cr

برای درمان این بیمار کدام دارو مناسب است؟

الف	پردنیزولون
ب	دلوکستین
ج	هیدروکسی کلروکین
د	متادون

۵- آقای ۷۰ ساله بدلیل درد و تورم شدید شانه راست مراجعه کرده است . در معاینه علاوه بر افیوژن مختصر، درد و محدودیت در مفصل شانه وجود دارد. در رادیوگرافی بعمل آمده از شانه کلسیفیکاسیون در تاندون های شانه دیده می شود. مشخصات مایع مفصلی شانه به صورت زیر است :

WBC=1500, PMN=25% محتمل ترین تشخیص در نزد این بیمار کدام است؟

الف	رسوب کلسیم هیدروکسی آپاتیت
ب	رسوب CPPD
ج	نقرس
د	آرتریت عفونی

۶- مرد ۵۵ ساله ای بدلیل آرتریت مچ پای راست از ۳ روز قبل به درمانگاه مراجعه کرده است. سابقه حملات مشابهی در مچ پاها و زانوها و MTP اول را ذکر می کند. در سابقه علائم گوارشی و پوستی نداشته است. سنگ کلیه دارد. درمعاینه آرتریت مچ پای راست و تورم خفیف زانوها دارد. آزمایشات وی به قرار زیر است:

ESR=32 mm/1h
CRP=15 mg/dl
RF (-)
Cr=1.2 mg/dl
Uric acid= 12 mg/dl

بقیه آزمایشات طبیعی است. درمان مناسب برای این بیمار کدام است ؟

الف	آلوپورینول + پردنیزولون
ب	دگزامتازون تزریقی + آلوپورینول
ج	ایندومتاسین + پروبنسید
د	کلشی سین خوراکی تا کنترل علائم

۷- خانم ۲۵ ساله ای با آفتهای مکرر دهانی مراجعه کرده است. سابقه زخم ژنیتال ۶ ماه پیش داشته است. درمعاینه ضایعات برجسته اریتماتو دردناک روی ساق پاها مشاهده می شود. با توجه به محتمل ترین تشخیص، تمام موارد زیر در پاتوژنز این بیماری نقش دارند بجز:

الف	سلولهای T سیتوتوکسیک
ب	IL-10
ج	MHC کلاس II
د	آنتی بادی ضد سلولهای اندوتلیال

۸- آقای ۴۰ ساله با درد زانو ها از یکسال پیش مراجعه کرده است. درمعاینه افیوژن متوسط زانوها و تندرns مفصل MCP ۳/۲ هر دو دست دارد. در آزمایشات RF و Anti CCP منفی - ESR, CBC نرمال و درصد اشباع ترانسفرین ۴۵٪ دارد. باتوجه به محتمل ترین تشخیص، همه یافته های زیر مورد انتظار می باشد بجز:

الف	WBC=5000 درمایع مفصلی
ب	الگوی مکانیکال درد مفصلی
ج	وجود کریستال CPPD درمایع مفصلی
د	وجود استئوفیتهای hook like در گرافی دستها

۹- آقای ۵۲ ساله با سابقه Air way disease از ۵ سال پیش با شکایت درد انگشتان هر دو پا و تب مراجعه کرده است. در معاینه نکته قابل توجه عدم توانایی dorsiflexion پاها در بیمار می باشد. BP=120/80mmHg ، PR=85 ، OT=38.5 ، در تصویر برداری ریه ها انفیلتراسیون دو طرفه مشاهده شد. در آزمایشات زیر:

WBC=12000

PMN=30%

Lymph=30%

Eos=40%

Hb= 9.8

MCV=87

ESR=65

CRP=+1

Anti PR₃=5 (N<10)

Anti MPO=45 (N<10)

LFT=Nl

Cr=1.4

U/A Protein +1

RBC cast 4-5

محتمل ترین تشخیص نزد این بیمار کدام است ؟

Polyarteritis nodosa	الف
Microscopic polyangiitis	ب
Eosinophilic granulomatosis with polyangiitis	ج
Granulomatosis with Polyangiitis	د

۱۰- خانم ۳۸ ساله ای با شکایت از درد اندام تحتانی از ۳ ماه پیش مراجعه کرده است. درد با راه رفتن تشدید می شود. تب گاهگاهی ، کاهش وزن مختصر را ذکر میکند . سابقه دیابت، هیپرتانسیون ، دیس لیپیدمی و بیماری ایسکمیک قلبی ندارد. در معاینه فشار خون دست راست 120/80mmHg ، دست چپ 130/80mmHg و نبض فمورال سمت چپ قابل لمس نیست. در MR آنژیوگرافی ، تنگی شدید شریان ایلایاک مشترک چپ وجود دارد.

WBC=8500

Hb=10.5

MCV=85

ESR=76

CRP=3+

با توجه به محتمل ترین تشخیص ، اولین اقدام درمانی کدام است ؟

گذاشتن استنت شریان ایلایاک	الف
پردنیزولون خوراکی	ب
هپارین وریدی	ج
استرپتوکیناز	د

۱۱- در بیماری که با درد زانو مراجعه کرده است، تمام یافته های زیر به نفع درگیری مفصلی می باشد بجز:

الف	Locking
ب	درد در حرکات اکتیو و پاسیو
ج	تشدید درد در flexion و بهبود با extension
د	تورم استخوانی

۱۲- بیماری با درد شانه چپ مراجعه کرده است. از تشدید درد در موقع بالا بردن دست شاکی است. در معاینه Neer test مثبت است. کدامیک از روش های زیر برای تشخیص قطعی ارزشمند است؟

الف	MRI شانه
ب	رادیوگرافی
ج	آرتروگرافی
د	CT اسکن

پاسخنامه

سوال	پاسخ
۱	۴
۲	۱
۳	۲
۴	۲
۵	۱
۶	۴
۷	۳
۸	۱
۹	۳
۱۰	۲
۱۱	۳
۱۲	۱