

ÎNTREBĂRI TIP COMPLEMENT SIMPLU

- Următoarele afirmații despre polipoza adenomatoasă familială sunt adevărate, cu excepția:
 - indivizii cu PAF au 70% risc de a dezvolta un cancer colo-rectal;
 - aditional polipozei colonice pacienții cu PAF pot prezenta o mare varietate de manifestări extracolice: adenoame ale intestinului subțire, stomacului, leziuni cutanate (lipoame, fibroame, chisturi sebacee și epidermoide), tumori desmoide, osteoame, leziuni radioopace ale mandibulei, anomalii dentare, hipertrofie congenitală a epiteliului retinian pigmentar, angiofibroame naso-faringiene, hepatoblastoame, neoplazii ale duodenului, cancer tiroidian, cancer al arborelui biliar, al pancreasului etc.
 - Diagnosticul clinic al PAF se poate stabili când un individ prezintă mai mult de 100 de adenoame colonice sau când are mai multe adenoame și este rudă de gradul I cu o persoană diagnosticată cu PAF.
 - Există o formă medie de PAF numită „PAF atenuat” care se caracterizează prin apariția doar a unui număr mic de adenoame colonice în comparație cu PAF-ul clasic.
 - Se consideră că toate cazurile de PAF și variantele sale se datorează mutațiilor liniei germinative a genei APC de la nivelul cromozomului 5q21.
- Care dintre următoarele afirmații este falsă:
 - sindromul Cowden este o afecțiune autozomal dominantă cauzată de o mutație localizată pe brațul lung al cromozomului 10; sdr. este caracterizat prin multiple leziuni hamartomatoase situate la nivelul tegumentelor, mucoaselor, sân, tiroidă, tractului gastro-intestinal având o incidență crescută pentru cancer mamar și tiroidian.
 - sindromul Ruvalcaba-Myre-Smith se caracterizează prin microcefalie, disfuncție cognitivă și motorie, lipoame viscerale și subcutanate, hemangioame, macule pigmentare și polipoză de tip adenomatos juvenil la nivelul colonului.
 - În sindromul Peutz-Jeghers se recomandă efectuarea colonoscopiei începând cu vârsta de 18 (sau mai devreme, dacă simptomatologia o impune), o dată la 3 ani.
 - Vârsta medie de diagnostic a PAF este 40 ani, iar a cancerului colo-rectal din PAF de 65 ani.
 - Modelul molecular al tumorigenezei colo-rectale recunoaște trei mecanisme posibile: mutația protooncogenelor; inactivarea genelor de supresie a creșterii tumorale (GSCT); alterarea unor gene „antimutatoare” sau „de stabilitate” (mutațiile lor conduc la repararea defectuoasă a leziunilor AND).
- Următoarele afirmații despre tumorile germinale testiculare (TGT) sunt false, cu excepția:
 - TGT sunt tumori foarte frecvente;
 - TGT au incidență crescută la populația caucaziană a nordului Europei și în Statele Unite (risc de apariție de 1 la 400 persoane).
 - Incidența TGT a scăzut constant în ultimii 15 ani cu 10% / an
 - Tratamentul TGT se realizează numai prin chimioterapie și radioterapie.
 - Mortalitatea în seminoame depășește 95% la 2 ani.
- Care afirmație despre neuronavigație și stereotaxie este falsă:
 - neuronavigația nu permite descoperirea tumorilor cerebrale de sub 1 cm
 - primul pas în realizarea unei intervenții prin neuronavigația este reprezentat de realizarea unor imagini CT sau/și IRM de înaltă performanță.
 - Tehnica neuronavigației se utilizează pentru realizarea rezecțiilor tumorale, a implanturilor spinale, plasarea cateterelor intracraniene, biopsiilor tumorale, chirurgia bazei craniului și sinusurilor în ORL etc.
 - Stereotaxia permite localizarea structurilor cerebrale profunde, în special nucleii gri centrali, fără a se leza țesutul cerebral de vecinătate, folosindu-se localizarea tridimensională a țintei (target) față de cele 3 planuri fundamentale: anteroposterior, dreapta-stânga și superior-inferior, perpendiculare între ele.
 - Neurochirurgia funcțională constituie aplicația de vârf a stereotaxiei, permițând tratamentul neurochirurgical al bolii Parkinson și a altor diskinezii rebele la tratamentul medicamentos.
- Următoarele afirmații sunt adevărate cu excepția:
 - Tratamentul chirurgical conservator al CHH necesită o monitorizare postoperatorie mai scurtă (comparativ cu intervențiile radicale).
 - Complicațiile postoperatorii (după trat. CHH) cele mai frecvente sunt: revărsat pleural, infecții parietale, fistule biliare sau colecții tranzitorii perihepatice.
 - Examenul cu substanță de contrast al cavității postoperatorii a apreciat cu mai mare acuratețe dimensiunile cavității reziduale decât ecografia.

ÎNTREBĂRI TIP COMPLEMENT SIMPLU

- D. Fistulele biliare reprezintă complicația cea mai frecventă a intervențiilor pentru CHH, fiind descrise în 10 -27% din cazuri.
- E. Monitorizarea ecografică poate depista creșterea dimensiunilor cavității restante postoperatorii sau apariția unor noi formațiuni chistice hepatice și extrahepatice.
6. Duodenopancreatectomia totală (DPT) este indicată în următoarele situații, cu excepția:
- A. formele de neoplazii pancreatice dezvoltate atât la nivel cefalic cât și corporeo-caudal;
 - B. formele multicentrice și în unele tipuri de carcinom ductal invaziv, cu extensie de-a lungul ductelor.
 - C. formele hiperalgice de pancreatită cronică (indicație relativă)
 - D. pancreasul foarte friabil, recupe seriate pozitive din tranșa pancreatică
 - E. pancreatita acută.
7. Următoarele afirmații sunt adevărate, cu excepția:
- A. Malformațiile limfatice cervicale (MLC) constituie o afecțiune malformativă limfatică rară, reprezentând sub 5% din totalul tumorilor limfatice cervicale la copil.
 - B. 80 - 90% din MLC se dezvoltă în primii 2 ani de viață.
 - C. MLC evoluează rapid cu fenomene de compresiune pe organele învecinate. Creșterea rapidă se poate asocia cu fenomene inflamatorii.
 - D. Protocolul de investigații cuprinde: laringoscopie indirectă, scintigramă tiroidiană, radiografia cervico-mediastinală, ecografia cervicală, computer tomografia.
 - E. MLC se asociază cu alte sindroame congenitale: glaucomul congenital, sdr. Klippel- Trenauny, sdr. Turner
8. Următoarele afirmații sunt adevărate cu excepția:
- A. fasciita necrozantă (FN) este o infecție necrozantă progresivă și rapid evolutivă a fasciei și a țesutului adipos subcutanat, însoțită de manifestări generale toxice extrem de severe.
 - B. Etiologia FN cuprinde asocieri de germeni aerobi (stafilococi, streptococi, enterobacterii) și anaerobi (peptococi, peptostreptococi, bacteroizi) cu predominanța germenilor Gram-negativi din flora autologă.
 - C. Etiologia FN este reprezentată de *clostridium sp.*
 - D. Diagnosticul este cel mai adesea un diagnostic întârziat, datorită semnelor inițiale minime de celulită tegumentară, în timp ce țesuturile profunde suferă o necroză extensivă determinând o toxicitate severă.
 - E. La nivelul zonei de celulită apar în timp flictene ce au conținut inițial clar, iar pe măsură ce necroza subcutanată progresează, se produce tromboza vasculară cu apariția de zone de necroză tegumentară.
9. Care din următoarele leziuni (din clasificarea Forrest) este incorectă:
- A. Ia - sângerare în jet dintr-o fistula arterială
 - B. Ib - sângerare difuză din marginea ulcerului
 - C. IIa - vas vizibil în craterul ulceros, fără sângerare activă
 - D. IIb - cheaguri aderente în baza ulcerului
 - E. IIc - puncte negre în baza leziunii
 - F. III - absența stigmatelor de sângerare
 - G. IIc – cheaguri aderente în baza ulcerului
10. Care din următoarele afirmații referitoare la managementul pacientului critic cu pancreatită acută este falsă:
- A. se recomandă efectuarea CT și puncție cu ac fin pentru prelevarea de antibiogramă.
 - B. „Suport” non-operator cât mai îndelungat posibil.
 - C. Intervenții chirurgicale numai pentru complicații (abcese).
 - D. Nutriție parenterală totală sau enterală (jejunostomie).
 - E. Intervenții pentru sdr. de compartiment abdominal.
 - F. Administrarea antibioticelor numai pentru necroza infectată.
 - G. Drenaj transcistic după colecistectomie în toate cazurile de pancreatită biliară.